UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anna-Marie Konečná

Poruchy příjmu potravy u adolescentů

Olomouc 2022 Vedoucí práce: PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. Jany Kvintové, Ph.D., a použila jen zdroje uvedené v kapitole Použité zdroje.

V Olomouci dne 12. 4. 2020 Anna-Marie Konečná

Poděkování

Děkuji PhDr. Janě Kvintové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, za poskytování cenných rad a za představení literature review. Děkuji Mgr. Jakubu Horálkovi za korekturu. Také děkuji svým blízkým za podporu.

Obsah

1 Úvod ... 1
2 Cíle bakalářské práce ... 3
3 Poruchy příjmu potravy ... 4
2.1 Mentální anorexie ... 4
2.2 Mentální bulimie ... 6
2.3 Psychogenní přejídání ... 8
2.4 Adonisův komplex ... 9
2.5 Ortorexie ... 10
4 Dospívání ... 12
3.1 Tělesná proměna ... 12
3.2 Kognitivní změny ... 14
3.3 Emoční změny ... 14
3.4 Socializace ... 15
3.5 Adolescenti a poruchy příjmu potravy ... 16
5 Příčiny poruch příjmu potravy z pohledu autorů ... 17
4.1 Biologické faktory ... 17
4.1.1 Pohlaví/gender ... 17
4.1.2 Etnický původ ... 18
4.1.3 Věk ... 19
4.2 Psychologické příčiny ... 19
4.2.1 Osobnostní faktory ... 19
4.2.1.1 Negativní emocionalita ... 20
4.2.1.2 Obsedantně kompulzivní osobnost a perfekcionismus ... 21
4.2.2 Sexualita a sexuální zneužívání ... 22
4.3 Sociokulturní příčiny ... 23
4.3.1 Rodinné faktory ... 23
4.3.1.1 Genetika ... 24
4.3.1.2 Přístup rodičů ... 24
4.3.1.3 Separace a akulturace ... 25
4.3.2 Diety/BMI ... 26
4.3.3 Média ... 27
4.3.4 Společnost a kult štíhlosti ... 28
6 Poruchy příjmu potravy v zahraničních výzkumech ... 30

7 Diskuse 37
8 Závěr 39
9 Souhrn 40
Použité zdroje 41
Seznam zkratek 44
Přílohy 45

1 Úvod

Tato bakalářská práce teoretického typu s názvem „Poruchy příjmu potravy u adolescentů“ se snaží srozumitelně představit poruchy příjmu potravy a rozšířit povědomí o nich mezi učitele a širší veřejnost. Práce je částečně pojata formou tzv. literature review, kdy se autorka v rámci rozsahu, který bakalářské práce umožňuje, pokouší porovnat literární přínos autorů k příčinám poruch příjmu potravy a poskytnout v části diskuse kritické zhodnocení ve výše uvedených mezích.

Může se zdát, že se téma týká jen klinické psychologie, avšak vezme-li se v potaz nejčastější výskyt těchto onemocnění, tedy adolescence, zjistíme, že je toto téma úzce propojeno se školním prostředím. Pedagogové se tedy mohou stát prvními respondenty na rizikové chování spojené s poruchami příjmu potravy.

Bakalářská práce je rozdělena na čtyři kapitoly, které jsou nadále rozděleny na menší podkapitoly. V první kapitole je čtenář seznámen s definicí a diagnostikou poruch příjmu potravy. Podkapitoly první kapitoly se zabývají určitými typy nemocí, a to mentální anorexií, mentální bulimií, psychogenním přejídáním, adonisovým komplexem a ortorexií. Čtenář se také dočte, že adonisův komplex byl řazen pod hypochondrické poruchy, a nově je řazen do obsedantně kompulzivních poruch a ortorexie dosud není klasifikována jako porucha příjmu potravy. Avšak obě tato onemocnění nesou prvky porušeného vnímání sebe sama a stravování, a proto byla zařazena do této práce. V druhé kapitole se čtenář seznámí s klasifikací adolescenta. Dozví se, jak se toto období definuje a jakými tělesnými, kognitivními, emočními a sociálními změnami jedinec projde. Na konci kapitoly je čtenář krátce uveden do problematiky období adolescence a poruch příjmu potravy.

Ve třetí kapitole autorka syntetizuje příčiny poruch příjmu potravy z pohledu autorů dostupné literatury. Jedná se o autory Krcha, Pavlovou, Procházkovou & Sladkou-Ševčíkovou, Nováka, McGregorovou a krátce Papežovou a Fraňkovou. Příčiny jsou z důvodu přehlednosti rozděleny na biologické, psychologické a sociokulturní. Ve čtvrté kapitole autorka popisuje výběr výzkumů provedených za poslední čtyři roky týkajících se příčin poruch příjmu potravy. V diskusi se snaží autorka kriticky zhodnotit zjištěné poznatky a podat návrh na zlepšení dostupné literatury.

Autorka věří, že by práce mohla být přínosná pro pedagogy v praxi i pro širší veřejnost. Dále by se tato syntéza teoretických poznatků mohla stát podkladem pro budoucí autorčinu kvalifikační práci.

2 Cíle bakalářské práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je předložit syntézu aktuálního stavu poznání související s problematikou poruch příjmu potravy u adolescentů, v rozsahu, který nám umožňuje tento typ kvalifikační práce, a to včetně kritického zhodnocení použitých zdrojů.

Dílčí cíle

- Vymezit poruchy příjmu potravy.
- Vymezit adolescentní období.
- Provést syntézu literatury zabývající se příčinami poruch příjmu potravy.
- Představit nejnovější výsledky bádání zabývající se poruchami příjmu potravy u adolescentů.

Výzkumné otázky

- Jak jsou popisovány poruchy příjmu potravy v literatuře?
- Jak je v literatuře vymezeno adolescentní období?
- Jak jsou popisovány příčiny těchto poruch několika autory?
- Jaké jsou nejnovější výzkumy týkající se poruch příjmu potravy u adolescentů?

Použitá metoda

Předložená práce je zpracovaná na základě tzv. literature review. Vycházíme z autora Knopfa, který tuto formu popsal jako práci kriticky shrnující stav poznání zvolené problematiky. Cílem tohoto typu práce je porovnat, popsat a následně zhodnotit stav bádání ve vybrané problematice (Knopf, 2006). Jinými slovy, v rámci rozsahu bakalářské práce, pomocí *literature review*, shrnuje autorka relevantní dostupnou literaturu a prezentuje svůj pohled na to, jak je toto poznání v současnosti přínosné či méně přínosné.

V rámci této práce vycházíme z publikací nejznámějších autorů zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy, a to například: Papežová, Krch, Pavlová, Novák, Procházková & Sladká-Ševčíková aj.

3 Poruchy příjmu potravy

Poruchy přijmu potravy (PPP) jsou klasifikované jako závažná psychiatrická onemocnění. Vyskytuje se mnoho druhů s různými projevy a existuje velké množství klasifikací a definic. Nejčastěji literatura k tomuto tématu vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10, MKN-11 od roku 2022), která je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO), a z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), který vydává Americká psychiatrická asociace. Tato kapitola pojednává o vytyčení PPP, jejich diagnostice a důsledcích. O programech zabývajících se prevencí či následnou pomocí si můžete přečíst v příloze 2.

Je důležité zmínit, že k poruchám příjmu potravy se často přidružují i jiná psychiatrická onemocnění, jako jsou obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, bipolární porucha, afektivní porucha, úzkostné poruchy a další (Papežová et al., 2018, s. 132; Papežová, 2012, s. 33).

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie neboli anorexia nervosa je klasifikována v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódem F50.0 a je definována jako: *„Porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje.“ (ÚZIS ČR, 2022, F50.0).*

Anorexie se nejčastěji objevuje u dívek, avšak je zde i procento chlapců, u kterých porucha vznikne. Pubescence či mladší dospělost je typickým obdobím vzniku poruchy, ale není to pravidlo, tedy se může objevit i v pozdějším nebo dřívějším věku. (Papežová et al., 2018, s. 122 a 135).

MKN-11 diagnostikuje Mentální anorexii podle svých kritérií:

a) Výrazně nízká tělesná hmotnost vzhledem k výšce, věku, vývojové fázi nebo historii hmotnosti jedince. Běžně používaným prahem je index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než 18,5 kg/m2 u dospělých a BMI podle věku pod 5. percentilem u dětí a dospívajících. Rychlý úbytek hmotnosti (např. více než 20 % celkové tělesné hmotnosti během 6 měsíců) může nahradit základní rys nízké tělesné hmotnosti, pokud jsou splněny další diagnostické požadavky. Děti a dospívající mohou vykazovat spíše selhání v přibírání na váze, jak se očekává na základě individuální vývojové trajektorie, než úbytek hmotnosti.

b) Nízká tělesná hmotnost není lépe vysvětlena jiným zdravotním stavem nebo nedostupností potravy.
c) Trvalý vzorec restriktivního stravování nebo jiného chování zaměřeného na vytvoření nebo udržení abnormálně nízké tělesné hmotnosti, typicky spojený s extrémním strachem z přibírání na váze. Chování může být zaměřeno na snížení energetického příjmu, půst, výběr nízkokalorických potravin, příliš pomalé jedení malého množství jídla a skrývání nebo vyplivování jídla, stejně jako očistné chování, jako je samovolné zvracení a užívání projímadel, diuretika, klystýry nebo vynechání dávek inzulínu u jedinců s diabetem. Chování může být také zaměřeno na zvýšení energetického výdaje nadměrným cvičením, motorickou hyperaktivitou, záměrným vystavením chladu a užíváním léků zvyšujících energetický výdej (např. stimulanty, léky na hubnutí, rostlinné produkty na redukci váhy, hormony štítné žlázy).
d) Nadměrné zaujetí tělesnou hmotností nebo tvarem. Nízká tělesná hmotnost je přeceňována a má zásadní význam pro sebehodnocení osoby, nebo jsou dokonce tělesná hmotnost a tvar těla nepřesně vnímány jako nadměrné. Zaujatost váhou nebo tvarem, pokud to není výslovně uvedeno, se může projevovat chováním, jako je opakovaná kontrola tělesné hmotnosti pomocí vah, opakovaná kontrola tvaru těla pomocí metru nebo odrazu v zrcadlech, neustálé sledování obsahu kalorií v potravinách, vyhledávání informací o tom, jak zhubnout, nebo extrémním vyhýbavým chováním, jako je odmítnutí mít doma zrcadla, vyhýbání se přiléhavému oblečení, odmítnutí znát svou váhu nebo si koupit oblečení se stanovenou velikostí (WHO, 2022, 6B80). V příloze 1 naleznete, jak na diagnostiku anorexie pohlíží DSM-5.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch také rozlišuje čtyři stupně závažnosti:

1. *„Mírná anorexie: BMI ≥ 17 kg/m^2*
2. *Průměrná anorexie: BMI 16 – 16,99 kg/m^2*
3. *Závažná anorexie: BMI 15 – 15,99 kg/m^2*
4. *Extrémní anorexie: BMI <15 kg/m^2 "* (*Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 358*).

Zde je nutné zmínit, že tyto hodnoty, které jsou uváděny Světovou zdravotnickou organizací, se převážně týkají dospělých osob. Pro adolescentní a pubertální jedince je vhodné použít správný percentil BMI (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 358).

Mezi důsledky mentální anorexie spadají: porucha štítné žlázy, poškození zubů, nehtů a vlasů, kolaps orgánů, ztráta menstruace a následná neplodnost, poruchy termoregulace,

poškození mozku, malnutrice, další psychická onemocnění a sociální izolace (Papežová et al., 2018, s.140-141).

Anorexia nervosa se často dělí na dva specifické druhy:

1. Nebulimický (restriktivní) typ je definován tím, že pacient během epizody nezkonzumuje nadměrné množství jídla.
2. Bulimický (purgativní) typ je definován tím, že pacient během epizody zkonzumuje nadměrné množství jídla (Krch et al., 2005, s. 17).

Je důležité zmínit, že lidé trpící anorexií téměř nikdy nevyhledají odbornou pomoc sami od sebe, protože si nepřipouští, že by měli nějaký problém. Existují případy, kdy si řeknou o pomoc, a to je obvykle zapříčiněno somatickými a psychickými důsledky z malnutrice (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 360).

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie neboli bulimia nervosa je klasifikována v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódem F50.2 a je definována jako *„syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel.“ (ÚZIS ČR, 2022, F50.2).*

Bulimie se nejčastěji objevuje v mladší dospělosti a opět se jedná o nemoc postihující více dívky než chlapce (Papežová et al., 2018, s. 123; Krch, 2008, s. 23).

