

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZMAPOVÁNÍ VZNIKU, PRŮBĚHU A DOPADŮ ONEMOCNĚNÍ U OSOB SE ZÁCHVATOVITÝM PŘEJÍDÁNÍM

MAPPING OF THE ONSET, DEVELOPMENT AND IMPACTS OF THE ILLNESS IN
PERSONS WITH BINGE EATING DISORDER



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Veronika Polášková**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2022

Tímto bych chtěla poděkovat především své vedoucí práce PhDr. Evě Aigelové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a vstřícnost, kterou mi během psaní práce poskytovala. Zároveň bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a umožnili tak jeho realizaci. v neposlední řadě děkuji také svým rodičům, za to, že jsou mi motivací a podporou během celého studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Zmapování vzniku, průběhu a dopadů onemocnění u osob se záchvatovitým přejídáním“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ (BINGE EATING)	8
1.1	VYMEZENÍ ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ DLE DIAGNOSTICKÝCH MANUÁLŮ DSM V, MKN 10 a MKN 11.....	8
1.2	EPIDEMIOLOGIE, IDENTIFIKACE a DIAGNOSTIKA PORUCHY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ.....	11
1.3	KOMORBIDITA ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ.....	11
2	PŘÍČINY VZNIKU BED	13
2.1	BIOLOGICKÉ FAKTORY PRO VZNIK BED.....	14
2.1.1	Genetika.....	14
2.1.2	Hmotnost osob s BED.....	15
2.1.3	Hormonální produkce.....	15
2.2	PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY PRO VZNIK BED.....	16
2.2.1	Nízké sebevědomí a nízké sebehodnocení.....	16
2.2.2	Vztah k vlastnímu tělu.....	17
2.2.3	Perfekcionismus.....	18
2.2.4	Úzkostné a depresivní symptomy.....	18
2.2.5	Restrikce ve stravování.....	19
2.2.6	Obtížná regulace negativních emocí.....	20
2.3	SOCIÁLNÍ FAKTORY PRO VZNIK BED.....	21
2.3.1	Idealizace štíhlosti a vliv médií.....	21
2.3.2	Vliv sociálních sítí.....	22
2.4	VLIV TRAUMATU z DĚTSTVÍ NA ROZVOJ BED.....	22
2.4.1	Trauma z dětství a BED.....	23
2.4.2	Psychiatrická komorbidita, trauma a BED.....	25
3	PRŮBĚH ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ	26
3.1	CHARAKTERISTIKA EPIZODY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ.....	26
3.2	SPOUŠTĚČE a UDRŽOVACÍ FAKTORY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ.....	27
3.2.1	Záchvatovité přejídání jako návykové chování.....	28
3.2.2	Udržování záchvatovitého přejídání prostřednictvím negativní nálady.....	29
4	DŮSLEDKY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ	31
4.1	Zdravotní důsledky BED.....	31

4.2	Psychosociální důsledky BED.....	33
VÝZKUMNÁ ČÁST		35
5	Výzkumná část	36
5.1	Výzkumné cíle	36
5.2	Výběrový soubor.....	37
5.3	Design.....	38
5.3.1	Metody získávání dat	39
5.3.1.1.	Škála záchvatovitého přejídání (BES).....	39
5.3.1.2.	Rosenbergova škála sebehodnocení (self-esteem).....	40
5.3.1.3.	Kvalitativní část výzkumu	41
5.3.2	Metody analýzy dat	41
5.3.3	Etické aspekty výzkumu.....	42
5.4	Průběh získávání dat	42
5.5	Analýza výzkumného cíle č. 1.....	43
5.6	Analýza výzkumného cíle č. 2.....	52
5.7	Analýza výzkumného cíle č. 3.....	61
6	Diskuze.....	64
7	Závěr.....	71
8	Souhrn	74
9	Literatura	78
PŘÍLOHY		91

ÚVOD

Tématika poruch příjmu potravy mě zajímá už od počátku studia, jelikož ale existuje mnoho prací, které se zabývají tematikou mentální anorexie nebo mentální bulimie, zvolila jsem si oblast poruchy záchvatovitého přejídání, o které se doposavad napsalo v České republice velice málo. Jedná se o onemocnění, kdy člověk několikrát během týdne naprosto ztrácí kontrolu nad jedením a konzumuje obrovské množství jídla za krátký čas. Takové chování člověka frustruje a má velké dopady na kvalitu jeho života. Jídlo je pak pro osoby s tímto onemocněním často tím největším potěšením, na druhou stranu tím největším nepřítelem.

Opravdový vhled do problematiky mi dali až respondenti trpící tímto onemocněním. Ačkoli výzkum proběhl po rešerši odborné literatury, nedokázala jsem si s dosavadním poznáním představit, o jak závažné onemocnění jde, a jak náročné je s ním bojovat. Záchvatovité přejídání by se dalo prakticky přirovnat k závislosti. Lidé rovněž zažívají tzv. craving neboli bažení po látce, v našem případě potravině. v psychicky náročnějších situacích touží po jídle častěji než kdy jindy a pokračují v takovém chování, přestože jim to negativně ovlivňuje život. Oproti jiným závislostem, je však takové chování možná ještě o něco těžší. u látkových závislostí, člověk může začít abstinovat, zatímco jíst člověk přestat nemůže. Jíst musíme vždycky. a tak se jídlo pro takové osoby stává tématem spojeným se stresem, úzkostí a obavami.

Určit jednu konkrétní příčinu poruchy příjmu potravy obecně je téměř nemožné, většinou se jedná o součinnost více faktorů dohromady. Přesto existuje několik kategorií příčin, které mohou být rizikové pro vznik této poruchy. Průběh epizody je rovněž vysoce individuální, přesto objevujeme podobné fenomény vyskytující se u různých lidí trpících poruchou přejídání. Dopady takového onemocnění jsou různě závažné, avšak většina popisuje výrazné narušení kvality života. v rámci výzkumu většina respondentů uvedla, že by byla vděčná, za jakékoli informace k poruše záchvatovitého přejídání. Konstatovali, že by si tím ušetřili dlouhou cestu spekulování o vlastní neschopnosti, poruše vůle, nebo sebe podřívajícího chování. i proto vznikl koncept této práce. Jedním z našich nevyřčených cílů bylo podat osobám se záchvatovitým přejídáním ucelené informace o této diagnostické jednotce a možná je tak motivovat k léčbě či jim usnadnit cestu ve zvládnání této poruchy.

Cílem teoretické části je tedy popsat poruchu záchvatového přejídání, vymezit jednotlivá diagnostická kritéria, vymezit nejčastěji opakované příčiny vzniku této poruchy, popsat průběh epizody přejedení a nejčastěji zmiňované důsledky.

Ve výzkumu pak realizujeme rozhovory s respondenty s onemocněním záchvatového přejídání a ptáme se jich na možné příčiny vzniku, fenomény objevující během epizody záchvatového přejídání a dopady onemocnění na kvalitu jejich života a na zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ (BINGE EATING)

Jako hlavní téma bakalářské práce jsme si zvolili záchvatovité přejídání. Abychom dokázali porozumět tomuto onemocnění v souvislostech a mohli sledovat jeho příčiny a průběh, vnímáme jako potřebné vymežit jeho stručnou charakteristiku. v první kapitole se tedy věnujeme zařazení záchvatovitého přejídání v rámci několika verzí evropských a amerických diagnostických manuálů, porovnáváme rozdíly mezi nimi, zaměřujeme se na jednotlivá diagnostická kritéria a charakteristiku onemocnění. v dalších podkapitolách se pak zabýváme epidemiologií, identifikací a diagnostikou poruchy a nakonec zmiňujeme komorbiditu záchvatovitého přejídání, jakožto neopomenutelnou složku v kontextu diagnostiky, příčin, průběhu i možných příčin záchvatovitého přejídání.

1.1 VYMEZENÍ ZÁCHVATŮ PŘEJÍDÁNÍ DLE DIAGNOSTICKÝCH MANUÁLŮ DSM V, MKN 10 a MKN 11

Záchvaty přejídání (binge eating, BE) jsou typickým symptomem pro takové diagnózy jako je mentální bulimie (bulimie nervosa, BN), záchvatovité přejídání (binge eating disorder, BED) a purgativní typ mentální anorexie (anorexia nervosa, AN). Na rozdíl od běžného přejedení se, se problematika záchvatovitého přejídání (BE) dle DSM vyznačuje dvěma základními kritérii, které jsou pro diagnostiku klíčová a tím je **množství jídla zkonsumovaného za krátký čas a pocit ztráty jakékoli kontroly nad množstvím snědeného jídla.**¹

Jako první popsal záchvatovité přejídání (BE) obézní pacient Stungard (Junková, 2015). v MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize) bychom našli záchvatovité přejídání (BED) pod kódem F50.4 a pod názvem přejídání spojené s psychologickými poruchami

¹ Pro lepší srozumitelnost a z důvodu shodného překladu anglických termínů *binge eating* a *binge eating disorder*, v překladu *binge eating-záchvatovité přejídání*, užívám v textu zkratk BE *binge eating*, jako zkratku pro symptom a BED *binge eating disorder* jako zkratku pro diagnostickou jednotku.

nebo též pod termínem psychogenní přejídání a chápeme jej jako přejídání spojené se stresujícími událostmi jako je například úmrtí blízké osoby, nehoda, úmrtí dítěte a podobně. k samotnému vyčlenění diagnózy záchvatového přejídání (BED) došlo poprvé v DSM IV, kde bylo záchvatové přejídání (BED) zmíněno v dodatku jako jinak nespecifikovaná porucha příjmu potravy. z důvodu častého udávání nespecifikovaných poruch příjmu potravy a vlivem výsledných studií naznačujících, že velká část těchto pacientů trpí záchvatovým přejídáním (BED), vznikla potřeba vyčlenit tuto diagnózu jako svébytnou kategorii, již bude možné vykazovat pod vlastním kódem. v nové, aktuální verzi **DSM V.** byla porucha přejídání schválena jako vlastní kategorie, pod termínem **Psychogenní přejídání (BED)** a kódem **F50.8** a jejími dvěma základními diagnostickými kritérii jsou:

- 1. Nadměrné množství jídla zkonsumovaného v relativně krátkém čase (obvykle během dvou hodin)**
- 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během přejídání (Raboch et al., 2015).**
3. Dále jsou epizody záchvatového přejídání (BED) spojeny s nejméně třemi z níže uvedených charakteristik:
 - Jedí konzumuje jídlo neobvykle rychle
 - Konzumuje jídlo do té doby, dokud se necítí nepříjemně plný
 - Konzumuje, ačkoli nemá hlad
 - Konzumuje o samotě, protože se stydí za množství sněženého jídla
 - Po přejedení se cítí sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile
4. V souvislosti se záchvaty přejídání (BE) se objevují pocity úzkosti a značná nepohoda
5. K záchvatům (BE) dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců
6. Záchvatové přejídání (BED) se nevyskytuje současně s jiným nevhodným kompenzačním chováním, jako je tomu u mentální bulimie, a nevyskytuje se výhradně během průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie (Krch, 2005).

S příchodem nové MKN 11 (Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize) se výrazně mění i pohled na diagnostiku záchvatového přejídání (BED). MKN 11 vymezuje poruchu **psychogenního přejídání** jako samostatnou kategorii PPP² pod kódem **6B82**. Na rozdíl od

² Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, nepřiměřeným hodnocením jeho proporcí a hmotnosti a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a jídelnímu chování (Vágnerová, 2004). Dle aktuální verze Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize do PPP

DSM V., není ale zásadním kritériem pro udělení diagnózy nadměrné množství jídla, nýbrž pouze pocit **ztráty kontroly nad jídlem** během přejídání. Vědci argumentují faktem, že v klinické praxi je popis množství snědeného jídla během záchvatů velmi variabilní (Wolfe et al., 2009). Jedinci, kteří popisují subjektivní prožitek záchvatovitého přejídání (BE) nebo uvádějí přejedení se jídlem, které je v normálních mezích, ale je jimi vnímáno jako velké množství, prožívají ztrátu kontroly nad jedením. Popisují také srovnatelné úrovně úzkosti a indikátory psychopatologie jako pacienti, kteří spadají do kategorie objektivního záchvatovitého přejídání (BE) (Berner et al., 2020). MKN 11 tedy uvádí možnosti chápání epizody záchvatovitého přejídání (BE) jako subjektivní a objektivní. Subjektivní, což zahrnuje konzumaci takového množství jídla, které by objektivně mohlo být považováno za jedení v normálních mezích, ale jedinci je z nějakého důvodu vnímají jako velké, a objektivní, kdy jedinec sní takové množství jídla, které je za podobných okolností větší, než by snědla většina lidí (Brownstone et al., 2013). Jelikož pro diagnostikování psychogenního přejídání (BED) není podmínkou konzumování objektivně velkého množství jídla, je obzvláště důležité přesné posouzení pocitů ztráty kontroly nad jedením. Pro správné posouzení ztráty kontrol nad jídlem je důležité, jednak povědomí o aktualizaci kritérií diagnostiky BED v MKN 11. revize, a zároveň rozlišení ztráty kontroly nad jídlem od čistě maladaptivních způsobů stravování. To je typickým symptomem u dospělých jedinců s nadváhou nebo s obezitou. Sem patří například grazing (pastva), chaotické nebo dezorganizované stravování, stresové anebo emoční přejídání, mnohem rychlejší jedení, než je obvyklé a bezduché stravování. Ztráta kontroly nad jedením během epizod příjmu potravy předpokládá významný distress, vývoj PPP, přibývání na váze a negativně přispívá k psychosociálním, behaviorálním a váhovým výsledkům, proto je důležitá její identifikace jako ztráta kontroly nad přejídáním a správné určení diagnózy záchvatovitého přejídání i bez možných projevů objektivní konzumace nadměrného množství jídla a zařazení do adekvátní péče (Berner et al., 2020).

Zásadním rozdílem mezi definováním psychogenního přejídání (BED) DSM v a MKN 11 je nutnost (v případě MKN 11 pouze možnost) přítomnosti kritéria konzumace objektivně nadměrného množství během záchvatu přejedení. Společným a zásadním kritériem pro diagnostiku záchvatovitého přejídání je pak pocit ztráty kontroly nad jedením, která může být obtížně zachytitelná a chybně zaměněna s jinými maladaptivními vzorci chování.

zařazujeme mentální anorexii a mentální bulimii a jejich kombinace. Pro poslední dobu je typický rozmach nespecifikovaných poruch příjmu potravy např. bigorexie, drunkorexie, orthorexie (Cibulková, 2010).

1.2 EPIDEMIOLOGIE, IDENTIFIKACE a DIAGNOSTIKA PORUCHY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Vzhledem k teprve nedávnému zavedení samostatné poruchy BED do psychiatrické nomenklatury je epidemiologický výzkum omezený (Striegel-Moore & Franko, 2003). Na základě dosavadních průzkumů smíšených pohlaví se zdá, že se celoživotní prevalence poruchy BED dle DSM IV pohybuje okolo 1-2 % a s 12měsíční prevalencí 0,1-1 % (Kessler et al., 2013). Bodová prevalence, čili podíl populace, která má charakteristiku v určitém časovém okamžiku, je na základě několika studií obtížně srovnatelná, protože studie byly zaměřeny na různé studijní populace a pro screening BED se využívaly jiné nástroje (Ágh et al., 2015). Hudson et al. (2007) oznámil, že by kritéria aktuálního diagnosticko-statistického manuálu DSM v namísto kritérií starší verze DSM IV mohla navýšit celoživotní prevalenci výskytu BED o 2,9 % u žen a 3,0 % u mužů. v souladu s tím Trace et al. (2012) také zhodnotil vyšší celoživotní prevalenci pomocí diagnostických kritérií DSM V, která mu vyšla 0,20 %, zatímco dle manuálu DSM v 0,17 %. Dle dosavadních výzkumů se zdá být BED 1,5 - 6krát častější u žen než u mužů. BED postihuje osoby jakéhokoliv věku, ačkoli lidé ve věku 20 let mají vyšší riziko výskytu, než kohorty jiných věkových skupin (Preti et al., 2009). Dle klinických případů je diagnóza BED obtížně identifikovatelná lékaři (Crow et al. 2004). Lékaři většinou svým pacientům na základě vyšší tělesné hmotnosti doporučují držení diety a zařazení cvičení. Striktní diety se ale velmi často vyznačují vynecháváním jídel, nebo snahou zůstat celý den bez jídla, což následně paradoxně přispívá k vyššímu výskytu záchvatů přejedení a tím pádem zamezení hubnutí a prohloubení zoufalství osoby s diagnózou BED. Lékaři by tudíž měli být obeznámeni s touto problematikou, aby vyhodnotili stav svých (zejména obezních) pacientů a následně je odeslali na nejvhodnější možnou léčbu (Gianini et al., 2013).

1.3 KOMORBIDITA ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Četné výzkumy ukázaly, že 33-83 % účastníků s BED má souběžně alespoň jednu další diagnózu (Hudson et al., 2007; Peterson et al., 2005; Schulz & Laessly, 2010). Nejnapadnější komorbiditou BED je bezesporu obezita. Poznatky z epidemiologických studií naznačují, že přibližně polovina až dvě třetiny lidí splňujících formální diagnostická kritéria pro BED splňují zároveň i přijaté kritérium pro obezitu, konkrétně index tělesné

hmotnosti (BMI, kg/m²) 30 nebo více (Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2001). Střední a závažná obezita jsou pak spojeny s vysokým rizikem výskytu zdravotních komplikací jako je diabetes mellitus, řada srdečních onemocnění, dýchací obtíže, problémy se spánkem, snížená pohyblivost a mnoho dalšího. Prevalence těchto komorbidit roste úměrně se stupněm nadváhy. Vedle obezity je BED spojeno se zvýšeným rizikem vzniku problémů duševního zdraví. Poznatky z epidemiologických studií provedených v USA naznačují, že až tři ze čtyř lidí splňujících formální diagnostická kritéria pro BED vykazovali v určitém okamžiku svého života kritéria pro jinou diagnózu DSM. k nejčastějším psychiatrickým komorbiditám patří úzkost a afektivní poruchy. Ke zvýšeným rizikům pak patří také abúzus alkoholu a návykových látek a problematické chování (Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2001). Důležitou a stále více uznávanou komorbiditou BED dalších poruch příjmu potravy a obecně duševního zdraví je zhoršení kvality života. Považujeme za vhodné rozlišit mezi kvalitou života související se zdravím a subjektivní kvalitou života, která se týká subjektivní spokojenosti člověka s různými aspekty jeho života. v americké národní studii replikace komorbidity například většina účastníků uvedla alespoň určitý stupeň poškození v jedné nebo více oblastech fungování (doma, práce, osobní nebo společenský život). Větší míra komorbidity byla zjištěna u jedinců s nástupem záchvatovitého přejídání v dětství a dospívání ve srovnání s jedinci s nástupem v dospělosti. Zároveň je usuzováno, že psychiatrická komorbidita je spojena se závažností psychogenního přejídání (Raboch et al., 2015).

2 PŘÍČINY VZNIKU BED

Aby bylo možné PPP, popř BED adekvátně řešit, je zásadní získat více informací o etiologii PPP. Protože je BED považována za poměrně novou diagnózu, o jejích příčinách i průběhu toho víme zatím velmi málo. Přesto jsme se pokusili o vymezení a charakteristiku nejčastěji zmiňovaných možných příčin rozvoje BED a jejich zasazení do kontextu PPP a záchvatovitého přejídání. z hlediska příčin vycházíme z konceptu bio-psycho-sociálního modelu a vliv traumatu z dětství na poruchu záchvatovitého přejídání a vymezuje tyto základní podkategorie:

1. Biologické rizikové faktory pro vznik BED
 - Genetika
 - Hmotnost osob s BED
 - Hormonální produkce
2. Psychologické rizikové faktory pro vznik BED
 - Nízké sebevědomí a nízké sebehodnocení
 - Vztah k vlastnímu tělu
 - Perfekcionismus
 - Úzkostné a depresivní symptomy
 - Restrikce ve stravování
 - Obtížná regulace negativních emocí
3. Sociální rizikové faktory pro vznik BED
 - Idealizace štíhlosti a vliv médií
 - Vliv sociálních sítí
4. Vliv traumatu z dětství na rozvoj BED
 - Trauma z dětství a BED
 - Psychiatrická komorbidita, trauma a BED

Všechny tyto faktory považujeme za rizikové pro rozvoj BED a upozorňujeme na zvýšenou opatrnost při jejich spolupůsobení na vznik poruchy záchvatovitého přejídání. Přesto je na místě myslet na lidskou bytost jako na individuum a nepovažovat nejen možné příčiny za neměnné nebo zcela určující diagnózu BED (Binge eating breaking circle).

2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY PRO VZNIK BED

Z hlediska zkoumání biologických příčin jsme se zaměřili na možnost vlivu genetiky, hmotnosti osob s BED a hormonální produkci u osob se záchvatovitým přejídáním. Ačkoli jsou výzkumy v oblasti vlivu genetiky na záchvatovité přejídání velmi omezené, dle Davise (2015) bylo zjištěno, že jednou z příčin vzniku BED může být existence dvou anebo více genů na genu ANKK1. Přesto je tento jev doporučováno pojímat v souvislostech a zasazovat jej do kontextu celé poruchy záchvatovitého přejídání u konkrétního jedince. Dalším faktorem zapříčiňujícím vznik poruchy záchvatovitého přejídání může být zvýšená tělesná hmotnost. Ačkoli obezita není pravidlem pro vznik BED, tyto dvě diagnózy spolu často souvisejí. Jako o poslední možné příčině v kategorii biologických faktorů jsme uvažovali o hormonální produkci, konkrétně o roli a vlivu hormonu serotoninu na záchvatovité přejídání. Předpokládáme, že jmenované faktory mohou předpovídat vznik BED, přesto je nutné se na tyto faktory nevázat a uvažovat v souvislostech.

2.1.1 Genetika

Mnohé genetické studie potvrzují roli genetických determinant při vzniku PPP stejně tak jako při vzniku jiných psychických poruch jako je deprese, alkoholismus, obsedantně-kompulzivní porucha apod., se kterými se PPP velmi často spolu vyskytují (Papežová, 2010). Genetický výzkum z hlediska BED je zatím velmi omezený, přesto existují studie, které dokazují, že BED silně agreguje v rodinách nezávisle na obezitě. Jednou z příčin může být narušená funkce mechanismů odměňování čili narušení funkce dopaminového systému. Nejčastěji studovaným funkčním genetickým markerem mozkového dopaminového systému je Taq1A polymorfismus (existence dvou nebo více variant genů) na genu ANKK1. Existují důkazy, které podporují tvrzení, že přenášení alespoň jedné minoritní alely A1 je spojeno s 30-40% snížením dopaminových D2 receptorů v striatální oblasti (hluboká oblast šedé hmoty uvnitř hemisfér koncového mozku a součást bazálních ganglií), což přispívá ke snížení dopaminového signálu na cestě odměny. A1 lze tedy považovat za alelu „ztráty funkce dopaminového signálu“. Polymorfismus A118G genu pro receptor μ -receptor (OPRM1) je funkční genetický marker opioidního systému. Na rozdíl od A1 byla minoritní alela G spojena se zvýšenou citlivostí na různé podněty, které odměňují, včetně chutného jídla. Výzkum dokazuje, že u osob s genotypem A1- a G+ byla 80% pravděpodobnost výskytu BED (Davis, 2015). Přesto je důležité zmínit, že vrozené faktory a vnější vlivy spolu interagují a není pravidlem, že pokud se u jedince objeví genetická predispozice pro BED,

znamená to jistě, že se porucha u jedince rozvine. k propuknutí poruchy je potřeba součinnosti více faktorů, např. enviromentálních, stresových faktorů apod.

2.1.2 Hmotnost osob s BED

Jedincům, u kterých se vyskytla porucha záchvatovitého přejídání je často okolím připisována vyšší tělesná hmotnost. Přestože je BED velmi často spojena s obezitou (43 % jedinců s BED je obézních), je nutné zmínit, že nejde o podtyp obezity. Váha jedinců s poruchou záchvatovitého přejídání se pohybuje napříč mnoha kategoriemi indexu tělesné hmotnosti (Hudson et al., 2007). Bylo zjištěno, že BED se objevuje v rodinách nezávisle na přítomnosti obezity a jedinci s rodinnou anamnézou BED jsou vystaveni většímu riziku obezity v dospělosti než ti s rodinnou anamnézou obezity a bez BED (Hudson et al., 2007). Je také patrné, že jedinci s BED se liší od obézních jedinců bez BED, pokud jde o množství jídla zkonzumovaného mimo záchvaty a motivaci jíst ve stresových podmínkách. Zároveň jedinci s BED, kteří jsou obézní vykazují závažnější psychopatologii než obézní jedinci bez BED. Psychopatologie se ale neliší mezi obézními a neobézními jedinci s BED (Dingemans, 2012).

2.1.3 Hormonální produkce

Hormony a jejich kolísání velmi významně ovlivňuje náš jídelní režim. Například hladina hormonů serotoninu a dopaminu se podílí na naší náladě (Hromádková, 2013). Serotonin (neboli 5-hydroxytryptamin, 5-HT) sehraává důležitou funkci v mnohých psychických procesech a je považován za jeden z klíčových mediátorů se vztahem k psychickým funkcím. Spolupodílí se nejen na regulaci nálady, agresivity, spánku apod., ale také na příjmu potravy (Orel, 2015). Serotonin zprostředkovává pocit sytosti a částečně reguluje příjem sacharidů. Záchvaty přejedení mohou být ovlivněny z důvodu oslabení pocitu sytosti vlivem deficitu serotoninergní aktivity v CNS. To by mohlo vysvětlovat pozitivní účinek léčby SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) - dnes nejčastější volenou formou léčby antidepresiv-na tento typ poruch příjmu potravy (Papežová, 2010). Dalším významným hormonem podílejícím se na regulaci příjmu potravy je dopamin (DA). Tento hormon se uplatňuje v rámci integrace psychických funkcí, pozornosti, řízení motoriky, myšlení, emotivity, ale i v produkci některých hormonů (Orel, 2015). v kontextu poruch příjmu potravy se dopamin podílí na neurobiologickém rozměru libosti. Záchvaty přejedení mohou být způsobeny sníženou citlivostí na přirozené zdroje

odměny a tzv. „lačnění“ po intenzivnějších podnětech, v našem případě dalších potravinách (Kalina, 2015).

2.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY PRO VZNIK BED

Z hlediska zkoumání psychologických příčin jsme se zaměřili na tyto faktory: nízké sebevědomí a sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, perfekcionismus, úzkostné a depresivní symptomy, restriktce ve stravování a obtížnou regulaci negativních emocí. Nízké sebevědomí je často utvářeno v dětství a může mít vliv na patologické stravování a rozvoj PPP (Serpell & Troop, 2003).

