



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Poruchy příjmu potravy v kontextu soudobé společnosti

Bakalářská práce

Studijní program:

B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obory:

Anglický jazyk se zaměřením na vzdělávání
Humanitní studia se zaměřením na vzdělávání

Autor práce:

Natálie Picková

Vedoucí práce:

PhDr. Lenka Václavíková, Ph.D.
Katedra filosofie





TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Zadání bakalářské práce

Poruchy příjmu potravy v kontextu soudobé společnosti

Jméno a příjmení: **Natálie Picková**
Osobní číslo: P16000574
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obory: Anglický jazyk se zaměřením na vzdělávání
Humanitní studia se zaměřením na vzdělávání
Zadávající katedra: Katedra filosofie
Akademický rok: **2017/2018**

Zásady pro vypracování:

V bakalářské práci se studentka zaměří na psycho-sociální kontext poruch příjmu potravy. Objasní vybrané z nich (anorexii, bulimii, záchvatovitému přejídání, apod.). Poruchy příjmu potravy bude zkoumat v kontextu tématu současných normativních a hodnotových rámců společnosti, genderové problematiky a vlivu médií. Bude se zabývat jak vztahovým sociálním rámcem, tak psychologickými aspekty zkoumaného jevu. Studentka se bude řídit metodickými pokyny vedoucí práce a bude pracovat samostatně.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

Čeština



Seznam odborné literatury:

1. Leibold, Gerhard. Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha : Svoboda, 1995.
2. Krch, František David. Poruchy příjmu potravy. Praha : Grada publishing, 2005.
3. Novák, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010.
4. Claude-Pierre, Peggy a Zdík, Dušek. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha : Pragma, 2001.
5. Lipovetsky, Gilles a Pokorný, Martin. Třetí žena: neměnnost a proměny ženství. Praha : Prostor, 2000.
6. Trapková, Ludmila a Chvála, Vladislav. Rodinná terapie psychosomatických poruch: [rodina jako sociální děloha]. Vyd. 2. Praha : Portál, 2009.

Vedoucí práce:

PhDr. Lenka Václavíková, Ph.D.

Katedra filosofie

Datum zadání práce:

20. dubna 2018

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2019

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

doc. PhDr. David Václavík, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 24. dubna 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

9. června 2020

Natálie Picková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Lence Václavíkové, PhD. za její odborné vedení práce, cenné rady, věcné připomínky a podnětné nápady, které mi poskytla během konzultací.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za podporu a trpělivost během mého studia.

Poruchy příjmu potravy v kontextu soudobé společnosti

Anotace

Bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy a propojuje vliv kultury a dnešní společnosti s jejich vznikem. Práce uvádí úlohu médií v propagování štíhlého ideálu krásy a jejich dopadu na vznik poruch příjmu potravy. Práce rovněž popisuje význam genderu ve vzniku poruch příjmu potravy a uvádí některé možné příčiny jejich vzniku. V neposlední řadě práce obsahuje deskripci následků poruch příjmu potravy a vybrané možnosti jejich léčby.

Klíčová slova

gender, ideál krásy, média, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, společnost, záchvatovité přejídání

Eating Disorders in the Context of Nowadays Society

Annotation

The bachelor thesis focuses on eating disorders and connects the influence of culture and nowadays society with their occurrence. The thesis observes the role of media in promoting the thin ideal of women's beauty and their impact on the occurrence of eating disorders. The thesis also describes the importance of gender in developing eating disorders and states some of the possible causes of their development. Finally, it contains a description of the consequences of eating disorders and some of the possible treatments.

Keywords

anorexia nervosa, binge eating, bulimia nervosa, beauty ideal, eating disorders, gender, media, society

Obsah

Úvod.....	11
1 Poruchy příjmu potravy.....	13
1.1 <i>Mentální anorexie</i>	16
1.2 <i>Mentální bulimie</i>	18
1.3 <i>Záchvatovité přejídání</i>	21
1.4 <i>Nové druhy poruch příjmu potravy</i>	22
2 Historie poruch příjmu potravy.....	24
3 Kulturně-společenský kontext poruch příjmu potravy.....	26
4 Role genderu v kontextu poruch příjmu potravy.....	32
5 Možné zdroje poruch příjmu potravy.....	36
5.1 <i>Biologické faktory</i>	38
5.2 <i>Sociální a kulturní faktory</i>	42
5.3 <i>Psychické faktory</i>	47
5.4 <i>Rodina, vztahy, psychická traumata</i>	50
5.5 <i>Individuální a osobnostní faktory</i>	57
5.6 <i>Diety</i>	57
6 Následky a léčba poruch příjmu potravy.....	59
7 Prevence vzniku poruch příjmu potravy.....	65
Závěr.....	68
Seznam použitých zdrojů.....	70

Seznam obrázků

Obrázek 1: Podobnost ortorexie s anorexií a OCD.	23
Obrázek 2: Ukázka článků z časopisů, jež mají vliv na body image.	31
Obrázek 3: „Svět se mění“ – příklad dříve populárních „prostředků na přibírání“, se kterými byste se v dnešních novinách již nesetkali.	45
Obrázek 4: Psychické faktory udržující bulimii. Šipky znázorňují vzájemný vztah mezi faktory a dokazuje, do jak velké míry spolu všechny faktory souvisí. Obrázek nejvíce připomíná začarovaný, bludný kruh.	47
Obrázek 5: Billboard z kampaně Ne anorexii upozorňující na nebezpečí anorexie.	65

Seznam tabulek

Tabulka 1: Tabulka BMI.	16
-------------------------------------	----

Seznam použitých zkratk

BMI – Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MKN – Mezinárodní klasifikací nemocí

OCD – Obsedantně-kompulzivní porucha

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění postihující jak děti a dospívající, tak dospělé. Nejčastěji se však projevují u dospívajících dívek, jelikož právě na ně je v dnešní době kladen velký tlak ze strany společnosti a médií. Zatímco chlapci v období puberty zesilují a rostou do výšky, dívky se zaoblují, což může vyvolat posměch ze strany okolí. Pro citlivější dívky to může být prvotní impuls k hubnutí, které může vyvrcholit až v poruchu příjmu potravy. Počet nemocných se v uplynulých letech dramaticky zvýšil – převážně v západních společnostech – a tato problematika je proto nyní velice aktuální.

V dřívější době bylo jídlo vnímáno jako dar, se kterým se neplýtvalo. Neexistovaly supermarkety, ve kterých by bylo možné nakoupit vše, co by si člověk přál. Zeleninu a ovoce si lidé pěstovali sami, maso bylo vzácností a zpracovala se každá část zvířete, chléb si lidé pekli sami a zbytky jídla se nevyhazovaly. Dnes se až třetina všeho vyprodukovaného jídla vyhodí nebo znehodnotí.¹ Nyní běžně vnímáme jídlo jako samozřejmost, a i to dalo vzniknout poruchám příjmu potravy.

Jídlo hraje v lidském životě velkou roli. Již samotná příprava jídla může být v některých rodinách považována za rituál a společné stolování může být příležitostí, jak se v rodinách sblížit a sdělit si novinky. Způsob stravování rodičů se přenáší i na děti a pomocí nastolení správných stravovacích návyků se dá do určité míry vzniku poruch příjmu potravy předejít. Pokud však rodiče jídlu nepřikládají důležitost, sami se odbyvají či nejí vůbec, dítě si jen těžko osvojí pozitivní vztah k jídlu. Primárně pak v psychologické perspektivě se obtíže v oblasti příjmu potravy odráží v rodinných vztazích a výchově dítěte. Na naše stravování mají vliv i média a společnost, které nás mohou ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně.

Cílem této bakalářské práce je popsat poruchy příjmu potravy a ukázat spojitost jejich vzniku s genderem, kulturou a dnešní společností. Určit příčinu jejich vzniku je často těžké a mnohdy se jedná o součinnost několika faktorů. Dnešní uspěchaná společnost a média, v největší míře sociální sítě, na kterých někteří lidé zveřejňují obrázky svých dokonalých postav a popisují perfektní životy v mladých dívkách mohou vzbudit dojem, že takto by měly žít a vypadat také. Často se jedná jen o nereálné iluze, což si mladé dívky nemusí uvědomit a mohou začít dodržovat různé diety, které na internetu naleznou. Porovnávat se s ostatními je přirozené a ve zdravé míře i prospěšné. Honba za dnešním štíhlým ideálem krásy, který je vyobrazen všude kolem nás, však může vyvrcholit až poruchami příjmu potravy. Přínos této bakalářské práce

¹ Kolik se plýtvá. In: *Zachraň jídlo* [online]. [cit. 2020-06-26]. Dostupné z: <https://zachranjidlo.cz/kolik-se-plytvá/>

tkví ve zmapování důležitých genderových a socio-kulturních faktorů, přispívajících ke vzniku poruch příjmu potravy.

Práce je rozdělena do sedmi kapitol. Nejprve poskytuje popis poruch příjmu potravy a následně krátce shrnuje historii jejich vzniku. Ve třetí kapitole se věnuje kulturně-společenskému kontextu poruch příjmu potravy, proměně ženského ideálu krásy a dopadu mediálních prostředků na vznik poruch příjmu potravy. V kapitole čtvrté se zaměříme na roli genderu a významné genderové stereotypy, podílející se na vzniku poruch příjmu potravy. Další možné příčiny vzniku v páté kapitole rozčleníme do šesti podkapitol, v nichž zanalyzujeme biologické faktory, uvedeme některé další socio-kulturní faktory a psychické faktory. Dále popíšeme, jak na vznik poruch příjmu potravy působí rodina, vztahy a psychická traumata, individuální a osobnostní faktory a diety. V kapitole šesté uvedeme následky poruch příjmu potravy a vybrané možnosti jejich léčby. Závěrečná kapitola bude věnována možnostem jejich prevence.

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi nejzávažnější a nejčastější onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Trpí jimi i muži, avšak v mnohem menším měřítku. Jedná se o mentální poruchy ovlivňující jak fyzický a psychický stav jedince, tak jeho sociální život a okolí – rodinu a přátele. Jsou způsobeny souborem bio-psycho-sociálních příčin, tzn. jejich vznik je ovlivněn biologickými, psychickými a společensko-kulturními faktory, mezi něž patří např. traumatické životní události, prostředí, výchova, puberta, genetické predispozice atd., jimž se budeme věnovat v dalších kapitolách.²

Jídlo je nenahraditelný zdroj energie a výživy pro celé tělo a bez něj nelze přežít. Hlavní starostí prvních lidí bylo nejspíše neumřít hladu, kdežto v dnešní době je jídla kolem nás přebytek a nebere se jako něco vzácného, nýbrž jako samozřejmost. I to dalo vzniknout poruchám příjmu potravy – jídlo dnes už neslouží jako pouhý prostředek k nasycení, ale získává psychický a sociální význam.³ Jídlo má důležitou sociální funkci, večeře s rodinou jsou důležité rituály, kdy se celá rodina sejde a sdělí si denní novinky.⁴

K prvnímu uspokojení potřeb novorozence dojde při nasycení od matky, z něhož pramení i první příjemné pocity. Potrava znamená bezpečí, pohodlí a lásku. V dětství se pomocí jídla uspokojují potřeby jak jídla, tak sekundárně i lásky, neboť láska k dítěti se projevuje i v dobrotách, které mu matka vaří. Někdy se v rodině jídlo stane prostředkem utišení bolesti nebo pocitů úzkosti, a takové děti mají následně problém rozlišit pocit hladu od jiných potřeb, které byly potlačovány jídlem, zejména pak když matka nefunguje a dítěti chybí láska. Protože jídlo je vždy dostupné, zvyká si na něj jedinec snadno. Tak dochází k nahrazování pocitu lásky za pocit plného břicha. Společensky očekávané podrobení se štíhlému ideálu krásy však znamená, že si mladé dívky příjem potravy musí regulovat, aby nebyly tlusté, neboť obezita evokuje neúspěch, a tak vznikají poruchy příjmu potravy.⁵

Pro někoho se jídlo stává únikem nebo odměnou. Jídlo je přisuzována mnohem větší role ve společnosti než dříve a je snadnější ho brát jako nepřítel než jako prostředek nutný k přežití. Jakýkoli pokřivený vztah k jídlu by se dal charakterizovat jako porucha příjmu potravy.⁶

Poruchy příjmu potravy spojuje strach či dokonce fobie z tloušťky a nadměrná pozornost vlastnímu vzhledu. Ať už se jedná o anorexii, při které jedinec hladoví, bulimii,

² KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 13.

³ Tamtéž, s. 13.

⁴ MCGREGOR, R. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019, s. 12.

⁵ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 15.

⁶ KRCH, FRANTIŠEK DAVID, A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 13.

při které jedinec zvrací, orthorexii, kdy je jedinec posedlý zdravou stravou či o záchvatovité přejídání, při němž jedinec nedokáže ovládat své chutě a je schopen sníst neuvěřitelné množství jídla. Toto všechno jsou poruchy příjmu potravy.⁷

Pro postižené jedince se jídlo stává středobodem vesmíru a vše v jejich životě se odehrává kolem něj. Stávají se jídlem posedlí, dále neustále zkoumají své tělo, tělesnou hmotnost a proporce. Jídlo odmítají proto, že nechtějí jíst, a ne proto, že by na něj neměly hlad nebo chuť.⁸ Společenský život jedince je značně ohrožen, protože spousta rodinných tradic se točí kolem jídla, s přáteli se setkáváme v restauracích, rodiče své dospělé děti zvou na nedělní oběd. Pro jedince postižené poruchami příjmu potravy představují tyto situace problém a vyvolávají v nich děs až úzkosti. Začnou se tedy svému okolí stranit a častokrát zůstane porucha skryta.⁹

Gerhard Leibold přirovnává poruchy příjmu potravy ke klasickým návykovým chorobným závislostem jako je například narkomanie nebo toxikomanie. Při těchto závislostech postižený jedinec prožívá touhu po užívání omamného prostředku, postupně zvyšuje dávky, zažívá abstinenční stavy a je schopný překročit zákon, aby si omamnou látku opatřil.¹⁰ Jedinec postižený bulimií může dokonce přemýšlet o sebevraždě, pokud nemá dostatek jídla.¹¹

Jedním společným rysem s klasickými návykovými chorobnými závislostmi je např. neschopnost jedince své chování rozumem a vůlí ovládat. Rozdíl mezi jedinci postiženými poruchami příjmu potravy a jedinci trpícími klasickou chorobnou závislostí tkví v tom, že místo drogy je pro postižené poruchou příjmu potravy omamným prostředkem jídlo, které buď jedinec přijímá v nadměrném, nebo naopak nedostatečném množství. Všechny chorobné závislosti se pojí s následky. V případě poruch příjmu potravy se jedná o tělesné, ale hlavně o psychicko-sociální potíže, které jedince postihují.¹²

Společenský život jedince trpícího poruchami příjmu potravy je vážně narušen, neboť ho doprovází pocity viny a selhání, deprese atd. a pro takového jedince je těžké ve společnosti normálně fungovat.¹³ Normální činnosti, kupříkladu zajít si na jídlo s přáteli, se pro něj stává zatěžkávací zkouškou. Člověk trpící anorexií, bulimií či jinou poruchou příjmu potravy není schopný klidně sedět v restauraci a jíst. Pronásledují ho tíživé myšlenky a často se takovým aktivitám straní, což narušuje jeho společenský život a postupně se stává osamělým, stejně jako tomu je u klasických chorobných

⁷ KRCH, FRANTIŠEK DAVID, A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 15–16.

⁸ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 23.

⁹ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 33.

¹⁰ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 9–10.

¹¹ CLAUDE-PIERRE, PEGGY. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, s. 61.

¹² LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 9.

¹³ Tamtéž, s. 9.

závislostí. Poruchy příjmu potravy dále doprovází nízké sebevědomí a sociální problémy.¹⁴

Podobnosti mezi poruchami příjmu potravy a klasickými chorobnými závislostmi uvedené výše ukazují, že jak v případě klasické chorobné závislosti, tak v případě poruch příjmu potravy je nutná odborná léčba a běžný zdravý rozum či přesvědčování na postiženého jedince nestačí. Pro spoustu lidí je také těžké vůbec pochopit, že by někdo mohl zažívat těžkosti s přijímáním jídla, protože je to něco, nad čím nikdy neuvažovali jako nad věcí, nad kterou je potřeba dvakrát přemýšlet. Nejsou to jen obyčejní lidé, kdo tak smýšlí, ale často i lékaři, a tak dochází ke zlehčování příznaků a pozdnímu stanovení diagnózy. Poruchy příjmu potravy jsou často brány jako módní výstřelek, a ne jako vážná mentální choroba.¹⁵

Jedinec postižený poruchami příjmu potravy má zkreslené představy o svém těle, pokřivený vztah k jídlu, dále se jedinec přehnaně pozoruje, váží, hodnotí, soudí a usiluje o co největší štíhlost. Postižený často popírá, že má problém a říká, že jen jí zdravě.¹⁶ Poruchy příjmu potravy nejvíce charakterizuje strach z tloušťky a tloustnutí. Tento strach může mít mnoho podob – strach z pocitu plného žaludku, sladkostí, strach najíst se v restauraci s přáteli, strach z určitých potravin... Čím více pozornosti tomuto strachu věnujeme, tím větší se stane a tím těžší pro nás bude ho porazit. Když se ze strachu z tloušťky po jídle jedinec vyzvrací (jako je tomu v případě bulimie), druhý den ho plné břicho vyděsí ještě víc. Vyhnutí se strachu z jídla pomocí hladovky či zvracení povede k pocitu úlevy, který se stává návykový. Krch¹⁷ uvádí: „Strach postupně roste a situace se stává nepřehlednou. Cítíte se provinile a zvykáte si odkládat řešení svých problémů. Důvod se vždycky najde: „Nemohu se najíst, nemohu snídat, musím zvracet... protože jsem se přejedla, protože mi je špatně, protože jsem nemožná, protože jsem ve stresu nebo protože jsem bulimička.“ V této situaci je každé řešení bolestivé, protože je spojeno se vzrůstem nejistoty a strachu.“¹⁸

Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Méně známými formami jsou bigorexie, orthorexie a drunkorexie. Nejčastější poruchy příjmu potravy podrobněji popíšeme v dalších kapitolách.

¹⁴ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 15–16.

¹⁵ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 10–11.

¹⁶ Tamtéž, s. 10–11.

¹⁷ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 19.

¹⁸ Tamtéž, s. 19.

1.1 Mentální anorexie

Pravděpodobně nejznámější poruchou příjmu potravy je mentální anorexie (MA). Nejznámější je proto, že symptomy jsou již od počátků nápadné, na rozdíl od příznaků mentální bulimie, která je sice častějším onemocněním, ale často je skryta před ostatními, a okolí tak ani nemusí vědět, že jí postižený trpí.¹⁹

Typickým projevem mentální anorexie je úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Postižení jedinci trpí zkreslenou představou o svém těle, udržují si nízkou tělesnou hmotnost, jsou posedlí jídlem, kterému se snaží vyhýbat, ale nemohou na něj přestat myslet. Pokud jsou donuceni potravu sníst, snaží se jí co nejdříve zbavit – nadměrným cvičením, užíváním anorektik (léky na potlačení chuti, hubnutí), diuretik (odvodňující léky), laxativ atd.²⁰

Mentální anorexie se vyskytuje nejčastěji u dívek v pubertě a u mladých žen, postižení jsou však i chlapci. Výzkumy odhadují, že 10 % všech pacientů trpících mentální anorexií tvoří muži.²¹ Mentální anorexie se projevuje odmítáním potravy, rapidním hubnutím, náladovostí, vztahovačností, přecitlivělostí, přehnaným pozorováním sebe i ostatních, uzavřeností, nezájmem o dění kolem sebe.²²

Mentální anorexii lze diagnostikovat pomocí Body Mass Indexu (BMI), česky Indexu tělesné hmotnosti. Ten lze vypočítat vydělením hmotnosti jedince druhou mocninou jeho výšky ($BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$). Tabulka níže uvádí hodnoty a jejich význam.

Kategorie	Rozsah BMI [kg/m ²]
≤ 16,5	Těžká podvýživa
16,5–18,5	Podváha
18,5–25	Ideální (zdravá) váha
25–30	Nadváha
30–35	Obezita I. stupně
35–40	Obezita II. stupně
Nad 40,0	Obezita III. stupně (morbidní obezita)

Tabulka 1: Tabulka BMI.²³

¹⁹ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 44.

²⁰ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 22–24.

²¹ MITROFANOVÁ, M. *Na anorexii umírají i muži*. In: Novinky.cz [online]. 19.3. 2012 [cit. 20. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/clanek/na-anorexii-umiraji-i-muzi-148026>

²² KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 27.

²³ Index tělesné hmotnosti. In: *Wikipédia: the free encyclopedia* [online]. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Index_tělesné_hmotnosti

DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) rozlišuje dva typy mentální anorexie:

1. Nebulimický (restriktivní) typ – jedinec redukuje hmotnost omezováním příjmu potravy, nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
2. Bulimický (purgativní) typ – dochází k opakovaným záchvatům přejídání a následně vyprovokovanému zvracení, nepřiměřenému cvičení, hladovění, požívání projímadel atd.²⁴

Krch²⁵ uvádí diagnostická kritéria mentální anorexie podle desáté revize MKN (F 50.0), která jsou:

- A. Tělesná hmotnost postiženého je o 15 % nižší než u jedinců skupiny jeho tělesného, výškového a věkového typu, nebo má BMI 17,5 a nižší.
- B. Jedinec snižuje svojí tělesnou hmotnost sám vyhýbáním se kalorickým jídlům, úmyslným zvracením, užíváním laxativ, anorektik, diuretik a nadměrným cvičením.
- C. Jedinec trpí trvalým strachem z tloušťky, má zkreslené představy o svém těle, obává se tloustnutí, což vede ke stanovování si velice nízké cílové hmotnosti.
- D. Vynechání menstruace u žen jako následek endokrinní poruchy, netýká se anorektických žen pobírajících hormonální antikoncepci. U mužů dochází ke ztrátě sexuálního zájmu a potence. Může se vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, kortizolu nebo odchylky ve vylučování inzulínu.
- E. Opoždění či zastavení projevů puberty (růst, vývin prsou, ztráta menstruace), pokud je začátek MA před pubertou.

