

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra mikrobiologie, výživy a dietetiky



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

Problematika poruch příjmu potravy u adolescentů

Bakalářská práce

Anežka Sekerová

Výživa a potraviny

Ing. Mgr. Diana Chrpová, Ph. D.

© 2023 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

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

V Praze dne 20.4. 2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Ing. Mgr. Dianě Chrpové, Ph.D. za pomoc při psaní, užitečné rady a připomínky, trpělivost a za čas, který mi v průběhu psaní věnovala. Chtěla bych také poděkovat svým přátelům a rodině, kteří pro mě byli při psaní práce velkou oporou.

Problematika poruch příjmu potravy u adolescentů

Souhrn

Práce se zabývala komplexním přehledem poruch příjmu potravy se zaměřením na adolescenty, jakožto ohroženou skupinu.

Úvodní kapitola teoretického celku pojednávala o charakteristice a samotné definici poruch příjmu potravy. Vymezila především dva nejčastější a nejzávažnější syndromy, tj. mentální anorexii a mentální bulimii. Dále byly zmíněny i atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy a doplněním kapitoly byla také data o prevalenci těchto onemocnění. Následující kapitola poukazovala na to, jakou roli hrají v problematice poruch příjmu potravy biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní faktory. Teoretická část se dále zaměřila na dospívání jako rizikové období a popsala, k jakým specifickým změnám v této životní fázi dítěte dochází a také byla vyzdvihnuta důležitost aspektu výživy. Na téma navázala literární rešerše doplňující informace z oblasti diagnostiky daných onemocnění. Výklad pokračoval problematikou komorbidit a vymezil zdravotní důsledky anorexie i bulimie. Kapitola o interdisciplinární léčbě těchto onemocnění uzavírá celou teoretickou část. Zde byly v dílčích úsecích popsány jednotlivé oblasti terapie, které pomáhají jedinci v léčbě. Nejvíce pozornosti bylo kladeno na nutriční terapii, konkrétně na úpravy diety a možné způsoby umělé výživy.

Praktická část byla empiricky založena na kvalitativním výzkumu, který vycházel z formy strukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnily dvě respondentky, které v průběhu období dospívání trpěly poruchou příjmu potravy – mentální anorexií. Faktické informace z rozhovorů byly použity pro sestavení kazuistik s jednotlivými anamnézami a průběhy onemocnění. V rámci praktické části bylo provedeno sestavování a propočítávání konkrétních jídelních plánů během onemocnění a hospitalizace, které se specificky zaměřilo na důležité nutrienty v tomto období. Získaná data byla porovnána s doporučenými denními dávkami živin a došlo k celkovému zhodnocení. Na příkladech zjištěných deficitů různých složek byly uvedeny jejich konkrétní zdravotní dopady.

Jako hlavní poznatek práce lze konstatovat, že se oběma respondentkám podařilo nemoc překonat díky odborné léčbě, včasným intervencím a podpoře ze strany blízkých. Souvisejícím zjištěním je fakt, že mentální anorexie a s ní spojený kriticky malý příjem energie měly u obou respondentek za důsledek celoživotní nebo dlouhodobé zdravotní komplikace.

Klíčová slova: mentální anorexie; mentální bulimie; období dospívání; výživa; nutriční terapie

Problems of eating disorders in adolescents

Summary

This thesis provided a comprehensive overview of eating disorders focusing on adolescents as a vulnerable group.

The introductory chapter of the theoretical section discussed the characteristics and definition of eating disorders, specifically highlighting the two most common and severe syndromes, namely, anorexia nervosa and bulimia nervosa. The chapter also mentioned atypical and nonspecific forms of eating disorders and included data on the prevalence of these conditions. The following chapter emphasized the role of biological, psychological, familial, and sociocultural factors in the issue of eating disorders. The theoretical section further focused on adolescence as a risky period and described the specific changes that occur during this stage of a child's life, as well as the importance of nutrition. A literature review was conducted to supplement information on the diagnosis of these disorders. The discussion continued with comorbidity issues and outlined the health consequences of anorexia and bulimia. The chapter on interdisciplinary treatment of these disorders concluded the entire theoretical section. The various areas of therapy that aid individuals in treatment were described in detail, with particular emphasis on nutritional therapy, specifically dietary modifications and possible methods of artificial nutrition.

The practical section was based on qualitative research that utilized a structured interview format. Two female respondents who suffered from anorexia nervosa during adolescence were included in the study. The factual information obtained from the interviews was used to create case studies with individual histories and courses of illness. Within the practical section, specific meal plans were formulated and calculated during illness and hospitalization, focusing specifically on important nutrients during this period. The obtained data was compared with recommended daily nutrient intake, and a comprehensive evaluation was performed. Specific health consequences were also identified based on examples of various component deficiencies. The main conclusion of the study was that both respondents were able to overcome their illness through specialized treatment, timely interventions, and support from family and friends. Related findings included the fact that anorexia nervosa and its associated critically low energy intake had lifelong or long-term health complications for both respondents.

Keywords: anorexia nervosa; bulimia nervosa; adolescence; nutrition; nutritional therapy

Obsah

1	Úvod	9
2	Cíl práce.....	10
3	Literární řešerše.....	11
3.1	Definice a charakteristika poruch příjmu potravy	11
3.1.1	Mentální anorexie.....	12
3.1.2	Mentální bulimie	13
3.1.3	Ostatní poruchy příjmu potravy	14
3.2	Etiologie poruch příjmu potravy	15
3.2.1	Biologické faktory.....	15
3.2.2	Psychosociální a osobnostní faktory	16
3.2.3	Sociokulturní faktory	16
3.3	Období adolescence jako riziková skupina.....	17
3.3.1	Definice dospívání	17
3.3.2	Tělesná proměna	18
3.3.3	Výživa dospívajících a důležité nutrienty	18
3.4	Diagnostika a symptomy mentální anorexie a mentální bulimie.....	21
3.4.1	Diagnostika a symptomy u dospělých.....	21
3.4.2	Diagnostika a symptomy PPP adolescentů	22
3.5	Vliv poruch příjmu potravy na organismus	25
3.6	Terapie poruch příjmu potravy	26
3.6.1	Nutriční terapie.....	27
3.6.1.1.	Úprava diety	27
3.6.2.1.	Umělá výživa	28
3.6.2	Psychoterapie	29
3.6.3	Farmakoterapie.....	30
3.6.4	Svépomocné organizace.....	30
4	Metodika	31
4.1	Sběr dat.....	32
4.1.1	Kazuistika I	33
4.1.2	Kazuistika II.....	39
5	Výsledky a diskuze.....	43
6	Závěr	46
7	Literatura.....	47
8	Seznam použitých zkratk a symbolů	55
9	Seznam tabulek a obrázků	56

9.1	Seznam tabulek	56
9.2	Seznam obrázků.....	56
10	Samostatné přílohy	I

1 Úvod

Příjem potravy představuje jednu ze základních životních potřeb každého jedince. Kvalitní a vyvážená strava má zásadní vliv na celkovou kvalitu a délku života. Správné složení jídelníčku a zdravý životní styl dokáže pozitivně ovlivnit nejen fyzickou, ale také psychickou kondici organismu.

Problematika poruch příjmu potravy se stává stále více diskutovaným tématem nejen v odborných kruzích, ale i mezi laickou veřejností. S nárůstem prevalence těchto poruch u dětí a adolescentů získává toto téma na důležitosti. Dospívání je obdobím rychlého růstu a vývoje, které přináší nové výzvy a zkušenosti, a proto může být jedinec velmi zranitelný. Poruchy příjmu potravy mohou mít v tomto období nepříznivý vliv na celkový zdravotní stav a následky mohou být až smrtelné. V této práci se čtenář seznámí s celistvou problematikou těchto poruch, včetně diagnostiky a následné léčby. V praktické části jsou prezentovány a vyhodnoceny příběhy dvou žen, které v období dospívání onemocněly mentální anorexií.

2 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zpracovat problematiku poruch příjmu potravy u adolescentů. Dílčím záměrem práce bylo zjistit aktuální postupy terapie těchto onemocnění se zaměřením na dietoterapeutické postupy.

V rámci praktické části byl cílem kvalitativní výzkum ve formě rozhovorů, ze kterých byly následně vypracovány kazuistiky a vzorové jídelníčky. Práce si dala za cíl porovnat energetický příjem a celkově zhodnotit stravování během nemoci a v období léčby.

3 Literární rešerše

3.1 Definice a charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) považujeme za psychiatrická onemocnění, jejichž hlavním znakem je patologický vztah k jídlu a vlastnímu tělu. Vyskytují se na pomezí psychosomatických poruch, neurotických poruch a závislostí. O PPP hovoříme tehdy, když jedinec používá jídlo coby způsob řešení svých emočních problémů (Hartl & Harlová 2009).

PPP řadíme mezi multifaktoriální psychická onemocnění, to znamená, že jejich vznik podmiňuje více faktorů. V posledních letech jsou velmi frekventovaným předmětem zájmu. Téma rozebírá jak laická veřejnost, tak i odborníci. Hovoří se o nich v médiích, na sociálních sítích, v podcastech, na seminářích, v odborném textu a na celostátních konferencích. Tento zájem je zcela adekvátní a zasloužený, neboť tyto poruchy spadají mezi velice závažná život ohrožující onemocnění s komplikovanou léčbou.

Světová zdravotnická organizace uvádí ve své Mezinárodní klasifikaci nemocí dle desáté revize (dále jako MKN 10), že PPP jsou klasifikovány jako Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory a označují se F50.

Jedná se primárně o psychiatrická onemocnění se závažnými psychickými a fyzickými důsledky, která v nejhorších případech končí smrtí. Mnozí si tuto krutou realitu neuvědomují a tyto choroby jsou vnímány převážně po estetické stránce. Velkým rizikem těchto onemocnění je často fakt, že nemocní si diagnózu nepřipouštějí a nemají patričnou sebereflexi. S problémem tohoto zlehčování se pojí i mylná představa především laické veřejnosti o skutečnosti, že tato onemocnění jsou trendem moderní doby, avšak tyto poruchy se objevovaly již před mnoha staletími (Navrátilová & Hamrová 2009; Papežová 2021). Krch (2005) vymezuje PPP jako nejčastější a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu i nejzávažnější onemocnění dospívajících děvčat a mladých žen.

Další pohled na problematiku, který značně překáží v jednoduché diagnostice onemocnění, popisuje Krch (2010). Uvádí, že někdy je obtížné posoudit, kdy se jedná o pouhou redukční dietu a kdy je již chování patologické a začíná PPP. Zvláště, když je dieta, kterou člověk dodržuje, považována za zdravou výživu nebo se tak stravují lidé v našem okolí. V dnešní moderní době je spousta alternativních způsobů života, ke kterým se dá vzhlízet jako ke vzorům hodným následování. Mnohdy se nezdravé stravování a ideály týkající se tělesného vzhledu považují za společensky přijatelné. Proto je důležité si uvědomit, že názory a standardy ohledně stravování se během času mění. Toto může být pro některé osoby matoucí a vést k následování nezdravého životního stylu.

V obecnosti lze definovat PPP v případě, že potrava začne ovlivňovat všechny stránky života (Sadock et al. 2009; Krch & Fialová 2013). Dále onemocnění vymezují Moleney (1997) a Papežová (2018); o poruchu se jedná v případě, když člověk využívá jídlo k řešení svých emocionálních problémů, může se jednat o kompenzační situaci, kdy se snaží si ulevit, odpoutat se od reality za pomoci jídla nebo diety. Jestliže se pro člověka stane jídlo jeho hlavní životní náplní a má na něm určitou závislost, můžeme hovořit o PPP.

O vzrůstajícím výskytu PPP informuje Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Upozorňuje na novou studii, která prokázala zvýšení prevalence

(podíl postižených jedinců ku celkové populaci) onemocnění od počátku 21. století ze 3,5 % na 7,8 % (Česká psychiatrická společnost 2023).

Dle Papežové a Hanusové (2012) jsou poruchy nejčastější u mladých žen a dívek, ale vyskytují se i u chlapců a mladých mužů, přičemž se zdá, že jejich počet narůstá. U dospělých se obvykle vyskytují 10krát častěji u žen než u mužů. PPP jsou považovány za silně spjaté s feminitou, ale v poslední době se u mužského pohlaví objevují čím dál více. Nejvíce se prevalence zvedá u skupin sportovců a menšinových subkultur. Mužské projevy PPP se mohou lišit od ženských, muži se často zaměřují spíše na přírůstek svalů, jedná se tedy o typ svalové dysmorfie nazývaný bigorexie (Nagata et al. 2020). V posledních letech v České republice zaznamenávají odborníci rapidní nárůst výskytu PPP u adolescentů ve věku 15 až 19 let (Česká psychiatrická společnost 2023).

Podle nejnovější verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace se do poruch příjmu potravy vřazují dva vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto poruchy se často prolínají nebo střídají. Kromě těchto onemocnění existují atypické nebo jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Jedná se o kombinaci mentální anorexie s mentální bulimií, psychogenní přejídání a vcelku nové formy PPP – drunkolexie, bigorexie, diabulimie nebo ortorexie.

S ohledem na zaměření práce a na informace uvedené výše, budou v následujícím textu považováni za typické pacienty s poruchami příjmu potravy adolescenti – jak chlapci, tak dívky v období puberty. Tato skupina se v rámci vývojové psychologie řadí do vývojového období dospívání, které bude podrobněji popsáno v samostatné kapitole.

3.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (*Anorexia nervosa*) je psychiatrické onemocnění, které se vyskytuje u pacientů úmyslně snižujících svoji hmotnost. Mentální anorexie (MA) je podle desáté revize MKN-10 řazena mezi poruchy duševní a poruchy chování. Je označována F50.0. Lidem trpícím MA vyvolává hubnutí a omezování příjmu potravy blažené pocity; přináší jim pocit, že mají své tělo a svůj vzhled pod kontrolou a tím nabývají dojmu, že něco ovládají. Dostaví se pocit štěstí, radosti, vyšší sebevědomí a sebeuspokojení. Na počátku mohou být podporováni i svým okolím, pacient může být obdivován pro svou schopnost udržet kontrolu nad jídlem a dostane se mu více pozornosti. Následně se ale tato posedlost promění v obavy ze ztráty disciplíny a touhy po stále více štíhlé postavě. Strach z přírůstku hmotnosti se stane nejdůležitějším faktorem v životě. Postižená osoba ztrácí vůli a schopnost své chování racionálně ovládat a sama změnit. MA začíná tam, kde postižení nemohou s hladověním přestat a ztráta váhy se tak stává součástí jejich životního stylu (Krch 2010; Papežová & Hanusová 2012).

Tento model chování pacientů Navrátilová a Hamrová (2009) rovněž popisují jakožto postupné ubývání hmotnosti, které je vyvoláno z vlastní vůle a je konstantně udržované. Také se objevuje specifická psychopatologie ve formě strachu z tloušťky. Z postupného snižování hmotnosti nastává podvýživa, kterou doprovázejí endokrinní a metabolické změny.

Osoby trpící MA nepřijímají jídlo z důvodu nechuti nebo že by u nich neexistoval pocit hladu, ale nechtějí přijímat potravu a pocit hladu se jim naopak zamlouvá. Nechutenství je poté

následkem dlouhodobějšího hladovění. Nemocní nehlídají jen množství potravy, ale také skladbu jídla a jeho energetickou hodnotu (Hartl & Hartlová 2000; Papežová 2021).

Podle studie Navrátilové a Hamrové (2009) patří MA mezi psychiatrická onemocnění s nejvyšší úmrtností v porovnání s ostatními psychickými poruchami. Tento údaj je doplněn Papežovou (2018), která uvádí, že v období dospívání se jedná o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší než u jiných psychiatrických pacientů a až desetkrát vyšší ve srovnání se zdravou populací.

V pátém vydání Diagnostického a statického manuálu duševních poruch (DSM-5) je MA je rozdělena na restriktivní a purgativní typ. Purgativní typ je charakterizovaný doprovodným chováním jako je zvracení nebo užívání laxativ.

Podle Krcha (2015) při purgativním (bulimickém) typu MA dochází u pacientů k opakovaným záchvatům přejídání. Pacienti trpící restriktivním typem (nebulimickým) tento jev neprokazují.

Nejnovější kritéria DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uvádí prevalenci MA okolo 4 %. Prevalence poruchy u adolescentních a mladých žen je podle Hartla et al. (2000) 5–10 %. Papežová (2021) dále uvádí výskyt MA v 90–95 % u dospívajících a mladých žen a 5–10 % u mladých chlapců a mužů. Některé zdroje uvádějí celoživotní prevalenci 3,7 % (Papežová 2018).

Látalová et al. (2015) dodávají, že v poslední dekádě se počet pacientů s tímto onemocněním zvýšil. Jednou z příčin tohoto trendu, může být fakt, že společnost přikládá vzhledu především mladých žen příliš velký důraz. Závažnost MA u žen potvrzuje Papežová (2018). Začátek onemocnění je typický pro věkové období adolescence, nejčastěji začíná ve věku kolem 17 let, ale vyskytnout se může jak u dívek mladších, tak i u žen starších, dokonce mohou být postiženy ve výjimečných případech i ženy po menopauze (Smolík 1996; Krch 2010). Anorexie úzce souvisí s mentální bulimií. Obě poruchy mohou přecházet jedna v druhou, nebo se prolínat. Častější je průběh, kdy se u jedince objeví nejprve MA, která po určité době přejde v mentální bulimii a pak se střídá epizoda mentální bulimie s epizodou mentální anorexie (Nývtlová 2008; Papežová 2018).