MKN-11 diagnostikuje Mentální bulimii podle svých kritérií:

a) Časté, opakující se epizody záchvatovitého přejídání (např. jednou týdně nebo vícekrát po dobu alespoň 1 měsíce). Záchvatovité přejídání je definováno jako diskrétní časový úsek (např. 2 hodiny), během kterého jedinec zažívá ztrátu kontroly nad svým stravovacím chováním a jí výrazně více nebo jinak než obvykle. Ztráta kontroly nad jídlem může být jednotlivcem popsána jako pocit, že nemůže přestat nebo omezit množství nebo typ konzumovaného jídla; mají potíže přestat jíst, jakmile začnou, nebo se vzdají i snahy kontrolovat své jedení, protože vědí, že se nakonec přejí.
b) Opakované nevhodné kompenzační chování k zabránění přibírání na váze (např. jednou týdně nebo vícekrát po dobu alespoň 1 měsíce). Nejběžnějším kompenzačním chováním je samovolně vyvolané zvracení, ke kterému obvykle dochází do hodiny po záchvatovitém přejídání. Mezi další nevhodné kompenzační chování patří půst nebo užívání diuretik k

navození úbytku hmotnosti, užívání laxativ nebo klystýrů ke snížení vstřebávání potravy, vynechání dávek inzulínu u jedinců s diabetem a namáhavé cvičení k výraznému zvýšení energetického výdeje.

c) Nadměrné zaujetí tělesnou hmotností nebo tvarem. Zaujatost váhou nebo tvarem, pokud to není výslovně uvedeno, se může projevovat chováním, jako je opakovaná kontrola tělesné hmotnosti pomocí vah, opakovaná kontrola tvaru těla pomocí metru nebo odrazu v zrcadlech, neustálé sledování obsahu kalorií v potravinách, vyhledávání informací otom, jak zhubnout, nebo extrémním vyhýbavým chováním, jako je odmítnutí mít doma zrcadla, vyhýbání se přiléhavému oblečení, odmítnutí znát svou váhu nebo si koupit oblečení se stanovenou velikostí.
d) Objevuje se výrazné znepokojení ohledně vzorce záchvatovitého přejídání a nevhodného kompenzačního chování nebo výrazného narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastí fungování.
e) Příznaky nesplňují diagnostické požadavky pro mentální anorexii (WHO, 2022, 6B81). V příloze 1 naleznete, jak na diagnostiku bulimie pohlíží DSM-5.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch rozlišuje čtyři stupně závažnosti:

1. Mírná bulimie: 1-3 epizody potlačení kalorického účinku jídla týdně
2. Průměrná či středně těžká bulimie: 4-7 epizod potlačení kalorického účinku jídla týdně
3. Závažná či těžká bulimie: 8-13 epizod potlačení kalorického účinku jídla týdně
4. Extrémní bulimie: 14 a více epizod potlačení kalorického účinku jídla týdně (Papežová et al., 2018, s. 124; Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 365).

Mezi důsledky mentální bulimie spadá: poškození zubů, nehtů a vlasů, kolaps orgánů, nutriční deprivace, poškození mozku (Papežová et al., 2018, s.140-141).

Bulimia nervosa se často dělí na dva specifické druhy:

1. Purgativní typ je definován tím, že pacient se pravidelně pokouší zbavit přijatého jídla pomocí zvracení, laxativ nebo diuretik.
2. Nepurgativní typ je definován tak, že pacient se nezbavuje již přijatého jídla, ale záměrně se snaží přísun jídla zastavit, omezit nebo eliminovat. Dělá to pomocí hladovek, diet a intenzivního cvičení (Krch et al., 2005, s. 19).

2.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí jako „Přejídání spojené s psychologickými poruchami“ a klasifikováno pod kódem F50.4. Je definováno jako *„Přejídání způsobené stresujícími událostmi, jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně.“ (ÚZIS ČR, 2022, F50.4).*

Častými spouštěči psychogenního přejídání jsou specifické stresory, diety a omezení v jídle, znuděnost a negativní afekty (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 371). Je důležité vědět, že člověk trpící touto poruchou netrpí vždy obezitou a že se nejčastěji vyskytuje v adolescenci a rané dospělosti.

MKN-11 diagnostikuje Psychogenní přejídání podle svých kritérií:

a) Epizody záchvatovitého přejídání mohou být „objektivní“, kdy jedinec sní množství jídla, které je větší, než by většina lidí snědla za podobných okolností, nebo „subjektivní“, což může zahrnovat konzumaci množství jídla, které lze objektivně považovat za normální, ale jednotlivec je subjektivně pociťuje jako velké. V obou případech je hlavním rysem epizody záchvatovitého přejídání zkušenost ztráty kontroly nad jídlem.
b) Mezi další charakteristiky epizod záchvatovitého přejídání může patřit mnohem rychlejší konzumace než obvykle, konzumace jídla, dokud se nedocílí pocitu nepříjemné plnosti, konzumace velkého množství jídla, i když se neobjevuje fyzický pocit hladu, nebo konzumace o samotě z důvodu rozpaků.
c) Záchvatovité přejídání je obvykle vnímáno jako velmi stresující. To se často projevuje negativními emocemi, jako je vina, znechucení nebo stud, které také obvykle negativně ovlivňují sebehodnocení jednotlivce.
d) Pokud dochází k několika epizodám záchvatovitého přejídání za týden a tyto epizody jsou spojeny s významnými úzkostmi, může být vhodné stanovit diagnózu po kratší době (např. 1 měsíc).
e) Poruchy přejídání jsou často spojeny s nárůstem hmotnosti a obezitou. Jedinci s poruchou záchvatovitého přejídání však mohou mít normální hmotnost nebo dokonce nízkou hmotnost (i když ne dostatečně, aby splnili diagnostické požadavky na anorexii). Diagnóza záchvatovitého přejídání je založena na přítomnosti pravidelného záchvatovitého přejídání, které není doprovázeno pravidelným nevhodným kompenzačním chováním, bez ohledu na stav nadváhy.

f) Zaujatost vlastní tělesnou hmotností nebo tvarem, častá kontrola nebo vyhýbání se kontrole tělesné hmotnosti nebo velikosti a silný vliv tělesné hmotnosti nebo tvaru na sebehodnocení jsou běžně přítomné, i když to není nutné pro diagnózu poruchy přejídání (WHO, 2022, 6B82). V příloze 1 naleznete, jak na diagnostiku psychogenního přejídání pohlíží DSM-5.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch rozlišuje čtyři stupně závažnosti:

1. Mírná epizoda přejídání: 1-3 za týden
2. Průměrná/středně těžká epizoda přejídání: 4-7 za týden
3. Závažná/těžká epizoda přejídání: 8-13 za týden
4. Extrémní epizoda přejídání: 14 a více za týden (Papežová et al., 2018, s. 126, Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 370).

2.4 Adonisův komplex

Adonisův komplex neboli Svalová dysmorfofobie či Bigorexie není klasifikována pod poruchami příjmu potravy, ale spadá v MKN -10 pod Hypochondrické poruchy s kódem F45.2. Zde je definována takto: *„Základním rysem je přetrvávající zabývání se myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují trvalými somatickými potížemi nebo trvalým zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem. Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující. Pozornost je obvykle zaměřena pouze na jeden nebo dva orgány nebo tělesné systémy." (ÚZIS ČR, 2022, F45.2).* V MKN-11 je již tato porucha řazena do obsedantně kompulzivních poruch (WHO, 2022, 6B21). Bližší definici pak poskytuje DSM-5 a to, že *„jedinec je zaujatý myšlenkou, že jeho stavba těla je příliš malá nebo má nedostatečný objem svalů" (Americká psychiatrická asociace, 2013, s. 255).*

Jak bylo zmíněno výše, anorexií trpí převážně ženy, u svalové dysmorfofobie jde spíše o muže. Nejčastěji se onemocnění vyvine kolem věku 12-13 let a jedinci své příznaky tají. Často si jedinci pomáhají steroidy (Papežová et al., 2018, s.127-128).

MKN-11 diagnostikují Svalovou dysmorfofobii podle svých kritérií:

a) Trvalé zaujetí jednou nebo více vnímanými vadami nebo vadami vzhledu nebo ošklivostí obecně, které jsou pro ostatní buď nepostřehnutelné, nebo jen nepatrně viditelné.

b) Nadměrná sebevnímavost vad nebo nedostatků, často včetně myšlenek sebereferenčních (tj. přesvědčení, že si lidé všímají vnímaných vad nebo nedostatků, posuzují je nebo o nich mluví).
c) Zaujatost nebo sebevnímavost jsou doprovázeny některým z následujících:

- Opakující se nadměrné chování, jako je opakované zkoumání vzhledu, závažnosti vnímaných vad nebo nedostatků (např. kontrolou reflexních povrchů) nebo porovnávání příslušné funkce s vlastnostmi ostatních;
- Nadměrné pokusy zamaskovat nebo pozměnit vnímanou vadu (např. specifické a komplikované formy oblékání, podstupování neuvážených kosmetických chirurgických zákroků);
- Výrazné vyhýbání se společenským nebo jiným situacím nebo podnětům, které zvyšují úzkost z vnímané vady (např. reflexní povrchy, šatny, bazény).

d) Příznaky nejsou projevem jiného zdravotního stavu a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku na centrální nervový systém, včetně abstinenčních účinků.
e) Symptomy vedou k významnému utrpení nebo významnému poškození v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování. Pokud je funkce zachována, je to pouze díky značnému dodatečnému úsilí (WHO, 2022, 6B21).

2.5 Ortorexie

Orthorexia nervosa je porucha, při které je jedinec až patologicky posedlý zdravou neboli, dle jedincova výkladu, správnou výživou.

Název této poruchy byl poprvé použit v roce 1996 v San Franciscu doktorem Stevenem Bratmanem, když se snažil pojmenovat obsesi zdravým stravováním svých pacientů. Termín má původ v řečtině, kdy předpona *Orto* – znamená „správný či rovný“ a *orexie* je odvozené od slova *orexis*, což znamená „chuť či touhu“, doslovně tedy slovo ortorexie znamená „správná chuť“. Ze slova *nervosa* vyplývá nervový původ, v tomto případě obsese (McGregor, 2019, s. 17).

Ortorexie se momentálně oficiálně neřadí do žádných zmíněných diagnostických manuálů a klasifikací duševních či psychiatrických poruch, ale dle jejích charakteristických rysů spadá nebo je laicky zařazována do Poruch příjmu potravy. Podle všech informací by se měla v budoucích aktualizovaných vydání Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících

zdravotních problémů a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch již objevit (McGregor, 2019, s. 18-19).

Lidé diagnostikováni s ortorexií se živí výhradně potravinami, které nebyly uměle hnojeny, geneticky modifikovány či ošetřeny chemikáliemi nebo do kterých nebyla přidaná umělá barviva. Jinými slovy, lidé s touto poruchou jedí jen biopotraviny. Tato definice však neznamená patologii. V momentě, kdy jedinec začne být ohledně jídla a jeho konzumace obsesivní, se z tohoto životního stylu stává patologická porucha. K extrémům dochází, když jedinec začne seznam svých tzv. povolených potravin ještě více zmenšovat, z důvodů například správné sklizně, znečistění ovzduší nebo dle výrobce (Navrátilová, 2017).

4 Dospívání

Dospívání neboli adolescenci lze rozdělit do dvou stádií:

1. Raná adolescence
2. Pozdní adolescence

Raná adolescence

Jedná se o období zhruba mezi 11 a 15 rokem života. Někteří autoři toto období nazývají pubescence. Nejčastěji se za začátek období pubescence označuje začátek tělesného zrání a za konec kompletní biologická dospělost, kdy je jedinec schopen zplodit nebo počít děti. Začátek tělesného zrání je individuální a je zjištěno, že u dívek se vyskytuje průměrně o dva roky dříve než u chlapců (Blatný, 2016, s. 100; Vágnerová & Lisá, 2021, s. 374). Raná adolescence je období mnoha změn. Nastává tělesný vývoj, změna myšlení a emočního prožívání a emancipace (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 374).

Pozdní adolescence

Jedná se o období obecně ohraničeno věkem od 15 do 20 let života. Individuálně toto období začíná mezi 14.-16. rokem života u chlapců a 14.-17. rokem života u dívek. Nejčastěji se začátek pozdní adolescence definuje biologickou dospělostí neboli vyzráním a konec ukončením profesní přípravy a následným nástupem do zaměstnání či pokračováním ve studiu (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 375; Šebková, 2003). V pozdní adolescenci probíhají více komplexní psychosociální proměny jako změna osobnosti a společenské pozice, vývoj partnerských vztahů a hledání a urovnávání si sociální identity. V 18 letech jedinec dosahuje oficiálního dospělého věku, což mu zaručuje zisk svobodného rozhodování a plné zodpovědnosti za své činy (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 375).

Vývojové změny napříč oběma obdobími:

3.1 Tělesná proměna

Tělesnou proměnu během adolescence lze definovat jako změnu těla dítěte v tělo jedince schopného se reprodukovat. Vezmeme-li v potaz, že je počátek dospívání určen geneticky a že za poslední desetiletí vnější vlivy na něj dosáhly maxima, můžeme dedukovat, že se věková hranice začátku nebude nadále snižovat. K hormonálním změnám dochází během 2-3 let před viditelným začátkem tělesných změn a tělesná proměna je úzce spjata s identitou osoby (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 382).

Fyzické změny jde shrnout do tří hlavních kategorií: vývoj druhotných pohlavních znaků, kompletní maturace a navození dospělé funkce nadledvin, ovárií či testes a dosažení dospělého vývoje skeletu, svaloviny, tukové tkáně (Olivovna, 2022).

Podle Tannera se dají tělesné změny popsat v pěti fázích:

U dívek se jedná o vývoj prsou a pubického ochlupení; u některých dívek nelze 4. a 5. fázi růstu prsou rozlišit. Menstruace se obvykle objevuje v průběhu třetí a čtvrté fáze, což je zhruba kolem 13 let (Macek, 2003, s. 43; Olivovna, 2022).

1. Fáze předpubertální – prsa jsou plochá, zpevnění bradavek; zcela bez ochlupení
2. Fáze počátek puberty – zvětšení prsní tkáně a bradavek; nejprve se řídké, slabě pigmentované ochlupení objevuje okolo stydkých pysků
3. Fáze – prsa se začínají vzdouvat a začínají být vidět, zvětšení prsních dvorců, objevuje se tzv. vnější kontura prsou; ochlupení tmavne, stává se hrubším, kudrnatí a rozrůstá se přes stydkou sponu
4. Fáze – prsa ještě více mohutní a dostávají skoro dospělý tvar, prsní dvorce a bradavka se elevují oproti zbytku prsa, objevuje se i vnitřní kontura prsou; ochlupení vyplňuje celý trojúhelník
5. Fáze – prsa mají stálý dospělý tvar; ochlupení roste i v tříslech a směrem nahoru k pupíku (W. A. Marshall & J. M. Tanner, 1969, s. 291-292).