2.2.1 Nízké sebevědomí a nízké sebehodnocení

Hartl (2000) definuje sebevědomí (confidence, self-confidence) jako vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností, které je doprovázené vírou v sebe a v úspěšnost budoucích výkonů. Zdravé a přirozené sebevědomí je záležitostí dlouhodobé zkušenosti a není-li v dětství klíčovými osobami dostatečně podněcováno, mohou se u jedince projevat tendence podceňovat vlastní schopnosti a formuje se tak nízké sebevědomí (self-consciousness). Snížené sebevědomí bývá provázeno komplexem méněcennosti (inferiority complex), celkového pocitu nedostatečnosti, pochybností a nejistoty v sebe sama. Komplex méněcennosti dle Říčana (2010) postihuje zejména inteligentní a spíše introvertní lidi, kteří se v období puberty příliš srovnávají a mívají tendence své nedostatky zveličovat. v kontextu PPP se často pojednává o nízkém sebevědomí jako o jednom z faktorů a důležitých symptomů pro jejich rozvoj (Jacobi et al., 2004). Obecně jsou k nízkému sebevědomí náchylnější dívky než chlapci, což by mohlo vysvětlovat vyšší prevalenci PPP u žen než u mužů. Sebevědomí je předpokladem sebeúcty (self-esteem), kterou lze chápat jako sebehodnocení sebe sama jako obecně více či méně hodného (Baumeister & Boden 1998). De Ruiner et al. (2017) ve svém modelu popisují, že se sebeúcta projevuje jako důsledek dřívějších zkušeností a v průběhu života získává stabilitu. Dalo by se tedy říci, že sebevědomí a sebeúctu nabýváme zejména v dětství a dospíváním se stabilizuje. Dle modelu Serpella a Troopa (2003) nízká sebeúcta společně s dalšími faktory přispívá k progresivní zranitelnosti vůči patologickému stravování a v kombinaci s akutním stresem v podobě mezilidských obtíží či pocitu bezmoci dochází k rozvoji PPP. Nízké sebevědomí dále podle modelu vede k symptomům, které souvisejí s patologickým stravováním, jako je zdrženlivé

jedení, nechut' k jídlu a tendence hodnotit svou způsobilost na základě tělesné hmotnosti a tvaru těla. Takové příznaky přispívají k celkové zranitelnosti a jsou důsledkem PPP. Výzkumy dokazují, že nízké sebevědomí nejen, že významně koreluje s patologií stravování, ale také, že jedinci s nízkým sebevědomím mají horší výsledky v intervenci (Colmsee et al., 2021). Stice et al. (2011) předpokládá, že stejně tak jako na jiné PPP má nízké sebevědomí vliv i na rozvoj BED v období dospívání. Nízké sebevědomí je také predisponujícím psychologickým faktorem pro narušení tělesného obrazu a nespokojenost s tělem u dospívajících dívek a chlapců (Ricciardelli & McCabe, 2001). Zaměření se na zvýšení sebevědomí z hlediska vnímání vlastního těla a snaha změnit dlouhodobé negativní postoje související s tělem by mohly přinést pozitivní účinky v léčbě BED či dokonce vést k jejímu zastavení (Goldschmidt et al., 2016).

2.2.2 Vztah k vlastnímu tělu

Součástí sebehodnocení a sebepojetí člověka je také body image neboli představa o vlastním těle. Každý člověk zaujímá ke svému tělu určitý postoj, nějak o něm smýšlí a tuto představu prezentuje dál. Celková představa o vlastním těle se formuje jako výsledek objektivních a subjektivních ukazatelů, které vycházejí z naší minulosti, přítomnosti a budoucnosti (Pipová et al., 2022). Pro PPP bývá typická porucha tělesného schématu (body image disturbance). Lidé s narušeným tělesným schématem jsou nespokojeni se svým tělem, přehnaně se zajímají o svou váhu a tvar těla a nespokojenost s jejich váhou určuje jejich sebevědomí a častokrát i náladu. Takoví lidé se velmi často kontrolují, např. štipáním do oblastí s větším množstvím tuku, opakovaně si zkoušejí oblečení a zjišťují tak, zda jim stále padne, oblékají se do volně padnoucího oblečení a velmi často se vyhýbají místům, kde by měli být více poodhalení. Ačkoli není porucha tělesného schématu přímo spojena s frekvencí záchvatovitého přejídání, bylo zjištěno, že obavy o tvar a hmotnost těla vedou k dietnímu chování, které následně přispívá k rozvoji záchvatovitého přejídání. Celkově vzato tedy může být porucha tělesného schématu rizikovým faktorem pro rozvoj záchvatovitého přejídání. Na rozdíl od anorexie nervosy a bulimie nervosy u BED není narušení tělesného schématu diagnostickým kritériem, mnozí autoři se ale domnívají, že nadhodnocení tvaru a hmotnosti by mělo být zastoupeno v kritériích pro stanovení poruchy záchvatovitého přejídání, protože k ní může značně přispívat (Hilbert and Hartmann, 2013).

2.2.3 Perfekcionismus

Sklony k podávání bezchybných a dokonalých výkonů a posuzování se až příliš kriticky definujeme jako perfekcionismus. Perfekcionismus nehodnotíme jako poruchu, nýbrž jako rys osobnosti, který bývá velmi často spojen s pedanterií, tzv. puntičkářstvím a z toho vyplývajícími neurózami (Hartl, 2000). Perfekcionismus nabývá dle Pečia (2008) mnoha forem, které se mezi sebou mohou prolínat. Jsou to například formy obsesivního zabývání se možnými chybami, kladení nesmyslně vysokých požadavků na sebe samotného, neodůvodněné pochybování o vlastních schopnostech, přehnaný důraz na organizaci, příliš vysoká očekávání od ostatních lidí a snaha žít podle vysokých očekávání ostatních lidí (typicky dle vlastních rodičů). Tento rys se může projevovat ve všech oblastech života - v práci, ve škole, v požadavcích na druhé, ale také ve vzhledu. Zejména v kontextu vzhledu je patrná korelace mezi perfekcionismem a sklonům k výskytu PPP, stejně tak jako souvislost perfekcionismu s řadou jiných psychických poruch jako je alkoholismus, deprese, ulcerativní kolitidy, erektilní dysfunkce, dysmorphofobie a další (Pacht, 1984). Některé studie potvrzují, že ženy s vyšší mírou perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že se u nich objeví PPP (Tozzi et al., 2003). Zároveň můžeme z některých rodinných studií vyzorovat u přímých příbuzných osob s PPP zvýšenou míru perfekcionistických rysů, zdá se tedy, že zde hraje svou roli i dědičnost. Perfekcionistické rysy se u dívek, u kterých později vyvinou PPP jsou patrné už od dětství. Pozorovatelné je to např. u potřeby mít všechno pod kontrolou, aneb přesně tak jak má být, např. domácí úkol, účes i uklizený pokojíček (Anderluh et al., 2003). Vysoké riziko PPP roste tam, kde se vedle perfekcionistických rysů vyskytuje i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem (Joiner et al., 1997). v souvislosti perfekcionismu a BED existuje teorie, že osoby, které trpí záchvatovitým přejídáním, mají perfekcionistická očekávání a že nesplnění těchto očekávání vyvolává potřebu úniku a tím navozuje záchvaty přejedení (Heatherton et al., 1991). Obavy z chyb se velmi často vyznačují tzv. principem „vše nebo nic“, v němž jakákoliv chyba představuje úplné selhání (Tozzi et al., 2003). Obavy z chyb se mimo jiné vztahují velmi často na vzhled a na tvar těla a pocit nedokonalého těla může podněcovat vyšší frekvenci záchvatů přejedení (Bardone-Cone et al., 2008).

2.2.4 Úzkostné a depresivní symptomy

U více než poloviny osob s poruchami příjmu potravy se současně objevují i symptomy úzkosti a deprese (Reel, 2013). Mírná forma úzkosti a strachu je užitečná, neboť

se díky ní adaptujeme na mnohé situace. Někteří lidé ale zažívají pocity úzkosti neustále, pocity jsou u nich příliš silné a velmi často trvají příliš dlouho (Praško et al., 2016). Takové pocity pak často doprovázejí také tělesné projevy jako je například bušení srdce, nadměrná produkce potu, tělesný třes a další (Colman, 2015). u osob, které trpí záchvatovitým přejídáním se takové obavy týkají především jídla, jeho konzumace, tělesné hmotnosti a tvaru postavy. Situace, kterým se osoby se ZP vyhýbají, jsou většinou ty, kde je přítomné jídlo, nebo ty, v nichž tito jedinci mají pocit, že jsou příliš tlustí. Takové symptomy úzkosti nevyžadují zvláštní péči, jakmile se dostane porucha příjmu potravy pod kontrolu, úzkost sama odezní (Cooper, 2014).

Depresivitu hodnotíme jako stav, kdy jedinec prožívá pocity beznaděje, cítí se na dně a nemůže se z takové nálady vymanit. Převládá také anhedonie (neschopnost mít potěšení z dříve oblíbeného), nízké sebehodnocení, pesimistický pohled na svět a na budoucnost, všudypřítomný stud nebo vina a někdy také myšlenky na sebevraždu nebo sebevražedné chování. Takové symptomy depresivity hodnotíme jako afektivní. Kromě nich se depresivita projevuje i v oblasti kognitivní, motivační a somatické (Raboch et al., 2015). Bylo zjištěno, že pacientky, které se přejídají, přicházejí na léčbu s řadou depresivních symptomů. Většina takových symptomů je v přímém vztahu k narušení stravovacích návyků a k představě těchto osob o jejich tělesné hmotnosti a tvaru těla. Vina, kterou řada osob se ZP pociťuje, bývá důsledkem studu, který u těchto osob vyvolalo přejedení. Cítí bezmoc, protože prožívají pocity selhání ve schopnosti ovládat se v jídle a neschopnosti dosáhnout ideální váhy. Ztráta sebevědomí a uzavírání se před světem jsou často důsledkem obav jíst před ostatními a přesvědčení, že jejich váha a tvar těla jsou společensky nepřijatelné. u většiny osob se ZP příznaky deprese vymizí, jakmile získají kontrolu nad stravováním. u menší části osob se ZP je depresivní porucha nezávislá na poruše příjmu potravy, a i po její stabilizaci symptomy negativity přetrvávají a mají neblahý dopad na celkový stav. v takových případech je nesmírně důležité, aby osoby podstoupily nejen odbornou léčbu PPP, ale také léčbu deprese (Cooper, 2014).

2.2.5 Restrikce ve stravování

Striktní omezování se v jídle můžeme považovat za vysoce rizikový faktor pro rozvoj záchvatovitého přejídání (Fairburn, 2016). Dle Hermana & Macka (1975) vede omezování se v jídle ke stavu fyziologického hladu, který je následně více ohrožen záchvatovitým přejídáním. Přejídání může být také důsledek tzv. dichotomického stylu myšlení, kdy si

jedinec tvoří striktní pravidla pro stravování a znakem pro ukončení jedení je nikoli pocit plnosti, ale předem určená pravidla jedení. v případě porušení předem daných pravidel přichází zoufalství a zklamání ze sebe samotného a následně epizoda přejedení. Jako reakci na přejedení se jedinec vrací k omezenému stravování a často ještě přísněji nastaveným pravidlům. Takové chování často vede k neustálému střídání dvou cyklů a to inhibice neboli omezování se v jídle a disinhibice čili porušení pravidel přísného stravování a následnému záchvatu (Polivy & Herman, 1985). Pravděpodobně jediným východiskem, jak z tohoto cyklu vystoupit, je přestat držet dietu (Binge eating breaking circle).

2.2.6 Obtížná regulace negativních emocí

Vedle problematiky nadhodnocování váhy a tvaru těla a neustálým opakováním cyklu držení striktních diet a následné kompenzace jídlem bylo zjištěno, že záchvatovité přejídání může být spojeno s obtížným zvládnutím negativních emocí. Lacey et al. (1986) tuto teorii potvrzují. Ve svém výzkumu popisují, že záchvat přejedení přichází jako forma copingového mechanismu ve snaze ovlivnit druh a intenzitu prožívaných emocí. Jídlo by tedy mělo sloužit ke zmírnění negativních emocí. Podobným výzkumem přispěli i McManus & Waller (1995), kteří ve své studii uvádějí prožívané emoce v jednotlivých fázích záchvatovitého přejídání. Ve své studii popsali, že v prvotní fázi záchvatu se u jedinců objevují zejména pocity stresu, úzkosti a deprese. Tyto pocity se během jedení zmírňují, nicméně těsně po záchvatu se vracejí do prvotní fáze. Jedinec pak po záchvatu cítí znechucení ze sebe sama, silný pocit viny a strach ze ztloustnutí. Lacey et al. (1986) popsal, že k nejčastějším druhům situací, kdy se záchvatovité přejídání objevuje, patří výrazná životní změna (stěhování se), sexuální konflikt anebo ztráta blízkého člověka, a dále uvádí, že toto chování mohou prohloubit některé predispozice, jako jsou např. špatné vztahy v rodině nebo s přáteli, problémy s váhou v rodině nebo pochybnosti o vlastní atraktivitě. Důvodem, proč jedinci se záchvatovitým přejídáním reagují tímto mechanismem, mohou být jednak obtíže s identifikací jejich emocionálních stavů, z čehož i vyplývá obtížná volba správné copingové strategie, nedostatek správných osvojených copingových strategií anebo užívání maladaptivních copingových strategií jako je potlačování anebo zeslabování některých emocí. Vyšší využívání maladaptivního copingu zvyšuje závažnost projevů PPP (Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Cílem intervenčních a prevenčních programů pro osoby s PPP a s BED by tedy dle výše uvedených výzkumů mělo být hledání vhodných copingových strategií zvládnutí stresu.

2.3 SOCIÁLNÍ FAKTORY PRO VZNIK BED

Vedle biologických a psychologických faktorů mají na stravování vliv také sociální faktory. Zejména pro západní společnost je typické oslavování štíhlosti a zvyšování důrazu na získání „dokonalého“ těla. Hubenost se rovná úspěchu, žádoucnosti, popularitě a štěstí. Nadměrná snaha o dosažení a vyrovnání se dokonalosti ale zvyšuje riziko výskytu PPP (Binge eating breaking circle). Nadměrná aktivita na sociálních sítích, neustálé porovnávání vlastních fotek s fotkami přátel a přílišné upravování fotek mohou spolu zapříčinit neuspořádané stravovací postoje a chování (Mabe et al., 2014). Bylo zjištěno, že nemalý vliv má také stravovací chování v rodině. Rodiče, kteří mají problémy s váhou a tělesným obrazem, mohou, často nevědomě, přenést tyto obavy na své děti (Binge eating breaking circle). Vzhledem k výše zmíněnému nám sociální faktory dotvářejí kompletní obraz o možné etiologii některých PPP a BED.

2.3.1 Idealizace štíhlosti a vliv médií

S historickým vývojem se mění i ideál krásy. Zatímco v první polovině 19. století byla za ideál krásy považována štíhlá a křehká žena, ve druhé polovině se za přitažlivé považovaly spíše kypré tvary a oblé boky. v šedesátých letech dvacátého století se významným mezníkem pro módní průmysl stala modelka Twiggy, která se svou chlapeckou postavou, ztělesňující svobodu a mladistvost, započala éru štíhlých modelek, které svými těly plnily plakáty a reklamy a stávaly se tak idolem mužů a vzorem mnohých slečen. Modelka Zoe Fleischauerová poté uvedla, že cílem modelingových agentur bylo, aby modelky vypadaly hubeně a vyčerpaně. Ve 21. století stále přetrvává působení štíhlosti, oproti tomu se však začínají vymezovat některé modelingové agentury, které symbolizuje nový typ modelek XXL (Pipová et al., 2022). Do popředí se dostává také vliv sportovní a životní styl fitness, které propagují ženu štíhlých tvarů, s vypracovaným tělem a s ideálně větším pozadím (Klusáková, 2015). Naše tělo nás reprezentuje, není proto divu, že jeho vzhled výrazně ovlivňuje naše sebe definování. Naši představu o těle poté srovnáváme s normou kultury, ve které žijeme. Jestliže je za ideál a za normu považována velmi štíhlá postava, která je často až za hranicí přirozeného a možného, bude obtížné jí dosáhnout. Nejčastějším způsobem bude pravděpodobně držení všemožných diet, které, jak zmiňujeme v podkapitole Restrikce ve stravování, mohou vést k záchvatovitému přejídání. Nutno také zmínit, že neúspěch při držení diety může vést ke zklamání ze sebe sama, které se může projevit negativním dopadem na sebevědomí člověka, a nízké sebevědomí a nízké

sebehodnocení rovněž považujeme za jednu z možných příčin pro vznik záchvatovitého přejídání.

2.3.2 Vliv sociálních sítí

Sociální sítě jsou dnes nedílnou součástí života dospívajících. s příchodem a rozmachem jejich užívání v posledních letech vyvstává i otázka, zda tyto platformy mohou mít negativní vliv na sebepojetí člověka, popř. zda mohou být jedním z možných faktorů zapříčiňujících vznik PPP a konkrétně BED. Marengo et al. (2018) ve svém výzkumu popisují, že čím delší dobu jedinec tráví na sociálních sítích, tím častěji se u něj objevují obavy týkající se body image, které se následně mohou přeměnit v restriktivní jídelní chování a excesivní cvičení, jak u dívek, tak u chlapců. Tiggeman & Zaccardo (2015) zkoumali vliv tzv. fitspiration, čili online trendu, jehož cílem je inspirovat diváky propagací obrázků a fotek cvičení a zdravého jídla ke zdravějšímu životnímu stylu, ke vnímání vlastního těla u žen. Výsledkem této studie bylo zjištění, že fitspiration může mít negativní důsledky na vnímání těla u žen, může vést ke zvýšení míry negativní nálady a nespokojenosti s vlastním tělem. Vedle spíše pasivního přijímání obsahu sociálních sítí byl zkoumán vztah mezi aktivním užíváním sociálních sítí formou digitální úpravy vlastních fotek, snahy při vybírání vlastních selfies- fotografického autoportrétu a sledování lajků a komentářů. Jedinci vykazující vyšší míru úsilí a aktivity v aktivním podílení se na sociálních sítích hlásili větší obavy ohledně stravování a vzhledu vlastního těla (McLean et al., 2015). Narušená představa o těle a následné omezování se v jídle je klíčovým rizikovým faktorem při rozvoji a udržování poruch příjmu potravy (Culbert et al., 2015). Výsledky uvedených studií podporují doporučení, že nejen v rámci léčby PPP, ale i v rámci screeningu jejich potencionálního rizika výskytu by mělo spolu s dalšími faktory být mapováno i chování na sociálních sítích (Lonergan et al., 2020).

2.4 Vliv traumatu z dětství na rozvoj BED

Dle zkoumání posledních studií vznikl všeobecný konsenzus, že zkušenost se zanedbáváním a týráním, zvláště se sexuálním zneužíváním, bývá velmi často spojena s rozvojem PPP (Smolak & Levine, 2007). s rozvojem bádání, stoupl i zájem zkoumat poruchu záchvatovitého přejídání v souvislostech s traumatem v dětství a spolupůsobení traumatu a poruchy záchvatovitého přejídání při vzniku psychiatrické poruchy. Výzkumy uvádějí, že významná část pacientů s BED má zkušenost s týráním nebo zanedbáváním

(Karr et al., 2013). Vedle jedinců se zkušeností s jednou formou traumatické události existují i jedinci, kteří si prošli více formami týrání v dětství, neboli prožili tzv. komplexní trauma. u takových osob je vlivem traumatické zkušenosti vysoce pravděpodobná ztráta důvěry ve svět a následná emoční dysregulace (Karr et al., 2013). Vzhledem k tomu, že trauma souvisí se širokou škálou psychiatrických problémů se může stát, že traumatizovaní lidé s BED vykazují zvýšenou psychiatrickou komorbiditu, čímž může být velmi ovlivněna a znesnadněna léčba (Johnson et al., 2001).

2.4.1 Trauma z dětství a BED

Americká psychologická společnost (American Psychological Association, 2013) popisuje trauma jako jakoukoli rušivou zkušenost, která vede ke strachu, bezmoci, disociaci a zmatení, jež má dlouhodobý negativní vliv na postoje, chování a další aspekty fungování člověka. Trauma může být způsobené jak lidským chováním (znásilnění, zanedbávání), tak přírodou (např. zemětřesení) a zpochybňuje pohled jednotlivce na svět jako na spravedlivé, bezpečné a předvídatelné místo. Výzkumy od roku 1990 odhalují pozoruhodnou souvislost mezi týráním a zanedbáváním dětí a následnou psychickou dysfunkcí v dospělosti. Ke hlavním typům špatného zacházení s dětmi spojeného s dlouhodobými negativními výsledky patří psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání. Sexuální zneužívání a jeho souvislost s psychologickými a zdravotními problémy patří zatím k nejlépe probádaným oblastem forem zneužívání (Kendall-Tacket et al., 1993). Finkelhor et al. (2005) ve své studii zmiňuje, že zkušenost se sexuálním zneužíváním před osmnáctým rokem věku má asi jedno dítě ze dvanácti, přičemž vzhledem k utajené povaze sexuálního zneužívání a mnohým neohlášeným případům může být tento výsledek silně podhodnocen. Zanedbávání se řadí k nejčastějším formám týrání hlášeným orgánům sociální péče o děti, přesto je stejně jako u sexuálního týrání jeho povaha podhodnocena a mnohé případy zanedbaných dětí zůstanou navždy utajeny. Fyzické týrání je druhou nejčastější formou týrání v dětství a je za něj považován každý fyzický čin, který vedl ke zranění dítěte. Fyzické týrání je jako jediný typ hlášený v obecné populaci častěji muži než ženami (MacMillan et al., 1997). Fyzické týrání je spojeno s řadou problémů v oblasti duševního zdraví v dospělosti. Patří k nim zejména posttraumatická stresová porucha (PTSD), agresivní chování, závislost na návykových látkách, deprese, špatné komunikační schopnosti a nedostatek empatie vůči ostatním (Gershoff, 2008). Fyzické zneužívání v dětství je také spojeno s násilným nebo kriminálním chováním v populaci, stejně tak jako s hrubým

chováním v intimních vztazích. Emoční neboli psychické zneužívání patří vedle zanedbávání k těm nejméně hlášeným. Za důvod obtížné identifikace psychického zneužívání u dítěte můžeme považovat obtížné vymezení hranic psychického zneužívání a minimalizování jeho účinku vedle důsledků jiných typů zneužívání, jako je fyzické týrání nebo sexuální zneužití (Wonderlich et al., 1997). Přesto bychom neměli podceňovat žádné podezření na jakoukoli formu zneužívání, protože všechny formy špatného zacházení s dítětem mají významný vliv na raný vývoj jeho mozku (De Bellis et al., 2009). Vedle jedinců se zkušeností s jednou formou zneužívání existují i tací, kteří si prošli více formami týrání v dětství, takovou zkušenost nazýváme komplexním traumatem, jehož výsledkem je velmi často úplná ztráta pocitu bezpečí a následná emoční dysregulace, která může zapříčinit různé behaviorální a psychické poruchy včetně PPP během dospívání a dospělosti (Karr et al., 2013). Vliv traumatu na rozvoj PPP byl nejdříve zkoumán ve vztahu k mentální anorexii a mentální bulimii, s rostoucím zájmem o poruchy přejídání došlo k paralelnímu nárůstu počtu studií zkoumajících vztah mezi týráním a BED. Některé rané studie naznačují, že míra špatného zacházení v dětství byla trvale vyšší u subjektů s BED oproti kontrolním subjektům (Grilo & Masheb 2001; Wonderlich et al., 2001). v poslední době se realizují výzkumy na zjištění vztahu mezi BED a týráním dítěte pomocí dotazníku CTQ- Childhood Trauma Questionnaire k posouzení dětského traumatu. Několik studií dokládá, že jedinci s BED mají skóre nad klinickými limity alespoň v jednom z typů týrání dětí měřených v dotazníku CTQ (Allison et al., 2007). Například Grilo & Masheb (2001) zjistili, že více než dvě třetiny účastníků s BED uvedlo zkušenost s emočním zanedbáváním, téměř 50 % uvedlo fyzické zanedbávání v dětství a přibližně 30 % účastníků potvrdilo fyzické týrání a sexuální zneužívání. Výše uvedená zjištění naznačují, že významná část pacientů s BED má v minulosti zkušenost s týráním a psychickým traumatem (Karr et al., 2013). Pro úplnost tématu, vzhledem k silnému vztahu BED k obezitě, proběhly výzkumy špatného zacházení s dětmi a následným traumatem u osob s obezitou bez podmínky přítomnosti BED. Například Felliti et al. (1998) ve své studii Adverse Childhood Experiences (ACE) zjistili, že týrání dětí v anamnéze silně souvisí s rizikem tělesné hmotnosti v body mass index > 40. z hlediska novodobých výzkumů a zkoumání osob s obezitou, kteří jsou zároveň kandidáty na bariatrickou operaci, bylo zjištěno, že dvě třetiny takových pacientů mají v anamnéze týrání v dětství (Karr et al. 2013). Další studie zkoumala 230 osob po bariatrické chirurgii a uvedla, že 66 % takových pacientů mělo alespoň jednu zkušenost s nějakou formou špatného zacházení v dětství. v kontextu s výše uvedenými výzkumy, tedy kromě jedinců

s diagnózou záchvatovitého přejídání, mohou mít významnou historii psychického traumatu i osoby s obezitou, nadváhou či pacienti zvažující bariatrickou operaci.

2.4.2 Psychiatrická komorbidita, trauma a BED

Jak už jsme zmínili v podkapitole o komorbiditě poruchy záchvatovitého přejídání, výskyt komorbidních psychiatrických poruch u osob s diagnózou BED je poměrně běžný. Výzkumy ukázaly, že 33-83 % osob s BED má alespoň jednu další diagnózu (Hudson et al., 2007; Peterson et al., 2005; Schulz & Laessle 2010). Vzhledem k tomu, že existují důkazy, že trauma souvisí s širokou škálou psychiatrických problémů se může stát, že traumatizovaní lidé s BED vykazují zvýšenou psychiatrickou komorbiditu (Johnson et al., 1999). Dle Alison et al. (2007) je běžnou klinickou charakteristikou mezi traumatizovanými lidmi s BED přítomnost vyššího skóre deprese a nižšího skóre sebeúcty než u netraumatizovaných osob s přítomností BED. Specifické formy psychiatrických poruch jsou také spojovány s různými formami týrání a zanedbávání dětí. Psychické či emocionální týrání je spojeno s dysthymií, fyzické týrání se velmi často pojí s nad nadužíváním návykových látek a depresivními poruchami a sexuálním zneužíváním s posttraumatickou stresovou poruchou. v současné době předběžné empirické důkazy prokázaly souvislosti mezi psychickým týráním a patologií osobnosti, včetně úzkostných poruch (Grilo & Masheb, 2002). Je možné, že špatné zacházení s dětmi zvyšuje pravděpodobnost výskytu různých psychiatrických problémů, které se často spolu vyskytují s BED a jejich spolupůsobení může výrazně ovlivnit léčebné strategie a jejich účinnost (Karr et al., 2013).

3 PRŮBĚH ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Zásadní pro diagnostikování poruchy záchvatovitého přejídání je naplnění základních diagnostických kritérií, kterými stále ještě jsou, dle DSM V, velké množství zkonsumovaného jídla za krátký čas a pocit subjektivní ztráty kontroly nad jedením. v této kapitole popisujeme základní charakteristiky průběhu psychogenního přejídání, zaměřujeme se na množství a typ konzumovaného jídla, na průměrnou délku epizod a četnost BED v rámci dnů v týdnu. v další podkapitole se pak zabýváme přejídáním v souvislosti s návykovým chováním a popisujeme jednotlivé fáze a společné znaky látkové závislosti a závislosti na jídle. v poslední podkapitole pak pojednáváme o přejídání jako o procesu zvládnutí negativní nálady a snahy o vyrovnání.