3.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (*Bulimia nervosa*) spolu s mentální anorexií spadají do kategorie poruch příjmu potravy. Mentální bulimie (MB) je charakteristická záchvaty touhy po jídle, které se pravidelně opakují. Tyto ataky jsou spojené s příjmem nadměrného množství stravy, někdy postižení zkonsumují více než 2000 kcal najednou. Poté se dostaví pocity tělesného diskomfortu a znechucenosti, deprese a výčitek (Orel 2012), tyto nepříjemné stavy se pacient snaží zahnat tzv. kompenzačním chováním – záměrným vyvoláním zvracení, požitím diuretik a projímadel, extrémním pohybem a cvičením (Carr-Gregg 2012; Papežová 2021).

MB a MA mají společnou řadu klinických vlastností a často se MB vyvíjí právě z MA. Hlavním rozdílem je, že osoby s MB mají neodolatelnou chuť a touhu po jídle a často si i udržují normální hmotnost (Rokyta 2015). MB postihuje každou pětistou ženu a každého padesátého muže. Podle odhadů se vyskytuje dvakrát častěji než MA (Carr-Gregg 2012).

MB podle Krcha (2010) dělíme podle charakteristických rysů na dva základní typy, které jsou popsány následovně:

- 1) **Purgativní typ** charakterizuje velký strach z přibývání na váze, nemocný opakovaně zvrací a zneužívá laxativa.
- 2) **Nepurgativní typ**, nemocný dodržuje přísné diety nebo hladovky a často dochází k velké fyzické aktivitě.

3.1.3 Ostatní poruchy příjmu potravy

Dvě předešlé PPP řadíme mezi nejčastější a také nejznámější. Ovšem mezi tyto poruchy spadá celá řada dalších. Konkrétně budou zmíněny ortorexie, psychogenní přejídání, drunkorexie, bigorexie a diabulimie.

Ortorexie

Ortorexie (*orthorexia nervosa*) je pojem odvozený z řeckých slov orthos (přísnost) a orexia (chuť k jídlu). Toto onemocnění charakterizuje obsedantní závislost nebo tendence jíst co nejlépe a nejzdravěji. Ačkoli se ortorexii věnuje stále větší pozornost v mainstreamových médiích, ve vědecké sféře není zatím dostatečně probádaným a prodiskutovaným tématem (Chapy 2020).

Tento styl stravování se může některým lidem zdát jako neškodný, ale opak je pravdou. Pacienti trpící ortorexii se vyhýbají potravinám, které považují za nečisté, např. protože obsahují pesticidy, herbicidy nebo umělé látky. Také se nadměrně obávají technik zpracování potravin a ve výsledku konzumují velmi omezené spektrum pokrmů, které je nutričně nedostačující (Zamora et al. 2005; Papežová 2021).

Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání (PP) je nedávno diagnostikované onemocnění, kterému se v posledních letech věnuje čím dál větší pozornost. Jedinec s PP trpí neustálým zabýváním se jídlem a typickým bažením po jídle, které může být připodobněno k touze po drogách (Kviatkovská et al. 2016; Papežová 2018).

Autoři (Jaššová et al. 2020) uvádí, že kvantum jídla pozřeného během jedné epizody PP činí až 1500-4500 kcal (což je pro někoho až dvojnásobek běžného denního příjmu). Dle Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2013) je PP spojeno s řadou nevalných důsledků jedince včetně problému v sociální rovině, zhoršené kvality života, což souvisí s jeho zdravím a životní spokojeností, dále jsou spojovány s vyšší nemocností a úmrtností. PP může vést k nadváze, obezitě, vysokému cholesterolu či vysokému krevnímu tlaku, zvýšenému cukru v krvi nebo problémům se žlučníkem. Typickou komorbiditou (onemocnění, vyskytující se společně s primární chorobou) jsou depresivní poruchy, bipolární poruchy a úzkostné poruchy (Švédová 2012).

Drunkorexie

Termín drunkorexie označuje akt, kdy si osoba sama od sebe vynucuje extrémní metody kontroly hmotnosti, aby kompenzovala konzumaci alkoholu (Giada et al. 2018).

Bigorexie

Bigorexie byla poprvé zmíněna na počátku 20. století v USA. Jedná se o neukotvené onemocnění s prvky obsedantně-kompulzivní poruchy. Vyznačuje se posedlostí vzhledem vlastnímu tělu, strachem z nedostatku svalů a naléhavou potřebou nadměrného fyzického cvičení. Porucha může způsobit další závažná onemocnění a často je také spojena se závislostí na anabolických steroidech nebo jiných návykových látkách (Tovt & Kajanova 2021).

Diabulimie

Aktuálně se intenzivně zkoumá vztah mezi diabetem a poruchami příjmu potravy. Diabetes mellitus (zvláště 1. typu) zvyšuje riziko vzniku PPP, zatímco u lidí trpících těmito poruchami se častěji vyskytuje diabetes 2. typu, u diabetiků trpících PPP častěji dochází k psychiatrickým komorbiditám. Mezi ně spadají panické ataky, deprese a úzkosti (Goodwin et al. 2003).

Diabulimie není oficiální diagnózou, ale zahrnuje patologické chování diabetiků. Jedinci záměrně vynechávají či redukují dávky inzulínu za účelem redukce hmotnosti (Krch 2010; Brunerová 2018).

3.2 Etiologie poruch příjmu potravy

Následující kapitola se věnuje rizikovým faktorům a predispozicím, které vedou ke vzniku PPP nebo značnou mírou přispívají k jejich rozvoji. Obecně nelze říci, jaké jsou příčiny vzniku těchto chorob, ani odborníci nemají na tuto otázku jasnou odpověď. Většinou se nejedná pouze o jeden faktor, ale spíše o celou řadu různých činitelů a vlivů, které je obtížné hodnotit a klasifikovat. PPP jsou důsledkem konstelace působení biologických, psychických a sociokulturních vlivů. Vyvolávací faktory a situace neexistují samostatně nýbrž se vzájemně ovlivňují. V určitém věku a situaci mohou narušit psychickou stabilitu adolescentů, což zvyšuje jejich citlivost vůči kritice a vede k nižšímu sebevědomí. Situace může vyvolat koloběh nadměrného sledování a hodnocení svého těla, dojde k posedlosti kontroly hmotnosti a potravy (Krch 2005; Papežová 2018).

3.2.1 Biologické faktory

Na biologické úrovni hovoříme o funkci neurotransmiterů, neuropeptidů a dalších řídicích mechanismů přijímání potravy. Tyto systémy se podílejí na dlouhodobé regulaci váhy a obsahu tuku v těle. Jejich funkce je umožněna díky komplexním interakcím centrální nervové soustavy a periferních orgánů. Konkrétně látkami peptidické povahy, leptinem, ghrelinem, inzulínem a glukokortikoidy (Papežová 2018).

Při studiu PPP se v poslední době stále více klade důraz na význam serotoninu. Serotonin zprostředkovává pocit sytosti a z části se podílí na regulaci příjmu sacharidů. (Kocourková 1997; Wurtman & Wurtham 2003). Serotonin je syntetizován z aminokyseliny tryptofanu, u které může dojít při dlouhodobém hladovění ke snížení. Tryptofanový úbytek omezuje syntézu serotoninu a jeho dostupnost v mozku (Papežová 2018).

K poruše dochází na úrovni tělesné a dále na úrovni mozku. V poslední řadě jde o psychologickou úroveň, kdy za kognitivní funkce zodpovídají vyšší asociační oblasti mozkové kůry (Corwood et al. 2016). Při MA dochází ke změnám v uvolňování hormonů, které se podílejí na regulaci chuti k jídlu a na energetickém metabolismu. Dochází především ke zvyšování hladiny ghrelinu. Nárůst může být adaptivním mechanismem zpětné vazby v důsledku nedostatku živin. Koncept rezistence na ghrelin je založen na neschopnosti pacientů s MA vyvolat chuť k jídlu, čímž vzniká zacyklený začarovaný kruh udržovaný restrikcemi v přijímání potravy (Méquinion et al. 2013).

3.2.2 Psychosociální a osobnostní faktory

Propuknutí nemoci někdy vyvolá životní událost, která osobu vykolejí především po psychické stránce, například rozchod s milovanou osobou, smrt blízkého člověka, osobní selhání, problémy sexuálního charakteru nebo narážky na tělesný vzhled. Uchýlení k PPP přináší pocit kontroly a úspěchu, kterého postižení nedosáhli jinde (Novák 2010; Middleton & Smith 2013).

Až dvě třetiny pacientů dokážou popsat okamžik, kterým PPP začala, byla to tzv. startovací událost. Většinou to bývá situace spojená s urážkou vlastního těla, dokonce i myšlená jen jako žert (Novák 2010).

Další rizikovým faktorem jsou osobnostní rysy. Na jedné straně mohou být kompulzivní osobnostní znaky spojené s anorexií, na druhé straně impulzivní chování s bulimií, ale není to však černobílé. Impulzivita může hrát roli při vysvětlování záchvatovitého přejídání. Druhým rizikovým typem chování je perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost. Zvýšená míra perfekcionalismu je častým důvodem vzniku MA. Osoby s tímto jednáním jsou zvyklé být ve všem nejlepší a nejdokonalejší, tedy i nejhubenější. Mají na sebe vysoké nároky a pevnou vůli těmto nárokům co nejvíce dostat. (Halmi et al. 2008) Přestože mentální bulimie je často spojená s impulzivitou, objevují se u většiny lidí trpících bulimií současně perfekcionistické rysy (Vitousek & Manke 2010). Pokud má osoba nízké sebevědomí, vzrůstá riziko vzniku PPP (Vohs et al. 2003; Papežová 2018).

3.2.3 Sociokulturní faktory

Všeobecně se předpokládá, že motivátorem vzniku PPP jsou všudypřítomná média. Štíhlé a šťastně vypadající krásky vidáme v televizi, magazínech a na sociálních sítích. Zvláště v dnešní době, kdy na internetu převážně mladí lidé tráví svůj volný čas, je velmi těžké se s těmito ideály neporovnávat a nenechávat se jimi ovlivnit (Krch 2010; Papežová 2018).

Silný vliv společenských norem a médií v oblasti PPP potvrzují i Papežová a Hanusová (2012). Záleží ale na tom, do jaké míry člověk přejímá tyto „ideální“ vzory a chce je následovat. Celý tento proces souvisí s tím, jak moc v sebe daný člověk věří. Nejistý a nesebevědomý člověk může napodobovat celebrity, včetně jejich a nejnovějších trendů ve stravování a v plastických úpravách vzhledu a tímto nalézt cestu, k integraci do společensky přijatelné škatulky.

Ideál ženské krásy se v průběhu vývoje lidstva měnil. Od pravěké sošky Věstonické Venuše, přes Rubensovy plnoštíhlé ženské postavy a Marilyn Monroe která by v dnešní době

nosila oblečení ve velikosti 42-44 až k extrémní štíhlosti. V sedmdesátých letech 20. století byla ideálem krásy Twiggy. Tato modelka vážila pouhých 41 kilogramů a k výšce 170 cm by hodnota jejího BMI (body mass index) byla 14,2, tedy těžká podvýživa. Symbolizuje začátek kultu extrémní hubenosti (Krch 2007).

Dnes je štíhlost vnímaná jako určitá prestiž a jedinci s nadváhou či obezitou jsou považováni za líné a často bývají diskriminováni. Tento tlak může vést ke strachu z nadváhy a tloušťky a může ovlivnit chování adolescentů, kteří začnou omezovat svůj příjem potravy (Machová & Kubátová 2016). O tom, že ve společnosti převládá přesvědčení, že štíhlá žena má větší predispozice být úspěšná, píše i Navrátilová a Hamrová (2009). Útllost se stala symbolem úspěchu a krásy a mnohdy onemocnění pramení právě v touze po úspěchu v budoucím zaměstnání nebo při hledání toho ideálního partnera.

Velký vliv na naše jednání má rodina, v níž vyrůstáme. Rodiče ovlivňují své potomky zejména svými stravovacími preferencemi a návyky. Negace při jídle, konflikty a potíže s jídlem v raném dětství jsou později spojeny s vyšším rizikem následných příznaků MA. Stravování matky je nejsilnějším prediktorem stravovacích návyků dětí (Pavlová 2018). Studie z roku 2012 potvrdila, že je zvýšené riziko PPP u potomků matek, které si tímto onemocněním procházely (Cahagan 2012).

3.3 Období adolescence jako riziková skupina

3.3.1 Definice dospívání

Světová zdravotnická organizace (2021) definuje období dospívání neboli adolescence, jako klíčovou fázi lidského vývoje, která představuje most mezi dětstvím a dospělostí. Trvá od věku 10 do 19 let a zahrnuje přibližně pětinu světové populace. Během adolescence dochází k rychlému růstu, tělesnému i psychickému dospívání, proměnám v osobnosti, změnám zásad, hodnot a priorit. Z těchto důvodů je mentální stav dopívajícího jedince v této životní etapě velmi křehký (Zacharová & Šimíčková-Čížková 2011).

Podle Langmeriera a Krejčířové (2007) dělíme adolescenci na dvě fáze. První fází je období pubescence, které se dále dělí na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. Začíná prvními známkami pohlavního dospívání – u dívek během 11 až 13 roku života u chlapců o 1 až 2 roky později. Fáze vlastní puberty nastupuje po dokončení prepuberty do dosažení reprodukční schopnosti, tedy kolem 13 a 15 roku.

Druhou fází adolescence je období samotného dospívání, která trvá od 15 do 22 let. Bývá nazýváno druhým zrodem člověka.

Nielsen Sobotková et al. (2014) zmiňují, že rizikové jednání je považováno za normativní součást vývoje v období dospívání. Autoři svůj názor opírají o skutečnost, že během dospívání se až polovina teenagerů zapojuje do nějaké formy rizikového počínání, avšak po dosažení dospělosti obvykle tyto vzorce chování ustupují. Mezi rizikové chování spadá cokoli, co je společensky nebo kulturně nepřijatelné. Například agrese, antisociální jednání, delikvence, lhaní, krádeže, záškoláctví, nezdravé stravovací návyky, šikana atd.

Mentální anorexie se může objevit v období dospívání kdykoli, nejčastěji je však diagnostikována kolem 17. roku věku, i když se může vyskytnout i u dívek mladších

(Němečková 2007). Machová a Kubátová (2016) píše, že MA obvykle začíná mezi 12. a 18. rokem, tedy během nástupu puberty. Příznaky lze pozorovat i u dětí mladších 10 let. Naopak MB má nástup o něco později, nejčastěji se vyskytuje mezi 16. a 25. rokem života, tedy kolem pozdní adolescence a mladé dospělosti.

V průběhu dospívání se mění vnímání vlastního zdraví. Machová a Kubátová (2016) zmiňují, že vztah k vnímání vlastního zdraví se v dětství liší od vnímání v dospělosti. Někteří jedinci svým zdravotním problémům neupínají takovou pozornost nebo si je vůbec neuvědomují. Obecně jsou adolescenti ochotni své nedostatky skrývat, a proto se s těmito problémy méně často svěřují rodině než v dětství.

3.3.2 Tělesná proměna

Fyzické změny, které během období dospívání jedince provází, jsou ve vzniku PPP klíčové, tyto proměny jsou většinou doprovázeny rozpaky a studem ze svého těla (Helus 2011).

S těmito transformacemi může souviset také strach z dospělosti, i ten je uváděný jako faktor vzniku mentální anorexie (Kelnarová & Matějková 2009).

Proměny po tělesné stránce mohou vyvolávat u jedince nepříjemné a nové pocity v souvislosti s proměnami jejich těla. Rozdíl v dospívání chlapců a dívek je znát právě v tělesných změnách. U chlapců dochází k významnému rozvoji ze sociálního hlediska a zároveň jsou zjevné proměny fyzické stránky ve formě nabývání svalové hmoty. Nedochozí k patrné změně sekundárních pohlavních znaků, zatímco u dívek jsou sekundární pohlavní znaky více očividné (Vágnerová 2012). Adolescent je v tomto období velmi zranitelný, a proto u něj také dochází ke zvýšení výskytu poruch příjmu potravy a jiných psychiatrických onemocnění (Paus et al. 2008).

3.3.3 Výživa dospívajících a důležité nutrienty

Kvalitní výživa má pro správný vývoj fyzické a psychické schopnosti organismu nezastupitelný význam. Hraje důležitou roli při regulaci tělesné hmotnosti a menstruačního cyklu u dívek.

Veškeré biologické procesy v lidském organismu vyžadují příjem energie. energii do těla dodávají potravou sacharidy, tuky a bílkoviny. Množství přijatých živin uvádíme v gramech (g), kvantum energie se udává v jednotkách kilojouly (kJ) či v kilokaloriích (kcal). Vychází se z přepočtu 1 kcal = 4,184 kJ. Pro tyto živiny platí následující energetické hodnoty: 1 g bílkoviny = 17 kJ / 4 kcal, 1 g tuku = 37 kJ / 9 kcal a 1 g sacharidů = 17 kJ (4 kcal) (DACH 2019).

Hladina leptinu je úzce spjatá s podílem tuku v těle. Leptin je zásadním článkem pro začátek a správný průběh menstruace. K nástupu menarche, tedy první menstruace, by měl tuk v těle dívky tvořit přibližně 17 % z celkové hmotnosti těla a pro správnou činnost menstruačního cyklu by měl tvořit 22 % (Krásničková 2010).

Vzhledem k vývojové a poměrně bouřlivé fázi, v níž se jedinec v období dospívání nachází, je důležité nastavení partnerského přístupu k dítěti v oblasti formování jídelníčku. Je doporučováno, aby dítě mělo prostor pro rozhodování, ale zároveň nezapomínat na důležité nutrienty (Piřha et al. 2009).