U chlapců se jedná o vývoj genitálií a ochlupení. Penis roste od narození. Fáze růstu ochlupení jsou podobné jako u dívek. Ochlupení začíná růst ve stejném okamžiku, kdy genitálie. Za začátek puberty u chlapců se označuje moment aktivace a zvětšení varlat (Olivovna, 2022).

1. Fáze předpubertální – varlata, šourek a penis jsou přibližně stejné velikosti a poměru jako na počátku dětství; zcela bez ochlupení
2. Fáze – šourek a varlata se zvětšily a dochází ke změně textury kůže šourku, dochází také k určitému zarudnutí kůže šourku; nejprve se se řídké, slabě pigmentované ochlupení objevuje u kořene penisu
3. Fáze – nejprve dochází k růstu penisu hlavně do délky, ale i s určitým nárůstem do šířky, dochází také k dalšímu růstu varlat a šourku; ochlupení tmavne, stává se hrubším, kudrnatí a rozrůstá se přes stydkou sponu

4. Fáze – penis se dále zvětšuje do délky a šířky s rozvojem žaludu, varlata a šourek se dále zvětšují a dochází také k dalšímu ztmavení kůže šourku; ochlupení je již dospělého typu, ale oblast výskytu je stále menší než u dospělého jedince
5. Fáze – dospělé genitálie velikostí a tvarem, k žádnému zvětšení po 5. fázi už nedochází; ochlupení roste i v tříslech a směrem nahoru k pupíku (W. A. Marshall & J. M. Tanner, 1970, s. 14).

3.2 Kognitivní změny

Všechny dostupné zdroje vycházejí při definici kognitivních změn z Jeana Piageta, který změny v tomto období definuje jako stádium formálních logických operací (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 386; Blatný, 2016, s. 100). Největší změny se týkají schopnosti myslet hypoteticky a zmatenosti. Teorii vývoje identity vymyslel J. Marcía v roce 1967:

1. Difúze identity – jedinci neprochází krizí identity, přijímají vše, co je jim nabízeno
2. Předčasné uzavření identity – jedinci přijímající společenské požadavky za své bez individualizování
3. Moratorium identity – období krize a hledání
4. Dosažení identity – jedinci, kteří prošli obdobím krize a přijali svou roli ve společnosti včetně hodnot a cílů (Blatný, 2016, s. 104)

Co se týče myšlení, adolescenti myslí radikálně a racionálně. Ačkoliv jsou řízeni svými emocemi za podpory hormonů, nevnímají citové reakce okolí za validní a hledají spíše rozumové jednání. Dospívající dokážou organizovat myšlení a tím pádem lépe organizovat a plánovat (Blatný, 2016, s. 101; Binarová, 2010, s. 121)

3.3 Emoční změny

Jak už bylo naznačeno, hormonální změny značně ovlivňují emoční prožívání adolescentů. Projevuje se to zvýšenou dráždivostí, emoční labilitou a přecitlivělostí na normální okolnosti. Tyto projevy bývají krátkodobé a rychle se měnící (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 398). V tomto období se objevuje forma egocentrismu. V této formě si jedinec myslí, že je výjimečný, a tím pádem je všechna pozornost soustředěna jen na něj. Z tohoto pak plyne úzkost ze svého zevnějšku a chování. Adolescenti se bojí ztrapnění a komentářů okolí. Tyto pocity mnohdy zapříčiňují další psychické problémy jako poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, sebepoškozovaní a v některých i suicidální myšlenky a činy. Na druhou stranu jedinec

o těchto pocitech nerad mluví a někdy je ani jinak neprojevuje, což je zapříčiněno myšlenkou, že jim nikdo nebude rozumět (Blatný, 2016, s. 103; Vágnerová & Lisá, 2021, s. 398).

V rámci emočních změn dospívající mají často pocit neohroženosti a nedotknutelnosti, z čehož plyne rizikové chování a vyhledávání vzrušení. Toto je zapříčiněno zvýšenou hladinou dopaminu. Do určité úrovně je toto rizikové chování důležité pro další životní rozvoj, avšak v přemíře může mít nepříznivé dopady jako třeba těhotenství či ublížení na zdraví (Blatný, 2016, s. 103).

3.4 Socializace

Na konci rané adolescence, v 15 letech, jedinci dosahují dvou hlavních sociálních mezníků: ukončení povinné školní docházky a obdržení občanského průkazu. S koncem základní školy si dospívající volí své budoucí profesní zaměření a s tím spojený sociální status. Socializace se dá nadále rozdělit do kategorií podle sociálních skupin (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 408).

Rodina je prvkem zázemí, od kterého se jedinci začínají pomalu distancovat až do období rané adolescence, kdy je jedinec soběstačný, ale stále se rád vrací. Zhruba mezi 13. a 17. rokem vznikají konflikty mezi rodiči a adolescenty, kteří se snaží přestat s nimi identifikovat (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 409-410; Blatný, 2016, s. 106).

Jak bylo zmíněno výše, škola je velkou součástí socializace z hlediska zaměření se na budoucí povolání a sociální status, který z povolání vyplývá. Dále může ovlivňovat hodnotové žebříčky a rozvoj dovedností (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 409-410). Volnočasové instituce se také řadí mezi důležité sociální skupiny, kde si jedinec rozvíjí schopnosti a dovednosti mimo školní prostředí. Pokud má dospívající špatné rodinné a školní zázemí, slouží instituce pro volnočasové aktivity jako kompenzace. (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 409)

Nejdůležitější sociální skupinou je vrstevnická skupina. Adolescenti v této skupině nachází pochopení a podporu. Rozvíjí se zde vztahy, od přátelství až po romantické, v rané adolescenci se jedná o první lásky a v pozdní adolescenci už o trvalejší partnerství. Také se objevuje jakýsi způsob hierarchie. V rané adolescenci se objevuje již zmíněná skupinová identita, a naopak v pozdní se identita individualizuje. V této skupině jedinci tráví nejvíce času (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 409-410; Blatný, 2016, s. 107).

V rámci dospívání a skupin adolescenti získávají také nové role. V rané adolescenci se jedná o roli dospívajícího, která je definována biologickými změnami, které mají sociální hodnotu, roli člena vrstevnické skupiny, ve které jedinec získává sociální hodnotu, a role

kamaráda, ve které je oporou ostatním. V pozdní adolescenci se jedná o předprofesní roli, ve které je cílem dosažení sociální pozice, roli blízkého přítele, která je podobná roli kamaráda z předchozí vývojové fáze, ale zvětšuje se zde blízkost a důvěra mezi jedinci; a partnerskou roli, která uspokojuje blízkost a emoční a sexuální potřebu. (Vágnerová & Lisá, 2021, s. 410-411)

3.5 Adolescenti a poruchy příjmu potravy

Tato kapitola se průběžně zabývala mnoha změnami a s tím spojeným vnímáním vlastní identity a těla. Tyto prvky úzce souvisí s psychikou člověka. Standardy společnosti a komentáře okolí hodnotící každou tělesnou či osobnostní změnu výrazně ovlivňují výskyt poruch příjmu potravy.

V momentě, kdy se adolescentům začne měnit tělo, setkávají se neustále s komentáři ohledně toho, že buď přibrali, anebo by naopak přibrat měli. Některé zájmové aktivity svými požadavky také přispívají k výskytu PPP. Jako příklady lze uvést balet, kde jsou dívky či chlapci motivováni udržovat nízkou hmotnost, nebo naopak wrestling, kde jsou zase nuceni nabrat množství svalové hmoty. Rodinné anamnézy a způsob života mají také značný vliv na jedincovo zdraví. Více se příčinami a problematikou poruch příjmu potravy zabývá kapitola 3.

5 Příčiny poruch příjmu potravy z pohledu autorů

Dle dostupné literatury se autoři ve větší míře shodují v rozdělení faktorů příčin poruch příjmu potravy na biologické, psychologické a sociální či sociokulturní (Procházková & Sladká-Ševčíková (2017), Krch (2005), Pavlová (2010)). V jiných případech se objevuje rozdělení na individuální, rodinné a sociokulturní (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s.13). Tato práce se bude řídit prvně jmenovaným rozdělením, tedy na biologické, psychologické a sociokulturní faktory, a to z důvodu, že v dostupné literatuře toto rozdělení převažuje.

4.1 Biologické faktory

4.1.1 Pohlaví/gender

Autoři Krch, Procházková, Sladká-Ševčíková a Pavlová se shodují, že faktor pohlaví či genderu přispívá k vzniku PPP. Především Krch ve své knize popisuje, že u žen se riziko onemocnění PPP zvyšuje desetkrát. Uvádí, že významné tělesné a psychické změny, které mohou ovlivnit vznik poruchy, se objevují během dospívání neboli puberty a adolescence. Dále referuje na Tannera (1987), který prohlásil, že chlapci se během dospívání přibližují maskulinnímu ideálu krásy, tedy svalnatému tělu, kdežto dívky se jejich ideálu, štíhlému tělu, vzdalují. V závěru odstavce připomíná, že nejen biologické změny ženského těla podporují vznik PPP, ale i společenské a kulturní požadavky na ženskou roli (Krch et al., 2005, s. 61-62).

Procházková a Sladká-Ševčíková primárně vychází z Krcha. Ve shrnutí říkají, že lze dívky, které jsou v adolescenci vyspělejší než jejich vrstevnice, považovat za více ohrožené v oblasti poruch příjmu potravy. Tyto dívky mohou být nespokojeny se svou hmotností, nástupem menstruace a vývojem druhotných pohlavních znaků. S touto fyzickou zralostí lze spojit strach z přibírání, pocit méněcennosti a další depresivní pocity (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 13-14).

Pavlová opět podporuje myšlenku, že ženy onemocní PPP výrazně častěji než muži. Říká, že tuto teorii verifikuje mnoho výzkumů, například Spitzer at al. (1992) prohlašuje, že ženy trpí záchvaty přejídání 2,5krát častěji než muži. Nadále podporuje Krcha popsáním prohlášení Hsu (2004) a Wittchena (1998), že ženy trpí anorexií či bulimií desetkrát více než muži. Na rozdíl od předchozích autorů se Pavlová nadále zaměřuje na popis poruch příjmu potravy u mužů. Zabývá se otázkou přítomnosti „ženské nemoci“ u mužů a odpovědi hledá v sexuální preferenci a identitě. Zdůrazňuje však, že se jedná o spekulace a podané informace jsou čerpány

z průřezových studií. Referuje na Carlata at al. (1997), který říká, že 27 % homosexuálně či bisexuálně zamřených mužů onemocní poruchami příjmu potravy. V případě bulimie se jedná o 42 %. Spekuluje, že za příčinu se dá považovat podobný tlak být štíhlý a krásný, jako je vyvíjen na ženy. Dále se zaměřuje na případovou studii autorů Surgenor a Fear (1998) a Winston et al. (2004), kteří zkoumali anorexii u transmužů a kteří přišli na to, že subjekty uváděli svůj důvod jako touhu vypadat více žensky. Nakonec zmiňuje, že tyto předpoklady nejsou založeny na dostatku statistických údajů, ale je doporučováno u mužských pacientů brát v úvahu propojenost s poruchou pohlavní identity (Pavlová, 2010, s. 37).

4.1.2 Etnický původ

Autoři Novák, Krch a Pavlová řeší faktor vlivu etnického původu na poruchy příjmu potravy. Krch se ve své knize o bulimii krátce zmiňuje, že podle některých populačních studií dívky s bílou pletí a z vyšších ekonomických vrstev bývají na počátku puberty silnější, ale na konci štíhlejší než dívky s tmavší pletí či z nižších ekonomických vrstev (Krch, 2008, s. 47).

Pavlová říká, že tyto poruchy, obzvlášť anorexie, jsou často brány jako nemoc „bílých“ dívek. Dále eviduje výzkumy provedené ve Spojených státech amerických; jeden z nich říká, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější než bělošky, i přes vyšší BMI. Druhý výzkum však zjistil, že Afroameričanky trpí více přejídáním. Co se týče Američanek hispánského či asijského původu, zjistilo se, že nespokojenost s tělem se u nich objevuje v podobné míře jako u Američanek kavkazského původu. Avšak říká, že jiné výzkumy ukazují, že ženy a dívky jiné, než bílé pleti se již vyrovnaly v četnosti poruch běloškám. Dále Pavlová spekuluje nad vlivem toho, že často minority v USA nemají zdravotní pojištění, a také nad přemýšlením ošetřujících lékařů, kteří mají zafixované poruchy příjmu potravy v souvislosti se střední třídou a bílou pletí. Odstavec ukončuje prohlášením, že etnický faktor PPP je stále neprozkoumán a že je nutné diagnostikovat poruchy příjmu potravy bez ohledu na barvu pleti (Pavlová, 2010, s. 37-38).

Novák, stejně jako předchozí autoři, poznamenává, že se poruchy příjmu potravy objevují více u bělošek než u černošek. Také poznamenává, stejně jako Pavlová, že se u černošek vyskytuje více záchvatovité přejídání, ke kterému často nepodstoupí léčbu. Dále ve své knize popisuje, že černoši upřednostňují silnější ženy než běloši, což je spojeno s teorií sociálního srovnání, kde vnímání atraktivity svého těla je ovlivněno postojem k atraktivitě lidí, na kterých jedinci záleží. Tato teorie naznačuje, proč mají černošky lepší body image než bělošky. Rozdělení na etnikum se maže v rámci ekonomického postavení, kdy případové studie ukázaly,

že černošky s vysokými příjmy jsou nespokojeny se svým tělem stejně jako bělošky s vysokými příjmy. Novák toto shrnuje tak, že studie a populační vzorky nasvědčují, že vliv socioekonomického statusu na PPP je větší než rasa a že vliv americké kultury krásy na etnika roste, a to ve smyslu, že etnikum nadále nechrání před výskytem poruch. Na konci kapitoly však uvádí, že Latinoameričanky jsou vůči tomuto vlivu odolnější než bělošky, protože je na ně nadále vyvíjen latino sociokulturní tlak (Novák, 2010, s. 37-38).