Jak se dá mentální anorexie u postiženého rozpoznat? Kromě výše uvedených projevů jedinci dále mění svůj jídelní režim a vyřazují postupně jednotlivé potraviny. Začínají těmi nezdravými, až nakonec jedí jen dietní potraviny nebo nic. Tyto změny doprovází podvody a lhaní o tom, že jedinci už jedli, nemají hlad, nají se později atd. Začnou jíst velmi pomalu, v jídle se nimrají, krájí ho na malé kousky a jedí tak dlouho, že jim často obědová přestávka na jídlo nestačí. Jídlu se obecně vyhýbají, pozorují své okolí, zjišťují, jestli na ně někdo kouká. Dále hodně sportují, chodí běhat, na dlouhé procházky, posilují doma a nedokáží v klidu sedět. Přehnaně se pozorují, váží se, porovnávají se s okolím. Pokud jsou konfrontováni, dokáží si své chování a jednání přesvědčivě obhájit. Často se dají do protiútoků a vybijí si své komplexy na ostatních. Ze zdravotního hlediska trpí následujícími obtížemi, např. průjem nebo zácpa, padání

²⁴ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 24.

²⁵ World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, 1992. In KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 15–16.

vlasů, ztráta menstruačního cyklu u dívek nebo zimomřivost. Jedinci mohou užívat léky na hubnutí (viz výše).²⁶

Vznik mentální anorexie je podmíněn spolupůsobením více činitelů, a téměř nikdy se nejedná pouze o jednu příčinu. Velkou roli hrají minulé zkušenosti, zážitky, výchovné prostředí a psychická traumata. Dále působící tlaky společnosti a médií, gender, v neposlední řadě individuální vlastnosti jedince.²⁷ Možným příčinám se budeme věnovat v dalších kapitolách.

1.2 Mentální bulimie

Druhou poruchou příjmu potravy, kterou popíšeme, je mentální bulimie (MB). Mentální bulimie může být méně nápadná než mentální anorexie, neboť jedinec nemusí ubývat na váze. Pozadí obou onemocnění je podobné – stejně jako u mentální anorexie postižené jedince doprovází chorobný strach z tloušťky, přehnaná kontrola tělesné hmotnosti a posedlost svým vzhledem. Postižení jsou zaměřeni na vnitřní fyzickou, emoční, sociální a duchovní prázdnotu. Regulace příjmu potravy funguje jako prostředek pomáhající zvládnout strach, depresi, odmítnutí nebo nedostatek lásky.²⁸ Leibold uvádí, že bulimií trpí přibližně každá dvacátá žena ve věku od 15 do 55 let.²⁹ Hall a Cohn tvrdí, že asi 10 % nemocných bulimií jsou muži. Je však velice těžké určit přesný počet nemocných, protože většina bulimiků své chování tají, jelikož se za něj stydí.³⁰

Hall a Cohn³¹ dále uvádí: „Bulimie je posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb.“ Ačkoli bulimické chování souvisí hlavně s obavami z tloušťky a s jídlem, jímž je jedinec posedlý, funguje toto chování jako forma úniku před stresem a způsob zvládnání emoční zátěže a stresu. Jedinec při přejídání zapomíná na své problémy a při kompenzačním chování (vyprazdňování se, cvičení) nabývá pocitu, že má svůj život pod kontrolou a dokáže ovládat alespoň jeden aspekt svého života. Postižený se na tomto chování stává závislý, protože pro něj představuje únik od reality. Lidé trpící bulimií často říkají, že se cítí jako dvě různé osobnosti – jedna chce být zdravá a bulimického chování nechat, a druhá veškeré pokusy o zdravení sabotuje. Postižený

²⁶ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 27–29.

²⁷ KRCH, FRANTIŠEK DAVID, A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 13.

²⁸ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 24–25.

²⁹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 32.

³⁰ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 4.

³¹ Tamtéž, s. 2.

lže svému okolí, manipuluje s ostatními, může dokonce krást jídlo, nebo přehrabávat odpadky. Jedinec při záchvatu není sám sebou a nedokáže se ovládat.³²

Postižení jedinci se vyznačují nízkým sebevědomím, nejistotou, pocity méněcennosti, neúspěšnosti, osamělosti, hlubokou vnitřní prázdnotou atd.³³ Záchvaty přejídání mohou být vyvolány právě pocity strachu, depresí, zklamáním. Jídlo pomáhá tyto pocity zahnat, po vyprázdnění se však dostavují pocity hanby a viny, které mohou znovu vyvolat záchvat žravosti. Jedná se o začarovaný kruh, ze kterého jedinec těžko hledá cestu ven. Bulimici navíc své chování tají před ostatními, protože se za něj hluboce stydí a často se s nemocí musí vypořádat sami.³⁴

Mentální bulimie byla známá již za dob starověku, nejedná se tedy o žádnou novou chorobu.³⁵ Novodobá historie mentální bulimie se však začala tvořit až v 70. letech, kdy se o zmínil anglický psychiatr Gerard Russell. Ten v roce 1979 publikoval článek, kde bulimii definoval podle 2 základních kritérií:

1. Nepřekonatelná potřeba se přejídat (bulimia nervosa) doprovázena záměrným zvracením nebo užitím projímadel.
2. Chorobný strach z tloustnutí.³⁶

Oficiální definici bulimie získala až o rok déle, a je definována jak Mezinárodní klasifikací nemocí (desátá revize MKN (F 50.2)), tak Diagnostickým a statistickým manuálem mentálních poruch (DSM-IV). Tato diagnostická kritéria mají odborníkům pomoci identifikovat chorobu u postiženého a umožnit jim zahájit okamžitou léčbu. Níže si uvedeme definici bulimie dle DSM-IV, která se skládá z 5 kritérií:

- A. Opakované záchvaty přejídání (*binge eating*) charakterizované:
 1. Konzumací daleko většího množství jídla, než by za stejných okolností a ve stejném časovém úseku (např. 2 hodiny) byla schopna zkonzumovat většina lidí.
 2. Vědomím, že jedinec není schopen záchvat ovládat a nemůže ovlivnit co a kolik jídla sní.
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, které má jedinci zabránit přibrat na váze, např. vyvolané zvracení, zneužití laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovění, přemíra cvičení.
- C. Záchvat přejídání a nepřiměřené kompenzační chování se opakuje průměrně nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.

³² HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 3.

³³ Tamtéž, s. 3.

³⁴ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 34–36.

³⁵ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 18.

³⁶ RUSSELL, G. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* [online]. 1979, 9 (3), s. 429–448 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1980-32816-001>

D. Sebehodnocení jedince je ve velké míře založeno na tvaru těla a hmotnosti.

E. Bulimické chování se neobjevuje pouze během epizod mentální anorexie.³⁷

DSM dále rozlišuje – stejně jako u mentální anorexie – dva specifické typy mentální bulimie:

1. Purgativní typ: Postižený jedinec opakovaně zvrací, zneužívá laxativa, diuretika nebo jiné léky za účelem zabránit zvýšení hmotnosti.
2. Nepurgativní typ: Postižený jedinec nepoužívá purgativní metody, ale jiné kompenzační chování, např. intenzivní fyzické cvičení, přísné diety a hladovky.³⁸

Mentální bulimie může mít mnoho příčin, které podrobněji rozebereme v dalších kapitolách. Jedná se však o emoční poruchu, která často doprovází jiné psychické poruchy, např. obsedantně-kompulzivní (OCD) či deprese. Hlavní roli také hraje nízké sebevědomí, psychické konflikty z dětství a velká vnitřní nejistota. Bulimií se postižení jedinci vyrovnávají s psychickými problémy, pocitem nedostatečnosti nebo špatnou situací v rodině.³⁹ Hall a Cohn⁴⁰ dodávají: „Většina lidí trpících bulimií pochází z rodin, kde nejsou dostatečně naplňovány emoční, fyzické či duchovní potřeby jejich členů. Například v některých rodinách není zvykem verbálně vyjadřovat pocity a komunikační schopnosti jejich členů jsou celkově nízké. V rodinné anamnéze můžeme nalézt depresi, alkoholismus, zneužívání drog nebo poruchy příjmu potravy. Dítě tak může nevědomě přijmout únik jako vhodný způsob řešení problému. Jídlo se pak stává „dobrou“ drogou, něčím, co na rozdíl od pití či zneužívání drog nemá negativní konotace.“

Zdravotní rizika mentální bulimie jsou velmi vážná. Kromě očividných psychických problémů, které jedince postihují, se jedná i o vážné fyzické obtíže. Letalita (smrtnost) bulimie není sice tak vysoká, jako u mentální anorexie, na jejíž následky umírá 5 až 20 % nemocných, přesto k úmrtí dojít může. K nejběžnějším zdravotním obtížím patří zácpa, zkažený chrup, nadýmání, záněty nebo otoky slinných žláz, puchýře v krku, dehydratace, nepravidelný nebo neexistující menstruační cyklus, osteoporóza atd. Nadměrné užívání laxativ, diuretik aj. může způsobovat podráždění nervových zakončení ve střevech nebo střevní infekce.⁴¹

³⁷American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 1994. In KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 19.

³⁸ Tamtéž, s. 19.

³⁹ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 5.

⁴⁰ Tamtéž, s. 6.

⁴¹ Tamtéž, s. 27–28.

1.3 Záchvatovité přejídání

Další poruchou příjmu potravy je záchvatovité přejídání. Každý člověk se někdy přejí, sní velkou porci a nechá se ovládnout hladem. To je normální, stejně jako výčitky svědomí, které mohou následovat. Někdy se však jídlo stane pro někoho středobodem vesmíru, na který nemůže přestat myslet a zásadně ovlivňuje jeho život. Záchvaty přejídání se zdaleka netýkají tlustých lidí, jak by název mohl napovídat. Jedná se o vážnou poruchu příjmu potravy, která se může objevit jak samostatně, tak s mentální anorexií a bulimií.⁴²

Záchvatovité přejídání má dvě základní charakteristiky: 1. množství zkonsumovaného jídla je nepřiměřeně velké; 2. konzumace jídla se vymyká kontrole postiženého, který záchvat nemůže ovládat. Tyto záchvaty doprovází výčitky a pocity studu. V souvislosti se záchvaty přejídání dále jedinec pociťuje úzkosti. Záchvatovité přejídání nebývá spojeno s pravidelným kompenzačním chováním. Dotyční jsou posedlí svým vzhledem a hmotností a často drží různé diety. Držení diet a zakazování jídla může vyústit v záchvatovité přejídání právě proto, že si jedinec určité jídlo zakazuje, a o to víc po něm touží. Jedinec se s poruchou většinou potýká sám a udržuje ji jako tajemství, neboť se za své chování hluboce stydí, což vede k podvodům a lhaní svému okolí. Jedinec se izoluje od ostatních, neboť velice důležitá část jejich existence je skryta před ostatními, což na něj vyvíjí velký tlak. Je samozřejmé, že takováto porucha ovlivňuje každodenní život postiženého a udržovat tak velké tajemství způsobuje stres a obtíže vyvolané lhaním.⁴³ Záchvatovité přejídání se od bulimie liší tím, že se jedinec po konzumaci enormního množství jídla úmyslně nevyprazdňuje či nevykazuje jiné kompenzační chování. Psychická pohoda jedince je však narušena stejně, jako tomu je u mentální anorexie či mentální bulimie.

Jak takový záchvat probíhá? Odehrává se v prostorech, kde se shromažďuje jídlo, nejčastěji v kuchyni. Někteří jedinci s přejídáním začnou už v obchodě nebo na cestě domů z obchodu. Jedinec jídlo téměř nevnímá, konzumuje ho rychle, nemusí ho ani kousat. Často se jedná se často o nezdravá jídla, která si jedinec zakázal. S prvními sousty se dostavuje úleva, která se ale brzy mění v pocity zoufalství a znechucení. Záchvat je vyvolán např. porušením nastolených pravidel stravování, zjištěním, že jedinec přibral na váze, sklíčeností, depresemi, pocity osamělosti, úzkostmi atd. Jedinec jídlem zahání veškeré negativní myšlenky a pocity bezmoci.⁴⁴

⁴² COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 13.

⁴³ Tamtéž, s. 14 a 33.

⁴⁴ Tamtéž, s. 15–19.

Cooper⁴⁵ uvádí zpověď dívky postižené záchvatovitým přejídáním a bulimií: „Přejídání začne, když jsem unavená nebo v depresi, nebo když jsem prostě smutná. Začnu být napjatá a panikařit a mám velký pocit prázdnoty. Snažím se nepřipouštět si puzení k jídlu, ale ono je prostě čím dál silnější. Jediný způsob, jak si dokážu od těch pocitů ulevit, je přejedení. A přejídání utlumí pocity smutku. Vymaže všechno, co mě trápilo. Potíž je ovšem v tom, že to trápení nahradí pocit plnosti, výčitek svědomí a zmaru.“

1.4 Nové druhy poruch příjmu potravy

Ortorexie ještě nebyla formálně uznaná jako porucha příjmu potravy, nicméně nese všechny jejich charakteristiky. Postižený jedinec je posedlý zdravou stravou a snaží se co nejvíce docílit tzv. *clean eating* neboli čistého stravování. K historii termínu ortorexie uvádí McGregor⁴⁶ následující: „Termín *orthorexia nervosa* poprvé použil v roce 1996 doktor Steven Bratman ze San Francisca k popisu stavu pacientů, který vyhodnotil jako posedlost zdravým stravováním.“

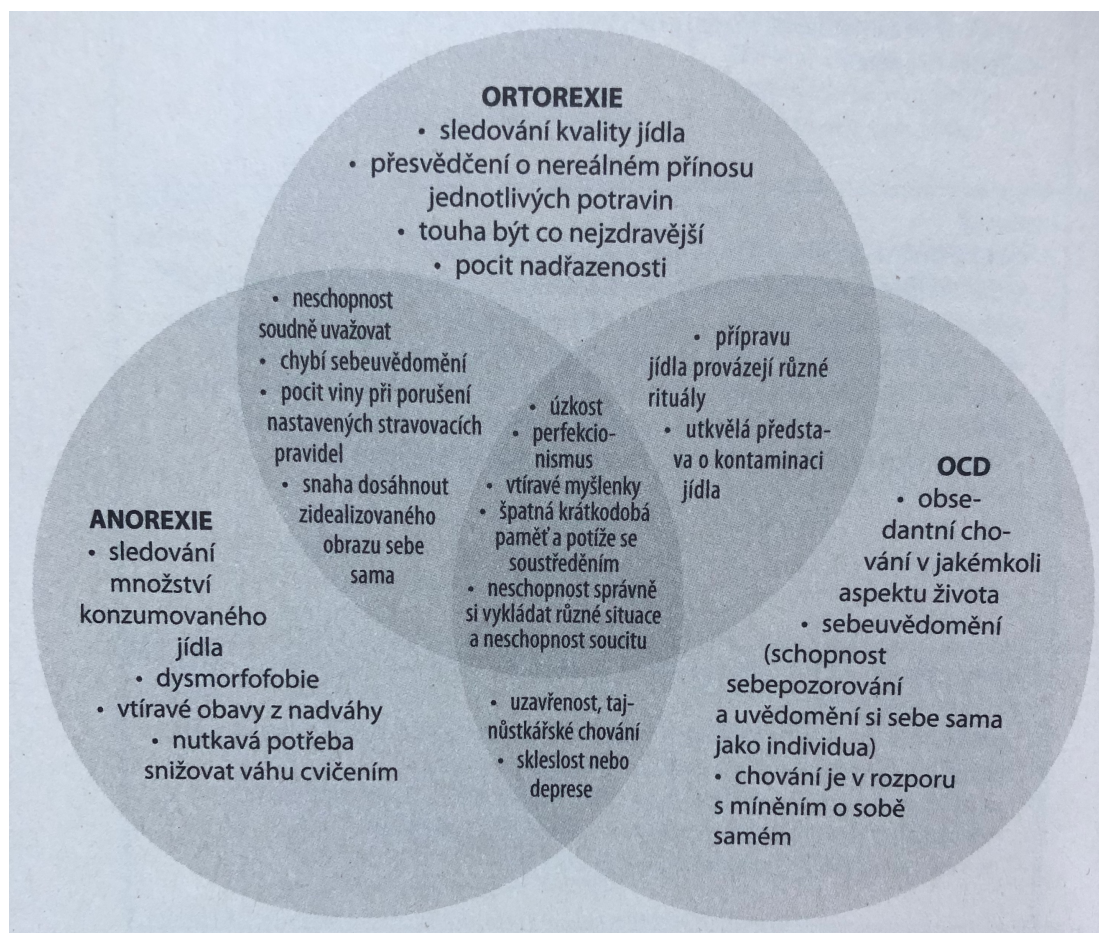
Jedinec postižený ortorexií obsedantně dodržuje přísné, stále „čistější“ diety, omezuje potraviny na základě vlastního přesvědčení o jejich zdravotnosti a často nadměrně cvičí. Jedinec dále není schopen objektivně posoudit své tělo a má narušení vnímání svého těla. Z fyzických projevů můžeme zpozorovat sice přiměřenou hmotnost v poměru s výškou, ale vzhledem k omezování určitých potravin (např. sacharidů, lepku, mléčných produktů...) často může dojít k nedostatku živin, jež se projevují únavou, bolestmi hlavy, anémií, nepravidelností či vymizením menstruace nebo trávicími obtížemi. Psychickými příznaky mohou být úzkosti, deprese, závist, pocit viny, nadměrný strach z konzumace „nečistého“ jídla. Jedinec dále obsedantně lpí na stravovacích rituálech a nepřijme jinou než jím schválenou stravu, i když jsou produkty často drahé. Ortorektici odmítají jíst jídlo připravené někým jiným a neradi se účastní společenských akcí, na kterých se podává jídlo. Při ortorexii nepředstavuje jídlo a cvičení radost, nýbrž přísný režim, který je potřeba dodržovat, přičemž jakékoli porušení nastavených pravidel v jedinci vyvolává pocit, že se stane něco katastrofálního.⁴⁷

⁴⁵ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 19.

⁴⁶ MCGREGOR, R. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019, s. 17.

⁴⁷ Tamtéž, s. 13–22; 29; 45.

Ortorexie má mnoho společných rysů s anorexií a OCD, jak můžeme vidět v následujícím grafu:



Obrázek 1: Podobnost ortorexie s anorexií a OCD.⁴⁸

Druhou novější poruchou příjmu potravy je drunkorexie⁴⁹, která se vyskytuje hlavně u mladých lidí. Nejčastěji onemocnění vzniká v prvním roce na vysoké škole, neboť zejména studenti vysokých škol jsou pod velkým tlakem – musí podávat dobré studijní výsledky a být štíhlí a společenští, aby byli oblíbení.⁵⁰ Drunkorexie sice zatím nemá jasnou definici, ale běžně se charakterizuje následovně: 1. postižený jedinec vynechává jídla, aby nekonzumoval kalorie, které chce raději přijmout z alkoholických nápojů, čímž docílí toho, že nepřibere na váze; 2. jedinec přehnaně cvičí, což má za účel vykompenzovat kalorie z vypitého alkoholu; 3. jedinec pije přehnané množství alkoholu, aby vyvolal zvracení a zbavil se dříve zkonsumovaného jídla. Drunkorexie se

⁴⁸ MCGREGOR, R. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019, s. 22.

⁴⁹ BARRY, ADAM E., PIAZZA-GARDNER, ANNA K. Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health* [online]. 2012, **60**(3), s. 236-243 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07448481.2011.587487?needAccess=true>

⁵⁰ BURKE, S. C., CREEMENS, J., VAIL-SMITH, K. A WOOLSEY, CONRAD L. Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of alcohol and drug education* [online]. 2010, **54**(2), s. 19–21 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/236145008_Drunkorexia_Calorie_restriction_prior_to_alcohol_consumption_among_college_freshman

tedy vyznačuje narušeným způsobem přijímání potravy, (zne)užíváním alkoholu a přehnaným cvičením.⁵¹ Následky jsou velmi vážné, neboť tím, že má jedinec prázdný žaludek, se rychleji opije a ztrácí zábrany, a vzniká tak vyšší riziko např. nechráněného sexu a s tím spojené další potíže (těhotenství, pohlavně přenosná choroba), potyčky atd. Dále hrozí otrava alkoholem, která může končit smrtí.⁵²

Třetí poruchou příjmu potravy, která se řadí mezi novodobější, je bigorexie, taktéž známá jako Adonisův komplex, obrácená anorexie (*reverse anorexia*) či svalová dysmorfie. Na rozdíl od předešlých poruch příjmu potravy postihuje bigorexie převážně muže, hlavně kulturisty. Pro muže, kteří nejsou spokojeni se svým tělem mohou kulturisti představovat vzor, kterého chtějí dosáhnout. Bigorexie se vyznačuje zkreslením vnímáním vlastního těla, přičemž jedinec se vidí jako nedostatečně vyvinutý a drobný. Obsedantně myslí na vlastní svalovou hmotu, porovnává se s ostatními, zneužívá steroidní hormony a přehnaně cvičí, což vede k izolaci od okolí a posedlosti sám sebou. Bigorexie se vyskytuje v menším měřítku i u žen.⁵³

2 Historie poruch příjmu potravy

V této kapitole stručně uvedeme některé důležité milníky v historii vzniku poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou v určité formě známé již od starověku. Hippokrates se jimi zabýval už v 5. století př. n. l. Vůbec poprvé byl termín *anorexie* použit Galénem ve 2. století našeho letopočtu, který jím označil absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Odmítání jídla a extrémní půsty patřily i k asketickým nebo sebetrestajícím praktikám zbožných křesťanů.⁵⁴

Faltus in Papežová⁵⁵ uvádí, že v 17. století byly zaznamenány první klinické obrazy odpovídající diagnóze mentální anorexie. Za prvního portrétistu mentální anorexie je považován anglický lékař Richard Morton, který v roce 1689 ve své knize *Phthisiologia* popsal takzvané „nervové opotřebení“ – skomírání způsobené fyzickými a emocionálními vlivy. Stejný chorobný syndrom popsali v 18. století další lékaři. Nervová anorexie se objevuje hlavně ve francouzské literatuře. V roce 1849 Fleury

⁵¹ BARRY, ADAM E., PIAZZA-GARDNER, ANNA K. *Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors*. *Journal of American College Health*, **60**(3), 2012, s. 236–237. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07448481.2011.587487?needAccess=true>

⁵² BURKE, S. C., CREEMENS, J., VAIL-SMITH, K. A WOOLSEY, CONRAD L. *Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman*. *Journal of alcohol and drug education* [online]. 2010, **54**(2), s. 19–21 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/236145008_Drunkorexia_Calorie_restriction_prior_to_alcohol_consumption_among_college_freshman

⁵³ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 130.

⁵⁴ VAN DETH, R., VANDERYECKEN, W. IN KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 27–28.

⁵⁵ FALTUS, F. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 20–21.