Stravování adolescentů je více méně podobné stravování dospělých. Přesto však v doporučení existují rozdíly. Zejména v příjmu energie, základních živin a minerálních látek. Tyto komponenty výživy by měly být zvýšené (Rusková 2011).

U dospívajících jedinců je příjem energie velmi individuální, záleží na fyzické aktivitě, pohlaví a stupni vývoje. Dá se alespoň uvést rozpětí, které pro věkovou kategorii 13–15 let odpovídá 8368-13807 kJ denního příjmu (UNICEF 2021). Dle Evropského úřadu pro bezpečnost potravin (EFSA) by měl denní příjem kJ pro dospívající dívku odpovídat 9600 kJ a 12 180 kJ pro adolescentního chlapce. Optimální rozložení stravy během dne u dospívajícího z hlediska rozložení energetického příjmu by mělo být následovné: snídaně 20 %, dopolední svačina 15 %, oběd 30 %, odpolední svačina 15 % a večeře 20 % (Pipová et al. 2021).

Podle Společnosti pro výživu je důležité také klást důraz na složení jídelníčku. V rámci něj se nesmí opomenout bílkoviny, které jsou v období růstu důležité pro vývoj a růst svalové hmoty a tkání. Definují se jako makronutrienty složené z aminokyselin, které jsou mezi sebou spojené peptidovou vazbou. Jejich denní příjem má odpovídat 0,8-0,9 g/ kg. (Referenční hodnoty pro příjem živin 2019). Zhruba 2/3 přijatých bílkovin by měly pocházet z živočišných zdrojů (maso, vejce a mléčné výrobky). Ideálně zbylou jednu třetinu pokrývají rostlinné bílkoviny. Nejvhodnějšími zdroji jsou obiloviny a luštěniny (DACH 2019; Zlatohlávek et al. 2019).

Ve stravě se nesmí opomíjet též tuky, jelikož jsou důležitým zdrojem energie. Tuková tkáň v našem těle slouží jako zásobárna této energie a též má funkci termoregulační a ochrannou. Jejich energetická hodnota dosahuje více než dvojnásobku hodnoty energie sacharidů a bílkovin. 1 g tuku obsahuje 36 kJ, 1 g sacharidu a bílkoviny obsahuje 17 kJ (Fourová 2022). Nejdůležitější složkou tuků jsou pro lidskou výživu mastné kyseliny, ty mohou být nasycené, mono – či polynenasycené. Rozdílné jsou u nich chemické stavby, jejich odlišnost má za důsledek různé fyzikální (např. bod tuhnutí) a chemické vlastnosti (např. jejich vliv na cholesterol v plazmě). Tuky jsou také v potravinách nosičem vitamínů rozpustných v tucích a aromatických a chuťových látek. Jejich procento zastoupení v celkovém denním příjmu by mělo být 25-30 %. Kromě určitého denního příjmu tuku by se mělo také zaměřit na dostatečný příjem esenciálních mastných kyselin. Tedy mastných kyselin omega-3 a omega-6, poměr by měl odpovídat 1:4 (omega 3: omega 6). Nejlepší zdrojem omega-3 je rybí tuk, mořské řasy a plody a některé rostlinné oleje, především olej lněný. Omega-6 kyseliny nalezneme především ve slunečnicovém a palmovém oleji, v semenech plodin slunečnice nebo dýně, dále se nacházejí také v ořechách. Ideální poměr omega-3 a omega-6 má řepkový olej, proto se považuje za jeden z nevhodnějších rostlinných olejů (DACH 2019; Jakešová & Pourová 2019; Fourová 2022).

Sacharidy by ve stravě adolescenta měly tvořit 50-55 % energetického denního příjmu. (DACH 2019). Jsou důležitým zdrojem energie a vlákniny. Pro výživu člověka lze obecně sacharidy rozdělit na monosacharidy a oligosacharidy, též souhrnně označované jako cukry, polysacharidy a složené (komplexní) sacharidy. Podle počtu atomů uhlíku v molekule můžeme sacharidy rozdělit na triosy, tetrosy, pentosy, hexosy atd. Podle funkční skupiny rozeznáváme aldosity (aldehydová funkční skupina) a ketosity (ketonová). Ve stravě by měly největší zastoupení tvořit komplexní sacharidy, tedy polysacharidy (Velíšek & Hajšlová 2009; Fourová 2022).

Rostlinné polysacharidy, do kterých se řadí rezistentní škrob, pektin, celulóza, hemicelulóza inulin, mají složitější chemickou strukturu, na rozdíl od jednoduchých sacharidů

jsou tudíž déle vstřebávány. Rostlinné sacharidy, které tělo neumí rozložit pomocí trávicích enzymů, se nazývají vláknina. Pod pojem vláknina spadají kromě zmiňovaných rostlinných polysacharidů též oligosacharidy – oligofruktózy nebo skupina rafinóz (např. rafinóza nebo stachyóza). Vlákninu rozdělujeme na rozpustnou a nerozpustnou a je v našem jídelníčku velmi důležitá. Má prokazatelně pozitivní účinky v prevenci obezity, maligního nádoru tlustého střeva a konečníku a hypertenze. Rozpustná vláknina není ve střevě vstřebatelná, putuje do tlustého střeva, kde je rozložena za pomoci střevních bakterií, a dále slouží jako zdroj energie. Její další funkcí je sytívací schopnost a regulace hladiny glukózy a cholesterolu. Vláknina nerozpustná, tedy ta, kterou tělo neumí zpracovat vůbec, odchází z trávicího traktu spolu se stolicí. Slouží ve střevě jako tzv. čistící kartáč, a tím funguje jako prevence řady onemocnění. V jídelníčku dospělého člověka by měla představovat 30 g denní dávky. Dětská potřeba vlákniny není rozhodně tak vysoká. Pro orientační výpočet denní potřeby se používá věk dítěte + 5 g. Například 10letá dívka by měla zkonzumovat 15 g vlákniny za den. Nejhodnotnější zdroje jsou celozrnné obiloviny, zelenina, ovoce a luštěniny (DACH 2019; Fourová 2022).

Důležitým nutriemem v tomto období života je železo (Fe). Potřeba železa je zvýšená v důsledku intenzivního růstu a svalového vývoje, což znamená i zvětšení objemu krve; proto je tedy nesmírně důležité, aby nedocházelo k jeho nedostatku ve stravě. V současné době mnoho dospívajících konzumuje jednotvárnou a nevyváženou stravu, která může být chudá na příjem minerálních látek, což vede k nedostatku železa a následně k sideropenické anémii. Nedostatek Fe může kromě důležitých fyziologických důsledků nepříznivě ovlivnit kognitivní schopnosti a chování dospívajících (Mesías et al. 2011) Doporučená denní dávka pro dospívajícího jedince je 12–15 mg. Důležitými zdroji jsou játra a hovězí maso, z rostlinných zdrojů jsou bohatým zdrojem luštěniny, sušené ovoce a ořechy (Navrátilová & Hamrová 2009; Moustarah & Daley 2022).

Dále Mesías et al. (2013) ve své studii popisují vápník (Ca) jakožto další významnou minerální látku. Vyšší potřeba vápníku je pro dospívajícího důležitá v důsledku intenzivního vývoje kostí a svalů. Proto je přiměřený příjem Ca během růstu nesmírně důležitý pro optimální vývoj kostní hmoty a pro ochranu před osteoporózou v dospělém věku. Většina dětí a dospívajících na celém světě však nedosahuje doporučeného příjmu kalcia. Doporučená denní potřeba pro adolescenta je 1200 mg/den. Největší zastoupení vápníku je v mléčných výrobcích, a to převážně v sýrech. Dále v tvarohu a jogurtech (Navrátilová & Hamrová 2009; DACH 2019).

Zásady zdravého stravování adolescentů shrnuje Světová zdravotnická organizace (2015) následovně. Má docházet k udržování rovnováhy mezi výdejem a příjmem energie. Ve stravě upřednostňovat nenasycené mastné kyseliny před nasycenými mastnými kyselinami. Zvýšit denní příjem ovoce, zeleniny, luštěnin a celozrnných výrobků. Zeleninu nebo ovoce zařadit ke každému jídlu. Dále konzumovat více ořechů. Omezovat příjem jednoduchého cukru. Minimalizovat konzumaci sladkostí a sycených nápojů. A v poslední řadě snížit příjem soli sodíku.

Při edukaci dětí a dospívajících je důležité zdůraznit pestrost a pravidelnost stravy. Také pravidelný pohyb a dodržovat pitný režim. Denně by měli adolescenti vypít kolem 2800 ml vody (WHO 2015; DACH 2019). V neposlední řadě je pro zdravý životní styl zásadní spánek. Dospívající potřebuje spát minimálně 7-8 hodin denně (Marinov et al. 2012).

3.4 Diagnostika a symptomy mentální anorexie a mentální bulimie

3.4.1 Diagnostika a symptomy u dospělých

Jako první má kontakt s nemocnou osobou praktický lékař, gynekolog nebo pediatr. Tito odborníci jsou hlavní činitelé v diagnostice choroby a popřípadě v dalších krocích, které vedou k léčbě. U pacientů nebo rodiny, kteří se rozhodnout spolupracovat, lze stanovit diagnózu snadno. Problém pro odborníky začíná tehdy, kdy nastává utajování celé problematiky nebo některých příznaků. Pacienti nebo jejich okolí často neříkají celou pravdu. Dochází k tomu z řady důvodů – z obavy odsouzení nebo studu (Papežová 2018).

Pokud pacientka přijde k lékaři s podezřením na diagnózu MA, je nezbytné provést základní vyšetření, které zahrnuje kompletní biochemické vyšetření, včetně obsahu iontů a kreatinu, krevní obraz a vyšetření moči. V případě výrazné vyhublosti provázené dlouhodobým zneužíváním laxativ a opakovaným zvracením je nutné provést rozsáhlejší biochemické vyšetření (změření hodnot P, Ca, Mg, CB a cholesterolu), jaterní testy a EKG. Pokud tělesná hmotnost klesne pod 75 % přiměřené váhy, dojde k metabolickému rozvratu, extrémní dehydrataci a těžší bradykardii. Při hlubších depresích je nutná hospitalizace (Krch 2010).

Pro diagnostiku MA se v klinické praxi využívají diagnostická kritéria MKN-10. Tyto symptomy zahrnují sníženou hmotnost nejméně 15 % pod předpokládanou váhu. Dále Queteletův index ($BMI = \text{hmotnost v kilogramech} / \text{výška v metrech na druhou}$) je 17,5 a méně. Dochází k úbytku hmotnosti v důsledku užívání laxativ, diuretik, dietami nebo náročného cvičení. U osoby přetrvává strach z tloušťky i při výrazné podvaze a nerealistické přesvědčení o vlastním těle. Dalším symptomem je ztráta menstruace (amenorea) u žen a ztráta libida u mužů. Pokud onemocnění začne před pubertou, dochází k opoždění či zastavení nástupu puberty (růst, vývoj prsů, primární amenorea, nevyvinutí genitálií u chlapců).

Existuje několik způsobů měření tělesného indexu, kdy dáme do poměru svoji výšku a váhu. Nejčastěji se používá BMI (body mass index), který můžeme vypočítat dle následujícího vzorce: $BMI = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$

Normální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí od 18,5 – 24,9 kg/ m² (Zlatohlávek & Křížová 2019).

Tabulka č. 1 Hodnocení BMI (Zlatohlávek et al. 2019)

Klasifikace	BMI
Podváha	menší než 18,5
normální hmotnost	18,5-24,9
Nadváha	25-29,9
obezita 1. stupně	30,0-34,9
obezita 2. stupně	35-39,9
obezita 3. stupně	více než 40

Pro diagnostiku MB (F50.2) se používají diagnostická kritéria MKN-10. Mezi hlavní symptomy řadíme neustálé myšlenky na jídlo, přejídání s konzumací velkých dávek jídla

během krátké doby. Dalšími projevy jsou snaha potlačit kalorický účinek jídla pomocí různých prostředků, vyprovokování zvracení, zneužívání laxativ, hladovky, anorektika, diuretika, u diabetických pacientů dochází k manipulaci s inzulínovou léčbou. Stupeň závažnosti je určen na základě frekvence, ve které se opakuje kompenzační chování (viz Tabulka 2).

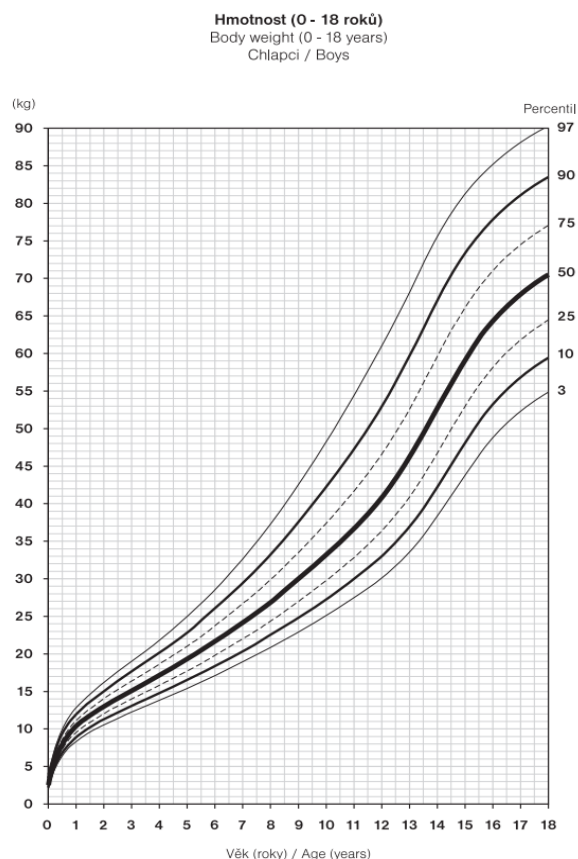
Tabulka č. 2 Hodnocení stupně závažnosti Mentální bulimie (Papežová et al. 2010)

MB mírná:	1–3 epizody kompenzačního chování za týden
MB průměrná:	4–7 epizod kompenzačního chování za týden
MB kritická:	8–13 epizod kompenzačního chování za týden
MB extrémní:	v průměru 14 nebo více epizod kompenzačního chování za týden

3.4.2 Diagnostika a symptomy PPP adolescentů

U dospělého člověka se stanovuje diagnóza PPP snáze než u adolescenta nebo dítěte. Dochází k řadě odlišností, co se diagnostických praktik týče. Například amenoreu neboli ztrátu menstruace nelze u dětí v prepubertálním věku brát jako diagnostické kritérium. Dále není nutný ani pokles váhy, ačkoliv se nedostatečná výživa může projevit v opožděném růstu dítěte.

Pro zhodnocení nutričního stavu dítěte je nutné znát jeho předchozí vývoj. Zastavení váhového přírůstku a růstu je v určitém období vývoje normální, proto může PPP unikat pozornosti. Antropometrické vyšetření je nejvhodnější způsob, kterým lze určit nutriční stav, jelikož zohlední i dynamiku vývoje. Vyšetření zhodnotí kromě parametrů, jakými jsou výška/váha/věk, i střední obvod paže, tloušťku kožní řasy a biochemické nálezy. Dále se v praxi hojně používají percentilové grafy, které vycházejí z výšky, váhy a věku dítěte, avšak samotné hodnocení BMI (body mass index) je vhodné jen u dospělých (Krásničanová & Lesný 2000; Uhlíková 2010). Percentilové grafy se skládají z percentilových křivek, které dělí graf do jednotlivých pásem – křivky odpovídají 3., 10., 25., 50., 70., 90., a 97. percentilu. Hodnota konkrétního percentilu znamená, že dané procento dětí dosahuje této hodnoty a hodnot nižších. Při hodnocení váhy dětí a adolescentů vycházíme z faktu, že mezi 25.- 75. percentilem se nacházejí děti s váhou proporcionální a optimální (Laštovičková 2018). Příklad percentilového grafu je znázorněn na Obrázku č. 1. a vysvětlení daných hodnot percentilů je viz. Tabulka č. 3.



Obrázek č. 1 Percentilový růstový graf pro chlapce 0-18 let (Státní zdravotní ústav 2023)

Tabulka č. 3 Hodnocení stavu výživy u dětí (Papežová et al. 2010)

pod 3. percentil	Dystrofie – chorobný stav způsobený nesprávnou výživou
pod 10. percentil	Hypotrofie – nedostatečná výživa
10. – 20. percentil	Podváha
20. – 80. percentil	Eutrofie – stav proporcionální, optimální hmotnosti
nad 80. percentil	Nadváha
nad 85. percentil	Obezita

Prvopočátků PPP u dětí či adolescentů je často obtížné si všimnout. Zvláště v případě, kdy je primárním stimulem rozvoje poruchy reakce na poznámku ohledně domnělé nebo skutečné nadváhy. Tyto poznámky často přichází právě z nejbližšího okruhu lidí. Od rodiny, přátel, učitelů či sportovních trenérů. Ze začátku podporují jedince v redukci hmotnosti, to však může přejít do extrému a rodina se pak přizpůsobuje patologickému chování (Papežová 2010). Dalšími ukazateli patologického chování u předškolních a mladších školních převážně dívčích pacientů je nepřiměřené vnímání a komentování jejich hmotnosti či vzhledu. Nápadný by měl také být úbytek váhy, zejména pokud se dítě vyhýbá jídlu, vyvolává zvracení či nadměrně cvičí.

Typickým symptomem je jakákoliv manipulace s jídlem. Objevují se různé výmluvy kolem jídla, diskuse s rodiči ohledně porcí, snaha nejíst s ostatními atd. Nápadné jsou také změny stylu konzumace potravy. Dítě začne jíst pomalu, zapíjí každé sousto velkým množstvím

tekutin a odchází od stolu. Dalších varovných signálů si často všimá učitel. Dítě dříve sociálně aktivní a přátelské se začne stranit ostatních. Nosí více vrstev oblečení, aby zakrylo úbytek hmotnosti a různými metodami se snaží bojovat s pocitem chladu (např. sedí často u topení). Vynechává školní jídla a konzumuje pouze ovoce a zeleninu (Papežová 2010; Papežová & Hanusová 2012).