4.1.3 Věk

Autoři Pavlová, Krch, Procházková a Sladká-Ševčíková se ve svých publikacích zmiňují o faktoru věku. Toto téma bylo krátce nastíněno v části Pohlaví/Gender a také v kapitole definující adolescenci. Pavlová toto téma, zdá se, definuje nejpřesněji ze všech zmíněných autorů. Čerpá od autorů Hoek a van Hoeken (2003), Stice (2002) a Wittchen (1998) a tvrdí že adolescence a časná dospělost jsou nejčastějším obdobím vzniku poruch příjmu potravy. Nadále však vysvětluje, že věk, na rozdíl od pohlaví a etnika, je proměnlivým znakem, protože podléhá změně, tedy se označuje za nespecifický rizikový faktor pro poruchy příjmu potravy (Pavlová, 2010, s. 38).

V tom, že je adolescence nejrizikovějším obdobím, souhlasí s Pavlovou Krch. Odůvodňuje to již několikrát zmíněnými příčinami. Adolescence je období změn, zaměřování se a analyzování sama sebe, soutěživosti a zaměřování se na „poptávku“ opačného či stejného pohlaví. Říká, že mnohdy jsou rané příznaky anorexie, bulimie či diet oceňovány a chváleny okolím, a to citlivým dospívajícím jedincům říká, že dělají správnou věc a dává jim to odpovědi na otázky, jak být lepší, úspěšnější či jak se lépe cítit (Krch, 2008, s. 46-47).

Procházková a Sladká-Ševčíková ve své knize představují výzkumné šetření, které bylo zaměřeno na jídelní chování u českých adolescentů. Toto šetření zjistilo, že 60 % dívek je ovládáno strachem z tloušťky, bez ohledu na realitu, což vyúsťuje v držení diet a vynechávání jídel (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s.14).

4.2 Psychologické příčiny

4.2.1 Osobnostní faktory

Osobnostními faktory se více či méně zabývá mnoho autorů. Mezi ně řadíme autory McGregorovou, Papežovou, Nováka, Pavlovou a Krcha. Osobnostní faktory jsou velmi širokou oblastí, proto pro lepší přehlednost se tato práce zaměřuje na nejvíce zmiňované faktory, a to negativní emocionalitu, obsedantně kompulzivní osobnost a perfekcionismus.

4.2.1.1 Negativní emocionalita

Pavlová porovnává studie provedené na zjištění vztahu mezi negativní emocionalitou a poruchami příjmu potravy. Popisuje, že podle McCarthyho (1990) lidé přejídáním utišují špatné pocity, naopak Stice (2002) říká, že někteří jedinci mohou zvracení jídla brát jako očistu od špatných věcí. Dále podle studie Leona at al. (1999) tvrdí, že u lidí se zvýšenou negativní emocionalitou roste riziko tvorby poruch příjmu potravy, toto tvrzení podporuje Stice (2002). Naopak Jacobi et al. (2004) označuje negativní emocionalitu jako faktor ovlivňující více duševních onemocnění, tedy pro PPP není specifickým (Pavlová, 2010, s. 40).

Novák ve své knize tvrdí, že je negativní emocionalita nepravděpodobným faktorem vzniku PPP, ale uznává, že je často uváděna jako předcházející či doprovodný jev. Spojuje ji se sociokulturními faktory, jako jsou například mediální obrazy ideálních těl. Dále popisuje experiment, kdy osoby, kterým byla zhoršována nálada, uváděly, že se cítí těžší, ale osoby, u kterých se nálada zlepšovala, uváděly, že se cítí lehčí. Tvrdí, že depresivní ženy touží po štíhlosti, kdežto depresivní muži zase touží po tom být těžší, neboli mít více svalů. Obě tato zjištění se opět spojují s ideálem krásy šířeným ve společnosti. V závěru kapitoly věnované emocionalitě se zmiňuje, stejně jako Pavlová, o spojitosti emocionality se záchvatovitým přejídání či bulimií. Tvrdí, že jedinci s bulimií se snaží zlepšit si náladu jídlem a eliminačními praktikami se snaží zabránit ztloustnutí. Pokračuje to ztrátou kontroly nad přejídáním a následným strachem z jídla. Tedy vznikají další negativní emoce, kterým se snaží ulevit dalšími eliminačními metodami. Poslední větou toto tvrzení podkládá tím, že jedinci s bulimií uvádějí snížení úzkosti a deprese po těchto epizodách (Novák, 2010, s. 18-19).

Krch opět shromažďuje studie a výzkumy zabývající se emocionalitou a PPP. Reportuje, že podle Hsu (1990) splňuje kritéria deprese cca 20 % anorektiček a 40 % bulimiček. Někteří autoři, jako je například Brill (1939), dokonce pohlíží na anorexii jako na formu sebevražedného chování. Říká, že „většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost“. Ke konci kapitoly se zaměřuje na výzkum Davis et al. (1988), kde bylo prokázáno, že negativní nálada přispívá vzniku přejídajících a očišťujících cyklů u bulimiček a že s velkou pravděpodobností souvisí i s malnutricí u anorektiček. Dále bylo řečeno, že úzkostné příznaky pokračují po odeznění anorexie a bulimie, ale depresivní příznaky jsou spojovány jen se začátkem a průběhem onemocnění (Krch et al., 2005, s. 46-47).

4.2.1.2 Obsedantně kompulzivní osobnost a perfekcionismus

Perfekcionismem se zabývá Pavlová z pohledu dříve provedených výzkumů. Říká, že větší perfekcionismus nacházíme u dívek trpících anorexií, bulimií, a dokonce i u normálně fungujících, které z těchto nemocí byly vyléčeny. Podle prospektivní studie Bulik et al. (2003) mají ženy s perfekcionismem větší pravděpodobnost onemocněním anorexie a bulimie. Co se týče genetiky, která bude probrána později, bylo Kaye et al. (1998) zjištěno, že obsedantně kompulzivní porucha nebo s ní spojené osobnostní rysy se nachází i u příbuzných lidí s PPP, což nasvědčuje tomu, že jsou tyto faktory dědičné. Podle Anderluh et al. (2003) se dají detekovat perfekcionistické zvyky již v dětství u dívek s PPP a podle Joiner Jr. et al. (1997) a Vohs et al. (1999) riziko tvorby PPP je větší tam, kde se s perfekcionismem objevuje také nespokojenost s vlastním tělem a nízké sebevědomí. Nakonec Pavlová objasňuje, že asociace mezi poruchami a perfekcionismem je klinicky velká, žádná longitudinální studie však toto neprokázala (Pavlová, 2010, s. 39).

Krátce se o perfekcionismu zmiňuje i Papežová. Řadí ho do malé kapitoly s názvem „Jaké charakterové rysy k nemoci přispívají?“. Říká, že pacienti se snaží být dokonalí s cílem zbavit se nízkého sebevědomí a zvýšené sebekritiky. Také píše, že se mohou trestat za neúspěchy ve velkých očekáváních, jak už v kariéře nebo ve vztahu (Papežová, 2012, s. 20).

Na rozdíl od ostatních autorů, McGregorová se zabývá ortorexií. Jak už bylo zmíněno v první kapitole této práce, ortorexie není momentálně oficiálně řazena mezi poruchy příjmu potravy, ale mnoho odborníků ji tak už vnímá. McGregorová se ve faktorech souvisejících s vznikem ortorexie zabývá kontrolou. Píše, že pocit nemoci kontrolovat okolní svět může vést k perfekcionismu a posednutí v rámci stravy. Odkazuje na studii, která vyšla v roce 2016 v časopise Eating and Weight disorders, kde 220 osob vyplnilo dotazník týkající se perfekcionismu, vztahů, sebevědomí a přístupu k vlastnímu tělu. Výsledky ukázaly, že lidé, kteří v minulosti trpěli nějakou poruchou příjmu potravy nebo vykazovali ortorektické sklony, prokázali v dotazníku nespokojenost se svým tělem a potřebu být dokonalý. Tuto problematiku autorka završuje prohlášením, že tyto výsledky dávají smysl, protože chorobná logika prohlašuje spojitost s dodržováním pravidel a dokonalostí (McGregor, 2019, s. 32 a 35-36).

Novák tuto problematiku shrnuje pod názvem „Sebekontrola“. Píše, že dívky se snaží najít kontrolu a jistotu v přesměrování pozornosti na váhu, jídlo a vzhled postavy. Anorektické dívky ve vzdorování hladu vidí svou sílu kontroly, což je povzbuzuje v dalším hubnutí. Naopak bulimické dívky tuto kontrolu vnímají v přejídání se a následném pročištění. Novák říká, že

tato kontrola v realitě žádnou kontrolou není, ale pacientky se na ni tak upnou, až se stane závislostí. Následně říká, že podporu této kontroly lze najít i v ženských časopisech. Na konci kapitoly uvádí experiment, kdy pacientkám navodili ztrátu vnímané kontroly. Pacientky reportovaly pesimismus a pocit obezity. V současnosti se teoretici shodují, že potřeba kontroly je charakteristickým rysem poruch příjmu potravy (Novák, 2010, s. 19-20).

Krch se o obsedantně kompulzivních rysech a perfekcionismu zmiňuje v přehledu výzkumů týkajících se osobnosti a dalších psychických charakteristik. Říká, že s mentální anorexií se nejčastěji vyskytuje obsedantně kompulzivní porucha, a že anorexii v roce 1939 dokonce autoři Palmer and Jones hypoteticky označili za specifický druh obsedantně kompulzivní poruchy. Garfinkel a Garner (1982) však označují rozvoj obsedantních rysů za výsledek malnutrice. Morgan a Russel (1975) zjistili, že se obsedantní rysy pohybují u minimálně 27 % zkoumaných pacientek s anorexií a Dallym (1969) uvádí horní hranici 81 %, zde je však nutné podotknout, že využíval velmi široká kritéria. Problematiku malnutrice prokázali Stone a Crisp (1977), kteří zkoumali obsesi a úzkosti u 45 žen s neléčenou anorexií, po následném zvýšení hmotnosti u žen se jejich úzkost a obsese zmenšily. V roce 2003 Fisher uvádí, po 139 studiích, že se obsedantně kompulzivní porucha vyskytuje u kolem 12 %. Krchův názor k perfekcionismu se dá přirovnat k McGregorovu, a to, že logicky zapadá do problematiky poruch příjmu potravy. Přirovnává ho i k adolescentní soutěživosti, kdy dívky trpící anorexií ji často berou jako něco, na co by měly být hrdé, protože se vnímají jako perfektní. Poprvé lze u Krcha také narazit na zmínku o internetových stránkách, které s touto hrdostí z poruchy příjmu potravy pracují a tím poruchy propagují (Krch et al., 2005, s. 72-73).

4.2.2 Sexualita a sexuální zneužívání

Sexualita a sexuální zneužívání se řadí do složitých životních situací, které mohou mít za příčinu PPP. Pavlová uvádí, že podle Schmidt et al. (1997) dívky s mentální bulimií a dívky s mentální anorexií mají podobné množství negativních zážitků. V čem se ale liší je to, že u dívek s anorexií často předcházela onemocnění negativní zkušenost týkající se jejich sexuality. U obětí sexuálního zneužívání v dětství roste podle Waller at al. (1993) a Wonderlich et al. (2001) riziko vzniku PPP, hlavně bulimie. Podle Wonderlich et al. (1997) a Waller (1992) se toto riziko ještě více zvětšuje, pokud bylo sexuální zneužívání prováděno rodinným příslušníkem či při zneužívání proběhlo i násilí. Některé výzkumy však říkají, že je sporné prokázat, jak moc je sexuální zneužití faktorem pro vznik PPP a jak moc pro celkovou psychopatologii. Smolak a Murnen (2002) však uvádějí možná vysvětlení pro vývoj PPP

ze sexuálního zneužití. Prvním je, že sexuální zneužití způsobí, že jedinec začne reagovat na nepříznivé prožitky disociací, která se objeví v záchvatovitém přejídání. Druhým je přesvědčení, že jedinec není dost dobrý a hodnotný, což se poté zobrazí v chování k vlastnímu tělu. Třetím vysvětlením je už zmiňovaný koncept kontroly, kdy jedinec kompenzuje situaci, kterou nemohl ovlivnit. Kapitolu autorka ukončuje prohlášením, že bude zapotřebí dalších longitudinálních studií ke konkretizaci vlivu sexuálního zneužívání na PPP (Pavlová, 2010, s. 41-42).

Novák se ve své knize krátce zmiňuje o sexuálním zneužití a PPP, a to studií z USA a Velké Británie, kde zjistili, že sexuální zneužívání má podíl 15-25 % na vznik PPP (Novák, 2010, s. 17).

Krch se také zabývá souvislostí mezi sexuálním zneužíváním a PPP. Svoje poznatky shrnuje do čtyř bodů. První je, že 20-25 % žen s PPP uvádí pohlavní zneužití v dětství. Přidává však poznámku, že podobné hodnoty se objevují i u jiných psychiatrických pacientů. Druhý je, že bývá poměr pacientek s PPP ve srovnání s obecnou populací vyšší. Třetí je, že pohlavní zneužití se objevuje v anamnéze pacientek s bulimií více než u pacientek s anorexií. Čtvrtým bodem je, že u pohlavně zneužitých pacientek se objevují i jiné poruchy a problémy, nejčastěji disociativní symptomy a hraniční porucha osobnosti. Nakonec říká, co už i Pavlová, a to, že přímá linka mezi pohlavním zneužitím a PPP nebyla dosud prokázána, avšak klinická zkušenost přináší obecný závěr: zneužití v dětství a rané dospělosti zvyšuje riziko psychické krize a rozvinutí psychických poruch, včetně PPP (Krch et al., 2005, s. 104-105).