Imbert rozdělil anorexii na dva druhy: gastrickou, jež byla spíše poruchou trávení, a nervovou, při které pacienti odmítali jíst, neboť mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocitu hladu. Nervovou anorexii dále doprovázely změny nálad a melancholie. Imbertově práci však nebylo věnováno moc pozornosti a k úspěšnému zavedení termínu *anorexia nervosa* došlo až v roce 1874 britským lékařem Williamem Gullem. Téměř ve stejné době chorobu popsal i francouzský klinik Ernest-Charles Lasègue. Oba položili základy příznakům mentální anorexie, které platí i dnes: velký úbytek na váze, ztráta menstruace, zácpa atd.⁵⁶

Mentální anorexie byla vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny ve 40. letech 20. století zařazena mezi duševní poruchy. Od šedesátých let 20. století je mentální anorexii věnováno více pozornosti a k původním příznakům popsaných Gullem a Lasèguem přibyly další dva významné rysy, a to neúnavná snaha dosáhnout štíhlosti a narušený body image.⁵⁷

Historie mentální bulimie není tak bohatá, ačkoli bulimické syndromy se vyskytovaly už v dávné minulosti. Nenasytné přejídání a následné zvracení však bylo jen výsadou vznešených vrstev a nebylo bráno jako psychosomatická porucha. Již v roce 65 př. n. l. Seneca prohlásil: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.“ Nadměrné přejídání tedy bylo součástí společenských akcí již ve starověku a středověku a Římané byli známí pro pořádání opulentních hostin, po kterých úmyslně zvraceli v místnostech zvaných vomitoria.⁵⁸

Pojem bulimie má nejasný původ a jsou mu přisuzovány nejrůznější významy a charakteristiky. V minulosti bylo bulimické chování uváděno jako součást mentální anorexie, např. Gull v roce 1874 popsal nenasytanou chuť k jídlu jedné anorektické pacientky a Lasègue uvedl záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie. Ve Francii a Německu bylo bulimické chování vnímáno spíše jako forma gastrointestinální poruchy. Důležitým datem v dějinách mentální bulimie je rok 1979, kdy Gerard Russel použil poprvé termín *bulimia nervosa* a dal jí definici, kterou používáme dodnes.⁵⁹

Koncem 20. a počátkem 21. století bylo věnováno poruchám příjmu potravy mnohem více pozornosti než dříve v důsledku společenských změn, které budou později popsány. Nyní se člení se na jednotlivé subtypy a velkým úspěchem je

⁵⁶ FALTUS, F. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 20–21.

⁵⁷ VAN DETH, R., VANDERYECKEN, W. IN KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 31.

⁵⁸ FALTUS, F. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 22.

⁵⁹ VAN DETH, R., VANDERYECKEN, W. IN KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 33.

především fakt, že základní formy poruch příjmu potravy byly zařazeny do terminologie mezinárodních klasifikačních systémů.⁶⁰

3 Kulturně-společenský kontext poruch příjmu potravy

V této kapitole se budeme věnovat vlivu kultury a společnosti na vznik poruch příjmu potravy. Jedná se především o kulturní hodnoty a vzory obsažené ve výchově, média, vrstevnické skupiny, některé profesní oblasti atd. Uvedeme si některé historické tradice týkající se kulturních ideálů krásy, proměnu jeho vnímání v průběhu staletí a vlivu médií na naše nazírání na kult štíhlosti. Dále se těmito vlivy budeme zabývat v podkapitolách 5.2 a 5.4.

Dnes žijeme v kultuře, pro kterou je štíhlost uctívaným ideálem. Média překypují štíhlými modelkami, jež se zdají být zdravé, šťastné a úspěšné ženy. Z toho plyne, že abychom byli také tak báječní, tak musíme být štíhlí. Dennodenně jsme přesvědčováni, že bychom měli vypadat, chovat se a žít jinak, než je pro nás přirozené. Reklamy nás doslova obklopují, vidíme je na internetu, v televizi, venku na billboardech, a jsme tak pod neustálým tlakem vypadat dokonale.⁶¹

Kultura bezpochyby ovlivňuje život nás všech a kulturní postoje k fyzické kráse mohou vážně přispívat ke vzniku nejen poruch příjmu potravy. Historie nám ukazuje např. tisíc let starý čínský zvyk podvazování chodidel, jež měl za účel zakrnění nohou, což bylo velice žádané.⁶² Dalším příkladem může být masové rozšíření korzetů v 19. století. Jejich funkcí bylo zeštíhlit pas, byly ale tak pevné, že často poškodily orgány, páteř apod. Příkladem z dnešní doby mohou být extrémně vysoké podpatky, jež ženy nosí. Tyto příklady dokazují, že lidé už odnepaměti přizpůsobují zdraví a tělesnou pohodu kulturním ideálům krásy.⁶³

Ženské tělo se mění souběžně s tím, jak se v průběhu staletí mění kulturní ideál krásy. Dříve (např. v baroku a renesanci) byly preferovány kypré tvary a bujná poprsí, což symbolizovalo ženskou plodnost, schopnost počít a donosit zdravého potomka. V době viktoriánské už byly žádané ženy s obvodem pasu 45 centimetrů.⁶⁴ Novák⁶⁵ komentuje: „Dnešní trend, kdy ženské postavy začaly ztrácet na váze, má zdroje jak

⁶⁰ FALTUS, F. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 23.

⁶¹ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulímií*. Brno: ERA, 2003, s. 140.

⁶² Tento zvyk byl vymýcen až na počátku 20. století.

⁶³ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 33.

⁶⁴ Tamtéž, s. 56.

⁶⁵ Tamtéž, s. 45.

v módních trendech, resp. proměnách ženského těla, tak i v proměnách ženské role.“ Dnes je žádoucí, aby žena měla malý poměr mezi pasem a boky⁶⁶, tudíž štíhlou postavu, boky dospívající dívky a velká prsa, což je pro mnohé ženy bez chirurgického zákroku obtížně dosažitelné.⁶⁷

Klíčovým prvkem, který šíří a prosazuje estetické normy, je ženský tisk, s jehož příchodem se začalo o ženské kráse mnohem více diskutovat. Než ženský tisk vznikl, o ženské kráse psali jen básníci a lékaři. Počátkem 20. století se hlavním šířitelem zušlechťujících technik stávají ženské časopisy. Ženský tisk v meziválečném období oplýval chválou na kosmetické výrobky a doporučoval, aby je ženy používaly a zkrášlovaly se. Narůstaly doporučení ohledně tělesného vzhledu a doporučovalo se, aby ženy každé ráno cvičily, udržovaly se štíhlé, lakovaly si nehty atd. Zkrášlování a udržování se mladé a krásné už nebylo jen luxusem vyvolených, ale měla to být povinnost všech žen. Stále více se prosazoval názor, že tělesný vzhled se dá zdokonalit a člověk by se měl usilovně snažit odstranit estetické nedostatky.⁶⁸

Kultura a společnost se neustále a velice rychle mění a nekriticky propaguje štíhlost a sebekontrolu. Novák⁶⁹ o proměnách ideálu ženské postavy ve 20. století píše: „Již v roce 1908 píše korespondent časopisu Vogue, že módní postava roste do výšky, má menší obvod prsou a boků, širší pas a nádherné dlouhé štíhlé končetiny. Obezita začínala být zvláště u žen kritizovaná. Po roce 1920 byla štíhlost přijata masou žen, které aspirovaly na třídní vzestup. Už tehdy představovalo štíhlé tělo demokratizaci nových ideálů ekonomické a sexuální nezávislosti. Na scénu vstoupilo silné dosud neznámé komunikační médium – televize, které se stalo symbolem konzumní společnosti.“

Po druhé světové válce se rozšířilo používání ledniček a mrazáků v domácnostech, což vedlo k uchování většího množství jídla a jídlo přestalo sloužit jako pouhý nástroj k utišení hladu. Množství potravin v domácnostech symbolizovalo bohatství jako třeba auto. Během hospodářské krize a v poválečné době šetření bylo žádoucí, aby ženská postava měla tvar přesýpacích hodin a velká prsa. Poté v 60. letech nastoupil nový ideál štíhlosti, vychrtlá modelka Twiggy, jež se stala módním ideálem mnoha žen. V 60. letech se však objevilo i hnutí Hippies, se kterým došlo u jeho vyznavačů k návratu k přirozenosti a požadavky na vzhled žen se zmírnily. S uvolněním požadavků na vzhled se změnily i ženské role, které vyžadovaly rovnost mezi oběma pohlavími. 70. léta jsou významná pro rozmach žen na pracovních pozicích. Ideálem je superžena, která je chytrá, něžná, upravená, úspěšná, zvládá práci

⁶⁶ Jedná se o tzv. waist-to-hip ratio, tedy poměr obvodu pasu a boků.

⁶⁷ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 45 a 56.

⁶⁸ LIPOVETSKÝ, G. *Třetí žena: Neměnnost a proměny ženství*. Praha: Prostor, 2000, s. 147–154.

⁶⁹ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 51.

i domácnost a je štíhlá. V polovině 80. let se vrátil trend křivek a velkých prsou, nicméně pas měl zůstat štíhlý, což zapříčinilo boom chirurgických operací. V rozmachu byla také fitness centra. V 90. let se se supermodelkou Kate Moss vrátil ideál štíhlosti až vychrtlosti. Tyto emancipační tendence v západní společnosti na jedné straně ženám daly svobodu a pomohly jim osamostatnit se od mužů, na straně druhé jsou ale ženy, které přijímají ideál superženství, náchylné na vznik poruch příjmu potravy.⁷⁰

Důraz soudobé společnosti na úspěch a výkon u žen podporuje vznik poruch příjmu potravy. Ženy už neplní jen funkci pečovatelek a hospodyněk, ale navíc ještě pracují, což zvyšuje množství tlaku, který na sobě mají. Musí se postarat o rodinu, děti, domácnost, chodit do zaměstnání, dobře vypadat a splňovat štíhlý ideál společnosti. Novák⁷¹ dodává: „Všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje.“ V prosperujících společnostech, kde není nouze o potraviny, je obezita vnímána jako znak neúspěchu a chudoby. Na druhou stranu ve společenstvích primitivních (např. v Polynésii) je tomu naopak.⁷²

Největší podíl mají v dnešní době rozhodně média, převážně sociální sítě, televize, internet a časopisy, jež ovlivňují vnímání našeho těla a těl ostatních. Krch⁷³ uvádí, že: „Studie z Hong Kongu, Japonska nebo Argentiny ukazují na to, že společnost, která se přizpůsobuje západním standardům života a krásy, velmi rychle začíná trpět pocitem tloušťky a nespokojenosti s mnoha tělesnými partiemi. Tato nespokojenost pak vede k dietnímu chování a v extrémních případech až k poruchám příjmu potravy. Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti.“

Dále dodává, že jsou to zejména ženy, kdo je vystavován stále se zvětšujícímu a destruktivnějšímu tlaku médií a společnosti, jež nám podsouvají ženský ideál krásy a přesvědčují nás, že krása, štěstí a osobní hodnota u žen závisí na tělesné hmotnosti. Škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována jen malá pozornost, naproti tomu zdravotní výhody štíhlosti jsou přeháněny. Ideál ženské krásy stále hubne, zatímco obyvatelé rozvinutých zemí tloustnou. Roste také poptávka po dietách, které jsou ve většině případů neúspěšné a neudržitelné, a ženy se uchylují k anorexii či bulimii, jež vnímají jako východisko z jejich nešťastné situace.⁷⁴

⁷⁰ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 53–54 a 57–58.

⁷¹ Tamtéž, s. 35–36.

⁷² Tamtéž, s. 51–53.

⁷³ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 28.

⁷⁴ Tamtéž, s. 28.

Pokud bychom žili ve světě, kde není krása a štíhlosti přikládána tak velká váha, hladovění by nebylo jen dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a nadváha by nebyla vnímána jako mravní selhání a vada na krása, poruchy příjmu potravy by nemusely vůbec existovat.⁷⁵ Dnešní společnost klade rovnítko mezi krásu a štíhlost, a to je jedním z důvodů pro vznik poruch příjmu potravy.⁷⁶

Konzumace médií propagujících a zobrazujících štíhlý ideál krásy vede u žen k poruchám příjmu potravy a negativnímu body image (viz dále), u mužů k preferenci štíhlé postavy a dietního chování.⁷⁷ Vidíme soutěže krásy v televizi, kde se prochází vychrtlé, namalované dívky a myslíme si, že takhle má vypadat ideální žena. U mužů to může vést ke zkreslenému vnímání ženského těla a nadměrným očekáváním, u žen k pocitu méněcennosti a potřeby vypadat jako dívky v televizi. Pro citlivější jedince či jedince s predispozicemi k poruchám příjmu potravy (špatné rodinné zázemí, deprese atd.) to může být jeden z přispívajících faktorů ke vzniku poruchy příjmu potravy. Sladká-Ševčíková⁷⁸ ve své zповědi uvádí: „Porovnávala jsem svou postavu a své míry s modelkami v módních časopisech. Když vyhlášovali výsledky soutěží Miss, měřila jsem se hystericky v pase, přes prsa a přes boky, abych mohla posoudit, jestli mám stejné proporce jako ony. Neměla jsem. Snad mi to osud přinesl do cesty, snad jsem se sama řítla do zkázy. Vzala jsem do ruky jakýsi časopis a přečetla si nečekaně a zprvu nechtěně článek o bulimii. Názorně tam bylo popisováno, jak mnoho dívek svou dietu a postavu řeší tím, že se prostě a jednoduše po jídle vyzvracejí. (...) Za dva dny už jsem stála u záchodové mísy také. To byl začátek bulimie.“

I podle Hall a Cohna⁷⁹ mají média na vznik poruch příjmu potravy obrovský vliv. Média neustále posilují vnímání žen jako sexuálního objektu, neboť proklamují celé široké společnosti názor, že žena by měla být štíhlá, krásná a svůdná. Jsou propagovány prostředky na hubnutí, keto diety, zeštíhlovací koktejly, zázračné cvičící stroje, které hubnou za vás atd. Dále v televizi můžeme vidět reklamy na zkrášlující prostředky, make-upy, řasenky, barvy na vlasy a jiné kosmetické prostředky, jež jsou propagovány štíhlými, krásnými ženami, a které sice nejsou přímou příčinou poruch příjmu potravy, nicméně nám neustále připomínají, že ženy tyto prostředky potřebují, aby byly krásné. Krásná a štíhlá se podle těchto reklam rovná tomu být úspěšnější než ostatní a podněcuje ženy ke zkreslenému nazírání na jídlo a své vlastní já. Dochází k zatracování vnitřních kvalit žen a upřednostňování jejich vzhledu. Jedná se o miliardový byznys, který je závislý na pochybách žen o sobě samých a vlastním

⁷⁵ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 28.

⁷⁶ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 45.

⁷⁷ Tamtéž, s. 62.

⁷⁸ SLADKÁ-ŠEVČIKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, s. 33–34.

⁷⁹ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 13–14.

zevnějšku. Samy modelky, které se v médiích nebo na módních přehlídkách vystavují a jež za svůj vzhled dostávají vysoké honoráře, často poruchami příjmu potravy trpí, neboť je na ně kladen vysoký tlak, aby zůstaly štíhlé.⁸⁰

Dnes mají z médií největší vliv na body image neboli jedincův postoj k tělu, jeho velikosti, tvaru a estetice sociální sítě (Facebook, Instagram aj.), na kterých je zaregistrováno miliony uživatelů. Na těchto sociálních sítích nejen dospívající dívky a chlapci tráví mnoho času a jejich sebeúcta je pod velkým tlakem, neboť na sociálních sítích můžeme vidět fotky dokonalých těl, zdravých jídel, workoutů a neustále jsou nám podsouvány životy jiných, s nimiž máme tendenci se srovnávat.⁸¹

Body image je kulturou vážně ovlivněn a má velký vliv na celý život jedince a každodenní pocity pohody a nepohody. Může být jak pozitivní, tak negativní. Negativní body image zahrnuje celkovou nespokojenost se svým tělem, výškou, postavou, obličejem... nejproblematičtější bývá hmotnost, což může vést k pokusům o snížení váhy. Ženy s negativním body image ve srovnání se ženami s pozitivním body image věnují více pozornosti reklamám, ve kterých vystupují štíhlé, atraktivní ženy. Poruchy příjmu potravy vznikají právě kvůli nespokojenosti se svým tělem, jež je široce podporována médii.⁸² V médiích je totiž často zobrazován tzv. ideální tělesný typ, kterého se někteří snaží dosáhnout, aby byli úspěšní, žádaní a milovaní. Hlavním problémem je, že média vytváří falešný a nereálný obraz o ženském těle, což extrémně zvyšuje výskyt mentálních poruch nejen u mladých dívek a žen. V časopisech se mnohem více diskutuje hubnutí, diety, ženská krása atd.⁸³ Novák⁸⁴ dodává: „Obsahová analýza ukázala, že 22 % časopisů určených ženám a vydávaných v západních společnostech nabádá ke snižování váhy. Reklamy, které propagují produkty sloužící k dosažení nebo udržení tělesné krásy, mají sklon upřednostňovat přehnaně štíhlé modelky před středními nebo silnějšími. Inzerenti mají zřejmě dojem, že štíhlé modelky jsou schopné lépe prodat či představit jejich produkt nebo služby v příznivějším světle. Kombinace obrazů štíhlých modelek a témat přitažlivosti a krásy pak poněkud kontraproduktivně vede ke spojení mezi atraktivitou a štíhlostí. Realita zobrazovaná v médiích ani zdaleka neodpovídá všední skutečnosti.“ Důvodem, proč ženy trpí poruchami příjmu potravy více než muži, může být i fakt, že ženské časopisy se mnohem častěji věnují dietám, hubnutí a cvičení, zatímco časopisy pro muže se zaměřují na zprávy ze světa, auta, politiku, koníčky, sport atd.⁸⁵

⁸⁰ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 13–14.

⁸¹ MCGREGOR, R. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019, s. 38–39.

⁸² NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 21.

⁸³ FIALOVÁ, L., KRCH, FRANTIŠEK D. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012, s. 156.

⁸⁴ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 59.

⁸⁵ Tamtéž, s. 60.



Obr. 48 Vliv tištěných médií na péči o tělo.

Obrázek 2: Ukázka článků z časopisů, jež mají vliv na body image.⁸⁶

Výskyt poruch příjmu potravy je vyšší v určitých sociálních skupinách nebo prostředích, zvláště ve sportovním odvětví, kde je kladen důraz na disciplínu, výkon, kontrolu váhy a panuje zde konkurence. Z nespportovních odvětví můžeme jmenovat modeling. Ve sportu se jedná např. o atletiku, gymnastiku, plavání, balet nebo krasobruslení. Na Olympijských hrách se průměrná váha na výšku neustále snižuje, v roce 1976 byla 160 cm a 47,5 kg, v roce 1992 už 145 cm a 39,9 kg. Velký podíl na vznik poruch příjmu potravy u mladých dívek mají jejich trenéři, kteří na ně vyvíjí nesmírný tlak, učí je počítat kalorie, vystavují je nadměrné fyzické i psychické zátěži a vyžadují po nich perfektní výkony.⁸⁷ Jedním z příkladů může být česká biatlonistka Gabriela Koukalová, která v roce 2018 přiznala problémy s poruchami příjmu potravy. V rozhovoru pro Magazín DNES⁸⁸ o jejím bývalém trenéru Šikolovi přiznává: „Úplně dobře asi neodhadl, jak se chovat k dospívajícím holkám a co způsobí, když mladé závodnici řekne, že jsem tlustá jako prase. Jednou, to jsem měla možná ještě míň kilo než teď, mě postavil před zrcadlo. Řekl, ať se podívám, jak je to hrozné. Vyvrcholilo to tím, že mi hodil jídlo do záchodu.“ Dále uvádí, že držela různé diety, hlídala si váhu a snažila se být co nejhubenější. Uchylovala se k anorektickým praktikám, jako je např.

⁸⁶ FIALOVÁ, L., KRCH, FRANTIŠEK D. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012, s. 155.

⁸⁷ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 72–73.

⁸⁸ WILKOVÁ, S., MACEK, T. Deset let jsem byla anorektičkou, prozradila biatlonistka Koukalová. In: *IDNES.cz* [online]. 11. 4. 2018 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/sport/biatlon/gabriela-koukalova-anorexie-bulimie-rozhovor-zpoved.A180410_205512_biatlon_ten.

polykání vatových tamponů napuštěných vodou, které dávají jedinci pocit nasycení. Trpěla i bulimií a tvrdí, že zvracela i osmkrát denně.⁸⁹

Tvrdit, že za vznik poruch příjmu potravy mohou čistě socio-kulturní faktory a média by bylo troufalé. Koneckonců, k médiím má dnes v západních společnostech přístup téměř každý, a ne všechny ženy trpí poruchami příjmu potravy. Velkou roli hrají i individuální a biologické faktory, rodinné zázemí atd., jež si popíšeme v kapitole páté. Velice důležitá je sebeúcta jedince a celková spokojenost s jeho životem.⁹⁰

4 Role genderu v kontextu poruch příjmu potravy

Lipovetsky o vztahu současné společnosti k ženě říká⁹¹: „Nedbat o sebe, nesnažit se opravit a zahladit estetické nedostatky znamená prohřešek – jednak proto, že žena je od přírody stvořena k tomu, aby se líbila a okouzlovala, a za druhé proto, že krása představuje značnou výhodu v zápase o život a poskytuje ženám prostředek, jak si vydobýt štěstí, důstojné postavení a bohatství.“

Jednou z nejzákladnějších forem sebedefinice je určení toho, jestli jsem žena nebo muž. S tím se pojí určité role a vzorce chování přisuzované příslušnému pohlaví. Lidské pohlaví jako biologická danost slouží jako základ, na němž společnost a lidé konstruují gender (maskulinitu/feminitu). Podle toho, jakého jsme pohlaví se k nám lidé chovají určitým stylem, nehledě na to, jestli se s daným genderem zcela ztotožňujeme. Jsou dané genderové stereotypy, které nám určují, jak má vypadat „maskulinní muž“ a „femininní žena“. Ženy a muži se nepopíratelně fyzicky liší. Na základě toho vznikly odlišné genderové role obsahující požadavky na způsob chování očekávaný od členů společnosti v souvislosti s jejich příslušným pohlavím. Gender je tedy sociální konstrukt mužství a ženství ve společnosti a má velkou souvislost s poruchami příjmu potravy.⁹²

Od chvíle, kdy se člověk narodí, jsou mu přisuzovány genderově strukturované rysy v souladu s genderovými stereotypy dané kultury. Genderové stereotypy se promítají do očekávání, která od dětí a jejich chování máme. Tato očekávání se na děti přenášejí pomocí celoživotnímu procesu socializace, „jehož prostřednictvím si lidé předávají a vstřebávají společenské hodnoty a normy, včetně těch, která se týkají

⁸⁹ WILKOVÁ, S., MACEK, T. Deset let jsem byla anorektičkou, prozradila biatlonistka Koukalová. In: *IDNES.cz* [online]. 11. 4. 2018 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/sport/biatlon/gabriela-koukalova-anorexie-bulimie-rozhovor-zpoved.A180410_205512_biatlon_ten

⁹⁰ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 74–75.

