

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální pedagogiky

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Bakalářská práce

Autor: Sabina Čudová

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii

Vedoucí: Mgr. et Mgr. Petra Kalibová

Hradec Králové

2015

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: **2014/2015**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sabina Čudová**
Osobní číslo: **P12484**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii**
Název tématu: **Příčiny vzniku poruch příjmu potravy**
Zadávající katedra: **Katedra sociální pedagogiky**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část bude zaměřena na vysvětlení pojmu PPP a na rizika PPP. Práce se bude dále zabývat sdružením zabývajících se PPP a také blogy, kde se dívky podporují v anorexii a bulimii. Cílem této práce bude zjišťování příčin vzniku PPP. Z výzkumných metod budou zvoleny dotazníky, které budou rozepisovány mezi respondenty s osobní zkušeností s PPP.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování diplomové práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. et Mgr. Petra Kalibová**
Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **7.1.2014**
Termín odevzdání diplomové práce: **7.1.2016**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Váček, Ph.D.
děkan

Mgr. Iva Junová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 4/2009, dále, že jsem tuto bakalářskou závěrečnou práci vypracovala (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne, 20. března 2015

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce Mgr. et Mgr. Petře Kalibové, za její odborné vedení a poskytnutí cenných rad při zpracování.

Děkuji také všem svým respondentům, kteří se ochotně podíleli na praktické části mé práce.

Anotace

ČUDOVÁ, Sabina. *Příčiny vzniku poruch příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 71 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce nazvaná *Příčiny vzniku poruch příjmu potravy* zpracovává v teoretické části téma, které v současnosti představuje problém moderního světa. Zaměřuje se na základní charakteristiku pojmů mentální anorexie a mentální bulimie, dále na příznaky jednotlivých onemocnění. Také se věnuje následkům a problémům, které dané nemoci provází. Pro lepší porozumění práce obsahuje kazuistiku. Nechybí ani krátký přehled o tom, jak jsou na tom muži ve vztahu s PPP, která je považována především za ženskou nemoc. Práce je zaměřena na rizikové determinanty, které mohou zapříčinit inklinaci a rozvoj PPP.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvantitativním šetřením s využitím dotazníků. Cílem výzkumu je zjistit a shrnout nejčastější příčiny negativního postoje k jídlu. Pro lepší přehlednost dat jsou využity grafické a tabulkové znázornění.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny poruch příjmu potravy.

Annotation

ČUDOVÁ, Sabina. *Causes of the origin of eating disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 71 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis called *Causes of the origin of eating disorders* deals in the theoretical part with the topic which presents the problem of the modern world. It focuses on the basic characteristics of anorexia nervosa and bulimia nervosa as well as on the symptoms of individual diseases. The attention is also paid to the consequences and problems accompanying given diseases. For better understanding, the thesis contains case reports. There is a brief overview of how men are doing in relation to the ED, which is considered to be a female disease. The paper focuses on (is aimed at) risky determinants that can cause the disposition and development of ED.

The practical part of the thesis deals with the quantitative survey using questionnaires. The aim of the research is to identify and summarize the most common causes of the negative attitudes to food. Graphical and tabular illustrations are used for the better clarity of the data.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, causes of eating disorders

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Charakteristika poruch příjmu potravy	10
1. 1 Mentální anorexie (MA)	11
1. 1. 1 Příznaky mentální anorexie.....	12
1. 1. 2 Diagnostická kritéria pro MA	12
1. 1. 3 Specifické typy mentální anorexie dle DSM - IV.....	13
1. 1. 4 Kazuistika mentální anorexie.....	13
1. 1. 5 Výpočet tělesné hmotnosti.....	14
1. 2 Mentální bulimie (MB).....	15
1. 2. 1 Příznaky mentální bulimie	15
1. 2. 2 Diagnostická kritéria MB podle MKN - 10 (zkrácený přehled).....	16
1. 2. 3 Kazuistiky mentální bulimie	16
1. 3 Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku.....	17
1. 4 Jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy (PPP).....	17
1. 4. 1 Syndrom nočního přejídání.....	17
1. 4. 2 Záchvatovité přejídání	18
1. 5 Poruchy příjmu potravy u mužů	19
1. 5. 1 Kazuistika muže s PPP	22
2 Následky a nebezpečí PPP	23
2. 1 Fyzické následky mentální anorexie.....	23
2. 2 Psychické následky mentální anorexie	24
2. 3 Fyzické následky mentální bulimie	25
2. 4 Psychické následky mentální bulimie.....	26
3 Historie poruch příjmu potravy.....	28
3. 1 Historie mentální anorexie.....	28
3. 2 Historie mentální bulimie	29
4 Občanské sdružení Anabell.....	31
4. 1 Pro ana a pro mia blogy	32
5 Prevence.....	35
5. 1 Prevence PPP	35
6 Příčiny poruch příjmu potravy	37

6. 1 Sociální a kulturní faktory	37
6. 2 Rodinné a genetické faktory	38
6. 3 Biologické faktory	39
6. 4 Individuální osobnostní faktory	39
6. 5 Životní události	40
6. 6 Riziková povolání	40
6. 7 Závislost na psychoaktivních látkách	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
7 Výzkumné šetření	42
7. 1 Výzkum, hlavní cíl, dílčí cíle.....	42
7. 2 Hypotézy.....	43
7. 3 Charakteristika výzkumné metody	45
7. 4 Respondenti	46
8 Interpretace dat	48
8. 1 Vyhodnocení hypotéz	62
8. 2 Shrnutí.....	64
9. Závěr	66
Bibliografie	67
Internetové zdroje	69
Seznam vložených tabulek.....	71
Seznam vložených příloh.....	71

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou velmi aktuální problém, který se hojně objevuje v dnešní západní společnosti. Ačkoliv je jsou poruchy příjmu potravin připisovány především dospívajícím dívkám a mladým ženám, můžeme se setkat s PPP u starších žen nebo naopak u dívek mladšího školního věku. Výjimku netvoří ani muži, kterých sice není tolik, ale ani ně nesmíme zapomínat.

Už od nepaměti mě PPP zajímají, proto jsem si zvolila toto téma pro svoji práci. Jako budoucí etoped bych se této problematice chtěla v praxi věnovat. Sama jsem se během dospívání také potýkala s váhovými problémy a ne vždy jsem byla se sebou spokojená. Jeden čas jsem si dokonce vedla deník, kde jsem si dokumentovala, co jsem za ten den snědla a několikrát za den jsem se vážila a přeměřovala. Mezi poznámkami jsem měla i motta z pro-anorektických blogů, které mě „uchvátily“ množstvím tipů a triků, jak co nejrychleji zhubnout. K tomu jsem také užívala jsem laxativa a spokojená jsem byla teprve tehdy, když jsem hubnula rychlostí kilogram denně. Nakonec jsem při jedné procházce se psem už neměla sílu dojít domů, div jsem nelezla po čtyřech a omdlela jsem, jak jsem byla z hubnutí zesláblá. Naštěstí jsem se včas vzpamatovala a dnes se mi nechce věřit, že jsem si celý půlrok dobrovolně ničila zdraví, dodneška mám občasné zdravotní problémy. Zároveň jsem v tomto období ztratila pár přátel, dokonce i přítele, protože jsem si nenechala vymluvit, že to co dělám, není úplně v pořádku.

V teoretické části se s oporou o odbornou literaturu zabývám celkovou problematikou poruch příjmu potravy, ovšem s důrazem na nejrizikovější okolnosti. Teoretická část se zabývá studiem:

- základní popis PPP a osobnostních rysů jedinců trpící poruchou
- nespecifické PPP
- seznámení s důsledky PPP
- historie PPP
- muži s PPP

Tato bakalářská práce je zaměřena na osoby, které poruchami příjmu trpí nebo v minulosti trpěly, jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvantitativní dotazování prostřednictvím online dotazníků. Cílem praktické části by mělo být přiblížení této nemoci, zmapování jejího průběhu a především zjištění nejčastějších příčin a pohnutek, které vedly k těmto negativním postojům k jídlu.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se věnuji základní charakteristice mentální anorexie a bulimie, pro lepší znázornění průběhu poruchy jsem také využila kazuistik. Specifickou kapitolou jsou PPP, které se objevily u pacientů již v útlém věku, výskyt PPP u jedinců mužského pohlaví a také pro-anorektické blogy. V krátkosti zmíním také historii PPP a prevenci. Neopomenou ani kapitolu, která vyjmenovává nejčastější důsledky negativních postojů k jídlu psychického a somatického charakteru. V neposlední řadě jsem uvedla občanské sdružení Anabell, které se zabývá léčbou, prevencí a poskytuje základní informace o PPP. Cílem teoretické části jsou rizikové faktory, které jsou spouštěči PPP nebo je udržují v chodu.

1 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj dlouhodobý průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí. *„Komplexní charakter mentální anorexie a bulimie (...) je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů.“* (Krch, 1999, str. 11)

Poruchy příjmu potravy jsou doprovázeny jinými psychickými poruchami, např. stresem. Pro poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) je charakteristický strach z tloušťky, dále manipulace s jídlem vedoucí ke snižování hmotnosti a zkreslené vnímání své vlastní postavy. Jak už bylo výše naznačeno, jde o psychické onemocnění. Znamená to pro jedince to, že v určitém stádiu onemocnění již není schopen chování spojené s anorexií či bulimií ovládat sám a je nutné vyhledat lékařskou pomoc. (Ideální [online], 2014)

PPP však už dávno není problém, který by se týkal pouze dívek a žen. Onemocnění se týká i mužské části populace, ačkoliv ne v takové míře jako u ženské populace. Udává se, že muži tvoří zhruba 5 - 10 % z celkového počtu nemocných. (Benešová, Míčová, 2003, str. 8)

„Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)... zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální

anorexii a mentální bulimii. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F50.1) nebo atypické mentální bulimie (F50.3). Tyto kategorie by se měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz." Pod jinak nespecifikované PPP se zařazují případy, kdy jsou splněna všechna kritéria pro mentální anorexii (MA) či mentální bulimii (MB). Například jsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatovitému přejídání dochází ve větším časovém rozestupu. (Krch, 1999, str. 13 - 20)

Poruchy příjmu potravy existují ve dvou formách - mentální anorexie a mentální bulimie. Avšak kromě nejčastější a nejznámější mentální anorexie a bulimie byli za poruchy příjmu potravy označeny další onemocnění.

Poruchy příjmu potravy však kromě nejznámější a nejobvyklejší mentální anorexie a bulimie mají i jinou podobu, a to orthorexii (orthorexia nervosa) a bigorexii. Orthorexie je definována jako chorobná závislost na zdravé výživě a biologicky čisté potravě. Bigorexie je spíše mužská záležitost a je charakteristická nekompromisním dietním stravováním zaměřené na vysoký obsah bílkovin a nízký obsah tuků. Typické pro bigorexii je také užívání steroidů za účelem nabrání svalové hmoty. V případě bigorexie je zde úzká souvislost s porušeným vnímáním vlastního těla (tzv. body image). (Svět-zdraví [online], 2014)

1. 1 Mentální anorexie (MA)

Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. (...) U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a pod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. (...) Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. (Krch a kol., 1999, s. 14)

Další symptom značící mentální anorexii spočívá ve schovávání jídla a přemýšlení, jak se ho zbavit, ve snaze jíst o samotě, atd. (Cohen, 2002)

Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu většinou bývají až druhořadým dopadem dlouhotrvajícího hladovění. (Krch a kol., 1999)

Pacienti s MA mají v osobní anamnéze často vepsáno, že jsou ambiciózní, dosahují úspěšných školních výsledků. Další charakteristickým rysem bývá soutěživost, nadměrná seberegulace, poddajnost a další introvertní osobnostní rysy. (Cohen, 2002)

Pochopit anorexii může být pro lidi s normální chutí k jídlu až nemožné. Pro mnohé je nepochopitelné, jak mohou být tak intenzivní pocity vyvolávány jídlem nebo nárůstem váhy. Vždyť fyzickou bolest, stres a utrpení spojené s hladověním většina lidí snáší velmi těžko. (Papežová, 2000, str. 11)

1. 1. 1 Příznaky mentální anorexie

Doktor Cyril Höschl spolu s doktory Jaromírem Švestkou a Janem Libigerem (2002) shrnuli diagnostická kritéria MA do pěti základních znaků:

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 17,5 BMI*)
2. Pacient se sám snaží o snížení váhy tím, že se vyhýbá tučným jídlům a že užívá jeden a nebo více farmaceutických prostředků - užívá anorektika a diuretika, díky kterým je vyvoláno zvracení i vyprazdňování, a také nadměrně cvičí.
3. Specifická psychopatologie, tito jedinci mají neustále obavy z ztloustnutí a mají změněné vnímání vlastního těla. Pacient má neustálé výčitky po konzumaci jídla a sám sobě si ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
4. Rozsáhlé endokrinní onemocnění, které zahrnuje hypothalamo-pituitární-gonádovou osu - ta se projevuje u ženy jako vynechání menstruace (amenorrhoea) a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a schopnost plodit.
5. Pokud jedinec onemocní PPP ještě před pubertou, může být pubertální vývoj zpomalen nebo dokonce zastaven. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak nástup první menstruace je opožděn. (Novák, 2010)

1. 1. 2 Diagnostická kritéria pro MA

Americká psychiatrická asociace užila v DSM-IV tyto kritéria pro MA:

* Body Mass Index (BMI) se vypočítá podle vzorce $BMI = \text{váha (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$

„1. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (...) nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).

2. Intenzivní obava z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

3. Narušené vnímání vlastního těla (...), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.

4. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea*).

1. 1. 3 Specifické typy mentální anorexie dle DSM - IV

Novák (2010) uvádí tyto dva specifické typy mentální anorexie, a to:

Restriktivní forma - kdy se u pacientů neobjevují záchvaty přejídání a vyprazdňování (např. zvracením, užíváním diuretik, laxativ)

Bulimický (purgativní) typ - střídají se epizody přejídání a vyprazdňování

1. 1. 4 Kazuistika mentální anorexie

Kazuistika č. 2

Melgosa (1999, str. 104) ve své knize uvedl: „V sedmnácti letech začala Pavla s redukční dietou, při které hodně zhubla. Kromě toho, že prakticky nejedla, ještě dvě až tři hodiny denně cvičila a pravidelně užívala projímadlo. Tak se během několika měsíců dostala z pětapadesáti na pouhých 40 kilogramů.

Přestala menstruovat a celkově dost zeslábla, což vyburcovalo její rodinu. Nikdo však nebyl schopen ji přesvědčit, aby se vrátila ke své původní váze. Jednoho dne omdlela a byla převezena do nemocnice. Diagnóza zněla: mentální anorexie. Teprve po několika měsících lékařské péče byla schopná začít žít znovu normálním životem.“

* Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru.

1. 1. 5 Výpočet tělesné hmotnosti

Nejčastěji používaný index pro orientační výpočet množství tukové tkáně v těle je Quetelův index (BMI neboli Index tělesné hmotnosti). Název pochází z anglického spojení Body Mass Index. Nejjednodušší způsob, jak si vypočítat BMI je si je zadání své váhy a výšky do BMI kalkulačky, která je na internetu běžně k nalezení nebo si můžete vypočítat BMI sami a to pomocí vzorce:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m}^2\text{)}} \quad (\text{Hubnutí [online], 1996 - 2015})$$

Ačkoliv je BMI nejpoužívanější vzorec pro výpočet hmotnosti, není úplně přesný, měl by nám sloužit pouze jako základní orientace. BMI je vhodný pro lidi, kteří nejsou aktivní sportovci (jako např. kulturisti), jelikož svalová hmota, jak je známo, je těžší než tělesný tuk. Stejně tak u seniorů nemusí výpočet BMI odpovídat skutečnosti, protože mohou mít svalstva pomálu a naopak hodně tukové vrstvy a i přesto se jejich BMI bude pohybovat v tabulce v rozmezí ideální váhy. BMI tedy nezohledňuje věk a neukáže ani kolik procent z tělesné hmotnosti tvoří tělesný tuk a kolik svalstvo. (Hubnutí-jídelníček-výživa, [online])

Tabulka č. 1: Výsledky výpočtu BMI (Reduna, [online], 2009 - 2014)

< 18,5	podváha
18,5 - 24,9	ideální váha
25 - 29,9	nadváha
30 - 34,9	obezita
35 - 39,9	velká obezita
40 a více	klinická obezita

Dále je známý též Brocův index (BI), který byl zaveden ještě před BMI. Brocův index je méně přesný a v současnosti již není tolik používán oproti BMI. Výsledek indexu je vyčíslen v procentech a stejně jako BMI, ani tento index nebere v potaz pohlaví, ani složení tělesné hmotnosti - tuky a svalovinu v procentech.