3.1 CHARAKTERISTIKA EPIZODY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Dle DSM v lze poruchu záchvatovitého přejídání diagnostikovat pouze v případě, když se objevuje s četností nejméně dvakrát týdně po dobu alespoň šesti měsíců a jsou splněna dvě základní diagnostická kritéria, k nimž patří velké množství zkonsumovaného jídla za krátký čas a pocit ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla. Typická pro záchvatovité přejídajícího se jedince je také neobvyklá rychlost konzumace jídla do té doby, dokud se necítí nepříjemně plný, konzumace jídla bez pocitu hladu, časté schovávání se s jídlem z důvodu studu kvůli jezení před ostatními a pocity znechucení a deprivace v průběhu a po skončení epizody jedení. Abychom mohli diagnostikovat samotnou poruchu záchvatovitého přejídání, musíme vyloučit jakékoli jiné současné nevhodné kompenzační chování a jinou PPP (Raboch et al., 2013). Kvantita-množství jídla snědeného během záchvatu přejedení se značně liší. Krch (2008) uvádí, že energetický příjem se obvykle pohybuje mezi 1000 až 3000 kcal, v extrémních případech však množství snědeného jídla při záchvatu dosahuje až 20 000 přijatých kalorií. Raymond et al. (2007) zkoumal množství zkonsumovaného jídla jedinci s BED a jedinci s obezitou bez BED a zjistil, že osoby s BED jedí více kilokalorií než jedinci s obezitou bez BED. Guss et al. (2012) uvedl pozitivní korelaci mezi příjmem potravy a BMI během epizod záchvatovitého přejídání. z hlediska kvality jídla se

konzumované potraviny u jedinců se záchvatovitým přejídáním liší. Osoby s BED si obvykle vybírají sytá a vysoce kalorická jídla (Raboch et al. 2015). Pro psychogenní přejídání je také typický výběr potravin, po kterých se přibírá a jimž se v běžném životě snaží dotyčná osoba vyhnout (Cooper, 2014). Oproti osobám s mentální bulimií ale záchvaty nejsou nutně charakterizovány vysokým obsahem cukrů a sacharidů (Fitzgibbon & Blackman, 1999). z hlediska doby trvání jednotlivých epizod se dle zjištění Schreiber-Gregory et al. (2013) jedna epizoda přejídání pohybuje od 2 minut do 2,6 hodiny, průměrný počet epizod je 1,3 na účastníka za den (v rozmezí od 0-4) a přibližně 9 epizod na účastníka za týden (v rozmezí od 2-17). z hlediska zkoumání epizod záchvatovitého přejídání napříč hodinami dne a dny v týdnu byla největší četnost záchvatů zjištěna v časných odpoledních hodinách (12-15 hodin) a ve večerních hodinách (18-21 hodin). Dále pokud jde o frekvenci záchvatovitého přejídání ve dnech v týdnu, frekvence se zdála být nejnižší v období víkendových dnů. Během záchvatovitého přejídání (BE) jí jedinec jídlo zpravidla velmi rychle, mechanicky si jej cpe do úst a často je ani nežvýká. Někteří jedinci během záchvatu přejídání také vypijí velké množství tekutin, což postupně přispívá k tomu, že se cítí plní a nacpaní (Cooper, 2014). Osoby trpící záchvatovitým přejídáním (BED) přiznávají, že jakmile jednou začnou jíst, nedokážou přestat. Zastaví se až tehdy, když se objeví pocity nevolnosti a přecpání (Maloney & Kranz, 1997). Někteří pacienti dokonce popisují disociativní znaky během záchvatu nebo následně po přejedení (Raboch et al., 2015). Takové jednání a způsob, jakým jedí, jsou jimi považovány za naprostou ztrátu sebekontroly, a mají být dokladem toho, že svůj život nezvládají. Konzumace nadměrného množství jídla a naprostá ztráta sebekontroly při záchvatu přejídání (BE) jsou dle DSM v klíčovými kritérii pro diagnostiku samostatné diagnózy psychogenního přejídání (BED). Dalším z možných symptomů psychogenního přejídání (BE) dle DSM v je konzumace jídla s absencí pocitů hladu-jídlo není konzumováno za účelem utišení hladu, ale velmi častou a možnou příčinou psychogenního přejídání (BE) jsou pocity úzkosti, strachu, frustrace či hněvu (Maloney & Kranz, 1997).

3.2 SPOUŠTĚČE a UDRŽOVACÍ FAKTORY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

V kapitole o spouštěcích a udržovacích faktorech představujeme dva modely poruchy záchvatovitého přejídání. První model přirovnává psychogenní přejídání k návykovému chování. Popisuje jednotlivé prvky návykového chování projevující se v přejídání

a přirovnává záchvatovité jezení k závislosti. Druhý model pojednává o přejídání jako o snaze o emoční regulaci a popisuje jednotlivé fáze přejedení ve vztahu k negativní náladě. Kapitola tak podává náhled na průběh záchvatovitého přejídání a poukazuje na riziko jeho možného cyklení.

3.2.1 Záchvatovité přejídání jako návykové chování

Existují důkazy, že záchvatovité přejídání se běžně vyskytuje společně s jiným problematickým a návykovým chováním. Stejně jako u poruchy záchvatovitého přejídání, můžeme i u závislostí pozorovat rysy jako jsou: vnímaná ztráta kontroly nad jídlem, abstinenční příznaky, pokračování v patologickém chování navzdory dlouhodobým nepříznivým následkům, jako je stud, přibírání na váze, diabetes a ekonomické ztráty (Cassin & von Ranson, 2007). Stejně jako v případě látkové závislosti je klíčovou složkou návykového chování podle DSM v přetrvávající a opakující se problematické chování vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo úzkosti (American Psychological Association, 2013). Takové patologické chování vede k zaujetí danou činností, zvýšené toleranci a následným abstinenčním příznakům, neúspěšné snaze omezit takové chování, nadměrnému používání takového chování k regulaci afektu, k zamlčování nebo lhaní o činnosti a k ohrožení vztahů a práce daného jedince. Kdybychom zkoumali neuspořádané stravovací návyky záchvatovitého přejídání ve vztahu k návykovému chování, zjistili bychom, že záchvatovité přejídání se silně překrývá s návykovým chováním nazývaným závislostí na jídle (Davis & Carter, 2009). Dalším chováním s návykovými vlastnostmi může být také fyzické cvičení, které může v nadměrném množství vést ke kompulzivité, toleranci, zanedbávání jiných aktivit, stažení se a pokračování v chování navzdory negativním důsledkům, jako je zranění nebo zdravotní komplikace (Brosof et al., 2020). Posledním neuspořádaným stravovacím chováním, které může mít návykové vlastnosti, je dietní omezení. Některé studie ukazují, že dietní omezení vedou k regulaci negativního vlivu. u osob s PPP je obtížné dietní omezení překonat navzdory negativním důsledkům. Ve vztahu k přejídání a jiným látkovým závislostem bylo dle Levallia et al. (2022) zjištěno, že záchvatovité přejídání u žen se velmi často překrývá s jiným návykovým chováním, nejčastěji s vyšší konzumací alkoholu a tabáku. Závislost se běžně vyvíjí v podobných fázích. Nejprve nastává počáteční hédonické období bažení, které ustupuje a přetváří se do formování návyků, následuje snížená odměna a končí kompulzivní fází s vnímanou ztrátou kontroly nad chováním a rostoucími negativními důsledky (Patrono et al. 2016). Klíčové

příznaky poruchy příjmu potravy vykazují v podstatě podobné vzorce vývoje (Davis, 2013; Godier & Park, 2014). Pokud jsou návykové procesy základem záchvatovitého přejídání, vyvstává otázka, co je návykové. Někteří výzkumníci obhajují neurobiologický model látkové závislosti založený na odměně, kdy si zranitelnější jedinci vyvinou závislost na určitých vysoce chutných potravinách, především těch, které jsou bohaté na cukr, tuk a sůl (Davis, 2013). Jiné výzkumy tvrdí, že jde o spíše o konzumaci jídla jako takového, což aktivuje systém odměn a rozvíjí se závislost, nikoli o obsah jídla jak takového.

3.2.2 Udržování záchvatovitého přejídání prostřednictvím negativní nálady

Některé modely popisující BED charakterizují záchvatovité přejídání jako kompenzační mechanismus zvládnání negativní nálady a zmírnění negativních emocí. v předchozí kapitole jsme v rámci příčin pojednávali o negativní náladě jako o možné etiologii pro vznik BED. v této podkapitole popíšeme vliv negativní nálady a obtížné regulace emocí na průběh záchvatovitého přejídání a dělení cyklu záchvatovitého přejídání na jednotlivé fáze. Záchvatovité přejídání lze rozdělit do čtyř fází. První fáze je charakterizována nárůstem napětí. Existuje mnoho faktorů, které vedou k nahromadění napětí, nejčastěji jde o negativní emoce (Fairburn, 2016). v souvislosti se zkoumáním nálady a záchvatovitého přejídání je potřeba při přezkoumání negativní nálady vzít v úvahu její různé emocionální kvality. Negativní nálada v souvislosti s následným propuknutím záchvatovitého přejídání může souviset s obavami o stravování, s narušeným sebezpojetím nebo s kognicemi souvisejícími se stresem. Zaměřením se na tyto aspekty bychom mohli alespoň částečně zmírnit výskyt negativních emocí u jedince a tím napomoci intervenci a léčbě této poruchy (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007). Pokud bychom sledovali průběh typického cyklu BED, fáze napětí a negativní nálady by pravděpodobně v určitý okamžik dosáhla takového bodu, který už je nevládnutelný a vyžaduje úlevu a v našem případě zahájí další, druhou fázi, fázi psychogenního přejídání. Dle Hilberta & Tuschen-Caffiera (2007) je v průběhu přejídání popisována negativnější nálada u osob s mentální bulimií než u osob s BED. Dle některých výzkumů je proces záchvatovitého přejídání popisován jako vzorec redukce stresu a úzkosti. Přejídání může redukovat negativní myšlení nebo cítění, nebo může být zdrojem úniku od problémů a negativních pocitů. Tento pocit je však krátkodobý a brzy jej vystřídá vyčerpání, často nazývané „záplavovou kocovinou“. Některé studie, například studie dle Hilberta & Tuschen-Caffiera (2007) ale toto tvrzení vyvracejí a nepodporují myšlenku, že by se v průběhu záchvatovitého přejídání měla negativní nálada

stávat pozitivnější. Výraznou roli zde také sehrává psychopatologie osob s BED. Ve třetí fázi, fázi po přejedení, převládají příznaky „kocoviny“. Příznaky mohou zahrnovat bolesti hlavy, nevolnost, průjem, letargii a únavu. Jakmile člověk přejde i tuto fázi, většinou dojde k novému prozření, obnoví se jeho předsevzetí a naděje v lepší stravování. v tomto okamžiku se člověk velmi často zavazuje k následnému držení diety nebo k absolutnímu půstu. Takové rozhodnutí je vysoce riskantní z důvodu opakování celého cyklu. Jak už bylo zmíněno výše v podkapitole Restrikce ve stravování, pravděpodobně jediným východiskem, jak z tohoto cyklu vystoupit, je přestat držet dietu (Fairburn, 2016).

4 DŮSLEDKY ZÁCHVATOVITÉHO PŘEJÍDÁNÍ

Ačkoli je hranice mezi tím, co poruchu záchvatovitého přejídání předpovídá a tím, co je jejím důsledkem, často poměrně nejasná, považujeme za nutné možné důsledky BED v rámci komplexnosti tématu alespoň zmínit. Kapitulu jsme rozdělili do dvou podkapitol, a to na zdravotní a psychosociální důsledky BED. z hlediska zdravotních důsledků je nám již známo, že společně s BED se často vyskytují i další problémy a onemocnění (Tozzi et al., 2003). Některé z nich jsou však jejím důsledkem. k nejčastějším zdravotním komplikacím patří obezita, kardiovaskulární obtíže, metabolický syndrom a diabetes. Dále se u žen s BED vyskytují hormonální obtíže jako amenorrhea či oligomenorea a některé problémy během těhotenství (Algars et al., 2014). z pohledu psychosociálních důsledků jsou nejčastější komorbiditou BED depresivní a úzkostné symptomy (Hudson et al., 2007; Grilo et al., 2009; Grucza et al., 2007). Takové příznaky mohou dokonce v krajních případech vést až k sebevražedným myšlenkám či sebevražednému chování. v běžných případech osoby s BED velmi často udávají problémy se sebehodnocením, vykazují přílišnou sebekritiku a problémy se sebeuvědomováním. i v případě, že by osoby s BED nezmiňovaly žádnou komorbiditu či narušené chování vlivem tohoto onemocnění, téměř vždy jim psychogenní přejídání alespoň krajně narušuje kvalitu života, která pak ovlivňuje jejich životní role ve všech aspektech (Latner et al., 2008). Už jenom z tohoto důvodu je doporučeno onemocnění řešit a zahájit včasnou intervenci, aby jedinci dosáhli spokojenějšího života (Sheehan et al., 2015).

4.1 Zdravotní důsledky BED

Záchvatovité přejídání může být spojeno se zvýšenou nemocností a některými zdravotními komplikacemi (Bulik et al., 2003). k nejčastějším zdravotním komplikacím poruchy záchvatovitého přejídání patří obezita, kardiovaskulární obtíže, metabolický syndrom a diabetes II. typu. z předešlých kapitol již víme, že nejčastější komorbiditou záchvatovitého přejídání je obezita. Obezita patří aktuálně k nejzávažnějším problémům veřejného zdraví. Vlivem jejího působení vzniká řada symptomatických obtíží. u obézních dětí například dochází k nárůstu výšky, aby se vyrovnal nadměrný nárůst hmotnosti. Dále se

u osob s obezitou setkáme s častějším výskytem ortopedických obtíží, ke kterým dochází fyzikálním působením nadměrné hmotnosti na opěrný aparát. Obvyklé jsou také respirační obtíže, zejména obstrukční spánková apnoe čili onemocnění související se spánkem, k jehož symptomům patří mimo jiné chrápání nebo zástava dechu. v souvislosti s problémy se spánkem se u osob s obezitou může objevit spánková deprivace, která má za následek narušení kognitivních funkcí, poruchy soustředění, hyperaktivitu, metabolické a kardiovaskulární problémy a podobně. Neobvyklé u osob s nadměrnou hmotností nejsou ani endokrinologické-hormonální, dermatologické-kožní, metabolické, kardiovaskulární, gastrointestinální, renální, gynekologické anebo neurologické obtíže (Pipová et al., 2022). Obezita vyskytující se společně se záchvatovitým přejídáním tedy může vykazovat široké spektrum přidružených obtíží, které mohou výrazně ovlivňovat či dokonce ohrožovat život jedince. Metabolické obtíže jsou nejen symptomem obezity, ale také samotné poruchy záchvatovitého přejídání. Studie dle Friedricha et al. (2006) uvádí nižší variabilitu srdeční frekvence v reakci na duševní stres u obézních osob s poruchou záchvatovitého přejídání oproti osobám s obezitou bez BED. Takové snížení variability může vést k vyššímu riziku výskytu ischemické choroby srdeční (Dekker et al., 2000). Jedinci s BED mají zvýšené riziko výskytu hypertenze, dyslipidémie a diabetu II. typu. Tyto složky jsou klíčové pro vznik metabolického syndromu (Hudson et al., 2010). u jedinců s BED se také vyskytuje výrazné riziko problémů gastrointestinálního traktu, včetně časté kyselé regurgitace čili pálení žáhy, poruchy polykání, nadýmání a průjmu (Cremonini et al., 2009). Ženy se symptomy záchvatovitého přejídání před těhotenstvím a během něho uvádějí vyšší frekvence problémů se spánkem oproti těhotným ženám bez BED (Ulman et al., 2012). Důvodem problematického spánku může být působení BED na hormonální regulaci. Menstruační dysfunkce (amenorrhea a oligomenorea) se vyskytuje častěji u žen splňujících kritéria pro BED oproti ženám bez BED (Algars et al., 2014). Dle výzkumů konzumují těhotné ženy s poruchou záchvatovitého přejídání před těhotenstvím a během něj více celkových kalorií a tuku, ale méně živin oproti těhotným ženám bez BED. Vzhledem k výše uvedenému textu je patrné, že porucha záchvatovitého přejídání se pojí s řadou zdravotních komplikací. Ačkoli nemůžeme s jistotou tvrdit, že jsou tyto zdravotní problémy jasným důsledkem poruchy BED, měli bychom je vnímat v jejím kontextu a cílit intervenci nejdříve na zásadní problém a pak řešit přidružené, méně podstatné symptomy.

4.2 Psychosociální důsledky BED

Stejně jako u předchozí kapitoly o zdravotních důsledcích záchvatovitého přejídání se hranice mezi tím, co je příčina a co je důsledek, poměrně stírá. Přesto se v této kapitole snažíme poukázat na BED jako na příčinu vzniku některých psychosociálních komplikací. Jedinci s diagnózou záchvatovitého přejídání velmi často vykazují úzkostné a depresivní symptomy. Dle některých studií přibližně 30-80 % osob s BED vykazuje celoživotní komorbidní poruchy nálad nebo úzkostné poruchy (Hudson et al., 2007; Grilo et al., 2009; Grucza et al., 2007). Sociální anxieta bývá často spojena s obezitou, vlivem komorbidní BED, může být ale považována za důsledek poruchy záchvatovitého přejídání. v kapitole o emoční regulaci vysvětlujeme, že jedinci vykazující BED se mnohdy snaží zvládnout negativní pocity prostřednictvím emočního jedení. Takové emoční jedení může mít souvislost se sociální anxiétou, která se pojí s BED. Depresivita je dle DSM v stav, kdy se jedinec cítí mizerně a beznadějně, převládá u něj pesimistický pohled na svět a neschopnost prožívat potěšení. Depresivní jedinec má také nízké sebehodnocení a mohou se u něj objevovat myšlenky na smrt nebo sebevražedné chování (Raboch et al., 2015). Přítomnost komorbidních depresivních příznaků u jedinců s BED může mít vliv na míru sebevražednosti a sebevražedných myšlenek. Ve švédské studii byl u 6,7 % žen s poruchou přejídání hlášen testamen suicidum- pokus o sebevraždu. v další studii Carana et al. (2012) 28 % jednotlivců celého vzorku osob s BED hlásilo sebevražedné myšlenky. Podobně také údaje ze švédského registru dvojčat ukázaly, že ženy s BED a komorbidní depresí měly vyšší míru pokusů o sebevraždu a dokončení sebevraždy ve srovnání s těmi, které měly BED, ale bez závažné depresivní poruchy (Pisetsky et al., 2013). Tyto výsledky ovšem mohou být zkresleny malým počtem jedinců zahrnutých do této studie. k jiným komorbidním poruchám přidruženým u jedinců s BED řadíme problémy s hazardním hráčstvím, bipolární poruchy, poruchy pozornosti, konkrétně hyperaktivitu a poruchu zneužívání návykových látek. Jedinci s BED jsou také vystaveni zvýšenému riziku zneužívání nebo závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách (Hudson et al., 2007). Kromě psychiatrických komorbidit hlásí osoby s BED interpersonální a osobnostní problémy, narušené sebehodnocení, přílišnou sebekritiku a problémy se sebeuvědomováním (Dunkley & Grilo, 2007). Například u žen s BED bylo závažnější záchvatovité přejídání spojeno s vyšším (horším) skóre interpersonální citlivosti, paranoidních myšlenek, psychoticismu a obsedantně-kompulzivní poruchy (Fandiño et al., 2010). Jak zdravotní, tak psychické důsledky poruchy záchvatovitého přejídání mohou mít na kvalitu života jedince. Latner et al. (2008) ve své

studii měřil pomocí třiceti šesti položkového zdravotního výzkumu hodnocení kvality života jedinců s BED oproti jedincům bez BED. Jedinci s poruchou záchvatového přejídání hodnotili kvalitu života níže než kontrolní skupina. To by předpokládalo, že porucha záchvatového přejídání je spojena se subjektivně nižší kvalitou života. Na souvislost BED s kvalitou života má významný vliv i vysoké BMI. Ve výzkumu Riegra et al. (2005) posuzovali jedinci s vyšším BMI a s BED stupnici, která hodnotí vliv tělesné váhy na fyzickou kondici, sebeúctu, sexuální život, stres a práci, jedinci s vyšším BMI a s BED hodnotili položky níže (tj. horší kvalita života) než jedinci s BED s nižším BMI. Kromě vlivu na kvalitu života může psychogenní přejídání narušit i běžné fungování jedince v životě. Sheehanova stupnice postižení (The Sheehan Disability Scale) hodnotila narušení běžného fungování ve třech oblastech života-v práci nebo ve škole, ve společenském životě nebo volnočasových aktivitách a v rodinných či domácích záležitostech. Výsledkem bylo, že osoby s BED pociťovaly celkové zhoršení rolí (tj. schopnost plnit očekávané role) ve všech oblastech života.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Komplexní problematika onemocnění záchvatového přejídání je charakterizována popisem rozmanitých příčin, specifickým průběhem a mnohočetnými důsledky. Jde o onemocnění, které v mnoha případech není správně identifikováno a to zejména z důvodu nedostatečné informovanosti veřejnosti o BED a častou záměnou za jinou poruchu v případě vyššího BMI za obezitu či jinou komorbidní poruchu. Někteří jedinci s BED si neuvědomují závažnost této poruchy a své chování přisuzují vlastnímu selhání a pocitu slabé vůle. Přesto bylo zjištěno, že porucha záchvatového přejídání má vysoký vliv na kvalitu života jedince a velké dopady nejen na psychickou a zdravotní stránku života, ale i ekonomiku zdravotnictví. Osoby s BED vyžadují často vyšší zdravotnickou péči než osoby s jinou PPP. Informovanost odborné i neodborné veřejnosti o této problematice by tedy mohla pomoci usnadnit diagnostiku, lépe zacílit léčbu a terapii a zkvalitnit život osob s BED.

V rámci výzkumu budeme užívat jak induktivní, tak deduktivní způsob uvažování. Na jedné straně budeme ověřovat stávající závěry a teorie vztahující se k příčinám, průběhu a důsledkům záchvatového přejídání, na straně druhé se pak budeme snažit najít nové poznatky vztahující se k tomuto onemocnění. Tato zjištění pak budeme porovnávat a hledat souvislosti tak abychom mohli některé poznatky zevšeobecnit a charakterizovat tak nejčastější příčiny, mechanismy průběhu a důsledky BED.

5.1 Výzkumné cíle

Z hlediska výzkumných cílů a podrobnější charakteristiky toho, čeho chceme ve výzkumu dosáhnout, jsme se rozhodli zaměření práce rozdělit na tři kategorie.

První cíl zní: Zmapovat nejčastější příčiny onemocnění u osob s poruchou záchvatového přejídání

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejčastěji se vyskytující příčiny poruchy záchvatového přejídání, které osoby s tímto onemocněním uvádějí?

Druhý cíl zní: Popsat průběh epizody záchvatového přejídání

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou spouštěče, udržovací faktory a závěrečná fáze epizody záchvatovitého přejídání?

Třetí cíl zní: Zmapovat nejčastější zdravotní a psychosociální důsledky onemocnění u osob s poruchou záchvatovitého přejídání

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou nejčastější zdravotní a psychosociální důsledky poruchy záchvatovitého přejídání?

5.2 Výběrový soubor

Výběrový soubor tvořilo 10 respondentů s poruchou záchvatovitého přejídání splňujících základní diagnostická kritéria dle diagnostického manuálu DSM V. Ačkoli byl původní plán získat respondenty pomocí záměrného výběru přes instituci, museli jsme nakonec vzhledem k malému počtu respondentů přistoupit k záměrnému výběru respondentů prostřednictvím inzerátu na sociálních sítích, tam se nám ozvalo více než 30 dobrovolníků, z nichž jsme vybrali prvních deset, kteří splňovali diagnostická kritéria BED dle DSM V. Původní myšlenkou bylo získat a porovnat 5 respondentů mužského a 5 respondentů ženského pohlaví. Jelikož se nám ale ozvali pouze dva muži, z nichž jeden musel být vyřazen kvůli přítomnosti jiné PPP, tvoří náš výzkumný vzorek převážně ženy. Průměrný věk respondentů byl 23,33let. Nejmladšímu respondentovi bylo 20 a nejstarší respondentce bylo 42 let. Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů se pohybovalo od střední školy s maturitou po vysokoškolské vzdělání. Všichni respondenti však studují nebo již vystudovali vysokou školu. Vzhledem k věku respondentů šlo zejména o studenty bydlící na vysokoškolských kolejích, privátech a o jednu ženu na mateřské dovolené, jinak zaměstnanou v oblasti marketingu. z hlediska začátku poruchy přejídání respondenti uvádějí věk v průměru 18, 6, jde o období střední školy. Na otázku, zda někdo z rodiny trpěl nebo aktuálně trpí nějakou poruchou příjmu potravy, odpověděli kladně čtyři respondenti. Na otázku pravidelné konzumace alkoholu odpověděly dvě respondentky, že zkonsumují v průměru tři litry vína za týden, zbytek respondentů pije příležitostně (tj. v průměru 4 dcl na týden). z hlediska užívání jiných návykových látek jsou dvě respondentky kuřáčky, jedna respondentka užívá žvýkací tabák a jedna respondentka aktuálně abstnuje od kouření marihuany. Zbytek v poslední době neužíval ani neužívá žádné návykové látky. Ohledně

cvičení dva respondenti uvedli, že cvičí denně několik hodin, zbytek buď aktivně necvičí nebo cvičí průměrně (tj. cca 1 hodina 2- 3krát týdně).

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pohlaví	žena	žena	muž	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena
Věk	22	20	20	42	21	21	22	20	22	21
Studium/zaměstnání	studium VŠ	studium VŠ	studium VŠ	mateřská dovolená	studium VŠ	studium VŠ	studium VŠ	studium VŠ	studium VŠ	studium VŠ
Užívání alkoholu	ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano
Kouření	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
Jiné návykové látky (NL)	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Navýšení epizod BE během užívání alkoholu	ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano
Navýšení epizod BE během kouření/jiných NL	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Úzkostné symptomy	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Depresivní symptomy	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne
Sebevražedné myšlenky	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Sebevražedný pokus	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
První záchvat přejedení	16 let	16-17 let	19-20 let	40 let	12 let	19-20 let	19-20 let	16-17 let	17 let	17 let
Léčba BED	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne

Tabulka 1: Výberový soubor

5.3 Design

Pro výzkum, který probíhal od srpna 2021 do února roku 2022, jsme zvolili kvalitativní typ výzkumu. Tento typ výzkumu byl následně doplněn o data ze dvou dotazníků, které uvádíme níže. Ačkoli jsme už při výběru vzorku do výzkumu respondenty informovali o nutnosti splnění všech základních diagnostických kritérií pro BED před zahájením samotného interview, respondenti dostali k vyplnění dotazník BES (Binge eating Scale) čili Škálu záchvatovitého přejídání, která nám přítomnost poruchy potvrdila. Vedle dotazníku přítomnosti záchvatů přejídání jsme respondentům předložili také Rosenbergovu škálu sebehodnocení, jejíž výsledná skóre nám doplnila kapitolu o příčinách BED, konkrétně podkapitolu o nízkém sebevědomí a nízké sebehodnotě. Administrace obou dotazníků proběhla individuálně na místě a po jejich vyhodnocení jsme plynule přistoupili ke kvalitativní části výzkumné práce, čili k individuálním rozhovorům.

Před samotným rozhovorem proběhlo krátké představení a charakteristika výzkumu. Respondenti byli obeznámeni s možností kdykoli od rozhovoru odstoupit, neodpovídat na otázku, na kterou odpovídat nechtějí, a byla jim připomenuta naprostá anonymita jejich osoby ve výzkumu. Respondentům byli evidováni na základě čísel. Zároveň byli respondenti požádáni o možnost nahrávání jejich výpovědi na diktafon. Všechny audionahrávky byly okamžitě po přepsání rozhovorů smazány. Výzkum proběhl v souladu s etickými zásadami.

5.3.1 Metody získávání dat

Jako hlavní metoda celého výzkumu byl zvolen polostrukturovaný kvalitativní rozhovor, jenž byl doplněn o data Škály záchvatového přejídání (BES) a data Rosenbergovy škály sebehodnocení. Všechny metody jsou uvedeny níže včetně stručného popisu jejich jednotlivých položek.

5.3.1.1. Škála záchvatového přejídání (BES)

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem použila dotazník BES (Binge eating Scale) čili Škálu záchvatového přejídání. Metoda obsahuje 16 položek, které jsou zaměřeny jednak na projevy v chování záchvatového přejídání, ale také na symptomy týkající se pocitů a kognice. Každá otázka obsahuje tři až čtyři výroky, které jsou různě vystupňované dle závažnosti projevů záchvatového přejídání a respondent má zaškrtnout jeden z nich, ten, který jej nejvíce vystihuje.