⁹¹ LIPOVETSKY, G. *Třetí žena: Neměnnost a proměny ženství*. Praha: Prostor, 2000, s. 153.

⁹² RENZETTI, CLAIRE M., CURRAN, DANIEL J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003, s. 20–24.

genderu.⁹³ Genderová socializace se může odehrávat jak ve formě vědomého úsilí, které posiluje genderová očekávání udělováním odměn či trestů, tak skrytým přenášením způsobu chování rodičů na děti. Již dvouleté děti si jsou vědomy vlastního i cizího genderu a kolem 3. roku začínají hodnotit typy chování genderově stereotypním způsobem. Děti se učí napodobováním ostatních, což je umocňováno principem odměn a trestů. Pokud děti napodobují něco, co není vhodné pro jejich gender, jsou potrestáni. Pokud se naopak chovají tak, jak se od nich z hlediska genderových stereotypů očekává, dostanou pochvalu.⁹⁴

Z hlediska genderových vzorců se od dívky se očekává, že si bude hrát s panenkami, nakládá se s ní jako s křehkou bytostí a je odrazována od rizikových aktivit. Naproti tomu chlapci mohou být raubíři, lézt po stromech, hrát fotbal nebo si hrát s auty. Těmto aktivitám odpovídá i oblečení, do kterého jsou děti oblékány. Dívky v růžových šatech s volánky mohou jen těžko lézt po stromech, naopak chlapci jsou oblékáni do barev a střihů přizpůsobených pro hru venku. Genderově stereotypní jsou také hračky, se kterými si děti hrají. Pro holčičky jsou typické panenky vypadající jako modelky, princezny, víly a nevěsty; od chlapců se očekává, že si budou hrát s auty a modely superhrdinů. Typy hraček rozvíjí v dívkách a chlapcích odlišné dovednosti a vlastnosti. Dívčí hry s panenkami jsou zaměřeny na oblékání, účesy a vzhled, klukovské hry rozvíjí fantazii, soutěživost a agresivitu. Nejpopulárnější panenky Barbie od společnosti Mattel měly dříve míry odpovídající reálným tělesným mírám 90-50-80, tedy poprsí dospělé ženy, úzký pas dítěte a boky dospívající dívky. Dnes již panenky Barbie mají různé podoby a tělesné proporce odpovídají více realitě.⁹⁵ Tlak na vhodný vzhled chlapců a dívek se tedy vytváří kromě vzoru genderově vhodných aktivit i přes panenky a ilustrace v dětských knížkách či katalogích s dětským oblečením.

Dívky jsou vedeny k vzornému chování a jakékoli porušení pravidel je nepatřičné, zatímco chlapci mají ruku volnější. Pohádky nám říkají, že princezna musí být krásná, aby se dobře vdala. S přibývajícím věkem se dívčino sebevědomí čím dál tím více odvíjí od toho, jestli je spokojená se svým vzhledem. Chce být krásná a štíhlá, aby se líbila chlapcům a byla oblíbená. Už od dětství se učíme, že feminita a maskulinita se pojí s určitými psychologickými charakteristikami a pokud někdo vybočuje ze své genderové role, je to vnímáno nelibě (např. chlapci nemají plakat, dívky si nemají hrát s autíčky atd.). Genderové rozdíly mezi pohlavími se ukazují i ve vztahu k jídlu a postavě. Zatímco ženy na svém těle řeší převážně hmotnost, muži si více všímají

⁹³ RENZETTI, CLAIRE M., CURRAN, DANIEL J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003, s. 93.

⁹⁴ Tamtéž, s. 93–94, 99.

⁹⁵ Tamtéž, s. 110 a 116–117.

poměru svalů a celkové muskulatury. Ženy jsou také více posedlé, pokud chtějí zhubnout a cítí se provinile, když dietu poruší.⁹⁶

Normativní standardy krásy jsou kulturně a genderově podmíněny. Ženy jsou daleko více než muži hodnoceny podle toho, jestli splňují idealizovaný obraz krásy vytvořený naší kulturou. Tento ideál je však nerealistický a ženy se ve snaze ho dosáhnout často uchylují k praktikám, jež ohrožují jejich život. Jednou z nich jsou diety, které mohou vést k poruchám příjmu potravy a dále se jedná o plastické chirurgie (liposukce, zvětšení poprsí atd.).⁹⁷

Proč tedy trpí poruchami příjmu potravy především ženy? Jedním z důvodů je fakt, že společnost nikdy nepřikládala velký význam hmotnosti mužů. Samozřejmě by neměli být obézní, ale přijatelný rozsah tělesné hmotnosti u mužů je mnohem větší než u žen. Dále existuje nespočet časopisů věnovaných ženám, ve kterých můžeme najít články o hubnutí a dietách, časopisy pro muže však články o dietách, návodech na hubnutí nebo rady, v jakých šatech budou vypadat nejlépe, obsahují zřídka. Pokud se u mužů porucha příjmu potravy rozvine, tak je to převážně u mužů vykonávajících povolání, v nichž je hmotnost důležitá, např. u tanečníků, žokejů, sportovců, modelů apod.⁹⁸

Ženskému tělu je tradičně věnováno více pozornosti než mužskému, a už například dvanáctileté dívky vnímají své tělo intenzivněji než chlapci. Jsou ke svému tělu úzkostnější, více ho řeší a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou. Pro mužské tělo jsou z hlediska genderových stereotypů důležitá témata svalů a síly, zatímco pro tělo ženské je to tělesný tuk a krása. Ženy dále mají tendenci přibírat na váze více než muži – důkazem toho může být dospívání, kdy dívkám přibývá spíše tělesný tuk a zakulacují se, a chlapci nabírají na svalové hmotě, což má oboje přirozené biologické příčiny.⁹⁹

Mezi stereotypní ženské kulturní rysy patří čistota, poslušnost, obětavost a zdvořilost, které si dívky začínají uvědomovat v pubertě. V pubertě také zažívají období prvních sexuálních hrátek a jejich tělo začne být vnímáno jako sexuální objekt, což je dostává do zranitelné pozice v kontextu světa mužů a vůči ženám do pozice rivalky. Jejich sebejistota je ohrožena a nahrazují ji pochyby o vlastním vzhledu a naplnit očekávání druhých ohledně vzhledu se jim zdá jako dobrý způsob zavděčení se společnosti. Začíná období prvních diet, jejichž selhání často vede k rozvoji poruch příjmu potravy.¹⁰⁰ Vlivem puberty a diet na vznik poruch příjmu potravy se budeme zabývat ještě v dalších kapitolách, je ale důležité zmínit je i v souvislosti s genderem.

⁹⁶ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 41–42.

⁹⁷ RENZETTI, CLAIRE M., CURRAN, DANIEL J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003, s. 516–517.

⁹⁸ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 9–10.

⁹⁹ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 27–28.

¹⁰⁰ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 11.

Hall a Cohn¹⁰¹ zdůvodňují častější incidenci poruch příjmu potravy u žen tím, že „žijeme ve společnosti, která většinu žen v podstatě neuspokojuje a poruchy příjmu potravy tuto vnitřní prázdnotu symbolizují. Spousta institucí, obchodních společností, systémů a rolí má hierarchickou strukturu šitou na míru mužům.“ Ženy se v prostředí, ve kterém panuje nezávislost a soutěživost, necítí dobře a potřebují prostředí spolupracující, s vazbami vzájemné závislosti. Dále jsou role žen často omezené a nejasné, dochází ke zpochybňování ženské inteligence a ke zneužívání žen jako sexuálních objektů. Nejrůznější firmy nám podsouvají, že abychom byli úspěšní a lepší, musíme držet dietu, oblékat se podle trendů, používat nejrůznější kosmetické přípravky na omlazování, krémy proti vráskám atd. Je potlačována přirozenost žen a zkrášlování se je vnímáno jako nutnost k úspěchu. Většina žen se v kultuře, která zastává tyto povrchní hodnoty, necítí dobře, a právě tyto omezující, ohrožující a nenaplňující role, které ženy ve společnosti zastávají, dávají vzniknout poruchám příjmu potravy.¹⁰²

Většina pracujících žen je diskriminována, neboť ve světě obchodu a politiky stále dominují muži. Ženy, které dokáží sehnat zajímavou práci na vysoké úrovni, jsou často méně placené než muži, avšak jsou na ně kladeny stejné nároky a jsou pod větším tlakem, neboť musí podávat stejný výkon. Bulimie je pro ně v tomto případě únikem od vnitřního přetlaku.¹⁰³

Dále jsou ženy nabádány k tomu, aby byly opatrné a moc se nepřeceňovaly, na rozdíl od mužů, kteří se mohou chovat mnohem svobodněji a riskantněji. Také by měly trpělivě čekat na uspokojení svých potřeb, kterých by nemělo být mnoho. Od žen se také očekává, že přenechají vedení druhým (mužům), ustoupí, vzdají se svých názorů a zaujmou podřízenou pozici. Navrch mají vždy dbát o to, jak vypadají, neboť podle vzhledu budou posuzovány a jejich tělo bude široce objektivizováno a sexualizováno. Toto všechno jsou archaická pravidla, která v dnešní společnosti přetrvávají a přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy u žen. Dále nás tato pravidla učí, že ženy mají kulturní limity, které by neměly překračovat.¹⁰⁴

Od žen se z hlediska genderových stereotypů očekává, že budou ovládat zlostné pocity či agresi. Ženy trpící bulimií často uvádí jako příčinu vzniku potlačené city, a některé uvádějí, že nejsou schopny rozlišit od sebe různé emoce. Sebeovládání v přísné regulaci příjmu potravy je pro ně způsob, jak získat pocit kontroly alespoň nad jedním aspektem jejich života a jejich vnitřní nestabilitou. Štíhlost je pro ně měřítko

¹⁰¹ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 9.

¹⁰² Tamtéž, s. 9–10.

¹⁰³ Tamtéž, s. 13.

¹⁰⁴ Tamtéž, s. 10–11.

ovládání emocí, kterou dokáže bulimie zajistit.¹⁰⁵ Maloney a Kranzová¹⁰⁶ doplňují: „V naší společnosti jsou dívky tradičně vychovávány tak, aby byly milé a příjemné. Mnoho dívek cítí, že se od nich očekává, že se nebudou rozčilovat, zvyšovat hlas nebo agresivně usilovat o to, co chtějí. V mnoha rodinách učí dívky, aby se usmívaly, i když je něco rozčílí a rozzlobí. Učí je, aby myslely především na ostatní, nejen na sebe, i kdyby to mělo znamenat, že prohrají hru nebo nedosáhnout všeho, co chtějí.“ Potlačování vzteku a agresivních pocitů u dívek vede ke snaze tyto pocity uvolnit nebo kontrolovat vlastní tělesnou hmotnost, neboť kontrola vlastního těla jim dává iluzi, že ovládají i své zakázané pocity.¹⁰⁷

Poruchy příjmu potravy mohou ženám pomoci odvést pozornost od pocitu, že nejsou v kontaktu se svým vlastním já, které musí neustále potlačovat. Ženy se postupně začínají bát vyjádřit svůj názor, upozadují své potřeby, přednosti i přirozený půvab ze strachu, že budou odsouzeny. Zpravidla se po ženách vyžaduje, že budou mít oholené nohy a podpaží, budou skrývat menstruační cyklus, vonět se atd. Hall a Cohn¹⁰⁸ uvádí: „Dokonce i ženy, které zažily zázrak porodu, se rychle snaží uvést břicho znovu do původního stavu, aby na nich nebylo nic znát. Popírání hluboké biologické pravdy o ženském těle degraduje jejich život. Porucha příjmu potravy může utlumit bolestné prožívání ztráty kontaktu s vnitřním zdrojem síly a smyslu.“

5 Možné zdroje poruch příjmu potravy

Příčin vzniku poruch potravy je opravdu mnoho, zřídka se však stává, že by jedna jediná událost v životě jedince zapříčinila její vznik. Většinou se tedy jedná o sled událostí, které jedince ovlivní natolik, že začne ze svého trápení hledat únikovou cestu. Pokud se v jedincově životě děje něco, co nedokáže ovládat, uchýlí se k činnosti, kterou ovládat může, ať je to hladovění v případě anorexie, či přejídání a následné zvracení v případě bulimie.¹⁰⁹ Jedincův vztah k jídlu se naruší a dostává se do bludného kruhu, který živí chorobný strach z přibírání, se kterým se pojí strach z jídla. Čím větší pozornost strachu jedinec věnuje, tím větší se stává. Pokud se jeden den jedinec nenají, o to víc bude druhý den vyděšen z hladu a bude na jídlo myslet. Když se bude jedinec schopen vyhnout tomu, čeho se bojí (=jídlu), dostihne ho pocit úlevy, čímž se zvyšuje návyk a bude ten pocit vyžadovat častěji.

¹⁰⁵ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 13.

¹⁰⁶ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 10.

¹⁰⁷ Tamtéž, s. 10.

¹⁰⁸ HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA, 2003, s. 9–12.

¹⁰⁹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 13–14.

Krch¹¹⁰ tento začarovaný kruh popisuje v pěti krocích:

- 1) Jedinec se vyděsí, např. z narážky na váhu.
- 2) Jedinec znejistí a chce reagovat.
- 3) Jedinec odpovídá na nejistotu: převážení, sledování kalorického příjmu a výdeje.
- 4) Z kroku 3 vychází následná aktivita zaměřena na omezení kalorického příjmu a zvýšení kalorického výdeje. To povede k poklesu strachu a pocitu uspokojení, že má jedinec nad věcmi kontrolu.
- 5) Opakování těchto kroků tvoří návyk a bludný kruh se uzavírá, neboť přerušení těchto aktivit by vyvolalo nejistotu a strach, tak je jedinec neustále opakuje. Tím také přestává mít čas na jiné aktivity.

Poruchy příjmu potravy však nejvíce živí posedlost jedince jídlem a svým tělem. Obsesivně řeší vzhled vlastní i vrstevníků, porovnává se s lidmi na internetu, které ani nezná, dodržuje diety s obsesivní přesností a řeší, zda zhubnul nebo přibral na váze. Krch¹¹¹ dodává: „Pozornost zaměřená na tělo zkresluje jeho jednotlivé proporce a v případě jídla udělá z chudé hospodské porce oběd pro regiment. Život je stále více ovládán starostmi o jídlo, váhu a tvar postavy.“

Příčin vedoucích k poruchám příjmu potravy je mnoho a velice sporadicky vznik ovlivní pouze jedna událost. Odborníci a autoři odborných publikací uvádí různá dělení, která zpracujeme a zařadíme příčiny do vlastních kategorií. Bude se jednat o dělení Coopera, Leibolda, Krcha a Papežové, dále využijeme různé výzkumy a články.

Peter J. Cooper dělí příčiny přispívající ke vzniku poruch potravy do tří kategorií: predisponující faktory (náchyllost k poruše), spouštěcí faktory (vyvolávající) a udržující faktory (udržují poruchu a brání nemocnému v léčbě). Tyto faktory poté dále dělí na tělesné, psychologické a sociální.¹¹²

G. Leibold rozlišuje faktory přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy na sociální a individuální faktory.¹¹³

František D. Krch uvádí sedm skupin faktorů ovlivňujících vznik poruch příjmu potravy. Jsou jimi faktory sociální a kulturní, biologické, životní události, rodinné a genetické, emocionální, osobnostní faktory a závislost na psychoaktivních látkách.¹¹⁴

¹¹⁰ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 32–34.

¹¹¹ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 19.

¹¹² COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 39–40.

¹¹³ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 13.

¹¹⁴ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 58–79.

H. Papežová rozděluje faktory přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy na psychosociální, osobnostní, situační a rodinné faktory, diety a uvádí jako možnou příčinu i kult štíhlosti ve společnosti.¹¹⁵

Je tedy zřejmé, že každý autor nahlíží na možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy jinak. Dále je jisté, že existují příčiny, které spadají do více kategorií, jako např. deprese, již můžeme hodnotit jako faktor biologický, psychologický i sociokulturní. V této práci faktory rozdělíme na biologické, sociální a kulturní, psychické faktory, dále pak vznik poruch příjmu potravy ovlivňuje rodina, vztahy a traumata, individuální a osobnostní faktory a diety.

5.1 Biologické faktory

Peter J. Cooper uvádí fyzické faktory jako možné zdroje poruch příjmu potravy. Fyzické faktory také dále udržují poruchy příjmu potravy v jedinci, který se dostává do bludného kruhu. Jsou to např. výrazná podváha, která vede k depresi, uzavírání se jedince do sebe a ztrátě zájmu o společenské aktivity, což zvyšuje izolaci jedince od okolního světa a podporuje pocit samoty. Dále má podle něj na vznik poruch příjmu potravy (konkrétně na bulimii a záchvatovité přejídání) částečný vliv dědičnost. Tento názor opírá o několik důkazů. Jedním z nich je zjištění, že pokud jedno z jednovaječných dvojčat trpí poruchou příjmu potravy, je větší pravděpodobnost, že jí bude trpět i druhé dvojče. Pokud jsou však dvojčata vychovávána ve stejné rodině, je těžké určit, do jaké míry působí dědičnost a do jaké výchova a rodinné prostředí. Druhým důkazem je genetický přenos tělesné hmotnosti – je totiž prokázáno, že tělesná hmotnost je do určité míry dědičná. Dalším důkazem může být častější výskyt poruch příjmu potravy v jedné rodině.¹¹⁶

S tímto názorem se ztotožňuje i Krch¹¹⁷ a tvrdí, že pokud trpí poruchou příjmu potravy matka, je pravděpodobnější, že jí bude trpět i dcera. Podle Krcha jsou nejrizikovější skupinou pro rozvoj poruch příjmu potravy ženy, a to dokonce v takovém měřítku, že stačí být pouze ženského pohlaví a riziko mentální anorexie je desetkrát větší. Tento výrok podporuje i Papežová¹¹⁸, která uvádí, že „ženy trpí záchvaty přejídání 2,5x častěji než muži a anorexií či bulimií onemocní dokonce 10x častěji. Proto označujeme pohlaví za rizikový faktor.“ Ženské tělo je tradičně důležitější a je vnímáno

¹¹⁵ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 36–46.

¹¹⁶ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 40–44.

¹¹⁷ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 61.

¹¹⁸ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 37.

mnohem více, než tělo mužské a také se více řeší v médiích.¹¹⁹ Častěji si přečteme o herečce, která přibrala na váze než o herci.

Dále se dokázalo, že pouhý samotný výskyt anorexie v nejbližším ženském příbuzenstvu zvyšuje pravděpodobnost rozvinutí poruchy příjmu potravy. Výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci se ve většině klinických studií pohybuje mezi 3 a 10 %, mezi matkami anorektiček se však poruchy příjmu potravy a nebezpečné jídelní postoje a chování mohou vyskytovat častěji.¹²⁰ Ačkoli studie dokázaly vyšší incidenci poruch příjmu potravy v jedné rodině, neznamená to, že jsou poruchy příjmu potravy vždy geneticky podmíněné. Vzhledem k faktu, že sourozenci vyrůstají ve stejné rodině a mají stejnou výchovu jsou na vině i faktory kulturní, psychologické či rodinné. Pro dítě je dále velice snadné přejmout návyky matky anorektické či matky posedlé dietami.¹²¹

Dle Krcha dochází k nejdramatičtějším změnám ve vnímání lidského těla v průběhu puberty a adolescence. Mění se jak psychická, tak fyzická stránka jedince, a to může mít velký dopad na jedincův postoj ke svému tělu. Jedinec roste do výšky, přibývají tukové zásoby a hmotnost. U chlapců dochází k přibývání svalové hmoty, a tím se přibližují k maskulinnímu ideálu krásy, kdežto dívky se mění směrem od femininního ideálu.¹²² Vyšší postava u chlapců je dospělými vnímána jako žádoucí, dále představuje šanci na získání lepšího sociálního statusu, neboť prestiž je v tomto věku závislá na fyzické síle. Zatímco u chlapců dochází ke změnám převážně kvantitativním (růst a zesílení), u děvčat se odehrávají změny kvalitativní, neboť sekundární pohlavní znaky děvčat jsou nápadnější a dospělými bývají vnímány významněji. Rodiče se bojí předčasné sexuální aktivity u fyzicky vyspělých dívek a mají tendence potlačovat nadměrnou vyspělost děvčete, což je dívkou vnímáno jako negativní hodnocení její nadměrné vyspělosti a posiluje její pocit nejistoty.¹²³

Pokud je tělesná proměna příliš časná, může se stát, že ji pubescent adekvátně nezvládne. Tělesné změny zvláště u dívek mohou být vnímány jako něco, co je potřeba zpomalit nebo zastavit a dojde k popírání reality, např. dívka začne nosit volný svetr, aby zakryla značně vyspělá prsa.¹²⁴ Dívky, které vyspějí dříve, než jejich spolužačky ve škole jsou více náchylné na vznik poruch příjmu potravy. Výzkumy prokázaly, že čím dříve dívka fyzicky vyzraje, tím větší má pravděpodobnost vzniku poruchy příjmu potravy, a to dokonce dvojnásobně. S tím souvisí také strach z dalšího přibírání, pocitu nedostatečnosti, a dokonce až depresivní stavy.¹²⁵ Tím, že jsou ve třídě jediné, jež

¹¹⁹ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 61.

¹²⁰ Tamtéž, s. 65.

¹²¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 56.

¹²² KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 62–63.

¹²³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 327.

¹²⁴ Tamtéž, s. 327.

