

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ A JEJICH SOUVISLOST S IMPULZIVITOU A DEPRESIVITOU

BINGE EATING AND ITS CONNECTION WITH  
IMPULSIVITY AND DEPRESSION



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Tereza Hacová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc

2018

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce PhDr. Martinu Dolejšovi, PhD., za jeho pomoc, trpělivost a cenné komentáře. Dále děkuji Petrovi, Martině a svým rodičům za neochvějnou podporu a rady. Nemohu zapomenout na poděkování respondentům, kteří této práci umožnili vzniknout.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *„Záchvaty přejídání a jejich souvislost s impulzivitou a depresivitou“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Záchvaty přejídání</b> .....	<b>7</b>
1.1	Definice záchvatů přejídání .....	7
1.2	Přidružené poruchy příjmu potravy .....	9
1.2.1	Binge eating disorder.....	9
1.2.2	Bulimie nervosa.....	10
1.2.3	Anorexie nervosa.....	11
1.2.4	Jiné poruchy příjmu potravy.....	12
1.3	Modely záchvatů přejídání .....	12
1.3.1	Rané modely poruch příjmu potravy.....	12
1.3.2	Modely restriktivního stravování .....	13
1.3.3	Kognitivní modely záchvatovitého přejídání .....	14
1.3.4	Teorie úniku .....	15
1.3.5	Teorie emocionální regulace .....	16
1.3.6	Teorie schématu .....	17
1.3.7	Model dvojí cesty .....	19
1.3.8	Transdiagnostický kognitivně-behaviorální model .....	20
1.3.9	Integrovaný kognitivně behaviorální model.....	20
1.3.10	Kognitivní model bulimie nervosy.....	21
1.4	Epidemiologie záchvatů přejídání .....	22
1.4.1	Prevalence .....	23
1.4.2	Incidence .....	24
1.4.3	Věk .....	25
1.4.4	Geografie .....	25
<b>2</b>	<b>Impulzivita a její vztah se záchvaty přejídání</b> .....	<b>27</b>
2.1	Osobnostní modely impulzivity .....	28
2.2	Behaviorální modely impulzivity .....	28
2.3	Impulzivita ve vztahu k záchvatům přejídání.....	28
<b>3</b>	<b>Depresivita a její vztah se záchvaty přejídání</b> .....	<b>30</b>
3.1	Negativní afekt a záchvaty přejídání .....	31
3.2	Depresivita ve vztahu k záchvatům přejídání.....	32

<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>4 Výzkumný problém</b> .....	<b>34</b>
<b>5 Typ výzkumu a použité metody</b> .....	<b>37</b>
5.1 Aplikovaná metodika.....	37
5.1.1 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) .....	37
5.1.2 Binge Eating Scale (BES) .....	38
5.1.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS).....	39
5.1.4 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS).....	39
5.1.5 Body Mass Index (BMI).....	40
5.2 Převod metod EDE-Q a BES.....	40
5.3 Sběr dat.....	41
5.4 Metody zpracování a analýzy dat .....	41
5.5 Etika výzkumu .....	42
<b>6 Sběr dat a výzkumný soubor</b> .....	<b>44</b>
<b>7 Práce s daty a její výsledky</b> .....	<b>46</b>
7.1 Psychometrické parametry testových metod .....	46
1. BES.....	46
2. EDE-Q.....	47
7.2 Zhodnocení platnosti hypotéz.....	50
3. Souvislost závažnosti ZP s impulzivitou a depresivitou .....	50
4. Souvislost závažnosti PPP s impulzivitou a depresivitou .....	50
5. Souvislost ZP a PPP s BMI a věkem.....	51
7.3 Souvislost subškál EDE-Q s impulzivitou .....	52
7.4 Souvislost subškál EDE-Q s depresivitou .....	52
7.5 Závažnost ZP a PPP u klinické a zdravé populace.....	53
<b>8 Diskuze</b> .....	<b>56</b>
<b>9 Závěry</b> .....	<b>61</b>
<b>SOUHRN</b> .....	<b>62</b>
<b>LITERATURA</b> .....	<b>65</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>77</b>

# ÚVOD

Na veřejných přednáškách a besedách s tématem poruch příjmu potravy se mluví o anorexii a bulimii nervose s cílem vzdělávat a možná i preventivně působit na posluchače. Velmi často se však zapomíná na další poruchy tohoto spektra, které jsou významné mírou výskytu v populaci. Jedním z těchto onemocnění je porucha záchvatového přejídání, která se často skrývá za zavřenými dveřmi ordinací, ale do povědomí veřejnosti se nedostává.

Záchvaty přejídání ovlivňují každodenní život a jeho prožívání u miliónů jedinců. Ti však nevědí, že se může jednat o poruchu, která lze léčit. Proto o sobě často přemýšlí jako o těch špatných, zvrhlých a nenapravitelných. Ptají se sami sebe na otázku „*Proč zrovna já?*“.

Na stejný dotaz hledají odpověď i vědci a odborníci po celém světě. Avšak hledání příčin a rizikových faktorů není snadné u žádné poruchy či onemocnění. Tato práce má za cíl v tomto bádání pomoci a přinést alespoň drobné střípky odpovědí.

Ve výzkumné části se ptáme, zda má na závažnost záchvatů přejídání nějaký vliv osobnost a její rysy. Zaměřili jsme se na rys impulzivity, tedy tendenci dělat unáhlená rozhodnutí, a jeho vliv na záchvaty přejídání.

K záchvatů přejídání se často pojí i jiné psychické nemoci, jednou z nejčastějších je pak deprese. Ve výzkumné části nás zajímalo, zda míra depresivních symptomů souvisí se závažností záchvatů přejídání.

Vzhledem k tomu, že záchvatové přejídání není v České republice ústředním bodem zájmu široké i odborné veřejnosti, projevuje se to i zdejší absencí psychometrických nástrojů určených k diagnostice tohoto problému. Součástí této práce je proto i převod metod souvisejících se záchvaty přejídání EDE-Q a BES do českých verzí.