1. **Vzhled a hmotnost**-týká se pocitů ohledně vzhledu svého těla a jeho vnímání ostatními
2. **Rychlost jedení**- týká se rychlosti a způsobu jedení jídla a následného pocitu přejedení
3. **Příjem jídla**- položka na schopnost kontrolovat příjem snědeného jídla
4. **Jedení z pocitu nudy**- položka zaměřená na jedení z pocitu nudy
5. **Pocit hladu**- položka zaměřená na pocitování hladu před jezením a při něm
6. **Vina a nenávisť**- týká se pocitování nenávistných pocitů vůči sobě po záchvatu přejedení
7. **Dieta a následný záchvat přejedení**- týká se restriktivního stravování, které je porušeno záchvatem
8. **Množství snědeného jídla**- týká se množství jídla a následný pocit přejedení
9. **Jídelní omezení po záchvatu**- týká se vyvažování množství jídla a tendence ubírat si jídlo po záchvatu
10. **Ztráta kontroly nad jedením**- položka zaměřena na schopnost ukončit záchvat
11. **Jedení navzdory přecpání**- týká se schopnosti přestat jíst, když se člověk cítí plně
12. **Jedení před ostatními**- položka týkající se množství jedení ve společnosti, před druhými lidmi
13. **Pravidelné jedení**- otázka na pravidelnost v jídle, jedení pravidelných jídel a svačtin
14. **Přemýšlení nad jídlem**- položka na dobu strávenou přemýšlením nad jídlem

15. **Bažení po jídle**- týká se nutkavé touhy a neustálým přemítáním nad jídlem

16. **Rozpoznání pocitu hladu**- týká se pocitů hladu a představě o „normální“ porci jídla

Výsledný skór se pohybuje od 0 do 46 bodů. Čím vyšší skór respondent vykazuje, tím vyšší má závažnost záchvatů přejídání. Respondenti mohou být zařazeni do tří skupin

- Skór menší než 17, tj. žádné nebo skoro žádné záchvaty přejídání
- Skór 18-26, tj. mírné až střední záchvaty přejídání
- Skór větší než 27, tj. závažné záchvaty přejídání (Marcus et al., 1985).

Prozatím neexistuje mnoho výzkumů, které by zkoumaly psychometrické vlastnosti této škály. Avšak výzkum Duarte, Pinto-Gouveia a Ferreira (2015) vykazuje Cronbachovu alfu 0,88 a test-retest reliability 0,84 (Hacová, 2018).

5.3.1.2. Rosenbergova škála sebehodnocení (self-esteem)

Rosenbergova škála sebehodnocení je metoda sloužící k měření celkové úrovně globálního vztahu k sobě. Rosenberg považuje sebehodnocení za globální jednodimenzionální konstrukt, který by měl vyjadřovat relativně stálou koncepci vlastního Já (Rosenberg, 1965). Česká verze metody obsahuje 10 položek měřících sebehodnocení. Škála se skládá z pěti pozitivně (položky 1,2,4,6,7) a pěti negativně (položky 3,5,8,9,10) formulovaných položek. Jednotlivé položky jsou respondenty hodnoceny na čtyřbodové škále kategorií naprosto souhlasím-naprosto nesouhlasím.

Pozitivně formulované položky

- 1. Pocit vlastní hodnoty**
- 2. Vědomí vlastních dobrých vlastností**
- 3. Vědomí vlastního úspěchu v porovnání v ostatními**
- 4. Kladný vztah k vlastní osobě**
- 5. Spokojenost sám se sebou**

Negativně formulované položky

- 1. Tendence považovat se za neúspěšného člověka**
- 2. Tendence přisuzovat si spíše negativní vlastnosti**
- 3. Tendence znevažovat vlastní osobu**
- 4. Pocit vlastní neužitečnosti**
- 5. Pocit naprosté nemožnosti vlastní osoby**

Položky hodnotíme 0-3 body. u pozitivně formulovaných položek hodnotíme nejvyšším počtem bodů (3 body) položku naprosto souhlasím a nejmenším počtem bodů naprosto nesouhlasím. Negativní položky jsou v metodě označeny dvěma hvězdičkami a jsou polarizovány opačně. Nejvyššího počtu bodů u negativně formulované položky tedy dosáhne kategorie odpovědi naprosto nesouhlasím a nejmenšího počtu bodů dosáhne kategorie naprosto souhlasím. Celková úroveň sebehodnocení je pak vyjádřena součtovým skóre. Celkové skóre se pohybuje v intervalu od 0-30 bodů. Nejvyšší skóre značí nejvíce pozitivní sebehodnocení a je rovno 30 bodům. Studie naznačují, že škála je vnitřně konzistentní a stabilní v čase. Skóry Rosenbergovy škály navíc pozitivně korelují s dalšími metodami měřícími sebehodnocení jako je například Lernerova škála sebehodnocení (The Lerner Self-esteem Scale) nebo Coopersmithův sebehodnotící dotazníkem (The Coopersmith Self-esteem Inventory) a vykazují negativní korelaci s úzkostí a depresí (Machanová, 2009).

5.3.1.3. Kvalitativní část výzkumu

Následně po administraci dotazníků jsme přešli k samotnému jádru výzkumu. Pro hlavní výzkumnou část jsme zvolili kvalitativní model, který se snaží porozumět vnitřním a vnějším fenoménům pomocí nenumerných metod ve snaze o zachování jedinečnosti pozorovaného. Kvalitativní výzkum je založen zejména na principu indukce, kdy se snažíme nejdříve sesbírat data, z nichž následně tvoříme formulace a hypotézy. Ačkoli se v kvalitativním výzkumu zaobíráme malým vzorkem jedinců, celý proces je velmi důsledný a náročný (Hendl, 2016). z hlediska metod kvalitativního výzkumu jsme zvolili semistrukturované interview. Polostrukturovaný rozhovor patří k nejpoužívanějším typům rozhovoru, kdy si výzkumník připraví sadu otázek, u nichž by chtěl, aby byly respondenty zodpovězeny. Rovněž ale vedle otázek závazných může klást otázky doplňující a může pořadí otázek měnit (Miovský, 2006). v rámci našeho výzkumu bylo respondentům položeno 21 otázek. Jejich přesné znění uvádíme níže:

5.3.2 Metody analýzy dat

Data z rozhovoru jsme zpracovali způsobem ruční analýzy. Nejdříve proběhla transkripce a redukce prvního řádu a poté úprava a barvení textu (Hendl, 2016). Vzhledem k počtu rozhovorů se tento postup jevil jako adekvátní. Pro analýzu dat jsme využili principů metody zakotvené teorie, která je založena zejména na systému kódování. Kódování

proběhlo ve třech fázích-otevřené kódování-axiální kódování a selektivní kódování. První fázi představovalo otevřené kódování, kdy jsme přiřazovali jména jednotlivým jevům a následně je seskupovali do kategorií. Další fázi byl proces axiálního kódování, kdy jsme mezi kategoriemi hledali vzájemné souvislosti a vztahy. Pro tuto fázi se obvykle užívá tzv. paradigmatický model, jehož příklad vypadá takto:

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ a INTERKACE → (F) NÁSLEDKY (Strauss & Corbin, 1999).

Třetí fáze-selektivní kódování, popisuje výběr základních-klíčových kategorií, kolem kterých je utvářen analytický příběh (Strauss & Corbin, 1999). Všechny kategorie jsou pak vztaženy k centrálním kategoriím, které odpovídají daným fenoménům a důkladně je popisují. Centrální kategorie jsou ústředním naplněním jednotlivých cílů. Vedle principů zakotvené teorie jsme použili také metodu prostého výčtu, která nám popisuje například, jak často se daný jev vyskytl. Podrobný popis jsme uvedli v analýze získaných dat jednotlivých cílů a jeho souhrn ve shrnutí stanovených cílů.

5.3.3 Etické aspekty výzkumu

Celý výzkum proběhl v souladu s etickými zásadami. Účastníci byli předem obeznámeni s účelem výzkumu, možností neodpovídat nebo kdykoli od něj odstoupit. Poskytnutím rozhovoru rovněž souhlasili s anonymním zpracováním údajů a s následnou prezentací v bakalářské práci. Všichni účastníci výzkumu byli plnoletí a jejich účast na rozhovorech byla dobrovolná. Namísto jmen jsme účastníkům přiřadili čísla od 1-10. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, označeny číslem a po přepsání z diktafonu smazány.

5.4 Průběh získávání dat

Na začátku srpna 2020 jsem telefonicky kontaktovala vedoucí center poboček neziskové organizace Anabell v Praze, Brně a v Ostravě, jež pomáhají osobám a rodinám s poruchou příjmu potravy. Původně měli být klienti navštěvující centrum kvůli poruše záchvatového přejídání osloveni napřímo prostřednictvím jejich terapeutů. Pro zachování jejich anonymity jsme ale nakonec rozhodli použít varianty dopisu, jenž vyzýval klienty centra k účasti na rozhovoru, charakterizoval podmínky a uváděl kontaktní údaje. Dopis byl položen na stole čekací místnosti centra a vyvěšen na nástěnce ve vstupní hale. Jako druhou formu získávání

respondentů pro výzkum jsme zvolili oslovení prostřednictvím sociální sítě Facebook, kde byl vyvěšen příspěvek s totožnými podmínkami, které stály v dopise. Ačkoli jsme čekali, že se nám ozvou dobrovolníci jak z centra Anabell, tak na sociální síti Facebook, všech deset respondentů bylo získáno přes sociální sítě. Vzhledem k velkému zájmu o účast na rozhovoru jsme museli příspěvek ze sociálních sítí smazat. s každým respondentem proběhlo individuální setkání. Setkání probíhalo soukromých prostorách knihovny anebo v klidné kavárně. Na začátku proběhlo představení, stručný popis výzkumu a popis všech náležitostí k interview. Každý respondent dostal k vyplnění Škálu záchvatovitého přejídání-BES-Binge eating scale, čímž jsme si potvrdili přítomnost BED a dále každý respondent vyplnil Rosenbergovu škálu sebehodnocení, která nám následně doplnila data k prvnímu výzkumnému cíli o příčinách a nízkém sebevědomí a nízké sebehodnotě u osob s BED. Následně proběhl polostrukturovaný rozhovor. Každý rozhovor trval okolo jedné hodiny a všichni respondenti byli velice vstřícní a o tématu otevřeně mluvili. Na konci rozhovoru proběhlo rozloučení a jako poděkování byla respondentům zaplácena káva či čaj. Všechny rozhovory byly se svolením respondentů nahrávány na diktafon a po přepsání okamžitě smazány.

5.5 Analýza výzkumného cíle č. 1

Jako první cíl jsme si zvolili zmapování příčin poruchy záchvatovitého přejídání. Již po provedení literární rešerše jsme zjistili, že tato oblast je značně variabilní. Nebylo zjištěno, že by pro poruchu záchvatovitého přejídání existovala typická příčina nebo typická kombinace příčin. v teorii jsme se proto zaměřili na ty nejčastěji zmiňované příčiny v literatuře a ve výzkumu rozebíráme, analyzujeme a kategorizujeme nejčastěji zmiňované příčiny našich probandů. Přesto si všímáme souvislostí mezi teorií a tímto výzkumným cílem a upozorňujeme na to, že jistá kombinace příčin může způsobit vyšší riziko vzniku záchvatovitého přejídání.

První zkušenost se záchvatovitým přejídáním

Pět respondentů z deseti uvedlo, že první známky záchvatovitého přejídání zaznamenalo v období přechodu na střední školu, tj. kolem 16. roku života. Za důvod vzniku ZP právě v tomto období respondenti nejčastěji uvádějí tzv. citlivé období, nejistotu ve vztazích, porovnávání se s ostatními a výraznější vnímání „nedostatků“ svého těla s potřebou je změnit. Jedna respondentka uvedla, že první záchvaty přejídání se u ní objevily s nástupem na víceleté gymnázium a jako důvod uvedla vysoké nároky na studium a potřebu je zvládat.

Čtyři probandi uvedli začátek ZP mnohem později, přestože zmiňují, že si zpětně uvědomují známky ZP v dětství, dospívání (uvedli například touhu po jídle, vnímání jídla jako jediné odměny, nakupování spousty jídla), ale ještě by to nepovažovali za poruchu. Tři probandi uvedli nástup poruchy se začátkem vysoké školy a jedna respondentka zasadila počátek ZP do období po druhém porodu. Výpovědi všech respondentů se shodují v tom, že období vzniku ZP pro ně bylo obdobím nadměrného stresu, ať už počtem změn, které se odehrály, vysokých očekávání od okolí nebo od nich samotných, nebo vlivem situace, kterou neměli pod kontrolou. Jídlo a ZP pro ně bylo v tu chvíli jedním z nejlepších řešení, jak situaci zvládnout.

Partnerské a rodinné vztahy respondentů s BED

V rámci rozhovoru byla zahrnuta otázka na rodinné a partnerské vztahy účastníků výzkumu. Přestože nebyla cílena nějak konkrétně a tím pádem dávala účastníkům prostor pro volné vyjádření se k tématu, šlo o otázku, nad kterou se většina respondentů pozastavila na nejdelší čas a pravděpodobně také šlo vzhledem k pozorovaným doprovodným emocím účastníků (pláč, zpomalení tempa řeči apod.) o nejcitlivější otázku ve výzkumu. Dvě respondentky uvedly, že mají krásné rodinné vztahy a chtěly by si tento příklad uchovat jako vzor i do svých budoucích rodin. Další respondenti už nad otázkou rodinných vztahů tak optimističtí nebyli. Respondenti pocházejí z různých typů rodin. Tři respondenti pocházejí z rozvedených rodin, tři z úplné, avšak vzhledem k výpovědím dysfunkční rodiny a čtyři z funkčních, dle popisu „normálně fungujících“ rodin. Zajímavostí je, že nejdříve dotazovaní popsali rodinu jako bezproblémovou, postupně však během samovolného proudu výpovědi se většina respondentů dostala k tématům, na která, jak vypověděli na konci už snad zapomněli nebo vytěsnili.

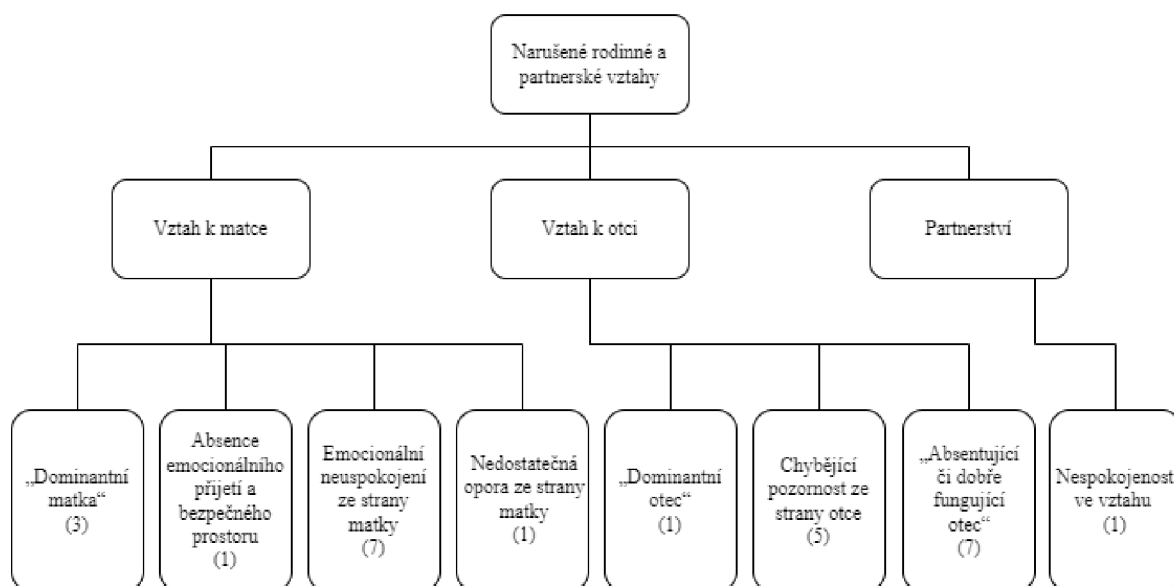
Nejčastěji opakujícím se tématem byl vztah k matce. Sedm z deseti respondentů popisují vztah k matce jako náročný. Ve třetině případů se objevuje vzorec tzv. „dominantní matky“ tj. matka, která nereaguje na potřeby dítěte, často se staví do role nadřazeného vůči dítěti i okolí (z popisu respondentky: *Já jsem rodič a ty musíš poslouchat. nebo Bojím se matce cokoliv říct, buď mi řekne, že to říkala anebo vybuchne. Já pak odcházím s brekem ze situace pryč* nebo *Často mě máma seřve za věci, které absolutně nemůžu ovlivnit*). v sedmi případech se objevoval vzorec tzv. emocionálního neuspokojení, kdy respondenti udávali, že by ocenili, kdyby si matka více všímala jejich potřeb a problémů. Ze strany matky necítili dostatečnou důvěru a pochopení. v této oblasti však respondenti neuváděli takové chování jako výtku, spíše vzhledem k charakteru výpovědi šlo pro ně velmi citlivé. Dvě respondentky

dokonce uvedly, že jsou jejich matky vážně nemocné a že jsou jejich problémy oproti těm jejich malicherné (Z výpovědí respondentek: *Vztah s mámou mám dobrý, zároveň ji ale nemůžu nic říct, protože by ji to zatěžovalo. Je nemocná. Je křehká a mně přijde, že to nejlepší, co pro ni můžu udělat je to, aby si myslela, že jsem v pohodě a že si zvládám řešit svoje problémy sama.* nebo *Když jsem se sebepoškozovala, mrzelo mě, že za mnou máma nepřišla, zároveň ji to ale vlastně nemůžu mít za zlé, protože ona je nemocná a tohle je vlastně malichernost.*). Jedna respondentka pak uvedla, že je její matka závislá na alkoholu a ona vidí, jak ji postupně ztrácí a vlivem té „nemoci“ jí není dostatečnou oporou. Jeden respondent dokonce uvedl, že nejen, že mu naprosto chybí jakékoli emocionální přijetí ze strany matky, ale také bezpečný prostor domova, ve kterém by se cítil dobře. Matku tak spíše vnímal jako někoho, kdo mu dal život, ale už mu jako dítěti neukázal, jakým způsobem s ním naložit (*Matka se spíš starala o to, abych existoval, ale nedávala mi nikdy vzor nějaký disciplíny nebo vzor do života, který bych potřeboval.*) Tři z deseti respondentek pak popisují vztahy s matkou jako dobré, vzájemně pečující a naplněné.

Dalším tématem byl vztah k otci. Nejčastěji objevujícím se fenoménem byl souhrnně řečeno tzv. „absentující či dobře fungující otec“, opisem otec buď zcela nepřítomný, či přítomný fyzicky ale ne psychicky. Pět respondentů z deseti uvedlo, že jim od otce chybí pozornost a zájem. Ve dvou případech respondentů pocházejících z rozvedených rodin se také vyskytl strach z opuštění a následné samoty, z důvodu odchodu otce. Jedna respondentka popsala otce jako velmi temperamentního, jenž má vždycky pravdu a lpí na dokonalosti, kterou požaduje i od okolí. Další čtyři respondenti uvedli, že s otcem mají „normální“ zdravý vztah.

V rámci partnerství pouze jedna respondentka uvedla, že je v aktuálním vztahu velmi nespokojená, ale nemůže z něj odejít. Partnera popsala jako manipulativního a egocentrického (Z výpovědí: *Vždycky mi říká, že všechny ženský tohle zvládají, jenom já ne. Podněcuje mě k tomu, abych se cítila špatně, když mu něco řeknu.*). v kontextu ZP ji partner nechápe a ocenila by od něj větší podporu. v době rozhovorů uvedli tři respondenti, že mají partnerský vztah, ale všichni jej popisují jako harmonický a šťastný.

Z hlediska dalších, okolních vztahů respondenti nezmiňovaly žádné vážné problémy. v osmi případech z deseti zmínili, že mají občas pocit, že do vztahů investují více než se jim zpětně vrací, nikdo z nich však neuvedl, že by to bylo neměnitelná skutečnost.



Obrázek 1: Schéma narušení rodinných a partnerských vztahů.

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

Osobnost respondentů s BED

Na kategorii některých charakteristik osobnosti u respondentů s BED jsme cíleně zaměřili celkem pět položek v rozhovoru. Položky se týkaly zejména zhodnocení vlastního sebevědomí a sebehodnocení, úzkostných a depresivních symptomů, perfekcionismu a jmenování vlastností, kterých si respondenti na sobě považují.

První cílenou položkou byla otázka na sebehodnocení. Ricciardelli et al. (2001) ve svém výzkumu popisuje, že nízké sebevědomí a nízké sebehodnocení může být jednou z příčin vzniku poruchy stravování. Takové tvrzení jsme se rozhodli prozkoumat i na našich participantech. Před rozhovorem dostali respondenti k vyplnění Rosenbergovu škálu sebehodnocení (self-esteem) a v průběhu rozhovoru jsme se na tuto oblast zaměřili konkrétněji. Výsledky škál respondentů vycházely v intervalu od 8-17 bodů (maximální počet bodů škály je 30 bodů), tvrzení, že osoby s BED hodnotí své sebevědomí jako nízké se nám tedy potvrdilo. v subjektivních výpovědích v rozhovorech většina respondentů až na jednoho (ačkoli v osobní výpovědi hodnotil sebevědomí jako vysoké, na škále mu vyšlo v bodové hodnotě 17, tj. stále oblast průměru) popsala své sebevědomí jako nízké. Zajímavé zjištění bylo, že sedm respondentů z deseti míru sebevědomí a sebejistoty dávali do kontextu se svou tělesnou váhou. Tito respondenti uvedli, že když se jim podaří zhubnout cítí se sebejistější ve všech oblastech života (z výpovědi: *Vím, že kdybych třeba zhubla, tak bych se cítila mnohem líp, líp by se mi pracovalo, učilo, prostě by mi to strašně pomohlo.*). v kontrastu k tomu všech sedm respondentů uvedlo, že s příbytkem na váze jejich

sebevědomí klesá a cítí se úzkostní (z výpovědi: *Ted' jsem třeba přibrála a nepřipadám si dost hezká, dost hubená, dost atraktivní a sebejistá. Mám to spojené s tou váhou. Měla jsem mnohem vyšší sebevědomí a byla jsem více vyrovnaná, když jsem byla hubená.*). v kontextu sebevědomí jsme se respondentů také zeptali, jakých vlastností si sami na sobě váží. Většina z nich měla problém vyjmenovat alespoň tři vlastnosti, kterých si na sobě cení. Nejčastěji šlo o vlastnosti ve vztahu k lidem jako je přátelskost, zodpovědnost, empatie, tolerance a nekonfliktnost.

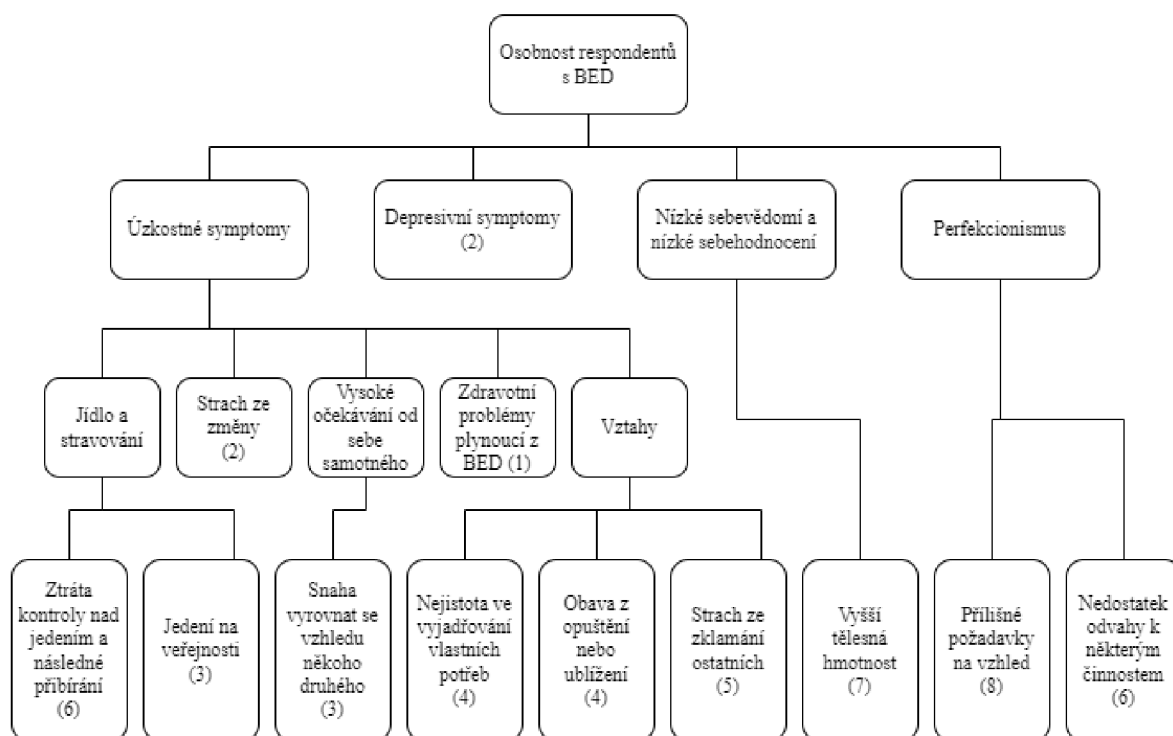
Druhou cílenou položkou byla otázka na depresivitu a úzkostnost³. Na otázku, zda respondenti někdy trpí často nevysvětlitelnými obavami či strachy, odpovědělo všech deset respondentů kladně. Nejčastěji se opakoval strach ohledně jídla, jení a přibírání na váze a vše s tím spojené. Vzhledem k jídlu šest respondentek odpovědělo, že je nejvíce zúzkostňuje pocit ze ztráty kontroly nad jedením a následného přibírání po tom, co se přejedly (z výpovědi: *Když se přejídám a přibírám, necítím se vůbec dobře. Mám úzkosti z každého kila, které přibude, to je můj největší strach, a to určuje moji sebevědomí*). Tři respondentky uvedla strach z jedení na veřejnosti (z výpovědi: *Když mám zrovna období, kdy se přejídám a necítím se dobře ve svém těle, tak si říkám, že nesmím jíst třeba pizzu na veřejnosti, protože si o mě řeknou, ty jo, ta je tlustá a jí pizzu, měla by si místo toho dát raději salát.*) Další často zmiňovaná obava (3krát) ohledně jídla byla spojena s rodinnými oslavami s velkým množstvím jídla a dle výpovědi jedné respondentky jasným přejedením. Další kategorií obav, na které se respondenti shodovali byla kategorie vztahů. Čtyři respondentky zmínily obavu z opuštění nebo ublížení (z výpovědi: *Udělal jsem si k příteli takové citové pouto, že se teď nejvíc strachuju o to, že mě opustí a já to nezvládnou*), dále se opakovala nejistota ve vyjadřování potřeb ve vztahu s ostatními a komunikace celkově (4krát) a strach ze zklamání očekávání ostatních (5krát). Třetí kategorií v oblasti obav pak byl strach ze změny, z něčeho nového a nečekaného (2krát), kdy jeden respondent zmínil, že záchvaty přejedení se u něj objevují nejčastěji tehdy, když nemá dopředu naplánovaný program, nemá režim. Čtvrtou kategorií bylo vysoké očekávání od sebe sama a následné obavy z nenaplnění těchto požadavků (3krát). v této kategorii dotazovaní uvedli, že jsou si vědomi až nadbytečných požadavků a následné nereálnosti jejich naplnění, přesto uváděli, že nejsou schopni to ovlivnit. Nejčastěji šlo o snahu vyrovnat se vzhledu někoho druhého, neustálé podávání výkonu nebo až přílišně přísný režim. Jedna respondentka zmínila, že se

³ Nutno poznamenat, že pojmy depresivita, úzkostnost a panická ataka nebyly respondentům nijak vysvětleny. v textu jsou uvedeny tak, jak je chápou samotní respondenti.

její největší obavy týkají zdravotních problémů, i v kontextu záchvatovitého přejídání a jeho důsledků a jedna respondentka uvedla, že neumí určit příčinu svých úzkostí. Tři respondenti popisují zkušenost s panickými atakami.

Vedle úzkostných symptomů nás zajímaly také depresivní symptomy. o těch se však ve výzkumu zmíníme jen okrajově, neboť se zdá, že depresivní symptomy vykazují pouze dva respondenti z deseti. Oba respondenti užívají antidepresiva a popisují, že se jejich stav o nasazení farmak výrazně zlepšil. Tři respondenti z deseti zmínili v minulosti zkušenost se sebepoškozujícím chováním, aktuálně takové chování dle výpovědi nevykazují.