Pacienti neustále kontrolují svoji hmotnost, váží se několikrát denně, sledují se v zrcadle a měří si různé obvody těla – jejich nespokojenost s vlastním tělem a přesvědčení o tloušťce může mít až charakter bludu (Vališová & Kasíková 2011).

Mezi diagnózu PPP byla zařazena Vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy (Avoidant restrictive food intake disorder – ARFID). Onemocnění je popisované omezováním potravy a dochází u pacienta k podváze, u osob s touto poruchou však nedochází k porušení tělesného vnímání nebo strachu z nárůstu tělesné hmotnosti. K diagnostickým kritériím řadíme nezájem o jídlo, vyhýbání se určitým potravinám, signifikantní stagnace nebo pokles váhy a závažný nutriční deficit. Také dochází k porušení psychosociálního chování – sociální izolace, neschopnost jedení před ostatními, vyhýbání se společným obědům atd. (Uhlíková 2018; Papežová 2021).

Prevalence se pohybuje od 3,2 % u školních dětí ve věku 8-13 až po 5-22 % u dětí léčených s PPP (Noriss et al. 2014; Nicely et al. 2014) a 9,2 % u dospělých (Nakai et al. 2016). Tato choroba často přechází do dospělosti (do jiných forem, např. MA či MB) (Dahlgren et al. 2013).

PPP jsou často doprovázeny dalšími psychickými onemocněními, jako je deprese, úzkost nebo kompulzivní porucha (Herpertz et al. 2011).

O komorbiditě (současný výskyt více nemocí) s jinými psychiatrickými diagnózami se zmiňuje také Papežová (2018). Tato onemocnění mohou PPP předcházet, vznikat současně, nebo jako následek choroby. K nejčastějším patří poruchy nálady a úzkostné poruchy.

Podle World Health Organization (2021) trpí v celosvětovém měřítku duševní poruchou každý sedmý člověk ve věku 10-19 let, což představuje 13 % celosvětové zátěže způsobené nemocemi v této věkové skupině. Deprese, úzkostné poruchy a poruchy chování náleží mezi nejčastější příčiny nemocí a postižení u dospívajících. Sebevražda je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí u osob ve věku 15-29 let.

Problematické jídelní chování může postupem času vyústit ve velmi závažnou dlouhodobou chorobu, která vede k život ohrožujícím psychickým i tělesným komplikacím. Dnes je označována jako chronický průběh anorexie nervosa. Pacienti s tímto onemocněním dlouhodobě odmítají pomoc a nejsou schopni si udržet normální váhu. Často je jejich stav natolik vážný, že končí na jednotce intenzivní metabolické péče, ale i nadále odmítají spolupracovat. Léčení této formy je problémem na právníkové i etické úrovni a vyžaduje řadu dalších výzkumů ohledně nevhodnějších postupů a zákroků (Papežová 2018).

Důsledky neřešení duševních poruch dospívajících sahají až do dospělosti, zhoršují fyzické i duševní zdraví a omezují možnosti vést plnohodnotný život v dospělosti (WHO 2021).

3.5 Vliv poruch příjmu potravy na organismus

Každé onemocnění nějakým způsobem ovlivňuje lidský organismus a poruchy příjmu potravy nejsou výjimkou. Komplikace, které jsou níže zmíněny, bývají důsledkem nedostatečné výživy nebo dlouhodobého zvracení či nadměrného užívání laxativ.

Některé zdravotní následky poruch příjmu potravy jsou nevratné nebo mají pozdější dopady na zdraví, zejména ty, které postihují kostru, reprodukční systém a mozek. Poruchy příjmu potravy jsou mezi dospívajícími dívkami a mladými ženami časté a jsou spojeny s potenciálně závažnými zdravotními komplikacemi, přesto často zůstávají neodhalené a neléčeny (Youl-R 2018).

Mortalita ženských pacientů s mentální anorexií je mezi psychiatrickými chorobami jedna z nejvyšších. Je 30x vyšší v porovnání se zdravými ženami shodného věku. Příčinou smrti je vedle sebevraždy primárně srdeční arytmie a malnutrice (Papežová 2010).

Mezi zdravotní následky MA spadají poruchy termoregulace, pokles pohyblivosti střev a žaludku, srdeční bradykardie a arytmie (Fialová 2007). Jako následek snížení tělesného tuku u nemocného se objevuje lanugo. Lanugo je měkká, zpeřená srst, která může růst po celém těle, nejčastěji na zádech a ramenou. Objevuje se především u dětských plodů a během jednoho či dvou prvních týdnů života o něj novorozenec přijde. Nejčastější teorií vzniku je, že pomáhá izolovat tělo, které by jinak mělo problém udržet se v teple (Steffen et al. 2006). Opakované vyvolávání zvracení u MB má za důsledek řadu komplikací v dutině ústní, jimiž jsou precitlivělost zubů, zubní kaz, parodontózy a xerostomie (suchosti v ústech). Zvýšená frekvence zubního kazu byla zaznamenána jako důsledek velké konzumace potravin s vysokým obsahem sacharidů, zvýšené konzumace sycených nápojů a špatné ústní hygieny. Gingivitida (zánětlivé onemocnění dásní) a parodontální onemocnění mohou být důsledkem opakovaného působení žaludeční kyseliny. Dále se objevuje kyselý reflux, dochází k poškození jícnových svěračů, které postihuje oblasti hltanu a hrtanu a označuje se jako laryngofaryngeální reflux. Kyselý obsah se může dostat do kontaktu s hlasivkami a okolními oblastmi, což má za následek chrapot, dysfagii, chronický kašel, pocit pálení v krku nebo opakované bolesti v krku (Mehler & Rylander 2015). PPP nevalně ovlivňují též kardiovaskulární systém. S poruchami tohoto systému se můžeme setkat až u 90 % diagnostikovaných. Pacienti nejčastěji trpí bradykardiemi, tedy snížením tepové frekvence a hypotenzí (nízký krevní tlak) z důvodu nedostatku objemu tělních tekutin. Při nadužívání diuretik nebo projímadel může dojít k srdeční arytmii a v extrémním případě k zástavě srdce (Mehler & Andersen 2010; Pálová & Charvát 2018).

Krch (2010) uvádí další zdravotní následky těchto poruch. Dochází k anémiím, kazivosti zubů, vypadávání vlasů, onemocnění kostí, jako je osteoporóza, a ke zvýšení cholesterolu v krvi. Dalším následkem je porucha menstruačního cyklu nebo nedostatečná funkce pohlavního systému. Organismus se celkově oslabí a dochází ke snížení obranyschopnosti a celkové únavě. Objevují se pocity nevolnosti, mohou se objevovat závratě, poruchy vědomí, bolesti hlavy a mdloby. Dále také může docházet k opoždění puberty a ke zpomalení růstu, a to převážně u mladých pacientek (Krch 2007; Krch 2010).

Malnutrice jako následek PPP je nejčastějším důvodem příchodu pacienta za odborníkem na výživu a nutriční péči. Je definována jako stav zhoršené výživy. Jde o nedostatek základních živin, minerálních látek, vitamínů a stopových prvků. Dělíme ji na dva typy.

Hypometabolický typ – charakteristický pro energetickou malnutrici bez souběžné nemoci. Do této kategorie spadají pacienti s PPP.

Hypermetabolický typ – doprovází onemocnění. Například těžké úrazy, operační výkony, některé onemocnění- např. akutní pankreatitidu. (Papežová 2010).

Gastrointestinální komplikace doprovázejí PPP velmi často. V některých případech však tyto problémy předcházejí diagnóze PPP, občas i o řadu let (Windstead & Willard 2006).

U pacientů s mentální anorexií se často objevují pocity přesycenosti, nadýmavosti a bolesti břicha. Dále je pozorována zácpa, která souvisí s dlouhodobou potravinou restrikcí. Onemocnění MB způsobuje žaludeční a duodenální vředy. V extrémních případech může docházet k rupturám jícnu. Z dalších komplikací pozorujeme atrofickou gastritidu (zánětlivé onemocnění žaludku), která má za následek sníženou resorpci železa (Navrátilová & Hamrová 2009).

3.6 Terapie poruch příjmu potravy

Petra Dvořáková ve své knize Já jsem hlad (2009, s. 91) píše: „začít se léčit z anorexie, zabít anorexii pro mě znamenalo zabít samu sebe“. Jedním z důležitých a zároveň nejtěžších kroků při terapii je uvědomění si a přiznání celého onemocnění. Léčebný proces je komplexní – zaměřený na biologické, psychické a sociální potřeby.

Aktuální trend v léčebném procesu klade důraz na multidisciplinární spolupráci. Je potřeba všestranného týmu odborníků z oblastí nutriční terapie a psychologie (Bermudez et al. 2016). Součástí léčby jsou také různorodé podpůrné aktivity – arteterapie, muzikoterapie, jóga, meditace, masáže, podpůrné skupiny. Papežová (2018) uvádí další možnosti terapie PPP jako jsou fyzioterapie, relaxační cvičení- např. relaxace podle Jacobsena, různá dechová cvičení, nebo ergoterapie. Jóga jako forma terapie v posledních letech velmi vzrostla. Důležitý je správný druh a povědomí lektora o problematice PPP. Například integrální hatha jóga zahrnuje ve cvičení meditaci a pomáhá vnímat vlastní tělo (Douglass 2009; Mehl & Žuchová 2009; Papežová 2018).

Důležitým bodem, bez kterého se léčba neobejde, je spolupráce rodiče a lékaře. Bezpečné rodinné zázemí, kde se ideálně rodiče shodují na přístupu k onemocnění a s dítětem si vzájemně porozumí, je v léčbě PPP klíčové. Výhodou může být i poradenství pro rodiče, které jim poskytne podporu a rady. Zaměřuje se na zvládání stravování v domácnosti a posiluje rodičovskou spolupráci (Papežová 2010; Krch 2010; Mairs & Nicholls 2021). Například Centrum Anabell vypracovalo příručku Svépomocný manuál pro rodiče, kde rodiče mohou najít návod na různá cvičení, hry a zajímavé postupy, které mohou společně či každý sám doma zkusit, aby jim bylo lépe tehdy, když doma cítí nepohodu (Centrum Anabell 2022).

Léčebné formy jsou různé a záleží na akutnosti stavu nemocného. Může probíhat ambulantně nebo pacient navštěvuje denní stacionáře či svépomocné skupiny. Při akutním průběhu nemoci dochází většinou k hospitalizaci. Ambulantní zařízení poskytuje vyšetření klienta, zmapování problému a následný postup léčby. Klient dochází např. na individuální

terapii, nutriční terapii nebo psychoterapii. Hospitalizace neboli pobyt v nemocnici, se zaměřuje na fyzickou i psychickou stránku. K této formě léčby se přistupuje v případě, že klient neodpovídá na dosavadní formu terapie, či se může také jednat o prvotní volbu (Pipová et al. 2021). Mezi pobytová zařízení v České republice patří klinika ve Fakultní nemocnici na Karlově náměstí (VFN) a Psychiatrická klinika 1. LF UK, kde mohou podstupovat léčbu pacienti starší 18 let. Mladší pacienti bývají ve Fakultní nemocnici Motol či také ve Fakultní nemocnici na Karlově náměstí. Dalším zařízením je Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice (Centrum Anabell 2015).

3.6.1 Nutriční terapie

V boji proti restrikcím v jídle, přejídání a jinému patologickému jídelnímu chování je potřeba zajistit udržitelný somatický stav. U MA je potřeba stabilizovat mimo jiné i hmotnostní přírůstek. Cílem léčby je obnovení zdravých a udržitelných vzorců jídelního chování (Pipová et al. 2021). Nejjednodušším prostředkem nutriční péče je úprava diety, obtížnou částí je domluva s pacientem o respektování nutričních doporučení. Neexistuje jednotný plán pro všechny pacienty, vždy musí proběhnout individuální přístup (Krch & Fialová 2013; Papežová 2018). Nemocný s PPP se bude vypyávat, jaká je jeho cílová hmotnost, ale to nejde s přesností říct. Cílem zdravotníků je dostatečně obnovit fyziologické funkce, aby vývoj v adolescenci probíhal v normě. Například návrat menstruace se dostaví až při dosažení 96 % hmotnosti vzhledem k výšce. Rychlost přibývání na hmotnosti je 2–3 kg za měsíc (Krch 2005; Fráňová et al. 2013). Veškeré biologické procesy v lidském organismu vyžadují příjem energie. energii do těla dodávají potravou sacharidy, tuky a bílkoviny.

3.6.1.1. Úprava diety

V nemocničním zařízení se pacientům s MA, kteří jsou již připravení na zvýšení energetického příjmu, indikuje dieta s vysokým obsahem energie „Výživná dieta“, která je označena v dietním systému číslo 11. Je určena pacientům se zvýšenou potřebou energie a současně bílkovin. V této dietě se upřednostňují potraviny s vyšší energetickou hodnotou, aby i v menším objemu stravy byl dostatek potřebných živin. Energetická hodnota je 12 400 kJ (3000 kcal), 110 g bílkovin, 100 g tuku a 425 g sacharidů. Jídelníček je rozdělený do 5–6 porcí denně včetně dvou svačin a druhé večeře. Tato dieta nemá žádné dietní omezení a jedná se o plnohodnotnou stravu, která se podává s cílem pokrýt zvýšené nároky organismu nebo doplnit tělesné zásoby. Vybírají se chutné a pestré pokrmy, také se klade důraz na pravidelný pitný režim (Těšínský et al. 2018). Konkrétně se do jídelníčku zařazují polotučné a tučné mléčné výrobky. Místo přidávání mléka do pokrmů se zařadí smetana, která může být součástí kaše nebo pudingu atd. Vhodné je zařadit tuky, jak rostlinné, tak i živočišné. Z rostlinných olejů je dobré konzumovat olivový olej, řepkový olej, ořechy a semena. Na pečivo ideálně střídát rostlinné margaríny a máslo. Máslo můžeme též přidávat do hotového pokrmu pro zlepšení chuti a zvýšení energetické hodnoty. Čerstvé ovoce a zeleninu zařazovat pravidelně a střídát různé druhy. Ovoce může být ve formě kompotů, smoothie či sušené. Zeleninu ideálně konzumovat s tukem, například se zálivkou z olivového oleje. Luštěniny ideálně pravidelně

zařadit ve formě pomazánek nebo jako přílohu k hlavnímu jídlu. Vhodně zařazovat koření, které dodá pokrmům ideální chuť a aroma. Ryby a výrobky z nich by se měly objevovat v jídelníčku 2x do týdne. Pro zpestření jídelníčku se mohou podávat sladká hlavní jídla, moučníky po obědě či ke svačině. Nevhodnými potravinami jsou nízkotučné mléčné výrobky a mléko (Novák 2021).

Příklad vyživujícího jídelníčku na jeden den

Snídaně:	2x celozrnný rohlík. Šunka. Sýr. Máslo, Rajče. Káva s mlékem.
Přesnídávka:	Müsli s ořechy a sušeným ovocem. Bílý zákys. Banán.
Oběd:	Dýňová polévka. Pečený losos. Šťouchané brambory s jarní cibulkou. Okurkový salát. Drobenkový koláč.
Svačina:	Chléb. Tvarohová pomazánka s pažitkou.
Večeře:	Vařená rýže. Kuřecí směs s arašidy a zeleninou. Ananasový kompot.
2. večeře:	Smetanový jogurt. Piškoty.

(Vlastní zpracování, 2023)

3.6.2.1. Umělá výživa

U závažných forem malnutrice je nutná hospitalizace nemocného a aplikování umělé výživy, ať už enterálně nebo parenterálně. V tomto případě probíhá hospitalizace na jednotce intenzivní metabolické péče (Papežová 2018).

Jako enterální (střevní) výživu (EV) označujeme umělou výživu podávanou do trávicího traktu. Přípravky EV se nazývají sipping (popíjení). Tato forma výživy je výhodnější a přirozenější varianta umělé výživy, pokud pacient není schopen konzumovat normální potravu, ale je zde však nutná spolupráce. Obvykle je podávána v lahvičkách o objemu 125–300 ml nebo jako krémový pudink. Těmito přípravky lze navýšit kalorický příjem, ale i nedostatečné množství vitamínů, minerálních látek a vlákniny. Některé druhy obsahují vyšší množství energie, například 300 kca/1255 kJ na jedno balení. Jsou vždy bez lepku, se zvýšeným obsahem vlákniny nebo bez, dále existují druhy obohacené n-3 nenasycenými mastnými kyselinami. Nejznámější jsou na trhu Nutridrinky od firmy Nutricia, které jsou k dostání snad ve všech lékárnách, k dostání je ale více druhů, např. Fresubin, Nutrison, Cubitan, Ensure a Nutrodrip. Přípravky lze využívat také k přípravě pokrmů, do polévek, omáček, mléčných výrobků a dezertů. Indikaci provede nutriční terapeut nebo lékař, po konzultaci s pacientem a po zhodnocení stavu se vybere druh, množství, konzistence a příchut'. Nejvhodnějším způsobem zařazení sippingu je mezi jídly, aby nedocházelo k nasycení před podáním běžné stravy (Kroupa et. al 2021). V případech, kdy pacient není schopen konzumace či odmítá potravu přijímat, se využívá EV v jiné formě. Výživa se nemocnému podává sondou zavedenou nosem do žaludku nebo tenkého střeva (Papežová 2018; Ministerstvo zdravotnictví ČR & ÚZIS ČR 2023).