Záchvaty přejídání sice nejsou hlavním tématem veřejných debat, ale měli by být. Hledání příčin vzniku a výskytu záchvatů je na svém začátku, avšak je důležité touto cestou pokračovat. S informacemi přichází síla, v tomto případě i víra v lepší zítřky pro ty, kteří kvůli záchvatům přejídání trpí každý den.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ

Záchvaty přejídání (dále ZP) jsou jedním z hlavních **symptomů** poruch příjmu potravy (dále PPP), který se vyskytuje u záchvatového přejídání (anglicky binge eating disorder, dále BED), bulimie nervosy (dále BN), purgativního subtypu anorexie nervosy (dále PAN) a atypických PPP (American Psychiatric Association, 2013). Přejídání se objevuje na spektru od normálního k poruchovému (klinicky významnému) stupni závažnosti. Na podprahovém stupni ho lze najít i mezi zdravou populací (Striegel-Moore et al., 2000).

V rámci překladu anglického termínu binge eating dochází k různým nepřesnostem v odborném významu. Některá česká literatura odkazuje na binge eating, tedy symptom, jako na záchvaty přejídání, jiná jako na záchvatové přejídání, psychogenní přejídání nebo kompulzivní přejídání. Záchvatovitým, kompulzivním nebo psychogenním přejídáním však bývá nazývána i diagnostická jednotka z páté revize Diagnostického a statistického manuálu, která je v původním znění nazvána binge eating disorder. V této práci využíváme termínu záchvaty přejídání pro symptom (zkratkou ZP) a původní nepřeložený termín binge eating disorder (zkratkou BED) pro diagnostickou jednotku, a to z důvodu lepší přehlednosti.

## 1.1 Definice záchvatů přejídání

ZP můžeme definovat jako jedení neobvykle velkého množství jídla v krátkém čase. Přejídání je spojeno se ztrátou kontroly nad jedením a následnými pocity viny, úzkosti, deprese a zklamání ze sebe samotného.

Oproti běžnému přejídání jsou ZP specifické **množstvím snědeného jídla**. To je mnohem větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejný čas v podobných podmínkách. Okolnosti při jedení jídla mohou být pro diagnostiku klíčové. Například množství jídla, na které budeme pohlížet jako na nadměrné, může být považováno za normální během oslav a svátků (American Psychiatric Association, 2013). Počet zkonsumovaných kalorií během jedné epizody ZP se pohybuje mezi 1500 a 3500 kaloriemi, v některých případech může množství vyšplhat až na 20 000 kalorií. Jedinci si většinou při ZP vybírají potraviny, které vnímají jako zakázané a nezdravé, jichž pak zkonsumují velké množství. Někteří lidé

během ZP vypijí i mnoho tekutin. Po přejedení se cítí nepříjemně až bolestivě plní (Cooper, 2014).

Někteří výzkumníci mluví o rozdílu mezi subjektivními a objektivními ZP, přičemž za objektivní považují výše popsanou epizodu ZP. Subjektivní epizodu ZP pak vymezují jako přejedení se běžným množstvím jídla s pocitem ztráty kontroly (Fitzsimmons-Craft, 2014). Toto rozdělení vychází z práce Fairburna a Coopera (1994) a jejich diagnostického nástroje EDE (Eating Disorder Examination), ve kterém rozlišují mezi dvěma typy ztráty kontroly při jídle – přejedení se objektivně velkým množstvím jídla nebo běžnou či malou porcí. Dnes se diskutuje o zařazení rozdělení objektivních a subjektivních ZP do 11. revize MKN (Fitzsimmons-Craft et al., 2014).

Epizoda ZP trvá **krátký čas** (max. 2 hodiny), nejde o postupné přejídání se během celého dne (American Psychiatric Association, 2013). Při ZP si jedinec vkládá potraviny rychle a mechanicky do úst a potravu moc nekouše, polyká celá sousta. Rychlost jedení je až 2x rychlejší než u běžné konzumace jídla (Papežová, 2014).

Jedním z hlavních znaků ZP je **ztráta kontroly**, kdy se jedinec nemůže zdržet jedení nebo s ním nemůže přestat. Někteří jedinci popisují ztrátu kontroly rozdílně v různých situacích – např. nedokážou přestat s přejídáním, když u nich doma někdo klepe na dveře, ale okamžitě přestanou, když je někdo při přejídání přistihne (American Psychiatric Association, 2013).

Svůj problém se ZP jedinec většinou drží v tajnosti, a proto lže ostatním o svých aktivitách, náladě či množství přijatého jídla, protože pocítuje silný stud a strach. Z toho důvodu se jedinec přejídá zpravidla o samotě. Někdy se ZP odehrávají při nakupování mezi obchody. V každém z nich si jedinec nakoupí menší množství potravin a při přechodu do dalšího obchodu tyto potraviny rychle zkonzumuje, aby nikdo neodhalil množství jimi snědeného jídla. V některých případech se může jedinec, který se záchvatovitě přejídá, svěřit ostatním s jeho problémy až po několika desítkách let (Cooper, 2014).

Symptom ZP nebyl ve středu vědeckého zájmu až do vydání čtvrté edice Diagnostického a statistického manuálu (DSM-4), ve kterém byla představena diagnóza BED jako příklad dále nespecifikovaných poruch příjmu potravy. Zároveň zde byl přesně definován symptom ZP u BN a PAN (American Psychiatric Association, 1994).

V pátém vydání DSM (American Psychiatric Association, 2013) byla poprvé uvedena diagnóza BED jako samostatná diagnostická jednotka v rámci kategorie PPP.



Naproti tomu v nejnovějším vydání Mezinárodní klasifikace nemocí nejsou diagnózy se symptomem ZP přesně popsány. V aktualizované edici se počítá s jejich zařazením (Nicholls & Arcelus, 2010).

Tato relativně nová diagnostická kritéria pomohla mnoha lidem získat pomoc a podporu, kterou potřebují při boji s PPP. Diagnostická kritéria PPP se ZP však stále nejsou dokonalá a v nových revizích DSM i MKN potřebují rozvinout či pozměnit na základě stále se rozšiřující vědecké literatury a studií o ZP.

## **1.2 Přidružené poruchy příjmu potravy**

ZP se objevují jako jeden z hlavních symptomů u různých typů PPP, včetně BED, BN, PAN a atypických PPP. Každá z těchto poruch však vykazuje specifika ohledně frekvence ZP, ne/přítomnosti kompenzačního chování a ostatních symptomů dané PPP. V následujících odstavcích chceme představit jednotlivé PPP a jejich vztah k ZP.

V desáté revizi MKN není věnováno ZP a poruchám s nimi spojenými mnoho prostoru. Je zde uvedena jen diagnóza Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4), která mluví o psychogenním přejídání jako následku emocionálně zatěžující situace jako je např. úmrtí blízké osoby nebo vážná nehoda (WHO, 2009).