¹²⁵ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 62–63.

vykazují vyzrálou, jsou předmětem zájmu chlapců, kteří se jim mohou vysmívat, neboť nechápou, že to dívku může ranit a může začít vnímat své tělo negativně.¹²⁶ Vzhledem k faktu, že u chlapců nastává puberta déle, jsou v době předčasněho dospívání u dívky tělesně i psychicky infantilní.¹²⁷

Předčasně vyzrálé dívky jsou méně spokojené se svým tělem, než jejich spolužačky a může se u nich vyvinout nezdravý vztah k jídlu, kdy jídlo začnou brát jako prostředek k utišení nervů a dívky se začnou přejídat. Předčasná vyspělost také vede ke sporům s rodiči a vrstevníky, neboť dívky vypadají starší a dostávají i vyžadují více samostatnosti.¹²⁸

Krch dále tvrdí, že nespokojenost s tělem u žen výrazně stoupá úměrně se zvyšující se hmotností. Poruchy příjmu potravy jsou definovány především strachem z tloušťky a tloušťky. Také proto je nejnáchylnější doba na vznik poruchy příjmu potravy životní období spojená s výraznými tělesnými změnami, např. v pubertě nebo těhotenství. V těchto obdobích jedinec nabírá na hmotnosti, což vede k držení nebezpečných redukčních diet. Při úbytku dochází jak ke ztrátě tukové, tak svalové hmoty a tyto změny ovlivňují složení těla. Tyto cyklické změny v hmotnosti jsou stejně nebezpečné, jako obezita a mohou vést k bulimii. Velkou roli hraje také rozložení tuku v těle. Výzkumy dokázaly, že ženy, které mají nejvíce tukových zásob na bocích, stehnech a hýždích vykazovaly mnohem větší riziko vzniku poruchy příjmu potravy než ostatní ženy.¹²⁹

Nejtypičtější období pro vznik např. anorexie je právě pubertální věk. Důležitým faktorem je však i jedincova osobnost a celkový psychický stav. Poruchu příjmu potravy nespustí jen jediný faktor, jedná se o vyústění několika vlivů najednou. Rozvoj poruch příjmu potravy podporují i psychické změny, které se v pubertě odehrávají. Jedinec prožívá negativní emoce, např. podrážděnost či labilitu nálad, jež jsou typickým doprovodným znakem puberty.¹³⁰ 2-3 roky před pubertou dochází k hormonálním změnám v těle, což také silně ovlivňuje jedincovo chování a prožívání. Typickým psychickým jevem puberty je ztráta sebejistoty, která pramení z fyzických změn na těle. Přijetí nové identity je časově náročný proces, který je doprovázen pocitem ohrožení integrity vlastní osobnosti. Jelikož je zevnějšek to první, co ostatní lidé posuzují, může negativní reakce vrstevníků i dospělých na probíhající změny těla vyvolat v pubescentovi nejistotu, která následně může vést k poruchám příjmu potravy.¹³¹

¹²⁶ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 62.

¹²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 327.

¹²⁸ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 63–64.

¹²⁹ Tamtéž, s. 62.

¹³⁰ Tamtéž, s. 63.

¹³¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 326–328.

V době puberty už dospívající neberou své tělo jako danost, ale jako něco, co se dá zdokonalovat. Srovnávají se se svými vrstevníky a vzhled je to nejdůležitější, čím se dospívající, zejména dívky, zabývají. Účes či oblečení lze změnit lehce, ale vlastní tělo tak snadno upravit dle požadavků atraktivity nejde. Kult těla je navíc podporován sociokulturním standardem vysoké hodnoty fyzické krásy. Pokud jedinec aktuálnímu ideálu neodpovídá, dochází k nižšímu sebehodnocení a pocitům ukřivdění a napětí v situacích, kde má zevnějšek nějaký význam. Jedinec si může vztek a zlost různými způsoby ventilovat, např. autoagresí.¹³²

Hlavní negativní význam může mít výška a tělesná hmotnost. Vágnerová¹³³ uvádí: „V pozdní adolescenci se zevnějšek stává cílem i prostředkem. Adolescent se potřebuje líbit jiným i sobě, aby se ubezpečil o své hodnotě. Aby dosáhl tohoto cíle, dovede systematicky pracovat na získání žádoucích fyzických kvalit, drží diety, posiluje, cvičí atd. Zevnějšek je prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Existence aktuální, sociokulturně podmíněné normy krásy poněkud tlumí tendenci k individuální diferenciaci. Krása je pojímána jako úkol, který je třeba splnit. Adolescenti, zejména dívky, dovedou v tomto směru vyvinout značné úsilí, jen aby se danému ideálu alespoň přiblížili (být hodně štíhlá, mít krásné dlouhé vlasy apod.).“ Je tedy zřejmé, že se neustále mísí biologické vlivy s vlivy psychosociálními.

Tendenci k uniformitě navíc významně podporují média. Ta nám prezentují idealizované vzory (modelky, zpěvačky, sportovce...), které se stávají modelem pro přesné napodobení pro adolescenty, kteří hledají posílení prezentace vlastní osobnosti něčím zaručeně pozitivním. Uniformita pro ně představuje jistotu, která jim v životě v tomto období schází.¹³⁴

Jako další biologický vliv na vznik poruch příjmu potravy uvádí Krch menstruační cyklus. Některé výzkumy se zabývaly souvislostí menstruace s bulimií a výzkumníci došli k závěru, že „bulimická impulzivita byla dáвана do souvislosti s hormonální dysfunkcí v rámci premenstruačního syndromu“.¹³⁵

Menstruační cyklus ovlivňuje každodenní život ženy. V průběhu celého měsíce dochází v těle ženy k periodickým cyklickým změnám, jež jsou nutné pro reprodukci. V rámci menstruačního cyklu se také setkáváme s premenstruačním syndromem, jež se objevuje zhruba 10 dní před menstruací a vyznačuje se psychickými a neurologickými příznaky, mezi něž patří mj. výkyvy nálad, depresivní a úzkostné stavy, přírůstek hmotnosti, bolest hlavy, otoky, zvětšené a bolestivé prsy, nadýmání, pocit

¹³² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 328

¹³³ Tamtéž, s. 329.

¹³⁴ Tamtéž, s. 329.

¹³⁵ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 62.

plnosti. Při menstruaci dále dochází k zadržování vody v těle. Všechny tyto jevy ovlivňují celkovou psychiku žen a dívek a přispívají k rozvoji poruchy příjmu potravy.¹³⁶

Výzkumníci zjistili, že záchvaty se u pacientek postižených bulimií zvyšovaly pět dnů před menstruací a poté opět klesaly. Nebulimické ženy zvýšily svůj denní příjem o 500 kalorií zhruba 10 dní před ovulací. Dokonce byla pozorována souvislost hormonální antikoncepce s bulimií, kdy pacientky uváděly, že u nich došlo ke vzniku bulimie v závislosti na zvýšení tělesné hmotnosti v důsledku pobírání hormonální antikoncepce, a došlo ke zlepšení bulimických záchvatů po vysazení hormonální antikoncepce.¹³⁷

5.2 Sociální a kulturní faktory

Podle Giddense¹³⁸ mají na zdraví a nemoc dopad společenské a kulturní vlivy, mezi něž řadí např. tlak na to, abychom dosáhli ideálu štíhlé postavy. Anorexie se projevuje tělesnými symptomy, ačkoli se jedná o poruchu psychickou, a je velmi úzce spjatá s držením diet, což je v moderní společnosti způsobeno měnícím se vnímáním tělesné přitažlivosti a ideálu, převážně u žen. Dříve bylo ve většině tradičních společností žádoucí, aby měla žena kypré, plné tvary, neboť to bylo známkou bohatství a blahobytu. Vyzáblost byla naopak spojována s nedostatkem potravy, a tudíž i s chudobou. Toto vnímání se postupem let a století měnilo a v dnešní době je naopak žádaná štíhlá postava, která je vnímána jako znak úspěchu. V současné době se poruchy příjmu potravy vyskytují ve všech průmyslových státech světa a jsou součástí života milionů lidí, neboť poruchy příjmu potravy zahrnují nejen život ohrožující formy, ale i nutkavou potřebu podstupovat diety s cílem zdokonalit svůj tělesný vzhled.

Giddens¹³⁹ uvádí: „Anorexie spolu s dalšími poruchami příjmu potravy odráží současnou situaci, v níž ženy v celospolečenském měřítku hrají významně větší roli než v minulosti, ale jsou nadále posuzovány podle dosažených cílů.“ Poruchy příjmu potravy nejvíce pramení z pocitů nedostatečnosti, hanby a nedokonalosti, které žena zažívá. Tato úzkost z toho, jak ji druzí vnímají, se následně koncentruje do pocitů týkajících se jejího těla, které žena začne přehnaně řešit. Giddens¹⁴⁰ dále dodává: „Ideál štíhlého těla se v takovém okamžiku stává obsesí – ztráty na tělesné váze se proměňují v prostředek, jehož pomocí lze v jejím světě opět nastolit řád. Jakmile žena začne držet dietu a má nutkavou potřebu věnovat se fyzickému cvičení, hrozí, že se její chování uzamkne ve vzorci, kdy začne zcela odmítat jídlo či vyzvrátí vše, co pozřela.“

¹³⁶ KOBILKOVÁ, J., ET AL. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005, s. 44.

¹³⁷ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 62–63.

¹³⁸ GIDDENS, A. *Sociologie*. Vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo, 2013, s. 356.

¹³⁹ Tamtéž, s. 360.

¹⁴⁰ Tamtéž, s. 360.

Nedojde-li k narušení tohoto vzorce (a zde se některé formy psychoterapie a léčby ukázaly jako účinné), trpící může sama sebe vyhladovět k smrti.“

Anorexie (a jiné poruchy příjmu potravy) tedy odráží změny, které se ve společnosti dějí, včetně dopadů globalizace. Globalizace produkce potravin v několika posledních dekáдах rapidně vzrostla, současně s výskytem poruch příjmu potravy v západních zemích. Dnes jsou potraviny k dostání v daleko větším měřítku než dříve, bez závislosti na ročním období v daném místě. Giddens¹⁴¹ tvrdí: „Ve společnosti, kde je jídla hojnost a potraviny jsou relativně levné, můžeme poprvé utvářet naše těla v souladu s naším životním stylem, zvyky (jako je běhání, jízda na kole, plavání či jóga) a stravou. Poruchy příjmu potravy vznikají jak z příležitostí, tak dalekosáhlých nároků a pnutí, jež tato situace vytváří.“

Prudký nárůst výskytu poruch příjmu potravy je alarmující a dokazuje, jak velký vliv na jejich vznik a zdraví celkově mají sociální faktory. Dalším velkým vlivem jsou bezpochyby vynálezy a technologie společnosti, které nám umožňují např. počítat kalorie, což by bez pokroku technologií nebylo možné. Další z těchto pokroků učinila plastická chirurgie¹⁴², jejíž množství možných zákroků sloužících k úpravě těla (liposukce, zmenšování různých částí těla atd.) nám ukazuje, v jakých směrech je možné naše tělo zeštíhlit, což nás může vést k myšlence, že abychom byli dokonalí, musíme být štíhlí. Michel Foucault¹⁴³ zavedl termín „sociální technologie“. Jedná se o jakýkoli druh pravidelného zásahu sloužící k úpravě našeho těla. Příkladem může být právě držení diet, které je často jedním z faktorů ovlivňujících vznik poruch příjmu potravy. Naše tělo se stává čím dál tím častěji něčím, co musíme vytvářet, a ne pouze přijímat.¹⁴⁴

Dopad těchto technologií je však vždy podmíněn společenskými faktory. Jen my, lidé, máme ve své moci využití těchto technologií a činit sociální rozhodnutí. Můžeme ovlivnit naše vnímání diet a trendů, v našich rukou je také to, do jaké míry se necháme ovlivnit médii. Na nás záleží, jestli budeme následovat spolužačky či rodinné příslušníky v držení diet a honbě za dokonalou postavou. Je však velice těžké odolat tlakům společnosti a nestrat se o to, co si o nás myslí druzí. V tom tlaku je, alespoň dle mého názoru, největší vliv společnosti na vznik poruch příjmu potravy.

Výzkumné studie opakovaně dokazují, že masmédia běžně zobrazují dívky a ženy v tradičních stereotypech genderových rolí, např. jako ženy v domácnosti a hospodyně, asistentky, pečovatelky, objekty mužské sexuální touhy atp. V posledních

¹⁴¹ GIDDENS, A. *Sociologie*. Vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo, 2013, s. 359.

¹⁴² Tamtéž, s. 356–359.

¹⁴³ FOUCAULT, M. *Technologies of the Self*, IN: Giddens, A. *Sociologie*. Vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo, 2013, s. 359.

¹⁴⁴ Tamtéž, s. 359.

desetiletích se však situace začíná zlepšovat a ženy častěji bývají zobrazovány jako superhrdinky (Buffy, přemožitelka upírů), mocné právničky (Advokáti), či policejní šéfky (Hlavní podezřelý). Nicméně se tyto silné, nezávislé ženy nadále přizpůsobují jistým femininním normám – jsou mladé, štíhlé, atraktivní a přitahují pozornost mužů, a odborníci na zdravotnický výzkum stále zastávají názor, že přetrvávající mediální zobrazování ideálních ženských těl je jedním z důvodů vzniku poruch příjmu potravy, a to hlavně u mladých žen.¹⁴⁵

Podle Coopera patří mezi sociální a kulturní faktory hlavně média, která nám podsunují ideál západní společnosti. Tvrdí, že média nám pomocí reklam sdělují, že na kráse záleží, propagují diety, hubnoucí prostředky, koktejly, pilulky atd. Naznačují, že žena musí být hubená a krásná, aby ve světě uspěla. Dalším sociálním faktorem může být například dobírání jedince kvůli hmotnosti nebo hromadné držení diet v partě kamarádek.¹⁴⁶

Leibold řadí mezi sociální vlivy uvádí zásadní proměnu hodnotového systému a celkovou změnu společnosti od dřívější doby. Jako příklad uvádí tehdejší ideál štíhlosti, který v šedesátých letech přišel s anglickou módní ikonou Twiggy. Tento ideál vysvětluje jako nepřátelství vůči tělu, neboť jedinec redukuje tělo na minimum nutné pro přežití, bez ohledu na zdravotní následky. Objevuje se ideál chlapecké postavy neschopné reprodukce. Ve společnosti se více vyskytuje bulimie a jiné poruchy ve vztahu k jídlu.¹⁴⁷

Dále Leibold¹⁴⁸ tvrdí, že ke vzniku poruch příjmu potravy také přispívá přemíra jídla v průmyslových státech a uvádí: „Pouze tehdy, když je společnosti zajištěna denní minimální potřeba potravin, může si jedinec vůbec dovolit vzdát se jejich příjmu anebo je náruživě pojídat v nadbytku a pak je opět navozeným způsobem vyzvrátit. Právě bulimie (náruživé hltání a poté zvracení) připomíná nadprodukcí potravin v evropské společnosti, kdy potraviny vyprodukované v nadbytku musí být následovně opět zničeny, protože po nich není dostatečná poptávka.“ Protože ale ve společnosti žijí všichni lidé, a přesto poruchy příjmu potravy nepostihují celou populaci, tak velkou roli hrají podle Leibolda i individuální faktory, kterým se budu věnovat dále.¹⁴⁹

Podle Krcha je významným podpůrným faktor pro vznik poruchy příjmu potravy zvýšené sebeuvědomění, k němuž dochází v pubertě, a které je z velké části zaměřeno interpersonálně (jedinec se srovnává s ostatními). Dívky o sobě začínají přemýšlet jako o členu sociální skupiny, jejich postavení v ní, oblíbenost atd. Jejich sebeuvědomí se

¹⁴⁵ GIDDENS, A. *Sociologie*. Vydání revidované Philipem W. Suttonem. Praha: Argo, 2013, s. 696–697.

¹⁴⁶ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 43 a 46.

¹⁴⁷ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 13–16.

¹⁴⁸ Tamtéž, s. 17.

¹⁴⁹ Tamtéž, s. 17.

snižuje, stejně jako úcta k vlastnímu tělu. Jedinec je v tomto období také nejzranitelnější, nejvíce poslouchá své vrstevníky, hodnotí a porovnává sebe a ostatní, projevuje větší zájem o dění kolem sebe a soupeří s ostatními.¹⁵⁰

Krch¹⁵¹ dále uvádí, že jednou z největších příčin poruch potravy je proměna společnosti, stejně jako tvrdí Leibold a Giddens (viz výše). Dokazuje to zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy v západních společnostech, ve kterých dochází ke zvýšenému zájmu o tělo a pocitu tloušťky. Zatímco ještě před 40-60 lety byly propagovány výrobky na přibrání, dnes se vyzdvihují produkty pomáhající lidem zhubnout.

9 kg přibrala

9 kg, které se stejnoměrně rozdělily na obličej, paže, ňadra, boky a lýtka. Vaše postava tímto přírůstkem váhy získá na krásu a stanete se žádoucnější. Budete-li vždy po jídle užívat chutných „Eta-Tragol“ bonbonů (účinkují stejně u dam, pánů i dětí), přibudete v několika týdnech na váze o 5 až 15 kg. Vysedlé kosti v obličejí a na ramenou zmizí. Budete přibírat kilo za kilem. Nevolnost a nechut k životu zmizí a stanete se zjevem plným síly a života. Zvětší se i počet Vašich červených krvinek, posílí se i Vaše nervy a krev. Krabice Kč 30—, 3 krabice Kč 75—. Porto zvlášť proti dobírce.

Objednejte u firmy
HYDIKO, Praha II., Spálená 34-116 a.

Obrázek 3: „Svět se mění“ – příklad dříve populárních „prostředků na přibrání“, se kterými byste se v dnešních novinách již nesetkali.¹⁵²

Na vznik poruch příjmu potravy má dle Krcha nepřímo vliv i módní ideál o vlastním těle. Děje se tomu tak zejména u snadno zranitelných adolescentů, kteří si myslí, že nemohou být krásní a úspěšní, pokud nebudou schopni kontrolovat svoji hmotnost. Tato domněnka vzniká pod sociálním tlakem. Tento ideál pokročil tak daleko, že dnes je pro většinu žen biologicky nemožné dosáhnout ideálních proporcí a hmotnosti. Nejen toto, ale i metody používané k dosažení tohoto ideálu jsou zdravotně ohrožující. Protože je kladen tak velký důraz na sebekontrolu, tak je každá malá nadváha vnímána jako selhání, což vede až k diskriminaci, ponižování a izolaci.¹⁵³

Stejně jak se zmenšuje hmotnost a míry módního ideálu, tak roste průměrná hmotnost populace v západních zemích. Nebezpečí obezity je věnováno téměř více

¹⁵⁰ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 63–64.

¹⁵¹ Tamtéž, s. 58–59.

¹⁵² KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 33.

¹⁵³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 58.

pozornosti, než by bylo vhodné a škodlivým důsledkům redukčních diet naopak málo. Obézní lidé jsou vnímáni jako oškliví, neúspěšní a hloupí. Sebedůvěra mladých žen je značně otřesena, neboť jim jsou předkládány nevhodné vzory, které často ani nejsou reálně dosažitelné. Sociální a kulturní tlaky vyžadující naprostou sebekontrolu a maximální štíhlost jsou přitom nejen v přímém rozporu s biologickými možnostmi lidského těla, ale hlavně posilují nespokojenost žen se svým vlastním tělem a strach z tloušťky.¹⁵⁴ Štíhlost je dnes vnímána jako jeden z hlavních znaků, že se má žena v životě dobře a je úspěšná, což může vést u dívky nespokojené se svým tělem k negativním emocím a držení diety či chování asociovanému s poruchami příjmu potravy, např. zvracení.¹⁵⁵

Papežová¹⁵⁶ tvrdí: „Teorie vlivu kultu štíhlosti na vznik poruch příjmu potravy je tato: Poselství médií je jasné: „Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný.“ Toto poselství vnímají především ženy, u nichž je krása jedním z hlavních měřítek úspěchu. Mají-li pocit, že neuspěly, cítí se mizerně a pokouší se hubnout.“ Je těžké dokázat procento přímého vlivu médií na vznik poruch příjmu potravy, neboť existuje velmi málo lidí, kteří tlaku médií vystaveni nejsou. Téměř všichni profesionálové zabývající se léčbou poruch příjmu potravy jsou však přesvědčeni, že média hrají roli velkou. Pro mladou dívku je těžké vidět štíhlé dívky v soutěžích krásy, časopisech, na internetu atd. a nesrovnávat se s těmito nerealistickými a často počítačově upravenými ideály.¹⁵⁷

Také podle Krcha hrají média v otázce poruch příjmu potravy velkou roli. Podle něj má reklama negativní vliv na vznik poruch příjmu potravy především kvůli vyobrazení představy, že všechno je možné, i zhubnout rychle, bezpečně a efektivně, např. pomocí pilulek. Časopisy pro teenagery se věnují převážně dietám a hubnutí, což má na dospívající negativní vliv. I potravinářský průmysl má na vzniku poruch příjmu potravy velký vliv, díky produkci tzv. light výrobků, které jsou často nejen velmi nezdravé, ale vzbuzují dojem, že abychom byli hubení, tak nemůžeme jíst normální potraviny.¹⁵⁸

Četné studie potvrdily, že sociální vliv má největší podíl na držení redukčních diet. Michael Maloney a další¹⁵⁹ uvádí ve své klasické studii z roku 1989, již se zúčastnilo 318 dětí ve věku 8 až 13 let, že 45 % dotazovaných preadolescentů chtělo

¹⁵⁴ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 59–60.

¹⁵⁵ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 45.

¹⁵⁶ Tamtéž, s. 46.

¹⁵⁷ Tamtéž, s. 46–47.

¹⁵⁸ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 59–60.