4.3 Sociokulturní příčiny

Procházková & Sladká-Ševčíková referují na autorky Švédovou a Míčovou z roku 2010, které říkají, že biologické a psychologické determinanty jsou zodpovědné spíš za to, jak závažné onemocnění bude, ale právě společenské faktory v podobě mediálního tlaku na vzhled jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se číslo případů PPP. (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017, s. 16)

4.3.1 Rodinné faktory

Rodinné faktory jsou velice komplexní a složité. Dají se rozřadit již do předchozích skupin, protože se jedná o genetiku, kritické rodinné situace a jejich vliv na psychiku a celkově na rodinné prostředí. Pro lepší přehlednost je toto téma shrnuto v kapitole sociokulturní příčiny.

4.3.1.1 Genetika

Papežová ve své knize o bulimii krátce popisuje vliv genetiky na PPP. Odkazuje se na zdroje, které uvádí, že genetické přičinění na anorexii se pohybuje mezi 50–90 % a na bulimii 35-83 %. Popisuje, že u geneticky náchylných jedinců může rodinná dispozice pramenit z úzkosti či citlivosti na stres, skladby těla nebo specifické jídelního chování. Spouštěčem nemoci může být nenadálá špatná situace jako například úmrtí v rodině, a PPP je způsob vyrovnávání se s touto situací. Nakonec tvrdí, že v některých rodinách trpí poruchami celé generace, výhradně ženského pohlaví (Papežová, 2012, s. 20).

O genetice se také krátce zmiňuje Fraňková et al., která popisuje, že v průběhu posledních desetiletí probíhají diskuse o jejím podílu na vznik PPP, konkrétně bulimie. Odkazuje na studii Bulik et al. z roku 2007, která naznačuje významný vliv genetiky na bulimii. Dále odkazuje na Michel et al. z roku 2007, který tvrdí, že symptomy jsou ovlivněny genetickými a vnějšími faktory, ale že ne všechny symptomy jsou dědičné. Odstavec zakončuje slovy, že otázka genetické podmíněnosti bulimie je stále i přes získaná data otevřená (Fraňková et al., 2013, s. 123).

Krch se spíše zaměřuje na výskyt PPP u matek či sourozenců pacientek s PPP. Říká, že pokud se anorexie objevuje u nejbližších ženských příbuzných, je to pokládáno za významný rizikový faktor. Podle Hsu z roku 1990 je výskyt PPP v rodinách pacientů s PPP 4-5krát větší než v normální populaci. Bylo provedeno několik výzkumů zabývajících se sourozenci. Theander z roku 1970 popisuje výzkum, kdy u 94 anorektiček 6,6 % sourozenců také trpělo anorexií. Ve většině výzkumů týkajících se sourozenců a PPP vychází hodnoty mezi 3 % až 10 %. Crisp et al v roce 1980 zjistil výskyt anorexie u matek u 14 % pacientů. Stobert et al. v roce 1985 zase zjistil, že se více PPP vyskytují v rodinách bulimiček než anorektiček, u bulimiček se jedná o 13 % a u anorektiček o 8 %. Dále popisuje, že možnost výskytu PPP u sourozenců je způsobena žárlivostí (Krch et al., 2005, s. 65–66).

4.3.1.2 Přístup rodičů

Krch v jeho obou dostupných knihách zmiňuje tlak ze strany rodičů či absenci rodičovské péče. Tvrdí, že někteří autoři uvádí zvýšené nároky a očekávání, kritičnost rodičů nebo naopak nedostatek péče a empatie. Zdůrazňuje významnost faktoru role rodiny v utváření konceptů týkajících se krásy, úspěchu a jídelních a pohybových návyků. Obecně se uvádí, že nadměrná kritika ze strany rodičů ohledně stravování, vzhledu, váhy a výkonu patří mezi faktory výskytu PPP. Dále se věnuje případu, kdy matky do svých submisivních dětí projektují svá patologická

přání. V těchto případech se uvádí role otce jako pasivní s emočním odstupem. Nejvíce se věnuje autoru Minuchinu a jeho popisu anorektických rodin. Tyto rodiny bývají hyperprotektivní, vyhýbající se konfliktům a obtížně vyjadřují emoce. U bulimiček se zase často uvádí rozvrácené rodiny (Krch et al., 2005, s. 66; Krch, 2008, s. 48).

Novák se taktéž věnuje tlaku ze strany rodiny. Popisuje výzkum, kdy autoři analyzovali 50 rodin s anorektickou pacientkou. Píše, že rodiče anorektických pacientek se nadmíru věnují vzhledu, váze a kráse. Tito rodiče očekávali od alespoň jednoho ze svých dětí věci, které by naplnily jejich očekávání a udělaly jejich život naplněnější. Jiní autoři uvedli, že velká většina rodičů s dítětem s anorexií, se kterými se setkali, trpí problémy týkajícími se emocí. Tito rodiče se snažili vypadat pro společnost dokonale ve všech směrech. Další výzkumníci popsali vliv obou rodičů na své dcery a syny, matky se zaměřovaly na snížení hmotnosti a otcové na nabrání svalové hmoty. Dále Novák popisuje vliv matek na patologii dcer. Tyto matky označuje za perfekcionistické, hyperkritické a žárlivé nebo naopak necitlivé, pasivní a závislé. Toto podkládá zjištěním, že u matek, které mají poruchy příjmu potravy, se u 50 % dětí objevují psychiatrické obtíže. Zmiňuje, že dva autoři uvádí, že dívky a chlapci s PPP zmínili jako důvod nátlak ze strany matky (Novák, 2010, s. 25-26).

4.3.1.3 Separace a akulturace

Pavlová se zabývá konceptem zážitku odloučení a nutnosti přizpůsobit se novému prostředí jako rizikovou situaci vedoucí k PPP. Na začátek píše, že se jedná o ne moc prozkoumanou oblast. Dále však uvádí, že existuje několik nepřímých důkazů týkajících se výskytu PPP po opuštění domova. Nemoc dívku chrání před nároky nového životního období. Taktéž propuknutí bulimie často předchází separace od rodiny či konec romantického vztahu. Existuje několik výzkumů týkajících se separace. Například po odchodu na univerzitu se zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem, říká Heathertone et al. (1997). Pavlová říká, že za zmínku také stojí pokus, který udělal Patton (1992), kdy skupině dívek s PPP a dívek, které žádnou poruchou netrpěly, představili tři věty. Jedna z těchto vět byla: „Máma mě opouští.“. Tato věta u dívek s PPP způsobila větší konzumaci sušenek. Dál se v této kapitole Pavlová věnuje akulturaci neboli „přizpůsobení se nové kultuře“. Zmiňuje hlavně dívky, které odcestovaly jako au pair do zahraničí nebo se staly studentkami na zahraničních školách. Davis a Katzman (1999) a Gowen at al. (1999) zjistili, že u těchto dívek se často vyskytují PPP, a čím větší akulturace probíhá, tím více se pravděpodobnost výskytu zvyšuje (Pavlová, 2010, s. 43-44).

O tomto konceptu se zmiňuje i Krch. Odvolává se na to, že se PPP objevují v období odchodu z domova, tím pádem je to chápáno jako výraz konfliktu při separaci od rodiny. Říká však, že nebyly zjištěny žádné procesy, které by spojovaly poruchy s nabytím autonomie. Existují vždy dva možné výsledky, buď je separace jedním z faktorů, který napomáhá vývoji poruchy, anebo je naopak separace přínosem pro zlepšení pacientova stavu. Pro více detailů ohledně této problematiky odkazuje na další literaturu (Krch et al., 2005, s. 67).

4.3.2 Diety/BMI

Pavlová ve své knize popisuje faktor BMI. Studie se dělí na ty, které tvrdí, že BMI nemá souvislost s PPP, a na ty, které tvrdí že se dá BMI považovat za prediktor bulimie. Většina se však shoduje v tom, že BMI nemůže být označováno za rizikový faktor, avšak se dá předpokládat vulnerabilita žen s vyšším BMI k jiným rizikovým faktorům, jako jsou například poselství, že krása rovná se štíhlost. Co se týče diet, Pavlová je popisuje hlavně v návaznosti na bulimii a záchvatovité přejídání. Podle výzkumu z roku 2002 existují dvě vysvětlení přičinění diet na vznik bulimie či záchvatovitého přejídání. První je, že se vlivem diety sníží hladina tryptofanu, který tvoří serotonin, a to následně způsobí přejedení, které může být snahou tuto hladinu vyrovnat. Druhé je, že člověk touží po tom, co si odpírá. Člověk na dietě si určuje kognitivně, kdy má hlad nebo kdy je nasycen, tím narušuje fyziologické určení těchto situací. Poslední teorie reportují, že diety vedou k negativním emocím, a ty vedou k přejedení se, aby tyto emoce utišily. U anorexie je těžké označit, kdy končí dieta a začíná nemoc. Pavlová píše, že je evidentní souvislost mezi PPP a dietami, ale že dostupné výzkumy jsou jen retrospektivní a průřezové (Pavlová, 2010, s. 45-46).

Krch uvádí, že v naprosté většině případů je na počátku problémů s jídlem u žen redukční dieta. Tyto diety zvyšují podle studií riziko PPP až osmkrát. Říká, že během roku až dvou průměrně 30 % diet přechází v patologickou dietu a že u 20-30 % žen s touto patologickou dietou se později rozvine plná či částečná PPP. Američtí výzkumníci dokonce uvádí, že se držení diet mezi dívkami a ženami stalo normálním chováním oproti chování bez strachu z tloušťky (Krch, 2008, s. 48-49).

Novák, stejně jako Krch, udává zvýšení rizika výskytu PPP u dívek, které drží dietu, až 8krát. Dále odkazuje na Hsu, které říká, že výskyt PPP v západní populaci odpovídá výskytu diet. Narozdíl od předchozích dvou autorů Novák píše o paradoxu v americké společnosti. Jedná se o paradox, že na jedné straně hlásí, jak by si ženy měly dopřávat a odměňovat se jídlem, a na straně druhé působí tlak na štíhlou linii. Toto spojuje další jeho poznatek, a to je

cvičení, u kterého píše, že více odpovídá roli muže, pro kterého je únosnější než diety. Novák také vzpomíná vliv diet na emocionalitu, stejně jako Pavlová. Štíhlé tělo je podle něj často prezentováno jako produkt dietního chování, ale s odkazem na autorku Malson tvrdí, že ženy nejsou oceňovány pro to, že by bylo toto tělo krásné, ale pro to, že dokázaly mít sebekontrolu. Pro mnoho žen je to, jak už bylo výše u psychologických příčin zmíněno, známkou jejich jediného úspěchu a dává jim to pocit kontroly nad životem (Novák, 2010, s. 47-50).

4.3.3 Média

Nejvíce se tématem médií zabývá Novák. Popisuje, jak jsou média tvůrci překreslené reality, kdy zobrazují modelky a celebrity na spodním okraji normální váhy nebo abnormálně štíhlé. Toto definuje jako pomyslné nůžky, které se stále více rozevírají, na jedné břitvě je realita těl a na druhé idealistická a nerealistická těla. Většina médií zobrazuje tyto ideály a pouze 3 % ženských a 27 % mužských postav je v médiích obézní. Pozastavuje se nad tím, že ve srovnání s muži je jen málo ženám „dovoleno“ být obézní. Na toto lze navázat otázkou, proč poruchami příjmu potravy ženy trpí desetkrát více než muži. Jednoduchým vysvětlením by podle Nováka měl být fakt, že v ženských časopisech se objevuje desetkrát více reklam a článků týkajících se diet než v časopisech pro muže. Dalšími rozdíly mezi ženskými a mužskými časopisy je jejich zaměření. U žen je to hlavně zaměření na již zmíněné diety a dále cvičení či kosmetické úpravy a operace, kdežto u mužů se jedná o politiku, koníčky a svět. Dále zmiňuje obálky časopisů, kde se objevují fotografie „dokonalých“, štíhlých mladých dívek. Teorii vlivu západních médií na PPP podpírá poznatky z jejich vlivu na země jiných kultur. Například na Fidži se během tří let, kdy do země vnikla západní média, objevilo dietní chování a PPP. Když se poté dotázali dívek na jejich subjektivní dojem ohledně vlivu médií na jejich vnímání své postavy a váhy, 85 % odpovědělo kladně. Jak bylo zmíněno výše, zobrazovaný ideál krásy v médiích vede u žen k asociaci štíhlosti se sebekontrolou a úspěchem. Dalším důkazem vlivu médií na PPP je fakt, že u zrakově postižených žen je nízký výskyt poruch vnímání svého těla a PPP. Novák se zmiňuje i o knihách či filmech, které podporují rizikové chování a doslova ukazují či popisují metody, které praktikují lidé s PPP (Novák, 2010, s. 59-64).

Krch mluví o rychle měnící se kultuře a vlivu západního světa, který oslavuje štíhlost a kontrolu. Zmiňuje se o módním ideálu, který šíří myšlenku, že hodnota člověka tkví ve štíhlosti. Tvrdí, že postupem let se ideální hmotnost čím dál více snižovala a ideální těla zmenšovala, že se tyto cíle stávají pro normální ženy biogeneticky nedosažitelné a až život ohrožující. Dále píše o reklamách a jiných sdělovacích prostředcích, které obyčejným lidem

tvrdí, že je vše možné, tedy snadno, rychle a bezpečně zhubnout. Krch se na rozdíl od Nováka také zmiňuje o potravinářském průmyslu, který čím dál více propaguje nízkotučné neboli light výrobky (Krch et al., 2005, s. 58-59).