Podle BI by se naše váha v dospělosti měla pohybovat v rozmezí toho, kolik vážíme mínus sto. Ženy by si dále měly odečíst deset procent, muži si mohou naopak přičíst deset procent. (Hubnutí-jídelníček-výživa, [online])

1. 2 Mentální bulimie (MB)

Rozdíl mezi mentální bulimií a anorexií je viditelný už na první pohled. Podle doktorky Benešové rozdíl spočívá především v tom, že u anorektiček je velmi nápadná vychrtlost oproti bulimičkám, u kterých není na první pohled nic nápadného. Jinak si je mentální anorexie a bulimie podobná a to díky společné touze po štíhlosti a neustálému strachu z tloustnutí. Dívky se zabírají svým vlastním tělem, vzhledem a váhou. Paradoxem je, že tyto dívky, ačkoliv jsou v jistém slova smyslu přebornicemi ve výživových hodnotách, nejsou už schopné pod náporem nemoci rozpoznat, co je ještě optimální porce jídla. Ve spoustě případů dívky trpící bulimií v minulosti onemocněly i mentální anorexií. Pověštinou se jednalo o chytré, ambiciózní, které se chtěly stát dokonalými bytostmi. Namísto toho jim PPP přinesla jen problémy v podobě padajících vlasů, únavy, neustálých modřin a studených, oteklých končetin, zkažených zubů, zhoršené pleti, zimomřivosti, častých mdlob, ztrátě menstruace a mnoho dalších. Tyto potíže se samozřejmě projeví na jejich náladě, kterou mají často špatnou, jsou nesoustředěné, často výbušné, hodně unavené, také mají potíže se spaním. Tyto pocity se můžou prohloubit až v pocity beznaděje, zoufalství, také se může dostavit deprese a pocity viny z vlastního selhání. (Benešová, Míčová, 2003)

1. 2. 1 Příznaky mentální bulimie

Pro mentální bulimii je charakteristická posedlost jídlem a nadměrným sledováním tělesné hmotnosti. Dalším výrazným symptomem jsou opakované záchvaty přejídání, po nichž následuje násilné vyprazdňování, například záměrně vyvolané zvracení nebo nepřiměřený tělesný pohyb. Naprostá většina nemocných s MB se snaží před ostatními tuto svoji závislost skrývat. Bulimie je také někdy označována i jako bulimarexie. (Hallová, Cohn, 2003)

Pro tuto poruchu příjmu potravy je typické opakující se nezvladatelné záchvaty přejídání, během kterých jedinec za krátký čas zdolá velké množství jídla. (Benešová, 2003)

Mentální bulimie sice souvisí s jídlem a se strachem z přibírání na váze, je to však onemocnění psychického původu, v podstatě jde o jakousi metodu zvládání stresu a emoční zátěže. Pořádáním nájezdů na lednici jedinec odvádí pozornost od stresujících situací a zaplňuje si tak i svůj volný čas. (Hallová, Cohn, 2003)

Podle Hallové a Cohna (2003) mají lidé, kteří se potýkají s mentální bulimií, tendenci svoji poruchu udržovat v tajnosti. Nejčastějším důvodem je hanba, kterou pociťují za to, že nedokážou svoje chování ovládat a narušuje jim jejich společenský život.

1. 2. 2 Diagnostická kritéria MB podle MKN - 10 (zkrácený přehled)

Pro stanovení diagnózy se musí vyskytovat tyto příznaky (Novák, 2010, str. 11):

- a) Neustálé myšlenky na jídlo, silná touha po jídle a střídání přejídání s konzumací velkých porcí jídla během krátké chvíle
- b) Záměrné zvracení, zneužívání laxativ, anorektik a diuretik, střídání hladovky
- c) Pacient má patologický strach z tloustnutí. MB často předchází mentální anorexii v rozmezí několika měsíců až několik let.

1. 2. 3 Kazuistiky mentální bulimie

Kazuistika č. 2

Melgosa (1999, s. 105) uvádí tuto kazuistiku: „*Emílie, dvacetiletá studentka vysoké školy, je od přirozenosti nejistá a silně se jí dotýká, když se o ní někdo kriticky vyjádří. Vždycky tím trpěla, protože nikdy nebyla spokojena sama se sebou a zvláště se svým vzhledem.*

Před dvěma lety začala vnímat jako problém svoji váhu - byla trochu nad normál. V důsledku toho se dostavily první známky deprese. Zjistila, že není schopna se stravovat vyváženě, a tak nakonec vzdala všechny snahy o snížení své nadváhy přijatelnými, rozumnými způsoby. Naopak, začala pociťovat chorobnou touhu po jídle.

Od té doby se v jídle neomezuje, přitom však odmítá pomoc odborníků. V přítomnosti ostatních členů rodiny se snaží jíst normálně, ale jakmile se objeví vhodná příležitost, nají se „k prasknutí“ - sní toho co nejvíc, hlavně sladká a tučná jídla. Pak se ale dostaví pocit viny a ona tím trpí. Jde na toaletu, strčí si prsty do krku a vyvrátí celý obsah žaludku. To se opakuje vždy dvakrát až třikrát týdně.“

1. 3 Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku

„Otázka včasného diagnostikování poruch příjmu potravy je důležitá zvláště v dětském věku, protože zasahuje na všech úrovních do procesu dospívání.“ (Kocourková, 1997, str. 80)

Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku patří do rozsáhlé kategorie psychických poruch, která je nazvána „poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci“ (Nývltová, 2008)

Podle Nývltové (2008) téměř u každého dítěte již v brzkém věku může nastat menší obtíže s přijímáním potravy různého druhu, např. úplné odmítání potravy, odmítání některých druhů potravin, nedostatečná výživa či naopak přejídání.

Pokud obtíže s přijímáním potravy nabudou takového charakteru, že dochází k ohrožení dítěte na jeho zdraví, tak teprve potom lze spekulovat o psychické poruše. Přesně stanovená hranice mezi tím, kdy se jedná o běžný problém či psychickou poruchu, však není známa. (Nývltová, 2008)

Odmítání a vyhýbání se jídlu v dětství však může mít i jiné příčiny, kromě poruchy příjmu potravy. Tyto potíže s potravou můžou být zapříčiněny jinou somatickou či psychickou poruchou. Po PPP existuje souvislost s obsesivně kompulzivní poruchou, dále se může jednat o sníženou chuť k jídlu v důsledku deprese či chronického únavového syndromu, dále je tu spojení s gastroezofageálním refluxem, zánětlivými poruchami střev, atd. Méně častá je změna chuti k jídlu v důsledku dysfunkce hypotalamu. (Krch a kol., 1999)

1. 4 Jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy (PPP)

S přibývajícím počtem nemocných s PPP dochází také k nárůstu pacientů, kteří se neshodují se všemi znaky stanovené diagnózy. Ačkoliv do této kategorie spadá nemalý počet pacientů, tyto jinak nespécifikované PPP bývají někdy přehlíženy.

1. 4. 1 Syndrom nočního přejídání

O syndromu nočního přejídání se mluví tehdy, pokud uvedené příznaky přetrvávají déle než 3 měsíce (OnaDnes [online], 2008):

- více jak polovinu denního množství jídla jedinec zkonsumuje až po večeři
- chybí chuť na snídani
- poruchy spánku
- při probouzení v noci často neovladatelná chuť na jídlo
- zkonsumované jídlo je bohaté na sacharidy

„Jeho průběh (syndromu nočního přejídání) je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí.“ (Krch a kol., 1999, str. 20)

Syndrom nočního přejídání byl zahrnut mezi poruchy příjmu potravy již v roce 1955. Tento syndrom byl však v roce 1991 rozdělen na dvě podkategorie. Buď se primárně jedná o poruchu příjmu potravy nebo je tento syndrom součástí poruchy spánku. Tyto dvě poruchy se liší v tom, že v případě toho prvního typu si je jedinec plně vědom svých „nočních nájezdů na ledničku“. Pokud jde o druhý typ syndromu nočního jedlictví, pacient si kvůli narušenému stavu vědomí na noční hodování vzpomíná jen útržkovitě nebo si svoje jednání vůbec nevybavuje. Odhaduje se, že syndromem nočního přejídání trpí jedno až dvě procenta populace. (Pro lékaře [online], 2007)

Ti, kteří si jsou nočního přejídání plně vědomi, mají problémy se spánkem - několikrát se v noci budí a nedokážou znovu usnout, dokud si nevezmou něco k jídlu. Jejich nutkání je natolik intenzivní, že dokud si nedopřejí něco k jídlu, nemá klid. Často jde o velmi kalorické a nezdravé jídlo, které v pacientovi evokuje pocity bezpečí a klidu. (Novinky [online], 2011)

1. 4. 2 Záchvatové přejídání

Diagnostická kritéria dle DSM IV (wikiskripta [online]):

A) Typické pro záchvatové přejídání je pojídání nepřírozeně velkého množství jídla v relativně krátkém čase, a to za méně než dvě hodiny.

B) Záchvaty se pojí alespoň se 3 a více následujícími příznaky:

- 1) pacient se po přejedení cítí nepříjemně nasycen
- 2) konzumuje jídlo, aniž by pocítoval hlad
- 3) jídlo je sněžené za mnohem kratší dobu, než obvykle

4) nerad jí ve společnosti jiných lidí, jelikož pocítuje stud za spořádané množství jídla

5) pacient pocítuje výčitky svědomí, depresi a opovržení nad sebou samým

C) Existuje souvislost mezi přejídáním a úzkostí.

D) K záchvatům přejídání dochází za posledních šest měsíců alespoň dvakrát týdně.

E) Nebylo prokázáno spojení mezi záchvatovitým přejídáním a následným kompenzačním chováním (jako u jiných PPP).

1. 5 Poruchy příjmu potravy u mužů

Jak už jsem na samém začátku zmínila, PPP samozřejmě není problém, který by se týkal pouze ženské části populace, ale týká se taktéž i mužské části, i když PPP jsou u mužů méně časté. Symptomy u obou pohlaví jsou dosti podobné.

Krch a kolektiv (1999) uvedli, že podle Francise L. K. G. Hsu (1990) byla mentální anorexie u muže popsána již v roce 1694 Mortonem.

Benešová (2003) zmiňuje, že ze souhrnného počtu pacientů s PPP tvoří muži zhruba 5 - 10 %, zbytek se týká ženské části populace.

Dle Nováka (2010) Gordon upozorňuje na to, že skutečný počet výskytu PPP u mužů je však obtížně zjistitelný. Muži se vyhýbají léčbě, jen aby jim nebyla diagnostikována nemoc, které je společností přisouzena nálepka „nemoc žen“. V minulosti dokonce i doktoři kvůli předsudkům odmítali mužům s PPP přisoudit příslušnou diagnózu.

Co se týče záchvatovitého přejídání, tam je procento mužských pacientů o něco vyšší, i přesto však v PPP převládají pacienti ženského pohlaví. Asi nejvýznamnější důvod, proč v PPP vévodí ženy je ten, že lidská populace nepřikládala příliš velký důraz na to, jakou tělesnou váhu by měli muži mít. (Ordinace [online], 2005)

Popravdě, málokterý časopis zaměřený (pokud vůbec nějaký) na čtenáře mužské populace, obsahuje články o dietách, o tom, jak snížit tělesnou hmotnost či v jakém

oblečení budou vypadat hubenější, jako tomu je ve většině ženských časopisech. (Ordinace [online], 2005)

Dalším vysvětlením, proč muži trpí PPP méně, než ženy je takové, může být to, že ženy jsou vychovávány jako slušné, milé, neustále usměvavé bytosti. A v případě, že je něco vyvede z míry, něco je pobouří či rozhněvá, tak se od nich očekává, že se nebudou chovat útočně, ani nijak vztekly a namísto toho „nasadily úsměv“. Také jsou vychovávány v tom, aby nemyslely pouze na sebe, ale i na ostatní kolem sebe, i kdyby to znamenalo, že nedosáhnou svých cílů. (Ordinace [online], 2005)

Právě tyto dívky, které nemohou dát najevo svůj hněv a agresivní jednání, se snaží ventilovat tyto pocity v sobě tím, že se snaží převzít kontrolu nad svou tělesnou hmotností. To že mohou převzít kontrolu nad svým tělem, jim dává pocit, že převzaly kontrolu i nad svými „zakázanými špatnými“ pocity. To se týká především dívek, které se neorientují v tom, co po nich vlastně druzí vyžadují - zda mají myslet více na ostatní, či být úspěšné, mít výborné výsledky ve škole nebo ve sportu. (Ordinace [online], 2005)

Za jeden z určujících faktorů PPP u mužů se mezi veřejností, ale i v odborné sféře, považuje homosexualita (srovnání např. Herzog, Norman, Gordon, Pepose, 1984), avšak Stárková (2002) uvádí, že například mezi bulimickými pacienty je pouze 20 % mužů homosexuální orientace.

Ve výzkumu, který prováděly Remyová a Flamentová, byli porovnáváni vyléčení bulimici s bulimičkami a byl u nich zjištěn větší výskyt depresivních symptomů a skrovnější sexuální život. A na rozdíl od žen, jejich PPP nezačínala dietou, ale naopak přejídáním. (Krch a kol., 1999)

Vyšší výskyt PPP u mužů se vyskytuje u těch, kteří vykonávají povolání, kde je kladen důraz na tělesnou hmotnost, týká se to především mužů vykonávající profese, kde je kladen důraz na tělesnou váhu - například u tanečníků, žokejů, zápasníků nebo manekýnů. atd. (Clarková, 2014)

V roce 1995 Blouin a Goldfield v rámci výzkumu porovnávali mezi sebou tyto mužské skupiny: kulturisty, běžce a muže, kteří se věnují bojovému umění. Především kulturisti vykazovali mnohem větší nespokojenost se svým tělem oproti ostatním. Také měli snahu zhubnout a byli náchylní k bulimii. (Krch a kol, 1999)

Zajímavým zjištěním je, že muži mající PPP trpěli v premorbidním stádiu měli nadváhu. Ve srovnání se ženami, ty naopak v období před výskytem PPP měly dle BMI normální váhu či dokonce podváhu. (Crisp, Toms, 1972)

Podle výzkumů Crispa a Tomse (1972) má velký význam na rozvoj PPP psychiatrická anamnéza někoho z rodičů, zvláště pokud se jedná o depresi a další úzkostné poruchy, jako je např. agorafobie (strach z volného prostranství), sociofobie (chorobný strach z cizích lidí) atd., Dalším zřetelným příznakem pro budoucí výskyt PPP u muže může být i přehnaná péče ze strany matky a také dominantní otec či obezita u otce.

Tabulka č. 2: Počty hospitalizací s diagnózami F50.0 - 50.9 v psychiatrických zařízeních podle pohlaví a jednotlivých diagnóz (Psychologon [online], 2014)

Kód dg.	Název diagnózy	2004			2005			2006			2007			2008		
		muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
F50.0	Mentální anorexie	19	244	263	7	248	255	14	217	231	3	253	256	8	234	242
F50.1	Atypická mentální anorexie	3	37	40	5	25	30	4	25	29	4	45	49	4	34	38
F50.2	Mentální bulimie	5	159	164	2	127	129	2	96	98	5	101	106	1	97	98
F50.3	Atypická mentální bulimie	1	12	13	-	5	5	-	12	12	-	10	10	2	10	12
F50.4	Přejídání spoj.s psychol.por.	-	2	2	-	4	4	-	4	4	-	3	3	1	7	8
F50.5	Zvracení spoj.s j.psychol.por.	-	-	-	-	2	2	-	1	1	-	3	3	-	2	2
F50.8	Jiné poruchy přijímání jídla	1	7	8	1	6	7	3	9	12	4	4	8	1	11	12
F50.9	Porucha přijímání jídla, NS	-	5	5	1	4	5	-	5	5	1	3	4	-	7	7
Celkem		29	466	495	16	421	437	23	369	392	17	422	439	17	402	419

Shrnu-li data, která jsou uvedena v tabulce, tak od roku 2004 do roku 2008 docházelo ke střídavému navyšování a snižování počtu mužských pacientů s mentální anorexií. V průměru však došlo v rozmezí těchto let ke snižování počtu pacientů mužského pohlaví.

Co se týče mužů s mentální bulimií, je zřejmé, že od roku 2004 do roku 2008 došlo průběžně k redukci v počtu mužských pacientů s mentální bulimií, výjimku zde však tvoří rok 2007, kdy došlo oproti roku 2006 k navýšení počtu bulimiků, a to 2,5 krát.