¹⁵⁹ MALONEY, MICHAEL J. Dieting Behavior and Eating Attitudes in Children. *Pediatrics* [online]. 1989, **84**(3), s. 482–486 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z:

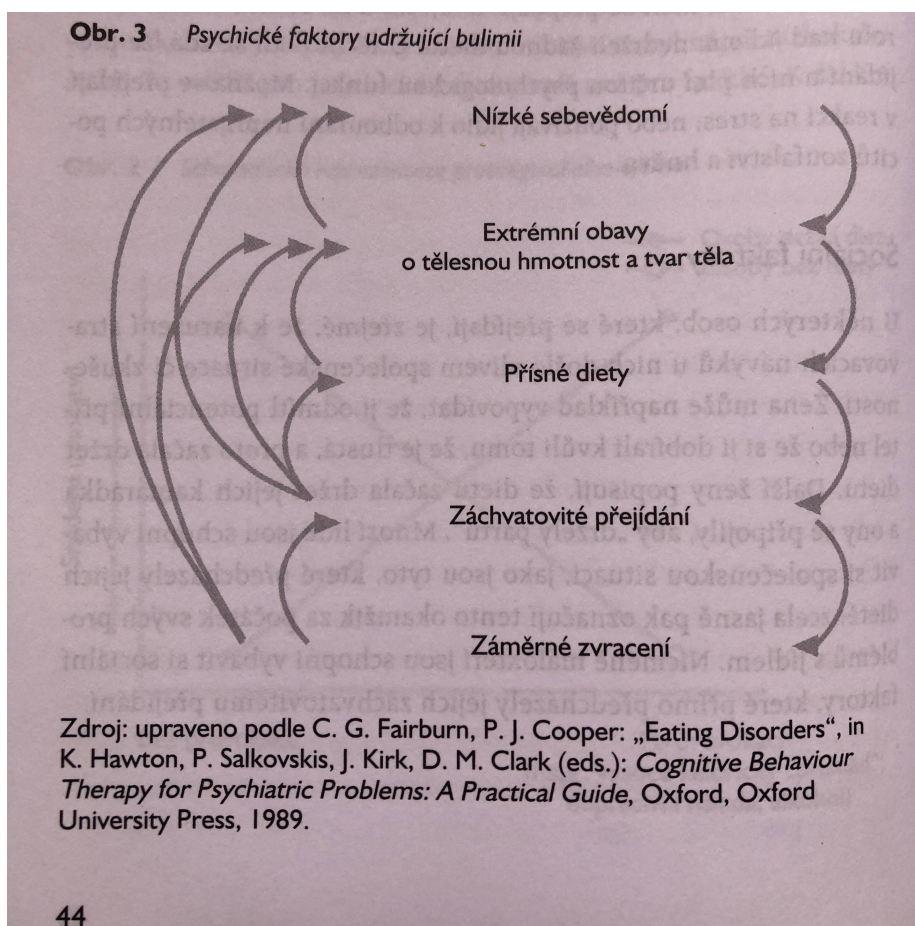
https://www.researchgate.net/publication/20367110_Dieting_Behavior_and_Eating_Attitudes_in_Children

snížit svou hmotnost. 69 % dotazovaných začalo držet dietu ve stejnou dobu, jako jejich matka a 45 % uvedlo, že měly přátele, kteří drželi dietu. Dále se řada dětí domnívá, že kdyby byly hubenější, tak by stoupla jejich popularita mezi vrstevníky. Jako způsob hubnutí děti uvedly nejčastěji cvičení, dále omezování kalorií, hladovění a zvracení.

Dalšími rizikovými skupinami jsou lidé, jejichž tělo je pro ně zdroj obživy, např. modelky, baletky či gymnastky. Tito lidé mají hodně pohybu a musí dodržovat přísné diety, jež mohou přejít v poruchy příjmu potravy.¹⁶⁰

5.3 Psychické faktory

Podle Coopera patří mezi psychické faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy např. přísné, dlouhotrvající diety, extrémní obavy o hmotnost, přísné diety a nízké sebevědomí.¹⁶¹ Cooper ve své knize znázornil psychické faktory udržující bulimii a jejich vzájemnou propojenost takto:



Obrázek 4: Psychické faktory udržující bulimii. Šipky znázorňují vzájemný vztah mezi faktory a dokazuje, do jak velké míry spolu všechny faktory souvisí. Obrázek nejvíce připomíná začarovaný, bludný kruh.¹⁶²

¹⁶⁰ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 44.

¹⁶¹ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 44–45.

¹⁶² Tamtéž, s. 44.

Nízké sebevědomí řadí mezi psychické faktory ovlivňující sklon k poruchám příjmu potravy i Krch. Dále mezi ně podle něj patří vnitřní nejistota, která je typickým projevem dospívání. Dospívající dívky o sobě začínají pochybovat, kritizují se, mají potřebu kontrolovat svoje tělo, mění se jim každý den před očima. Krch¹⁶³ tvrdí, že: „I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zvyšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebepodceňování. V současném sociálněkulturním kontextu nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety. Když redukční dieta selže, sebevědomí se opět sníží. Dívky, které se snažily zhubnout, měly nižší sebevědomí než ty, které o to neusilovaly. Jestliže ale téměř tři čtvrtiny dívek, které drží redukční dietu mají normální (přiměřenou) tělesnou hmotnost, musí být pro ně obtížné zhubnout a výsledkem musí být pocit neschopnosti.“

Pro pacienty trpící poruchami příjmu potravy je typický výskyt depresivních a úzkostných stavů, dále sebepoškozování až sebevražedné chování. U pacientů s klinicky diagnostikovanými poruchami příjmu potravy se sebepoškozování vyskytuje v 30–40 procentech. Pro mnoho postižených jsou i poruchy příjmu potravy sebepoškozovací mechanismus, který jim dokáže ulevit od bolesti, kterou v životě prožívají. Často bývá přítomen syndrom záměrného sebepoškozování zároveň s poruchami příjmu potravy, který se projevuje pořezáváním se, pálením cigaretou atd. Důvodem je negativní a odmítavý postoj k vlastnímu tělu projevující se agresivitou a autodestruktivním chováním. Dochází k disociaci a mysl a tělo jsou jedincem vnímány jako oddělené entity. V porovnání s mentální bulimií dochází v případě mentální anorexie k méně častým, avšak závažnějším pokusům o sebevraždu. Postižení prožívají pocity beznaděje a bezvýchodnosti a sebevražda se jim zdá jako způsob řešení situace, který jim uleví. Mnoho postižených adolescentů také nevnímá smrt jako úplný konec, ale pouze jako způsob zneškodnění nemocné části jejich „já“, aniž by to poškodilo zbytek těla. Toto přemýšlení je typické zejména u pacientů, kteří připouští, že by v důsledku poruch příjmu potravy mohli zemřít, ale emočně takovou možnost nepřijímají.¹⁶⁴

Známky deprese jsou procentuálně mnohem častější u pacientů bulimických než anorektických. Většina depresivních stavů je spojena s přehnanými obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Postižené souží pocit nedostatečnosti, selhání sebekontroly a neschopností dosáhnout vysněné hmotnosti. Emoce v pacientově těle neustále pracují, neboť se jedinec neustále potýká s pocit viny a zároveň potřebou a nutkáním pokračovat v hubnutí, či zvracení. Pokud v jedincově životě hraje velkou roli nátlak jak

¹⁶³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 64

¹⁶⁴ KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014, **15**(2), s. 55–57 [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>

ze strany rodiny, tak např. školy (vysoké nároky na školní úspěchy, sportovní úspěchy...), je velice snadné propadnout touze po dokonalosti a jedinec začne vnímat své tělo a sám sebe negativně a nedokonale. Toto podporuje vznik poruch příjmu potravy a jejich následné přetrvání.¹⁶⁵

Dalším důkazem, že deprese jsou při vzniku poruch potravy důležitým faktorem, je častý výskyt depresivních poruch v rodinách pacientů trpících poruchami příjmu potravy. Zajímavé také je, že antidepresiva se při krátkodobé léčbě mentální bulimie prokázala jako účinným lékem, což by potvrzovalo úzkou souvislost deprese a bulimie. Obě poruchy mají nicméně jiný průběh a k ústupu depresivních příznaků dochází zpravidla rychleji a častěji u bulimie než u mentální anorexie. Příznaky deprese jsou vysvětlovány jako doprovodný jev kvůli podvyživení a nepřiměřené sebekontroly a u většiny bulimiček došlo ke zlepšení až vymizení depresivních stavů, když získaly kontrolu nad stravováním.¹⁶⁶

Krch¹⁶⁷ tvrdí, že: „Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch existuje většinou shoda v tom, že negativní sebehodnocení, pocity inefektivity, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko PPP.“

Nejvytrvalejším příznakem poruch příjmu potravy je strach z tloušťky, který pramení z psychiky a emocí jedince. Negativní nálada patří k jednomu ze spouštěčů praktik u bulimiček a souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Přejídání snižuje hladiny úzkosti, ale poté vede k pocitům viny. Jedná se o začarovaný kruh, ze kterého se obtížně hledá cesta ven.¹⁶⁸

Výzkum Rothenberga¹⁶⁹ zjistil, že u anorektiček byly současně prokázány depresivní a obsesivní příznaky a předpokládal, že jakmile dojde k selhání obsedantních rituálů, deprese se zhorší. Podle Strobera a Katze¹⁷⁰ mohou depresivní rysy a afektivní porucha značnou roli pro rozvoj poruchy příjmu potravy, nicméně nesouhlasí s tím, že v obou případech platí stejný příčinný mechanismus a podle nich mnoho duševních poruch (např. schizofrenie) časem přechází v depresi, aniž by mezi nimi byla nějaká genetická souvislost.

¹⁶⁵ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 69–71.

¹⁶⁶ Tamtéž, s. 70.

¹⁶⁷ Tamtéž, s. 71.

¹⁶⁸ Tamtéž, s. 69–71.

¹⁶⁹ ROTHENBERG, A. Eating Disorder as a Modern Obsessive-Compulsive Syndrome. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* [online]. 1986, 49(1), s. 45–53 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/19698603_Eating_Disorder_as_a_Modern_Obsessive-Compulsive_Syndrome

¹⁷⁰ STROBER, M., KATZ, J. L. Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1987, 6(2), s. 171–180 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X%28198703%296%3A2%3C171%3A%3AAID-EAT2260060202%3E3.0.CO%3B2-I>

5.4 Rodina, vztahy, psychická traumata

Vzájemné vztahy v rodině velmi ovlivňují vznik a průběh poruch příjmu potravy, o tom není sporu. Možné zdroje vzniku se prolínají a faktory popsané v této podkapitole by se daly začlenit i do podkapitol předchozích. V rámci podrobnějšího rozčlenění si je však popíšeme zvlášť. Často totiž psychická traumata vznikají kvůli rodinným problémům, a proto je uvádíme dohromady.

Velký vliv má dětství postiženého, v němž se formuje jeho osobnost a učí se řešit problémy. Pokud nemá jedinec ideální rodinné zázemí, je pro něj těžké se vyrovnat se situacemi, jimž je během dětství a dospívání vystaven. V této podkapitole shrneme nejdůležitější rodinné faktory, které jedincův vztah k jídlu ovlivňují.

Podle Leibolda má dětství jedince velký vliv na vývoj jeho osobnosti. Většina postižených poruchou příjmu potravy pochází ze střední až nejvyšší společenské vrstvy. Rodiče na děti často nemají čas a neučí je řešit konflikty a problémy, naopak se snaží působit jako zdravá rodina a problémy potlačují. Jestliže jedinec neumí správně řešit nevyhnutelné konflikty, tak je více frustrovaný a může zvýšit příjem jídla jako kompenzaci, nebo naopak snížit příjem jídla na znamení odmítavého postoje ke společnosti. Druhý extrém je naopak přehnaně starostlivá matka, která se o své dítě zajímá v nadměrné míře, což pramení z jejích vlastních obav a nejistot, jež přenáší na dítě. Dochází k omezení svobodného vývoje dítěte a jedinec má větší šanci na vývin poruch příjmu potravy.¹⁷¹

I přes to, že jsou poruchy příjmu potravy velice individuální a komplexní záležitost můžeme naleznout některé opakující se situace, kvůli kterým začnou jedinci cítit potřebu hubnout. Krch uvádí jako nejčastější faktory různé posměšné komentáře ohledně vzhledu, nevhodné narážky na tloušťku, sexuální nebo jiné konflikty s ostatními lidmi, rozvod rodičů, smrt blízkého člověka, odloučení od rodiny, odstěhování se do zahraničí atd. Obecně se dá konstatovat, že nejzávažnějším spouštěcím mechanismem poruchy příjmu potravy je konflikt s vrstevníky. Sounáležitost s vrstevníky je totiž pro většinu dospívajících dívek klíčem ke spokojenému životu, a odmítnutí či vyčlenění ze skupiny může způsobit mnoho závažných problémů.¹⁷²

Stejně důležitým faktorem pro pohodu dospívajícího jedince je situace v rodině a vztah s a mezi rodiči. Vztah s rodiči také dále ovlivňuje průběh poruchy příjmu potravy, pokud se u jedince rozvine. Jestliže je vztah dobrý a postižený jedinec má v rodičích

¹⁷¹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 17–22.

¹⁷² KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 64–65.

důvěru, tak je větší šance, že se jedinec uzdraví, než když si ho rodiče nevěšují, neboť řeší např. manželské problémy a nemají čas se jedinci věnovat.¹⁷³

Podobně pokud je jeden, nebo oba rodiče závislí na drogách či jiné návykové látce se dítě musí naučit postarat samo o sebe. Takoví rodiče nejsou schopni se svému dítěti věnovat a očekávají od něj, že se o sebe postará samo. Jestliže děti své potřeby a pocity potlačují, dojde k jejich vyjádření jinde, např. poruchou příjmu potravy. Je samozřejmé, že nikdo netrpí poruchou příjmu potravy naschvál, postižení jedinci se však domnívají, že narušený způsob stravování (přejídání nebo nejedení) je jejich jedinou ochranou před osamělostí, strachem, hněvem, nedostatkem lásky atd.¹⁷⁴

Dospívající dívky, které se domnívají, že od nich rodiče očekávají dokonalost v každém ohledu mají větší pravděpodobnost, že se u nich rozvine porucha příjmu potravy. Dívky často přestávají kvůli poruchám menstruovat, neboť se tělo snaží udržet veškeré výživné látky v maximální míře. Někdy se dívky snaží nemenstruovat úmyslně, neboť chtějí potlačit všechny známky dospívání (ženský tvar postavy – prsa, boky) a zůstat malou holčičkou, za kterou ji považuje rodina, či uklidnit přespříliš protektivní rodinu.¹⁷⁵ Zároveň nemoc znamená často možnost, že rozhádaní rodiče přestanou řešit své neshody a začnou se zabývat zdravím svého dítěte, což je může sblížit.

Velký vliv na postiženého jedince má nejen celá rodina, ale i sama matka, hlavně pokud sama trpí anorexií, či jinou poruchou. Matka, jakožto první zdroj potravy dítěte, je samozřejmě se vznikem a rozvojem poruch příjmu potravy úzce spojována. Hlavním problémem je přílišná závislost matky a anorektického dítěte, dále pak přehnaná mateřská kontrola. Anorektické matky jsou obecně popisovány jako přehnaně ochranné a dominantní.¹⁷⁶

Role otce v rodině je stejně důležitá jako role matky. Nefunkčnost či absence otce může způsobovat psychické problémy dítěte. Otec je také uváděn jako možná příčina vzniku poruch příjmu potravy a bývá někdy charakterizován jako „pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy jako dominantní osoba.“¹⁷⁷ Dochází-li ke konfliktu mezi rodiči, může si dcera vytvořit tajnou alianci s matkou proti otci, ačkoli je závislá na obou rodičích. Dalším typem je aktivní, nýbrž nedosažitelný otec, kterému se dcera nemůže nikdy vyrovnat. Někteří otcové bývají popsáni jako přísní, vzteklí až agresivní, stále však idealizovaní manželkou. Mohou také být emočně nepřítomní v důsledku zatlačení do pozadí manželkou.¹⁷⁸

¹⁷³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 64–65.

¹⁷⁴ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 19–20.

¹⁷⁵ Tamtéž, s. 15.

¹⁷⁶ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 66.

¹⁷⁷ Tamtéž, s. 66.

¹⁷⁸ Tamtéž, s. 66.

Velice zajímavé je také zjištění, ke kterému na základě opakovaných zkušeností v terapii došla L. Trapková: mentální anorexie je ovlivňována spíše vztahem s matkou, zatímco ke vzniku mentální bulimie spíše dochází kvůli vztahu s otcem.¹⁷⁹

Novák¹⁸⁰ uvádí: „Pacientky s poruchami příjmu potravy obecně popisují kritické rodičovské prostředí zdůrazňující donucovací kontrolu. Bulimické pacientky uvádějí také vysokou dotěrnost rodičů, zvláště matčino zasahování do soukromí, žárlivost, soutěživost, stejně jako svádílost ze strany otce.“ Dále dodává, že spojení vlivu kultury a rodiny má největší vliv na vznik poruch příjmu potravy. Popisuje matky dívek trpících poruchami příjmu potravy jako ambiciózní, perfekcionistické a hyperkritické ženy orientované na výkon a kariéru. Na druhou stranu mohou být přesným opakem – necitlivé, pasivní a uzavřené do sebe. Tak či tak jsou takto nevyrovnané matky negativním vlivem pro dceru a nedokážou jí poskytnout pomoc a oporu. Matky, které navíc poruchami samy trpí, negativně ovlivňují své děti vlastními postoji a chováním, jež se na ně přenáší. Jaký vzor může poskytnout věčně nespokojená matka, která shazuje sama sebe i ostatní?¹⁸¹

K hlavním konfliktům v rodině dochází bezpochyby v období puberty dítěte. Hlavně dívky si prochází velkými změnami a společnost na ně najednou klade jiné nároky, s nimiž je těžké se vypořádat. Celá rodina se musí vyrovnat s tím, že jejich dítě dospívá, mění se mu tělo, zvyky, chování a brzy už své rodiče nebude potřebovat. To může být v rodině zatěžkávací zkouškou pevnosti vztahů.¹⁸² Maloney a Kranz¹⁸³ dodávají: „Roky dospívání jsou vůbec obdobím, kdy lidé hodně pocítují vztek. Zčásti je to způsobeno hormonálními změnami, které přispívají k iracionálním pocitům a intenzivnímu prožívání. Vy sami a vaše schopnosti se mění tak rychle, že nevíte, kolik svobody, nezávislosti a odpovědnosti můžete zvládnout, nebo jestli se někdy nepotřebujete spolehnout na někoho staršího a zkušenějšího. Jestliže sami nevíte, co vlastně chcete nebo potřebujete, může to ve vás vyvolat negativní pocity – zlobíte se sami na sebe i na svoji rodinu.“

Pokud rodiče brání v dospívání dcery, chovají se k ní i v patnácti letech jako k osmileté dívce, říkají jí „naše holčička“ a potlačují její nezávislost, kterou by sama chtěla získat, dochází u ní k vnitřnímu konfliktu mezi tím, co by chtěla ona a co si přeje její rodina. U některých dívek z rodin tohoto typu se může vyvinout porucha příjmu potravy, neboť získají pocit, že pomocí diet mohou kontrolovat alespoň jednu oblast svého života – postavu a tělo. Přejídáním také mohou nahrazovat pocit nezávislosti,

¹⁷⁹ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, s. 25.

¹⁸⁰ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 26–27.

¹⁸¹ Tamtéž, s. 26.

¹⁸² TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, s. 114–115.

¹⁸³ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 18.

kteřá je jim odpírána, nebo zakřívát vztek, jež dívky chovají ke svým rodičům a který nemohou otevřeně vyjádřit. Opačným případem těchto rodin jsou naopak rodiny, ve kterých dcera zastupuje jednoho z rodičů – ať už z důvodu nepřítomnosti jednoho z rodičů, či problémům s alkoholem nebo drogami. Dospívající dívka, jež se musí postarat o sourozence, nebo dokonce celou rodinu a není psychicky připravená na takhle velkou citovou a finanční zodpovědnost, může hledat útěchu v jídle.¹⁸⁴

Maloney a Kranz¹⁸⁵ dále píší: „Anorektičky nebo bulimičky v těchto rodinách mívají pocit, že „utajovaná“ povaha anorexie a bulimie jim dává „tajnou“ nezávislost, tedy způsob, jak dosáhnout vlastních cílů, aniž by riskovaly konflikt v rodině. Anorektičky často drží dietu potají – rýpají se v jídle na talíři, aby to vypadalo, jako že jedí, nebo sní normální jídlo a pak použijí projímadlo nebo zvrací, aby se jídla „zbavily“. V mnoha rodinách si nikdo nevšimne úbytku tělesné hmotnosti anorektiček, dokud se z věci nestane vážný zdravotní problém. Také bulimičky se obvykle přejídají a pročišťují tajně. Na rozdíl od anorektiček mají většinou průměrnou tělesnou hmotnost, takže je pro ně ještě snazší všechno utajit.“

Tělesná vyspělost dcery ovlivňuje vztah jak s otcem, který do té doby vnímal dceru jako jeho malou holčičku, tak s matkou, která může své dceři závidět pevné, ženské tvary. Trapková a Chvála¹⁸⁶ uvádí: „Jestliže je dcera choulostivá na zvyšující se požadavky na dospělého ženu a chce si dětství a k tomu odpovídající péči okolí co nejdéle pro sebe konzervovat, pravděpodobně ji bude matka předbíhat a nijak nepomůže, že ji samu projevy stárnutí těla nijak neznepokojují. Povleče za sebou vzpouzející se dceru a bude ji povolávat k odpovědnosti, aby už začala brát život do vlastních rukou. Konflikt se může nebezpečně vyhrotit v podobě mentální anorexie, když se organismus dívky postaví na stranu choulostivosti proti růstovým silám a začne péči vymáhat hubnutím mimo vědomou vůli děvčete.“

Narušený vztah k přijímání potravy kvůli špatným vztahům v rodině mají však i chlapci. Trapková a Chvála¹⁸⁷ uvádí zajímavý příklad: Osmiletý obézní chlapec trpěl záchvaty přejídání, které se objevily poté, co jeho otec začal jezdit za prací do ciziny. Do té doby žil ve uspořádané rodině. Jeho matka se s ním přestěhovala k tchyni, se kterou nemá dobré vztahy a chlapec tak tlumil matčinu úzkost jídlem, neboť je oba uklidňovalo. Když byl však chlapec sám s otcem, žádnými záchvaty netrpěl a na jídlo nemyslel. Chlapec si tedy absenci otce nahrazoval jídlem, které mu pomáhalo překonat samotu.

¹⁸⁴ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 12–14.

¹⁸⁵ Tamtéž, s. 13.

¹⁸⁶ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, s. 115.

¹⁸⁷ Tamtéž, s. 125–126.

Podle výzkumu Smolak et al.¹⁸⁸ rodiče přímo přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy u dětí tím, že upozorňují na hmotnost dětí, komentují jejich vzhled a snaží se je v tomto směru ovlivňovat. Dokázalo se, že tyto komentáře a případné nabádání k hubnutí či posměch ze strany rodiny zhoršují celkový psychický stav dítěte. Výsledky dále ukázaly, že správné a pravidelné stravovací návyky ve funkční rodině a pozitivní atmosféra při stolování mají pozitivní vliv na psychickou pohodu dětí a zároveň potlačují příznaky deprese a nezdravé kontrolování hmotnosti.

Rodiny s anorektickým dítětem jsou charakterizovány jako přísné, hyperprotektivní, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím. Rodičovský styl anorektických pacientek je popisován jako přehnaně ochranný a ctižádostivý. Na jedince jsou kladeny nespelnitelné nároky společně s vyžadováním poslušnosti a dokonalosti. Dívky s poruchami příjmu potravy často potvrzují, že v jejich rodině je kladen nadměrný důraz na mimořádný výkon a samy sebe popisují jako ambicióznější jedince.¹⁸⁹

Dalším rizikovým faktorem mohou být dlouhodobé problémy se sourozencem postiženého. Veškerá pozornost v rodině je totiž věnována právě problematickému sourozenci a onemocněním se postižený snaží strhnout pozornost rodičů zpátky na sebe.¹⁹⁰

Podle Minuchina¹⁹¹ jsou pro rodiny s výskytem poruch příjmu potravy typické zejména čtyři znaky:

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

¹⁸⁸ SMOLAK, L., LEVINE, M. P., SCHERMER, F. Parental Input and Weight Concerns among Elementary School Children. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1999, **25**(3), s. 263–271 [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291098-108X%28199904%2925%3A3%3C263%3A%3AAID-EAT3%3E3.0.CO%3B2-V>

¹⁸⁹ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 66–67.