Parenterální výživou (PV) dodáváme živiny přímo do cévního systému, nejedná se tedy o fyziologický způsob podání výživy. Tato forma výživy je dočasná pouze po nezbytně nutnou dobu. Výběr cesty podání PV záleží na indikaci a celkovém stavu nemocného. Volí se většinou

cesta do periferní či centrální žíly. Pacienti s MA, kteří jsou v těžké malnutrici, strádají nejen po energetické stránce, ale dochází u nich k deficitu vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Proto je důležitá postupná adaptace na malnutrici. PV se nejprve nepodává v plné dávce, ale postupně se zvyšuje. Podle Kotrlíkové (2018) a Křížové (2016) se při určování optimálního složení a dávky PV bere v úvahu celkový stav pacienta. Ve své studii uvádí Marchili et al. (2023), že u pacientů hospitalizovaných pro MA je nutriční rehabilitace s obnovením hmotnosti důležitým krokem. Naso-gastrická výživa by měla být zvážena v případě, že perorální výživa a perorální nutriční suplementace jsou nedostatečné. Konstatují, že výhodou této metody by mohlo být rychlé propuštění pacientů a účinnější psychologické a sociální zotavení. Energetický obsah umělé výživy se určuje pomocí různých metod, jako je měření nepřímou kalorimetrií nebo výpočtem podle rovnice Harrise-Benedikta. U stabilizovaného pacienta je doporučeno podávat 25-30 kcal/kg/den. Rovnice Harrise-Benedikta udává bazální energetický výdej v jednotkách kcal zvláště pro ženy a muže. Bazální energetický výdej neboli klidový metabolismus zahrnuje hodnotu energie nezbytnou pro zachování základních funkcí organismu. Pro výpočet lze použít tuto rovnici:

Muži – BM [kcal]= 66,5 + 13,8 x hmotnost + 5,0 x výška- 6,8 x věk

Ženy-BM [kcal]= 65,5 + 9,6 x hmotnost + 1,8 x výška – 4,7 x věk

(Pourová & Jakešová 2019).

Příjem bílkovin v PV se pohybuje většinou kolem 0,6-1,8g/kg/den. Dávka sacharidů a rychlost podání jejich roztoků se pohybuje v průměru 3-4 mg/kg/min. Denní příjem tuku je do 2 g/kg/den (Kotrlíková 2018).

3.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je v léčbě poruch příjmu potravy většinou první volba. Metoda se zaměřuje individuálně na vlastnosti nemocného, to napomáhá najít a zvolit správný druh léčby. Terapie probíhají na základě rozhovorů. U dětí je problémem nižší verbální rozvoj, a tak probíhá formou her, fantazií a nácviků (Adicare 2023). V oblasti psychoterapie v souvislosti s PPP se využívají následující terapeutické metody:

Rodinná psychoterapie – tato forma léčby se používá především u dětí a dospívajících. Do léčby se zapojuje celá rodina, učí se, jak správně přistupovat k nemoci a celkově pomáhat jedinci v této bitvě. V průběhu terapie se mohou otevřít intimní a citlivá témata, což může být pro účastníky náročné.

Velmi podobnou formou léčby je **Intrapersonální terapie** – tzv. vztahová terapie. Je podobná rodinné terapii, ale zaměřuje se na vztahy s partnery. Jejím cílem je naučit účastníky, jak spolu lépe komunikovat a rozklíčovat pocity, které vedly k PPP.

Kognitivně – behaviorální terapie – při terapii se pacient naučí především komunikovat své pocity, které vedly a vedou k PPP, a následně je zdůvodnit. Nejvíce se tento druh terapie využívá při léčbě mentální bulimie.

Psychoedukace pacientů a rodičů – tato metoda poskytuje pacientovi a jeho rodině informace o příčinách a léčbě PPP. Cílem terapie je naučit se s nemocí úspěšně vypořádat.

Skupinová terapie – nejčastěji je tato terapie využívána ve stacionářích či při hospitalizaci v nemocnici. Pacienti se setkávají a sdílejí své pocity, zkušenosti a různorodé pohledy na situace a dodávají si pocit vzájemného porozumění (Hronková 2010; Matoušek et al. 2010; Kratochvíl 2017).

3.6.3 Farmakoterapie

Většinou se farmakologická léčba nepoužívá jako první volba léčby pro poruchy příjmu potravy. Pokud jiná forma léčby, jako je například psychoterapie, selže, zvažuje se zakomponování medikamentů. Neexistuje přímá léčba pro PPP, ale jsou k dispozici léky, které se primárně používají pro jiné psychiatrické onemocnění. Jedná se o antidepresiva a antipsychotika. Hlavním účelem léků je pomoc při úzkostných a depresivních stavech (Krch 2010; Papežová 2018).

3.6.4 Svépomocné organizace

Následující organizace pracují s pacienty, kteří se potýkají s poruchami příjmu potravy či s jinými duševními poruchami. Tuto skupinu může vést peer konzultant, tedy odborný pracovník, který sám poruchu příjmu potravy překonal, psycholog, psychoterapeut, či jiný odborník.

Česká společnost pro duševní zdraví – zde najdou pomoc pacienti, kteří trpí duševní nemocí nebo se nacházejí v psychické krizi. Společnost má za cíl pomoci při hledání řešení v nelehké osobní i sociální situaci těchto lidí. Jsou v úzkém kontaktu s odborníky z řad péče o lidské zdraví (Česká společnost pro lidské zdraví 2023).

Centrum Anabell – slouží pro pomoc pacientům primárně v oblasti PPP. Nabízí odborné sociální poradenství, přednáškové činnosti, nutriční poradenství, knihovnu s manuály a jinými publikacemi, příběhy, svépomocné skupiny a sezení s peer konzultanty. Poskytuje podporu a pomoc osobám a jejich blízkým od 12 let (Centrum Anabell 2023).

Fokus Praha, Svépomocný kluby Mosty – program Mosty funguje v rámci sociální služby Socioterapeutická dílna Cedra (Centrum denních rehabilitačních aktivit) jako samostatná nízkoprahová organizace. Je možné se účastnit anonymně a přednostně jsou aktivity určeny pro pacienty dlouhodobě hospitalizované v Psychiatrické léčebně Bohnice. Nabízí klientům místo, kde mohou příjemně strávit čas mimo léčebnu. Často pořádají výlety nebo návštěvy kulturních zařízení (Psychoportal 2022).

4 Metodika

Pro empirické výzkumné šetření je v praktické části zvolen standardizovaný rozhovor, na jehož základě jsou zpracovány kazuistiky respondentů. Tato forma rozhovoru spadá pod kvalitativní šetření. Tento výzkum nelze snadno definovat pouze jedním konkrétním způsobem, neboť zahrnuje velké množství rozdílných metodik a přístupů. Zvolenou metodu v této práci popisuje Creswell (1998) jakožto postup hledání založený na metodologicky tradičním zkoumání daného lidského problému. Touto metodou dojde ke komplexnímu popisu názorů účastníků šetření.

Rozhovor, též interview nebo dotazování představuje explorační metodu, při které dochází ke vzájemné interakci mezi respondentem a osobou, která dotazníkové šetření provádí. K dosažení požadovaných dat lze dojít otázkami či jinými stimuly podněcujícími respondenta k odpovědi. Kvalitativní a kvantitativní vlastnosti zjištěných dat bývají často ovlivňovány prostředím, ve kterém se rozhovor provádí, a také formulací kladených otázek. Existuje několik typů rozhovoru, které lze pro dané šetření použít. Můžeme vést skupinové rozhovory, které zjišťují chování a názory skupiny, nebo rozhovory osobní, které dále dělíme podle stylu pokládání otázek. Forma individuálního rozhovoru umožní lepší navázání osobního kontaktu. Prvním typem osobního rozhovoru je formální dotazování neboli standardizovaný rozhovor, který charakterizují předem stanovené otázky s pevným pořadím. Další možností je mít předem připravené otázky, které pokládáme v libovolném pořadí, podle potřeby je můžeme přeformulovat nebo na základě okolností klást otázky zcela nové. K tomu slouží polostandardizovaný rozhovor. Nestandardizovaný rozhovor, též hloubkový nebo otevřený, se zaměřuje na hlavní podnět rozhovoru s minimálním zásahem osoby, která klade otázky (Hendl 2005). Pro účely této práce bylo použito metodou formální dotazování, jelikož bylo důležité získat ucelené konkrétní odpovědi a data.

Poté, co se uskutečnily rozhovory, byly ze zjištěných informací vytvořeny kazuistiky, které jsou rozděleny na několik anamnéz. Jedná se o osobní anamnézu se základními informacemi o klientovi, rodinnou anamnézu s fakty o rodině, sociální anamnézu, kde zjistíme, jak respondent udržuje vztahy s lidmi a v jaké životní roli se právě nachází, a dále nutriční anamnézu, ve které jsou sepsané informace o potravinových alergiích a intolerancích a stravovací zvyklosti. Anamnéza zajišťuje klíčové informace o dotyčném pacientovi a pomáhá pochopit souvislosti a chování jedince. Je možné se dotazovat přímo osoby, o kterou se jedná, a v takovém případě hovoříme o anamnéze subjektivní. Pokud se naopak ptáme rodiny či blízkých osob, mluvíme o objektivní anamnéze (Holeček et. al 2007). Dále se v těchto konkrétních kazuistikách nachází kromě subjektivní anamnézy také popis samotného průběhu onemocnění.

Jako doplněk jsou v praktické části zaznamenány také jídelníčky. Vzhledem k faktu, že byla poskytnuta sada relevantních dat pouze od jedné klientky ve formě deníku, který si v průběhu onemocnění vedla, jsou jídelníčky k tématu poruch příjmu potravy propočítány pouze pro respondentku KS. Ve druhé kazuistice je vytvořený jídelníček pro aktuální stav. Vzorový jídelníček ve fázi uzdravování byl sestaven podle dietního systému, a to konkrétně podle diety č. 11, tedy výživné diety. Bylo provedeno

porovnání energetického příjmu v průběhu onemocnění a ve fázi léčby. K propočítávání byl použitý profesionální nutriční software Nutriservis, který je vhodný pro vytváření individuálních jídelníčků klientům na míru v závislosti na tělesné hmotnosti, věku, pohlaví, pohybové aktivitě a s ohledem na jejich zdravotní stav. Databáze potravin a pokrmů obsahuje kolem 12 000 potravin, vychází z Bratislavské databáze a také z nutričních tabulek „Souci/Fachmann/Kraut“, dochází k její pravidelné aktualizaci

4.1 Sběr dat

Výzkum probíhal během února a března roku 2023. Osloveny byly dvě bývalé pacientky, které trpěly PPP. K uskutečnění rozhovorů docházelo v domácím prostředí respondentů z důvodu příjemnosti a uvolněnosti prostředí. V místnosti se nacházela autorka práce a respondent. Dotazující měla předem připravené otázky, které postupně respondentům četla. Součástí rozhovoru byly také otázky na jídelníčky a zda si dokážou vzpomenout, jak se stravovaly v průběhu onemocnění a posléze ve fázi léčení. Obě dívky byly velmi ochotné se o jejich nelehký životní příběh podělit. Než autorka práce s respondenty začala rozhovor, seznámila je se svou prací a výzkumem a jak bude naloženo s výsledky. Klienty obeznámila s faktem, že rozhovory i další informace zůstanou anonymní. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté převedeny do textové formy. Níže je seznam předem připravených otázek.

Otázky, které byly použity během rozhovoru:

1. Dokážeš si zavzpomínat na to, kdy tvé problémy s jídlem začaly a proč tomu tak bylo?
2. Kdy sis začala uvědomovat, že něco není v pořádku?
3. Jak na to reagovalo tvé okolí? Snažili se ti pomoci?
4. Jak jsi/ jste začali tento problém řešit?
5. Co byl pro tebe hlavní impulz k uzdravení?
6. Pomohla ti odborná léčba a jak na ni zpětně vzpomínáš?
7. Užívala jsi během léčby nějaké nutriční doplňky?
8. Jak tě nemoc ovlivnila, bránila ti nějak v životě? A jakým způsobem?
9. Jak se změnilo chování doma? Začali jste dělat něco jiného co se stravování týče? (nákup potravin, vaření pokrmů atd.)
10. Jsou nějaké důsledky tvé nemoci?

Informace, které byly předem nasdíleny a jsou důležité pro vytvoření kazuistiky:

1. Věk
2. Výška a hmotnost
3. Dosažené vzdělání
4. Současné studium nebo zaměstnání, brigáda
5. Záliby a aktivity
6. Popis rodiny: např. rozvod, sourozenci, vztahy mezi nimi a tebou, celková atmosféra v rodině
7. Alergie na potraviny, stravovací zvyklosti a pitný režim

4.1.1 Kazuistika I

Přepsaný rozhovor s respondentkou KS

1. Dokážeš si zavzpomínat na to, kdy tvé problémy s jídlem začaly a proč tomu tak bylo?

„Myslím, že mé problémy s jídlem začaly před začátkem léta v roce 2013 (bylo mi tedy 13 let). Cítila jsem potřebu začít se stravovat lépe a nějaké to kilo zhubnout. Neměla jsem nadváhu, ale za svoje trochu větší stehna a zadek jsem se začala stydět. Vážila jsem 58 kg s výškou 159 cm. Mohlo za to více faktorů. Pamatuji si, že spolužačky z mé třídy začaly v tomto období randit a kluci si jich všímali. Mě ale nikoliv, takže jsem měla velmi malé sebevědomí a chtěla jsem být taky žádána. Další problém, který moje problémy s jídlem a vnímání sebe sama byly i poznámky z okolí. Ty přicházely od spolužáků ve třídě, ale bohužel i v mém nejbližším okolí.“

2. Kdy sis začala uvědomovat, že něco není v pořádku?

„Z počátku bylo mé onemocnění velmi nenápadné. Zdravé stravovací návyky jsme doma dodržovali všichni, tedy dost zeleniny, ovoce a nepříliš kalorických pokrmů. Postupně jsem ale začala vyřazovat další a další potraviny, vynechávala jsem obědy ve škole. Že je něco v nepořádku, jsem si uvědomila při nástupu na hospitalizaci a také při vynechání menstruace.“

3. Jak na to reagovalo tvé okolí? Snažili se ti pomoci?

„Okolí bylo překvapené., vždy jsem byla veselé dítě a moc jsem svoje tělo neřešila. Když jsem se svěřila kamarádům, nedošlo naštěstí k žádnému odsouzení, snažili se mi pomoci. Rodina mě začala plně podporovat a hledat pomoci a řešení, to jsem ale ze začátku vnímala jako útok a žádný problém jsem si nepřipouštěla.“

4. Jak jsi/ jste začali tento problém řešit?

„V létě jsem odjela na tábor, kde si mého velkého hmotnostního úbytku začali všimati kamarádi a vedoucí. Já to zprvu brala jako pochvalu a říkala jsem si, že už nikdy nechci přibrat. Když jsem se vrátila z tábora, rodiče se zhrozili a zvažili mě. Váha ukazovala 39 kg. Máma mě ihned objednala k dětské doktorce. Tam mi udělali řadu vyšetření a ani ne za týden jsem již byla přijata na hospitalizaci s diagnózou mentální anorexie. Za ten týden plný stresu, odmítání jídla a hádek s rodiči, a odmítání přijmout fakt, že jsem nemocná, se moje hmotnost dostala na 37 kg. Nakonec jsem byla hospitalizovaná 2 měsíce. První týden jsem trpěla a chtěla domů. Poté mi ale začalo všechno docházet a já začala spolupracovat, ale bylo to těžké.“

5. Co byl pro tebe hlavní impulz k uzdravení?

„Moje rodina a okolí, kteří z toho byli nešťastní a také uvědomění si, jak moc mě celé onemocnění omezuje.“

6. Pomohla ti odborná léčba a jak na ni zpětně vzpomínáš?

„S odstupem času vím, že mi hospitalizace pomohla hlavně v oblasti uvědomění si problému a nabrání prvních kil, ale celá hospitalizace byla velmi náročná a traumatizující. V průběhu léčby jsem docházela také k psycholožce na rodinné terapii, ale to pro mě nebylo moc přínosné.“

7. Užívala jsi během léčby nějaké nutriční doplňky?

„Ano, užívala jsem nutridrinky a také nutriční jogurty.“

8. Jak tě nemoc ovlivnila, bránila ti nějak v životě? A jakým způsobem?

„Nemoc mě ovlivnila úplně ve všem. Chodit ven s kamarády, zajít do restaurace nebo na koupaliště. Po hospitalizaci jsem měla zakázané i odpolední vyučování ve škole, přišla jsem si dost osamělá.“

9. Jak se změnilo chování doma? Začali jste dělat něco jiného co se stravování týče? (nákup potravin, vaření pokrmů atd.)

„Rodiče mě hlídali a většinou mi jídlo připravovali oni. Máma začala používat více tučné suroviny, ze kterým potom vařila pro všechny, začalo se nakupovat více sladkostí a máma hodně pekla. Také jsme se snažili obědovat a večeřet všichni společně. Můj bratr byl v tomto období mojí velkou oporou, kupovali jsme si společně dobré jídlo a bylo fajn to s někým sdílet.“

10. Jsou nějaké důsledky tvé nemoci?

„Co vnímám jako důsledek nemoci je nepravidelný menstruační cyklus. Také si uvědomuji, že to bylo nejhorší období mého života a jsem vděčná za vyléčení, také mám pocit, že jsem teď silná a vyrovnaná.“

Osobní anamnéza:

První rozhovor byl s dívkou KS, které je 20 let. Její výška je 161 cm a hmotnost 62 kg. Studovala střední uměleckou školu a nyní studuje 1. ročník vysoké školy v Praze. Má pravidelnou brigádu ve foto studiu a občas hlídá děti. Je vedoucí ve skautském oddíle a mezi její záliby patří hra na kytaru, malování, cestování a pečení. Před 7 lety prodělala mentální anorexii.