Pro klasifikaci PPP se symptomem ZP je vhodnější využití DSM-5, který na rozdíl od MKN-10 zahrnuje BED a PAN. Proto v této práci upřednostníme popis diagnostických jednotek dle DSM-5 (WHO, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

### **1.2.1 Binge eating disorder**

BED můžeme diagnostikovat za přítomnosti několika kritérií. Prvním z nich jsou opakující se epizody ZP a přítomnost emocionálního nepokoje ohledně přejídání. Dále je pro BED typické rychlé tempo jedení, jedení o samotě kvůli studu z množství snědeného jídla, jedení velkého množství jídla bez prvotního pocitu hladu až do pocitu nepříjemného přejedení a následný pocit znechucení ze sebe samotného, vina a depresivní pocity.

U osob trpících BED můžeme sledovat výrazný zármutek týkající se přejídání. Na něj však nenavazuje kompenzačními metodami (zvracení, laxativa atd.) jako je tomu u BN (American Psychiatric Association, 2013).

Epizody ZP se objevují min. 1x týdně po dobu 3 měsíců. Podle DSM-5 (2013) můžeme rozlišovat různé stupně BED dle četnosti ZP a tím i odlišenou závažnost poruchy:

- a) Mírná forma – 1-3 epizody přejídání za týden;
- b) Střední forma – 4-7 epizod přejídání za týden;
- c) Těžká forma – 8-13 epizod přejídání za týden;
- d) Extrémní forma – 14 a více epizod přejídání za týden.

S BED je spojováno mnoho fyzických nemocí a obtíží. Mezi ně patří diabetes melitus, hypertenze, chronická bolest krku, zad a hlavy, syndrom dráždivého střeva, poruchy spánku a astma. Mezi ženami s BED se objevuje brzká menarche, menstruační dysfunkce a porod dětí s vyšší hmotností. Jedinci s BED mají často nadváhu nebo jsou obézní (Kessler et al., 2013), avšak více než polovina má zdravou váhu (Didie & Fitzgibbon, 2005).

## 1.2.2 Bulimie nervosa

BN má podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) několik hlavních diagnostických znaků, mezi které patří opakující se epizody ZP s následným kompenzačním chováním (tj. vyvolané zvracení, požití laxativ, diuretik a jiných léků, přísné diety a hladovění nebo přehnané cvičení). Důvodem pro následné kompenzační chování je strach z nabírání váhy. Sebepojetí je u jedinců s BN přílišně založeno na tělesné váze a tvaru postavy.

Kompenzační chování se může objevit ve více různých formách. Nejčastější je u jedinců s BN vyvolané zvracení, které může být provedeno i 10x během jednoho dne. Zvracení je fyzicky i psychicky náročné, až život ohrožující. Tato metoda je navíc pro regulaci váhy zcela neefektivní, protože většina kalorií ze ZP je absorbována nehledě na následné zvracení (Krch, 2007). Ze zvracení se postupem času stává pro jedince s BN těžko odnaučitelný návyk, který odstraňuje zábrany v množství snědeného jídla během ZP (Cooper, 2014).

Dalšími možnostmi kompenzačního chování je požití laxativ, diuretik nebo dietních léků. Laxativa využívá až 20 % jedinců s BN. I tato metoda regulace váhy je však neúčinná a nesníží množství absorbovaných živin a následné nabírání váhy (Cooper, 2014).

Jedinci s BN se také často snaží kompenzovat velké množství přijatého jídla pomocí hladovění, přísných diet nebo přehnaného cvičení. Tyto kompenzační metody jsou velmi nebezpečné pro psychiku i tělo; jedincům využívajícím toto kompenzační chování hrozí menstruační dysfunkce, osteoporóza nebo dysfunkce endokrinního systému (Jordan et al., 2014).

Stejně jako u BED se pro diagnostiku BN musí ZP a kompenzační chování objevovat min. 1 týdně po dobu 3 měsíců. DSM-5 pak dle závažnosti stanovuje stejné kategorie poruchy jako u BED (mírná, střední, těžká a extrémní forma).

U jedinců s BN ukazuje BMI (anglicky body mass index, indikátor normality tělesné hmotnosti) typicky normální váhu nebo lehkou nadváhu. U obézních jedinců se BN objevuje jen zřídka. S BN jsou spojené fyzické problémy jako nepravidelná menstruace nebo amenorrhea, nevyváženost hladin minerálů v těle a další tělesné problémy, které mohou být fatální (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.2.3 Anorexie nervosa**

Jedinci s AN mají výrazně nízkou tělesnou váhu a jejich BMI je menší než 18,5. Strach z tloušťky nemizí i při dosažení takto nízkého BMI, naopak se může zvětšovat. Tito jedinci sami sebe, i přes nízkou hmotnost, vnímají jako celkově tlusté nebo se jim zdají velké některé části jejich těla. Pro kontrolu, zda jedinci nabrali váhu, se obsesivně váží, měří si obvod různých partií těla a kontrolují se v zrcadlech (American Psychiatric Association, 2013).

Tato porucha je jednou z nejzávažnějších duševních poruch kvůli vysoké mortalitě. Standardizovaná mortalita u AN kolísá mezi 1 % a 18 % na základě různých faktorů (věk, závažnost onemocnění...) (Stárková, 2009). Sebevraždnost jedinců s AN se pohybuje kolem 57 %. Příčinou smrti může být také selhání srdce či jiné fyziologické selhání organismu (Agras et al., 2004).

V nejnovější verzi DSM byla AN rozdělena na dva subtypy – restriktivní a purgativní AN. V rámci PAN se kromě obecných diagnostických kritérií AN (restrikce přijatých kalorií, strach z nabírání váhy a narušené vnímání svého těla) objevují epizody ZP a následné kompenzačních chování (American Psychiatric Association, 2013). Podle longitudinální studie Eddyho a kolegů (2002) však mezi jednotlivými subtypy AN přejde téměř polovina jedinců, mezi PAN a BN pak více než třetina jedinců. Někteří autoři tak

spekulují o nepotřebnosti subtypů AN a zařazení PAN do diagnózy BN (Peterson et al., 2011). U všech jedinců s PPP je velmi pravděpodobné, že se u nich během života objeví i jiný typ PPP (Welch et al., 2016).