1. 5. 1 Kazuistika muže s PPP

Kazuistika č. 3

Clarková (2014) uvádí kazuistiku muže s PPP:

„Pete (42 let, běžec) se nikdy nestaral o svou hmotnost. Změnilo se to, až když ve 37 letech začal pravidelně běhat. V porovnání s ostatními běžci se cítil tlustý a rozhodl se držet dietu. Přinutil se každé ráno uběhnout 15 km, během dne jedl jen velmi málo a večer, když přišel domů z práce, snědl vše, co našel. „Cítím se tak provinile za krabici sušenek a jiných sladkostí. Po takovém přejídání pak nevečeřím s manželkou a dětmi. Místo toho jdu znovu běhat, abych spálil přijatou energii. Děti se na mě zlobí, protože vždycky sním všechny sladkosti, žena si stěžuje, že zanedbávám rodinu. Jsem zklamáný sám sebou, cítím se ponížene, že nedokážu něco tak prostého jako shodit pár kilo. Už ani nedokážu normálně jíst. Buď hladovím, nebo se přejídám. Nevím, jestli bych neměl místo vás navštívit spíše psychologa.“ Příčina vzniku stravovací poruchy byla v tom, že Pete snížil příjem energie příliš. Ráno uběhl 15 km, čímž spálil 4000 kJ. Ale nejedl nic až do oběda, při kterém se omezil na pouhých 2000 kJ. Nelze se divit, že byl vyhládlý a nezvládl silný hlad, když večer přišel domů. Doporučila jsem mu přestat s dietou, řádně snídat a obědvat a střídavě večeřet. Změnil své návyky a jeho noční přejídání přestalo. Když se do mé kanceláře vrátil za dva týdny, s úsměvem mi sdělil: „Když večer přijdu domů, už se v kuchyni nechovám jako šílenec, který se cpe vším, co najde. Rozhodl jsem se smířit s postavou, kterou mám, příroda si prostě nepřeje, abych byl štíhlejší. Díky bohaté snídani a vydatnému obědu se cítím skvěle. Mám mnohem více energie v zaměstnání. Jsem méně podrážděný. Lépe se mi běhá. A co je nejdůležitější, mám znovu kontrolu nad jídlem.“ (...) Příčina jeho přejídání byla v extrémním hladu, nikoliv ve stresu.

2 Následky a nebezpečí PPP

Za závažnou psychiatrickou poruchu, která nejčastěji končí smrtí bývají označovány právě poruchy příjmu potravy. V 10 - 33 procentech případů dochází k úmrtí. Anorektičky umírají na sekundární důsledky dlouhodobého hladovění. Ačkoliv se podvýživa bulimických pacientů netýká, i oni mohou zemřít na následky metabolického rozvratu. Důsledky PPP mohou být hrozivé, způsobují velké množství nejen zdravotních komplikací, ale také psychické a sociální obtíže.

2.1 Fyzické následky mentální anorexie

Fyzické následky mentální anorexie mohou být fatální, hodně však závisí na délce trvání nemoci a hladovění. Často trvá měsíce či dokonce roky, než se nemocný dostane do rukou odborné pomoci, protože dovede mistrně před svou rodinou a blízkými skrývat své potíže se stravou. (Liebold, 1995)

„Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou končit smrtí.“ (Krch, 2002, s. 42)

Papežová (2000) vyjmenovává tato zdravotní rizika:

- Nemocný je zvýšeně přecitlivělý vůči chladu, je to způsobeno zhoršeným krevním oběhem v horních i dolních končetinách. Končetiny mohou být i promodralé, často se objevují modřiny, otoky či dokonce omrzliny. Byly dokonce zaznamenány případy, když ženy s MA zemřely na pochlazení.
- Problémy se spánkem - časté buzení, nespavost.
- Důsledkem nemoci je i zhoršená činnost močového měchýře, pacienti pociťují častější nucení močit během dne i v noci.
- Objevuje se i jemné ochmýření na těle, především na zádech a na lících stranách.
- Jak už bylo výše zmíněno - poruchy krevního oběhu a tím i slabý pulz, nízký krevní tlak i omdlévání.
- Řídnutí kostí (osteoporóza) a s tím souvisí i častá lámavost kostí, deformace a bolesti zad.
- Vynechávání menstruace (amenorea) či její nepravidelnost.

- Nepříjemné pocity nasycení i z malého množství jídla, zmenšení žaludku. Objevují se též i peptické (žaludeční) vředy.
- V důsledku nemoci dochází i ke snížení funkce střev a k potížím s vyprazdňováním (zácpy).
- Chudokrevnost a snížená imunita - zvýšená náchylnost k nemocem.
- Otoky na dolních končetinách v důsledku špatné funkce jater.
- Zvýšený cholesterol v důsledku nedostačující hladiny estrogenu. I toto je důsledek zhoršené funkce jater.
- Následkem poškození nervů a svalů může docházet i ke zhoršení chůze do schodů, pojí se s tím i častá unavitelnost.
- V případě vypuknutí PPP již v dětském věku hrozí zástava růstu a dospívání.
- Mohou se objevit i panické stavy a pocity zmatení vlivem snížené hladiny cukru. V případě zanedbání péče může pacient upadnout v kóma nebo u něho může nastat dokonce smrt.
- Hrozí též utváření ledvinových kamenů a selhání ledvin.

Krch (2002) také uvádí, že v důsledku podvýživy může jak u žen, tak i u mužů docházet ke ztrátě sexuálního zájmu, kromě toho se může také vyskytovat zvýšená kazivost zubů, která je způsobena častým zvracením. Zvracení také způsobuje narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, a to může vést k nadměrnému přetěžování srdce a ledvin.

2. 2 Psychické následky mentální anorexie

Mentální anorexie způsobuje nejen závažné zdravotní komplikace, ale také v psychicko-sociální oblasti. Nemocní před těmito pozdními zdravotními následky podvýživy přivírají oči. (...) Nemocní se postupem času izolují od společnosti a tak dochází k přerušení či dokonce narušení osobního a společenského života. (Leibold, 1995)

Dle Cohena (2002) existuje spojení mezi PPP a poruchami osobnosti. Cohen zmiňuje tvrzení Thiela a kol. (1995), že se anorexie objevuje spolu s obsedantně-kompulzivní poruchou. Cohen dále zmiňuje studii Sullivana a kol. (1998), dle kterého

se zjistilo, že existuje spojení s úzkostnými poruchami, s nadměrným užíváním alkoholu a Braunem a kol. (1994) byla také prokázána souvislost s užíváním návykových látek.

Papežová (2002) uvedla tyto následky hladovění v duševní oblasti života pacienta:

- V důsledku věčného pesimismu dochází ke zhoršení nálady, beznaděži a neschopnost se radovat ze života.
- Upření veškeré pozornosti směrem k jídlu a neustálé zabývání se jídlem v myšlenkách, nutkání se přejídat.
- Ztráta soustředěnosti, pro nemocného je obtížné soustředit svou pozornost na práci.
- V každém problému mají tendenci vidět nepřekonatelné překážky.
- Zhoršuje se schopnost myšlení

Papežová (2000) dále uvádí, že podle dlouhodobých studií, kterých mimo jiné není mnoho, se zdravotní stav po přibrání na váze upraví, avšak vše závisí na délce trvání onemocnění a věku nemocného. V případě, že jedinec onemocní PPP v průběhu puberty, může být poškození pohybového aparátu nevratné a růst může být pozastaven. Existuje však šance, že by se pacient plně navrátil ke svému zdraví, ale například početí může být obtížnější a vážou se k tomu zvýšené riziko spontánních potratů a problémy s rizikovým těhotenstvím, a proto je tedy nutné podstoupit hormonální léčbu. Po zotavení se však mohou objevovat střevní potíže (časté zácpy či naopak průjmy), pálení žáhy a peptické (žaludeční) vředy. Důsledek drastického hubnutí se může projevit i v činnosti ledvin - může dojít k selhání při další zátěži.

2. 3 Fyzické následky mentální bulimie

Hallová a Cohn (2003) jmenují tato zdravotní rizika mentální bulimie:

- Srdeční arytmie - dochází k ní v důsledku nerovnováhy elektrolytů následně po zvracení. Pokud nejsou tělu dodány potřebné látky, může v některých případech nastat zástava srdce!
- Po zvracení dojde ke snížení hladiny draslíku a to může být důsledkem selhání ledvin.

- Častým zvracením může dojít k zadušení, protržení jícnu a dolních dýchacích cest.
- Žaludeční šťávy leptají zubní sklovinu, proto mají bulimici často zkažené zuby.
- Ke komplikacím, které se vážou ke zvracení patří také výskyt puchýřů v krku či záněty či otoky slinných žláz a dehydratace organismu.
- Mezi další běžné komplikace patří střevní potíže (zácpa, průjem) a další zažívací potíže jako je nadýmání, pálení žáhy a jiné.
- Zimomřivost - špatná krevní cirkulace způsobuje chlad v končetinách.
- Ke vzácným komplikacím se řadí abnormality hormonálního systému a trávicí soustavy, anémie, vnitřní krvácení, snížená hladina cukru v krvi (hypoglykémie), nepravidelná menstruace, řídnutí kostí, svalová slabost a zhoršení mozkové činnosti.
- Nadměrné užívání projímadel může způsobit střevní infekce nebo nádory.
- Nemocní s PPP mají dispozice ke vzniku dalších zdravotních potíží, např. cukrovka, cystická fibróza, zánětlivá onemocnění střev jako je Crohnova nemoc, a onemocnění štítné žlázy.

Čím déle se nemocní s MB budou vyhýbat odborné léčbě, tím se zvyšuje riziko vzniku dalších zdravotních komplikací. (Hallová a Leigh, 2003)

2. 4 Psychické následky mentální bulimie

Zásadními typickými symptomy mentální bulimie jsou především různé psychické potíže a potíže společenského charakteru (Krch, 2008):

- Nemocný se přestává zajímat o své okolí, má neustálé myšlenky na jídlo, má nutkání se opět přejíst, převažuje egocentrismus a sebelítost.
- Vlivem sníženého zájmu o okolí trpí sociální okolí jedince a dochází ke ztrátě kontaktů a přátel.
- Se zhoršenou soustředěností též klesá výkonnost ve škole či v práci.
- S izolací od okolí se objevují symptomy deprese.
- Kvůli pochybám o sobě samém se jedinec začne příliš zabírat svým vzhledem a tělesnou hmotností.

- Nejistota vede k opětovným snahám zavést dietu, neúspěšné snahy o zhubnutí vedou opět k nejistotě a k úzkostem.
- Prohlubující se nejistota a nízké sebehodnocení jsou dalšími kroky na cestě k depresi.
- Po přejedení se jedinec cítí ponížene a znechucen sám sebou.
- Jedinec se izoluje od společnosti, cítí beznaděj a trpí výčitky svědomí.
- Nejistota, úzkost a nespokojenost se svým tělem mohou vést až k autoagresi.
- Se znovunabytou kontrolou nad příjmem potravy a dodržováním vhodného jídelního režimu se většina těchto depresivních příznaků zmírní nebo vymizí.
- Zhoršená kvalita života může zapříčinit návykové chování.

3 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou některými znalci považovány za nemoc, která je důsledkem moderního městského životního stylu. Avšak první zmínka o tomto onemocnění pochází již z 5. století před naším letopočtem. (Ženy-e15 [online], 2008)

Spoustu náboženství a kultur považovaly půst a hladovění jako součást svých náboženských rituálů. Asketické hladovky vykonávali křesťané i severoameričtí indiáni. V hladovění viděli způsob, jakým lze dosáhnout absolutní kontroly nad potřebami své tělesné schránky a dosažení vyššího stavu. (U lékaře [online], 2008)

Teprve v 19. století bylo odmítání potravy nebo chorobná nenasytnost považováno za příznak nemoci. Francouzský lékař Ernesto Charles Laseguo spolu s kolegou Williamem Gullou jako první popsali poruchy příjmu potravy. (U lékaře [online], 2008)

3.1 Historie mentální anorexie

Jak už bylo výše zmíněno, PPP není onemocnění, které bylo výsledkem současné doby. První symptomy mentální anorexie byly popsány Galénem ve 2. století. Důvodem nepřírozeného hladovění mezi ženami ve středověku bylo odčinění všech prohřešků, kterého se dopustily. V 16. století byly vyhublé ženy kající se nad svými hříchy nazvány čarodějnicemi posedlé satanem. Hladovění bylo posuzováno striktněji než přejídání. Mentální anorexie byla poprvé vymezena v roce 1694 lékařem britského původu - Richardem Mortonom. (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000)

Asi první nejznámější ženou s anorektickou postavou byla císařovna Sissi, která je dodnes známá svou posedlostí štíhlým tělem. Její váha při výšce 172 cm byla kolem 52 kilogramů. Neustále držela diety a stahovala se korzety, aby se jevila štíhlejší. Ve svých pokojích neměla ani židle, aby namísto sezení pořád postávala a chodila po místnosti a tím spálila více energie. Váhu si kontrolovala 3 krát denně a spala ve vlhkých zábalech, které měla omotané přes boky, aby si zachovala vosí pas. (Habsburk [online], 2011)

Významný milník z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy představoval rok 1908, kdy pařížský módní návrhář Poiret představil modely na vyzáblých modelkách, jejichž postavy nejsou deformované korzety ani vycpávkami. Ve 30. letech 20. století

narůstá počet žen z vyšších sociálních vrstev, které záměrně hladoví. V Hollywoodu se objevovalo se nespočet diet, které slibovaly štíhlou postavu jako např. grapefruitová dieta a mnoho dalších. (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000)

Technické a hospodářský rozvoj zároveň zesílil riziko obezity. Tento vývoj nezastavily ani dvě světové války. Padesátá léta minulého století ještě představovala období kyprých ženských linií s postavou tvaru přesýpacích hodin. To vše se však změnilo koncem 60. let s nástupem snad nejznámější anorektické modelky všech dob - Twiggy, jejíž BMI bylo 14,2! Twiggy tak odstartovala nový kult štíhlosti. Se změnou životního stylu, nárůstu vlivu médií se prodej dietních výrobků velmi rozmohl. Koncem 70. let v Kalifornii bylo založeno první zařízení, kde se specializovali na léčbu mentální anorexie. V Čechách byla specializovaná instituce pro léčbu poruch příjmu potravy založena v roce 1983 na Psychiatrické klinice VFN v Praze. (Krch, 2013)

3. 2 Historie mentální bulimie

Historie nadměrného přejídání je stejně stará jako historie odmítání stravy. I ve filmech se středověkou tematikou můžeme vidět představitele šlechty, jak se nezřízeně cpou velkým množstvím rozmanitých jídel. Bulimii ovšem nemůžeme pokládat za patologický hlad. Pojem bulimie měl v průběhu let mnoho různých vymezení, od nadměrného hladu, po omdlévání z hladu a přejídání spojené se zvracením. Za příčinu potíží spojených s bulimií bylo dlouho pokládáno narušená funkce trávicího ústrojí. Za spojení mezi anorexií a bulimií potvrdil v roce 1874 William Gull, který u své pacientky s anorexií popsal též bulimické chování. K podobnému zjištění došel i Charles Laséque, který pozoroval své pacientky, které se léčily z mentální anorexie. (Pharmanews [online], 2006)

Teprve v roce 1979 byl poprvé užit pojem „bulimia nervosa“ britským psychiatrem Russelem. Do americké klasifikace nemocí (DSM-III) se syndrom mentální bulimie dostal v roce 1980. Americké a anglické výzkumné studie upozornily na fakt, že bulimie je ve společnosti častým jevem. (Papežová, 2013)

Mentální bulimie byla uznána za psychiatrickou diagnózu až o více než století později na rozdíl od mentální anorexie. Avšak dodnes přetrvávají pochyby, zda je

korektní, aby mentální bulimie byla považována za samostatnou klinickou diagnózu.
(Pharmanews [online], 2006)

4 Občanské sdružení Anabell

Sdružení Anabell funguje od roku 2002 a o jeho založení a vybudování se zasloužila doktorka Jana Sladká Ševčíková, která je v současnosti také ředitelka brněnského sdružení. Zároveň působí jako inspektorka kvality sociálních služeb MPSV ČR. Občanské sdružení Anabell je pravděpodobně nejznámější občanské sdružení v Česku, které poskytuje základní informace o poruchách příjmu potravy a poskytuje též nejrůznější služby pro pacienty s poruchou příjmu potravy a nejen jim, ale také pomáhají pacientově rodině a nejbližším. Jejich služby můžete využít, nejen, pokud se potýkáte s poruchou příjmu potravy, ale též, pokud Vás z této oblasti něco zajímá, nebo pokud si potřebujete ujasnit vztah k Vašemu tělu. Sdružení můžete kontaktovat např. pokud máte dotazy ohledně stravování, se nacházíte v životní situaci, se kterou si sami neporadíte. Zaměstnanci sdružení Vám poradí, i pokud máte mezi svými příbuznými či ve svém okolí někoho, kdo má problémy s PPP a chcete mu nějakým způsobem pomoci.

Hned na úvodní straně na webových stránkách sdružení najdete seznam služeb, které nabízí nejen nemocným s PPP, ale i široké veřejnosti. Jako první služba, kterou pracovníci Anabell nabízí, je **poradenství po internetu**, kdy Vám na dotaz e-mailem do pěti pracovních dnů odepíší. Pracovníky internetové poradny jsou psychologové, pedagogové a sociální pracovníci, kteří mají doplněné vzdělání v krizové intervenci, v internetovém poradenství a v oblasti poruch příjmu potravy. Toto internetové poradenství slouží spíše pro jednorázovou komunikaci, pro dlouhodobější komunikaci nabízí služby korespondenčního online kurzu. Pracovníci internetového poradenství se zavázali mlčenlivostí a důvěrností, rovnocenným přístupem, podporou k aktivnímu a samostatnému řešení obtížné situace, ve které se nacházíte.