Rodinná anamnéza:

Její otec je učitel na základní škole a je nekuřák bez zdravotních komplikací. Matka je sociální pracovnice, nekuřačka, silná alergička a má hypertenzi. Dále žije s mladším bratrem, kterému je 15 let, je žákem 9. ročníku základní školy. Hraje závodně hokej a nemá žádné zdravotní obtíže. Mají s bratrem velmi dobrý vztah, on sám nikdy poruchami příjmu potravy netrpěl a k jídlu měl vždy kladný vztah. Rodina je sportovně aktivní, jezdí lyžovat a na výlety na kole. Na své dětství ještě před onemocněním vzpomíná s láskou, rodiče na ni vždy byli

laskaví a nekritičtí. V rodině se vyskytuje rakovina slinivky a prsu, hypertenze a psychické onemocnění.

Sociální anamnéza:

Klientka žije s rodiči v rodinném domě kousek za Prahou. Dojíždí každý den do Prahy do školy a do práce. Žije aktivní studentský život, má partu kamarádů, ve škole vychází se všemi dobře. Stravuje se většinou doma, pomáhá s vařením, anebo se stravuje ve škole v jídelně, ojedinele zajde do restaurace.

Nutriční anamnéza

Alergie na arašidy a jahody. Nejí krupicovou kaši a vepřové maso.
Pitný režim dodržuje pravidelně 2-3 litry tekutiny. Čistá voda, čaj, káva (3 šálky denně).
Stravuje se 4–5 denně.
BMI 22,7- v normě

Průběh onemocnění:

Onemocnění u KS začalo v létě v roce 2013 před letními prázdninami. Klientce bylo v tu dobu 13 let, nacházela se tedy v období dospívání. Začátky nemoci popisuje jako nenápadné. Z důvodu touhy po štíhlejší postavě začala s redukční dietou. Na počátku onemocnění byla její hmotnost kolem 58 kg, na výšku 156 cm. Připadala si větší než dívky v její třídě, které v tu dobu začaly s prvním randěním a ona to chtěla zažít také. Občas se stávalo, že byla respondentka terčem poznámek ohledně její hmotnosti a také se porovnávala se svými rodiči a bratrem, kteří byli všichni sportovní a štíhlí. Měla pocit, že nižší hmotnost, a tedy hezčí postava jí přinese větší sebevědomí a také zájem klučičích vrstevníků. Stravování bylo z počátku v pořádku, klientka vynechala sladkosti a příliš tučné potraviny. Začala více konzumovat ovoce a zeleninu a pravidelně běhala a cvičila. Její okolí ji začalo chválit, měla ze sebe dobrý pocit a chtěla čím dál víc hubnout.

Postupem času se stravování vymklo kontrole a hmotnost a rapidně klesla, z jejího hubnutí se stala závislost. Začala vyřazovat čím dál více potravin, jedla převážně jen zeleninu, mléčné nízkotučné výrobky a občas malé množství rýže nebo rýžové chlebičky. Z jejího pravidelného cvičení se stala každodenní obsese. KS popisovala, že v nejhorší fázi onemocnění vstávala i ve tři ráno, aby si zacvičila před odchodem do školy. Změnil se také vztah s jejími rodiči, kteří si již problému začali všimnout a snažili se, aby jedla více. Začaly hádky, slzy, zamykání se v pokoji a tajné cvičení, vyhazování svačin. Lži ohledně toho, že již měla večeři u kamarádky, že oběd ve škole snědla celý atd. Bod zlomu přišel, když KS odjela na letní tábor. Na táboře většinou zhubne i naprosto zdravý jedinec, jelikož je stále v přírodě a více se hýbe. Když se po táboře vrátila domů, její osobní váha ukazovala 38 kg. KS také v tomto měsíci nedostala menstruaci a její stav se zhoršoval.

Rodiče ihned vyhledali odbornou pomoc, pediatrička ji poslala na několik testů a z výsledků usoudili, že bude nevhodnější několik dní v nemocnici. Z pobytu v nemocnici se nakonec stala dvoutýdenní hospitalizace, která ale byla velmi potřebná. Hospitalizace nebyla nejlepší zkušeností, ze začátku si ještě nepřipouštěla svoji nemoc a chtěla domů. Po nějaké době ale pochopila, že jde o vážný problém a začala s lékaři spolupracovat. V průběhu hospitalizace prošla několika formami terapií. Nejvíce se jí líbila arteterapie, jelikož jsou malování a obecně

umělecké činnosti její velikou vášní. Docházela také na sezení s psycholožkou, které ale zpětně hodnotí jako nepříliš účinné. Největší pomocí, ale také největší zkouškou pro ni byla nutriční terapie. Denně musela zkonsumovat pro ni nezvykle hodně potravy, ale byla statečná a postupně se rozjedla. K její dietě jí také zakomponovali nutriční doplňky ve formě sippingu. V průběhu pobytu v nemocnici nabrala 3 kg a byla propuštěna domů. Dále ambulantně navštěvovala každý týden dětskou pediatričku, se kterou probíraly její váhový přírůstek či naopak pokles. Ve škole měla individuální plán a byla omluvena z tělocviku, tvrdila, že se v tuto dobu cítila osaměle a lehce odtrženě z kolektivu. I nadále se jí dařilo pomalu nabírat ztracenou hmotnost a zvládla postupně do jídelníčku zařazovat další potraviny. Doma se jí snažili všichni vycházet vstříc i co se stravování týče. Nakupovalo se více vysokoenergetických potravin, tučné mléčné výrobky, ořechy a ořechová másla, tučné ryby a maso, které začala postupně zařazovat a tím se i zbavovat strachu z jejich konzumace.

Postupně se jí opět vrátila láska k pečení a často pekla pro své blízké, ale hlavně i sama pro sebe. KS se začala vracet energie a postupně začala trávit i více času venku a s kamarády. Zvládla udělat přijímačky na svoji vysněnou střední školu a postupem času se změnil i přístup k ní samotné. Velkou oporou jí byla psychoterapie, kde se začala učit poznávat sebe sama, najít si cestu k sebevědomí a sebezvědomí a pozitivně přijmout to, co se jí podařilo. Také se jí zlepšil vztah s jejími rodiči. Přestali se hádat, začali spolu více mluvit a prohloubila se jejich důvěrná komunikace.

S onemocněním bojovala všehovšudy 3 roky, postupně nabrala opět svou zdravou hmotnost, navrátila se její menstruace a nyní považuje svůj stav za stabilizovaný. S odstupem času si KS uvědomuje, že překonala nejhorší období svého života a už se o něm dokáže bavit. Anorexii, kterou prožila, považuje za traumatizující a je velmi vděčná, že se z ní dokázala vyléčit. Věří, že se díky zážitku celého procesu uzdravování cítí silnější a vyrovnaná.

Nutriční anamnéza při nástupu do nemocnice:

Dívka 13 let

Hmotnost: 38 kg

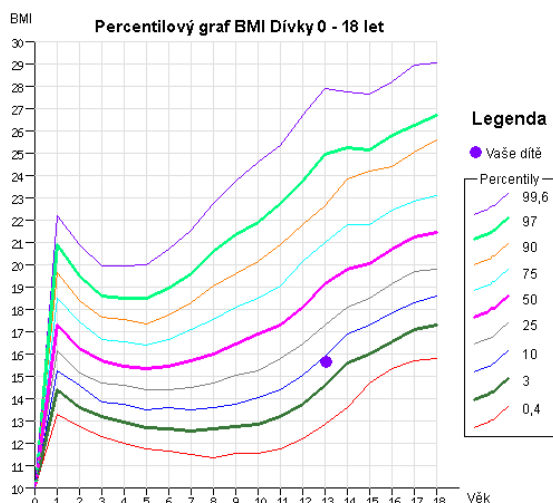
Výška: 156 cm

BMI: 15,6- podváha

Percentil: 3-10 (viz. Obrázek č. 2)

Doporučený denní příjem jednotlivých živin podle Společnosti pro výživu (2019):

Množství energie by mělo odpovídat 2300 kcal/ 9660 kJ, bílkoviny 0,9 g/ kg tedy 34 g za den, tuku by měla přijímat 30 % z celkového denního příjmu, tedy 78 g a množství sacharidů má pokrývat 50 % celkového denního energetického příjmu, tedy v tomto případě 284 g.



Obrázek č. 2 Percentilový graf respondentky KS v období onemocnění (Výživa dětí 2023)

Vzorové jídelníčky respondentky KS:

1. Jídelníček v průběhu onemocnění:

Respondentka popisuje, že v nejhorší fázi onemocnění často vynechávala snídani, oběd si nosila z domova, aby nemusela jíst před spolužáky. Nikdy nesvačila a u večeře si většinou vymyslela, že jedla někde s kamarádkami, nebo nějakou jinou výmluvu a dala si jen něco velmi malého. Přes víkendy se snažila vyhýbat společnému jídlu s rodiči, kteří se snažili, aby nehladověla. Záznam tří dnů je zapsán v Tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 Příklad jídelníčku v průběhu onemocnění (Vlastní zpracování 2023)

	den 1	den 2	den 3
Snídani	žádná	nízkotučný jogurt	žádná
Oběd	hrst vařené rýže, hrášek, vaječný bílek	rajče, okurka, rýžový chlebiček	jablečná přesnídávka
Večeře	jablko	rýžový chlebiček, mandarinka	zeleninový salát se šunkou

2. Jídelníček v průběhu hospitalizace:

Zde je popsán jídelníček, který pacientka dodržovala při své hospitalizaci. Indikovaná byla dieta č. 11, neboli „Výživná dieta“, jejímž cílem bylo zvednout hmotnost a vylepšit nutriční stav pacientky. Jídelníček byl složený z 6 chodů denně, se dvěma svačinami a druhou večeří. Dále byl k léčebné dietě přidán nutriční doplněk ve formě vysokoenergetické tekuté výživy – nutridrink, který byl zařazen k běžné stravě v průběhu dne, většinou ke svačině. Vybraný byl Nutridrink Compact, jehož energetická hodnota je 300 kcal/1260 kJ na jednu lahvičku, dále obsahuje také vitamíny, stopové prvky a minerální látky.

Tabulka č. 5 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 1 (Vlastní zpracování 2023)

	Den 1
Snídaně	Chléb. Máslo. Sýr. Šunka. Okurka. Bílá káva.
Přesnídávka	Piškoty. Tučný tvaroh. Med. Banán.
Oběd	Luštěninová polévka. Bramborová kaše. Kuřecí řízek. Okurkový salát.
Svačina	Celozrnné pečivo. Lučina. Šunka. Mrkev. Nutridrink.
Večeře	Vepřové rizoto. Strouhaný sýr. Kyselá okurka.
II. večeře	Houska. Ovocná přesnídávka.

Tabulka č. 6 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 2 (Vlastní zpracování 2023)

	Den 2
Snídaně	Pečivo. Margarín. Sýr. Jablko.
Přesnídávka	Dalamánek. Tuňáková pomazánka. Paprika.
Oběd	Hovězí vývar. Boloňské špagety sypané sýrem. Mrkovo-ananasový salát.
Svačina	Ovocný jogurt. Piškotová buchta. Pomeranč. Nutridrink.
Večeře	Kuře na paprice. Houskový knedlík.
II. večeře	Rohlík. Zákys.

Tabulka č. 7 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 3 (Vlastní zpracování 2023)

	Den 3
Snídaně	Makový loupák. Máslo. Džem. Káva.
Přesnídávka	Houska. Acidofilní mléko. Hruška.
Oběd	Špenátový krém. Treska. Vařené brambory. Sterilovaná červená řepa. Bábovka.
Svačina	Pečivo. Žervé. Sýr. Rajče. Nutridrink.
Večeře	Zapečené těstoviny s masem a vejcem.
II. večeře	Chléb. Šunka. Žervé. Jablko.

Rozbor stravování

V následující části budou popsány energetické a výživové rozdíly mezi oběma jídelníčky a následné zhodnocení těchto výsledků. Zaměřeno na celkovou energii, makronutrienty – bílkoviny, tuky a sacharidy a také na mikronutrienty – železo a vápník, které jsou během dospívání důležité. Jednotlivé potraviny byly zapsány do Nutriservis, který propočítal živiny a celkovou energii za celý den. Výsledky těchto dnů byly zprůměrovány a

konečné hodnoty porovnány. K propočtům jídelníčku, který probíhal v průběhu hospitalizace, byly využity obvyklé dávky potravin, které se používají v léčebné výživě (Svačina et al. 2008).

4.1.2 Kazuistika II

Přepsaný rozhovor s respondentkou VR

1. Dokážeš si zavzpomínat na to, kdy tvé problémy s jídlem začaly a proč tomu tak bylo?

„Bylo mi 16 a z různých důvodů jsem měla pocit, že selhávám ve svém vlastním životě, měla jsem pocit, že nejsem dost dobrá a měla jsem tendenci brát jídlo jako odměnu, kterou jsem si ve svých očích moc nezasloužila. Postupně jsem přestala jíst sladkosti a různé pochutiny, pak jsem začala mít pocit, že můžu zmenšit i porce hlavních jídel.“

2. Kdy sis začala uvědomovat, že něco není v pořádku?

„Asi v tu chvíli, když jsem nastoupila k hospitalizaci.“

3. Jak na to reagovalo tvé okolí? Snažili se ti pomoci?

„Nejvíce se mi snažila pomoci moje rodina, která se ve většině zachovala naprosto skvěle. Sice na mě tlačili, ale se vši láskou a „něhou“ kterou to šlo. Širší okolí reagovalo dost různorodě, někteří se snažili dělat jakoby nic, někteří se nebáli můj stav dost nekorektně komentovat.“

4. Jak jsi/ jste začali tento problém řešit?

„Byla jsem hospitalizována, navštěvovala jsem psychologa a chvíli i psychiatra. Moje rodiče začali víc dávat pozor na to, kolik toho sním.“

5. Co byl pro tebe hlavní impulz k uzdravení?

„To si pamatuji úplně přesně a impulzy k uzdravení byly dva – silvestr a narozeniny. Silvestr, kdy moji vrstevníci byli venku s přáteli a já seděla doma s rodiči. Pamatuji si, že jsem to tenkrát oplakala a uvědomila si, že mi protéká život mezi prsty. Poprvé jsem viděla důvod, proč se uzdravit. Necelý měsíc po silvestru jsem měla osmnáctiny, které ve mně pocit ze silvestra prohloubily. Od svých narozenin jsem byla asi za 3 měsíce zpátky na zdravé váze.“

6. Pomohla ti odborná léčba a jak na ni zpětně vzpomínáš?

„Bohužel jsem asi na odbornou léčbu neměla štěstí, protože si i teď po letech troufám říct, že mi ani psychologka ani pobyt v nemocnici nijak nepomohly. Naopak cítím, že mě obojí tou dobou dost traumatizovalo.“

7. Užívala jsi během léčby nějaké nutriční doplňky?

„V rámci svačín jsem pila pár měsíců nutridrinky.“

8. Jak tě nemoc ovlivnila, bránila ti nějak v životě? A jakým způsobem?

„Jak už bylo v předchozích odpovědích řečeno, nemoc mi v tu chvíli život úplně zastavila. Vlastně jsem doslova jen přežívala.“

9. Jak se změnilo chování doma? Začali jste dělat něco jiného co se stravování týče? (nákup potravin, vaření pokrmů atd.)

„Pamatuji si, že jsme začali společně večeřet a celkově se rodiče stále starali o to, abych měla, co k jídlu – vařili mi obědy i večeře, připravovali svačiny, plnili lednici všemi věcmi, co jsem měla ráda.“

10. Jsou nějaké důsledky tvé nemoci?

„Těsně po nemoci se mi zlomila meziobratlová destička po pádu na dřevěnou podlahu (ne z výšky), čemuž se doktoři hodně podivovali. Taky mi v 22 letech zjistili artrózu II. stupně. Upřímně do dnes nevím, jestli jsou tyto věci zapříčiněny podvýživou v dospívání nebo ne. Vím, že jsem po uzdravení měla dlouho problémy s tím, že mi bylo po jídle těžko a že jsem měla takové hypoglykemické stavy (tlukot srdce, pocení), když jsem se pravidelně nenajedla. Tyto věci ale už odezněly. Co se psychiky týče, myslím, že jsem zůstala na téma váhy a tělesných proporcí docela citlivá. Nemám ráda, když někdo pejorativně komentuje postavu (ať už svou nebo někoho jiného), také jsou mi nepříjemné holčičí průpovídky o dietách.“

Osobní anamnéza:

Druhý rozhovor se uskutečnil se ženou VR, které je 26 let a její výška je 178 cm. Trpí artrózou II. stupně a osteoporózou. V 16 letech onemocněla MA a v nejhrošším období byla její hmotnost 37 kg. Má vystudované francouzské gymnázium a vysokou školu v oboru laboratorní analytika. Nyní pracuje pro zdravotnickou firmu. Ve volném čase se věnuje tanci a kultuře nebo tráví chvíle s rodinou či přáteli.

Rodinná anamnéza:

Otec VR pracuje v restauraci, trpí hypertenzí a hypercholesterolémií (zvýšená hladina cholesterolu v krvi). Matka je učitelka na základní škole a nemá žádné zdravotní komplikace. VR má tři starší sourozence a vzájemně se moc nepotkávají. Nejlepší vztah udržuje s nejmladší sestrou, která ale žije v zahraničí, takže se stýkají omezeně. Obě je spojuje láska k tanci, převážně k baletu, kterému se obě věnovaly. Setra studovala baletní konzervatoř a byla pro VR velkým vzorem. Všichni v rodině jsou aktivní sportovci, v dětství jezdili rodiče s VR lyžovat a všechny potomky vedli ke sportu nebo tanci. Vlastní chatu nedaleko za Prahou, kam společně jezdili trávit letní prázdniny. Respondentka popisuje své dětství jako radostné a vzpomíná na něj s láskou.