Jako poslední kategorii prvního výzkumného cíle podkapitoly o osobnosti osob s BED popisujeme perfekcionismus u našich respondentů. Sedm z deseti respondentů odpovědělo, že u sebe pozorují známky perfekcionismu. Tři z nich ale vypověděli, že je tento rys nijak zvlášť neomezuje, nebo že se s ním naučili pracovat a považují ho za výhodu (Z výpovědi: *Vím, že ty věci zvládnou, jsem díky tomu poctivý a taky si neplámiju nic, co by bylo nezvládnutelné.*). Další čtyři odpovídající konstatovali, že jim tento povahový rys vadí a překáží jim na cestě překonávání mnohých překážek. Ve vztahu k záchvatovitému přejídání tři respondentky zmínily, že mají potřebu dělat věci dokonale, vzhledem k obtížnosti ale nastane opačný pól a ony danou činnost odkládají. v procesu započetí činnosti jim následně pomáhá jídlo, respektive záchvat přejedení, který jim umožní danou činnost začít. Jídlo tak může fungovat jako jakýsi úlevový ventil při přetěžování nároky na sebe sama. Další fenoménem perfekcionismu našich respondentů BED byly přílišné požadavky na vzhled vlastního těla. Mnohé respondentky uznaly, že jejich přání ohledně změn na jejich těle je často vysoce nadsazené a nemožnost dosáhnout takového ideálu je stresuje, což paradoxně opět vede k záchvatům přejedení. Stejně tak respondenti uváděli, že potřeba dělat věci dokonale jim sebrala odvahu dělat věci, ve kterých si nevěřili.



Obrázek 2: Schéma osobnost respondentů s BED

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

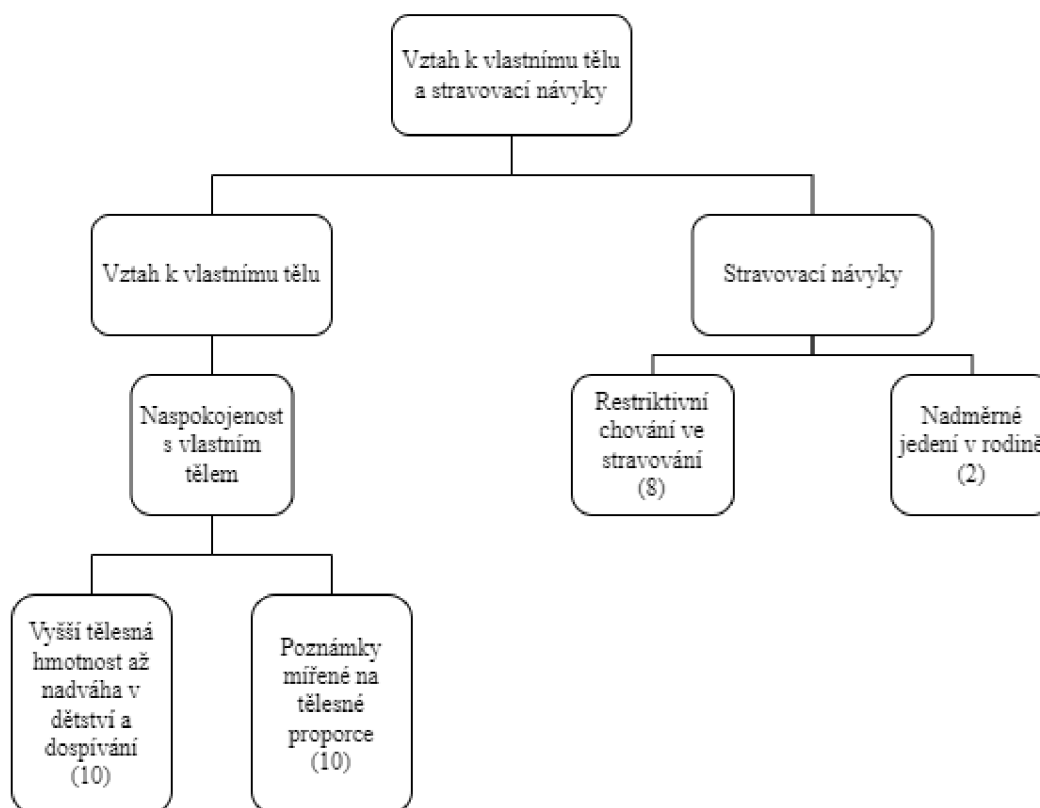
Vztah k vlastnímu tělu a stravovací návyky

V teorii uvádíme, že obavy o tvar a hmotnost těla vedou k dietnímu chování, které může zapříčinit vznik záchvatovitěho přejídání. Našich respondentů jsme se ptali na spokojenost s vlastním tělem a bylo až překvapivé, že pouze jeden respondent uvedl, že se ve svém těle cítí dobře a je spokojený. Ostatní respondentky se o svém těle vyjadřovaly často až extrémně hanlivě (z výpovědi: *Spokojená nejsem ani trochu, chtěla bych změnit všechno. Při pohledu na sebe do zrcadla je mi na zvracení. Připadám si strašně neatraktivní a váha určuje moji náladu, takže jsem ještě k tomu podrážděná.*). Vzhledu respondentky přikládají obrovský význam, tvrdí že to, jak se cítí ve svém těle, ovlivňuje pak jejich působení jak ve vztazích k druhým lidem, tak ve vztahu k sobě a v kontextu podávání výkonu a celkové produktivity. Jedním z důvodů, proč respondentky považují váhu za nejdůležitější faktor jejich atraktivity může být vyšší tělesná hmotnost až nadváha v dětství a dospívání a vlivem toho řada citlivých poznámek až urážek na jejich osobu. Takové tvrzení by odpovídalo výpovědím našich respondentů. Všichni uvedli, že byli v dětství oplácenější či trpěli nadváhou a běžně se setkávali s poznámkami mířenými na jejich tělesné proporce. Takové poznámky slyšávali nejčastěji od rodičů, zejména od matky, která se jim ve většině případů (7 respondentů z 10) vědomě snažila omezit jídlo a kontrolovat jejich fyzickou aktivitu).

s nepříjemnými poznámkami až šikanou se respondenti setkávali také v širších sociálních kruzích, nejčastěji ve škole nebo ve sportovních kroužcích, kde ne vždy byly poznámky cílené napřímo (z výpovědi: *Ten trenér to asi nemyslel špatně. Nikdy mi vyloženě neřekl, že jsem tlustá, ale měl poznámky typu. Ty jo, z tebe je ženská! Ty jsi krev a mlíko*). Respondentky pak hodnotily takové poznámky jako velmi citlivé a bolestivé a většinu z nich to přimělo k restriktivnímu chování v jídle s cílem zhubnout.

Jak bylo zmíněno v teoretické části, dle Hermana a Macka (1975) vede striktní omezování se v jídle k přirozenému hladu a může zapříčinit záchvatovité přejídání. v rámci našeho výzkumného souboru uvedlo 8 respondentů zkušenost s dietním chováním. Většinou šlo o vysoce striktní diety např. low carb dietu⁴, několikadenní půsty, dietu na ovocných a zeleninových šťávách a podobně. Dva zbylí respondenti uvedli, že sice žádnou dietu nedrželi nebo nedrží, přesto si hlídají makra čili živiny a chtějí mít své stravování pod kontrolou. Tři respondenti z desíti dále vypověděli, že drží dietu celoživotně a že si neumějí představit, že by z ní vybočili, protože se strachují, že by se automaticky zvýšilo číslo na váze. Dvě respondentky dokonce restriktce a cílené hubnutí považují za jasnou příčinu záchvatovitého přejídání. v kontextu jídelního chování jsme se také ptali na stravovací návyky v rodině a zkoumali, zda se objeví nějaký společný fenomén jako například jedení nezdravého jídla, nebo určité alternativní styly jedení v rodinách. Dvě respondentky uvedly, že se u nich konzumuje obrovské množství jídla s možností si kdykoli přidat. u jedné respondentky v rodině je dokonce povinnost dát si alespoň jednu sladkost denně. Zbylí respondenti pokládají stravování v rodině za normální, nijak nevybočující.

⁴ Low carb dieta je nízkosacharidová dieta, jejíž cílem je omezit či vysadit sacharidy a jíst ve většině pouze bílkoviny a tuky.



Obrázek 3: Schéma vztah k vlastnímu tělu

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

Dědičnost

Pět respondentů z deseti uvedlo, že si myslí, že někdo z rodiny (nejčastěji matka nebo sourozenec) taktéž bojuje s poruchou záchvatovitého přejídání, nicméně ani jeden z rodinných příslušníků problém odborně neřešil. Tři respondentky uvedly, že jejich matka bojuje s nadváhou. Často se u nich opakovala historie neúspěšných diet a opakované přejídání a nárůst váhy. Respondentky uvedly vysoké obavy z přibírání a následné obezity.

Shrnutí výzkumného cíle č. 1

Záměrem prvního výzkumného cíle bylo zanalyzovat příčiny poruchy záchvatovitého přejídání. Potvrdilo se nám, že škála příčin tohoto onemocnění je značně variabilní. u poloviny respondentů se první ZP objevilo okolo 16. roku života. Je pravděpodobné, že příčiny vzniku mohou být úzce spjaty právě s kritickým věkem adolescence. v dalších případech se ZP objevilo v pozdějším věku, nejčastěji s nástupem na VŠ. Všichni respondenti uvedli, že šlo o vysoce vypjaté a stresové období. Dle kategorií, které se nejvíce opakovaly, jsme příčiny rozdělily do několika skupin. První skupina zkoumala narušení

partnerských a rodinných vztahů ve vztahu ke vzniku BED. Nejčastěji se opakoval narušený vztah k matce, vzorec tzv. „dominantní matky“, která nereaguje na potřeby dítěte, emocionální neuspokojení, nedostatečná opora, absence emocionálního přijetí a bezpečného prostoru domova. Ve vztahu k otci respondenti často uváděli absentujícího otce či potřebu dobře fungujícího otce. u respondentek vyrůstajících bez otce se často objevoval strach z opuštění a samoty, který si následně kompenzovaly jídlem. z hlediska partnerských vztahů všichni respondenti (až na jednu respondentku) popsali své vztahy jako šťastné a harmonické. Za další kategorii příčin jsme označili osobnost respondentů s BED. v souvislosti s osobností jsme se zaměřili na zhodnocení vlastní osobnosti, úzkostných a depresivních symptomů a perfekcionismu. Sebehodnocení jsme u respondentů zjišťovaly vedle osobních výpovědí také Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Výsledky všech respondentů vycházely v rozmezí od 8-17 bodů, tj. v oblasti podprůměru a průměru (maximální bodové ohodnocení je RŠS je 30). Tyto výsledky byly ve shodě se subjektivní výpovědí sebehodnocení respondentů. Úzkostné stavy se vztahovaly zejména k jídlu a jedení, k obavám ze vztahů, strachu ze změny, vysokých nároků ostatních a zdravotních problémů plynoucích z přejídání. 2 respondenti z 10 vykazují depresivní symptomy, oba užívají antidepresiva typu SSRI. v kontextu další části výzkumného cíle, perfekcionismu, sedm respondentů perfekcionismus potvrdilo. Záchvatovité přejídání pak ve vztahu k perfekcionismu působí jako úlevový ventil, který pomáhá snižovat nároky na sebe sama. Za další kategorii příčin považujeme vztah k vlastnímu tělu a stravovací návyky. Většina respondentů vykazovala nespokojenost s vlastním tělem, problémy s vyšší tělesnou váhou v dětství a dospívání, zkušenost s poznámkami mířenými na jejich tělo a následné pokusy o restriktce v jídle. z hlediska stravovacích návyků v rodině tři respondenti uvedli stravování jako nepřiměřené, nadměrné z hlediska množství. Všichni ostatní jej považovali za normální. Nakonec jsme zkoumali také vliv dědičnosti na BED. Pět respondentů uvedlo, že někdo z rodiny se potýká s BED, nikdo však nevyhledal odbornou pomoc.

5.6 Analýza výzkumného cíle č. 2

Cílem druhé části výzkumu bylo popsat jednotlivé fenomény epizody záchvatovitého přejídání. Zaměřili jsme se na základní diagnostická kritéria BED a více je prozkoumali u našeho výzkumného souboru. Respondenti popsali nejčastější spouštěče záchvatů přejídání, popsali epizodu a pocity, které se v jednotlivých fázích průběhu přejídání objevují, uvedli průměrnou dobu přejídání a zmínili nejčastější typ potravin. Zároveň jsme se zaměřili

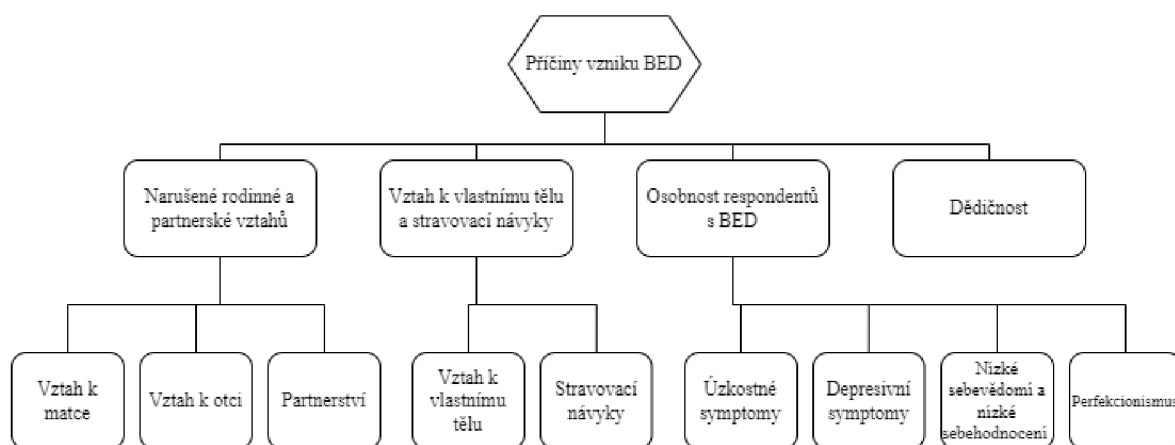
na vztah respondentů k jídlu, copingové strategie a tendence přiklánět se k jinému návykovému chování.

Vztah k jídlu u respondentů s BED

Ke vztahu k jídlu se většina respondentů vyjadřovala značně ambivalentně. Na jednu stranu většina považovala jídlo za největšího nepřítele, který jim ubírá na kvalitě života a na celkové spokojenosti (z výpovědi: *Úspěšnej den, je ten den, kdy na jídlo nemyslím a nemám chuť.*), na straně druhé jej považují často za jedinou radost a potěšení (Z výpovědi: *Jídlo je pro mě často to jediný, na co se těším. Někdy celý večer myslím na to, co si dám ke snídani, protože kdybych mohla, dala bych si to hned.*). Většina respondentů jídlo označuje jako útěchu, nebo univerzální řešení problémů (z výpovědi: *Jídlo je hromosvod na problémy, tzn. když se vyskytne problém, začnu více uvažovat nad jídlem.*). Jedna respondentka také uvedla, že jídlo je pro ni největší nepřítel, ale zároveň jakási komfortní zóna, do které se může vždycky schovat.

Spouštěče záchvatového přejídání

Ke spouštěčům záchvatového přejídání můžeme zařadit v podstatě cokoli. Jak iniciační faktory, tak samotný průběh i důsledky ZP jsou vysoce individuální, přesto se v této části zabýváme nejčastěji zmiňovanými faktory zahájení ZP u našich respondentů. Všichni respondenti se shodli na tom, že k nejčastějším spouštěčům patří negativní nálada nebo silné emoce, které nedokáží zpracovat. v kontextu negativní nálady byl nejčastěji zmiňován pocit samoty. 6 respondentek uvedlo, že často před pocitem přejedení cítí tenzi a potřebu si



Obrázek 4: Schéma příčiny vzniku BED

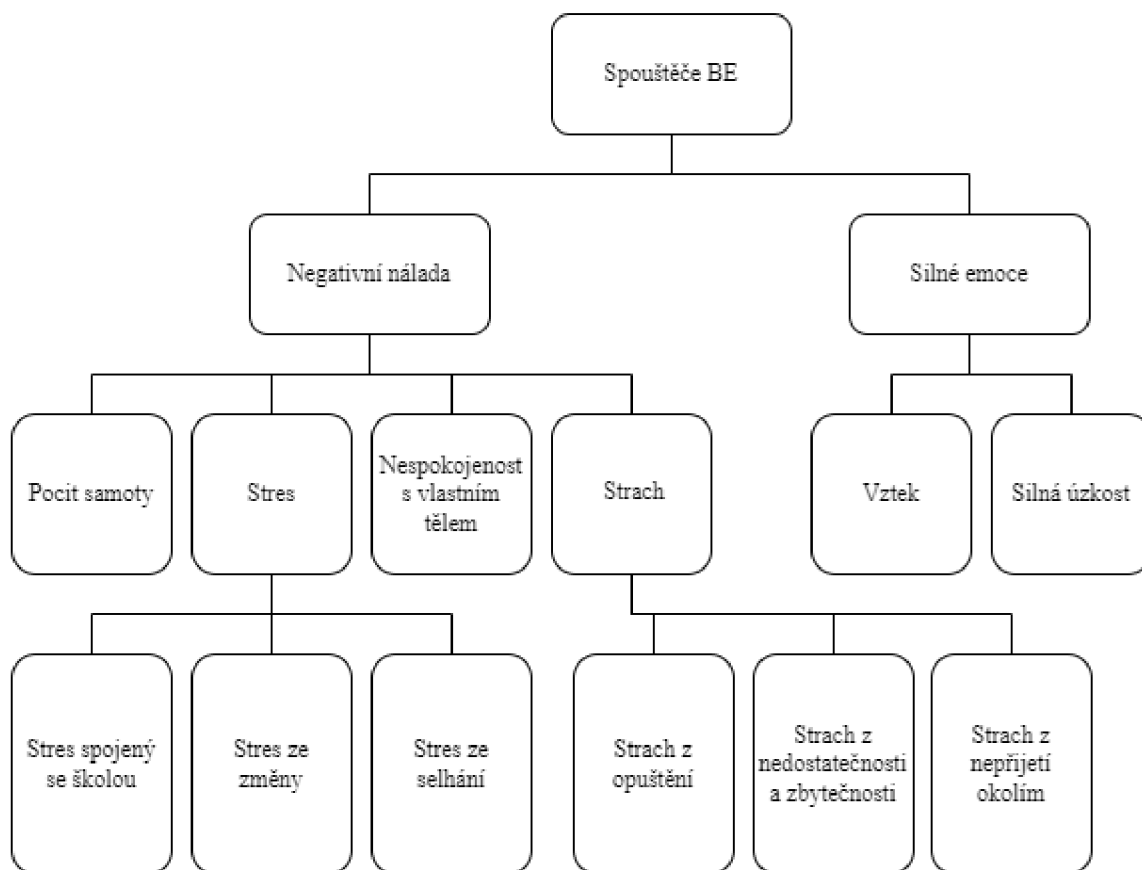
Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

s někým promluvit a když tato potřeba není naplněna, hledají útěchu v jídlu. Ačkoli respondenti uvádějí, že si chtějí dopřát jen něco malého, většinou se to zvrtno v záchvat (z

výpovědi: *Nejvíc to ve mně vyvolává pocit samoty, třeba když se chci s někým potkat a nikdo nemá čas, tak si řeknu, že si udělám hezký večer, něco si koupím a pak se vždycky přeji*). Dalším často zmiňovaným spouštěčem bývá stres (5krát). Nejčastěji je zmiňován stres spojený s plněním povinností a vysokými nároky ve škole, tři respondentky popisují jedení a následný záchvat jako jediný způsob, jak se přimět k plnění obtížných požadavků ve škole. Zmiňují, že na začátku stojí představa obtížného úkolu, který se dle jejich výpovědí nedá zvládnout. Přejedení pak funguje jako jakýsi úlevový ventil, který je přiměje úkol začít dělat. Všechny tři respondentky uvedly, že na konci se jim úkol vždy podaří splnit, ale předchází tomu záchvat přejedení (z výpovědi: *Já se z toho vždycky musím zhroutit, přejist se a až potom to nějak zvládnou*). v kontextu přejídání se u dvou respondentů objevuje stres ze změny, nejčastěji stres z tzv. vypadnutí z nastaveného režimu (z výpovědi: *u mě se přejedení objevuje vždycky v neděli, když vím, že přejíždím na výšku, nemám naplánované jídlo, musím si uvařit. To se to vždycky rozjede*) a stres ze selhání (z výpovědi: *Přejídám se vždycky, když mám mít třeba prezentaci*). v rámci stresu byla do rozhovoru zařazena otázka na copingové strategie respondentů. Pozoruhodným zjištěním bylo, že u většiny respondentů se objevila velká škála strategií ve zvládnání stresu. Nejčastěji zmiňovali čas strávený s kamarády, cvičení, řízenou relaxaci, poslouchání hudby, jógu. Přesto ve vztahu k jídlu většina zmínila, že ačkoli se snaží situaci před přejedením zvládnout a zvolit jinou strategii pro redukci stresu, jídlo vždy zvítězí. Dalším spouštěcím fenoménem je nespokojenost s vlastním tělem a s vlastními proporcemi. Dvě respondentky uvedly, že přejedení se u nich objeví téměř vždy ve chvíli, když se někdo negativně zmíní o jejich těle nebo se samy necítí hezké. Dalším obvykle se vyskytujícím spouštěčem byl strach. Dvě respondentky zmínily strach z opuštění, nejčastěji partnerem nebo blízkých přátel. Dále se objevil strach z nedostatečnosti a zbytečnosti (2krát) a nepřijetí okolím (1krát). Vedle negativních emocí jsme jako iniciativní faktory ZP zaznamenali silné emoce-afekty. Nejčastěji šlo o vztek a silnou úzkost. Nezřídka se objevil také pocit nudy. Tři respondenti uvedli, že nedokážou určit spouštěč ZP, že to přijde, ani nevědí jak.

Charakteristika epizody přejídání

DSM v podmiňuje stanovení diagnózy onemocnění záchvatovitého přejídání dvěma základními kritérii- pocitem subjektivní ztráty kontroly nad jedením a velkým množstvím jídla, zkonsumovaného za krátký čas. v této části výzkumu zkoumáme u respondentů další kvality průběhu ZP, jako je například obvyklé místo, kde se respondenti přejídají, průměrná



Obrázek 5: Schéma spouštěče BED

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

délka trvání epizody, typ nebo druh jídla konzumovaného při záchvatu, pocity provázející jednotlivé fáze přejídání a nakonec také vliv pandemie COVID-19 na vývoj tohoto onemocnění. Téměř všichni respondenti (až na jednu respondentku) uvedli, že se přejídají v soukromí. Nejčastěji doma, když jsou sami, anebo ve svém pokoji, kde je nikdo nevyruší. Potřebu soukromí pro přejídání uvedli z důvodu pocitu studu a viny z toho, co dělají (1krát se objevil strach z výsměchu rodičů). Jedna respondentka uvedla, že se přejídá s přáteli na oslavách. Osm z deseti respondentů uvedlo, že doba přejídání trvá v průměru jednu hodinu, během této doby jsou respondenti schopni zkonsumovat obrovské množství jídla. Dvě další respondentky uvedly, že přejídání často trvá i celé odpoledne nebo celý den. z hlediska dnů v týdnu neumíme vzhledem k odpovědím určit konkrétní dny, kdy se přejídání objevuje

častěji než obvykle, většina (8 respondentů) sdělila, že nezáleží na dnu, jde spíše o pocity a náladu, kterou během těchto dní prožívají. Dva respondenti uvedli, že se přejídají nejčastěji o víkendu. Týden pro ně znamená režim jak v povinnostech, tak v jídle a víkend je pak ve znamení uvolnění. Všichni respondenti uvedli, že se přejídají v odpoledních nebo večerních hodinách. Sdělují, že jde o dobu, kdy mají konečně čas na sebe a přejí se zejména z přetlaku emocí. Všichni uvedli, že kombinace jídel, které se vyskytují během záchvatu by při normálním jedení nikdy nesnědli. Nejčastěji konzumovaný typ jídla v době záchvatu byly vysoce kalorické potraviny, nejčastěji sacharidového typu, tj. pečivo, sladkosti, ovoce a tučná jídla jako ořechová másla, normální másla, tučné sýry, brambůrky a podobně. Devět respondentů z deseti zmínilo, že při záchvatu se nikdy nesoustředí jen na jídlo, naopak rozdělují pozornost mezi několik podnětů, činností. Nejčastěji pak sledují televizi, čtou knížku, poslouchají hudbu, učí se nebo hledají další jídlo. Ignorování faktu, že jedí a dělají další činnosti při záchvatu jim ulevuje od pocitu, jak velké množství jídla během záchvatu přejedení zkonsumují a ulevuje jim od pocitu viny. v předchozí podkapitole jsme zmínili nejčastěji udávané spouštěče, v této kapitole se budeme věnovat pocitům a náladě během a ihned po skončení záchvatu přejedení. Na počátku přejedení se objevuje nutkavá touha se přejíst. Většina respondentů uvedla, že často se sebou svádějí neúprosný souboj, ve kterém zápasí s pocity viny, nervozity a strachu ze selhání. Nakonec ale silným pocitům a neodolatelné touze po jídle podlehnou a tím se spustí epizoda záchvatovitého přejedení. Jakmile si respondenti jídlo dovolí, pocity selhání z opakovaného propadnutí jídlu vystřídají z výpovědi respondentů pocity radosti, uklidnění a naplnění. Dvě respondentky popsaly, že v průběhu záchvatovitého přejídání ztrácejí naprosto kontrolu nad veškerým děním. Část epizody popisují jako „mlhu“, ze které se tzv. „probudí“, až když jim je neuvěřitelně špatně. k uvědomění záchvatu dochází až tehdy, když před sebou vidí prázdné talíře a množství obalů od jídla. Většina respondentů (8 z 10) uvedla, že záchvat přejedení neumí vědomě ukončit. Obvykle epizoda končí, když respondentům dojde jídlo nebo už do sebe neumějí žádné další jídlo dostat. Jedna respondentka uvedla, že ji často v noci budí zvracení (z výpovědi: *Často mě v noci vzbudí horko v břiše a já stihnu tak tak doběhnout na záchod, kde se pozvracím*). Zbytek respondentů zvracení nevedl. v souvislosti s koncem epizody přejídání jsme se respondentů ptali na nejčastější pocity z přejedení. Nejčastěji se opakoval pocit naprostého vyčerpání, nepřiměřené kritiky vlastního těla, nenávisti vůči sobě až agresivitě, pocit bezmoci ohledně opakovaného selhání a přejedení, pocit viny a méněcennosti. Většina respondentů uvedla, že si takový záchvat nedokážou odpustit a pocity z něho se jich drží ještě několik dní po záchvatu. Respondenti také velmi často

uváděli potřebu záchvat kompenzovat. k nejčastějším kompenzačním mechanismům patřily restriktce ve stravování nebo úplné vynechání jídla v průběhu dalšího dne po záchvatu nebo nadměrné cvičení. u dvou respondentek se dokonce v minulosti po záchvatu objevilo sebepoškození formou řezání, uvedly to jako trest za selhání v jedení. z hlediska frekvence záchvatů v různých životních obdobích respondentů jsme se ptali na vliv pandemie onemocnění COVID-19 na vývoj záchvatového přejedání. Ačkoli jsme předpokládali, že s nejistotou a obavami, které tato pandemie přinesla se stav onemocnění u respondentů zhorší, opak byl pravdou. Téměř všichni respondenti uvedli (9 z 10), že se u nich počet epizod přejídání na počátku pandemie, tj. v březnu roku 2020 snížil. Uvedli, že měli v tomto období více času na odpočinek a na zdravé vaření a cvičení. v nemoci jim tak pomohl pravidelně nastavený režim. v druhé části pandemie, tj. v listopadu roku 2020 respondenti taktéž uvedli zlepšení ve vývoji záchvatového přejídání. Změna u většiny nastala s třetí vlnou, tj. v květnu roku 2021, kdy většina uvedla, že vlivem neklesající nejistoty a jakéhosi stereotypu se počet epizod navýšil. Navýšení epizod proběhlo také z důvodu povolení dlouhodobých restrikcí v jídle. Značný nárůst epizod u většiny respondentů se objevil koncem pandemie, který byl spojený s návratem do běžného života a s výraznou změnou, která, jak uvedlo několik respondentů, je pro ně spouštěčem záchvatového přejídání.