#### **1.2.4 Jiné poruchy příjmu potravy**

Diagnostický a statistický manuál popisuje i jiné PPP. Tyto poruchy se vyznačují nižší frekvencí symptomů (atypická AN, BN s nízkou frekvencí či trváním neboli podprahová BN, BED s nízkou frekvencí či trváním neboli podprahová BED) nebo absencí ZP před kompenzačním chováním (purgativní porucha). Dále se zde nachází syndrom nočního jení, který je charakteristický opakujícími se epizodami jení při nočním probouzení nebo po večerním jídle, které však nesplňují charakteristiky symptomu ZP (American Psychiatric Association, 2013).

Počet a okolnosti epizod ZP se u jednotlivých typů PPP liší. Průměrně se u jedinců s AN vyskytuje ZP 0,5x za měsíc, u atypické AN 0,3x za měsíc. U jedinců s BN to pak je 8,5x za měsíc (u podprahové BN 2,7x za měsíc) a u BED se epizoda ZP objevuje 6,3x za měsíc (u podprahové BED 2,8x za měsíc) (Stice et al., 2013).

Zařazení těchto diagnóz PPP do klasifikačních systémů nemocí nebylo snadné. Muselo tomu předcházet několik desítek let výzkumů o průběhu poruch, stejně jako hledání rizikových faktorů pro vznik a výskyt jednotlivých PPP. Stále se však objevují nové teorie. V následující kapitole popisujeme jednotlivé historické i novodobé modely PPP.

### **1.3 Modely záchvatů přejídání**

Vědecká komunita se shoduje, že pro účinnou a dobře zaměřenou prevenci, léčbu a terapii PPP, je potřeba nalézt příčiny vzniku PPP, rizikové a udržovací faktory. Proto bylo během minulých 60 let vytvořeno několik teoretických modelů pro vysvětlení okolností ZP (Burton & Abbott, 2017). Následující podkapitoly popisují jednotlivé teorie a modely, které se snaží různými způsoby uchopit ZP.

#### **1.3.1 Rané modely poruch příjmu potravy**

První novodobý model PPP představila Bruchová (1973), která vycházela z předpokladu, že poruchy v jení jsou způsobené psychickými dysfunkcemi. Vymezila tři

kategorie, ve kterých se pacienti AN liší od psychicky zdravé populace, a to poruchy tělesného schématu, poruchy vnímání signálů svého těla (např. signálů hladu a plnosti) a nízké sebevědomí. Podle Bruchové se jedinci snaží pomocí chování spojeného s AN získat pocit kontroly nad sebou a svým tělem. Později do svého modelu Bruch dodala vliv společenského tlaku k dosažení a udržení štíhlé postavy, který může být jedním ze spouštěčů tohoto onemocnění (Bruch, 1977). Tato teorie významně ovlivnila další modely restriktivních i nerestriktivních PPP (Burton & Abbott, 2017).

Na práci Bruch navázal Russell (1979), který popsal BN a její specifické psychické příčiny a projevy. Za možnou příčinu BN považoval Russell nenaplněné emocionální potřeby, které vedou k přejídání. Mezi projevy BN zdůraznil opakující se myšlenky na jídlo, váhu a tvar svého těla. Popsal také silný strach z nabírání váhy, který se objevuje po záchvatech přejídání. Kompenzační chování pak zapříchňuje strach z nabírání váhy. Mnoho z těchto myšlenek je v rámci nynějších teorií PPP stále aktuálních (Williamson et al., 2004).

### **1.3.2 Modely restriktivního stravování**

Herman a Mack (1975) začali ve svém modelu restriktivního stravování (dietary restraint theory) zdůrazňovat roli diet a přísných pravidel ve stravování jako spouštěče záchvatovitého přejídání. Podle jejich výzkumu jsou jedinci se sklonem k omezování se ve stravování, co vede k fyziologickému hladu, více ohroženi následným přejídáním. Přejídání se objevuje také jako důsledek dichotomního stylu myšlení, při kterém si jedinec tvoří striktní pravidla ohledně množství nebo typu jídla, které může sníst. Při jídle pak pro něj nejsou klíčové tělesné signály hladu a plnosti, ale rozhoduje se kognitivně, na základě předem určených pravidel. V případě jejich porušení pak přichází zklamání ze sebe samotného a následná epizoda přejedení. Poté se jedinec znovu vrátí k omezování, někdy i přísnějšímu než před záchvatem přejedení. Jedinci jsou tak uvězněni v cyklu inhibice – omezování se ve stravě a disinhibice – porušení pravidel ve stravování (Polivy & Herman, 1985).

Některé následné výzkumy tohoto modelu poukázaly na vliv diet jako rizikového faktoru pro rozvoj záchvatovitého přejídání a obezity, ale většina z nich označila omezování kalorií ve stravě za bezpečné (Luz et al., 2015). Tento model navíc nelze považovat za kompletní popis možných příčin záchvatovitého přejídání. Nevysvětluje

epizody přejídání u jedinců, kteří se před přejídáním neomezovali ve stravování (McManus & Waller, 1995) nebo u kterých, dle subjektivní výpovědi, nebylo přejídání způsobeno hladem nebo touhou po jídle (Whiteside et al., 2007).

### 1.3.3 Kognitivní modely záchvatového přejídání

Jeden z prvních modelů PPP vycházející z kognitivní psychologie byl model AN od Garnera a Bemise (1982), který navazoval na Beckův model deprese. Garner a Bemis se domnívali, že stejně, jako v Beckově kognitivním modelu deprese, jsou zkreslená kognice a přesvědčení hlavním udržovacím faktorem. Vycházeli ze zjištění, že pacienti diagnostikovaní AN jsou často introvertní s vyšší mírou depresivity, perfekcionističtí a zaměřeni na výkon. Tito jedinci se domnívají, že hubnutím zmírní negativní pocity vycházející z každodenních situací nebo jiných příčin. Tato myšlenka je posilována pocitem z hubnutí, že mají svůj život pod kontrolou, a také tím, že jim okolí a rodina dávají pozitivní zpětnou vazbu na jejich úbytek na váze. Jedinci poté dostávají strach ze ztloustnutí, čímž se uzavírá bludný kruh.

Na tuto teorii navázal jeden z nejvýznamnějších modelů PPP, kognitivně-behaviorální model od Fairburna et al. (1994). Ten rozšířil myšlenky Garnera a Bemise z AN i na BN. Kognitivně-behaviorální model zdůrazňuje roli tělesné váhy a tvaru postavy jako hlavního faktoru při vzniku záchvatového přejídání a až za sekundární považuje myšlenky o jídle a jedení.