¹⁹⁰ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 41.

¹⁹¹ MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BAKER, L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context* [online]. Cambridge: Harvard University Press, 1978 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=uEaVpblyD4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Psychosomatic+Families:+Anorexia+Nervosa+in+Context&ots=A2rfutyw3G&sig=DAENPpiO_VbgM1U8TNcJTD8tl1w&redir_esc=y#v=onepage&q=Psychosomatic%20Families%3A%20Anorexia%20Nervosa%20in%20Context&f=false

4. Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce. Mění se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat než se jim přizpůsobit.“

Více než 40 % bulimiček sledovaných ve výzkumu Schmidtové pocházelo z rozvrácených rodin. S rozvojem poruch příjmu potravy dále úzce souvisí např. alkoholismus, obezita či afektivní porucha v rodině. Výzkum dále uvádí, že rodiče, kteří mají neshody a nejsou své dospívající dceři k dispozici a zanedbávají její péči, či ji dokonce fyzicky nebo psychicky týrají, jí nemohou zajistit ani pravidelné jídlo. Stejně tak nejsou schopni spolupráce, když dojde k výraznějšímu projevu problému.¹⁹²

Pro bulimické rodiny je typický nedostatek péče a empatie, současně s výskytem negativních emocí. Mezi rizikové rodinné faktory ovlivňující vznik bulimie patří např. alkoholismus v rodině, fyzické či sexuální zneužívání, spory a zanedbávání péče. Paradoxně je ale rozvodovost v anorektických rodinách nízká, na rozdíl od rodin bulimických.¹⁹³

Dalším výrazným faktorem ovlivňující vznik poruch příjmu potravy mohou traumata, jako je např. sexuální zneužití, domácí násilí, porod. Poruchy příjmu potravy se poté jeví jako šrám znásilněného těla.¹⁹⁴

Krch¹⁹⁵ shrnuje zjištění ohledně souvislosti poruch příjmu potravy a znásilnění takto:

- „Pohlavní zneužití v dětství nebo v adolescenci uvádí v anamnéze 20 až 50 % žen s poruchami příjmu potravy. Podobný poměr byl však zjištěn i u jiných psychiatrických pacientů.
- Ve srovnání s obecnou populací žen bývá poměr zneužití u pacientek s poruchami příjmu potravy vyšší.
- U pacientek s bulimickou symptomatologií bývá poměr pohlavního zneužití vyšší než u pacientek s restriktivní formou anorexie.
- U pacientek s pohlavním zneužitím v anamnéze se častěji vyskytuje další komorbidita, zejména hraniční porucha osobnosti a disociativní symptomy.“

Přímý vztah mezi rozvojem poruchy příjmu potravy následkem pohlavního zneužití či jiného traumatu však nebyl prokázán. Mohou být ale přispívajícím faktorem při vzniku psychické poruchy, včetně mentální anorexie a bulimie.¹⁹⁶ Výzkum Smolak a

¹⁹² SCHMIDT, U. et al. Risk factors, correlates and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2011, **44**(4), s. 287–294 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.20803>

¹⁹³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 67.

¹⁹⁴ Tamtéž, s. 104.

¹⁹⁵ Tamtéž, s. 105.

¹⁹⁶ Tamtéž, s. 105.

Murnen¹⁹⁷ zabývající se vztahem mezi sexuálním zneužitím v dětství a rozvojem poruch příjmu potravy poukázal na zajímavé skutečnosti, např. že záchvatovité přejídání může fungovat jako disociativní (odosobňující se) způsob vyrovnání se s nepříjemnými zážitky, dále může vést k nízkému sebevědomí, sebenenávisti a pocitu méněcennosti, a poruchy příjmu potravy jsou pro jedince způsob, jak trestat své tělo. Dalším zajímavým poznatkem je fakt, že poruchy příjmu potravy mohou sloužit jako kontrola nad životem jedince, kdy je pro něj jídlo tou jedinou věcí, kterou může ovládat, a tak hladoví, aby měl pocit kontroly alespoň nad jedním aspektem života.

Poruchy příjmu potravy nemusí zapříčinit jedno trauma, jedna událost, můžou také vzniknout častým trýzněním a opakovanou expozici traumatickým událostem, např. každodenní šikana ve škole. Výzkumníci se dále nesoustředí jen na to, kolik toho pacienti prožili, ale i na to, co prožili. Nejčastějším negativním zážitkem dívek je sexuální zlostění či znechucení, zážitek, který ohrozil jejich cudnost, např. první milování, po kterém se chlapec dívce už neozval.¹⁹⁸

Dalším rizikovým faktorem podněcujícím rozvoj poruch příjmu potravy může být odchod z domova, separace od rodiny a akulturace, pokud jedinec odejde do zahraničí. Výzkumy dokazují, že během prvního roku na univerzitě dochází ke zvýšení nespokojenosti se svým tělem, dále pak zvyšuje riziko odchod od rodiny v 18. až 20. roce, kdy může nastat druhá vlna anorexie a první vlna bulimie. K častému rozvoji poruchy příjmu potravy dochází v momentě, kdy dívka odejde od rodiny a na přechodnou dobu žije v zahraničí, kde buď studuje, nebo pracuje (např. jako au-pair). V Čechách a jiných zemích Evropy však došlo i k akulturaci v rámci téže země: v 90. letech 20. století se udála velká změna kulturního prostředí, vnímání pohlavních rozdílů a mediální podání ženského těla. Začal se klást mnohem větší důraz na štíhlost a hubnutí, což zapříčinilo častější výskyt poruch příjmu potravy.¹⁹⁹

Papežová²⁰⁰ uvádí: „V kvalitativní studii mladých žen, které vyvinuly poruchy příjmu potravy v souvislosti s pobytem v zahraničí, jsme identifikovali možné patogenní prvky spojené s touto situací: regulace příjmu jídla je používána jako prostředek ztišující negativní emoce v těžkých chvílích, jiné stravovací návyky v cizí zemi často iniciálně vedou ke ztrátě kontroly a nárůstu váhy, které potom ženy „překompensují“, u jiných je výjezd do zahraničí pokusem vypořádat se s problémy včetně incipientní (začínající)

¹⁹⁷ SMOLAK, L., MURNEN, SARAH K. A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2002, **31**(2), s. 136–150 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.10008>

¹⁹⁸ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 40–41.

¹⁹⁹ Tamtéž, s. 44.

²⁰⁰ Tamtéž, s. 44.

poruchy příjmu potravy anebo se pokus o snížení váhy stane součástí snahy dosáhnout v zahraničí něčeho hodnotného.“

5.5 Individuální a osobnostní faktory

Perfekcionismus je jedním z nejčastějších osobnostních faktorů ovlivňující vznik poruch příjmu potravy. Studie potvrzují, že ženy-perfekcionistky mají větší pravděpodobnost rozvinutí jak anorexie, tak bulimie. Zvýšená úroveň perfekcionismu se nachází nejen u dívek aktuálně postižených poruchou příjmu potravy, ale i u těch, které po vyléčení již dlouhodobě normálně fungují. Perfekcionismus totiž způsobuje touhu být dokonalý, nejlepší a nejhubenější, což vede ke kladení vysokých, mnohdy až nereálných požadavků na své tělo. Pokud dívka vykazuje kromě perfekcionismu ještě nízké sebevědomí a není spokojená se svým tělem, tak je ke vzniku poruchy příjmu potravy ještě náchylnější.²⁰¹

Výzkumy zabývající se vztahem mezi psychopatologií a poruchami příjmu potravy dokazují, že anorektické ženy často trpěly obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) a separační úzkostí. Anorektické ženy, které měly navíc diagnostikovanou depresi trpěly častěji panickou poruchou a bulimické pacientky trpěly sociální úzkostí. Dalším rizikovým faktorem je i negativní emocionalita, kdy nepříjemné pocity a frustrace vedou k záchvatovitému přejídání.²⁰²

Podle Krcha²⁰³ jak perfekcionismus, tak obsedantní povahové rysy zapadají do logiky poruch příjmu potravy, jelikož jim dávají konkrétní prostor a výraz ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu nebo sebekontrolě. Další osobnostní rysy, jako např. emoční labilita, strach z dospívání nebo nedůvěra sama v sebe pak odpovídají pocitům a převažujícím vzorům postojů a chování adolescentů. Čím dříve se porucha u jedince projeví, tím více je zasažena jeho (dospívající) osobnost a tím závažnější budou projevy nevyzrálosti, obavy z dospívání, separace a samostatnosti. To umožní snadnější fixaci infantilních a „anorektických“ osobnostních rysů, včetně manipulativního chování. Některé tyto osobnostní rysy odezní současně s přibráním postiženého, jiné mohou přetrvávat dlouhodobě.

5.6 Diety

Na počátku všech problémů s poruchami příjmu potravy stojí v mnoha případech redukční diety, o kterých se dozvídáme všude – od lékařů, z časopisů, z televize, na

²⁰¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 39.

²⁰² Tamtéž, s. 39–40.

²⁰³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 75.

internetu, od známých... Krch²⁰⁴ tvrdí, že: „Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát.“ Američtí výzkumní pracovníci dokonce tvrdí, že jen málokterá dívka nebo mladá žena se stravuje normálně, bez hubnutí a strachu z tloušťky, a převažuje držení redukčních diet. Krch²⁰⁵ dále dodává: „V USA a Kanadě má ve třinácti letech osobní zkušenost s dietami osmdesát procent dívek a deset procent chlapců. V České republice podle naší zkušenosti drží redukční dietu asi dvacet procent šestnáctiletých dívek a kolem šedesáti procent děvčat se o ni už někdy pokoušelo.“

Chroničtí dietáři dosahují často opačných výsledků, než si přejí, neboť omezení příjmu potravy způsobuje zpomalení metabolismu a ten pak vyžaduje, aby jedli ještě méně. Pokud dojde k přerušení diety, nabere jedinec zpět shozená kila, což urychluje začátek nové diety. Dostávají se do začarovaného kruhu neustálé nespokojenosti se svým vzhledem a pocitu bezmoci. Často se touha zhubnout stává nejdůležitějším aspektem jejich života a upozadují jiné zájmy.²⁰⁶

Hladovění a držení diet může často vést k záchvatům přejídání, a to ze dvou důvodů: zaprvé při dietě dochází ke snížení hladiny hormonu tryptofanu a následné přejedení je obrana regulačních mechanismů, které se snaží sníženou hladinu vyrovnat, a za druhé co si člověk odpírá, po tom víc touží a funguje princip omezení-porušení. Držení diet dále vede k negativní emocionalitě a přejedení náladu zlepšuje.²⁰⁷

V současné době je pro většinu lidí (převážně žen) normální součástí života držet dietu nebo nějaký stravovací režim. Novák²⁰⁸ uvádí zajímavá data: „Přestože jsou dnešní Američané zdravější, jsou nespokojenější se svým vzhledem: 55 % bylo nespokojeno se svou váhou, 63 % se obávalo váhového přírůstku. Každá třetí žena v USA drží dietu jednou měsíčně a jedna ze šesti se považuje za věčného dietáře.“ Zvýšený zájem o diety nemusí být způsoben jen kulturním ideálem, ale může mít reálný základ v oprávněné obavě o zdraví. Diety mají pro dívky závažné psychické a biologické důsledky, např. podrážděnost, poruchy soustředění, úzkosti, deprese atd., jež jsou způsobeny dlouhodobým omezením kalorického příjmu. Jedinec je pod velkým tlakem a je pro něj snadnější vyvinout poruchu příjmu potravy.²⁰⁹

Výsledným produktem dietního chování je žádaná štíhlost. Často není tak velkým úspěchem snížení hmotnosti, ale sebekontrola, která byla při dietě vyvinuta, a která symbolizuje kontrolu nad celým životem.²¹⁰

²⁰⁴ KRCH, FRANTIŠEK D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, s. 25.

²⁰⁵ Tamtéž, s. 26.

²⁰⁶ RENZETTI, CLAIRE M., CURRAN, DANIEL J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003, s. 514.

²⁰⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 46.

²⁰⁸ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 47.

²⁰⁹ Tamtéž, s. 49.

²¹⁰ Tamtéž, s. 50.

6 Následky a léčba poruch příjmu potravy

Následky poruch příjmu potravy jsou velmi vážné. Poruchy příjmu potravy ovlivňují nejen fyzický, ale hlavně psychický stav postiženého a často dochází až k sebevraždě. Následky poruch příjmu potravy můžeme rozdělit na psychické, sociální a fyziologické. Nejprve si uvedeme následky psycho-sociální a poté fyziologické.

Postižení jedinci se izolují od svého okolí, což je zapříčiněno několika jevy. Jedním z nich je fakt, že kvůli posedlosti jídlem ztrácí zájem o své okolí a koníčky, čímž přichází o přátele. Dalším důvodem je zklamání ostatních, kteří se postiženému snaží pomoci. Postižený jedinec si většinou nemoc nepřizná a na udílené rady reaguje agresivně. To vyvolává napětí v jeho vztazích, až nakonec dojde k úplnému přerušení kontaktu. Sociální izolace je jeden z nejtěžších stresových činitelů a často může vyústit ve vážné psychické poruchy, které průběh poruch příjmu potravy ještě zhoršují.²¹¹

Poruchy příjmu potravy vážně narušují psychickou pohodu jedince a jeho osobní a společenský život. Postižení jedinci jsou zaměřeni jen na jídlo, cvičení a na sebe. Stávají se egocentričtí a sebelítostní, což se projevuje na vztazích s okolím. Dospívající postižení jedinci si nejsou schopni osvojit některé dovednosti a schopnosti jako jejich vrstevníci. Krch²¹² uvádí: „Jestliže budeme dospívání brát jako období, kdy se člověk učí nacházet přiměřenou míru v postojích i v chování, anorektičky budou mít sklon držet se stále v extrémních polohách, protože extrémní polohy jsou srozumitelnější. (...) Převaha problematických psychických vlastností, kterými se anorektičky odlišují od svého okolí, je tedy z velké části důsledkem anorexie (podvýživa, přizpůsobení se problému, problematické dospívání).“

Mnoho nedorozumění a konfliktů pramení ze skutečnosti, že se anorektičky vyhýbají jídlu, což spolu s jejich vyhublostí vyvolává obavy okolí, které se postiženému snaží pomoci. Je samozřejmé, že se o ně jejich rodina a přátelé bojí, jenže jejich pomoc není vítaná a postižení reagují odmítavě a agresivně. Méně stabilní přátelství tuto zatěžkávací zkoušku nemusí ustát a postižený jedinec přátele postupně ztrácí. Dále postižený jedinec vynechává společenské události, na kterých se podává jídlo, tudíž ztrácí sociální kontakty.²¹³ Cooper²¹⁴ uvádí zápisky dívky postižené poruchou příjmu potravy: „Můj život se točí kolem jídla. Nejsem schopná se soustředit na práci, která tím velmi trpí. Hádáme se kvůli tomu doma, nerada jím s rodinou nebo kamarády. Uzavřela jsem se do sebe, vůbec si nevěřím a nevážím si sama sebe. Nechci nikam chodit, už vůbec se nemám ráda. (...) Moje problémy s jídlem ovládly celý můj život. Prudké

²¹¹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 80–82.

²¹² KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 44–45.

²¹³ Tamtéž, s. 46.

²¹⁴ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 29 a 32.

změny nálad narušily moje vztahy s kamarády. Se svými rodiči vůbec nemluví, protože vůbec nechápu, čím procházím, i když jsme si bývali blízcí. Mám strašně nízké sebevědomí. Mívám deprese a úzkosti. Nemůžu se vůbec s nikým vidět.“

Poruchy příjmu potravy přímo ohrožují rodinný život. Postižení trpí výkyvy nálad, které si často vybíjí na partnerovi nebo na dětech. Společné stolování není příjemným rituálem, ale nepříjemným zážitkem. Narušený vztah k jídlu se snadno přenesse na děti, které si také mohou vyvinout poruchu příjmu potravy.²¹⁵

Mezi fyziologické následky poruch příjmu potravy řadíme zhoršenou koncentraci pozornosti a celkovou intelektovou výkonnost. Nemocní mají dále problém s rozpoznáváním svých pocitů, zejména když se týkají jídla (pocity hladu, sytosti nebo chuti).²¹⁶ Poruchy příjmu potravy jsou závažná a život ohrožující onemocnění. Mortalita mentální anorexie je nejvyšší ze všech duševních nemocí, jimiž mladé ženy trpí. Postižení jedinci trpí dlouhodobou podvýživou a nepřijímají do těla důležité živiny a minerály, což způsobuje řadu somatických komplikací. Anorektici umírají např. na kardiální selhání, pneumonii, jaterní onemocnění atd. Dále je u pacientů s poruchami příjmu potravy znám vysoký počet sebevražd.²¹⁷ Schmidt a kol.²¹⁸ provedli studii, ve které zjistili, že z 4895 pacientů s diagnózou mentální anorexie, mentální bulimie a jiných poruch příjmu potravy, se 6,7 % (331) pokusilo o sebevraždu. Riziko sebevraždy se dále výrazně zvýšilo, jestliže pacient trpěl ještě jinou poruchou osobnosti, např. depresí, hraniční poruchou či bipolární poruchou. Depresivní porucha se vyskytuje až v 65 % případů osob trpících poruchami příjmu potravy.²¹⁹

Vážnost fyzických následků závisí na délce trvání onemocnění, resp. maniakálního chování. To někdy trvá tak dlouho, že léčba není možná, protože došlo k takovým tělesným postižením, že se nedá zabránit smrti. To je případ např. francouzské modelky a herečky Isabelle Caro, která anorexií trpěla od 13 let a v nejhorším stádiu onemocnění vážila 25 kg při výšce 1,65 m. I přesto, že se rozhodla pro léčbu, zemřela v pouhých 28 letech na onemocnění způsobená anorexií.²²⁰ Potrava dodává energii celému tělu a pokud dojde k dlouhodobému nedostatku potravy, tělu dochází živiny a síla. Postižení navíc často přehnaně sportují a vydávají energie ještě mnohem více. Lidské tělo je nějakou dobu schopno žít z vlastních rezerv, ale ty se

²¹⁵ COOPER, PETER J. *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, s. 33.

²¹⁶ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 47.

²¹⁷ STÁRKOVÁ, L. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 405–406.

²¹⁸ SCHMIDT, U., A KOLEKTIV. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2020, **53**(5), s. 728–735 [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.23240>

²¹⁹ STÁRKOVÁ, L. IN PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 406.

²²⁰ Zemřela modelka Isabelle Caro známá z billboardů proti anorexii. In: *IDNES.cz* [online]. 2010 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/revue/modelky/zemrela-modelka-isabelle-caro-znama-z-billboardu-proti-anorexii.A101229_163017_missamodelky_nh

postupně snižují, až dojde k naprostému zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním. Postižení pak nejsou schopni ani vstát a věnovat se běžným činnostem a péči o sebe. V tomto případě už je nutná hospitalizace, jinak přejde vyčerpání do smrtelného stádia. Zahájení léčby je většinou závislé na zásahu rodiny a okolí, kteří musí postiženého – často proti jeho vůli – odvézt do nemocnice. Postižení si totiž většinou vážnost svojí nemoci neuvědomují, resp. jí popírají.²²¹

Leibold²²² popisuje fyziologické procesy nevyhnutelně spojené s důsledky poruch příjmu potravy, jež mohou vést ke stavu neslučitelného se životem: „Bazální metabolismus, tedy život udržující činnost látkové přeměny v úplném klidu, se značně zmenší, aby se šetřila energie. To má za následek, že všem tělesným činnostem, které nejsou tak důležité, je poskytováno méně energie, aby byla nerušeně udržována činnost orgánů pro život nutných. To vede k prvním potížím, které ale ještě nejsou na pováženou. Teprve po nějakém čase, když program „úspory energie“ látkové přeměny už nedokáže nouzově vyrovnávat následky odepírání potravy, objevují se také na životně důležitých orgánech vážné poruchy, které neléčeny vedou nakonec ke smrti.“ Zaživací orgány také značně trpí, na žaludku se mohou tvořit záněty sliznice i žaludeční vředy. Dále dochází ke zpomalení střevní činnosti s následkem shromažďování jedovatých zplodin látkové přeměny, což vede k lehké sebeotravě projevující se bolestmi hlavy, nadýmáním a špatnou pletí. Dochází k přetěžování srdce, poklesu krevního tlaku a zpomalení frekvence srdečního tepu.²²³

K typickým následkům (i symptomům) poruch příjmu potravy patří u dívek vynechání či úplná ztráta menstruace. Leibold²²⁴ to zdůvodňuje následovně: „Částečně se to dá vysvětlit tělesnými následky podvýživy a částečně psychicko-nervovými vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí (hormonální systém), který řídí menstruaci.“ Takový následek je většinou pacientek vítaný a ujišťuje je, že jsou na správné cestě. Menstruace je znak pohlavní zralosti, které se dívky chtějí vyvarovat a podvědomě touží zůstat nedospělé. Taktéž se brzdí vývin prsů a zabolení boků jakožto dalších znaků pohlavní zralosti. I to může dívku podpořit v odmítání potravy. Dalšími následky je např. chronický nedostatek vitamínů nezbytných pro fungování těla, snížená imunita, snížená tělesná teplota atd.²²⁵ Krch dále mezi tělesné následky řadí zvýšenou kazivost zubů, chudokrevnost, nespavost, otoky atd.²²⁶

²²¹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 73–74.

²²² Tamtéž, s. 75.

²²³ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 76.

²²⁴ Tamtéž, s. 77.

²²⁵ Tamtéž, s. 77–78.

²²⁶ KRCH, FRANTIŠEK D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, s. 41–42.