V případě potřeby lze využít **telefonickou krizovou pomoc**, kde je samozřejmostí ochrana života, pracovníci telefonické linky se taktéž zavazují anonymitou a důvěrností, rovnocenným a respektujícím přístupem a nabídkami rad, jak lze řešit nějakou nepříznivou situaci.

Samozřejmostí je i **poradenství**, kde se můžete s odborným pracovníkem setkat v tváři tvář. Využitím tohoto bezplatného poradenství můžete získat podporu a odborné rady nutné k nalezení východiska v situaci spojené s PPP. Do poradny můžete zajít do Kontaktního centra v Praze, v Brně a taky v Ostravě.

Součástí sdružení je **terapeutické centrum**, kde Vám odborníci mohou poskytnout terapii v oblasti interpersonálních vztazích, vnímání své osoby, rozvoje osobnosti a rodinných vztahů, v oblasti výživy a zdravého životního stylu. Terapeutické centrum se nachází též v Kontaktních centrech v Praze, v Brně a v Ostravě.

Na webových stránkách sdružení je možnost se zapojit do **diskusního fóra**, kde si člověk může vyhledat potřebné rady nebo sdílet své zkušenosti s léčbou. V diskusi můžete získat různé kontakty na odborníky, tipy na vhodnou léčbu a pomoc a mnoho dalších. Avšak diskusní fórum nezastupuje poradenské služby. Je zde několik podmínek, které by měl jedinec splňovat, aby se mohl zapojit do diskusního fóra, např. měli byste být starší 15 let, musíte mít projevy mentální anorexie či bulimie nebo záchvatovitěho přejídání a další.

Anabell disponuje též i **terénní poradnou**, která je vhodná pro ty, kteří se nemohou osobně dostavit do Kontaktního centra, ať už jsou zdaleka, mají strach z osobní návštěvy poradny, nebo jsou zdravotně, finančně či jinak znevýhodněni. Tato služba je však poskytována v rámci Středočeského kraje. Terénní pracovníci mimo jiné nabízí také doprovod k dalším odborníkům, podporu při ukončení hospitalizace a navázání vztahu klienta s nejbližší specializovanou pomocí v místě jeho bydliště. Setkání s terénním pracovníkem může proběhnout v kavárně, v čajovně, v restauraci, v knihovně, v parku, atd. Služba je poskytována osobám starším 15 let, sezení trvá zhruba 1 - 2 hodiny, služba může být poskytnuta anonymně. Zájemce může přijít v doprovodu blízké osoby a k dispozici jsou až dva sociální pracovníci.

Můžete využít i služby **nutriční poradny**, která se nachází v Brně, v Praze a v Ostravě. Občanské sdružení taktéž nabízí možnost získání nových zkušeností v rámci dobrovolné činnosti. Dobrovolníci budou moci navázat nové sociální vztahy, a to jak s pracovníky, tak i s klienty Anabell. Často se jedná o administrativní či organizační činnosti, nikoli o přímou poradenskou činnost.

4. 1 Pro ana a pro mia blogy

Pro ana a pro mia blogy jsou přesně pravým opakem občanského sdružení Anabell. Zatímco cílem Anabell je osvěta v oblasti poruch příjmu potravy, na těchto blozích se dívky otevřeně podporují v anorexii a v bulimii a předhání se v tom, která je

vychrtlejší a na důkaz vyvěšují fotografie svých postav a porovnávají své tělo v průběhu času. Mentální anorexii a bulimii berou jako nový životní styl, nikoliv jako závažné onemocnění. Mentální anorexii a bulimii důvěrně nazývají ženskými jmény Ana a Mia. Jak už jsem výše zmínila, za těmito blogy stojí převážně dospívající dívky či mladé ženy.

Po zhlédnutí několika českých pro ana a pro mia blogů jsem došla k názoru, že ne všechny bloggerky, jsou štíhlé postavy. Spoustu dívek zakládající blog mají dokonce nadváhu a účelem založení blogu je motivace zhubnout, protože jejich snažení sledují i ostatní zastánkyně anorexie či bulimie. Případným neúspěchem v hubnutí se vystavují posměchu jiných dívek, které už buď mají PPP nebo k ní směřují.

Člověk, který nahlédne do takového blogu má jedinečnou příležitost získat vhled do psychiky pacientek s PPP, což ocení hlavně odborníci ve výzkumu i psychoterapeuti, kteří hledají nové přístupy v léčbě. Typické pro takovýto blog jsou galerie fotografií s velmi štíhlými ženami nazvaných Thinspiration*. Podle kritiků mohou tyto fotografie rozběhnout potenciálně nebezpečné jednání. Za spuštění kampaně za odstranění těchto kontroverzních pro-anorektických webů stojí povšimnutí médií. (OnaDnes [online], 2011)

I přes vášnivé dohady mezi stoupenci a kritiky pro-anorektických serverů, nebyly doloženy důkazy, které by jednoznačně potvrdily závažnost jejich vlivu. (...) Hlavní úloha pro-anorektických serverů spočívá především v podporování těch, které se dobrovolně rozhodly směřovat k PPP. *„Členství v této komunitě, která se tváří jako elitní klub, zaručuje nejen dostatek návodů a tipů, jak se přiblížit současnému ideálu krásy, ale společně s mizejícími kilogramy získávají potenciální stoupenkyně i silnou podporu podobně smýšlejících dívek z celého světa.“* (Novák, 2010, s. 71)

Součástí těchto kontroverzních webů jsou i motta, kterými se dívky posilují ve svém úsilí, např. motta: *„Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí.“*, *„Hodné holky nejí.“*, *„Vteřinu na rtech, roky na stehnech.“* a mnoho dalších. Dívky, které si kladou za cíl drasticky zhubnout, nosí barevné náramky, aby se ve společnosti jiných lidí odlišily. Červený náramek značí sympatie k „Aně“, fialový je zase pro zastánce „Mii“.

* THINSPIRATION - jedná se o složení anglických slov thin = štíhlý a inspiration = nápad

Příloha č. 1.: Oskenovaná stránka běžného pro ana blogu

PRO ANA BLOG 2014

Born to be thin...

Slovo na úvod

Já a nikdo jiný :o)

Jídelníček

Deníček

Tipy a Triky

Návštěvní kniha

Dopis od Any

(Ne) děsivá Ana

Kniha o Anorexii

Proč dát ano Anorexii? :)

Náramkový projekt

Pictures

Moje články, Moje fotky

Věk: 14 let

Výška: 166 cm

Váha na začátku: 46 kg

Aktuální váha: 44 kg

Vysněná váha: 40 kg

DOPIS OD ANY

[Rubriky](#) > [Dopis od Any](#)

Dovol mi představit se. Jmenuji se Anorexia. Moje celé jméno zní Anorexia Nervosa, ale můžeš mi říkat Ana. Myslím, že se můžeme stát dobrými partnery. V blízké budoucnosti do tebe budu investovat hodně svého času a totéž očekávám od tebe.

V minulosti jsi slyšela své učitele a rodiče jak o tobě mluví jako o zralé a inteligentní osobě s tolika možnostmi. Kam se to podělo, mám se ptát? Nikdy nic z toho nebylo! Nejsi dokonalá, dost se nesnažíš a navíc ztrácíš čas přemýšlením a mluvením s přáteli nebo kreslením! Tyhle slabosti ti nebudou povoleny.

Tví přátelé ti nerozumí, nejsou k tobě upřímní. Kdysi, když se nejistota vkrádala do tvé mysli a ty ses jich zeptala, "Jsem...tlustá?" a oni odpověděli "Ale ne, jistěže ne" Tys věděla, že lžou! Jen já ti říkám pravdu. Tvoji rodiče, škoda mluvit! Víš, že tě milují a starají se o tebe, ale část toho je jen proto, že to jsou rodiče a že je jejich povinností to dělat. Teď bych ti měla říct tajemství: Někde hluboko uvnitř jsou tví rodiče zklamaní. Jejich dcera, ta s tolika možnostmi, je tlustá, líná a nehodná dívka.

Ale já to všechno změním.

Očekávám od tebe hodně. Není ti povoleno jíst moc. Začne to pomalu: snižování příjmu tuku, čtení tabulek s nutričními hodnotami, zbavování se nezdravých,

Trpíš Anou?

[Ano, trpím](#) (12 | 41%)

[Ne, ale chci!](#) (16 | 55%)

[Ano, ale léčím se](#) (1 | 4%)

[Ne, netrpím](#) (| 0%)

Líbí se Ti tyto stránky?

[Ano](#) (15 | 94%)

[Ne](#) (0 | 0%)

[Ano, ale ještě to chce zlepšovat :o\)](#) (1 | 6%)

[Ne, jsou přílišerné - -](#) (0 | 0%)

THINSP0



5 Prevence

Prevenci můžeme chápat soubor činností, jejichž účelem je předcházení nějakému nežádoucímu jevu. Prevence je nejčastěji zaměřená na nemoci, návyková chování, kriminální činy, sociální konflikty, násilí, poruchy příjmu potravy, ekologické pohromy a mnoho další. Prevenci dělíme na tři kategorie, podle toho, v jaké fázi se rizikový jev nachází (Linhart, Petrusek, Vodáková, Maříková, 1996):

- Primární prevence - ta je zaměřena na nejširší populaci a jejím cílem je vytvořit takové podmínky, respektive prostředí, kde se rizikový jev nebude vyskytovat.
- Sekundární prevence - cílem je depistáž rizikových skupin a rizikových životních situací a zamezení jejich pokračování a dalšího šíření.
- Terciární prevence - k působení rizikových činitelů již došlo a je třeba zajistit jejich zamezení a minimalizovat důsledky.

5.1 Prevence PPP

Dle Krcha a Marádové (2003) by základní prevence měla probíhat nejen v rodině, ale také škola by měla v rámci výuky předcházet rizikovým jevům, např. v rámci předmětu výchova ke zdravému životnímu stylu, kde by měla využít všechny své možnosti:

- podat dostatečné množství informací o výskytu, příčinách i dopadech PPP
- vést žáky ke správné životosprávě a zdravým stravovacím návykům
- napomáhat k vytváření pozitivní atmosféry v třídním kolektivu
- budovat podmínky vhodné pro osobnostní rozvoj žáka, pro upevňování sebedůvěry s cílem zamezovat projevy autoagresivního jednání

Aby byla prevence skutečně účinná, musí se na ní podílet všichni, zároveň musí být soustavná a dlouhodobá. (...) Často se stává, že pedagog přednese informace o zdravých stravovacích zásadách a zbytečnosti držet hladovky, načež studenti po výuce jdou s učitelkou podstupující dietu na oběd s přáteli, kteří snědí jenom mrkev a celer. Poté se vracejí domů, a jejich rodiče jsou přesvědčeni, že štíhlá postava je nutností

k dosažení úspěchu. Když otevřou časopis nebo zapnou televizi, zaplaví je spoustu reklam, ve kterých média taktéž hájí tento ideál. Pokud tedy má tedy prevence účinně zafungovat, musí se stát součástí života každého z nás a měli bychom ji zapojit do všech sfér našich životů. (Hallová, Cohn, 2003)

6 Příčiny poruch příjmu potravy

Neexistuje pouze jediná příčina, která by stála za vznikem poruchy. PPP patří mezi nemoci, které jsou podmíněné souhrnem několika faktorů. (Benešová, 2003)

Například v případě mentální bulimie Vágnerová (1999) uvádí, že podle Smolíka existuje hned několik teorií vzniku bulimie. „Podle psychoanalyticky orientované teorie jde o transformaci touhy něco pohltit, zvracení je vysvětlováno jako projev symbolického odvržení někoho či něčeho, např. špatné vlastnosti, nežádoucí bytosti, apod.“ (Vágnerová, 1999, s. 236)

6.1 Sociální a kulturní faktory

„Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí, která je klíčovým rysem poruch příjmu potravy, je koncentrovaná v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je ideální zaoblený tvar těla, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout. V tomto smyslu může pak být společnost, která žije v kalorickém nadbytku považována za příčinu PPP.“ (Novák, 2010, s. 35 - 36)

Velký vliv má i působení masmédií, co se týče předkládání ideálů ženské krásy, dokonalosti a úspěšnosti. Je evidentní, že sociokulturní faktory obzvláště u ženské populace podněcují zaměření se na vzhled a tělesnou váhu a zároveň tak posilují klamavé přesvědčení, že problém spokojenosti a úspěšnosti má těsnou souvislost s těmito tělesnými vlastnostmi. (Kocourková, 1997)

Dnešní společnost téměř až uctívá nezdravou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Ženy prezentované v médiích jsou abnormálně štíhlé postavy, nicméně jsou předkládány jako normální. (Grogan, 2000) Ženy tak jsou vystaveny přílišnému tlaku, aby držely diety, které jsou popisovány téměř v každém časopise pro ženy a vyhověly tak společnosti, která štíhlost upřednostňuje. (Krch a kol., 1999)

O vlivu masmédií svědčí i Bandurova koncepce sociálního učení z roku 1977, jenž předkládá teorii svědčící o tom, že čím častěji se určitá událost prostřednictvím médií bude objevovat, tím častěji bude napodobována. (Novák, 2010)

„Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Tyto postoje a kognitivní vzory pak snadno vyústí v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti.“ (Krch a kol., 1999)

6. 2 Rodinné a genetické faktory

Z dostupné literatury vychází najevo, že genetika tvoří podíl při vzniku mentální anorexie 50 - 90 % a u mentální bulimie 35 - 83 %. U geneticky slabších jedinců může rodinná dispozice způsobit zdědění takových povahových vlastností, které jsou pro vznik PPP rizikové. Nejčastěji se jedná např. o úzkost a nízkou odolnost vůči stresu. (Papežová, 2003)

V případových studiích o rodičovských interakcích bylo zjištěno, že v rodinách, kde se vyskytují PPP, jsou složité rodinné vztahy, panují v nich nepřátelské až nenávistné vztahy a vyvracejí emocionální potřeby pacientek. Špatná komunikace v rodině, absence rodičovské péče, nízké očekávání ze strany rodičů, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost v komunikaci v rodině, absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti - v takovýchto rodinách se PPP vyskytují velmi často. (Novák, 2010)

Pro rozvoj negativního vztahu k jídlu se podle výzkumných výsledků jako zvlášť důležitý projevuje vztah mezi matkou a dítětem. Některé matky jsou přehnaně starostlivé a v dětství své dítě příliš vykrmovaly. Později v dospělém věku toto přejíždění způsobí buď nadále trvající konzumování velkého množství potravy a nebo naopak odpor a negativní postoj k jídlu. (Leibold, 1995)

Dalším významným indikátorem je také porucha příjmu potravy u člena rodiny. Pokud PPP trpí sourozenec, existuje vysoká pravděpodobnost, že jedinec jí může trpět taky. V případě, že sourozenec je jednovaječné dvojče, je riziko ještě vyšší. V případě, že se v rodině vyskytne PPP u matky, může přenést riziko poruchy i na své potomky. (...) Psychoanalytici jsou přesvědčeni o tom, že existují specifické vzory

rodiny, ve kterých se vyskytují poruchy několikanásobně vyšší než v jiných rodinách. (Fraňková, Dvořáková - Janů, 2003)

Spekuluje se o tom, že existuje jisté genetické riziko vzniku anorexie. V některých rodinách se PPP objevila hned mezi několika členy rodiny, např. u matky, babičky či tety. Existuje určitá predispozice a to nejen z matčiny, ale i z otcovy strany (např. upřednostňování určitých jídel, tělesná stavba) (Papežová, 2000)

6.3 Biologické faktory

Ženské pohlaví je považováno za nejrizikovější faktor podněcující rozvoj PPP. Toto riziko se spolu se ženským pohlavím zvyšuje hned desetkrát. Tradičně významnější je ženské tělo a tělesné proporce u žen a u mužů mají rozdílnou úlohu. Též puberta a adolescence je považována za významně rizikový podnět a to kvůli nejvýraznějším tělesným a psychickým proměnám. (...) A právě rychlé navýšení tělesného tuku spojený s pubertou představuje zvláště pro dívky velkou hrozbu. (Krch a kol., 1999)

6.4 Individuální osobnostní faktory

Za predisponující faktor je považováno nízké sebehodnocení, křehká rovnováha, perfekcionistická povaha a orientace na výkon. (Kocourková, 1997)

Pacienti s PPP zažívají více stresu, životních obtíží a nemocí předcházejícím PPP, oproti běžné populaci. Za rozvojem PPP někdy můžou být zkušenosti zahrnující zneužití, traumata, ale i posměch. Americké a anglické studie potvrdily souvislost mezi sexuálním zneužitím a bulimickými symptomy. Tyto výzkumy prokázaly 15 - 25 % sexuálním zneužitím na rozvoji PPP. (Novák, 2010)

Vznik PPP je častější u jedinců, kteří mají sklon k perfekcionismu, kladou na sebe vysoké nároky a jsou vytrvalé v dosahování stanovených cílů. Zvlášť perfekcionismus spolu s pocitem méněcennosti jsou podle některých odborníků hlavní predisponující faktory pro vznik PPP. (Cooper, 1995)

6. 5 Životní události

Krch a kol. (1999) zmiňuje klinické studie, ve kterých bylo zjištěno, že právě životní události zapříčiní rozvoj PPP u jedné až dvou třetin pacientů. Pacienti nejčastěji zmiňují různé narážky na jejich postavu a tělesný vzhled (např. někdo o jedné pacientce řekl, že je tlustá, silná a že by měla začít s hubnutím), dále sexuální nebo jiné konflikty, větší životní změny, osobní neúspěchy, nebo nemoc a problémy, které se vyskytly v rodině a také odloučení od nejbližších.