Cooper a Fairburn (2011) srovnávali jedince s BN a AN a našli u nich podobné charakteristiky jako Garner a Bemis (1982) – strach z tloušťky, přísnou sebekontrolu a rigidní dichotomní styl myšlení. Dále byla sebehodnota jedinců určena tím, jak vypadají a co jí. Tito jedinci si kvůli své váze a tvaru postavy nastavují přísná a velmi specifická pravidla ohledně stravování, která (často nevyhnutelně) nedokáží dodržet. V té chvíli se cítí „slabí, že nad sebou nemají kontrolu nebo že to zkazili a už to nemá cenu“ (Cooper & Fairburn, 2011, str. 397). Kvůli jejich dichotomnímu stylu myšlení pak ztratí všechnu kontrolu nad situací a výsledkem je epizoda záchvatového přejídání. Pociťují pak ztrátu kontroly nad svým stravováním, váhou a postavou a nastavují si přísnější pravidla stravování. Tím zvyšují riziko dalšího selhání a následného záchvatu přejídání (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002).

Cooper a Fairburn (2011) ve své pozdější práci doplňují, že nedodržení svých nastavených pravidel a ztráta kontroly se u jedinců s PPP objevují jako reakce na každodenní situace, špatnou náladu nebo emoce, a to ze dvou důvodů. Prvním z nich je, že v každodenních situacích je obecně obtížné dodržet přísná pravidla, druhým pak je, že epizoda přejídání slouží jako rozptýlení a prostředek pro změnu nálady.

Tato teorie sloužila jako základ pro terapii AN a BN v kognitivně-behaviorální terapii. Výsledky terapie založené na tomto modelu však nebyly ideální, a proto byla potřeba dalšího výzkumu a rozšíření teorie. Fairburn, Cooper a Shafran (2003) později publikovali transdiagnostický model kognitivně-behaviorální terapie rozšířené pro všechny typy PPP.

### **1.3.4 Teorie úniku**

Heatherton & Baumeister (1991) nabídli alternativu pro dřívější modely PPP, které nedokázaly popsat komplexní příčiny a udržovací faktory PPP. Tou je teorie úniku, která vysvětluje záchvatovité přejídání jako snahu o únik od sebeuvědomování. Jedinci trpící přejídáním typicky cítí vysoké očekávání od sebe samých, své tělesné váhy a tvaru postavy a předpokládají, že je okolí kriticky posuzuje. Chtějí na ostatní působit líbivě a příznivě, proto se často pozorují a kritizují. Z toho vyvstává depresivní nálada a úzkost, na což tito jedinci reagují snahou uniknout negativním pocitům a náladám. Volí si pro to záchvat přejedení, při kterém se jim uleví od negativních pocitů. To díky soustředění se na jednoduché činnosti a smyslové počítky z jídla a vyhýbání se abstraktním myšlenkám (např. sebehodnocení). Toto „kognitivní zúžení“ (cognitive narrowing) je považováno za únik od tíživého sebeuvědomování se.

Sekundárním efektem této změny v sebeuvědomování je potlačení jiných vysokoúrovňových kognitivních funkcí, např. kognitivního tlumení (cognitive inhibition), tedy schopnosti jedince blokovat rušivé podněty. Na základě této teorie způsobí dočasná ztráta kognitivního tlumení uvolnění potlačovaného chování. Protože jedinci s PPP často potlačují jedení, přesouvají se ze stavu vysokého sebeuvědomění do nízkého a tím uvolní nutkání k jedení, a to vede k záchvatu přejedení (Heatherton, Polivy, Herman, & Baumeister, 1993). Další výzkumné studie teorie úniku ukazují, že jedinci s BN vykazují nízké sebeuvědomování a nízké vnímání přítomného okamžiku před a během záchvatů

přejídání (Blackburn, Johnston, Blampied, Popp, & Kallen, 2006; Engelberg, Steiger, Gauvin, & Wonderlich, 2007).

Někteří autoři označují stavy nízkého sebeuvědomování za disociativní stavy. Přítomnost těchto stavů před a během záchvatu přejídání potvrzují některé retrospektivní studie (Lyubomirsky, Casper, & Sousa, 2001; La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso, & Lucarelli, 2010). Studie od La Mela et al. (2010) také ukazuje, že míra disociace je přímo úměrná počtu záchvatů přejídání.

Teorie úniku nabízí zajímavý pohled na PPP, který se potvrdil v rámci několika následných studií. Bohužel výzkum samotné teorie úniku není rozsáhlý. Tato teorie má však několik styčných ploch s teorií emoční regulace a dalších navazujících modelů, které vysvětlují příčiny záchvatovitěho přejídání podobným způsobem (Burton & Abbott, 2017).

### **1.3.5 Teorie emocionální regulace**

Teorie emoční regulace od Laceyho, Cokera a Birtchnella (1986) mluví o záchvatovitěm přejídání jako reakci na negativní pocity a náladu jedince. Na ty jedinec reaguje záchvatem přejedení jako copingovým mechanismem ve snaze ovlivnit druh a intenzitu prožívaných emocí. Díky jídlu se krátkodobě zmírní negativní emoce. To potvrzuje McManus a Waller (1995), kteří popsali emoce před, během a po epizodě přejedení. Před záchvatem přejedení jedinci zažívají hlavně depresivní pocity, stres a úzkosti. Během přejídání se pak negativní působení těchto emocí zmírňuje, ale krátce po záchvatu se objevují silné pocity viny, znechucení ze sebe samotného, depresivní pocity a strach ze ztloustnutí.

Nejčastějšími druhy situací, ve kterých je tento mechanismus využíván, jsou podle Laceyho et al. (1986) sexuální konflikt, výrazná životní změna (stěhování se, změna práce) a/nebo ztráta blízkého přítele nebo člena rodiny. Jedinci s PPP nemají osvojené jiné copingové strategie, a proto se při většině stresových situací uchylují k přejídání nebo naopak jedinci s AN k restrikci ve stravování. Tyto strategie krátkodobě zmírní negativní pocity nebo od nich jedince rozptýlí.

Autoři dále doplňují, že existují různé predispozice pro záchvatovité přejídání, které jsou emočně zatěžující. Mezi ně zařadili např. pochybnosti týkající se své ženskosti a



atraktivitu, špatné vztahy v rodině nebo s přáteli a rodinnou historii problémů s váhou nebo jedením (Lacey et al., 1986).