Sociální anamnéza:

VR žije v bytě společně s přítelem. Každý den dojíždí do práce, ve volných chvílích se věnuje tanci a víkendy tráví odpočinkově s přáteli nebo jezdí za rodiči. Žije aktivní a

společenský život, s lidmi vychází dobře. Stravuje se převážně doma, jen v práci přes oběd chodí do nejbližších restaurací nebo si nechává jídlo dovézt.

Nutriční anamnéza:

Respondentka netrpí žádnou potravinovou alergií nebo intolerancí. Užívá doplňky stravy ve formě vitamínu D a vápníku. Pitný režim dodržuje tři litry tekutiny za den. Pije převážně čistou vodu a čaj. Denně vypije kolem 3 šálků kávy. Stravuje se pravidelně 3-4 za den.

Průběh onemocnění:

Problémy s příjmem potravy začaly u respondentky VR v roce 2012, v tu dobu slavila 16. narozeniny. Její sestra studovala v té době baletní konzervatoř, kam se VR toužila dostat, ale neuspěla, což u ní začalo pomalu vyvolávat pocit nízkého sebevědomí, do toho studovala náročné gymnázium, kde na ni byly kladeny vysoké nároky. Popisovala, že začala potravu brát jakožto odměnu, kterou si ve svých očích nezasluhovala. V létě téhož roku odjela díky škole na výměnný pobyt do Francie, kde se její problémy výrazně umocnily. Z důvodu odloučení od rodiny, odlišných stravovacích návyků a také již zmíněných pocitů z ní samotné, začala VR výrazně ztrácet hmotnost. Po roce stráveném v Paříži se domů vrátila s výrazným hmotnostním úbytkem. Rodina si toho všimla a začala VR ve stravování kontrolovat. Na to ale již bylo pozdě a VR jedla stále méně a méně. Začaly se u ní projevovat hypoglykemické stavy a také pocity velkého vyčerpání a občasné mdloby. VR se začala uzavírat sama do sebe, začala trpět depresemi a úzkostnými stavy. Když začala omdlévat i ve škole, rozhodli se rodiče k hospitalizaci.

Nastoupila tedy do nemocnice, kde jí diagnostikovali mentální anorexii. V tu dobu byla její hmotnost 37 kg, což bylo na její výšku 178 cm opravdu rizikové. Po nějaké době si dokázala svůj problém připustit a začala spolupracovat, hospitalizovaná byla VR necelých 5 měsíců. V rámci léčby začala docházet k psychiatrovi a také k nutričnímu terapeutce. Díky medikamentům, výživné dietě, ke které měla předepsaný též sipping ve formě nutridrinků, se podařilo její hmotnost zvýšit a celkově došlo ke zlepšení jejího stavu. Po návratu z nemocnice stále docházela na psychoterapie a na ambulantní péči. Postupně se jí začala vracet ztracená energie, vrátila se jí ztracená menstruace a začala se celkově cítit více sama sebou. Opět se vrátila k tanci, začala trávit čas s kamarády a jídlo již nebrala jako formu odměny, ale jako palivo, které pro zdravý a šťastný život potřebuje. Celkově její cesta k uzdravení trvala 6 let.

Od onemocnění je to již 10 let a VR říká, že je snad všechno za ní. Prožila si nelehké období, které jí ale pomohlo více si sama sebe vážít a odpočívat. Bohužel jí ale také anorexie sebrala několik let života a má trvalé zdravotní následky. Ve 22 letech jí byla diagnostikována artróza II. typu a také osteoporóza.

Vzorový jídelníček respondentky VR:

Výpočet potřeby energie a stanovení poměru živin

Hmotnost: 65 kg

Výška: 178 cm

BMI: 22,5 – norma

Bazální metabolismus a potřeba energie:

BM= 1066 kcal x faktor aktivity (1,7)

Celková energie= **1813 kcal/ 7614 kJ**

Bílkoviny: 15 % – 78 g

Tuky: 35 % – 70 g

Sacharidy: 50 % – 226 g

Příklad jídelníčku na jeden den pro současný stav:

Zde je popsán vzorový jídelníček pro VR na jeden den. Výběr potravin byl zaměřený na aktuální zdravotní stav. Výsledná potřeba energie byla vypočítaná z rovnice Harrise-Benedikta. Z důvodu onemocnění osteoporózy, při kterém dochází k redukci kostní hmoty, je doporučeno zvýšit příjem vápníku (Ca) a vitamínu D. Zařadit do jídelníčku mléčné výrobky, ryby a mořské plody, vejce, také je možné zvolit suplementaci těchto nutrientů. Doporučená denní dávka Ca je pro dospělé ženu je 1000 mg a vit. D je doporučeno přijímat 20 µg/ den, jeho příjmu však není dosaženo pouze z potravin, ale rovněž se tvoří prostřednictvím UVB slunečním zářením, proto je převážně v zimním období doporučena jeho suplementace (DACH 2019).

Snídaně:	Ovesná kaše s medem. Banán. Jogurt.
Oběd:	Grilovaný losos. Pečené brambory se zeleninou.
Svačina:	Tvaroh. Makový koláč. Jablko.
Večeře:	Boloňské špagety sypané sýrem.

(Vlastní zpracování 2023)

5 Výsledky a diskuze

V poslední kapitole praktické části bude čtenář seznámen s rozbohem a porovnáním výsledných hodnot propočítaných vzorových jídelníčků, které jsou zaznamenány níže v tabulkách č. 8 – Průměry přijatých živin a energie při onemocnění a č. 9 – Průměry přijatých živin a energie během léčby. Jednotlivé potraviny byly zapsány do Nutriservisu, který propočítal celkový denní příjem. Výsledky těchto dnů byly zprůměrovány, zapsány do tabulek a konečné hodnoty porovnány. K propočtům jídelníčku, který probíhal v průběhu hospitalizace, byly využity dávky potravin, které se používají v léčebné výživě. Propočty těchto jídelníčků jsou k nalezení v přílohách této práce.

Stravování respondentky KS v nejkritičtější fázi onemocnění můžeme označit za naprosto nevyhovující a život ohrožující. Data z tabulky č. 8 interpretují, že průměrný denní příjem energie činil pouhých 522 kcal/ 2195 kJ, což v porovnání s doporučeným příjmem energie pro dívky ve věku 13–14 let činí rozdíl 1778 kcal/ 7467 kJ. Dochází k velkému energetickému nedostatku, který se projevuje ztrátou hmotnosti a dalšími zdravotními projevy (DACH 2019).

Z výsledků v tabulce č. 8 je patrné také nedostatečné pokrytí bílkovinné potřeby. Doporučený denní příjem je pro respondentku 0,9 g na kilogram tělesné váhy, což pro ni znamená denní příjem 33 g bílkovin. Avšak skutečný příjem byl pouze třetinový. To mohlo ovlivnit celkovou kondici organismu, zejména v období dospívání, kdy je příjem bílkovin nezbytný pro vývoj tkání a svalů (DACH 2019).

Denní doporučené množství přijatých tuků by mělo odpovídat 30 % celkového energetického příjmu, v tomto případě tedy 78 g za den. Dle dat z tabulky č. 8 bylo zjištěno, že respondentka KS přijímala pouhá 4 % z doporučené denní dávky tuků. Tuk, který je pro rychle vyvíjející se organismus důležitým poskytovatelem energie, hraje také podstatnou roli v hormonálních procesech organismu. Ovlivňuje hladinu hormonu leptinu, který se podílí na správném průběhu menstruačního cyklu. Dle výše uvedeného kritického nedostatku lipidů ve stravě respondentky můžeme připisovat ztrátu menstruace v tomto období právě tomuto jevu. Dlouhodobé vyřazování tuku ze stravy může mít za následek celkové oslabení imunity a ztrátu termoregulační schopnosti organismu (DACH 2019).

Poslední zkoumanou makroživinou jsou sacharidy. Podle výsledků tabulky č. 8 bylo zjištěno, že respondentka KS přijímala pouze 9 % z celkové doporučené denní dávky sacharidů, což odpovídá pouhým 26 g. Karence sacharidů ve stravě se projevila u respondentky převážně v pocitech únavy a celkové vyčerpanosti organismu. Zřejmě tedy docházelo k dlouhodobému nedostatku energie, kterou sacharidy organismu poskytují (DACH 2019).

Vápník je důležitým minerálním prvkem pro zdravý vývoj kostí a zubů a také pro fungování svalů a nervové soustavy. U dívek v období adolescence, kdy tělo prochází intenzivním růstem, je velmi nezbytné zajistit jeho dostatečný příjem. Pro 13letou dívku je doporučená denní dávka 1200 mg (DACH 2019). V případě deficitu vápníku při přijímání vápníku z potravy může dojít ke ztrátě kostní hmoty a k osteoporóze, která zvyšuje riziko zlomenin. Kromě toho má vápník důležitou funkci také ve fungování svalových kontrakcí, jeho nedostatek může vést ke křečovým stavům nebo poruchám srdečního rytmu. Z dat prezentovaných v tabulce č. 8 lze odvodit, že respondentka přijímala pouze 105,2 mg vápníku

denně, což představuje pouhých 8 % doporučené denní dávky pro její věkovou kategorii. Takový nedostatečný příjem vápníku by mohl vést k výše uvedeným zdravotním komplikacím.

Poslední zkoumanou živinou je železo, jakožto důležitý nutrient v době intenzivního růstu a svalového vývoje, což znamená i zvětšení objemu krve. Nedostatek železa může vést k sideropenické anémii. Doporučená denní dávka pro dospívajícího jedince je 12–15 mg (DACH 2019). Z výsledků v tabulce č. 8 je zřejmé, že respondentka nepřijímala ani gram tohoto prvku.

Během léčby došlo k zvýšení všech výše uvedených nutrientů. Cílem tohoto navýšení bylo vylepšit zdravotní stav a s tím spojené navýšení hmotnosti. Informace z tabulky č. 9 uvádí, že průměrná přijatá hodnota energie byla ve výši 3224 kcal / 13542 kJ za den, což je navýšení od doporučeného denního příjmu o 1000 kcal/ 4200 kJ, také příjem bílkovin se zvýšil na hodnotu 114 g/ den. Příjem tuku se zvýšil od doporučené denní dávky o 30 g. Ke zvýšení došlo dle dat z tabulky č. 9 také u sacharidů, respondentka konzumovala o necelých 200 g sacharidů více. Vyšší hodnoty jsou patrné též u železa a vápníku, u těchto nutrientů došlo u vápníku k navýšení na doporučených 1300 mg a u železa došlo k nepatrnému navýšení o 2 mg.

Tabulka č. 8 Průměry živin a energie při onemocnění respondentky KS (Vlastní zpracování 2023)

	Průměr tří dnů
Energie	522 kcal / 2194 kJ
Bílkoviny	10 g
Tuky	3 g
Sacharidy	26 g
Železo	0,9 mg
Vápník	105 mg

Tabulka č. 9 Průměry živin a energie během léčby respondentky KS (Vlastní zpracování 2023)

	Průměr tří dnů
Energie	3224 kcal/ 13542 KJ
Bílkoviny	114 g
Tuky	98 g
Sacharidy	428 g
Železo	17 mg
Vápník	1369 mg

Stravování respondentky VR v současné době bylo hodnocené s ohledem na její zdravotní stav. Má diagnostikovou osteoporózu, tedy degenerativní onemocnění kostí, jehož důsledkem jsou časté zlomeniny z důvodu dlouhodobého deficitu vápníku a vitamin D ve stravě. Z tohoto důvodu je vhodné tyto nutrienty ve stravě neopomínat, ba naopak zvyšovat jejich příjem. Doporučený denní příjem vápníku pro dospělého člověka udává Společnost pro výživu (2019) 1000 mg. Z výsledků tabulky č. 10 vyplývá, že respondentka nepřijme toto doporučené množství, proto by mělo docházet k jeho navýšení pomocí suplementace nutričních doplňků.

Dalším zkoumaným nutrientem byl vitamin D, který je též důležitý při správné tvorbě kostí. Tohoto vitamínu by měl dospělý člověk přijímat 20 µg denně. Tabulka č. 10 uvádí, že příjem vitamínu D je 15 µg, tedy i v tomto případě nedostačující a bylo by vhodné jeho navyšování nutričními doplňky (DACH 2019).

Tabulka č. 9 Příjem živin za jeden den respondentky VR (Vlastní zpracování 2023)

Energie	1766 kcal / 4717 kJ
Bílkoviny	81 g
Tuky	59 g
Sacharidy	222 g
Vit. D	15 µg
Vápník	540 mg

Průběh PPP může být velmi variabilní, od krátké jediné epizody v životě s plným uzdravením bez léčby až po chronické celoživotní onemocnění.

Obě respondentky trpěly v období dospívání mentální anorexií. Průběh jejich nemoci byl podobný, obě byly hospitalizované a také mají podobný spouštěč nemoci. U osob došlo k velkému život ohrožujícímu hmotnostnímu úpadku. Lišil se ale věk, ve kterém nemocí trpěly, délka trvání a také zdravotní následky. U respondentky KS, která procházela poruchou ve 13 letech, bylo spouštěčem onemocnění malé sebevědomí a touha po štíhlejší postavě. Respondentka VR, u níž se choroba rozvinula v 16 letech z důvodu velkých nároků na sebe sama, také uvedla, že se u ní vyskytovalo malé sebevědomí. Obě respondentky se shodují v tom, že k největšímu váhovému poklesu došlo mimo domov, KS zhubla nejvíce na letním táboře a VR na školním pobytu ve Francii. U obou respondentek došlo k vynechání menstruace a obě popisovaly pocity slabosti a vyčerpání. U VR se dále rozvinuly deprese a úzkostné stavy. Dále mají shodný průběh začátku hospitalizace, obě se dostaly do lékařské péče za pomoci rodiny, která si všimla jejich váhového poklesu. V době hospitalizace docházely obě dívky na psychoterapie, k nutričnímu terapeutovi a konzumovaly umělou výživu ve formě nutridrinků. VR byla předepsaná antidepressiva, druhé respondentce nikoliv. Obě se též shodují na faktu, že pro ně psychoterapie nebyla příliš přínosná. V obou případech byla léčba anorexie na více let, respondentka KS si procházela onemocněním 3 roky a teď se cítí být vyléčená. VR bojovala s nemocí 6 let a jako následek choroby se u ní rozvinula artróza a osteoporóza, po psychické stránce se však cítí zdravá.

Dalo by se shrnout, že si obě respondentky prošly PPP na základě fyzických i psychických změn, které jsou v období adolescence běžnou součástí a vykazují celoživotní zdravotní následky, kterými v těchto případech jsou nepravidelný cyklus a osteoporóza. Díky odborné léčbě, časnému odhalení nemoci a pomoci blízkých se obě respondentky z mentální anorexie vyléčily.

6 Závěr

Cílem literární rešerše bylo poskytnout základní přehled problematiky poruch příjmu potravy s důrazem na adolescenty jakožto rizikovou skupinu. Báze vědění o těchto poruchách je velmi rozsáhlá, a proto byla v práci diskutována pouze nejdůležitější a nejaktuálnější témata. Práce popsala adolescenci jako vývojové období a zároveň zdůraznila změny a milníky v této fázi života mladistvého jedince, při kterých je více ohrožen po stránce duševního zdraví. Zvláštní pozornost byla věnována výživě dospívajících, a to zejména klíčovým nutrientům, které by měly být součástí jejich stravy.

V praktické části byly pomocí strukturovaného rozhovorového šetření sestaveny kazuistiky dvou respondentek, které v období dospívání trpěly mentální anorexií. Získaná data byla použita k sestavení jídelních plánů, ve kterých byl posuzován příjem důležitých nutrientů, jako jsou železo, vápník a vitamin D a také základní makroživiny. Byla popsána rizika deficitu příjmu těchto složek potravy a na konkrétních případech bylo ukázáno, jak nedostatečná výživa ohrozila zdraví respondentek. U obou dívek došlo k vynechání menstruace z důvodu omezeného příjmu lipidů a dále k pocitům slabosti a celkové vyčerpanosti organismu zapříčiněním kriticky malého příjmu celkové energie. U respondentky VR byl během výzkumu zjištěn dlouhodobý nedostatek příjmu vápníku a vitaminu D, jehož důsledek tkvěl v rozvinutí degenerativního onemocnění osteoporózy. Respondentky vykazovaly společné znaky v průběhu onemocnění. Obě měly podobný spouštěč nemoci – malé sebevědomí z důvodu nátlaku okolí a následnou touhu po štíhlejší postavě. V obou případech došlo k největšímu hmotnostním úpadkům mimo domov, u KS na letním táboře a u VR na výměnném pobytu ve Francii. Tento fenomén by se dal vysvětlit argumentem, že byly v tu dobu bez větší kontroly okolí a jejich patologické chování se tak mohlo plně rozvinout. Respondentky se posléze dostaly do lékařské péče a následnou hospitalizací. Hlavním činitelem v těchto krocích byla reakce rodičů, kteří si všimli jejich extrémního hmotnostního úbytku a změněného způsobu stravování a chování.

Dalo by se shrnout, že si obě respondentky prošly mentální anorexií z důvodů fyzických i psychických změn, které jsou v období adolescence běžné. Osoby podrobené zkoumání vykazují zdravotní následky, kterými jsou v těchto případech nepravidelný menstruační cyklus a u jedné z nich osteoporóza a artróza. Díky interdisciplinární odborné léčbě, včasnému odhalení nemoci a pomoci blízkých se obě respondentky z mentální anorexie vyléčily.