„Riziko představují například náročné životní situace, jako je rozchod s partnerem, ztráta zaměstnání, nemoc nebo smrt blízkého člověka. Způsobený stres se jedinec snaží překlenout třeba právě prostřednictvím získání kontroly nad vlastním stravováním.“ (Svět zdraví [online], 2014)

Souvislost sexuálního zneužití se vznikem PPP je předmětem diskusí a to kvůli výsledkům z různých klinických studií, ve kterých se počet pacientů s PPP, kteří uvedli i pohlavní zneužití, velmi lišil. Počet těchto pacientek se pohyboval v neuvěřitelném rozmezí, a to od 7 až po 70 %, většina údajů ukazuje, že zkušenost s pohlavním zneužíváním má přibližně 60 % pacientů s mentální bulimií. Avšak skutečnost může být ještě hrozivější. (Hallová, Cohn, 2003)

6. 6 Riziková povolání

Za obzvlášť rizikové prostředí jsou považovány různé sociální skupiny či prostředí, kde je kladen velký důraz na výkony, kontrolu tělesné hmotnosti a kde má jedinec konkurenty. Řeč je zde především o konkrétních profesích a oblastí sportu. Mezi typické rizikové profese bezesporu patří modelky a tanečnice. Ze sportovního odvětví jsou nejvíce ohroženi ti, kteří se věnují vzpírání, atletice, gymnastice, plavání, volejbalu, krasobruslení a baletu. Ve sportovním prostředí je pravděpodobné, že tlak ohledně udržení si ideální váhy a tělesných proporcí vyvíjený na sportovce v rámci jedné disciplíny bude obdobný. Podle odborných odhadů mezi disciplíny u kterých hrozí rozvinutí PPP patří také tenistky a běžkyně. (Novák, 2010)

6. 7 Závislost na psychoaktivních látkách

U patologicky závislých jedinců je charakteristická oslabená vůle. Jejich vývoj byl již v raném dětství narušen rizikovým prostředím. Podobnou anamnézu mívají pacienti s poruchou postojů k jídlu. (Leibold, 1995)

V klinické praxi je častý výskyt kombinace PPP právě s abúzem alkoholu. Obě poruchy mají negativní dopad na psychický a sociální život jedince, obě poruchy spojuje nadměrná pozornost směřovaná k dané substanci (jídlo, alkohol). Nemocný se postupem času izoluje od společnosti a je nucen k podvádění, aby své problémy utajil. Obě poruchy také spojuje tenká hranice mezi normou a patologií. V obou případech se nemocný nedokáže zbavit svého návykového chování a pocitem nezpůsobilosti. Většina autorů si však všímají současného výskytu obou poruch. (Krch a kol., 1999)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Výzkumné šetření

7.1 Výzkum, hlavní cíl, dílčí cíle

Pro praktickou část bakalářské práce jsem si zvolila *kvantitativní výzkum* přičemž jsem využila metodu dotazníkového šetření. Dotazníky byly sestaveny přímo pro respondenty, kteří mají či měli problém s mentální anorexií či bulimií, případně jinou poruchou příjmu potravy.

Pro praktickou část jsem si zvolila jsem dotazníkové šetření namísto rozhovorů, a to z toho důvodu, že písemné odpovědi jsou lépe uspořádané, přehlednější a lze se v nich dobře orientovat. Dotazník obsahuje 15 otázek a jeho vyplnění trvalo v průměru od 3 do 5 minut. Jako výzkumná technika bylo zvoleno výzkumné šetření, které bylo zpřístupněné na webových stránkách. Dotazník byl sestaven uzavřenými a polootevřenými otázkami, nemám zde však ani jednu otevřenou otázku. Uzavřené a polootevřené otázky jsou ve formě výběrových a výčtových otázek.

Dotazník byl šířen na sociální síti (viz příloha č. 2 - hypertextový odkaz na dotazník). Dále jsem dotazník vložila na web (www.vinted.cz), kde si zaregistrovaní uživatelé prodávají, případně vyměňují oblečení a kde je možnost založit si fórum, ve kterých si (především) dívky radí v různé oblasti - od módy až po osobní potíže. Právě možnosti založení fóra jsem využila a zde jsem nasbírala asi 90 % z celkové počtu dotazníků.

Hlavním cílem mé práce bylo vyhodnotit nejčastější příčiny, které dotazované jedince vedlo k tomu, že se u nich tato nemoc s patologickým postojem k jídlu rozvinula. Kromě toho jsem se zajímala také o to, co je podněcovalo k hubnutí nebo aby dále v té dietě nadále setrvali.

Dílčí cíle byly dle formulace výše uvedeného hlavního cíle stanoveny takto:

- Stanovit, v jaké rodině dotazovaná osoba s PPP vyrůstala.
- Zjistit, zda se respondent před propuknutí PPP věnovala nějakému sportu na profesionální úrovni.
- Vyzkoumat, zda na dotazovaného jedince byl vyvíjen tlak nebo kladeny vysoké nároky.

- Zjistit, zda se PPP objevila v rodinném kruhu respondenta.
- Určit pohnutku, která vedla k zahájení hubnutí nebo co udržovalo hubnutí, které nadále trvalo.

7.2 Hypotézy

Vytvořila jsem celkem 4 hypotézy, které jsem chtěla svým výzkumem potvrdit. Zajímají mě především okolnosti výskytu a dalšího rozvoje poruch příjmu potravy.

Hypotéza č. 1: Výskyt poruch příjmu potravy u některých z členů rodiny ovlivňuje vznik PPP u respondenta. Tuto hypotézu obsahuje v dotazníku otázka číslo 12 (*Objevila se PPP u někoho z rodiny?*).

Výskyt onemocnění v rodině představuje riziko pro ostatní členy rodiny. Pokud například PPP bude mít matka, je velmi pravděpodobné, že potomci zdědí matčin negativní postoj k jídlu a její stravovací návyky. Matka, která celý život bojuje s nadváhou a neustále drží různé neodborné diety, pak klade vysoké nároky na své děti, obzvláště na dcery. Vysoká indispozice pro vznik PPP platí též i u sourozenců a zejména u sester či dvojčat.

Hypotéza č. 2: Sebevědomí respondenta ovlivňuje vznik PPP. Tato hypotéza je odvozena z dotazníkové otázky číslo 9 (*Myslíte si, že máte: a) nízké sebevědomí, b) zdravé sebevědomí, c) vysoké sebevědomí?*).

Bez ohledu na to, jakých úspěchů anorektici dosahují, mnozí z nich trpí často nízkým sebevědomím, jsou nejistí a přehnaně kritičtí ke své osobě. Nejistota a věčná sebekritika je charakteristickým doprovodným jevem právě v období puberty a adolescence, kdy dochází k propuknutí PPP nejčastěji. Nejistota a nízké sebevědomí doprovází změny fyzického a psychického rázu obzvláště u děvčat. A právě nízká sebedůvěra může snadno vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled a snížit tělesnou hmotnost.

Hypotéza č. 3: Tlak a vysoké nároky na jedince ovlivňují vznik PPP. Tento předpoklad byl vyvozen z otázky v dotazníku číslo 10 (*Byly na Vás ze strany rodiny (či ze strany jiného blízkého) kladeny vysoké nároky, ať už se jedná o školní nebo pracovní výsledky či osobní život?*).

Dívky trpící mentální anorexií či bulimií bývají osobnostmi perfekcionistky, velmi zodpovědné a enormně konformní vůči nárokům ze strany společnosti, mají tendenci plnit veškerá jejich očekávání. V některých rodinách jakoby vyzývaly ženy, aby byly silnými osobnostmi a dokonce jsou oproti mužům znevýhodňovány. Mnoho rodičů selže ve výchově právě tím, že více oceňují své syny než dcery za stejné úsilí nebo úsilí dcer pochválí nepostačujícím způsobem.

Sama se s touto hypotézou ztotožňuji, vzpomínám si, jak jsem musela být já tou hodnou, poslušnou dívkou, která měla povinnosti v domácnosti, které představovaly i pravidelné uklízení bratrova pokoje. Zatímco bratr se bez omezení mohl věnovat svým zálibám a bavil prarodiče historkami, jak ho pronásledovali policisté, protože u něho bylo již na první pohled zřejmé, že ještě není držitelem řidičského oprávnění, aby mohl řídit motorku či auto.

Hypotéza č. 4: Pochvaly a sklizený obdiv ze strany okolí při zhubnutí prvních kilogramů u respondentů ovlivňují další rozvoj PPP. Poslední hypotéza byla odvozena z dotazníkové otázky číslo 13 (*Co Vás „vyhecovalo“ k tomu, že začnete hubnout nebo dále pokračovat v hubnutí?*).

Pozitivní oceňování udržuje u mentální anorexie naučené chování, které k nemoci vedlo. Jedinec, který výrazně hubne, je oceňován vrstevníky a společností. Ocenění za zhubnutí může jedinec vnímat tak silně, že v drastické dietě pokračuje i přesto, že může si může způsobit rozvrat zdraví a psychické pohody.

Popravdě, nedokážu si představit, že by to bylo naopak - v případě kdyby někdo s normálním BMI přibral podle tabulek na BMI nad 25, což značí nadváhu, dostala by se tomuto jedinci pochvala ze strany nejbližšího okolí? Naopak, nadváha je ve společnosti chápána jako důsledek pramenící ze slabé vůle a je vnímána negativně a s nesouhlasem, v některých případech i s opovržením.

Samozřejmě podpora okolím při hubnutí nevyvolává samotnou poruchu příjmu potravy, ale udržuje nemoc v chodu.

7.3 Charakteristika výzkumné metody

Dotazník

Dotazník patří spolu s rozhovorem mezi nejužívanější výzkumné metody. V případě dotazníku se jedná o písemné dotazování, které by mělo mít jakousi strukturu. Dotazník se však využívá nejen v kvantitativním zkoumání, ale i v tom kvalitativním. Používají se volné (nestrukturované), polostrukturované a strukturované dotazníky, přičemž se strukturovaným dotazováním se pravděpodobně setkáváme nejčastěji. (Reichel, 2009)

Volný nestrukturovaný dotazník představuje jakýsi čistý papír, kde se informant může rozepsat, aniž by byl nějak omezován. Pro polostrukturovaný dotazník je charakteristický komplex otázek či témat, na které respondent může odpovídat v jakémkoli pořadí. Nejčastěji užívaný - strukturovaný dotazník obsahuje otázky, které jsou dosazené v určitém pořadí, na které respondent odpovídá. Většinou se jedná o volné otázky, případně ještě nemnoho polootevřených a uzavřených otázek. (Reichel, 2009)

Dotazník má hned několik výhod, např. na rozdíl od rozhovoru *odpadá problém se zaznamenáváním odpovědí*, ať už to jsou rychlé poznámky či přepisování na počítači nebo zaznamenávání na diktafon. Je to nepraktické už z toho důvodu, že při písemném zaznamenávání se narušuje dynamika rozhovoru a není čas vše zapisovat. V případě využití diktafonu po nahrání dialogu nastane hodně práce s přepisováním rozhovoru.

Další výhodou dotazníku spočívá v tom, že *písemná podoba zaručuje lepší přehlednost*, informant má více času si rozmyslet svůj písemný projev, avšak někdo to může vnímat i jako nedostatek dotazníku, protože dochází ke ztrátě spontaneity ze strany dotazovaného. (Reichel, 2009)

Další předností jsou *nízké náklady* vynaložené na dotazníkové šetření a *jednodušší zpracování a vyhodnocení*. Následující pozitivum dotazníku ocení především respondenti. Dotazník je považován za *méně obtěžující* způsob zkoumání -

respondent si může dotazník vyplnit z pohodlí domova. Další významný klad spočívá ve vyplňování dotazníku, které je velmi jednoduché. (Dotazník-online [online], 2007)

Abychom nezůstali jen u kladů, i kvantitativní dotazování má své nevýhody. Mezi ně patří především to, že někdy může být obtížné si obstarat optimální počet respondentů. Kvůli jednoduchosti ve vyplňování se také může stát, že nám respondent může vyplnit klamavé informace. V neposlední řadě dochází k minimalizaci komunikace, dotazník totiž nedokáže zaznamenat nonverbální komunikaci, ve které tato výzkumná metoda probíhá. (Dotazník-online [online], 2007)

Je třeba si uvědomit, že některé atributy pedagogické reality jsou při měření jevů ve výzkumech pedagogického zaměření natolik náročné, že je lze jen ztěžka zaznamenat. Dle zkušeností se i jevy, které se zdají být velmi nestálé a obtížně srozumitelné, daří zachytit s až neuvěřitelnou precizností. (Chráska, 2006)

V první části dotazníku jsou spíše informativní otázky, které mi pomohou zjistit základní informace o dotazované osobě. Do druhé poloviny dotazníku jsou umístěné otázky, které jsou vytvořeny v závislosti na hypotézách.

Přípravná fáze kvantitativního výzkumu probíhala od začátku listopadu do začátku ledna a samotná realizace výzkumu probíhala zhruba od poloviny ledna do začátku února, tedy po dobu necelých 4 týdnů.

7.4 Respondenti

Skupinu respondentů tvořilo celkem 200 osob, z toho 197 žen a 3 muži, v procentuálním zastoupením to je 98,5 % žen oproti 1,5 % mužů. Všechny tyto osoby mají vlastní zkušenosti s poruchou příjmu potravy a nachází se v různé fázi nemoci. Věk respondentů v období rozpuku poruchy se pohybuje v rozmezí od 11 do 29 let, výjimku tvoří 8 respondentů, kterým bylo v době počátku nemoci 10 a méně let. Všechny ale spojuje to, že uznávají, že mají problém, který už řešily či řeší nebo se k léčbě teprve odhodlávají.

Rovných 100 respondentů, uvedlo, že trpí nebo v minulosti trpěli mentální anorexií, 38 respondentů uvedlo mentální bulimii a dalších 38 uvedlo kombinaci obou poruch. Jak jsem již výše zmínila, 3 dotazovaní byli muži. 2 trpí kombinací MA a MB

a prozatím se neléčí a třetí, který uvedl MA se doposud neodhodlal k léčbě a snaží se s nemocí bojovat vlastními silami.

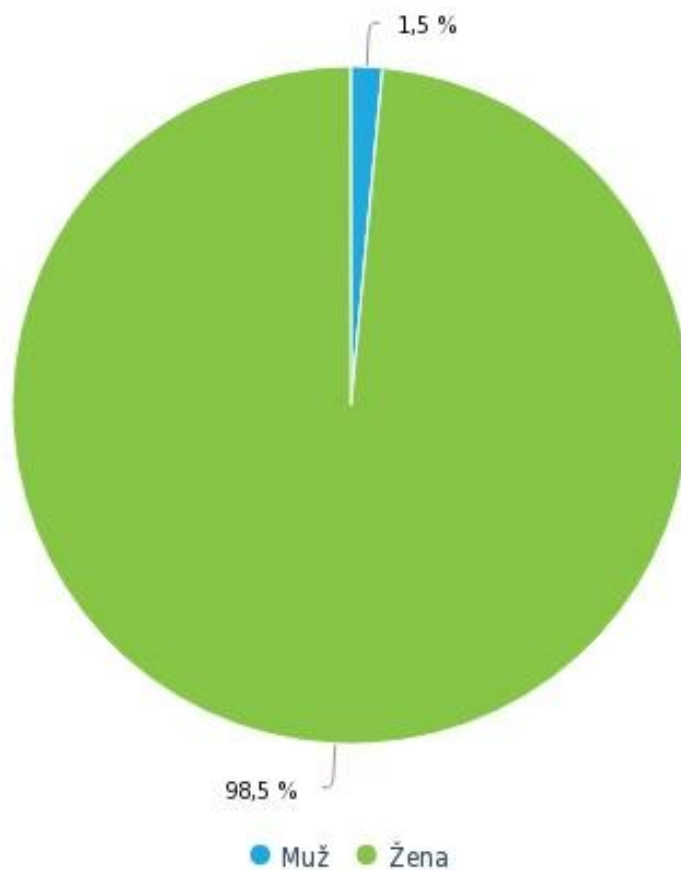
Trvání délky poruchy příjmu potravy je u respondentů poměrně různorodé. Nejčastěji byla uváděna délka trvání nemoci 2 roky, což uvedlo 49 osob, 35 jich uvedlo dobu 3 roky a 1 rok, který uvedlo 28 dotazovaných osob.