Jaké jsou tedy možnosti léčby poruch příjmu potravy? Vážnost následků poruch příjmu potravy je ovlivněna délkou onemocnění a nástupem léčby. Leibold²²⁷ k léčbě uvádí: „Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky mentální anorexie. U těžkých případů je k tomu žádoucí i delší pobyt na klinice, při akutním ohrožení života dokonce i proti vůli pacienta, který sám není schopen rozumné úvahy.“

Na počátku léčby je nejdůležitější doplnit do těla postiženého vitamíny, minerální látky a bílkoviny, jejichž nedostatek vznikl dlouhodobou podvýživou. Zásadní léčebnou metodou je správná výživa, vysoce nevhodná je však výkrmná kúra, která může způsobit vážnou psychickou reakci jedince, jehož vyděsí prudký nárůst hmotnosti a přerušit léčbu.²²⁸

K akutnímu ohrožení života dochází v případech, kdy je jedinec izolován od společnosti a nemá příbuzné, jež by mu včas zajistili potřebnou léčbu. V takových případech mentální anorektici nastoupí k léčení až příliš pozdě, když už jsou poškozeny důležité orgány a mnohdy nepomůže ani okamžitá intenzivní léčba.²²⁹

Když jsou životní funkce postiženého stabilizovány, je důležité rozhodnout o správném druhu terapie. V dnešní době existuje mnoho léčebných terapií. Krch²³⁰ uvádí např. hospitalizaci, rodinnou terapii, svépomoc, individuální terapii, skupinovou terapii, interpersonální terapii, kognitivně-behaviorální terapii atd. Při rozhodování o nutnosti hospitalizace pacientů existuje několik rozhodovacích faktorů. Řadíme mezi ně např. nezbytnost návratu k normální hmotnosti u vyhublých pacientů, přerušení záchvatů přejídání a následné zvracení či užívání projímadel v případě, že představují vážné zdravotní ohrožení, léčbu přidružených stavů (deprese, sebepoškozování atd.) aj. Pokud je pacient ve velkém nebezpečí nebo nereaguje na dosavadní psychologickou léčbu, je u něj nutná hospitalizace. Délka hospitalizace se vypočítá na základě počtu týdnů nutných k dosažení alespoň 90 % cílové hmotnosti při tempu nabírání 1–1,5 kg týdně. Ve většině případů je dostačující denní stacionář či krátkodobá hospitalizace s následnou ambulantní psychoterapií.²³¹ U každé léčby je však nejpodstatnější to, zda pacient/ka spolupracuje či nikoli.

Cílem terapie při léčbě mentální anorexie je navození normální váhy potřebné k obnovení menstruačního cyklu a reprodukčních funkcí u žen, u mužů k navození normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů. Dále je cílem odstranění biologických i psychologických následků dlouhodobé podvýživy, stanovení a dosažení

²²⁷ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 93.

²²⁸ Tamtéž, s. 94.

²²⁹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 94–96.

²³⁰ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 123.

²³¹ Tamtéž, s. 125.

zdravé cílové váhy, změna myšlení a postojů ohledně stravování. V neposlední řadě se jedná o léčbu psychopatologických projevů, náladovosti, nízkého sebehodnocení a zkresleného vnímání jedince. Důležitá je také prevence relapsu. Cílem terapie při léčbě mentální bulimie je redukovat přejídání a zvracení, přijmout stanovenou optimální váhu, nastolit pravidelnou a pestrou stravu, redukovat držení diet aj.²³² V další části této kapitoly si popíšeme různé typy psychoterapeutické pomoci.

1. Svépomoc – Tento typ léčby se využívá v případech mírného onemocnění, kdy pacientům ke zlepšení či vyléčení pomůže svépomoc nebo edukativní intervence. Výsledky této terapie nejsou tak přesvědčivé jako u jiných terapií, mnohdy však stačí v rané fázi onemocnění.²³³ Svépomoc se dále využívá jako doprovodná terapie při odborném léčení. Velkou předností této terapie je fakt, že probíhá z vlastní iniciativy nemocného, který se touží uzdravit. Není na něj kladen žádný tlak od okolí a pacient mění v průběhu léčby své chování v souladu s jeho pocity, což vede k nárůstu sebedůvěry. Svépomoc může probíhat formou skupinových terapií bez dohledu terapeuta.²³⁴

2. Rodinná terapie – Rodinná terapie je určena především pro mladší adolescenty a děti, dále pak v případech, kdy rodinné konflikty hrají v onemocnění velkou roli. Podrobné rodinné vyšetření může být velice důležité pro porozumění a identifikování příčin vzniku poruch příjmu potravy u postiženého jedince. Poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční vztahy, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Rodiče a rodina mohou být pro postiženého jedince velkou oporou, jakmile se rodinné problémy odhalí a začnou se řešit. Blízcí postiženého potřebují pomoc, aby onemocnění pochopili a návod, jak se k jedinci chovat. Rodinná terapie se využívá jako doplněk jiných terapií.²³⁵

3. Kognitivně-behaviorální terapie – Tato terapie je běžně užívanou léčbou mentální bulimie, mentální anorexie i záchvatovitého přejídání u jedinců, kteří mají střední až vážný průběh onemocnění a vzhledem k věku pro ně není vhodná rodinná terapie. Krch²³⁶ uvádí pět kroků, které je pro tuto terapii nutno dodržovat:

- a. vedení záznamů o jídle, pročišťování, myšlenkách a pocitech souvisejících s jídlem
- b. pravidelné vážení
- c. změna jídelních zvyklostí (zavedení jídel, kterým se pacient vyhýbal, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování)

²³² PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 289.

²³³ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 126.

²³⁴ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, s. 116–120.

²³⁵ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 127.

²³⁶ Tamtéž, s. 128.

- d. kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení týkající se rozvoje a udržování poruchy příjmu potravy
- e. zavedení prevence relapsu

V této terapii se pracuje s pocity strachu z nabrání hmotnosti, což je pro poruchy příjmu poruchy typické. Cílem této terapie je potlačení nevhodných návyků a faktorů udržujících poruchu. Pacienti trpící mentální bulimií mohou být ujištěni, že v průběhu léčby tolik nepřiberou, zatímco pro pacienty s mentální anorexií je důležité nabrat na váze, aby se uzdravili. Pacienti se musí zbavit strachu z nabrání hmotnosti, k čemuž je třeba vytvořit spolehlivý vztah mezi pacientem a terapeutem. Terapie se postupně zaměřuje na interpersonální konflikty jedince, a proto se do dlouhodobé kognitivně-behaviorální terapie začleňují prvky interpersonální a rodinné terapie.²³⁷ Papežová²³⁸ dále dodává, že tato terapie se „opírá o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie, stejně tak jako o dobrou znalost problematiky poruch příjmu potravy a práce s ambivalentním pacientem, kterého vede k aktivní a otevřené spolupráci.“

4. Interpersonální terapie – Interpersonální terapie byla původně vytvořena za účelem léčby deprese, nicméně se osvědčila i v léčbě poruch příjmu potravy. Tato terapie se zabývá psychologickými problémy jedince, zejména vztahovými a osobnostními konflikty a nízkým sebevědomím. Léčebný postup je rozdělený do tří fází: v první fázi se identifikují vztahové problémy, které vedly ke vzniku onemocnění, ve fázi druhé se uzavře terapeutická smlouva o práci na těchto problémech a v závěrečné fázi se řeší ukončení terapie. U této terapie je dokázána podobná účinnost jako u kognitivně-behaviorální terapie.²³⁹

5. Psychodynamická terapie – Při užití této terapie je léčbu nutno modifikovat pro poruchy příjmu potravy. V této oblasti jsou aktivní feministické terapeutky, které zdůrazňují důležitost zabývat se specifickými otázkami psychologie žen, jako je např. pohlavní zneužívání, diskriminace žen, traumatizace, hledání ženské identity atp. Tato terapie umožňuje nahlížet na poruchy příjmu potravy jako na komplexní problém, což umožňuje efektivní léčbu.²⁴⁰

Mezi další terapie patří např. farmakoterapie, motivační terapie nebo psychoedukace. Při léčbě poruch příjmu potravy je důležitý individuální přístup k pacientům, neboť každý jedinec bude na léčbu reagovat jinak. Je také nezbytně nutné navázat pozitivní vztah mezi terapeutem a pacientem. V neposlední řadě je podstatné, aby pacient spolupracoval a chtěl se uzdravit.

²³⁷ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 128.

²³⁸ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 349.

²³⁹ KRCH, FRANTIŠEK D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 129.

²⁴⁰ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 294.

7 Prevence vzniku poruch příjmu potravy

Dá se vzniku poruch příjmu potravy předejít? S narůstajícím vlivem médií na mladou generaci je úkol vytvořit účinnou prevenci stále těžší. Větší riziko vzniku onemocnění je hlavně u dívek, které jsou nespokojené se svým tělem, načež drží nesmyslné diety propagované v médiích. Taková propagace může v dívkách vzbuzovat dojem, že držet diety je žádoucí a trendy. Nespokojenosti s tělem napomáhají i modelky, jež jsou vyobrazovány jako ideály krásy a často jsou ještě dále upravovány a retušovány, aby na sobě neměly žádný fald, vrásku nebo nelichotivý stín. Je velice těžké proti těmto zbraním bojovat, přesto však několik metod účinné prevence existuje.²⁴¹

Média nám však mohou být i pomocníkem v prevenci. Výše zmíněná Isabelle Caro ve spolupráci s italským fotografem Olivierem Toscanem vytvořila kampaň *Ne anorexii*, ve které se nechala vyfotit a umístit na billboardy po celém Miláně. Na fotografii vážila pouhých 31 kg a kampaň měla ukázat, jak daleko může posedlost po dokonalém těle zajít.²⁴²



Obrázek 5: Billboard z kampaně *Ne anorexii* upozorňující na nebezpečí anorexie.²⁴³

Papežová²⁴⁴ k této problematice uvádí: „Kvalitní preventivní program s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů je v této oblasti vzácný. Na rozdíl od prevence drog a alkoholu, kde většina populace je ochotná připustit škodlivost jejich nadužívání zejména pro dětský organizmus, v oblasti PPP je argumentace daleko obtížnější. Dominující orientace na zevnějšek spojený

²⁴¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 311.

²⁴² Tamtéž, s. 311.

²⁴³ Isabelle Caro dies after anorexia struggle. In: *The Guardian* [online]. 2010 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2010/dec/30/isabelle-caro-dies-model-anorexia>

²⁴⁴ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy*, Praha: Grada, 2010, s. 312.

s úspěšností a zdravým životním stylem a s obavami z obezity dává různým dietám zdánlivě zdravý racionální rámeček. (...) Posedlost zdravým životním stylem je komerčně často zneužívána v reklamách, a to především pro děti (naše pacientky se samy pozastavovaly nad reklamou propagující v minulosti sušenku Bebe dobré ráno, která „vám zaručí kalorie na celý den“).“ Podle Papežové mládež od 10 do 18 let sleduje televizi až 2 hodiny denně a tvrdí, že prostor na prevenci nalezneme právě v reklamách.

V rámci prevence je důležité, aby dospělí dávali dobrý příklad a byli vzorem dětem. Bude-li matka anorektická a odmítat potravu, dítě si bude obtížně vytvářet pozitivní vztah k jídlu. Taktéž pokud bude učitelka na základní škole každou přestávku zvracet a bude nápadně vychrtlá. Primární prevence může být zajištěna rodinou, školou a společností. Asociace dětské a dorostové psychiatrie (ADDP) mezi primární péči v rámci rodinného prostředí řadí např. vytvoření zdravých jídelních návyků a kvalitního hodnotového systému, posilování sebevědomí, poskytnutí prostředí důvěry a respektu, otevřenou komunikaci mezi dítětem a rodiči atd. Škola by měla zajistit kulturu stravování a přiměřený rozvrh respektující čas na jídlo, podporu vrstevnických vzorů a autorit. Školský sbor by měl v dětech posilovat sebevědomí a nesrážet jej.²⁴⁵ Škola může navíc zajistit přednášky či semináře na téma poruch příjmu potravy a jejich závažných následků. Je však důležité, aby byly tyto semináře vedeny správně a riziko patologického stravování naopak nezhoršily. Je důležité nemluvit o hmotnosti, ale o zdraví a zdravém životním stylu, jehož součástí je přiměřená tělesná aktivita, zdravé sebevědomí a správný přístup ke stravování.²⁴⁶

Společnost má za úkol nabídnout vhodné kulturní vlivy a přiměřeně propagovat zdravý životní styl. V souvislosti s tímto bodem bych k primární prevenci zařadila šíření informací o poruchách příjmu potravy, zejména o jejich vážných následcích.²⁴⁷

V rámci sekundární prevence, jež se snaží příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování, šíření a podobně je pak třeba vyhledávat rizikové faktory a ohrožené skupiny, např. zájmy vázané na tělesnou hmotnost (sporty, modeling) a včas diagnostikovat a léčit poruchy příjmu potravy. Terciární prevence, která má předejít relapsu, je také velice důležitá, neboť zajišťuje komplexní léčbu poruch, obnovení plného zdraví včetně plodnosti a zabránění návratu onemocnění. Dále je v jejím rámci

²⁴⁵ Poruchy příjmu potravy. In: ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

²⁴⁶ PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012 [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <http://files.psychologika.webnode.cz/200001297-c9deacad97/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf>

²⁴⁷ Poruchy příjmu potravy. In: ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

opatřeno zabránění přenosu poruch příjmu potravy na další generaci, pokud je rodič postiženým pacientem, a pomáhá v rodině nastolit správné stravovací návyky.²⁴⁸

²⁴⁸ Poruchy příjmu potravy. In: ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala poruchami příjmu potravy ve spojitosti s kulturou, dnešní společností a genderem. Jejím cílem bylo popsat poruchy příjmu potravy a ukázat, jaký vliv mají výše jmenované elementy na jejich vznik a výskyt.

V práci jsme dokázali, že v současné době mají na vznik poruch příjmu potravy největší vliv média, na čemž se shodlo i několik autorů zabývajících se touto problematikou (Krch, Hall a Cohn, Novák aj.). Významným faktorem je také měnící se společnost uznávající čím dál, tím štíhlejší ideál krásy. Důležitým milníkem pro vznik poruch příjmu potravy byl příchod ženského tisku na počátku 20. století, který se stal klíčovým prvkem pro šíření a prosazování estetických norem. Ženský tisk zapříčinil, že se o ženské kráse začalo mnohem více diskutovat a ženy byly nabádány, aby se udržovaly štíhlé a krásné. V dnešní době se z hlediska propagování štíhlého ideálu krásy jedná převážně o televizi a sociální sítě, jež ovlivňují vnímání našeho těla. V této bakalářské práci jsme prokázali souvislost mezi poruchami příjmu potravy a vlivem kultury, genderu a dnešní společnosti na jejich vznik, což bylo naším cílem.

V bakalářské práci jsme v první kapitole obecně popsali poruchy příjmu potravy a definovali jsme mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání a další, méně známé poruchy. V kapitole druhé byla krátce shrnuta historie jejich vzniku a vývoje. Kapitoly třetí a čtvrtá byly pro tuto práci stěžejní, neboť jsme v nich zmapovali kulturně-spoolečenský kontext poruch příjmu potravy a vliv genderu. Ve třetí kapitole jsme dále popsali změny, jež se odehrály v našem vnímání ideálu ženské krásy v průběhu staletí a konstatovali jsme, že v dnešní době jsou ženy vystavovány čím dál, tím většímu kulturně-spoolečenskému tlaku. Kapitola čtvrtá se zabývala rolí genderu a genderových stereotypů ve vzniku poruch příjmu potravy. Jedná se především o genderové vzorce obsažené ve výchově, které jsou posléze odráženy v našem chování. V kapitole páté jsme popsali další faktory působící na vznik poruch příjmu potravy. Kapitola šestá se věnovala psychickým a fyzickým následkům poruch příjmu potravy a vybraným možnostem jejich léčby. V kapitole sedmé a poslední jsme popsali možnosti prevence vzniku poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažná a nebezpečná onemocnění, která mohou postihnout téměř kohokoli a je proto důležité je nebrat na lehkou váhu. Velký vliv na jejich vznik má gender, dnešní společnost a kultura uznávající štíhlý ideál krásy propagovaný v mediálních prostředcích. I přes jejich závažnost a zvyšující se incidenci jim však není věnováno dostatek pozornosti. Prevence v rodinách a školách neprobíhá vůbec, nebo nedostatečně, jak jsme uvedli v poslední kapitole. Velký prostor pro preventivní programy vidím v médiích, neboť právě média mají největší dosah na

dospívající dívky, jež jsou nejohroženější skupinou. Místo reklam propagujících přípravky na hubnutí by v televizi měly být vysílány reklamy vyzdvihující důležitost zdravého životního stylu a pozitivního body image. Na internetu bychom si místo ponižujících článků o celebritách, které přibraly na váze měli přečíst o vážných následcích poruch příjmu potravy. V rodinách by měl být přisuzován větší význam správným jídelním návykům a společnému stolování. Správný preventivní program by mohl výskyt poruch příjmu potravy omezit, neboť by jeho prostřednictvím mohly být předány mladší generaci pozitivní hodnoty.

Žijeme v době, ve které je štíhlost uctívaným ideálem. Jak jsme v bakalářské práci uvedli, tlustí lidé jsou obecně vnímáni jako neúspěšní a oškliví. Je běžné, že pokud někdo zhubne, dostaví se jednoznačná reakce okolí – dotyčný je pochválen a otázan, jak to dokázal, z čehož vyplývá, že předtím mu to neslušelo a je dobře, že zhubl. Právě takové komentáře mohou vést k poruchám příjmu potravy, neboť vysílají signál, že být hubený znamená být lepší. Dokud bude v naší kultuře a společnosti kladen důraz na štíhlost, poruchy příjmu potravy nezmizí a je právě na nás, členech společnosti, abychom změnili nazírání na krásu, přestali se zaměřovat na hmotnost a začali propagovat zdravý životní styl. Pokud člověk žije zdravě, nezáleží na tom, kolik váží.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit.* Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

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

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

GIDDENS, Anthony, SUTTON, Philip W., ed. *Sociologie.* Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.

HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií.* Brno: ERA Group, 2003. ISBN 80-86517-60-8.

KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví.* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-x.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David. *Mentální anorexie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-x.

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

LIPOVETSKY, Gilles. *Třetí žena: neměnnost a proměny ženství.* Přeložil Martin POKORNÝ. Praha: Prostor, 2000. ISBN 80-7260-030-3.

MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou.* Přeložila Dana BALATKOVÁ. Praha: Dobrovský, 2019. ISBN 978-80-7390-968-0.

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

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

RENZETTI, Claire M. a CURRAN, Daniel J. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0525-2.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

Internetové zdroje

BARRY, Adam E. Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. *Journal of American College Health* [online]. 2012, **60**(3), 236-243 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07448481.2011.587487?needAccess=true>

BURKE, Sloane, MATTHEWS, Jennifer C., VAIL-SMITH, Karen a WOOLSEY, Conrad L. Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of alcohol and drug education* [online]. 2010, **54**(2), 17–34 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/236145008_Drunkorexia_Calorie_restriction_prior_to_alcohol_consumption_among_college_freshman#fullTextFileContent

Index tělesné hmotnosti. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Index_tělesné_hmotnosti

Isabelle Caro dies after anorexia struggle. In: *The Guardian* [online]. 2010 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2010/dec/30/isabelle-caro-dies-model-anorexia>

KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2014, **15**(2), 55–57 [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>

Kolik se plýtvá. In: *Zachraň jídlo* [online]. [cit. 2020-06-26]. Dostupné z: <https://zachranjidlo.cz/kolik-se-plytva/>

MALONEY, Michael J. Dieting Behavior and Eating Attitudes in Children. *Pediatrics* [online]. 1989, **84**(3), 482–486 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/20367110_Dieting_Behavior_and_Eating_Attitudes_in_Children

MINUCHIN, Salvador, ROSMAN Bernice L., a BAKER Lester. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context* [online]. Cambridge: Harvard University Press, 1978 [cit. 2020-02-05]. ISBN 978-0674722200. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=_uEaVpbidD4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Psychosomatic+Families:+Anorexia+Nervosa+in+Context&ots=A2rfutyw3G&sig=DAENPpjO_VbgM1U8TNcUTD8tl1w&redir_esc=y#v=onepage&q=Psychosomatic%20Families%3A%20Anorexia%20Nervosa%20in%20Context&f=false

MITROFANOVÁ, Markéta. Na anorexii umírají i muži. In: *Novinky.cz* [online]. 19. 3. 2012 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/zdravi/clanek/na-anorexii-umiraji-i-muzi-148026>

PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012 [cit. 2020-04-27]. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: <http://files.psychologika.webnode.cz/200001297-c9deacad97/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf>

Poruchy příjmu potravy. In: *ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie* [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

ROTHENBERG, Albert. Eating Disorder as a Modern Obsessive-Compulsive Syndrome. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* [online]. 1986, **49**(1), 45–53 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/19698603_Eating_Disorder_as_a_Modern_Obsessive-Compulsive_Syndrome

RUSSELL, Gerard. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* [online]. 1979, **9**(3), 429–448 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1980-32816-001>

SCHMIDT, Ulrike. Risk factors, correlates and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2011, **44**(4), 287–294 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.20803>

SCHMIDT, Ulrike. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2020, **53**(5), 728–735 [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.23240>

SMOLAK, Linda, LEVINE Michael P. a SCHERMER, Florence. Parental Input and Weight Concerns among Elementary School Children. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1999, **25**(3), 263–271 [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3%3C263::AID-EAT3%3E3.0.CO;2-V?casa_token=nA-1pNgIKI0AAAAA:uO90hBic64_xSjyuncMxmOU6bV6RaAF--rR7ppDLoo0zfSHnHX08EU0zMvE72YRWbbRmgYpbYK7ABmOm](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3%3C263::AID-EAT3%3E3.0.CO;2-V?casa_token=nA-1pNgIKI0AAAAA:uO90hBic64_xSjyuncMxmOU6bV6RaAF--rR7ppDLoo0zfSHnHX08EU0zMvE72YRWbbRmgYpbYK7ABmOm)

SMOLAK, Linda a MURNEN, Sarah K. A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2002, **31**(2), 136–150 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.10008>

STROBER, Michael a KATZ, Jack L. Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1987, **6**(2), 171–180 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1098-108X%28198703%296%3A2%3C171%3A%3AAID-EAT2260060202%3E3.0.CO%3B2-I>

WILKOVÁ, Scarlett a MACEK, Tomáš. Deset let jsem byla anorektičkou, prozradila biatlonistka Koukalová. In: *IDNES.cz* [online]. 2018 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/sport/biatlon/gabriela-koukalova-anorexie-bulimie-rozhovor-zpoved.A180410_205512_biatlon_ten

Zemřela modelka Isabelle Caro známá z billboardů proti anorexii. In: *IDNES.cz* [online]. 2010 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/revue/modelky/zemrela-modelka-isabelle-caro-znama-z-billboardu-proti-anorexii.A101229_163017_missamodelky_nh