Výzkum byl proveden na malém vzorku respondentů, a proto je třeba být opatrný s obecností výsledků, nicméně šetření ukázalo, že odborná léčba, nutriční terapie a podpora okolí mohou být účinnými způsoby léčby tohoto typu chorob u adolescentů.

Závěrem je důležité vyzdvihnout, že poruchy příjmu potravy se stávají pro adolescenty stále závažnějším problémem a čísla prevalence stoupají. Dopady mohou být až latentní, proto je nepřijatelné jejich zlehčování či přehlížení, naopak je třeba zlepšit informovanost a aktivně šířit osvětu v této problematice. Mělo by docházet k intenzivnějšímu vzdělávání dětí a mládeže v oblasti výživy a prevenci těchto onemocnění, zároveň je důležité také nadále pokračovat v odborném bádání po větším porozumění této problematice.

7 Literatura

1. AdiCare.cz s.r.o. 2023. AdiCare – Psychologická a psychiatrická klinika. Available from <https://www.adicare.cz/> (accessed February 2023).
2. American Psychiatric Publishing, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™ 5th ed. Washington, DC.
3. Bermudez O, Devlin M, Dooley HS, Guarda A, Katzman D, Mad-den S, Devlin M, Debra K, McGilley H, Michel D, Rome ES, Spaulding-Barclay MA, Tyson EP, Warren M. 2016. Eating Disorders a Guide to Medical Care. 3RD Edition. Academy for eating Disorders, USA.
4. Svačina Š. 2008. Klinická dietologie. Grada, Praha.
5. Brunerová L. 2018. Diabetes a poruchy příjmu potravy. Pages: 326-347 in Papežová H, editor. Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, Praha.
6. Carr-Gregg M. 2012. Psychické problémy v dospívání. Portál, Praha.
7. Centrum Anabell, z.ú. 2023. Naše služby. Available from <http://www.anabell.cz/>. (accessed March 2023).
8. Corwood P, Blancher CC, Chartte N, Duclon J, Dechelotte P, Hanachi M, Fetissoff S, Godart N, Melichior JC, Ramoz N, Jovene RC, Tolle V, Viltart O, Epelbaum J. 2016. New insights in anorexia nervosa. *Front Neurosci.* **17**:1-15.
9. Creswell, JW. 1998. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Sage Publications, Inc. **5**:416–427.
10. Česká společnost pro duševní zdraví. 2023. Česká společnost pro duševní zdraví. Available from <https://www.csdz.cz/> (accessed February 2023).
11. Dahlgren LC, Wisting L. 2017. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord.* **28**:22-65.
12. Douglass L. 2009. Yoga as an Intervention in the Treatment of Eating Disorders: Does it Help?. *The Journal of Treatment & Prevention.* **17**:126-139.
13. Dvořáková P. 2009. Já jsem hlad. Host, Praha.

14. EFSA (European Food Safety Authority). 2017. Dietary Reference Values for nutrients Summary report. EFSA supporting publication. **14**:1-98.
15. Fialová L. 2007. Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče. Zdraví & životní styl. Grada, Praha.
16. Fraňová S, Pařízková J, Malichová E. 2013. Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe. Karolinum, Praha.
17. Giada P. 2018. Drunkorexia: empirical investigation and analysis of the characteristics of the phenomenon in an Italian sample of adolescents and young adults. Psychology, Society & Education. **3**:285-299.
18. Goodwin RD, Hoven CW, Spitzer RL. 2003. Diabetes and eating disorders in primary care. Int J Eat Disord. **33**:85-91.
19. Halmi KA, Sunday SR, Strober M. 2008. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. Am J Psychiatry. **157**:179-185.
20. Hartl P, Hartlová H. 2009. Psychologický slovník 2. vyd. Portál, Praha.
21. Helus Z. 2011. Úvod do psychologie. Grada, Praha.
22. Hendl J. 2005. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Portál, Praha.
23. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S. 2011. The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. DEUTSCHER AERZTE-VERLAG GMBH. **40**:108-112.
24. Holeček V, Miňhová J, Prunner P. 2007. Psychologie pro právníky. 2 vyd. Aleš Čeněk, s.r.o. Plzeň.
25. Hronková V. 2010. Mentální anorexie ve Žďáře nad Sázavou, Žďár na Sázavou.
26. Chapy A. 2020. Orthorexie: évolution historique et état des lieux actuel. Cahiers de Nutrition et de Diététique. **55**:1-15.
27. Jaššová K, Albrecht J, Anders M, Papežová H. 2020. Použití repetitivní transkraniální magnetické stimulace v terapii psychogenního přejídání. Dvojitě slepá randomizovaná studie. Česká a Slovenská Psychiatrie. **116**:7-15.
28. Kelnarová J, Matějková E. 2009. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník. Grada, Praha.

29. Kocourková J, Koutek J, Lebl J. 1997. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Galén, Praha.
30. Kotrlíková E. 2018. Léčba malnutrice u anorexia nervosa na jednotce intenzivní péče. Pages: 173-80 in Papežová H, editor. Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, Praha.
31. Krásničanová H, Lesný P. 2000. Kompendium pediatrické auxologie. Galén, Praha.
32. Krásničková H. 2010. Vztahy mezi tělesnou hmotností a skeletální a sexuální maturací. Stav výživy a biologický věk – vybrané auxologické aspekty. Postgrad Med, Praha.
33. Kratochvíl S. 2017. Základy psychoterapie. 7. vydání. Portál. Praha.
34. Krejčířová D, Langmerier J. 2007. Vývojová psychologie. 2. Grada, Praha.
35. Krch FD. 2010. Mentální anorexie. 2. přeprac. vyd. Portál. Praha.
36. Krch FD, Fialová L. 2013. Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled. Karolinum, Praha.
37. Krch FD. 2007. Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi. **4**:115-120.
38. Kroupa R, Kohout P, Dastych M, Juhás V. 2021. Dietologie a nutriční podpora. Pages: 347-380 in Kohout P, Havel E, Matějovič M, Šenkýřek M, editors. Klinická výživa. Galén, Praha.
39. Křížová J. 2019. Umělá výživa. Pages 333-343 in Zlatohávek L, editor. Klinická dietologie a výživa. Current Media, Praha.
40. Kviatkovská K, Albrecht J, Papežová H. 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. Česká a Slovenská Psychiatrie. **112**:275-279
41. Látalová K, Kamarádová D, Praško D. 2015. Suicidialita u psychických poruch. Grada, Praha.
42. Machová J, Kubátová D, Hamanová H, Kabiček P, Mrázová E, Svoboda Z, Wendlichová I. 2016. Výchova ke zdraví. 2. vydání. Grada, Praha.
43. Mairs R, Nicholls D. 2016. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. Arch Dis Child. **101**:1168-1175.

44. Marchili MR, Diamanti, A, Zanna V, Spina G, Mascolo C, Roversi M, Guarnieri B, Mirra G, Testa G, Raucci U, Reale A, Villani A. 2023. Early naso-gastric feeding and outcomes of anorexia nervosa patients. *MDIP Open Access Journal*. **15**:1-3.
45. Marinov Z, Pastucha D, Barčáková U, Čepová J, Divoká J, Kalvachová B, Kuželová H, Málková I, Ptáček R, Seeman T, Vašíčková L, Vignerová J, Zemková D. 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Grada, Praha.
46. Matoušek O, Koláčková J, Kodýmová P. 2010. *Sociální práce v praxi*. Portál, Praha.
47. Mehl A, Žuchová S. 2009. Na tělo orientované přístupy v terapii hospitalizovaných pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie PRO PRAXI: VII Mezioborová konference o poruchách příjmu potravy a obezitě s mezinárodní součástí*. Praha.
48. Mehler PS, Andersen AE. 2010. Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications. *European Eating Disorders Review*. **19**:85-86.
49. Mehler PS, Rylander M. 2015. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. **3**: 5-8.
50. Mesías M, Seiquer I, Navarro MP. 2011. Calcium Nutrition in Adolescence. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. **51**:195-209.
51. Mesías M, Seiquer I, Navarro MP. 2013. Iron Nutrition in Adolescence. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. **53**:1226-1237.
52. Middleton K, Smith J. První kroky z poruchy příjmu potravy [The First Steps from an Eating Disorder]. 1st ed. Uhřetěpe 2013.
53. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2023. *Enterální výživa*. Available from <https://www.nzip.cz> (accessed February 2023).
54. Moustarah F, Daley SF. 2022. Dietary Iron. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. **32**: 22-51.
55. Nakai Y, Nin K, Noma S. 2016. Characteristics of avoid/restrictive food intake disorders in a cohort of adult patients. *Eur Eat Disord Rev*. **24**:528-530.
56. Navrátilová M, Hamrová M. 2009. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *New EU Magazine of Medicine*. **2**:22-36.
57. Němečková P. 2007. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie v praxi*. **4**:155-157.

58. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. 2014. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord.* **2**:15-21.
59. Méquinion M, Langlet F, Zgheib S, Dickson S, Dehouck B, Chauveau C, Viltart O. 2013. Ghrelin: central and peripheral implications in anorexia nervosa. *Front Endocrinol (Lausanne).* **26**:1-2.
60. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. 2014. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* **47**:495-9.
61. Novák F. 2021. Dietologie a nutriční podpora. Pages: 347-380 in Kohout P, Havel E, Matějovič M, Šenkýřek M, editors. *Klinická výživa*. Galén, Praha.
62. Novák M. 2010. *Společnost, Kultura a Poruchy Příjmu Potraviny [Societa, Culture and Eating Disorders]*. 1. vydání. Cerm, Brno.
63. Orel M. 2012. *Psychopatologie*. Grada, Praha.
64. Pálová S, Charvát J. 2018. Kardiovaskulární komplikace. Pages: 181-192 in Papežová H, editor. *Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta, Praha.
65. Papežová H, Hanusová J. 2012. *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. Togga, Praha.
66. Papežová H. 2010. Diagnostika poruch příjmu potravy. Pages: 126-133 in Papežová H, editor. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Grada, Praha.
67. Papežová H. 2018. Diagnostika poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění. Pages 122-133 in Papežová H, editor. *Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta, Praha.
68. Papežová H. 2018. Epidemiologie poruch příjmu potravy. Pages: 28-40 in Papežová H, editor. *Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta, Praha.
69. Papežová H. 2018. Modely poruch příjmu potravy. Pages: 41-57 in Papežová H, editor. *Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta, Praha.

70. Papežová H. 2018. Porucha vnímání vlastního těla a hyperaktivita u poruch příjmu potravy. Pages: 489-508 in Papežová H, editor. Anorexie, bulimie, a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Mladá fronta, Praha.
71. Papežová H. 2021. Poruchy příjmu potravy a výživa v psychiatrii. Pages 801-814 in Kohout P, Havel E, Matějkovič M, Šenkýřek M, editors. Klinická výživa. Galén, Praha.
72. Paus T, Keshavan M, Jay G. 2008. OPINION Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nature Reviews Neuroscience. **9**:1-10.
73. Pavlová B. 2010. Psychociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. Pages: 36-55 in Papežová H, editor. Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Grada, Praha.
74. Pipová H, Dolejš M, Suchá J, Kostková M, Urešová A. 2021. Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století. Togga, Praha.
75. Piřha J, Poledne R, Dostálová J, Kohout P, Králová V, Moravcová A, Ruskován J, Starnovská T, Suchánek P. 2009. Zdravá výživa pro každý den. Grada, Praha.
76. Pourová V, Jakešová A. 2019. O výživě. Pointa. Praha.
77. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně. 2023. Poruch příjmu potravy přibývá. Available from: <https://www.ceskapsychiatrie.cz/media-onas/tiskove-zpravy> (accessed March 2023).
78. Psychoportal. Brána k odborné pomoci. 2022. Svěpomocné organizace. Available from <https://psychoportal.cz/svepomocne-organizace/> (accessed March 2023).
79. Raboch J, Hrdlička J, Mohr P, Pavlovský P, Ptáček R. 2015. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch: DSM 5. Hogrefe-Testcentrum, Praha.
80. Rokyta R. 2015. Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. Grada, Praha.
81. Rusková J. 2011. Specifika výživy dospívání. Pediatrie pro praxi. **12**:277-280.
82. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. 2009. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins. **3**:2-18.
83. Sobotková NV, Blatný M, Hrdlička M, Jelínek M. 2012. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Grada, Praha.

84. Společnost pro výživu, z.s. 2019. Referenční hodnoty pro příjem živin DACH. 2. vydání. Společnost pro výživu, z.s., Praha.
85. Státní zdravotní ústav. 2023. Hodnocení růstu a vývoje dětí a mládeže. Available from <https://szu.cz/publikace/data/hodnoceni-rustu-a-vyvoje/rustove-grafy-ke-stazeni/> (accessed March 2023).
86. Steffen KJ, Roerig JM, Mitchell JE, Uppala S. 2006. Emerging drugs for eating disorder treatment. *Expert Opinion on Emerging Drugs*. **11**:315-336.
87. Světová zdravotnická organizace (WHO). 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. 2023. F50 Poruchy příjmu potravy. Available from <https://mkn10.uzis.cz/> (accessed February 2023).
88. Svačina Š et al. 2008. *Klinická dietologie*. Grada, Praha.
89. Šimíčková-Čížková J, Zacharová E. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada, Praha.
90. Švédová J. 2012. *Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci*. Anabell o.s. Brno.
91. Těšínský P, Novák F, Pražanová I, Růžičková L, Karbanová M, Krobot M, Szitányi P. 2020. Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. **10**:3-88.
92. Tovt S, Kajanova A. 2021. Introduction to bigorexia. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness*. **23**:133-37.
93. Uhlíková P. 2010. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. Pages: 134-142 in Papežová H, editor. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Grada, Praha.
94. United Nations Children's Fund UNICEF. 2021. Nutrition in middle childhood and adolescence. Available from <https://www.unicef.org/nutrition/middle-childhood-and-adolescence> (accessed March 2023).
95. Vágnerová M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Karolinum, Praha.
96. Vališová A, Kasíková H. 2011. *Pedagogika pro učitele*. Grada, Praha.
97. Velíšek J, Hajšlová J. 2009. *Chemie potravin II*. OSSIS, Tábor.

98. Vitousek, K, Manke, F. 2010. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. **103**:137–147.
99. Vohs KD, Bardone AM, Joiner TE, Abramson LY. 2003. Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *J Abnorm Psychol*. **108**:695-700.
100. Výživa dětí. 2023. Dětská BMI kalkulačka. Available from: <https://vyzivadeti.cz/kalkulacka-bmi/> (accessed March 2023).
101. Windstead NS, Willard SG. 2006. Gastrointestinal Complaints in Patients With Eating Disorders. *J Clin Gastroenterol* **40**:678-682.
102. World Health Organization. 2021. Mental health of adolescents. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (accessed February 2023).
103. Wurtman JR, Wurtman JJ, Regan MM, Breu JJ, McDermott, Tsay 2003. Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios, *The American Journal of Clinical Nutrition*. **77**:128–132
104. Youl-R K. 2018. Medical complications and management of eating disorders. *Journal of the Korean medical association*. **3**:191-197.
105. Zamora C, Catalina ML, Bonaecha BB, Sánchez GF, Ríos BR. 2005. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. **33**:1-4.
106. Zlatohlávek L, Křížová J. 2019. Vyšetření stavu výživy. Pages 67-95 in Zlatohlávek L, editor. *Klinická dietologie a výživa*. Current Media, Praha.
107. Zlatohlávek L, Pejšová H, Svačina Š. 2019. Základní složky potravy. Pages 31-51 in Zlatohlávek L, editor. *Klinická dietologie a výživa*. Current Media, Praha.

8 Seznam použitých zkratk a symbolů

BMI	Index tělesné hmotnosti
DSM- 5	Diagnostický a statický manuál duševních poruch
DACH	Referenční hodnoty pro příjem živin
EFSA	Evropský úřad pro bezpečnost potravin
EV	Enterální výživa
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize
PP	Psychogenní přejídání
PPP	Poruchy příjmu potravy
PV	Parenterální výživa
WHO	Světová zdravotnická organizace

9 Seznam tabulek a obrázků

9.1 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Hodnocení BMI (Zlatohlávek et al. 2019)	21
Tabulka č. 2 Hodnocení stupně závažnosti Mentální bulimie (Papežová et al. 2010).....	22
Tabulka č. 3 Hodnocení stavu výživy u dětí (Papežová et al. 2010)	23
Tabulka č. 4 Příklad jídelníčku v průběhu onemocnění (Vlastní zpracování 2023)	37
Tabulka č. 5 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 1 (Vlastní zpracování 2023)	38
Tabulka č. 6 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 2 (Vlastní zpracování 2023)	38
Tabulka č. 7 Příklad jídelníčku v průběhu hospitalizace – Den 3 (Vlastní zpracování 2023)	38
Tabulka č. 8 Průměry živin a energie při onemocnění respondentky KS (Vlastní zpracování 2023)	44
Tabulka č. 10 Příjem živin za jeden den respondentky VR (Vlastní zpracování 2023).....	45

9.2 Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Percentilový růstový graf pro chlapce 0-18 let (Státní zdravotní ústav 2023)..	23
Obrázek č. 2 Percentilový graf respondentky KS v období onemocnění (Výživa dětí 2023)	37

10 Samostatné přílohy

Do UIS byli odevzdány následující přílohy ve formě xlsx:

1. Propocet_kazuistika_I-Pri_hospitalizaci.xlsx
2. Propocet_Kazuistika_I-_pri_onemocneni.xlsx
3. Propocet_Kazuistika_II-_soucasny_stav_.xlsx