Jak už jsem výše zmínila, dotazník jsem vložila na sociální síť a také na portálu Vinted, kde jsou mezi zaregistrovanými uživateli téměř samé ženy. Vzhledem k tomu, že mezi přáteli a známými, které mám na sociální síti, mám minimum těch, kteří se potýkali či potýkají s poruchou příjmu potravy, tak mi vyplněné dotazníky chodily ve velmi malých počtech. Avšak poté, co jsem dotazník „vyvěsila“ na fóru portálu Vinted, mi začaly vyplněné dotazníky chodit ve velkém počtu a zanedlouho jsem mohla kvantitativní výzkum uzavřít.

8 Interpretace dat

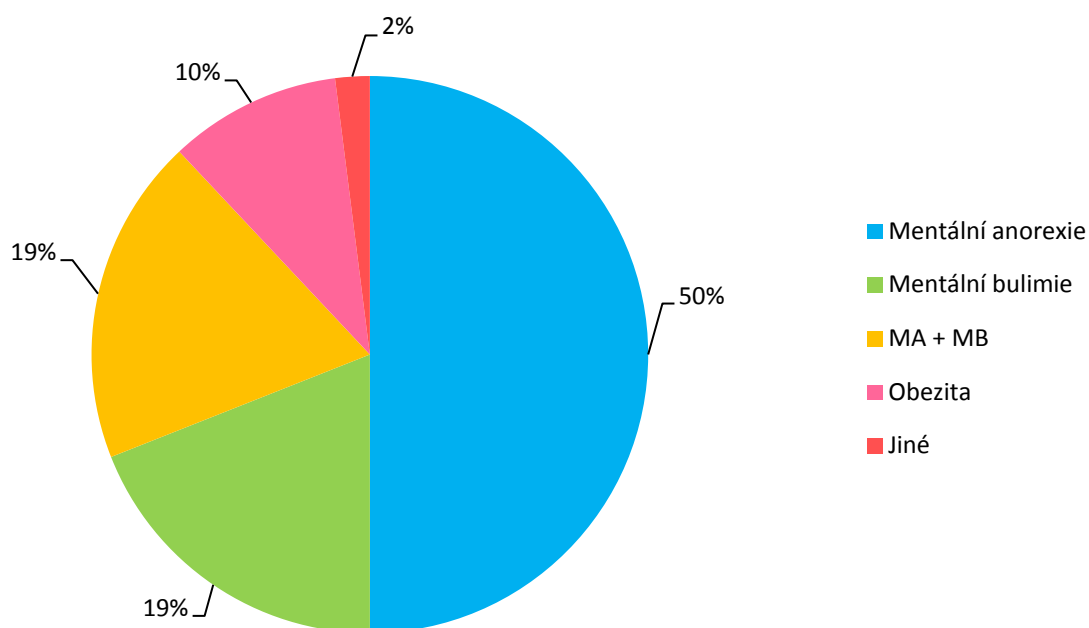
Nyní se zaměřím na interpretaci dat, které jsou výsledky kvantitativního dotazníkového šetření.

1. Jste muž nebo žena?



Z výsledku jednoznačně vyplývá, že ze 200 dotazovaných je 197 žen (v převodu na procenta to činí 98,5 %) a pouze 3 muži (1,5 %). Takovýto výsledek jsem předpokládala. Většina autorů (ne-li všichni) se shodují na tom, že poruchy příjmu potravy se úzce dotýkají především dospívajících dívek a mladých žen. Myslím si, že toto tvrzení je oprávněné, když připustíme, jaké fyzické a psychické změny dospívání doprovází. K tomu ty neustálé reklamy a časopisy s útloučkými modelkami a věčnými návody, jak zhubnout.

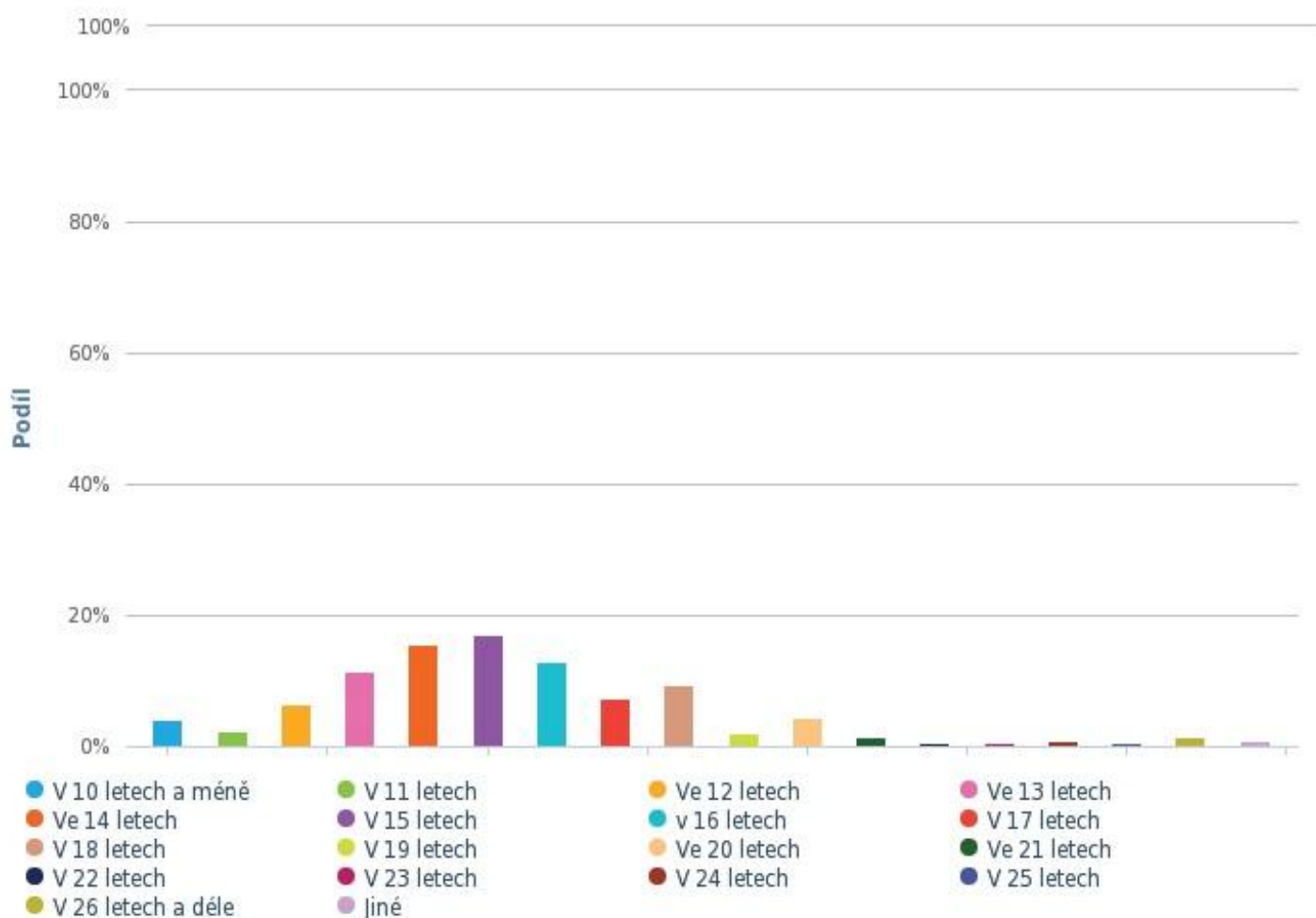
2. Jakou poruchu příjmu potravy máte/jste měl/a?



Na tuto otázku odpovědělo rovných 100 (50%) respondentů, že mají osobní zkušenosti s mentální anorexií. Potom následovala mentální bulimie a kombinace anorexie s bulimií, ty se vyskytly u 38 (19 %) dotazovaných. Dále byla uvedena i obezita, kterou uvedlo 20 respondentů (10 %). Ačkoliv obézní a anorektický člověk vypadá úplně jinak, záměrně jsem tuto možnost přidala do dotazníkové otázky, jelikož se mi hromadily slovní odpovědi v kolonce *jiné*, kde mi respondenti dopisovali, že se potýkali obezitou a to byl u nich začátek PPP. V určitém slova smyslu považují obezitu také za PPP, ačkoliv málokterý autor se o obezitě či nadváze zmiňuje, ale dle mého je to také určitý typ negativního postoje k jídlu.

Nesmím opomenout kolonku *jiné*, tu mi zaškrty 4 dotazované osoby (2 %). Jeden uvedl, že trpěl hyporexií, což je diagnóza, kdy má jedinec velmi omezenou chuť k jídlu. Dvě osoby sdělily, že mají osobní zkušenost se záchvatovitým přejídáním a zbývající respondent uvedl kombinaci záchvatovitého přejídání a mentální anorexie.

3. V kolika letech se u Vás PPP objevila?



U otázky, kde se ptám na věk, ve kterém porucha příjmu potravy vypukla, jsem vložila větší věkové rozpětí, kde si respondenti volili z 18 výběrových otázek (od méně než 10 let věku po 26 let), přičemž poslední kolonka byla na případné dopsání pokud se u dotázaného jedince objevila PPP po 26. roce života.

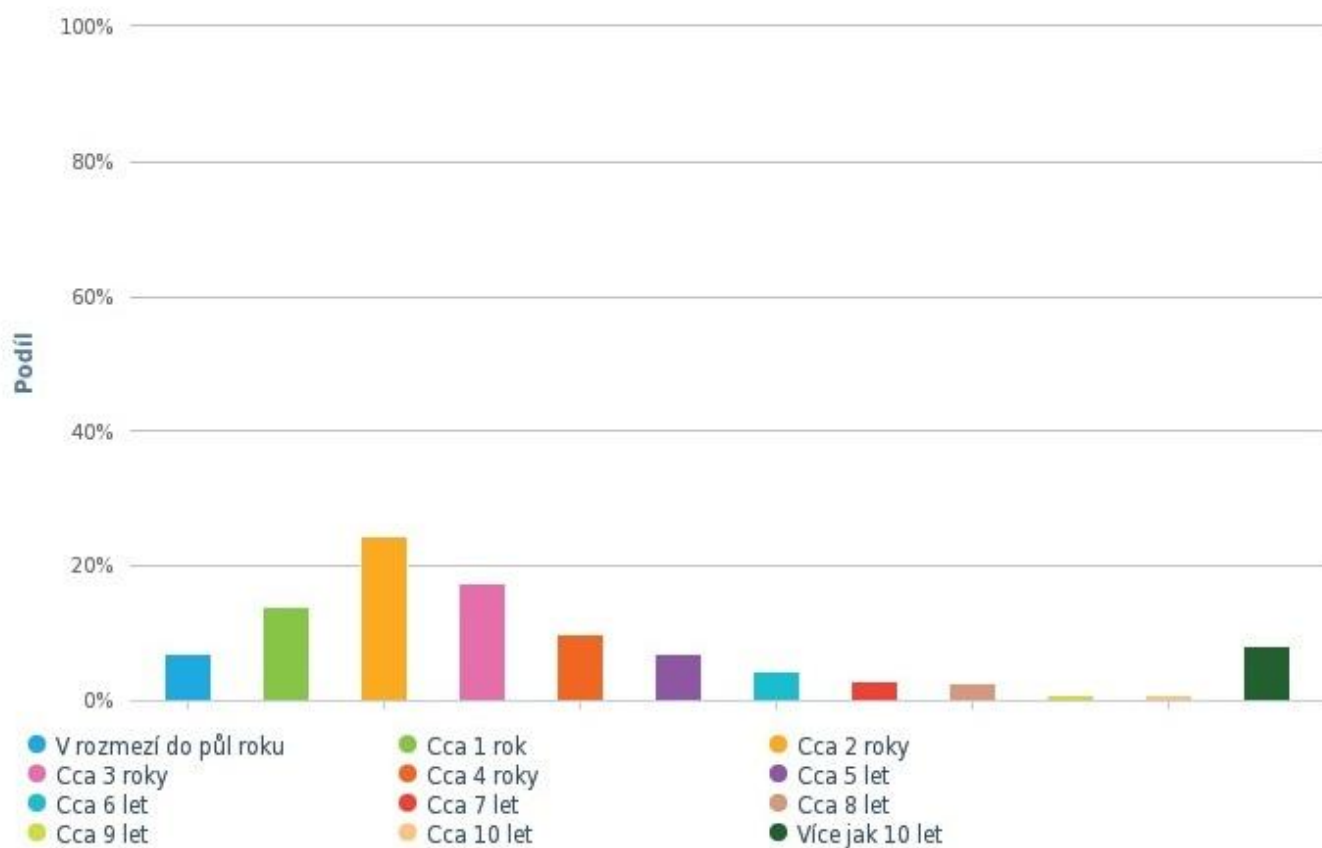
Již ze sloupcového grafu je zjevné na první pohled, že nejrizikovější věk pro vznik PPP je od 13 do 16, případně i do 18 let. Nejčastěji byla zaškrtnutá kolonka s věkem 15 let, která byla zvolena hned 34 krát, což v přepočtu na procenta činí 17 %. Druhý nejčastější věk u respondentů byl věk 14 let, který byl zaškrtnut 31 krát (15,5 %) a třetím nejčastěji voleným věkem byl věk 16 let, právě v tomto období se PPP objevila u 26 (13 %) dotazovaných jedinců. Následuje další nejčastější věk a tím bylo 13 a 18 let (11,5 a 9,5 %).

Velmi překvapující pro mě bylo zjištění, že 8 respondentů, kteří se podíleli na mém výzkumu, uvedli, že u nich nemoc začala již v 10 letech a méně. A pouze dvě

výjimky prostřednictvím volné kolonky sdělily věk počátku nemoci v pozdějším věku, ve 29 letech.

Když celkově zhodnotím výsledné odpovědi, souhlasí to s tím, co uvádí autoři v odborných publikacích, kde uvádí za nejvíce rizikové období pubertu a dospívání. Křivka u grafu stoupá okolo 12. roku života a dosahuje nejvyššího vrcholu v 15 letech, poté křivka klesá a okolo 18. roku zase narůstá. Dále má grafová křivka klesající tendenci.

4. Jak dlouho jste bojoval/a nebo stále bojujete s PPP?



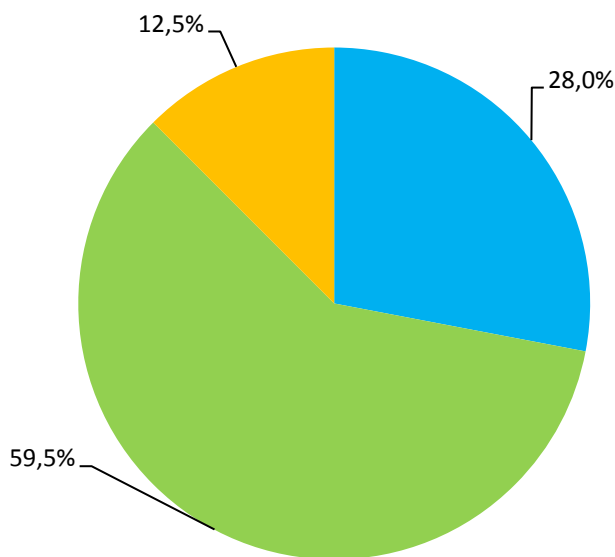
Ze sloupcového grafu z výsledků ze 4. dotazníkové otázky lze dobře vidět, kolik let trvala či stále trvá léčba poruch příjmu potravy u dotazovaných pacientů. Graf má vzrůstající tendenci, kdy nejvíce respondentů uvedlo dobu léčby 2 roky. Tuto odpověď zvolilo 49 dotazovaných, což činí 24,5 %. Od této doby léčby grafová křivka rovnoměrně klesá. Avšak následně z minimální hodnoty, což představuje kolonku s dobou léčby cca 10 let, kterou uvedli pouze dva respondenti (0,5%) se křivka

výrazněji zvedá. V tomto místě se nachází hodnota - doba léčby více než deset let. Tuto odpověď volilo 16 respondentů (8 %).

Jak už jsem výše naznačila, doba léčby trvající kolem dvou let byla vybrána nejčastěji a to 49 krát. Dále vyšší hodnoty vykazovala kolonka s dobou léčby trvající zhruba 3 roky a nejdelší doba léčby, kterou jsem měla v odpovědích zavedenou, tedy období léčení PPP více než 10 let.

Výsledek u této vyhodnocované otázky mě velmi překvapil, protože jsem netušila, že ve výsledcích bude jako třetí nejčastěji volená kolonka právě s dobou léčby PPP více než 10 let. Toto zjištění je velmi odstrašující, že takto velkou část života se jedinec snaží vypořádat se svými patologickými stravovacími návyky.