Potíže s emocionální regulací, které bývají spojované se záchvaty přejídání, jsou nejčastěji nedostatek osvojených strategií emocionální regulace nebo využívání maladaptivních strategií (zejména potlačování a inhibice emocí). Čím více jedinci s PPP využívají tyto maladaptivní strategie, tím vážnější jsou u nich projevy PPP. Hlavním důvodem využívání maladaptivních strategií u těchto jedinců je absence adaptivních strategií pro emoční regulaci (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Dalším problémem pro jedince s PPP jsou obtíže při identifikaci a pochopení svých emocionálních stavů (Whiteside et al., 2007). Sim a Zeman (2004) říkají, že bez schopnosti identifikovat jednotlivé emoce, které jedinec s PPP právě prožívá, je velmi obtížné vybrat správnou a efektivní strategii emoční regulace.

Studie od Danner, Sternheima a Everse (2014) zkoumala rozdíly a podobnosti v regulaci emocí mezi jedinci s různými typy PPP (AN restriktivní subtyp, AN-BP, BN a BED). Výzkumníci pozorovali vysokou míru maladaptivních strategií emoční regulace u všech typů PPP. Jedinci diagnostikovaní jedním ze dvou subtypů AN využívali nejvíce strategii potlačování emocí, zatímco jedinci s BED a BN využívali kognitivní přehodnocení (cognitive reappraisal).

Leehr et al. (2015) provedli analýzu 18 experimentálních studií, ve kterých byl zkoumán vliv emocí a nálady u obézních pacientů s a bez BED. Výsledky ukázaly, že negativní emoce u jedinců s BED opravdu slouží jako spouštěč záchvatu přejedení, naopak u jedinců bez BED předcházely jedení a přejídání pozitivní nebo neutrální pocity. Dále pak Leehr a kolegové zjistili, že přejedení vede ke krátkodobému zlepšení nálady a zmírnění negativních emocí bez rozdílu příslušnosti ke skupině s nebo bez BED. Touto analýzou výzkumníci podpořili pravdivost modelu emoční regulace. Tento model byl podpořen i naturalistickými a observačními studii (Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger, & Crosby, 2003; Steiger et al., 2005).

### **1.3.6 Teorie schématu**

Waller, Ohanian, Meyer a Osman (2000) navázali na studie týkající se automatických negativních myšlenek a dysfunkčních předpokladů o tělesné váze, postavě a

jedení u jedinců s BN. Obohatili kognitivní aspekt PPP o roli raných maladaptivních schémat jako možné příčiny přejídání.

Raná maladaptivní schémata představili Young, Klosko a Weishaar (2003, 20) jako „široce založená, pervazivní témata nebo vzorce sestávající ze vzpomínek, emocí, kognicí a tělesných počítků..., která jsou do určitého (signifikantního) stupně dysfunkční“. Tato schémata se vytvářejí v dětství jako adaptivní odpověď na okolí dítěte. Young, Klosko a Weishaar (2003) vytvořili klasifikaci 18 schémat. Příklady těchto kategorií schémat jsou odmítnutí, opuštění nebo emocionální deprivace.

Schémat se u dospělých projevují při okolnostech, které jsou spouštěčem pro (často nevědomé) vzpomínky na traumatické zážitky z dětství (Kordačová, 2013). Když je spuštěno jedno nebo více schémat, sebevědomí a sebehodnota jedince jsou v ohrožení a jako přímý důsledek zažívá jedinec negativní emoce nebo náladu (Young et al., 2003).

Několik studií zkoumalo přítomnost raných maladaptivních schémat u jedinců s PPP. Výsledky ukazují zvýšený počet patologických schémat u jedinců s BN a BED oproti zdravé populaci (Waller et al., 2000).

Unoka, Tolgyes, Czobor a Simon (2010) dokázali přítomnost určitých schémat u jednotlivých typů chování objevujících se u PPP. Schéma opuštění/nestabilita se vyskytuje u chování, které vyústí v okamžitou odměnu, tedy v tomto případě v přejídání a zvracení a tím u jedinců s BN.

Waller (2003) porovnal schémata objevující se u jedinců s BN se schématy u jedinců s BED a zjišťoval, jak souvisí s frekvencí záchvatů přejídání. U BED našel silnou pozitivní korelaci mezi frekvencí záchvatů přejedení se zranitelností vůči újmě či nemoci, sociální izolací/odcizením, závislostí/nekompentencí, nevyvinutým já a neúprosnými nároky/hyperkriticností. U jedinců s BN však Waller žádný signifikantní vztah mezi frekvencí přejídání a určitými schématy nenašel. BED byla také oproti BN charakteristická vyšší mírou citové inhibice, závislosti/nekompentence a nižší mírou opuštění/nestability. To naznačuje, že strach z opuštění může zvýšit riziko kompenzačních mechanismů po záchvatu přejedení. Obecným prediktorem pro frekvenci záchvatu přejedení u BN, BED i AN-BP je přítomnost a závažnost schématu citové inhibice, tedy nevyjadřování emocí kvůli studu, strachu z nesouhlasu druhých nebo ze ztráty kontroly nad svými impulzy (Waller, Dickson, & Ohanian, 2002). Emocionální inhibice se objevuje u jedinců z rodin,

kde není běžné vyjadřovat své emoce nebo kde emoce členové rodiny neberou vážně (Young et al., 2003).

Young et al. (2003) popsal využití raných maladaptivních schémat při léčbě PPP. Studie terapie zaměřené na schéma ukazují slibné výsledky při léčbě PPP, zatím však nebyl proveden dostatečný výzkum pro potvrzení dlouhodobých účinků (Burton & Abbott, 2017).

### **1.3.7 Model dvojí cesty**

Stice a Agras (1998) navrhli model dvojí cesty (Dual-Pathway Model) pro jedince trpící BN, který spojuje aspekty emočně regulačního modelu s aspektem socio-kulturního vlivu rodiny, vrstevníků a médií, kvůli kterému podle autorů převládá ideál štíhlosti. Tento ideál si podle Stice a Agrase jedinci náchylní k BN internalizují, a tím začnou pocítovat nespokojenost se svou vlastní postavou. To je impulz k omezování se ve stravování a dietám.