Ve své knize o ortorexii se o vlivu médií zmiňuje i McGregorová. Na rozdíl od jiných autorů nahlíží i na sociální sítě jako Facebook, Instagram, Pinterest a podobně. Říká, že 60 % lidí mezi 13 a 17 lety mají profil na těchto platformách, a i když k tomu neexistují jasné statistiky, podle její observace se i v této věkové skupině objevují lidé posedlí čistým stravováním. Mluví o tom, jak je v dnešní době lehké následovat nebo vytvářet trendy nebo zjišťovat informace. Problém je v tom, že ne všechny informace na internetu jsou pravdivé. To se pak projevuje u lehce ovlivnitelných jedinců, kteří uvěří tomu, že když se budou stravovat jako lidé na obrazovce, budou jako oni (McGregor, 2019, s. 32 a 37-39).

4.3.4 Společnost a kult štíhlosti

Krch se zmiňuje o vlivu společnosti na body image a PPP. Říká, že sociální a kulturní tlak je v rozporu s biologií a přirozeností lidského těla, oslabuje sebedůvěru žen, předkládá nerealistické cíle a posiluje strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem. Se společností a jejími skupinami také souvisí tlak způsobený profesním uplatněním, kdy je na ženy vyvíjen skrz udržování tradiční přitažlivosti, a současně tlak na přizpůsobení se profesionálnímu výkonu a úspěchům. Kapitolu ukončuje prohlášením, že na vině PPP jsou média, společnost, význam jídla, měnící se životní styl a role a mnoho dalších jevů, jakým je například negativní emocionalita. Tyto vlivy se uplatňují skrz školní prostředí, sdělovací prostředky, rodinu nebo skupiny vrstevníků (Krch et al., 2005, s. 60-6; Krch, 2008, s. 51-2).

Pavlová píše, že pro některé lidi je štíhlé tělo obživou, proto se zaměřuje na rizikovost prostředí například baletek, modelek či gymnastek. Studie zabývající se tímto faktorem jsou jen průřezové, a tedy neurčují nic s jistotou. Další možností je, že tyto obory přitahují dívky, které byly již na svá těla zaměřené. Autorka však říká, že je pravdou, že studie nachází zvýšený výskyt PPP v těchto prostředích (Pavlová, 2010, s. 44-45).

Novák se široce věnuje kultu štíhlosti neboli pro-anorektickým webům. Jedná se o weby podporující osoby s PPP v pokračování jejich rizikového chování. Tyto weby vznikly jako kontrast k zotavovacím webům a slouží dívkám s PPP jako komunita, kde se mohou vyjadřovat o svých nemocech tak, jako nikde jinde. Mohou se zde cítit pochopeny. Novák uznává, že když už tyto weby nepomáhají v léčbě, pomáhají aspoň v tom, že často uvádí rizika spojená s život ohrožujícím chováním, jako je například polykání vatových tamponů s cílem nemít hlad. Říká,

že tyto weby mohou být přínosem v oblasti vhledu do psychiky pacientek a například více potvrdit důvody dívek pro jejich touhu být štíhlé. Tento faktor spíše uvádí jako faktor prevalence poruchy, ale píše, že by bylo zajímavé zjistit, kolik dívek si poruchu vyvinulo právě kvůli těmto webům, jejich radám a sdílením fotografií s anorektickými těly (Novák, 2010, s. 69-71).

6 Poruchy příjmu potravy v zahraničních výzkumech

Na základě rešerše zahraničních zdrojů v této kapitole prezentujeme devět výzkumů zaměřených na příčiny poruch příjmu potravy. Kritéria byla stanovena dvě. První bylo, že výzkum nesmí být starší než čtyři roky, tedy výzkum může být maximálně z roku 2018. Druhé bylo, že výzkum musí mít za vzorek adolescenty, popřípadě mladé dospělé. Výzkumy byly vyhledány pomocí platformy Google scholar.

- **PPP v Burkina Faso**

V roce 2019 autoři zkoumali poruchy příjmu potravy, body image a mediální expozici mezi dospívajícími dívkami na venkově v Burkina Faso (Terhoeven et al., 2019).

Metoda:

Jako metodu zvolili rozhovor s 696 dívkami ve věku 12 až 20 let. Hodnotili mediální expozici časopisům, rádiu, televizi a internetu (Terhoeven et al., 2019).

Výsledky a závěr:

16 % respondentů mělo BMI pod věkově standardizovaným 5. percentilem WHO, zatímco 4 % byla nad 85. percentilem; většina respondentů chtěla mít BMI vyšší. Kritéria DSM-5 pro mentální anorexii (AN) splnily čtyři z 696 respondentek (0,6 %), pro mentální bulimii žádná a pro poruchu záchvatovitého přejídání dvě (0,3 %). Více symptomů AN bylo spojeno s větší tělesnou nespokojeností, touhou po hubenějším těle a anamnézou sexuálního obtěžování nebo napadení, ale ne s mediální expozicí. Vytoužené hubenější tělo bylo spojeno s větší mediální expozicí, vyšším BMI z-skóre a větší poruchou stravování. Zjištění naznačují, že rostoucí mediální expozice v prostředí s omezenými zdroji může vést ke zvýšené tělesné nespokojenosti a potenciálně ke zvýšené budoucí prevalenci PPP (Terhoeven et al., 2019).

- **Rozdíly v obtížích s regulací emocí napříč typy poruch příjmu potravy během dospívání**

V roce 2017 se autoři zabývali vztahem mezi regulací emocí a konkrétními poruchami příjmu potravy. Identifikovali chybějící data ohledně emocionality, PPP a adolescentů. Současná studie se zabývá touto mezerou a porovnává charakteristiky regulace emocí mezi adolescenty s restriktivními typy poruch příjmu potravy a těmi, kteří trpí záchvatovitým přejídáním nebo vylučovacími typy poruch příjmu potravy (Weinbach at al., 2018).

Metoda:

Devadesát osm adolescentů s poruchami příjmu potravy (49 s omezujícími a 49 se záchvatovitým přejídáním/pročišťujícími poruchami příjmu potravy) vyplnilo sadu dotazníků (Weinbach at al., 2018).

Výsledky a závěr:

Výsledky ukázaly, že záchvatovité přejídání a bulimické typy poruch příjmu potravy byly spojeny s většími obtížemi v různých dimenzích regulace emocí, včetně kontroly impulzů, cíleného chování a přístupu k účinným strategiím regulace emocí. U těchto poruch také zaznamenali horší uvědomění si a jasnost emocí, ale tento problém zmizel, když byla kontrolována komorbidní psychopatologická opatření. Navíc profil regulace emocí u adolescentů s mentální anorexií typu binging/purging byl více podobný profilu adolescentů s mentální bulimií než profilu adolescentů s mentální anorexií-restriktivním typem. Zatímco jak restriktivní PPP, tak záchvatovité přejídání a bulimie byly spojeny s obtížemi regulací emocí, současná studie ukazuje, že přítomnost záchvatového přejídání nebo očistných epizod je spojena s větší závažností regulace emocí u dospívajících (Weinbach at al., 2018).

- **Vztah mezi traumatem a váhovým stavem u adolescentů při léčbě poruch příjmu potravy**

V roce 2018 provedli autoři výzkum týkající se vztahu traumat a poruch příjmu potravy. Tento vztah je dobře znám, ale je méně známé, jak různé typy traumat, kromě sexuálního zneužívání v dětství, souvisí s poruchami příjmu potravy (HicksWhite et al., 2018).

Metoda:

Potřebná data byla nasbírána ze zdravotních karet adolescentů v ambulantním zařízení a z diagnostického hodnocení chování a klinického rozhovoru, který je používán všemi lékaři během úvodního klinického rozhovoru (HicksWhite et al., 2018).

Výsledky a závěr:

Třicet pět procent zkoumaných uvedlo, že během svého života zažili jednu nebo více traumatických událostí. Šikana byla nejrozšířenějším typem traumatu (10 %), následovala významná smrt/ztráta (9 %) a sexuální zneužívání (8 %). Adolescenti s jakýmkoliv traumatem měli vyšší index tělesné hmotnosti (BMI), percentil BMI a procento očekávané tělesné

hmotnosti (%EBW) ve srovnání s těmi, kteří nebyli vystaveni žádnému traumatu. Konkrétně pacienti, kteří byli vystaveni šikaně a domácímu násilí, vykazovali výrazně vyšší % EBW než ti, kteří jim nebyli vystaveni. V průměru měli adolescenti vystavení šikaně %EBW o 7 % vyšší než jejich vrstevníci, kteří šikanou neprošli. Pacienti s mentální bulimií častěji hlásili vystavení traumatu než pacienti s jinou diagnózou poruchy příjmu potravy. Lidé pracující s dospívajícími s diagnostikovanými poruchami příjmu potravy by měli zvážit posouzení minulých a současných traumat, včetně šikany a vystavení domácímu násilí. (HicksWhite et al., 2018).

- **Vliv masových médií a nespokojenosti s tělem na riziko rozvoje poruch příjmu potravy u dospívajících**

V roce 2019 vydali autoři výzkum zabývající se vlivem médií na PPP u adolescentů. Cílem této studie bylo analyzovat vliv masmédií na tělesnou nespokojenost (BD) a na PPP u adolescentů a srovnat pohlaví (Uchôa et al., 2019).

Metoda:

Průřezová studie byla provedena u 1011 dospívajících: 527 dívek a 484 chlapců. Bylo stanoveno BMI každého adolescenta a byly použity dotazníky týkající se tématu a dotazník o tvaru těla. Pro statistickou analýzu použili Studentův t-test, chí-kvadrát test, Pearsonův korelační test, poměr šancí a hierarchickou vícenásobnou lineární regresi (Uchôa et al., 2019).

Výsledky a závěr:

Vliv masmédií je spojen s větší pravděpodobností výskytu BD u adolescentů. Zvýšení BD je spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje PPP u adolescentů obou pohlaví, ale je větší u dívek než u chlapců. Navíc vliv masmédií a BMI jsou prediktory BD u obou pohlaví (Uchôa et al., 2019).

- **„Jen nechci být tlustá!“: řeč o těle, nespokojenost s tělem a příznaky poruchy příjmu potravy v dyádách mezi matkami a dospívajícími dívkami**

V roce 2020 autoři vydali výzkum týkající se vztahu mezi matkami, dospívajícími dívkami a PPP. (Hart & Chow, 2020).

Metoda:

Mezi účastníky bylo 100 dyád matka-dcera, které provedly sebehodnoticí měření tělesné nespokojenosti a stravovacího chování a zapojily se do 10minutové diskuse o tělesném obrazu dcery (Hart & Chow, 2020).

Výsledky a závěr:

Výsledky ukázaly, že vztah mezi pozitivními a negativními řečmi o těle a tělesnou nespokojeností se liší podle stavu hmotnosti. U zdravých dospívajících/dospívajících s podvá hou souvisí negativní řeč o těle s vyšší tělesnou nespokojeností a pozitivní řeč souvisí nižší tělesnou nespokojeností. U jedinců s nadváhou/obezitou nebyl nalezen žádný vztah. Řeč o těle u všech adolescentů nesouvisela s příznaky poruchy příjmu potravy. Vzhledem k současným zjištěním by matky měly nadále omezovat své zapojení do rozhovorů o těle (zejména těch negativních) v domácnosti (Hart & Chow, 2020).

- **Je "čisté stravování" zdravá nebo škodlivá dietní strategie? Vnímání „čistého stravování" a asociace s narušeným stravováním mezi mladými dospělými**

V roce 2019 autoři prozkoumali definice a vnímání „čistého stravování" a jeho spojení s indikátory narušeným stravování mezi různými vysokoškoláky z USA. Ačkoli je „čisté stravování" široce propagováno prostřednictvím sociálních médií a neoficiálních zpráv v populárním tisku, neexistuje téměř žádný vědecký výzkum této potenciálně rizikové dietní strategie (Ambwani et al., 2019).

Metoda:

148 vysokoškoláků bakalářského studia, z toho 70,3 % žen ve věkovém průměru 19,41 let bylo požádáno, aby definovali „čisté stravování" prostřednictvím otevřené otázky a poté si přečetli výňatky obsahující pět „čistých" diet, z nichž všechny způsobily mírné funkční poškození napříč více doménami. Účastníci hodnotili, do jaké míry se domnívají, že dieta je: 1. „zdravá", 2. odráží „čisté stravování" a 3. jestli by ji následovali. Nakonec účastníci vyplnili dotazníky k posouzení hodnocení tělesného vzhledu, obsedantně kompulzivních symptomů, symptomů poruch příjmu potravy a symptomů mentální ortorexie (Ambwani et al., 2019).

Výsledky a závěr:

Otevřené odpovědi naznačovaly, že účastníci definovali „čisté stravování“ v různých, ale převážně pozitivních pojmech. Opakovaná měření ukázala, že výňatek s názvem „náhrada jídla“ byl vnímán jako nejméně zdravá metoda, nejméně „čistá“ a nejméně pravděpodobnák následování, zatímco výňatek s názvem „nová“ (vyvážená) dieta byl hodnocen nejlépe. Korelace mezi vnímáním stravy a indikátory poruchy stravování byly pozitivní a významné. Průběžné zkoumání „čistého stravování“ by mohlo objasnit potenciální přínosy a rizika, která tato dietní strategie představuje, a poskytnout tak informace o prevenci poruch příjmu potravy (Ambwani et al., 2019).

- **„Chraňte mě před mýma selfíčkama“: Zkoumání souvislosti mezi chováním na sociálních sítích založeným na fotografiích a poruchami příjmu potravy v dospívání**

V roce 2020 autoři zveřejnili studii zabývající se tezí, zda je chování na sociálních sítích spojené s vyšší pravděpodobností splnění kritérií pro poruchu příjmu potravy a zda pohlaví tyto vztahy moderuje (Lonergan, 2020).

Metoda:

Vzorkem bylo 4 209 australských adolescentů, z toho 53,15 % dívek. Vyplnili dotazník, kde hodnotili vyhýbání se zveřejňování selfie a jejich zájem o selfie ostatních. Poruchy příjmu potravy byly identifikovány dotazníky (Lonergan, 2020).