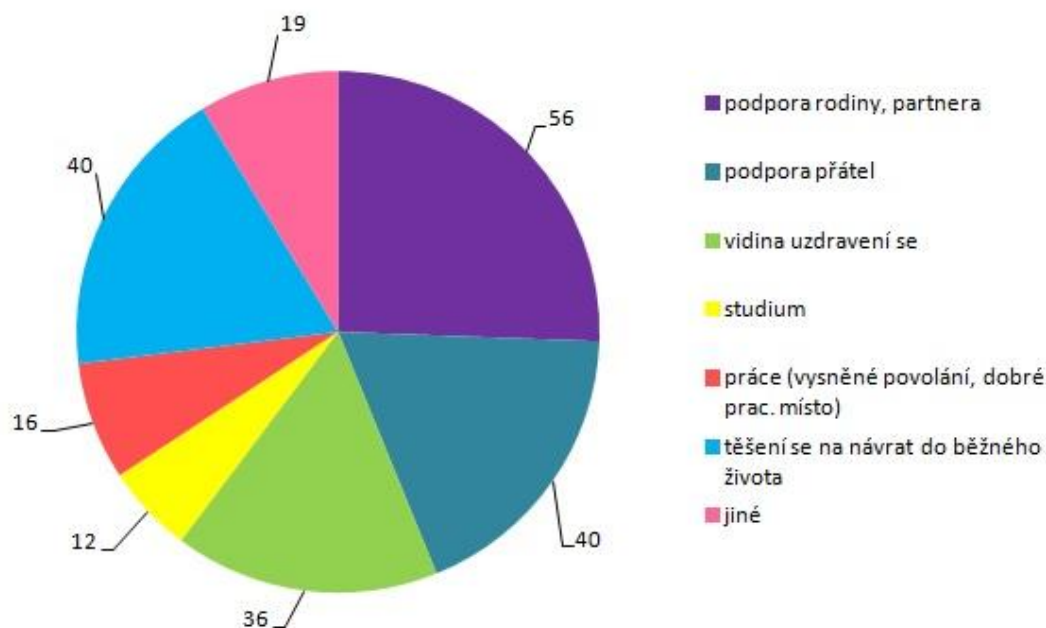
5. Léčil/a jste se či se stále léčíte pod odborným dohledem?



U této otázky **Ano** **Ne** **Zatím jsem se neodhodlal/a k léčbě** mě překvapilo, že pouhých 119 (59,5 %) respondentů odpovědělo, že při léčbě vyhledali odbornou pomoc. Pro léčbu pod odborným vedením se rozhodlo jenom 56 (28 %) jedinců. Pár dotazovaných mi do poznámek napsalo, že jejich uzdravení probíhalo formou ambulantní léčby, další zmínili „*pár hodin sezení s psychiatrickou*“ či léčbu pod dohledem psychoterapeuta.

Třetí možnost zvolilo 25 respondentů (12,5 %), kteří přiznali, že se prozatím k léčbě neodhodlali, přičemž mi k tomu jedna respondentka poznamenala, že stále věří, že léčbu zvládne sama vlastními silami.

6. Pokud léčba probíhala/probíhá, co Vám pomáhalo se uzdravit?

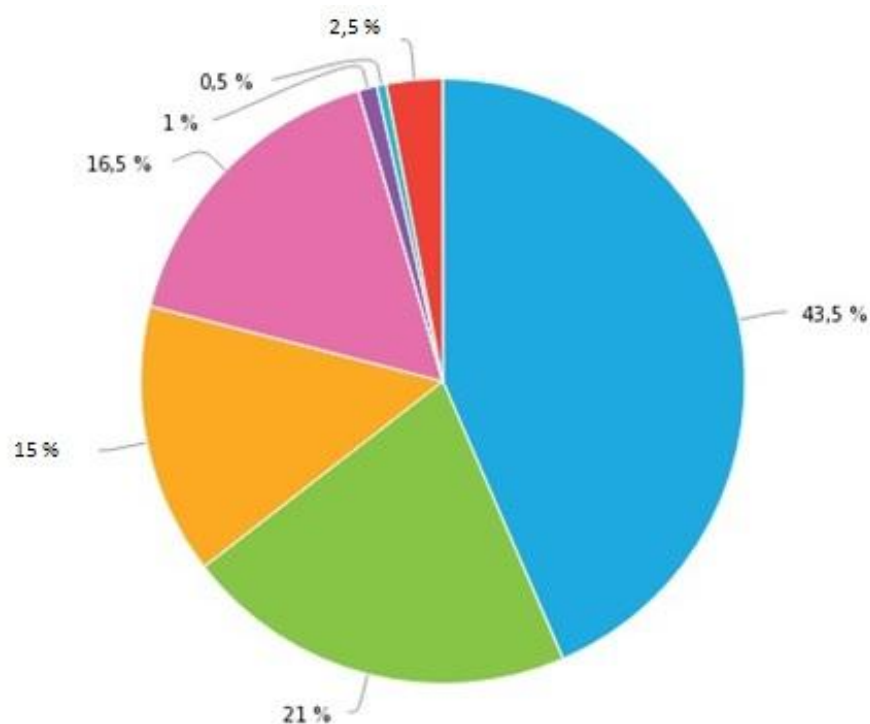


U této výčtové otázky se jako nejsilnější motivace k uzdravení nejčastěji objevovala podpora rodiny či partnera, která se v odpovědích objevila 56 krát. Další významnou motivaci představovala podpora přátel a těšení se na návrat do normálního života, kde už nebude jídlo představovat hrozbu. Obojí bylo zvoleno 40 krát.

Další neméně významným stimulem u 36 dotázaných byla vidina vymizení zdravotních rizik a uzdravení se. 19 respondentů zvolilo kolonku *jiné*, přičemž jiným důvodem uvedli lásku, plánování založení rodiny a jedna odpověď také zněla, že „*už se nebude muset za sebe stydět a skrývat své křivky pod volným oblečením*“.

16 dotázaných odpovědělo, že k uzdravení jim přispěla práce, např. se jednalo o vysněné povolání, povýšení, dobré pracovní místo, atd. Zbytek motivovalo k uzdravení studium, např. nástup na střední či vysokou školu, návrat do třídního kolektivu aj.

7. Vyrůstal/a jste:



- V úplně nekonfliktní rodině (nerozvedení rodiče, dobré rodinné vztahy, atd...)
- V úplně konfliktní rodině (hádky, bití, vážná nemoc v rodině, alkoholismus či jiná závislost v rodině, atd...)
- V neúplně nekonfliktní rodině
- V neúplně konfliktní rodině (hádky, bití, špatné rodinné vztahy, hádky, alkoholismus či jiná závislost, atd...)
- V ústavní péči
- V adoptivní rodině
- V pěstounské péči
- Jiné - prosím uveďte

V rodině, kde jsou nerozvedení rodiče, kde panují dobré a klidné rodinné vztahy vyrůstala většina respondentů, a to 87, což je v přepočtu na procenta 43,5. Z nerozvedené rodiny, ve které se vyskytují problémy, např. časté hádky, případně i bití, vážná nemoc mezi členy rodiny, alkoholismus a jiné návykové chování a mnoho dalších, pochází 42 jedinců (21 %).

V rodině s jedním rodičem a se špatnými rodinnými poměry má původ 33 respondentů (16,5 %). V neúplně rodině, kde chybí jeden z rodičů, ale panují zde dobré rodinné vztahy vyrůstalo 30 dotázaných osob (15 %).

Pouhé 2 osoby (1 %), které se zúčastnily mého výzkumu uvedlo, že vyrůstaly v adoptivní rodině. Jenom jedna osoba uvedla, že byla vychovávána pěstouny. Vyrůstání v ústavní péči neuvedla žádná osoba.

Kolonku jiné zaškrtnulo 5 respondentů, jeden z nich uvedl, že pochází z téměř nekonfliktní rodiny, avšak mezi jejich příbuznými došlo k přetrhání vazeb kvůli

špatným vztahům s nimi. Další poznámka od respondentky zněla, že se svými rodiči i se sourozencem má klidné vztahu, ale byla sexuálně zneužívána svým bratrancem, který bydlel o patro výš!

Jiný respondent uvedl, že vyrůstá se sestrou, která již 7 let trpí mentální anorexií a matka workoholička. Také v rodině mezi rodiči došlo k nevěře a nemají téměř žádné příbuzné. Následující respondent pochází z konfliktní rodiny, poté vyrůstal v pěstounské rodině a nakonec se vrátil do své původní rodiny. Poslední dotazovaný uvedl, že byl nejprve vychováván matkou, poté prarodiči, v rodině panovaly špatné vztahy, šikana a násilí.

8. Věnoval/a jste se (či se stále věnujete) před propuknutí PPP na profesionální úrovni některému z uvedených sportů/koníčků?

Tabulka č. 3: odpovědi respondentů na 8. otázku

# ▲ Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Balet	7	3,6 %
Cyklistika (silniční, horská)	8	4,1 %
Jiný sport - prosím uveďte	25	12,5 %
Gymnastika	16	8,2 %
Atletika	10	5,1 %
Plavání	10	5,1 %
Žokejství	5	2,6 %
Modeling	7	3,6 %
Aerobic	11	5,6 %
Street dance, hip hop dance, modern dance, ...	12	6,1 %
Žádnému sportu jsem se před propuknutí PPP nevěnoval/a	89	44,5 %

Jak lze vidět z výsledků odpovědí z 8. dotazníkové otázky, 89 respondentů (44,5 %), což je většina, uvedlo, že před rozvojem PPP nepěstovali žádný sport ani jinou zálibu na profesionální úrovni. Jinému sportu před počátkem nemoci, než bylo ve

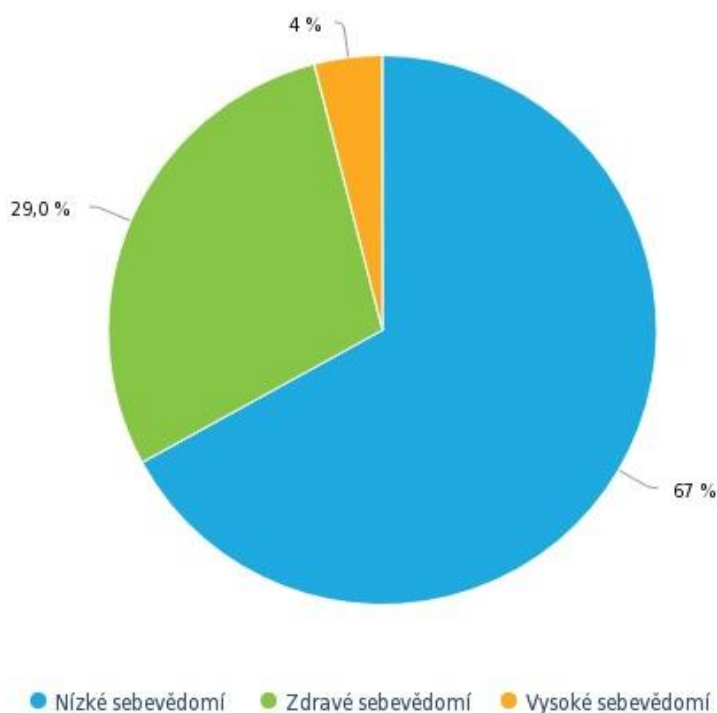
výběru odpovědí, se věnovalo 25 osob. Mezi nejčastěji uváděné sporty patří např. volejbal, tenis, házená, běh, parkur, některé druhy tanců (orientální tance, latinsko-americké tance, standardní tance), aerobic, atd.

Ze seznamu vypsanych druhů sportů bylo nejčastěji voleno: gymnastika, street dance, hip hop dance, modern dance, dále aerobic, atletika, plavání a cyklistika. Nejméně byl zvolen balet, modeling, žokejství.

Právě u této otázky jsem očekávala, že nejvíce bude respondenty proškrtávána kolonka s modelingem, baletem, aerobicem, plaváním a gymnastikou. Pouze gymnastika splnila mé očekávání a patřila mezi nejčastěji zvolené odpovědi.

9. Myslíte si, že máte:

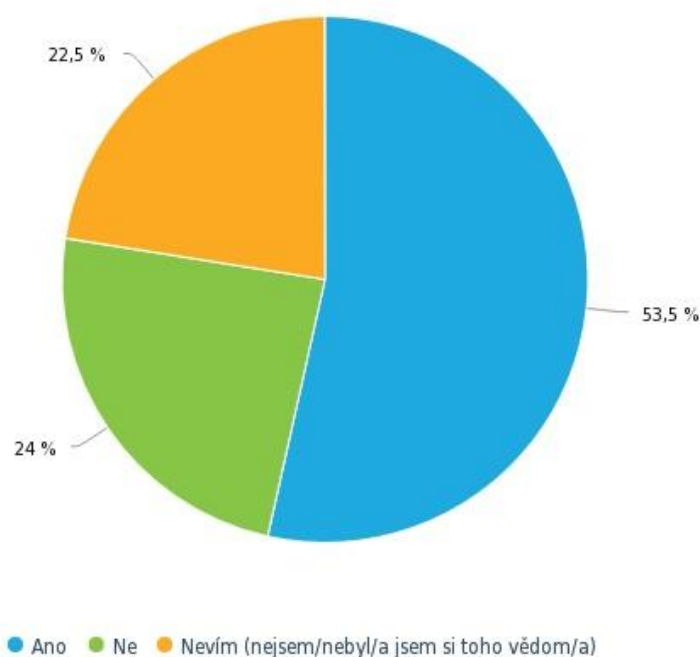
- nízké sebevědomí
- zdravé sebevědomí
- vysoké sebevědomí



Problematicke s nízkým sebevědomím, které se u nemocných s PPP často vyskytuje, se věnuji v hypotéze číslo 2. Většina autorů se shoduje, že nízké sebevědomí často souvisí se změnami, které dospívání doprovází.

U této otázky jsem takovéto výsledky očekávala. Většina dotazovaných odpověděla, že trpí nízkým sebevědomím, a rovnou 134 osob (67 %). Druhou možnost - zdravé sebevědomí zvolilo 58 respondentů (29 %) a vysoké sebevědomí zaškrtnulo pouze 8 osob (4 %).

10. Byly na Vás ze strany rodiny (či ze strany jiného blízkého) kladeny vysoké nároky, ať už se jedná o školní nebo pracovní výsledky či osobní život?



Z této otázky jsem vycházela při tvoření hypotézy (viz hypotéza č. 3). Více jak polovina uvedla, že na jejich osobu byl vyvíjen tlak a vysoké nároky ze strany rodiny. Tuto odpověď zvolilo 107 (53,5 %) respondentů. Dalších 48 (24 %) zase tvrdí, že na ně žádné nároky ani tlak ze strany nejbližších vyvíjen nebyl. Zbytek - 45 respondentů (22,5 %) si neuvědomují, že by na ně kdy někdo z rodiny tlačil, aby se více snažili a dosahovali lepších výsledků.

Právě u mentální anorexie či bulimie jsou charakteristické osobnostní a povahové vlastnosti jako je např. touha po dokonalosti (perfekcionismus), nepřirozený konformismus, nejistota, nízké sebehodnocení a sebekritika, asketismus, atd.

11. Jaký je Váš současný postoj k jídlu?

Tabulka č. 4: odpovědi respondentů na 11. dotazníkovou otázku

# ▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Jídlo již neřeším a najím se bez výčitek	30	15 %
●	Jídlo mi nechutná, jím jen z povinnosti	14	7 %
●	Jídlo si neodpírám, ale mám výčitky	36	18 %
●	Jídlu se snažím vyhýbat, co to jde	10	5 %
●	Je to jako na houpačce (jednou se najím bez výčitek, pak zase s výčitkami, ..)	94	47 %
●	Jiné - prosím uveďte	16	8 %

Téměř polovina dotazovaných přiznalo, že jejich postoj k jídlu není stále úplně v pořádku, pocity, které následují po zkonsumování jídla mají kolísavou tendenci - jednou se najedí, aniž by měli výčitky, jindy se výčitky po jídle dostaví. Takto odpovědělo 94 respondentů (47 %).

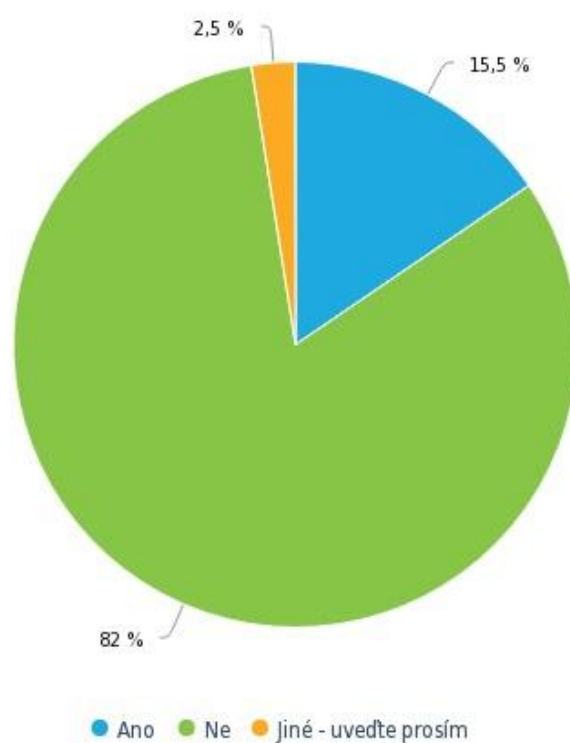
Jako druhá nejčastěji volená odpověď (36 krát = 18 %) byla taková, že si respondent jídlo dopřává, ale pokaždé má výčitky z toho, co všechno spořádal, jakou kalorickou hodnotu dané jídlo mělo, atd.