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obvyklé místo přejídání	doma	doma	doma	doma	doma a na oslavách	doma	doma a na oslavách	doma	doma	doma
Průměrná délka trvání epizody	celé odpoledne/celý den	1 hodina	1 hodina	neumí určit	celé odpoledne/celý den	1 hodina	1 hodina	1 hodina	1 hodina	1 hodina
Typ konzumovaného jídla při záchvatu	těstoviny, pečivo, sladkosti	čokoláda, chipsy	ořechové máslo, med	cereálie, buchta	úplně cokoli	sladkosti	fast food a sladkosti	brambůrky, čokoláda	Milka oreo, pendreky, chipsy	ovesné vločky, máslo
Činnost při přejídání	čte, sleduje sociální sítě	hledá další jídlo	sledování televize	sledování sociálních sítí	čte	soustředí se jen na jídlo	hledá jídlo, vaří	sleduje sociální sítě	sleduje televizi nebo mobil, vaří	hledá další jídlo
Doba přejídání	odpoledne po škole	odpoledne a večer	večer	odpoledne	odpoledne	večer	večer	večer	odpoledne a večer	večer
Pocity před přejedáním	pocit viny a nervozita	strach ze selhání	nenávisť a nervozita	nervozita	pocit viny, smutek	nervozita	pocit viny, sebenenávisť	strach	nedokáže určit	nervozita
Pocity v průběhu přejídání	prázdnost – bez pocitů	uklidnění a radost z jídla	uklidnění	vyrovnanost	radost z jídla	šťěstí, uvolnění	"mlha"-bez pocitu	uvolnění a klid	uvolnění	radost z jedení
Pocity po přejedání	frustrace, znechucení, zklamání	nenávisť	vyčerpání, kritika vůči sobě	agrese vůči sobě	pocit bezmoci a selhání	nenávisť a kritika vůči sobě	pocit viny a méněcennosti	vyčerpání a nenávisť	bezmoc, pocit selhání	sebenenávisť, pocit méněcennosti
Kompenzační mechanismus přejedání	restrikce ve stravování	restrikce ve stravování	snaha jídlo vycvičit	jednodenní půst	snaha jídlo vycvičit	restrikce ve stravování	několikadenní půst	několikadenní půst	restrikce ve stravování	restrikce ve stravování
Vliv pandemie COVID-19	kladný	kladný	kladný	kladný	kladný	kladný	kladný	záporný	kladný	kladný

Tabulka 2: Charakteristika epizody přejídání

Návykové chování respondentů s BED

V teoretické části práce upozorňujeme na častý spolu výskyt záchvatovitého přejídání spolu s jiným návykovým chováním. BED a návykové chování mohou mít několik společných znaků. Jde například o ztrátu kontroly, abstinenci příznaky nebo pokračování v nevhodném chování navzdory dlouhodobým negativním důsledkům (Cassin & von Ranson, 2007). v rámci rozhovoru jsme se ptali na zkušenost respondentů s alkoholem nebo jinými závislostními látkami, na množství jejich konzumace, popř. na jejich zneužívání. Šest respondentů uvedlo kladný vztah k alkoholu. Zmínili, že alkohol jim navozuje pocit pohody a dobré atmosféry. Čtyři respondenti uvedli vztah k alkoholu jako neutrální nebo negativní. Dva z nich zmínili, že příčina jejich negativního vztahu k alkoholu pramení pravděpodobně v dětství, kde mají zkušenost s osobou na alkoholu závislou. Zpětně to v nich vyvolává strach, a proto se alkoholu raději vyhýbají. Dva respondenti uvedli neutrální vztah k alkoholu. Alkohol si výjimečně dají, ale nijak jej nevyhledávají. v kontextu toho zmínili, že jejich závislost není alkohol, ale jídlo. Zbylých šest respondentů vyjádřilo vysoce kladný vztah k alkoholu. Polovina z nich dokonce hlásila historii problémů s alkoholem. Poznamenali, že pokaždé, když se naskytla libovolná příležitost požití alkohol, velmi se opili a trvalo jim několik dní, než se z této zkušenosti vzpamatovali. Přesto to při další příležitosti udělali znovu (z výpovědi: *v minulosti jsem pila strašně moc. Neměla jsem žádnou záklopku, byly dny kdy jsem každý den pila dvě flašky vína nebo půlku vodky, ale dneska už to nedělám. Dneska by mě to zabilo.*). Na otázku, co jim takové chování přineslo, odpověděli, že v podstatě totéž, co jídlo. Pocit pohody a uvolnění. Stejně tak jako s jídlem ale následovalo „rychlé vystřízlivění“ a s ním i pocity viny a nenávisti vůči sobě. Dnes všichni tři respondenti uvedli, že se jim takové situace stávají málokdy a ve většině případů si dokážou uhlídat množství alkoholu. v rámci této části druhého výzkumného cíle nás zajímalo, zda může být alkohol jedním ze spouštěčů záchvatovitého přejídání. Ptali jsme se na průběh konzumace alkoholu a na jeho vliv na sklon se záchvatovitě přejídat. Obvyklý postup byl, že respondenti (5 z 10) před konzumací alkoholu moc nejedli. Na důvod jsme se neptali, můžeme se tedy jen domnívat, že mohlo jít o potřebu rychlejšího nástupu alkoholu, nebo vědomí většího příjmu kalorií a tudíž tendence kalorický příjem vyvážit. v průběhu konzumace alkoholu respondenti udávají, že mají vysoké tendence se přejídat. Dva respondenti uvedli, že se sebou nemusí svádět takový souboj, že si přejedení pod vlivem alkoholu dovolí snáz (z výpovědi: *Když piju, tak to prostě pustím. v tu chvíli je mi jedno, kolik toho sním, příjem, nepříjem, splácám všechno.*). Pokud mají společně s alkoholem

přístup k jídlu, téměř vždy u nich dojde k záchvatu přejedení. Několik hodin po konzumaci alkoholu respondenti uvádějí, výskyt žaludečních obtíží vlivem přejedení a konzumace alkoholu, tudíž se často i celý další den jídlu snaží vyhybat. v důsledku přísné restrikce se ale při prvním pocitu úlevy a opadnutí alkoholového opojení objevuje tendence dát si větší množství jídla, protože celý den drželi hladovku. Větším množstvím jídla a vědomím držení stravovací restrikce se u nich v mnoha případech spustí další záchvat přejedení a může tak dojít k zacyklení.

Z hlediska jiných návykových látek jsou tři respondenti pravidelnými uživateli nikotinových výrobků (2 respondentky pravidelně kouří cigarety a jedna respondentka užívá nikotinové sáčky). Žádný ze zbylých sedmi respondentů není pravidelným uživatelem žádné návykové látky. Ve čtyřech případech z deseti mají respondenti zkušenost s užíváním nějaké návykové látky v minulosti. Nejčastěji šlo o marihuanu (1 respondentka), šňupací tabák (1 respondentka) a kouření (2 respondentky). Jedna respondentka uvedla, že v minulosti vyhledávala nezávazný sex. Ve vztahu k záchvatovitému přejídání všichni tito respondenti uvedli, že s užíváním návykové látky se snížil počet epizod záchvatovitého přejídání. Respondenti udávají, že mohlo jít o jeden z důvodů, proč návykovou látku užívali. Vzhledem k závislostnímu chování jsme zkoumali také závislosti chování ve vztahu ke cvičení. Pouze jeden respondent uvedl, že by mohl být závislý na fyzické aktivitě. Zbylých devět respondentů uvedlo buď neutrální nebo negativní vztah ke cvičení nebo kladný vztah, ale se schopností jej kontrolovat.

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vztah k alkoholu	kladný	kladný	záporný	kladný	neutrální	neutrální	kladný	záporný	kladný	kladný
Osoba závislá v rodině	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Historie problémů s alkoholem	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ano
Průměrné množství alkoholu za týden	půl litru vína	3/4 lahve rumu s colou	nepije vůbec	3 litry vína	nepije pravidelně	nepije pravidelně	3 litry vína	nepije pravidelně	v průměru 10 panáků alkoholu	3 litry vína, 5 panáků vodky s džusem
Historie užívání návykových látek	ne	ne	ne	ano (cigarety)	ano (marihuana, nezávazný sex)	ano (šňupací tabák)	ano (cigarety)	ne	ne	ne
Aktuální užívání návykových látek	1 krabička cigaret na týden	ne	nikotinové sáčky	ne	2 krabičky cigaret na týden	ne	ne	ne	ne	ne
Návykové cvičení	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne

Tabulka 3: Návykové chování

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

Shrnutí výzkumného cíle č. 2

Záměrem druhého výzkumného cíle bylo zmapovat jednotlivé fenomény epizody BED. Nejprve jsme zkoumali vztah respondentů k jídlu. Pocity byly u všech respondentů značně

ambivalentní. Nejčastěji se opakovaly odpovědi jako jídlo je forma útěchy, univerzálního řešení problémů, nepřítel a zároveň komfortní zóna. k nejčastějším spouštěčům ZP respondenti řadili negativní náladu nebo silné emoce. Nejčastěji se opakoval pocit osamění, dále stres-nejčastěji stres z povinností, ze změny nebo selhání, opakovala se také nespokojenost s vlastním tělem, strach, nejčastěji strach z opuštění, nedostatečnosti a nepřijetí okolím. v neposlední řadě pak respondenti zmiňovali silnou úzkost a vztek. z hlediska popisu epizody ZP respondenti zmínili, že se přejídají nejčastěji doma v soukromí nebo na oslavách. Epizoda trvá v průměru okolo jedné hodiny (výjimečně déle) a objevuje se nejčastěji v odpoledních či večerních hodinách. k nejčastějším potravinám konzumovaným během záchvatu respondenti zařadili vysoce kalorické potraviny, nejčastěji potraviny sacharidového typu a tučná jídla. Většina respondentů uvedla, že je při záchvatu zvyklá soustředit se mimo jídlo i na jinou činnost (nejčastěji sledování televize, sociálních sítí), vzhledem k tomu ztrácí kontrolu nad množstvím snědeného jídla. Většina respondentů neumí takový záchvat ukončit. Záchvat končí až tehdy, když je respondentům na zvracení nebo jim dojde jídlo. Na konci epizody respondenti uvádějí pocity naprostého vyčerpání, přílišnou kritičnost vůči svému tělu, nenávisť a pocity méněcennosti. u většiny z nich se objevuje snaha záchvat vykompenzovat, ať restrikcemi v jídle nebo cvičením. Dvě respondentky uvedly zkušenost s fyzickým sebepoškozováním formou řezání bezprostředně po záchvatu. v kontextu vývoje BED v různých životních obdobích jsme se ptali na průběh onemocnění během tří etap pandemie COVID-19. Během prvních dvou vln většina respondentů uvedla nižší počet epizod a celkové zlepšení ve vývoji onemocnění, a to díky možnosti plánovat si jídlo a pohyb a řádně odpočívat. s nástupem třetí vlny většina uvedla opětovný nárůst ZP pod vlivem nejistoty a stresu s neutuchajícím náročným obdobím spojeného, dle výpovědí, s omezením svobody. v rámci druhého výzkumného cíle jsme také zkoumali souvislost BED s návykovým chováním. Větší část respondentů uvedla kladný vztah k alkoholu, polovina z nich dokonce zmínila zkušenost s jeho zneužíváním. Na otázku, co alkoholové opojení respondentům přináší nebo přinášelo, jsme ve většině případů dostali odpověď „*To stejné, co jídlo. Uvolnění a pocit pohody*“. Zkoumali jsme také vztah alkoholového opojení a přejídání. Všichni respondenti, kteří uvedli, že alkohol konzumují, uvedli vyšší míru přejídání v průběhu konzumace alkoholu. z hlediska jiných návykových látek se v rámci našeho výzkumného vzorku vyskytli tři aktuální uživatelé nikotinových výrobků (2 kuřáci a jedna uživatelka nikotinových sáčeků), čtyři respondenti, kteří mají zkušenost s užíváním nějaké návykové látky (marihuana, šňupací tabák, kouření tabáku). Jedna respondentka zmínila, že v minulosti vyhledávala nezávazný sex. Všichni respondenti

užívající ať dříve či aktuálně nějakou návykovou látku uvedli, že s jejím užíváním se u nich snížil počet epizod ZP. z hlediska návykového cvičení nám kladně odpověděl jeden respondent, zbylí respondenti uvedli, že ke cvičení buď žádný vztah nemají, nebo je neutrální.

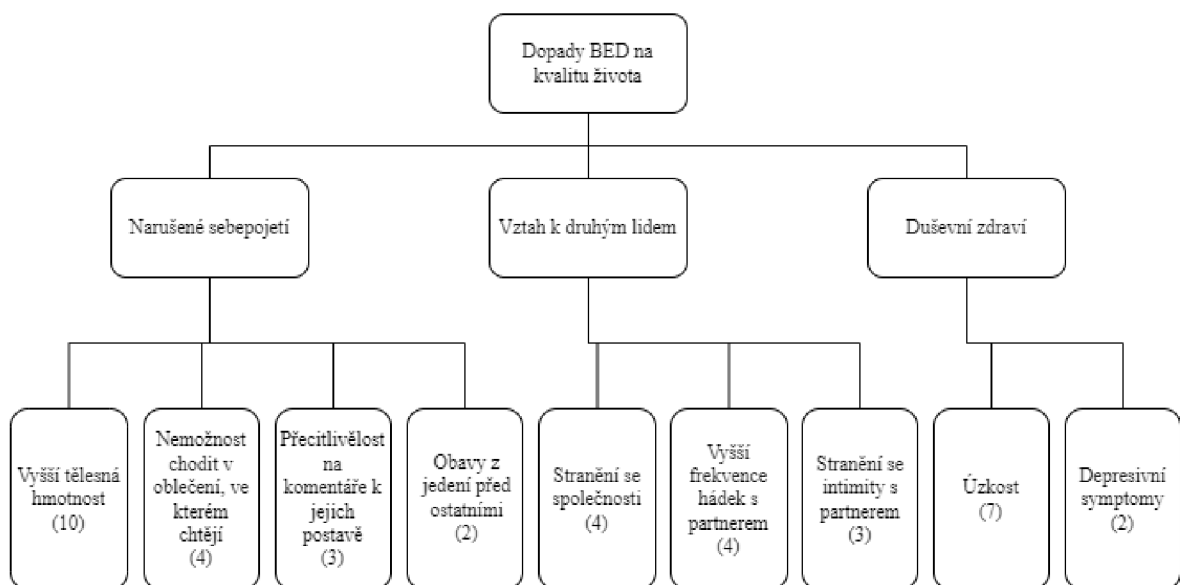
5.7 Analýza výzkumného cíle č. 3

Za třetí výzkumný cíl jsme si zvolili zmapování důsledků záchvatovitého přejídání. Ačkoli se v rámci tohoto onemocnění často stírá hranice mezi tím, co je příčinou a co je jasným důsledkem BED, bereme tuto část za podstatnou pro komplexnost celého tématu. v teoretické části se zaměřujeme jak na zdravotní, tak psychosociální důsledky BED. Vzhledem k tomu, že naše práce je více psychologicky než biologicky orientovaná, ptali jsme se respondentů na vliv BED na kvalitu jejich života a dopad BED na vztah k sobě samému a vztahy k druhým lidem, v neposlední řadě také zkoumáme vliv BED na duševní zdraví našich respondentů.

Dopady BED na kvalitu života

Všichni respondenti ve výzkumu uvedli, že porucha záchvatovitého přejídání značně narušuje kvalitu jejich života. Ve vztahu k sobě 6 respondentů uvedlo, že je nejvíce trápí jejich sebepojetí. Všichni uvedli, že vlivem BED mají vyšší tělesnou hmotnost, než by chtěli (většina respondentů byla v normě, jedna respondentka uvedla nadváhu). Subjektivní pocit vyšší váhy následně u respondentů ovlivňuje to, jak se vnímají. Čtyři respondenti uvedli, že k sobě cítí nenávisť, protože nemohou chodit v oblečení, které se jim líbí. Tři respondenti vzhledem k tělesné váze uvedli, že jsou vlivem přejídání a vyšší tělesné váhy přecitlivělí na jakékoli komentáře vztahující se na jejich postavu (z výpovědi: *Když se přejím a někdo mi třeba řekne, že jsem holka krev a mlíko, tak z toho třeba dva dny nespím.*). Dva respondenti uvedli, že v období s větším výskytem epizod ZP se obávají jíst před ostatními, mají pocit, že jejich váha nadměrně narostla a že budou druhými za jedení odsouzeni. Ve vztahu k druhým lidem čtyři respondenti uvedli, že jsou v období přejídání spíše samotářští, nevyhledávají společnost a mají tendence rušit i dlouho naplánované akce, na které se původně těšili. v rámci partnerských vztahů čtyři respondentky uvedly, že v období vyššího výskytu přejídání zaznamenaly více hádek s partnerem. Tři respondentky uvedly, že se v období přejídání straní intimity s partnery, protože si nepřipadají dostatečně atraktivní. Dvě respondentky také uvedly, že se straní společenských akcí, kde je pravděpodobnost velkého množství jídla, protože se bojí, že by se znovu přejedly. z hlediska dopadů na

duševní zdraví sedm respondentů uvedlo, že nejen bezprostředně, ale také dlouho po záchvatu pocítují úzkost. Tři respondentky uvedly zkušenost s panickými atakami. Respondentky uvádějí, že jsou si poměrně jisté tím, že kdyby záchvaty přejedení vymizely, nebyly by tolik úzkostné. Subjektivní pohled dokládají tím, že období s nižším počtem epizod je pro ně obdobím šťastným a produktivním. Vedle úzkostných stavů jsme se také ptali na depresivní symptomy. Dvě respondentky zmínily, že vykazují depresivní symptomy. Jedna z nich se dokonce léčí s těžkou depresí a udává, že přejídání její depresivní stavy prohlubuje. Druhá respondentka taktéž uvedla, že přejídání má velký vliv na její náladu a v posledních dnech se nálada tak prohlubuje, že uvažuje o nástupu na Psychiatrickou léčebnu ve Šternberku. Obě respondentky berou antidepresiva typu SSRI. Zbylí respondenti neuvedli žádné komorbidní poruchy. Na konci rozhovoru jsme respondentům položily otázku, jakým číslem od jedničky do desítky (jednička-nejhorší, desítka-nejlepší) by se ohodnotily ve zvládnutí poruchy záchvatovitého přejídání. Nejnižší číslo, které se u jedné respondentky objevilo, bylo číslo 2. Tři respondenti odpověděli číslem 3. Jedna



Obrázek 6: Dopady BED na kvalitu života

Pozn. Čísla v závorkách udávají četnost odpovědí

respondentka dala 4, další dvě respondentky daly č. 5 a tři respondentky vycházely mezi 6-7. Tyto hodnoty se shodovaly s výpovědí o subjektivní životní spokojenosti jednotlivých respondentů.

Shrnutí výzkumného cíle č. 3

Záměrem třetího výzkumného cíle bylo zjištění důsledků BED na kvalitu života. z hlediska psychologického zaměření práce byly z výzkumu vynechány dopady BED na zdravotní stav jedince a třetí výzkumný cíl byl zacílen na psychosociální důsledky BED. Větší část respondentů vykazovala narušené sebepojetí a to zejména vlivem vyšší tělesné hmotnosti, jež zapříčinila porucha záchvatovitého přejídání. Vyšší tělesná hmotnost poté respondenty omezovala v nošení oblečení dle jejich výběru, respondenti v době většího výskytu ZP také hlásili vyšší přecitlivělost na komentáře vztahující se k jejich tělu a zmínili obavy z jedení před ostatními. Ve vztahu k druhým lidem se vlivem BED opakovala tendence vyhýbat se společenským akcím, větší výskyt konfliktů s partnerem a omezení intimity kvůli pocitu nedostatečné atraktivity. Vzhledem k dopadům na duševní zdraví sedm respondentů uvedlo, že okamžitě po přejedení trpí úzkostmi, tři z nich pak mají zkušenost s panickými atakami. Dvě respondentky pak vykazují symptomy deprese, jedna dokonce těžké deprese. Obě užívají antidepressiva třetí generace. Na konci rozhovoru jsme se respondentů ptali, jaké číslo by si dali na stupnici od 1-10 (1- nejhorší, 10- nejlepší) vzhledem ke zvládnutí BED. v průměru se respondenti hodnotili číslem 4,4. Všichni respondenti zmínili, že zvládnutí poruchy záchvatovitého přejídání má značný vliv na jejich životní spokojenost.

6 DISKUZE

V diskuzi se kriticky zamýšlíme nad jednotlivými částmi práce. v **teoretické části** s názvem „Zmapování vzniku, průběhu a dopadů onemocnění u osob se záchvatovitým přejídáním, jsme byť stručně, tak věříme, že výstižně, obsáhli všechny podstatné kapitoly. Doufáme, že jednotlivé kapitoly objasňují příčiny, průběh i dopady BED a přináší o tomto onemocnění základní přehled, který tak čtenáře lépe uvádí do druhé části, části výzkumné.

V úvodní části **výzkumu**, popisujeme, na co se bude výzkum zaměřovat a jakým způsobem bude realizován. Popisujeme zde tři základní výzkumné cíle, kterým náleží tři základní výzkumné otázky, které dále rozebíráme níže v textu.

Náš **výzkumný vzorek** tvořilo deset respondentů. Podmínkou přijetí do výzkumu byla přítomnost BED a splnění základních diagnostických kritérií jako je ztráta kontroly nad jedením a konzumace velkého množství jídla v relativně krátkém čase. Zároveň se u respondentů nesměla vyskytovat žádná jiná porucha příjmu potravy. Nejdříve jsme zamýšleli, že respondenty oslovíme napřímo skrze neziskovou organizaci Anabell, která má v péči, mimo jiné klienty s PPP, i klienty s poruchou záchvatovitého přejídání. Pro respektování osobních údajů, jsme se však rozhodli oslovit klienty nepřímou cestou skrze dopis, který jsme nechali ve vstupní hale neziskové organizace. Jelikož se nám skrze tuto formu získávání participantů do výzkumu nikdo neozval, museli jsme přistoupit na druhou variantu, a to oslovení respondentů skrze sociální síť Facebook. Přes sociální síť se nám ozvalo cca 30 lidí, přičemž jsme vlivem velkého zájmu museli příspěvek o realizaci rozhovoru stáhnout. k finálnímu rozhovoru přistoupilo deset participantů, kteří všichni splňovali kritéria pro BED i pro výzkum. Náš výzkumný soubor tvořilo devět žen a jeden muž. Původně bylo zamýšleno získat pět žen a pět mužů, z důvodu nízkého zájmu mužů a vyřazení některých mužů z důvodu nesplnění základních kritérií pro výzkum, jsme přistoupili k tomuto souboru. Všechny rozhovory proběhly ve studentských místnostech knihovny Univerzity Palackého v Olomouci nebo v prostorách klidných kaváren. Aktivní přístup všech participantů si vysvětlují dobrovolností a motivací respondentů si o tématu promluvit, popřípadě jej začít řešit. První rozhovor byl realizován s mou kamarádkou, která rovněž splňuje podmínky pro BED. v rámci rozhovoru jsme narazili na otázku vztahů a možnosti zapříčinění poruchy záchvatovitého přejídání právě jejich narušením. Ačkoli

rozhovor proběhl bez problémů, kamarádka se mi několik dní po něm svěřila, že pro ni otázka byla velice citlivá a musela jí následně probírat na terapii. Vlivem této zkušenosti jsem pak na konec rozhovoru zařadila krátké popovídání si nad rozhovorem, společné zhodnocení, možnost položení otázky tazateli-mně a optala jsem se respondenta, pokud na něj po rozhovoru dolehne negativní nálada nebo úzkost, bude mít po ruce vhodnou copingovou strategii, jak situaci zvládnout. Vyústění v takovou situaci považuji za dobrou zkušenost a krátké shrnutí rozhovoru na závěr doporučuji všem podobným výzkumníkům.

Vzhledem k cílům našeho výzkumu se jako nejlepší jevil kvalitativní **desing**, za jehož hlavní metodu jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor. Pro rozhovor jsme vytvořili 21 závazných otázek v daném pořadí, které respondenti měli zodpovědět a dále jsme je v kontextu tématu nechali libovolně se vyjádřit, jak k otázkám, tak k připomínkám, které by chtěli v rámci poruchy záchvatovitého přejídání zmínit. Výhodu v této metodě vnímáme jednak v zodpovězení podstatného pro výzkum, druhak ve flexibilitě sdělení a vlivem toho i přirozenému plynutí rozhovoru. Před rozhovorem byly respondentům předloženy dva dotazníky. První, Škála záchvatovitého přejídání (BES- Binge eating scale) pro potvrzení výskytu záchvatů přejídání u našich respondentů a druhá, Rosenbergova škála sebehodnocení, pro doplnění informací o sebehodnocení, na které jsme se ptali v rozhovoru. Všichni respondenti na závěr rozhovoru uvedli, že interview jim přišlo velmi přínosné, jednak z důvodu možnosti si o problému s někým promluvit, druhak jim rozhovor poskytl možnost uvažovat nad tématem v souvislostech.

Etická pravidla výzkumu byla dopředu promyšlena a dodržena. Na začátku rozhovoru jsem všem respondentům vysvětlila dodržení anonymity, dobrovolnost na rozhovoru, možnost od rozhovoru kdykoli odstoupit či neodpovídat na otázku, která by respondentům nebyla příjemná. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním interview na diktafon. Po transkripci rozhovorů, byly všechny audionahrávky smazány. Všichni respondenti zodpověděli všechny otázky a ani jeden respondent od rozhovoru neodstoupil.

Jako **první cíl výzkumu** jsme jsme si zvolili zmapování příčin poruchy záchvatovitého přejídání. u poloviny respondentů se první záchvat přejedení objevil okolo 16. roku života, jedné respondentky okolo 12. roku života a ve zbylých čtyřech případech v pozdějším věku. Všichni respondenti uvedli, že se jednalo o velmi stresové období a jídlo pro ně bylo únikovou strategií od problému a jediným řešením. Zároveň většina respondentů uvedla kladný vztah k jídlu a zkušenost s restrikcemi ve stravování. Takové zjištění koresponduje s výzkumem Gluck (2006), který ve své studii uvádí, že nadměrná míra stresu v kombinaci

se zkušeností s dietním chováním, může působit jako faktor či spouštěč záchvatového přejídání. v rámci kategorií nejčastěji se opakujících příčin jsme se zabývali rodinnými a partnerskými vztahy osob s BED. Štecková (2007) zkoumala subjektivní pohledy dívek s mentální anorexií na jejich vztahy v rodině. Ačkoli se jedná o jiný než námi zkoumaný typ PPP, respondenti vykazali mnoho podobností ve svých rodinných vztazích, stejně jako jsme pozorovali u našich respondentů. Většina respondentů ve výzkumu Šteckové pocházela z dysfunkčních rodin. Respondentky s anorexií často neměly jednotnou výchovu, v rodinách převládala buď autoritativní typ výchovy, tj. dominantní role jednoho nebo obou rodičů ve vztahu k dítěti anebo liberální typ výchovy, kdy respondentky vyrůstaly v rodinách bez jasně stanovených pravidel a bez citové náklonosti. Respondentky ve výzkumu Šteckové uvedly, že v rodině převládala negativní komunikace, která spíše než na řešení problémů, byla zaměřena na ponížení a zesměšnění jejich problémů. v souvislosti s naším výzkumem sedm respondentů uvedlo podobné jevy. Taktéž popsali vztah s rodinami jako komplikovaný a náročný na řešení jejich problémů. Oproti výzkumu Šteckové se v našem výzkumném souboru objevovala spíše role dominantní matky než dominantního otce, kterého popisovaly respondentky s mentální anorexií.

Jako další jsme zkoumali vliv nízkého sebehodnocení na rozvoj BED. Studie Colmsee et al. (2021) potvrdila, že nízké sebevědomí a nízká sebe hodnota působí jako rizikový faktor pro vznik patologického stravování. Ačkoli nemůžeme jednoznačně říci, zda je nízké sebevědomí jednou z příčin anebo spíše udržovacím faktorem BED, všichni respondenti našeho výzkumu vycházeli dle Rosenbergovy škály sebehodnocení v oblasti podprůměru, maximálně průměru. Dle subjektivních výpovědí se respondentů se nám také potvrdilo, že nízké sebevědomí značně ovlivnilo jak nástup, tak rozvoj poruchy záchvatového přejídání.