Výsledky a závěr:

Větší vyhýbání se bylo spojeno s vyšší pravděpodobností splnění kritérií pro všechny poruchy kromě klinické/subklinické poruchy přejídání a poruchy související s očistou. Zvýšený zájem o fotografie souvisel s větší pravděpodobností splnění kritérií pro všechny poruchy. Podobný vztah se objevil pro manipulaci s fotografiemi, s výjimkou klinické/subklinické poruchy přejídání a nespecifikované poruchy příjmu potravy. Zájem o selfie ostatních byl spojen s vyšší pravděpodobností splnění kritérií pro všechny poruchy kromě klinické/subklinické mentální anorexie a poruchy související s očistou. Chlapci častěji splňovali kritéria pro klinickou/subklinickou mentální anorexii v kontextu většího vyhýbání se zveřejňování selfie**.** Chování na sociálních sítích související se vzhledem může naznačovat riziko poruchy příjmu potravy (Lonergan, 2020).

- **Adolescenti a mladí dospělí, kteří se zabývají sociálními médii podporujícími poruchy příjmu potravy: poruchy příjmu potravy a komorbidní psychopatologie, využití zdravotní péče, léčebné bariéry a názory na využití technologie k léčbě**

V roce 2020 vydali autoři studii zabývající se adolescenty a mladými dospělými, kteří se vystavují online podpoře poruch příjmu potravy. Dále zkoumali s tímto obsahem spojené pravděpodobné diagnózy poruch příjmu potravy (PPP), kvalitu života související s PPP a psychiatrickou komorbiditu (tj. deprese, úzkost). Zjišťovali také využití informací z blogů na podporu PPP ve zdravotní péči a názory na využití technologie pro léčbu PPP (Fitzsimmons-Craft, 2020).

Metoda:

Dotazník vyplnilo 405 dospívajících a mladých dospělých žen zapojených do sociálních médií podporujících PPP (Fitzsimmons-Craft, 2020).

Výsledky a závěr:

84 procent symptomů, které účastnice samy uvedly, odpovídalo klinické/subklinické PPP, u mladých dospělých to bylo o něco častěji. Účastníce potvrdily sníženou kvalitu života související s PPP, stejně jako komorbidní depresi a úzkost. Mezi pacientkami s klinickými/subklinickými PPP pouze 14 % podstoupilo léčbu. Nejčastějšími překážkami léčby bylo přesvědčení, že problém není dostatečně závažný, a přesvědčení, že by si člověk měl pomoci sám. Většina účastnic schválila využití technologie pro léčbu (Fitzsimmons-Craft, 2020).

- **Televizní reklama na kult štíhlosti a mladé ženy trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií**

V roce 2020 vydali autoři studii týkající se vlivu reklam kultu štíhlosti na ženy. Měřili, jaký má reklama během televizního programu vliv na ženy s poruchami příjmu potravy (anorexie nebo bulimie) a jaký na zdravé ženy (Del Moral-Agúndez & Carrillo-Durán, 2020).

Metoda:

Experimentální studie explorativní povahy provedená na vzorku mladých žen s poruchami příjmu potravy a na kontrolní skupině. Vliv reklamy byl odhadnut pomocí skóre zapamatování

získaných po zhlédnutí skutečného televizního programu, který zahrnoval dvě reklamní přestávky obsahující dva druhy reklam: reklamu na kult štíhlého těla (zobrazující hubenost nebo propagující hubenost) a neutrální reklamu (Del Moral-Agúndez & Carrillo-Durán, 2020).

Výsledky a závěr:

Mladé ženy s poruchami příjmu potravy si lépe pamatovaly reklamy na hubnutí a produkty na hubnutí a věnovaly méně pozornosti jiným typům cílených reklam na jejich věkovou a genderovou skupinu. Televizní reklama se zdá být pro ženy, které jsou už nespokojené se svým tělem, spíše podporou jejich nespokojenosti než přímou příčinou poruchy jejich body image (Del Moral-Agúndez & Carrillo-Durán, 2020).

7 Diskuse

Cílem *literature review* je seznámit čtenáře s problematikou daného tématu, v tomto případě ohledně příčin poruch příjmu potravy u adolescentů. Dalším cílem je kriticky zhodnotit nasbírané informace pro snadnou orientaci v této problematice.

Ze syntézy poznatků této práce lze konstatovat, že mnoho autorů čerpá své poznatky o příčinách poruch příjmu potravy z autora Františka Davida Krcha (2005,2008), který zase čerpá z jeho předchůdců nebo z dříve provedených výzkumů a studií různých autorů.

Cílem kapitoly Příčiny poruch příjmu potravy z pohledu autorů je podat přehled o interpretaci příčin dostupnými autory a nechat na čtenáři, ať se rozhodne, ke kterému autorovi se obrátit pro další prohloubení informací o problematice. Z pohledu budoucí učitelky si myslím, že je důležité znát příčiny a snažit se jim předcházet a eliminovat je, pokud se jedná o ty, které eliminovat můžeme.

Pro učitele a širší veřejnost bych pro přehlednost nejvíce doporučila autora Michala Nováka a jeho knihu Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Jedná se o přehlednou a srozumitelně napsanou knihu, které by měl porozumět každý. Neobjevuje se zde spletitý výčet výzkumů na dané téma, ale jednoduchý popis s několika příklady. Také se na rozdíl od jiných autorů podrobně rozepisuje ve více podkapitolách o příčinách PPP.

Jak už bylo v kapitole o příčinách zmíněno, rozdělení příčin na biologické, psychologické a sociokulturní se objevuje u autorů nejvíce. Problém nastává ve chvíli, kdy autoři neřadí stejné příčiny pod stejnou kategorii. Toto zjištění naznačuje, že v odborné obci neexistuje žádné oficiální rozdělení příčin PPP. Tento problém může mít značné matoucí účinky, a proto byl například faktor rodiny v této práci řazen pod sociokulturní faktory, i když se pod tento faktor řadí biologicky podmíněná genetika.

Mnoho autorů odkazuje na již provedené výzkumy a studie. Tímto v jejich textech vniká nepříjemný chaos a čtenář se často ztrácí. Dobrým příkladem pro tento jev je autor František David Krch (2005, 2008). Jeho texty jsou jen popisem předchozích výzkumů, občas proloženy jednou či dvěma větami od samotného autora. Kontrastem ke Krchovu stylu je autorka Renee Mcgregorová a její kniha Ortorexie. McGregorová zde vypravěčským způsobem nastiňuje problematiku „čistého stravování“. Občas využije předchozích výzkumů, ale text obohacuje i svým zkoumáním problematiky. Její knihu bych také doporučila široké veřejnosti, pokud by si zájemci chtěli zlepšit informovanost ohledně tohoto onemocnění.

Co by se dalo autorům vytknout, je přehnané zaměření se pouze na ženské pohlaví. Ačkoliv se poruchy příjmu potravy z větší části vyskytují u žen, přijde mi kompletní vymazání mužského pohlaví z výzkumů a popisů příčin neadekvátní. Občas se malá zmínka o mužích objeví, ženská stránka však značně převažuje. Tato výtka se netýká Pavlové (2010), která se v případě otázky vlivu pohlaví či genderu zaměřuje i na muže či transgender.

Další nedostatek vnímám v nejasném vymezení toho, co přesně je tedy příčinou a co korelací. Autoři se zabývají vždy jedním pojmem a hledají odůvodnění, proč by právě to mělo být příčinou PPP, vzápětí polemizují o tom, zda se vůbec jedná o příčinu nebo zda se jen jedná o symptom.

Autoři si také často protiřečí. Ve své práci nastíní příčinu jako potvrzenou, ale na konci odstavce prohlásí, že dosud provedené výzkumy nejsou dostačující. Pro lepší orientaci, by autoři budoucích pracích měli rozdělovat příčiny na dosud dostatečně nepodložené a na ty, které se již považují za potvrzené.

Jak jsem již zmiňovala, pro budoucí pedagogy je důležité znát příčiny a riziková chování, aby je mohli řešit již v zárodku. Pokud však v dostupné literatuře budou existovat jen dohady a žádná fakta, pak může pedagog stát na rozcestí rozhodování, zda už by měl zakročit či ne.

Abych však nebyla jen negativně kritická. Pokud si chce čtenář rozšířit obzory a zjistit, o čem odborníci vedou polemiky, jsou tyto publikace vhodné a přínosné.

Publikací zabývajících se definicí poruch příjmu potravy je dostatek. Při analýze poznatků mi však chyběly moderní publikace, které by se zabývaly více problematikou vlivu sociálních sítí a platforem, jako je Youtube, Instagram, Tiktok atd. Z mého pohledu již žijeme ve velmi digitálním světě, a proto by bylo vhodné více popsat jeho vliv na poruchy příjmu potravy.

Co se týče výzkumů, jsem ráda, že jsem našla výzkum týkající se ortorexie, kde byla zkoumána jako porucha příjmu potravy. Dále se mi líbil výzkum, kde byla zkoumána spojitost matek s PPP u jejich dcer. Výzkum sociálních sítí a jejich vlivu na PPP také hodnotím kladně, jak jsem se zmiňovala o odstavec výše, jedná se o velice komplexní a důležitou oblast, která by měla být více v odborné literatuře popsána. Snažila jsem se dohledat i vliv měření BMI na vznik poruch, avšak výzkumy, které jsem našla, se týkaly pouze obezity. Proto si myslím, že by byla zajímavá studie týkající se vlivu laického měření BMI na body image a popřípadě i PPP.

8 Závěr

Na základě zpracování informací v teoretické části této práce jsme mohli zformulovat následující závěry, které korespondují se stanovenými cíli:

- Většina dostupných autorů se pro definici a diagnostická kritéria obrací na Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10, momentálně již MKN-11), vydávanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a na Diagnostický a statistický manuálu duševních poruch (DSM-5), vydávaný Americkou psychiatrickou asociací.
- Adolescentní období se vymezuje různě, pro tuto práci bylo zvoleno vymezení na ranou a pozdní adolescenci. Raná začíná začátkem tělesného zrání a končí schopností zplodit děti, pozdní začíná biologickou dospělostí a končí ukončením profesní přípravy a následným nástupem do zaměstnání či na další studia. Během tohoto období probíhá mnoho tělesných, kognitivních, emočních či sociálních změn.
- Ve většině dostupné literatury se autoři shodují na příčinách poruch příjmu potravy a vzájemně ze sebe čerpají. Jedná se o biologické faktory, do kterých spadá pohlaví/gender, etnikum a věk. Dále o psychologické faktory, do kterých byly zařazeny osobnostní faktory jako negativní emocionalita, obsedantně-kompulzivní osobnost a perfekcionismus a složité životní události jako sexuální zneužití. A nakonec o sociokulturní faktory jako rodina, do které spadá genetika, přístup rodičů a separace a dále diety či BMI, média a společnost s kultem štíhlosti.
- Za poslední čtyři roky proběhlo nespočet bádání zaměřených na zjištění faktorů způsobujících poruchy příjmu potravy. V této práci byly popsány faktory médií a sociálních sítí, kultu štíhlosti, blogy pro poruchy příjmu potravy, „čisté stravy“, vliv matky a traumatu.

9 Souhrn

Bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy u adolescentů. Jedná se o teoretický typ bakalářské práce se snahou o *literature review*. Cílem je seznámit čtenáře s problematikou poruch příjmu potravy u adolescentů a předložit syntézu aktuálního stavu poznání související s problematikou poruch příjmu potravy u adolescentů, v rozsahu, který nám umožňuje tento typ kvalifikační práce, a to včetně kritického zhodnocení použitých zdrojů. Autoři při popisu poruch často vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch. Při popisu příčin těchto poruch často vychází z různých výzkumů a sebe navzájem. Práce se dělí na čtyři kapitoly.

První kapitola se zabývá vymezením poruch příjmu potravy. Druhá kapitola se zabývá vymezením období adolescence. Třetí kapitola se zabývá porovnáním přístupu k příčinám poruch příjmu potravy dostupných autorů. Čtvrtá a také poslední kapitola se zabývá prezentací aktuálních zahraničních výzkumů zabývajících se sledovanou problematikou PPP za poslední čtyři roky.