30 osob (15 %) odpovědělo, že s jídlem nemají problém a když mají hlad nebo chuť, tak si jídlo dopřejí, aniž by měli výčitky.

Kolonku jiné využilo 16 dotázaných (8 %), ti téměř shodně uvedli, že se snaží jíst zdravé potraviny, vyhýbají se určitým jídlům, které jsou vysoce kalorická a jedí menší porce, aby neměli výčitky svědomí.

10 respondentů odpovědělo, že se situacím spojené s jídlem snaží co nejvíce vyhýbat, např. hodování na rodinných oslavách, společné zasednutí rodiny u jídla, atd. Dokonce se mi dostalo odpovědi, že jídlo už pro ně nepředstavuje potěšení, ale naopak k němu mají odpor.

12. Objevila se PPP u někoho z rodiny?



Tuto otázku jsem si zvolila jako výzkumnou otázku k hypotéze č. 1 (viz kapitola 8. 1). PPP u člena rodiny může představovat predispozici k PPP dalšího rodinného člena.

Přiznám se, že u této otázky jsem předpokládala vyšší čísla, co se týče propuknutí PPP v rodině respondenta, který má také osobní zkušenost s negativním postojem k jídlu. Odpověď, která zamítá výskyt PPP u dalšího člena rodiny byla zvolena u 164 dotazovaných osob (82 %).

Respondentů, kteří uvedli, že PPP se vyskytla kromě u něho vyskytla také u matky či sourozence nebo jiného blízkého příbuzného, bylo celkem 31 (15,5 %). V kolonce jiné, kterou zvolilo 6 jedinců, bylo nejvíce jmenováno, že se v rodině vyskytovala obezita (u matky a sestry) a dalšími odpověďmi bylo, že si respondent není jistý, zda se PPP v nějaké formě objevila v rodinném kruhu.

13. Co Vás „vyhecovalo“ k tomu, že začnete hubnout nebo dále pokračovat v hubnutí?

Tabulka č. 5: odpovědi respondentů na dotazníkovou otázku č. 13

# ▲	Možnosti odpovědí	Responzí
1	Obdivné pohledy a chvála při úbytku prvních kil	79
2	Závist	38
3	Pěkná postava mého vzoru (modelka, sportovkyně, herečka, atd.)	69
4	Modeling	9
5	Nízké sebevědomí	92
6	Jiné - prosím uveďte	15
7	Pro ana a pro mia blogy	32
8	Má profese (tanečnice, modelka, sportovkyně, ...)	10
9	Soutěž s kamarádkou/kamarádem v hubnutí	17
10	Vlastní uspokojení při úbytku kil	115
11	Podporování v hubnutí ze strany přátel	16
12	Podporování v hubnutí ze strany rodiny	14
13	Podporování v hubnutí ze strany partnera/partnerky	10
14	Narážky na postavu a tělesný vzhled (výsměch, urážky, šikana,...)	96

U této výčtové otázky se nejčastěji objevovala kombinace: vlastní spokojenost nad ztrátou prvních kilogramů tělesné hmotnosti a to hned ve 115 případech (59,3 %), posměšky a urážky směřované na respondentovu postavu (96 krát) a nízké sebevědomí (92 krát).

Další nejčastěji volenou odpovědí bylo ocenění a pochvaly, které se respondentovi dostávaly z okolí (79 krát), postava jejich vzorů, které nejčastěji představují modelky, herečky, zpěvačky, sportovci, atd. (69 krát).

Odpověď, kterou uvedlo 32 respondentů a která stojí za zmínku jsou pro ana a pro mia blogy, kde si dívky sdělují návody, jak co nejvíce a nejrychleji zhubnout, jak předstírat před rodinou, že nemají PPP, zveřejňují fotografie svých postav a jídelníčky. Je otázkou, zda by hlídání a mazání těchto proanorektických serverů nevyvolalo další dohady a otázky ohledně svobody slova.

14. Znáte někoho ve svém okolí, kdo měl/má PPP?

U této otázky 124 (62 %) respondentů uvedlo, že znají ve svém okolí osoby, které mají narušené postoje k jídlu a trpí nějakou formou PPP. V současnosti se PPP vyskytují vcelku často, je porucha, která postihuje dnešní západní kultury, kde je přemíra potravin a kde se klade důraz na kult krásy a štíhlosti, výkon, nereálná očekávání. V zemích, kde není dostatek jídla, jsou oblejší tvary postav znamením hojnosti a vyššího postavení ve společnosti.

Zbytek, 76 (38 %) osob odpovědělo, že nemají ve svém okolí nikoho, o kom by věděly, že trpí PPP.

15. Co zásadního Vás podle Vašeho názoru dohnalo až k PPP? Co bylo tím zásadním spouštěčem?

Tabulka č. 6: odpovědi respondentů u otázky č. 15

# ▲	Možnosti odpovědí	Responzí
●	Sexuální zneužití	8
●	"Riziková profese" (tanečnice, sportovkyně, modelka, ...)	10
●	Problémy s vrstevníky, odmítnutí vrstevníky	32
●	Deprese, úzkost	53
●	Netuším	10
●	Jiné - prosím uveďte	11
●	Změna životní situace (úmrť v rodině či v blízkém okolí, těžká nemoc, odloučení od rodiny)	19
●	Změna postavy (přibírání na váze)	50
●	Vlastní nespokojenost s postavou	113
●	Narážky na tloušťku a tělesný vzhled	86
●	Rozchod s partnerem/partnerkou	15
●	Rodinné konflikty (s rodiči, sourozenci,...)	39
●	Tloušťka v rodině	19
●	Problémy ve škole/v práci	34

Až 113 respondentů uvedlo, že jejich vlastní nespokojenost s tělesnými proporcemi, je dovedla až poruše příjmu potravy. Dalšími nejčastěji uváděnými rizikovými faktory, které se vyskytly v odpovědích jsou opět narážky a posměšky na postavu dotazovaného (86 krát), deprese a úzkost (53 krát), které je přepadávaly kvůli jejich nedokonalé postavě a změny jejich postavy (50 krát), ke kterým docházelo především v důsledku dospívání a užívání hormonální antikoncepce.

Dalšími pohnutkami, které vedly až k PPP, patří taktéž rodinné konflikty (39 krát), problémy ve škole či v práci (34 krát) a konflikty s vrstevníky nebo dokonce odmítnutí z jejich strany (32 krát).

V těchto posledních případech se domnívám, že jedinec chtěl získat pozornost ve společnosti a chtěl mezi ostatní lépe zapadnout tím, že „zapracuje“ na dokonalé postavě.

Další spouštěč nemoci, který se mi jeví jako šokující, bylo sexuální zneužití respondenta, které se v odpovědích objevilo 8 krát.

8.1 Vyhodnocení hypotéz

Celkem jsem vytvořila 4 hypotézy, které jsou výtahem z dotazníkových otázek a nyní budu vyhodnocovat.

Hypotéza č. 1: Výskyt poruch příjmu potravy u některých z členů rodiny ovlivňuje vznik PPP u respondenta

Na otázku, zda se porucha příjmu potravy objevila mezi členy rodiny u respondenta, mi kladně odpovědělo 34 osob (17 %) z celkem 200 dotazovaných. 166 osob (83 %) zodpovědělo záporně případně s dovětkem, že si nejsou jisti, zda se PPP třeba v minulosti vyskytla v rodině.

Domnívám se, že v tomto případě **není možné jednoznačně určit, zda je tato hypotéza správná či ne**. Bylo by zapotřebí mnohem více dotazníků, aby toto tvrzení nebylo zkreslené.

Hypotéza č. 2: Sebevědomí respondenta ovlivňuje vznik PPP.

Tato hypotéza je podložena otázkou, nakolik vysoké sebevědomí dotazovaní jedinci mají. Rovných 134 dotázaných (67 %) uvedlo, že mají nízké sebevědomí.

Vzhledem k tomu, že tato odpověď činí v přepočtu na procentový podíl 67 %, dovoluji si tvrdit, že tento předpoklad je správný, a proto je tato **hypotéza považovaná za akceptovatelnou**.

Tabulka 7: Odpovědi respondentů na otázku: *Jaké máte sebevědomí?*

Vyplněné odpovědi respondentů	Počet
Nízké sebevědomí	134
Zdravé sebevědomí	58
Vysoké sebevědomí	8
Celkem	200

Hypotéza č. 3: Tlak a vysoké nároky na jedince ovlivňují vznik PPP.

Na otázku, zda byly na jejich osobu kladeny vysoké nároky, ať už by se to týkalo oblastí školních či pracovních výsledků, mi 107 respondentů odpovědělo, že tlak ze strany rodiny či jiných nejbližších osob v minulosti zaznamenali či stále zaznamenávají. Zbytek odpovědí bylo rozděleno mezi to, že na ně v rodině tlak vyvíjen nebyl a nebo že si toho nejsou/ nebyli vědomi.

Překvapilo mě, že počet osob, na které byl tlak vyvíjen je tak vysoký a **tato hypotéza se tedy v rámci daného výzkumu potvrdila**.

Tabulka č. 8: Odpovědi respondentů na otázku: *Byly na Vás ze strany rodiny kladeny vysoké nároky?*

Vyplněné odpovědi respondentů	Počet
Ano	107
Ne	48
Nejsem si toho vědom/a	45
Celkem	200

Hypotéza č. 4: Pochvaly a sklizený obdiv ze strany okolí při zhubnutí prvních kilogramů u respondentů ovlivňují další rozvoj PPP.

Na výzkumnou otázku, co bylo pohnutkou, která je donutila začít hubnout nebo pokračovat dále v hubnutí byla odpověď, že právě pochvala a ocenění ze strany okolí zvolena hned 79 respondenty. Tato odpověď byla vybírána nejčastěji spolu s odpověďmi: *vlastní spokojeností nad úbytkem prvních kil, výsměšky a urážky směřované na postavu dotazovaného a nízkým sebevědomím* (viz hypotéza č.2),

Vzhledem k tomu, že tato výzkumná otázka měla hned 14 výčtových odpovědí, **se hypotéza číslo čtyři potvrdila.**

8. 2 Shrnutí

Celkem bylo vyhodnoceno 200 dotazníků, přičemž drtivou většinu tvořily ženy. Domnívám se, že to není tak překvapivý údaj, ba naopak, spoustu autorů se shoduje právě na tom, že poruchy příjmu potravy se týkají především ženského pohlaví. Avšak přiznám se, že jsem vůbec nečekala, že budu mít mezi respondenty vůbec nějaké muže, kteří mají taktéž osobní zkušenost s mentální anorexií či bulimií, vzhledem k mému menšímu kvantitativního výzkumu.

Zaskočilo mě, že mezi uváděnými důvody, které vedly nejčastěji k propuknutí poruch příjmu potravy byly převážně posměšky okolí adresované k postavě

dotazovaných osob. Půjde mi velmi smutné, že dnešní společnost přijímá tak povrchní hodnoty, jako například fyzický vzhled, úspěch, peníze a moc a nedbá ostatních hodnot, které by měly být ve společnosti důležitější, například úcta ke všem živým bytostem, solidarita, ochota pomáhat ostatním a mnoho dalších lidských vlastností, které se ze společnosti vytrácí.

9. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo odhalit nejčastější rizikové determinanty, které ovlivňují zrod závažného psychického onemocnění. V teoretické části jsem se pokusila přiblížit základní poznatky o tomto onemocnění.

Kvantitativní výzkum, který jsem uskutečnila, byl zaměřen na jedince, kteří se s nějakou formou poruchy příjmu potravy potýkali nebo se v současnosti stále potýkají. Samotný sběr dat trvající měsíc byl ukončen zhodnocením hypotéz, které jsem si před výzkumem stanovila. Hypotéz bylo celkem čtyři, z toho tři se potvrdily a jednu nebylo možné ani potvrdit, ani vyvrátit a to z toho důvodu, že by pro tuto hypotézu bylo zapotřebí většího množství získaných dat, aby se nejednalo o nepřesné tvrzení.

Jako nečekanou informaci jsem vnímala odpověď v otázce, která zjišťovala zásadní spouštěče poruchy, a to sexuální zneužití, které dovedlo některé respondenty k závažnému psychickému onemocnění. Ačkoliv vím, že i tato traumatizující událost může spustit poruchu, neočekávala jsem tuto odpověď právě u svého výzkumu, který je menšího rozsahu. Nepředpokládala jsem, že by někdo takovouto informaci závažného charakteru do dotazníku sdělil, ačkoliv se jedná o anonymní výzkum.

Navzdory tomu, že široká veřejnost je o této problematice s patologickými stravovacími návyky informována, počet případů neklesá. Dospěla jsem tak k poznatkům, že je nutné se touto problematikou neustále zabývat a upozorňovat na následky onemocnění a faktory, které mohou k rozvoji PPP přispět, a nejen na to. Dále by bylo zapotřebí zavést důkladné propracované a intenzivní preventivní programy do školní výuky. Prevence se pochopitelně týká i rodinné výchovy. Rodiče by měli být pozornější už vůči prvním příznakům týkajících se stravovacích návyků jejich dětí.

Bibliografie

- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.
- COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
- FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Překlad Jana Krchová. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9907-1.
- HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: vydavatelství Era, 2003, 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
- HÖSCHL, Cyril a LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900-1301-5.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 168 s. ISBN 80-244-1367-1.
- KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání: jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-858-2451-5.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9946-2.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4721-309.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 978-807-1785-989.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9627-7.
- KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013, 41 s. ISBN 978-80-905436-5-2.

- LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, Hana. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2000, 270 s. ISBN 80-859-1233-3.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 978-807-2046-577.
- NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-808-6723-488.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

Internetové zdroje

- Alžběta Bavorská. *Habsburkové* [online]. 2011 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://habsburk.wz.cz/alzbeta/alzbeta2.htm>
- BURIANOVÁ, Tereza. Poruchy příjmu potravy a muži versus ženy. [online]. 2005. vyd. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: www.ordinace.cz
- CRISP, A. H. a D. A. TOMS. Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report on 13 Cases. *BMJ* [online]. 1972, vol. 1, issue 5796, s. 334-338 [cit. 2015-03-08].
DOI: 10.1136/bmj.1.5796.334. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1787291/pdf/brmedj02188-0026.pdf>
- FALTUS, F. Syndrom nočního jedliectví. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2007 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-psychiatrie-clanek/syndrom-nocniho-jedliectvi-4706?confirm_rules=1
- Jak na dotazník. [online]. 2007 [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: www.dotaznik-online.cz
- Jíte v noci?: Možná trpíte syndromem nočního přejídání. [online]. 2008 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/jite-v-noci-mozna-trpите-syndromem-nocniho-prejidani-p03-/zdravi.aspx?c=A080704_134752_hubnuti_bad
- Konec vyjídání lednice o půlnoci!: Syndrom nočního přejídání lze léčit. [online]. 2011 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/245673-konec-vyjidani-lednice-o-pulnoci-syndrom-nocniho-prejidani-lze-lecit.html>
- Muži vs. ženy s diagnózou porucha příjmu potravy. VÍCHOVÁ, Monika. [online]. 2014 [cit. 2015-03-08].
Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/234-muzi-vs-zeny-s-diagnozou-porucha-prijmu-potravy>
- Poruchy příjmu potravy. [online]. 2008 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://zeny.e15.cz/magazin/zdravi/poruchy-prijmu-potravy-.aspx>
- Poruchy příjmu potravy. [online]. 2008, 2013 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-976>
- Poruchy příjmu potravy. [online]. 2014 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: www.svet-zdravi.cz/clanky/poruchy-prijmu-potravy

- Poruchy příjmu potravy: Anorexie - hlad těla i duše. [online]. 2010 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/psychologie-psychiatrie/novinky/anorexie-hlad-duse-tela>
- Poruchy příjmu potravy u obézních osob. [online]. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu>
- Stárková, L. (2002). Mentální bulimie u mužů. Psychiatrie pro praxi, 5, s. 202-205. Dostupné v pdf z <http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/05/09.pdf>
- ŠIMŮNKOVÁ, Tereza. Náctileté anorektičky se podporují v trýznění na internetu. [online]. 2011 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/nactilete-anorekticky-se-podporuji-v-tryzneni-na-internetu-pln-/zdravi.aspx?c=A101215_201516_zdravi_abr
- VÍCHOVÁ, Monika. Muži vs. ženy s diagnózou porucha příjmu potravy. [online]. 2014. vyd. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.psychologon.cz>

Seznam vložených tabulek

Tabulka č. 1	14
Tabulka č. 2	21
Tabulka č. 3	55
Tabulka č. 4	58
Tabulka č. 5	60
Tabulka č. 6	61
Tabulka č. 7	63
Tabulka č. 8	64

Seznam vložených příloh

Příloha č. 1	34
--------------------	----

Příloha č. 2: Odkaz na dotazník (zmíněný na straně 42) využitý pro praktickou část bakalářské práce: <http://www.surveio.com/survey/d/K5T6U5L0N5F0U8O4F>