Další sledovanou příčinou byl vztah k vlastnímu tělu. Dle Hilberta & Hartmanna (2013) vede nespokojenost s vlastním tělem k záměrným restrikcím v jídle a následnému riziku rozvoje BED. Lidé s poruchou tělesného schématu se pak velmi často kontrolují v zrcadle, nosí volnější oblečení a přehnaně se obávají o tvar a hmotnost těla. Takové chování se potvrdilo i u našich respondentů. Devět z deseti respondentů zmínilo, že jsou nespokojeni se svým tělem. Nespokojenost pak řeší omezováním se v jídle, které následně vede k záchvatům přejídání. Všichni respondenti také uvedli, že nespokojenost je zapříčiněna vyšší tělesnou váhou v dětství a zkušeností s nepříjemnými poznámkami na jejich tělesné proporce. Taková zkušenost je opět přivedla k dietnímu chování a následným záchvatům přejedení.

Další zkoumanou příčinou u našich respondentů byl perfekcionismus. Zjišťovali jsme, zda se respondenti našeho výzkumného souboru vykazují vyšší perfekcionistické rysy nebo ne. Heartherton & Baumeister (1991) ve svém modelu popisuje, že osoby s BED mají od sebe vlivem perfekcionismu velmi vysoká očekávání a jejich nesplnění vyvolává potřeba trestu a úniku a tím navozuje záchvat přejedení. Takové tvrzení se potvrdilo u třetiny našich respondentů. Jedna třetina respondentů perfekcionismus nepotvrdila, druhá třetina jej označila jako za výhodu a jedna třetina jej označila za možný spouštěč záchvatovitěho přejídání. z výpovědí těchto respondentů pak nejčastěji jídlo má formu jakéhosi úlevového ventilu před nároky, které na sebe respondenti kladou. Dle Joinera et al. (1991) pak s výskytem perfekcionismu v kombinaci s nízkým sebevědomím a nespokojeností s vlastním tělem roste riziko PPP.

Předposlední zkoumanou příčinou byl výskyt úzkostných a depresivních faktorů a možnost zapříčinění BED. v této oblasti jsme porovnávali výzkum Terezy Hacové (2018), která zkoumala vliv impulzivitu a depresivitu na poruchu záchvatovitěho přejídání. v jejím výzkumu byla zjištěna středně silná pozitivní korelace mezi depresivitou a poruchou záchvatovitěho přejídání a silná pozitivní korelace mezi impulzivitou. v našem výzkumu jsme se respondentů na impulzivní jednání neptali, avšak na depresivitu jsme se v rámci výzkumu zaměřili. Dvě respondentky uvedly, že vykazují depresivní symptomy. Jedna se dokonce léčí s těžkou depresí a obě pobírají antidepresiva typu SSRI. Zbytek respondentů deprese nevedl. z hlediska úzkostí, všech deset respondentů uvedlo, že se potýká s úzkostnými stavy. Nejčastěji se jednalo o úzkosti ve vztahu ke stravování, zejména ze ztráty kontroly nad jídlem a následněho přejídání. Takovou teorii potvrzuje i Cooper (2014), který ve své knize uvádí, že úzkosti se u osob s PPP týkají zejména jídla a konzumace a situace, kterým se osoby se ZP vyhýbají jsou nejčastěji ty, kde je přítomné jídlo. Na závěr ale dodává, že jakmile se dostane PPP pod kontrolu, úzkosti se samovolně vyřeší.

Jako na poslední část jsme se v rámci prvního výzkumného cíle zaměřili na míru dědičnosti BED. Polovina respondentů uvedla, že se domnívá, že někdo z rodiny taktěž trpí záchvaty přejídání. Zároveň také popsali, že tito rodinní příslušníci vykazují podobné symptomy BED, které respondenti sami u sebe pozorují. Jedná se například o schovávání se s jídlem, dlouhodobou snahu o redukci váhy nebo nadměrné obavy o tělesné proporce a tělesnou váhu. Výzkum v oblasti dědičnosti BED je vysoce omezený. Davis (2015) udává, že s osoby s genotypem A1- a G+ mají až 80% pravděpodobnost výskytu BED. Fišar (2009)

ale poznamenává, že k tomu, aby se BED projevila je potřeba součinnosti více faktorů např. stresových, environmentálních apod.

Za **druhý výzkumný cíl** jsme si zvolili zmapování průběhu BED. Cílem této části výzkumu je zmapovat vztah k jídlu respondentů s BED, nejčastější spouštěče, základní charakteristiky epizody přejídání, typ konzumovaného jídla při záchvatu, průměrnou délku záchvatu a četnost výskytu BED v rámci dní a týdnů. Hromádková (2013) se ve své bakalářské práci na téma Záchvatovitě přejídání u žen 19-13 let věnuje zejména ovlivňujícím faktorům a spouštěčům. Stejně jako Hromádková (2013) se i my v našem výzkumu věnujeme vztahu k jídlu a hlavním spouštěčům epizody ZP. Na otázku respondentů, co pro ně v životě znamená jídlo se nejčastěji objevovaly ambivalentní odpovědi typu radost a potěšení, odměna, útěcha a univerzální řešení na problémy, na straně druhé nepřítel a strach ze selhání. Některé odpovědi korespondovaly s výpověďmi respondentek ve výzkumu Hromádkové. i tam se opakovaly odpovědi typu přítel, štěstí a na straně druhé označení jídla jako drogy nebo prokletí. Mezi nejčastější spouštěče našeho výzkumu respondentky uvedly negativní náladu anebo silné emoce. Jednotlivé spouštěcí faktory předkládáme v obrázku č. 5 pod názvem spouštěče BE. Mezi nejčastějšími spouštěči respondenti zařazovali pocit samoty, stres (nejčastěji stres ze školy, ze změny nebo ze selhání), dále nespokojenost s vlastním tělem a strach (nejčastěji strach z opuštění, strach z nedostatečnosti a zbytečnosti a strach z nepřijetí okolím). Mezi silné emoce pak řadili vztek a silnou úzkost. v porovnání s výzkumem Hromádkové (2013) naši respondenti uváděli konkrétní emoce, zatímco Hromádková uvádí spíše situace, které spustily epizodu přejedení u jejich respondentů. Jednalo se například o hádku s partnerem, strach z hladu, tlak společnosti na štíhlost a podobně. Přesto mezi výzkumy nacházíme souvislost, protože všechny situace byly podníceny emocionálním vypjetím, stresem, nespokojeností se sebou samotným anebo silnými negativními emocemi. u našich respondentů jsme sledovali průběh ZP. Raboch et al. (2015) uvádí, že osoby s BED se nejčastěji přejídají v soukromí a nezděka kdy se s jídlem schovávají, protože se za množství snědeného jídla stydí. Takové tvrzení se potvrdilo i u našich respondentů. Všichni uvedli, že přejídání probíhá v tajnosti, s občasnou výjimkou přejedení na rodinných oslavách. Většina však uvedla, že se za takové chování stydí a nechtějí, aby o něm kdokoli věděl. Hromádková (2013) uvádí, že většina respondentů se přejídá nejčastěji ve večerních hodinách o víkendech. Takové tvrzení u našich respondentů bohužel nepotvrdilo. Respondenti v našem výzkumu nezmínili vyšší výskyt ZP v určitých dnech oproti jiným. Důvodem může být, že většina respondentů našeho

výzkumného vzorku jsou studenti anebo matka na mateřské dovolené a v těchto případech se může volný čas s časem naplněným povinnostmi prolínat. Přejedení se tak vyskytuje ve stresových nebo vypjatých situacích, ať už v týdnu nebo o víkendech. z hlediska času všichni naši respondenti uvedli dobu přejídání v odpoledních a večerních hodinách, stejně jako uvádí Hromádková (2013). Vzhledem k typu potravin, kterými se respondenti s BED nejčastěji přejídají se všichni respondenti shodují s tvrzením Rabocha et al. (2015), který uvádí, že se nejčastěji jedná o tučná a sladká, vysoce kalorická jídla. v rámci charakteristik BED jsme zkoumali průběh pocitů a nálady, před, během a po záchvatu přejedení. Většina výpovědí našich respondentů se shodovala s výzkumem Mcmana & Wallera (1995). Ti ve své studii popsali, že na počátku přejedení se objevuje pocit stresu, úzkosti a deprese, který v průběhu jedení ustává, ale na konci se obrací ještě v intenzivnější pocity selhání a frustrace z přejedení (McManus & Waller, 1995). Osm z deseti respondentů průběh epizody popsal podobně. Na počátku epizody přejedení se u nich vyskytuje nutkavá touha se přejíst. Respondenti uvedli, že svádí souboj s pocity viny a stresu ze selhání. Jakmile se ale rozhodnou, negativní myšlenky vystřídají pocity radosti a uklidnění z jedení, které se s množstvím snědeného jídla proměňují v nenávistné pocity vůči sobě, stresu z opětovného selhání a pocitů viny. Dva respondenti uvedli, že v průběhu přejídání necítí nic. k uvědomění záchvatu dochází až tehdy, když se cítí přejedení a mají pocit na zvracení. Vzhledem k průběhu ZP jsme se respondentů ptali na jiné copingové strategie, které se u nich vyskytují. Aldao et al. (2010) uvádějí, že důvodem, proč jedinci se ZP reagují tímto mechanismem, je nedostatek osvojených pozitivních copingových strategií anebo užívání jen maladaptivních strategií copingu. Takové tvrzení se u našich respondentů nepotvrdilo, téměř všichni vyjmenovali několik pozitivních strategií, kterými se snaží redukovat stres. Neutuchající bažení po jídle a nutkavá touha se přejíst je ale silnější. Takové chování může připomínat závislost na návykových látkách. Davis & Carter (2009) ve své studii uvádějí, že BED se silně překrývá se závislostí na jídle, která vykazuje stejné projevy jako závislost na jiné návykové látce. Takový fenomén jsme hledali i u našich respondentů. Aktuálně se žádný z respondentů nepotýká s problémy s alkoholem. Tři respondenti hlásili historii problémů s alkoholem, čtyři respondenti hlásili zkušenost s užíváním návykové látky a tři respondenti aktuálně pravidelně nějakou návykovou látku užívají. v kontextu poruchy přejídání tyto respondenti uvedli, že stejně jako u jídla, pociťují před užitím látky nutkavou touhu po návykové látce, následně cítí pocity uvolnění, které však brzy vystřídají pocity frustrace z opakovaného selhání. Překryv návykového chování a závislosti na jídle nebo záchvatovitého přejídání tedy i v našem výzkumu vidíme.

V rámci **třetího výzkumného cíle** jsme zkoumali důsledky poruchy záchvatovitého přejídání na respondenty s BED. Všichni respondenti uvedli, že jim záchvatovité přejídání narušuje životní spokojenost a kvalitu života. Nejčastěji zmiňovali narušené sebepojetí a to vlivem vyšší tělesné hmotnosti a zároveň pocitu nedostatečné atraktivity z důvodu nemožnosti nosit oblečení, které chtějí. Objevovala se také přecitlivělost na komentáře vztahující se k jejich postavě a obavy spojené s jedením před ostatními. Taková zjištění do jisté míry korespondovala s výzkumem Dunkleyho & Grila (2007), který popisuje, že osoby s poruchou záchvatovitého přejídání hlásí vlivem poruchy řadu vztahových a osobnostních problémů, které se týkají negativního sebehodnocení narušeného zejména vlivem vyšší tělesné hmotnosti. Respondenti ve výzkumu Dunkleyho & Grila (2007) také uvádějí, že vlivem BED více sebekritičtí a mají obtíže se sebeuvědomováním. Problematika sebeuvědomování může souviset s obtížným rozpoznáváním vlastních emocí a následným emočním jezením. Raboch et al. (2015) zmiňuje, že emoční jezení je spojeno se sociální anxiétou. Čtyři naši respondenti během rozhovoru uvedli, že v důsledku BED se obávají chození do společnosti a vyhýbají se mnohým společenským akcím. v neposlední řadě jsme se také ptali na úzkost a depresivitu plynoucí z BED. Sedm respondentů uvedlo, že trpí úzkostnými stavy. Takové úzkostné stavy se nejčastěji týkají vztahování se k jídlu a přibírání. To potvrzuje i Cooper (2014), který popisuje úzkosti ohledně jídla u osob s BED jako běžné a zároveň udává, že vyřešením poruchy příjmu potravy by tyto úzkosti měly samovolně vymizet. u malého procenta lidí se pak jedná o závažnější problém-úzkostnou poruchu, který je potřeba řešit odborně. z hlediska depresivity, dva naši respondenti popsali depresivní symptomy. Oba respondenti se léčí farmakoterapeuticky pomocí antidepressiv typu SSRI.

7 ZÁVĚR

Cílem empirické části výzkumu bylo zmapování nejčastějších příčin, průběhu a důsledků poruchy záchvatovitého přejídání.

Výsledky analýzy 10 polostrukturovaných rozhovorů přinesly tato zjištění:

Z hlediska příčin:

- Etiologii poruchy přejídání považujeme za multifaktoriální. Dle výpovědí respondentů neumíme s jistotou určit konkrétní příčinu, která by podmiňovala vznik BED, přesto si tróufáme tvrdit, že spolupůsobením několika níže uvedených příčin, stoupá riziko ohrožení výskytu BED.
- Mezi nejčastější zmiňované příčiny vzniku BED řadíme
 - o Narušené rodinné a partnerské vztahy
 - Narušený vztah k matce
 - Narušený vztah k otci
 - Nespokojenost v partnerském vztahu
 - o Narušený vztah k vlastnímu tělu a patologické stravovací návyky
 - Nespokojenost s vlastním tělem
 - Restriktivní chování v jídle
 - Nadměrné stravování v rodině
 - o Některé osobností rysy
 - Úzkostné symptomy
 - Depresivní symptomy
 - Nízké sebevědomí a nízké sebehodnocení
 - Perfekcionismus
 - o Dědičnost

V průběhu získávání dat jsme narazili na několik fenoménů, které se opakovaly v kontextu příčin. Jedním z nich bylo vzdělání našich respondentů. Ačkoli jsme se snažili oslovit osoby různého věku a vzdělání, všichni naši respondenti již dosáhli nebo aspirovali na vysokoškolský titul. Otázkou je, zda se jedná o náhodu nebo vysokoškolské vzdělání opravdu pozitivně koreluje s vyšším rizikem vzniku BED. Takové tvrzení vnímáme za vhodné pro další zkoumání. Dalším fenoménem bylo impulzivní jednání našich respondentů,

mnozí z nich udávali, že mají tendence impulzivně reagovat. Přejídání pak považovali za jakousi formu impulzivního reagování na obtížné zpracování emocí. Hacová (2018) ve svém výzkumu zkoumala impulzivitu a depresivitu u osob s BED a svým výzkumem potvrdila pozitivní korelaci záchvatů přejídání a impulzivních reaktivit.

Z hlediska druhého výzkumného cíle a analýzy průběhu záchvatového přejídání, přicházíme s těmito informacemi.

Mezi nejčastější spouštěče epizody ZP dle výpovědí našich respondentů patří negativní nálada a silné emoce. Podrobný popis spouštěčů vyobrazujeme na obrázku 5: Schéma spouštěče BED. Podstatným jevem je také vztahování se respondentů k jídlu. Většina uvádí ambivalentní vztah, kdy na jedné straně jídlo vnímá jako formu odměny a komfortní zóny, na straně druhé jako nepřítele a něco, co v nich vyvolává úzkost.

Z hlediska charakteristiky epizody bylo zjištěno, že

- Epizoda trvá v průměru jednu hodinu (výjimečně déle) a objevuje se nejčastěji v odpoledních či večerních hodinách
- Mezi nejčastější záchvatové potraviny patří tučná, vysoce kalorická a sladká jídla
- Většina respondentů během záchvatu dělá i jinou činnost (sledování televize, sociálních sítí, čtení knížky)
- Na počátku epizody se objevuje nervozita a strach z opětovného selhání, který se následným jedením proměňuje v pocit prázdna, radosti nebo úlevy. Přejedení u většiny respondentů končí pocitem na zvracení anebo vyčerpáním zásob jídla. z pocitů po záchvatu přejedení respondenti udávají nejčastěji pocit frustrace, nenávisť vůči sobě anebo pocit méněcennosti
- Z hlediska vlivu pandemie COVID-19 respondenti uvedli, že první dvě vlny (tj. v březnu a v listopadu roku 2020) měly na většinu respondentů ve vztahu k záchvatům přejídání kladný vliv. s třetí vlnou (tj. květnu roku 2021) se průběh BED zhoršil

Ve vztahu BED k návykovému chování bylo zjištěno, že

- Polovina respondentů uvedla kladný vztah k alkoholu. Tři z nich zmínili historii problémů s alkoholem.
- Na otázku, co jim alkohol přináší nejčastěji odpovídali: To samé, co jídlo. Pocit pohody a uvolnění

- Všichni respondenti pravidelně konzumující alkohol uvedli, že v průběhu jeho konzumace se objevuje vyšší tendence se přejídat
- Z hlediska jiných návykových látek tři respondenti uvedli, že užívají nikotinové výrobky. Další čtyři mají zkušenost s užíváním jiné návykové látky v minulosti
- V souvislosti s užíváním jiné návykové látky se snížil počet epizod přejedení
- Z hlediska návykového cvičení jeden respondent vykázal takovou závislost

Posledním výzkumným cílem bylo zmapování důsledků BED zejména na kvalitu života těchto jedinců. Mezi nejčastěji zmiňovanými důsledky respondenti řadili:

- Narušené sebepojetí
 - Vyšší tělesnou hmotnost až nadváhu
 - Přecitlivělost na komentáře vztahující se k jejich postavě
 - Obavy z jedení před ostatními
- Narušení vztahu k druhým lidem
 - Stranění se společnosti
 - Vyšší frekvenci hádek s partnerem v období vyššího počtu epizod BED
 - Stranění se intimity s partnerem
- Duševní zdraví
 - Úzkostné symptomy
 - Depresivní symptomy

8 SOUHRN

Oblast a téma poruch příjmu potravy, konkrétně poruchy záchvatovitého přejídání byly zvoleny na základě zájmu autorky o tuto problematiku a zároveň snahy podat cílené informace osobám, jež tímto onemocněním trpí a postrádají jakékoli informace.

Účel práce vycházel z pokusu o zmapování problematiky onemocnění záchvatovitého přejídání, konkrétně jeho příčin, průběhu a důsledků. Domníváme se totiž, že porozumění mechanismům tohoto onemocnění a dobrá diagnostika, může významně přispět k cílené a efektivní intervenci a terapii.

Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. První kapitolu věnujeme vymezení poruchy záchvatovitého přejídání, její epidemiologii, identifikaci, diagnostice a komorbiditě. v první podkapitole se věnujeme zařazení záchvatů přejídání (binge eating, ve zkratce BE) v rámci diagnostických manuálů DSM V, MKN 10 a MKN 11. v kontextu naší práce vycházíme z diagnostických kritérií DSM V, který předkládá záchvaty přejídání jako samostatnou poruchu a jako její základní diagnostická kritéria stanovuje subjektivní ztrátu kontroly nad jedením a konzumaci nadměrného množství jídla za krátký čas.

Celoživotní prevalence BED se odhaduje na 1-2 % v populaci, postihuje více ženy než muže (avšak s menším rozdílem než u jiných PPP) a může se projevit v jakémkoli věku (Kessler et al., 2013; Preti et al., 2009). Mezi nejčastější komorbidity BED patří obezita a duševní onemocnění typu úzkostných, depresivních a afektivních poruch. Nezřídka kdy se také BED pojí s abúzem alkoholu či jiných návykových látek (Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2001). Osoby s onemocněním záchvatovitého přejídání také často zmiňují narušení kvality života nejen v osobní, ale i ve společenské oblasti.

Ve druhé kapitole se zabýváme nejčastějšími příčinami vzniku BED. Příčiny dělíme dle bio-psycho-sociálního modelu a přidáváme podkapitolu o BED zapříčiněné vlivem traumatu v dětství. z hlediska biologických příčin zmiňujeme mimo genetickou predispozici pro BED i vliv hormonální produkce a dopaminového a serotoninového systému odměny na zapříčinění poruchy přejídání. v rámci psychologických faktorů podmiňujících BED se zabýváme zejména nízkým sebevědomím a nízkým sebehodnocením, které je často jednou z příčin rozvoje patologického stravování. Dále popisujeme vztah k vlastnímu tělu a poruchu tělesného schématu, která bývá původcem restriktivního stravování, které rovněž

přispívá ke vzniku BED. u osob se záchvatovitým přejídáním se v porovnání s intaktními objevují častěji některé osobnostní rysy. Jedná se zejména o tendence k perfekcionismu, výskyt úzkostných a depresivních symptomů a obtížnou regulaci negativních emocí. Všechny dílčí aspekty popisujeme v teoretické části. Mezi sociální faktory pak zařazujeme idealizaci štíhlosti, vliv médií a sociálních sítí na rozvoj BED. v neposlední řadě se také věnujeme vlivu traumatu v dětství na rozvoj poruchy záchvatovitého přejídání a upozorňujeme na riziko výskytu BED společně s další psychiatrickou komorbiditou.

Třetí kapitola teoretické části je věnována charakteristice epizody záchvatovitého přejídání. v kapitole popisujeme dobu trvání epizody, typ konzumovaného jídla při záchvatu, průměrný kalorický příjem jedince během epizody přejídání, pocity vyskytující se v průběhu jednotlivých fází epizody a frekvenci epizod v rámci dnů a týdnů. Zároveň zde popisujeme vzájemnou podobnost záchvatovitého přejídání a návykového chování a udržování záchvatovitého přejídání prostřednictvím negativní nálady.

Čtvrtá a zároveň poslední kapitola teoretické části popisuje nejčastější důsledky BED. Zabýváme se zde jednak zdravotními dopady, mezi které patří nejčastěji obezita, kardiovaskulární obtíže, metabolický syndrom a diabetes II. typu, zároveň ale klademe zvýšenou pozornost na důsledky psychosociální. Mezi ty řadíme úzkostné a depresivní symptomy, dále problémy s hazardním hráčstvím, bipolární poruchy, poruchy pozornosti (nejčastěji hyperaktivitu) a užívání návykových látek. v kontextu depresivity se zabýváme výskytem sebevražedných myšlenek u jedinců s BED a v rámci interpersonálních osobnostních problémů zmiňujeme interpersonální citlivost, paranoidní myšlenky, obsedantně kompulzivní poruchy a narušení kvality života osob s BED.

V první části **výzkumu** uvádíme tři výzkumné cíle a k nim tři výzkumné otázky. Výzkumnými cíli jsou: Zmapování nejčastějších příčin BED, charakteristiku průběhu epizody BE (binge eating) a zmapování psychosociálních důsledků osob s BED. Otázky pak odpovídají jednotlivým cílům.

Výběrový soubor tvořilo 10 respondentů, 9 žen a 1 muž, všichni vykázali BED. Výběr respondentů proběhl prostřednictvím inzerátu na sociální síti Facebook. Průměrný věk respondentů byl 23,33 let. Kritériem pro účast na výzkumu bylo splnění diagnostických kritérií dle DSM v pro BED. Tato kritéria bylo potvrzena jednak ústně, jednak výsledným skóre škály záchvatovitého přejídání-BES (Binge eating scale).

Výzkum má formu kvalitativního designu. Pro získávání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. v rámci prvního výzkumného cíle byla pro doplnění dat zvolena Rosenbergova škála sebehodnocení-RŠS. Škály BES i RSS byly respondentům předloženy před začátkem interview a na místě vyhodnoceny. Rozhovory proběhly ve studentských prostorách knihovny nebo v kavárnách. Všechny etické zásady byly dodrženy. Rozhovory byly nahrány na diktafon, přepsány a okamžitě smazány. Data z rozhovoru byla zpracována způsobem ruční analýzy a byly využity principy zakotvené teorie a trojího kódování (otevřené, axiální a selektivní kódování).

Z výsledků analýzy prvního výzkumného cíle vyplynulo, že škála příčin BED je značně variabilní a pravděpodobně neexistuje jedna konkrétní příčina, která by určovala BED. Nejčastěji se však opakovaly čtyři kategorie příčin. První z nich byla narušení partnerských a rodinných vztahů. Nejčastěji se zde objevoval vzorec tzv. „dominantní matky“, která dostatečně nereaguje na potřeby dítěte, emocionální neuspokojení, nedostatečná opora a absence emocionálního přijetí a bezpečného prostoru domova ze strany matky. Méně často se vyskytoval narušený vztah k otci. Ve vztahu k němu se nejčastěji jednalo o absenci dobře fungujícího otce nebo nedostatek pozornosti. Jedna respondentka také uvedla nespokojenost ve vztahu. Další kategorií byl narušený vztah k vlastnímu tělu a patologické stravovací návyky. Do třetí kategorie nejčastěji zmiňovaných příčin jsme pak zařadili některé osobnostní rysy jedinců s BED. Většinou se jednalo o úzkostné a depresivní symptomy, nízké sebevědomí a sebehodnocení a rysy perfekcionismu. Ve vztahu k depresivním symptomům dvě respondentky uvedly, že se léčí s depresí a obě užívají antidepressiva. Subjektivní výpovědi pocitu nízkého sebevědomí u respondentů, nám pak potvrdila skóre RŠS, která vycházela v rozmezí od 8-17 bodů (nejvyšší bodové ohodnocení je 30).

V rámci druhého výzkumného cíle jsme zkoumali hlavní spouštěče, charakteristiku epizody přejedení a návykové chování respondentů s BED. Charakteristickým pro naše respondenty byl ambivalentní vztah k jídlu. Jako nejčastější spouštěče respondenti uváděli negativní náladu a silné emoce. Vzhledem k popisu epizody respondenti zmínili, že se obvykle přejídají v soukromí, epizoda trvá v průměru jednu hodinu (výjimečně déle) a objevuje se nejčastěji v odpoledních či večerních hodinách. Většina respondentů při záchvatu dělá jinou činnost-například sleduje televizi nebo sociální sítě. Typické jídlo konzumované při záchvatu je vysoce kalorické, tučné a/nebo vysoce sacharidové jídlo. z hlediska pocitů respondenti zmiňují, že na počátku zápasí s pocitem nervozity, během

jezení pociťují bezpečí a uvolnění, které však brzy střídá pocit frustrace, viny a nenávisti. Většina respondentů uvedla tendence záchvat vykompenzovat. Vývoj BED jsme zkoumali i v souvislosti se třemi vlnami pandemie COVID-19. v prvních dvou vlnách všichni respondenti zaznamenali zlepšení, zatímco ve třetí vlně se opět frekvence ZP zvýšila. Ve vztahu k návykovému chování jsme zjistili, že šest respondentů je pravidelným uživatelem alkoholu, tři z nich zmínili historii problémů s alkoholem. Na otázku, zda se během alkoholového opojení zvyšuje tendence se přejídat, odpověděli všichni respondenti s pozitivním vztahem k alkoholu kladně. Tři respondenti jsou aktuálními uživateli návykových látek a čtyři další zmiňují historii užívání jiných návykových látek či problematického chování (užívání marihuany, nezávazný sex apod). z hlediska návykového cvičení kladně odpověděl jeden respondent. Všichni respondenti uvedli, že v období užívání návykové látky měli menší tendence se přejídat.

Třetím výzkumným cílem bylo zmapovat dopady ZP. Zmíněné dopady jsme rozdělili do tří kategorií. První kategorie se týkala narušeného sebezpojetí. Sebezpojetí u respondentů bylo narušeno zejména vlivem vyšší tělesné hmotnosti v důsledku BED. Další kategorií bylo narušení vztahů k druhým lidem, opakovala se tendence vyhýbat se společenským akcím, vyšší frekvence hádek v partnerství a stranění se intimity s partnerem. z hlediska třetí kategorie týkající se duševního zdraví respondenti uvedli úzkosti a depresivní symptomy.