Použité zdroje

1. ACET ČR*: Poruchy příjmu potravy (7.-9. ročník ZŠ)* [online]. Chrudim, 2022 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.acet.cz/program/poruchy-prijmu-potravy
2. AMBWANI, S., SHIPPE, M., GAO, Z. *et al.* Is #cleaneating a healthy or harmful dietary strategy? Perceptions of clean eating and associations with disordered eating among young adults. [online]. 2019 [cit. 2022-04-11]. https://doi.org/10.1186/s40337-019-0246-2
3. AMERICKÁ PSYCHIATRICKÁ ASOCIACE. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.* Praha: Hogrefe-Testcentrum, 2015, ISBN 97880-86471-52-5.
4. BINAROVÁ, Ivana. Období adolescence. ŠÍMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 3. vydání. Olomouc, 2010, s. ISBN 978-80-244-2433-0.
5. BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2016, ISBN 978-80-246-3462-3.
6. *Centrum Anabell* [online]. Brno, 2002 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: http://www.centrum-anabell.cz/
7. DEL MORAL-AGÚNDEZ, Alejandro, CARRILLO-DURÁN, Maria-Victoria. *Body-cult television advertisement recall among young women suffering from anorexia nervosa or bulimia nervosa* [online]. 2020 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1590/S0104-12902020170418
8. FITZSIMMONS-CRAFT, E.E., KRAUSS, M.J., COSTELLO, S.J. *et al.* Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment [online]. 2020 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s40519-019-00808-3
9. FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, ISBN 978-80-246-2247-7.
10. HART, E., CHOW, C.M. "I just don't want to be fat!": body talk, body dissatisfaction, and eating disorder symptoms in mother–adolescent girl dyads. [online]. 2020 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: ://doi.org/10.1007/s40519-019-00756-y
11. HICKS WHITE, Ashley A. et al. *The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment.* [online]. 2018 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034
12. Knopf, J. W. Doing a literature review [online]. 2006 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://core.ac.uk/download/pdf/81222467.pdf

13. KRCH ET AL., František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0840-X.
14. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 9788024721309.
15. LONERGAN, Alexandra R. et al. *Protect me from my selfie: Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence* [online]. 2020 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1002/eat.23256
16. MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 17. ISBN 80-7178_747-7.
17. MARSHALL, W.A. a J.M. TANNER. *Variations in Pattern of Pubertal Changes in Girls* [online]. Londýn, 1969, [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: https://adc.bmj.com/content/archdischild/44/235/291.full.pdf.
18. MARSHALL, W.A. a J.M. TANNER. *Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys* [online]. Londýn, 1970, [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: https://adc.bmj.com/content/archdischild/45/239/13.full.pdf
19. MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: DOBROVSKÝ, 2019, ISBN 978-80-7390-968-0.
20. NAVRÁTILOVÁ, MuDr. Miroslava. Co přesně znamená ortorexie?. In: *Fnbrno.cz* [online]. Brno, 2017, [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: https://www.fnbrno.cz/mudr-miroslava-navratilova-ph-d-co-presne-znamena-ortorexie/t6006
21. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, ISBN 978-80-7204-657-7.
22. OLIVOVNA. Co je dospívání?. *Olivovna: Dětská léčebna* [online]. Říčany u Prahy, 2022 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: https://www.olivovna.cz/dospivani
23. PAPEŽOVÁ ET AL., Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018, ISBN 978-80-204-4904-7.
24. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, ISBN 978-80-87142-18-9.
25. PAVLOVÁ, Barbara, PAPEŽOVÁ ET AL., Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
26. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017, ISBN 978-80-88163-46-6.

27. *Sdružení D: Jsem kdo jsem 67* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.sdruzenid.cz/jsem-kdo-jsem-67
28. *Sdružení D: Jsem kdo jsem* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.sdruzenid.cz/jsem-kdo-jsem
29. *Sdružení D: Kdo jsme* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.sdruzenid.cz/kdo-jsme
30. ŠEBKOVÁ, Sylva. *Vývoj dítěte – pozdní adolescence* [online]. 2003 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: https://medicina.cz/clanky/5846/34/Vyvoj-ditete-pozdni-adolescence/
31. TERHOEVEN, Valentin et al.. *Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso* [online]. 2019 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1111/tmi.13340
32. UCHÔA, F.N.M. et al. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. [online]. 2019 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/ijerph16091508
33. URBAN-MŠMT, Jiří. *Co dělat, když – intervence pedagoga, Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept*. 2012. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/19624?highlightWords=poruchy_prijmu_potravy
34. ÚZIS ČR. *MKN-10 2022: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2022 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.0
35. VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2021, ISBN 978-80-246-4961-0.
36. WEINBACH, N., SHER, H. & BOHON, C. Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. [online]. 2018 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s10802-017-0365-7
37. WHO. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [online]. USA, 2022 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://icd.who.int/browse11/l-m/en

Seznam zkratek

DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
BMI	Body mass index
WHO	World health organisation / Světová zdravotnická organizace
AN	Anorexia nervosa / Mentální anorexie
BD	Body dysmorphia / Tělesná nespokojenost
%EBW	Procento očekávané tělesné hmotnosti
Binge	Záchvatovité přejídání

Přílohy

Příloha č. 1

Diagnostika PPP podle DSM-5

1. Mentální anorexie

DSM-5 říká, že lze diagnostická kritéria rozdělit do tří hlavních znaků:

1. Přetrvávající omezení energetického příjmu
   Jedinec udržuje hmotnost pod hranici normálnosti vzhledem k věku, vývojovému stádiu, pohlaví a psychickému zdraví a odpovídající hodnotě BMI.
2. Intenzivní obava z nárůstu hmotnosti
   Je vyloučena jiná příčina úbytku na váze a strach jedince z přibírání se objevuje i po tom, co na váze ztratil. Některé osoby si tento strach někdy nepřipouští.
3. Mylná představa o vlastní hmotnosti nebo postavě
   Jedinci májí pocit , že jsou tlustí, nebo naopak si uvědomují štíhlost, ale zaměřují se na určité partie, které vnímají objemnější. Tyto osoby se často váží, měří a zkoumají své tělo (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 359).

2. Mentální bulimie

DSM-5 říká, že lze diagnostická kritéria rozdělit do tří hlavních znaků:

1. Opakující se záchvaty přejídání
   Objevuje se konzumace nadměrného množství jídla v krátkém časovém úseku, nejčastěji se uvádí čas pod dvě hodiny, která není považováno za normální, tedy není například v rámci oslav. Je zde nutné zmínit, že tato epizoda přejídání se nemusí odehrávat na jednom místě a že jedinec u toho nemá pocit kontroly. Někdy si mohou přejídání plánovat a také epizody tají.
2. Opakující se nevhodné kompenzačního chování s cílem zabránit přibývání na váze
   Objevuje se kompenzační chování, které může být v podobě zvracení, což je nejčastější a někdy je záminkou pro přejídání se, nadále užívání laxativ, diuretik a klystýru, dále pak držení půstu a nadměrného cvičení.
3. Sebekritické hodnocení ohledně vlastní hmotnosti a postavy
   V podstatě se jedná o stejný přístup ke svému tělu jako u jedinců s mentální anorexií. Jedinci mají pocit tloušťky celého těla či určitých partií a objevuje se častá observace těla.

Dále se zmiňuje o čtvrté podmínce, která říká, že aby byla diagnóza kompletní, opakují se záchvaty přejídání a nevhodné kompenzace v průměru alespoň jedenkrát týdně po dobu tří měsíců (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 365-366).

3. Záchvatovité přejídání

Podle DSM-5 lze diagnostická kritéria shrnout do čtyř hlavních znaků:

1. Opakující se záchvaty přejídání
   Jedná se o základní znak. Epizoda přejídání se vyskytuje alespoň jedenkrát týdně po dobu tří měsíců. Stejně jako u mentální bulimie je definice tzv. binge, konzumace nadměrného množství jídla v krátkém časovém úseku. Nejčastěji se uvádí čas pod dvě hodiny a tato konzumace není považována za normální, tedy není například v rámci oslav a nemusí se odehrávat na jednom místě.
2. Nedostatek kontroly nad přejídáním
   Objevují se disociativní znaky, kdy se jedinec odosobní sám od sebe. Jedinec není schopen se zadržet či přestat, ale v momentě, kdy někdo přijde do místnosti, kde se „binge“ odehrává, rychle aktivitu ukončuje.
3. Plánování přejídání
   Jedinec si plánuje „binge“, kdy nebude přítomna jiná osoba či odkládá „binge“ na pozdější dobu z určitého důvodu.
4. Nepohoda
   Jedinec konzumuje jídlo do okamžiku, kdy se vyskytne pocit přeplnění, nebo konzumuje jídlo, i když necítí hlad. Následuje pocit studu a viny (Americká psychiatrická asociace, 2015, s. 370-71).

Příloha č. 2

Výběr programů zabývajících se poruchami příjmu potravy v České republice

1. Centrum Annabell

Centrum Annabell vyjde jako první, když zájemce do vyhledávače napíše, že hledá programy zabývající se poruchami příjmu potravy. Toto centrum vniklo v roce 2002 a jeho sídlo je v Brně, pobočky se dále nachází v Praze a Ostravě (Centrum Anabell, 2002).

Jedná se o centrum nabízející jak skupinové, tak i individuální konzultace a poradenství, e-mailové terapie a svépomocné skupiny, kde se klientům věnuje peer konzultant, což je člověk zhruba v podobném věkujako pacient, který si onemocněním prošel a momentálně chce díky

svým zkušenostem a vzdělaní pomoci ostatním. Centrum také nabízí terapie pro nemocného a jeho rodinu a nutriční poradenství. Služby jsou buď ambulantní nebo v terénu. Na svých stránkách mají krizovou linku a jsou dostupní každý všední den (Centrum Anabell, 2002).

O klienty se zde stará tým sociálních pracovníků, psychologů, terapeutů, lékařů a nutričních poradců. Tito lidé poskytnou dostatečné informace a materiály, jako např. literaturu, pro všechny své klienty a jejich rodiny. Na svých stránkách také uvádí příběhy svých klientů, které si jedinec může přečíst a tím zjistit, že není sám a že lze najít pomoc (Centrum Anabell, 2002).

2. ACET

ACET ČR z.s., neboli AIDS Care Educational Training, je zapsaný spolek u Krajského soudu Hradce Králové a je členem ACET International Alliance, která má své pobočky v 28 zemích. Mimo zabývání se problematikou HIV a AIDS nabízí školám preventivní programy, jako je „Zvol si život“, který je pod záštitou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V těchto programech jde o prevenci, výchovu a vzdělávání žáků (ACET ČR, 2022).

Tento spolek pracuje s dětmi a mládeží, poskytuje poradenství a zaměřuje se na vzdělávání. Mezi jeho aktivity patří program o poruchách přijmu potravy, který vytváří pro 7. až 9. třídy základních škol. Jakákoliv škola si může tento program objednat pomocí formuláře na stránkách spolku. Program obsahuje představení nejčastějších poruch, jejich příčiny, jak je rozpoznat a také jejich důsledky. Dále zde představí konkrétní případy, varování před dietami bez lékařského dohledu a také se zabývají sebepřijetím a identitou. Na konci programu žáci napíší malý test ohledně životosprávy a PPP (ACET ČR, 2022).

3. Sdružení D

Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která vznikla v roce 2000. Zabývá se tvorbou programů pro žáky předškolního, školního a středoškolského věku a také pro pedagogy. Jedná se o seberozvojové programy, programy rizikové prevence a programy rozvoje čtenářské gramotnosti. Programy jsou provozovány ve školách nebo je možnost od roku 2012 navštívit Dramacentrum (Sdružení D, Kdo jsme, 2022).

V roce 2017 s pomocí Ministerstva zdravotnictví a Norských fondů Sdružení D provozovali projekt pod názvem Vzdělávací programy a kampaně prevence poruch příjmu potravy ve 3 krajích ČR. Do tohoto programu byly zapojeny vybrané školy ze Zlínského, Olomouckého a Moravskoslezského kraje. Byly zvoleny 8. a 9. třídy, které tento program podstoupily ve

svých školách v průběhu dvou vyučovacích hodin. Po průběhu vybrali lektoři a učitelé 4-5 žáků, kteří se účastnili informační peer kampaně ve třídách, což mělo pomoci zvýšit povědomí o angažovanosti a poruchách příjmu potravy. Školy si poté mohly nechat materiály, metodiky a propagační předměty stránky jsemkdojsem.cz, které mohly využívat i po skončení programu (Sdružení D, Jsem kdo jsem, 2022).

Momentálně se program nazývá *Jsem, kdo jsem* a jeho hlavními cíli je předat informace o tom, jak rozpoznat znaky poruch příjmu potravy, jak vyhledat pomoc a podpořit sebepojetí žáků. Metodicky sem patří hry, hraní rolí, řešení modelových situací, diskuse, videa, uvolňovací techniky a reflexe (Sdružení D, Jsem kdo jsem 67, 2022).

4. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vytvořilo dokumenty, které mají název „Co dělat, když – intervence pedagoga“. Tyto dokumenty se zaměřují na rizikové chování, které se může u žáků objevit, a mají sloužit jako návod pro učitele, jak k těmto situacím přistupovat. Příloha číslo 3 se zaměřuje na poruchy příjmu potravy (MŠMT – Urban, 2012).

V první části popisuje možné rizikové chování, do kterého řadí mentální anorexii a bulimii. Dále dokument v podkapitole „Východiska“ popisuje statistická fakta, možná rizika a důsledky. Ve třetí části přiřazuje dokument rizikové faktory k typu domény, jako je například rodina, vrstevnická skupina či škola, a k těmto zase přiřazuje možné protektivní faktory, což je například monitoring, rozvoj vzdělanosti či psychoterapie. V poslední části jsou poskytnuty kontakty na příslušné orgány, návod, koho o problému informovat, doporučení, jaké má učitel možnosti a limity a jak by měl v nastalém případě postupovat, a odkazy na literaturu (MŠMT – Urban, 2012).

Anotace

Jméno a příjmení:	Anna-Marie Konečná
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Jana Kvintová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Poruchy příjmu potravy u adolescentů
Název v angličtině:	Eating disorders in adolescents
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u adolescentů. Práce je členěna na čtyři kapitoly. Pozornost je v těchto kapitolách věnována vytyčení poruch příjmu potravy, vymezení adolescentního období a jeho změn, příčinám poruch příjmu potravy a nedávným výzkumům. Cílem této bakalářské práce je předložit syntézu aktuálního stavu poznání související s problematiku poruch příjmu potravy u adolescentů, v rozsahu, který nám umožňuje tento typ kvalifikační práce, a to včetně kritického zhodnocení použitých zdrojů.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, adolescenti, příčiny poruch příjmu potravy, nedávné výzkumy
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis focuses on eating disorders in adolescents. The work is divided into four chapters. The focus in these chapters is on definition of eating disorders, definition of the adolescent period and its changes, causes of eating disorders and recent studies. The aim of the bachelor thesis is to present the current state of knowledge related to eating disorders in adolescents, to the extent that this type of qualification work allows, including a critical evaluation of the resources used.
Klíčová slova v angličtině:	Eating disorders, adolescents, causes of eating disorders, recent studies
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Diagnostika PPP podle DSM-5

	Příloha č. 2 Výběr programů zabývajících se poruchami příjmu potravy v České republice
Rozsah práce:	40
Jazyk práce:	Čeština