Podle Stice a Agrase (1998) přispívají k záchvatům přejídání dva rizikové faktory. Prvním z nich jsou negativní emoce a druhým diety, oboje způsobené nespokojeností se svou postavou. Diety pak způsobují dvě rizikové reakce; fyzickou reakci na nedostatek přijatých kalorií a psychickou reakci při porušení pravidel diety, která vede k nezřízenému jedení (stejně jako u „efektu porušení abstinence“).

Mnoho studií potvrzuje souvislost negativních pocitů se záchvaty přejídání (jako u emočně regulačního modelu) (Burton & Abbott, 2017). Výzkum Holmese, Fuller-Tyszkiewicz, Skouterise a Broadbenta (2015) pak v rámci modelu dvojí cesty podporuje tvrzení o silném vztahu negativního tělesného sebepojetí se záchvaty přejídání.

V rámci literatury však není jasný pohled na souvislost diet a záchvatů přejídání. Výzkum klinického vzorku mezi nimi neprokázal signifikantní kauzální vztah (Luz et al., 2015; Stice, Shaw, & Nemeroff, 1998; van Strien, Engels, van Leuwe, & Snoek, 2005).

Stice (2016) provedl analýzu dosavadních studií faktorů predikujících jednotlivé typy PPP. Zjistil, že rizikovými faktory pro vznik BN jsou internalizace ideálu štíhlosti, nespokojenost se svou postavou, diety a negativní pocity, stejně jak říká model dvojí cesty. Žádný z rizikových faktorů tohoto modelu však nebyl signifikantní pro vznik BED. Není

tedy jasné, zda můžeme tento model považovat za vysvětlení záchvatového přejídání jako symptomu či jen vysvětlení vzniku BN (Burton & Abbott, 2017).

### **1.3.8 Transdiagnostický kognitivně-behaviorální model**

Fairburn, Cooper a Shafran (2003) rozšířili původní kognitivně-behaviorální model (Fairburn et al, 1994) BN o čtyři další udržovací mechanismy, a to vliv klinického perfekcionismu, malého sebevědomí, intolerance své nálady a mezilidských potíží. Tento model už není určen jen pro BN, ale pro všechny PPP včetně atypických PPP. Fairburn, Cooper a Shafran to zdůvodňují výskytem stejných udržovacích faktorů u všech PPP.

Pro porovnání původního a rozšířeného kognitivně-behaviorálního modelu PPP byl proveden nezávislý výzkum metodou modelování pomocí strukturálních rovnic. Oba modely byly adekvátní vůči datům pacientů s BN, ale transdiagnostický model lépe postihl variabilitu v restrikcí potravy a záchvatovém přejídání (Lampard, Byrne, McLean, & Fursland, 2011).

Další výzkum srovnával adekvátnost modelu dvojí cesty a staršího kognitivně-behaviorálního modelu a rozšířeného transdiagnostického modelu na data jedinců s různými PPP se symptomem záchvatového přejídání. U původního kognitivně-behaviorálního modelu byla shoda s daty slabá. Přijatelná shoda s daty byla zjištěna u modelu dvojí cesty a transdiagnostického kognitivně-behaviorálního modelu. Shoda však nebyla perfektní, výzkumníci tedy předpokládají, že existují další proměnné, které nejsou v těchto modelech zahrnuty (Allen, Byrne, & McLean, 2012).

### **1.3.9 Integrovaný kognitivně behaviorální model**

Williamson et al. (2004) vytvořili komplexní model PPP, který integruje vědecké poznatky předchozích třiceti let. Do integrovaného kognitivně behaviorálního modelu zahrnují body self-schema (tělesné sebe-schéma), kognitivní zkreslení, negativní emoční reakce, záchvatové přejídání, kompenzační chování a jeho posílení zmírněním negativních emocí a rizikové faktory pro vznik PPP (strach ze ztloustnutí, znepokojování se svou tělesnou váhou a postavou a perfekcionismus).

Hlavním konceptem v tomto modelu je tělesné body self-schema, které je typické přílišným zabýváním se svým tělem a jídlem a zkreslováním interpretací u situací s nimi

spojenými. Například neškodné komentáře od ostatních o postavě daného jedince můžou být interpretovány jako urážka nebo negativní kritika jeho postavy nebo váhy. Toto zkreslení probíhá nevědomě a jedinec ho prožívá jako pravdivé (Williamson, Muller, Reas, & Thaw, 1999).

Kognitivní zkreslení pak vedou k negativním emocím (např. deprese, úzkost, vztek), kterým se chce jedinec vyhnout a uniknout od nich, k čemuž využije zvracení, omezení se v jídle nebo přehnané cvičení. Na záchvaty přejídání je v tomto modelu názíráno ze dvou úhlů – jako způsob úniku od negativních emocí stejně jako důsledek omezování se v jídle. Tato chování zmírní negativní emoce a tím posílí jedince ve spoléhání se na ně. Tím zesílí i body self-schéma (Williamson et al., 2004).

Integrovaný kognitivně-behaviorální model nám poskytuje dobré shrnutí dosavadního výzkumu a literatury o příčinách a udržujících faktorech PPP. Integruje teoretické zázemí restriktivní teorie, emočně regulační teorie, teorie dvojí cesty a teorie schémat s hlavními myšlenkami transdiagnostického kognitivně-behaviorálního modelu. Zatím však nebyl proveden dostatečný výzkum pro srovnání integrovaného modelu s jinými teoriemi (Burton & Abbott, 2017).

### **1.3.10 Kognitivní model bulimie nervosy**

Cooper, Wells a Todd (2004) zkonstruovali model založený na detailních rozhovorech jedinců s diagnózou BN, dřívějších modelech PPP (kognitivních modelech, restriktivním modelem, teorií úniku a emočně regulačním modelem) a nových poznatků z výzkumů kognitivní psychologie.

Model popisuje rizikové faktory pro vznik BN. Cooper et al. zjistili, že negativní nebo traumatická událost v dětství nebo adolescenci vede ke vzniku dysfunkčních přesvědčení, např. negativního přesvědčení o sobě samotných. Pro zvládnání těchto přesvědčení jedinci omezují stravování a vytvářejí si přísná pravidla v touze být přijat ostatními nebo přijmout sám sebe díky štíhlosti. To vede ke vzniku negativních přesvědčení o následcích ztloustnutí, což podporuje restrikcí ve stravě (Burton & Abbott, 2017).