9 LITERATURA

- Ágh, T., Kovács, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Vokó, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0173-9>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ålgars, M., Huang, L., Von Holle, A. F., Peat, C. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2014). Binge eating and menstrual dysfunction. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.011>
- Allison, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., Stack, R. M., Stunkard, A. J., & Williams, N. N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: Prevalence and related features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.03.014>
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242–247. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
- Bardone-Cone, A. M., Cass, K. M., & Ford, J. A. (2008). Examining body dissatisfaction in young men within a biopsychosocial framework. *Body Image*, 5(2), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.12.004>

- Baumeister R., & Boden J. (1998). Aggression and the Self: High Self-Esteem, Low Self-Control, and Ego Threat. *Human Aggression*, 111-137. <https://doi.org/10.1016/B978-012278805-5/50006-7>.
- Berner, L. A., Sysko, R., Rebello, T. J., Roberto, C. A., & Pike, K. M. (2020). Patient descriptions of loss of control and eating episode size interact to influence expert diagnosis of ICD-11 binge-eating disorder. *Journal of eating disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00342-z>
- Brosof, L. C., Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2020). Exploring the contribution of exercise dependence to eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 123–127. <https://doi.org/10.1002/eat.23156>
- Brownstone, L. M., Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Printz, K. S. (2013). Subjective and Objective Binge Eating in Relation to Eating Disorder Symptomatology, Negative Affect, and Personality Dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 2013(46), 66-76. <https://doi.org/10.1002/eat.22066>
- Bulik C. M., & Reichborn-Kjennerud T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 39-46. <https://doi.org/10.1002/eat.10204>
- Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 39–46. <https://doi.org/10.1002/eat.10204>
- Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F., Di Iorio, G., Acciavatti, T., Mancini, L., Mariani, G., Martinotti, G., Moschetta, F. S., & Di Giannantonio, M. (2012). Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *Journal of psychiatric practice*, 18(1), 5–11. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000410982.08229.99>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). a Systematic Review of the Outcome of Child Abuse in Long-Term Care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 660–677. <https://doi.org/10.1177/1524838018789154>

- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2007). Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*, 49(3), 687–690. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.06.012>
- Cibulková, J. (2020). *Poruchy příjmu potravy* [Diplomová]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Colman, A. M. (2015). *a dictionary of psychology* (Fourth edition). Oxford University Press.
- Colmsee, I.-S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders: a Meta-Analysis. *Zeitschrift Für Psychologie*, 229(1), 48–69. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433>
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Portál.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Portál.
- Cremonini F., Camillieri M., Clark M. M., Beebe J. T., Locke R. G., Zinsmeister R. A., Herrick M. L., & Talley J. N. (2009). Associations among binge eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: a population-based study. *International Journal of Obesity*, 33, 342–353. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.272>
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Levine, A. S., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2004) a survey of binge eating and obesity treatment practices among primary care providers. *International Journal of Eating Disorders* 35, 348–53.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders-a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Davis, C. (2013). Compulsive Overeating as an Addictive Behavior: Overlap Between Food Addiction and Binge Eating Disorder. *Current Obesity Reports*, 2(2), 171–178. <https://doi.org/10.1007/s13679-013-0049-8>
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6), 522–529. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000462>

- Davis, C., & Carter, J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. a review of theory and evidence. *Appetite*, *53*(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.018>
- De Bellis D. M., Hooper R. S., Spratt G. E., & Wooley P. D. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the Interanational Neuropsychological Society*, *15*(6), 868-878.
<https://doi.org/10.1017/S1355617709990464>
- Dekker, J. M., Crow, R. S., Folsom, A. R., Hannan, P. J., Liao, D., Swenne, C. A., & Schouten, E. G. (2000). Low heart rate variability in a 2-minute rhythm strip predicts risk of coronary heart disease and mortality from several causes: the ARIC Study. Atherosclerosis Risk In Communities. *Circulation*, *102*(11), 1239–1244.
<https://doi.org/10.1161/01.cir.102.11.1239>
- Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(1), 135–138. <https://doi.org/10.1002/eat.20905>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, *18*, 41–47.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour research and therapy*, *45*(1), 139–149.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop* (Second Edition). The Guilford Press.
- Fandiño, J., Moreira, R. O., Preissler, C., Gaya, C. W., Papelbaum, M., Coutinho, W. F., & Appolinario, J. C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive psychiatry*, *51*(2), 110–114.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.011>

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The Victimization of Children and Youth: a Comprehensive, National Survey. *Child Maltreatment*, *10*(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- Fitzgibbon L. M., Blackman R. L., & Avellone E. M. (2000). The Relationship Between Body Image Discrepancy and Body Mass Index Across Ethnic Groups. *Obesity Society*, *8*(8), 582-589. <https://doi.org/10.1038/oby.2000.75>
- Friederich, H.-C., Schild, S., Schellberg, D., Quenter, A., Bode, C., Herzog, W., & Zipfel, S. (2006). Cardiac parasympathetic regulation in obese women with binge eating disorder. *International Journal of Obesity (2005)*, *30*, 534–542. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803181>
- Gershoff E. T. (2013). Spanking and Child Development: We Know Enough Now To Stop Hitting Our Children. *Child development perspectives*, *7*(3), 133–137. <https://doi.org/10.1111/cdep.12038>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, *14*(3), 309–313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Gluck, M. E. (2006). Stress response and binge eating disorder. *Appetite*, *46*(1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.004>
- Godier, L. R., & Park, R. J. (2014). Compulsivity in anorexia nervosa: a transdiagnostic concept. *Frontiers in Psychology*, *5*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00778>
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Zhang, J. L., Neumark-Sztainer, D. (2016). Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Developmental Psychology*, *52*(3), 475-483. <https://doi.org/10.1037/dev0000086>

- Grilo M. C., & Masheb M. R. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obesity Society*, 9(5). <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>
- Grilo M. C., White A. M., & Masheb M. R. (2009). DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and Its Correlates in Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228-234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder: Maltreatment and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 183–188. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02303.x>
- Gruzca, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- Guss L. J., Kissileff R. H., Devlin J. M., Zimmerli E., & Walsh B. T. (2012). Binge Size Increases with Body Mass Index in Women with Binge-Eating Disorder. *Obesity Society*, 10(10), 1021-1029. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.139>
- Hacová, T. (2018). *Záchvaty přejídání a jejich souvislost s impulzivitou a depresivitou* [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/s98aoc/24720542>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický Slovník*. Portál.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647–660. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>
- Hermann, C. P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint and eating behaviour. *Journal of abnormal psychology*, 84(6), 66-72.

- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521–530.
<https://doi.org/10.1002/eat.20401>
- Hilbert, A., Hartmann, A., Alexander, J., Goldschmidt, A. B., Le Grange, D. (Ed.). (2013). *a Clinician's Guide to Binge Eating Disorder*. Routledge.
- Hromádková, E. (2013). *Záchvatovité přejídání u žen 19-30 let-ovlivňující faktory a spouštěče* [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hudson I. J., Hiripi E., Jr. Pope G. H., & Kessler C. R. (2006). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *a Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 61(3), 348-358.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hudson, JI, Hiripi, E., G. Pope, H., & Kessler, RC (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61 (3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients, *Psychological Medicine*, 31(8), 1455–66. [10.1017/s0033291701004640](https://doi.org/10.1017/s0033291701004640)
- Joiner, TE, Jr., Heatherton, TF, Rudd, MD, & Schmidt, NB (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a model of diathesis and stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 145–153. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.145>
- Junková, E. (2015). *Záchvatovité přejídání u žen 20-30 let - nejdůležitější momenty terapie* [Diplomová]. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.
- Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., & Finkelhor D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. <https://content.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kessler, R. C., Berglundová, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Benjet, C. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Society of Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Klusáková, A. (2015). *Proměny ideálu ženské krásy a jejich sdělování v kultuře* [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kranz, R., & Maloney, M. (1997). *o poruchách příjmu potravy*. Lidové noviny.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. aktual. a dopl. Vyd.). Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním* (3., dopl. a přeprac. vyd). Grada Publishing.
- Lacey J. H., Phil M. B., Coker S. (1986). Bulimia: Factors associated with its etiology and maintenance. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 475-487. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198603\)5:3%3C475::AID-EAT2260050306%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198603)5:3%3C475::AID-EAT2260050306%3E3.0.CO;2-0)
- Latner, J. D., Vallance, J. K., & Buckett, G. (2008). Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(2), 148–153. <https://doi.org/10.1007/s10880-008-9111-1>
- Levallius, J., Monell, E., Birgegård, A., Clinton, D., & Forsén Mantilla, E. (2022). Binge Eating and Addictive-Like Behaviours in Males and Females. *Psychological Reports*, 125(1), 148–166. <https://doi.org/10.1177/0033294120971750>

- Lonergan R. A., Bussey K., Fardouly J., Griffiths S., Murray B. S., Hay P., Mond J., Trompeter N., & Mitchison D. (2020). Protect me from my selfie: Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 755-766. <https://doi.org/10.1002/eat.23256>
- Mabe, A. G., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk: Facebook Use Maintains Risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516–523. <https://doi.org/10.1002/eat.22254>
- MacMillan H. L., Fleming J. E., & Trocmé N. (1997). Prevalence of Child Physical and Sexual Abuse in the Community: Results From the Ontario Health Supplement. *JAMA*, 278(2), 131–135. doi:10.1001/jama.1997.03550020063039
- Machanová, M. (2009). *Fenomén sebehodnocení: Psychometrická analýza dotazníku SLCS-R* [Diplomová]. Masarykova univerzita.
- Maloney, M., Krchová, J., Krch, F. D., & Kranz, R. (1997). o *poruchách příjmu potravy*. NLN, Nakladatelství Lidové noviny.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163–168. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(85\)90022-X](https://doi.org/10.1016/0306-4603(85)90022-X)
- Marengo D., Longobardi C., Fabris A. M., Settani M. (2017). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: The mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>
- McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H., & Masters, J. (2015). Selfies and social media: Relationships between self-image editing and photo-investment and body dissatisfaction and dietary restraint. *Journal of Eating Disorders*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-3-S1-O21>
- McManus, F., & Waller, Gi. (1995). a functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 845–863. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00042-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00042-9)

- Miovský M. (2006). *Kvalitativní Přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mitchell, J. E., Zwaan, M. de, & Steiger, H. (2007). *Annual Review of Eating Disorders Part I*. Radcliffe Publishing. <http://www.mylibrary.com?id=82413>
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada Publishing.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386–390. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada.
- Patrono, E., Gasbarri, A., Tomaz, C., & Nishijo, H. (2016). Transitionality in addiction: a “temporal continuum” hypotheses involving the aberrant motivation, the hedonic dysregulation, and the aberrant learning. *Medical Hypotheses*, 93, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2016.05.015>
- Peterson, C. B., Miller, K. B., Crow, S. J., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2005). Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 273-276. <https://doi.org/10.1002/eat.20174>
- Pipová, H., Dolejš, M., Suchá, J., Kostková, M., & Urešová, A. (2022). *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století*. Univerzita Palackého v Olomouci. <https://doi.org/10.5507/ff.20.24458212>
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1042–1056. <https://doi.org/10.1037/a0034902>
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Portál.
- Preti, A., Girolamo, G. de, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. de, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>

- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Raymond, N. C., Bartholome, L. T., Lee, S. S., Peterson, R. E., & Raatz, S. K. (2007). a comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 67–71.
<https://doi.org/10.1002/eat.20312>
- Reel, J. J. (Ed.). (2013). *Eating disorders: An encyclopedia of causes, treatment, and prevention /Justine J. Reel, editor*. Greenwood.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Self-Esteem and Negative Affect as Moderators of Sociocultural Influences on Body Dissatisfaction, Strategies to Decrease Weight, and Strategies to Increase Muscles Among Adolescent Boys and Girls. *Sex Roles*, 44. <https://doi.org/10.1023/A:1010955120359>
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., & Crow, S. J. (2005). a comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 37(3), 234–240.
<https://doi.org/10.1002/eat.20101>
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Grada.
- Serpell, L., & Troop, N. (2003). Psychological factors. *Handbook of eating disorders*, 2, 151-168.
- Sheehan V. D., MD, MBA, Herman K. B., MMM. (2015). The Psychological and Medical Factors Associated With Untreated Binge Eating Disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(2). <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01732>

- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15(4), 287-293. <https://doi.org/10.1007/BF03325311>
- Silverstone, T. (2005). *Eating Disorders And Obesity*. Amsterdam: IOS Press.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622–627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce ; Albert.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 19-29. <https://doi.org/10.1002/eat.10202>
- Striegel-Moore, R., Cachelin, F., Dohm, F., A., Pike, K., Wifley, D., & Fairburn, C. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 157-165. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2%3C157::AID-EAT1005%3E3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C157::AID-EAT1005%3E3.0.CO;2-8)
- Štecková, T. (2007). *Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií* [Diplomová]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women’s body image. *Body Image*, 15, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient’s perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/eat.10120>

- Trace, S. E., Thornton, L. M., Root, T. L., Mazzeo, S. E., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2012). Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 531–536. <https://doi.org/10.1002/eat.20955>
- Ulman, T. F., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2012). Sleep disturbances and binge eating disorder symptoms during and after pregnancy. *Sleep*, 35(10), 1403–1411. <https://doi.org/10.5665/sleep.2124>
- Wolfe, B. E., Smith, A. T., Baker, C. W., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and Utility of the Current Definition of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686. <https://doi.org/10.1002/eat.20728>
- Wonderlich A. S., Brewerton D. T., Zelijko J. C., Dansky S. B., Abbot W. D. (1997). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107-1115. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00018>
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 401–412. <https://doi.org/10.1002/eat.1101>
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (5. vydání). <https://icd.who.int>

PŘÍLOHY

Příloha č.1: Český a cizojazyčný abstrakt bakalářské práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Zmapování vzniku, průběhu a dopadů onemocnění u osob se záchvatovitým přejídáním.

Autor práce: Veronika Polášková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 104, 157 842

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 115

Klíčová slova:

Porucha záchvatovitého přejídání, příčiny poruchy záchvatovitého přejídání, průběh epizody poruchy záchvatovitého přejídání, důsledky poruchy záchvatovitého přejídání, spouštěče epizody poruchy záchvatovitého přejídání

Abstrakt:

V této bakalářské práci se zabýváme poruchou záchvatovitého přejídání (binge eating disorder). Čtenáře nejprve seznamujeme s charakteristikou tohoto onemocnění, dále vymezujeme nejčastější příčiny dle bio-psycho-sociálního modelu a vliv traumatu v dětství na rozvoj BED. v další části se zaměřujeme na charakteristiku průběhu epizody záchvatu přejedení a možné důsledky plynoucí z jeho závažnosti. Na teoretický základ plynule nasedá výzkum, ve kterém jsme použili metody polostrukturovaného interview. Data jsme analyzovali metodou tzv. ruční analýzy a využili jsme principů zakotvené teorie a trojího kódování. Z výsledků analýzy vyplynulo, že škála příčin BED je vysoce variabilní, přesto se opakovala témata jako narušení rodinných a partnerských vztahů, narušený vztah k vlastnímu tělu, některé osobnostní rysy jedinců s BED a dědičnost. Z hlediska průběhu se za nejčastější spouštěče respondenti pokládali negativní náladu a silné emoce. Pocity z jedení se

v rámci jednotlivých fází proměňují a u většiny se objevuje snaha záchvat vykompenzovat. v rámci průběhu jsme zkoumali také tendence k návykovému chování a vliv pandemie COVID-19 na vývoj BED. Za nejčastější důsledky pak respondenti považovali narušené sebepojetí, narušené vztahy k druhým lidem a vliv na duševní zdraví.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Mapping of the onset, development and impacts of the illness in persons with binge eating disorder

Author: Veronika Polášková

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 104, 157 842

Number of appendices: 4

Number of references: 115

Key words:

Binge eating disorder, causes of binge eating disorder, course of binge eating disorder episode, consequences of binge eating disorder, triggers of binge eating disorder episode

Abstract:

In this bachelor thesis, we deal with binge eating disorder. We first introduce the characteristics of this disorder, then define the most common causes according to the bio-psycho-social model and the influence of childhood trauma on the development of BED. In the next section, we focus on the characteristics of the course of an episode of binge eating disorder and the possible consequences resulting from its severity. The theoretical basis is smoothly followed by research in which we used semi-structured interview methods. We analysed the data using the so-called manual analysis method and employed the principles of grounded theory and triple coding. The results of the analysis showed that the range of causes of BED was highly variable, yet recurrent themes included disruption of family and partner relationships, disturbed relationship with one's own body, some personality traits of individuals with BED, and heredity. In terms of course, respondents considered negative mood and strong emotions to be the most common triggers. Feelings about eating varied

across the phases, and for most there was an attempt to compensate for the attack. We also examined tendencies towards addictive behaviours and the impact of the COVID-19 pandemic on the development of BED. The most common consequences were then considered by respondents to be disturbed self-concept, disturbed relationships with other people and impact on mental health.

Příloha č.2: Dotazník BES v české verzi

Škála záchvatového přejídání

Pokyny: Niže jsou očíslované skupiny výroků. Přečtěte si je všechny a z každé skupiny označte jedno tvrzení, které nejlépe popisuje vaše pocity ohledně problémů spojených s kontrolou vašich stravovacích návyků.

Otázka č. 1

- Nestydím se za svou hmotnost či tělesné proporce, když jsem s jinými lidmi.
- Znepokojuje mě, jak vnímají můj vzhled ostatní, ale většinou kvůli tomu nejsem zklamaný/á sám/a se sebou.
- Někdy se stydím za svůj vzhled a hmotnost, a jsem kvůli tomu ze sebe zklamaný/á.
- Hodně se stydím za svou hmotnost a často cítím hanbu a odpor vůči sobě. Snažím se kvůli tomu vyhýbat sociálnímu kontaktu.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 2

- Nemám problém jíst pomalu a klidně.
- I když to vypadá, že jím „hltnám“, necítím se přejedený/á či plný/á.
- Občas mám tendenci jíst rychle a pak se cítím nepříjemně přejedený/á či plný/á.
- Mám ve zvyku jíst hltnat bez žvýkání. Když se to stane, cítím se často nepříjemně přejedený/á, protože jsem toho snědl/a moc.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 3

- Jsem schopen/a ovládat svůj příjem sněženého jídla.
- Mám pocit, že svůj příjem sněženého jídla nekontroluji tak dobře jako ostatní.
- Když mám kontrolovat svůj příjem sněženého jídla, cítím se naprosto bezmocně.
- Cítím se úplně bezmocný/á ohledně svého příjmu sněženého jídla. Zoufale se nad tím snažím získat kontrolu.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 4

- Nemám ve zvyku jíst, když se nudím.
- Občas jím, protože se nudím. Většinou jsem ale schopen/a se zabavit a přestat myslet na jídlo.
- Běžně jím, protože se nudím, ale občas zvládnou zabavit svou mysl jinou aktivitou.
- Mám silný zvyk jíst, když se nudím, a nedokážu s tím nic dělat.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 5

- Většinou jím, protože fyzicky cítím, že mám hlad.
- Občas jím, i když cítím, že vlastně hlad ani nemám.
- Mám pravidelný zvyk jíst i jídlo, které nemám rád/a, jen abych utišil/a pocit hladu, a to i přesto, že fyzický hlad nemám a jíst vlastně nepotřebuji.
- Přestože nemám opravdový hlad, mám potřebu jíst jídlo (např. sendvič), které pouze uspokojí mé nutkání mít něco v ústech. Někdy, když jím, abych utišil/a tuto neodolatelnou chuť jíst, začnu jídlo vyplivovat, abych nepřibral/a na váze.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 6

- Necítím žádnou vinu či nenávist vůči sobě poté, co se přejím.
- Občas cítím vinu či nenávist vůči sobě poté, co se přejím.
- Téměř pokaždé cítím vinu či nenávist vůči sobě poté, co se přejím.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 7

- Když držím dietu, neztrácím úplnou kontrolu nad stravováním, ani v případech kdy se přejím.
- Někdy, když držím dietu a jím „zakázané jídlo“, mám pocit, že jsem to „zabral“ a sním toho ještě víc.
- Když se při dietě přejím, mám ve zvyku říkat si: „Celé jsem to zpackal/a a dál to nemá cenu.“ Když se to stane, sním toho ještě víc.
- Mám ve zvyku začít přísnou dietu, ale poruším ji záchvatem přejídání. Můj život vypadá buď jako „hostina“ nebo „hladomor“.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 8

- Mállokdy toho sním tolik, abych se pak cítil/a nepříjemně přejedený/a.
- Přibližně jednou za měsíc sním tolik jídla, že se cítím velmi přejedený/á.
- Několikrát do měsíce mám období, kdy jím k obědu, večeři nebo svačině doslova kvanta jídla.
- Běžně jím tolik, že se posléze cítím nepříjemně a je mi nevolno.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 9

- Běžně se můj příjem kalorií příliš nezvyšuje, ani nesnižuje.
- Občas, když se přejím, tak pak omezím příjem kalorií na minimum, abych vyvážil/a nadbytek kalorií, který jsem snědl/a předtím.
- Mám zvyk se přejídat v noci. Zdá se, že obvykle ráno nemívám hlad, ale přejídám se večer.
- Během mé dospělosti mívám týdenní období, kdy se prakticky vyhladovím. Pak následují období, kdy se přejídám. Zdá se, že žiju život jako „hostinu, nebo hladomor“.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 10

- Většinou dokážu přestat jíst, když chci. Víím, kdy mám dost.
- Občas mám silnou potřebu jíst, kterou nemám pod kontrolou.
- Často mívám velmi silnou potřebu jíst, kterou někdy dokážu ovládnout a jindy ne.
- Cítím, že nedokážu kontrolovat svou potřebu jíst. Bojím se, že nejsem schopen/a přestat jíst z vlastní vůle.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 11

- Nemám žádný problém přestat jíst, když se cítím sytý/á.
- Obvykle dokážu přestat jíst, když se cítím sytě, ale občas se přejím a poté se cítím nepříjemně přecpaný/á.
- Neodkážu přestat jíst, jakmile začnu a pak se obvykle se cítím nepříjemně přecpaný/á.
- Protože nezvládnou přestat jíst, když chci, občas musím vyvolat zvracení, abych si ulevil/a od pocitu přecpání.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 12

- Jím v podstatě stejné množství jídla, když jsem mezi lidmi (rodina, společenské akce), jako když jsem sám/sama.
- Někdy, když jsem s druhými lidmi, toho nejím tolik, kolik bych chtěl/a, protože se za své jezení stydím.
- Běžně jím před ostatními méně, protože se za své jezení velmi stydím.
- Tak moc se stydím za své přejídání, že se přejídám pouze v případě, když mě nikdo nevidí. Cítím se jako "tajný jedlík".
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 13

- Jím tři hlavní jídla denně (snídaně, oběd, večeře) a mezi nimi někdy svačím.
- Jím tři hlavní jídla denně (snídaně, oběd, večeře) a mezi nimi většinou svačím.
- Když hodně svačím mezi jídly, mám pak ve zvyku vynechávat pravidelná jídla.
- Pravidelně nastávají období, kdy to vypadá, že jím neustále, bez hlavních jídel.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 14

- Moc nepřemýšlím nad tím, zda mám hlídat svou nutkavou potřebu jíst.
- Mám pocit, že někdy strávím mnoho času přemýšlením nad tím, kolik jsem snědl/a nebo, že bych už neměl/a jíst.
- Mám pocit, že běžně strávím mnoho času přemýšlením nad tím, kolik jsem toho snědl/a nebo ve snaze toho nesíst víc.
- Přijde mi, že většinu času myslím na jezení či nejezení. Mám pocit, že neustále bojuji s tím, abych nejedl/a.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 15

- O jídle moc nepřemýšlím.
- Mívám silnou touhu po jídle, ale ta trvá pouze krátkou dobu.
- Mívám dny, kdy se zdá, že nedokážu myslet na nic jiného než na jídlo.
- Většinu času strávím přemýšlením o jídle. Mám pocit, že žiji, abych jedl/a.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Otázka č. 16

- Většinou poznám, jestli mám nebo nemám hlad. Podle toho si dám adekvátní porci jídla, která mě uspokojí.
- Občas si nejsem jistý/á, jestli mám nebo nemám hlad. V takových chvílích je těžké poznat, kolik si mám dát jídla, aby mě to uspokojilo.
- Přestože asi vím, kolik kalorií bych měl/a sníst, nemám ponětí o tom, co je pro mě „normální“ porce jídla.
- Nemůžu se zařadit do žádné z uvedených odpovědí.

Příloha č.3: Rosenbergova škála sebehodnocení (self-esteem)

ROSENBERGOVA ŠKÁLA SEBEHODNOCENÍ (SELF-ESTEEM)

Zaškrtněte prosím políčko, které nejlépe vyjadřuje váš postoj k danému výroku:

		Naprost souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Naprost nesouhlasím
1.	Mám pocit, že jsem jako člověk přinejmenším stejně hodnotný stejně dobrý, jako ostatní.				
2.	Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.				
3.	Celkově mívám tendenci považovat se neúspěšného člověka.**				
4.	Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře, jako většina ostatních lidí.				
5.	Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdý.**				
6.	Mám k sobě kladný vztah.				
7.	Celkově jsem se sebou spokojený.				
8.	Chtěl bych si sám sebe víc vážit.**				
9.	Občas mám dost pocit, že nejsem užitečný.**				
10.	Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožný.**				

Jak odpovědi bodovat: Položky 1, 2, 4, 6, 7:

Naprost souhlasím = 3, Souhlasím = 2, Nesouhlasím = 1, Naprost nesouhlasím = 0.

Položky 3, 5, 8, 9, 10 (jsou polarizovány opačně a jsou označeny **):

Naprost souhlasím = 0, Souhlasím = 1, Nesouhlasím = 2, Naprost nesouhlasím = 3.

Hodnota skóre se pohybuje v intervalu 0-30, kdy 30 značí nejvyšší skóre a tedy nejvyšší (nejvíce pozitivní) sebehodnocení.¹ Při aplikaci stupnice odstraňte hvězdičky, které označují položky opačné polarizace.

¹ Je možné bodovat také na stupnici 1-4, pak bude výsledné skóre v intervalu 10-40.

Příloha č.4. Seznam otázek k rozhovoru

Kdy máte pocit, že u Vás záchvatovitě přejídání začalo?

Jak vypadá takový záchvat přejedení? Uměl/a byste popsat co je jeho spouštěčem, jaký má průběh a jak obvykle končí?

Napadá Vás, co by mohlo být ve Vašem případě příčinnou vzniku záchvatovitého přejídání? Které životní události považujete za stěžejní pro vznik ZP?

Jaký vliv na Vás měla pandemie Covid-19? Ovlivnila nějak průběh ZP?

Cítíte se spokojen/a ve svém těle? Chtěl/a byste na něm něco změnit?

Setkal/a jste se někdy s nepříjemnými poznámkami mířenými na Vaši postavu?

Držel/a jste někdy dietu? Pokud ano, máte pocit, že se v/po období počet epizod přejídání navýšil?

Jaké jsou stravovací návyky Vašich rodičů?

Jak byste definoval/a Vaše vztahy v rodině?

Jakou roli ve Vašem životě hraje jídlo?

Kdybyste měl/a zhodnotit své sebevědomí, hodnotil/a byste je jako spíše nízké nebo spíše vysoké?

Jakých vlastností si sám/sama na sobě nejvíce vážíte?

Jak se mění Váš pohled na Vás samotného/samotnou, když si zrovna procházíte obdobím, ve kterém se vyskytuje více epizod přejídání, než je pro Vás obvyklé?

Stává se Vám někdy, že se příliš obáváte věcí, ačkoli víte, že strach z nich není opodstatněný, přesto neumíte své obavy dostat pod kontrolu?

Jaký vliv má přejedení na Vaši náladu? Jak se po přejedení cítíte?

Míváte tendence odkládat věci, když víte, že je nedokážete dovést k dokonalosti?

Jaký je Váš vztah k alkoholu? Jaké množství alkoholu vypijete v průměru za den/týden?

Kouříte nebo užíváte jiné návykové látky?

Jaký je Váš vztah ke cvičení?

Pokud na Vás přichází pocit přejetí, jakým způsobem se ho snažíte zvládnout?

Pokud byste měl/a na škále od 1-10 (jednička je nejhorší a desítka nejlepší) hodnotit aktuální úspěšnost v boji proti ZP, jaké číslo byste si dal/a?