Udržovací faktory v kognitivním modelu BN jsou popisovány jako cyklus chování způsobený hlavními přesvědčeními jedince a meta-kognitivními přesvědčeními. Cyklus

začíná stresující situaci, která probudí negativní přesvědčení o sobě (např. „Nikdo mě nemůže mít rád.“) spolu s pocity úzkosti, deprese a/nebo viny. Poté následuje záchvat přejedení jako reakce na tyto negativní emoce, které jsou jedním zmírněny, což posiluje pozitivní přesvědčení o jídle (např. „Díky jídlu se cítím dobře.“). Tak vzniká konflikt mezi pozitivními a negativními přesvědčeními o jídle. Pro zmírnění stresu z této situace vznikají dovolující meta-kognitivní přesvědčení (např. „Přejídání je v pořádku, potřeboval jsem to.“) nebo meta-kognitivní přesvědčení o ztrátě kontroly (např. „Nemohl jsem s tím nic udělat, v jídle se nedokážu ovládat.“). Tato přesvědčení pak v dalším cyklu předcházejí záchvatu přejedení, pro který jsou udržovacím faktorem. Přejedení pak aktivuje negativní přesvědčení o sobě a jedení („např. „Ztloustnu.“), což vede ke kompenzačnímu chování jako k úlevě od emocí (Burton & Abbott, 2017).

Přestože studie naznačují, že tento model vysvětluje záchvaty přejídání nejen u BN, ale i u BED, zatím neexistují studie dokazující pravdivost tohoto tvrzení. V dalších výzkumných studiích modelů PPP by bylo vhodné porovnat aktuální teorie PPP (negativní transdiagnostický kognitivně-behaviorální model, integrovaný kognitivní model a kognitivní model BN) a zjistit jednotlivé shody s daty z klinické populace BN, BED i AN-BP (Burton & Abbott, 2017).

Ačkoli existuje spousta literatury zabývající se teoretickými modely AN a BN, neexistuje mnoho teorií týkajících se BED. Hlavním důvodem je krátká existence této diagnózy. Předpokládáme, že se bude teoretická základna o záchvatovitém přejídání rozšiřovat, což povede k pochopení rizikových faktorů, příčin, udržovacích vlivů a následných možností léčby a terapie (Burton & Abbott, 2017).

## 1.4 Epidemiologie záchvatů přejídání

Epidemiologické studie PPP nám dávají odpovědi na otázky kdo, co, kde, kdy a proč. Tím charakterizují, jaké osoby trpí určitými poruchami, zeměpisné a společenské podmínky místa, ve kterém tyto osoby žijí, i dobu, ve které se u nich porucha objevila a jak dlouho pak trvala. V návaznosti na tyto výzkumné studie můžeme určit rizikové faktory pro vznik PPP (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Pro deskriptivní a analytické výzkumy PPP však bývá překážkou malé zastoupení jedinců s těmito poruchami v populaci a také možné popírání či maskování symptomů a samotného onemocnění. Proto je mnoho z těchto výzkumných studií prováděno z již

existujících lékařských záznamů. Tak mohou být výsledky z následujících studií mírně odlišné od pro jedince s PPP, kteří nevyhledali lékařskou pomoc. Přesto nám epidemiologické studie mohou dát alespoň přibližnou představu o situaci v populaci (Smink et al., 2012).

### 1.4.1 Prevalence

Epidemiologický nástroj, který pomáhá určit, jak často se objevuje určité onemocnění v populaci, se nazývá prevalence (Gofertová & Šmerhovský, 2015). V následujících odstavcích uvádíme přehled studií zaměřených na prevalenci ZP a jednotlivých PPP.

Mezi epidemiologickými studiemi zaměřenými na ženy je výskyt BED průměrně určován na 0,70 - 3 %, výskyt BN na 0,70 - 2 % a u AN jsou to 0,80 - 4 %. Čísla se různí na základě studované země a populace určené pro výzkum PPP (Smink et al., 2013, Mustelin et al., 2015, Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Mezi muži se BED vyskytuje u 2 %, BN u 0,50 % a AN u 0,30 % (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007).

Ve výzkumných studiích se ukazuje mnohem větší výskyt ZP u jedinců, kteří trpí atypickou AN (celoživotní prevalence do 20 let 2,80 %) nebo podprahovou BN (celoživotní prevalence do 20 let 4,40 %) a podprahovou BED (celoživotní prevalence do 20 let 3,60 %) (Stice et al., 2013).

První mezinárodní studie porovnávající prevalenci BED a BN u dospělých došla k závěru, že by BED mělo být považováno jako stejně vážný (ne-li větší) problém jako BN. To proto, že se podle jejich dat celoživotní prevalence BN pohybuje kolem 1 % a celoživotní prevalence BED kolem 1,90 %. Procento u BED bylo vyšší prakticky u všech zkoumaných zemí (Kessler, 2013). Finská studie od Mustelinové a kolegů (2015) však nepotvrdila takto vysokou celoživotní prevalenci BED vůči BN. Jejich epidemiologická longitudinální studie sledovala dvojčata ženského pohlaví od jejich adolescence do střední dospělosti. Objevila celoživotní prevalenci BED 0,70 %. Rozdílnost v závěrech obou studií je možné připisovat k obtížné diferenciální diagnostice nepurgativní BN a BED. Proto mohou u některých diagnostických nástrojů jednotlivci s BN spadat pod diagnózu BED a naopak.

Goossens, Soenens a Braet (2009) zjišťovali výskyt subjektivních a objektivních ZP u adolescentů. Počet jedinců, u kterých se vyskytly jen subjektivní ZP byl 9,30 %,

počet těch, u nichž se vyskytly jen objektivní ZP, byl 4,80 %. Oběma typy přejídání trpělo 2,60 % jedinců.

### 1.4.2 Incidence

Dalším epidemiologickým nástrojem je incidence, která vyjadřuje počet nových případů, kdy jedinec onemocní, v určitém časovém úseku (Gofertová & Šmerhovský, 2015). V následujících odstavcích lze nalézt studie týkající se incidence ZP nebo PPP během jednoho roku.

Finská studie sledující dvojčata po dobu 20 let zjistila incidenci BED u žen od 10 do 24 let 35 na 100 000 obyvatel (Mustelin, 2015). Ve výzkumu adolescentních amerických dívek od 16 do 20 let byla určena incidence 343 na 100 000 obyvatel za rok (Stice et al., 2013).

Incidence BN byla u 10 -24letých dívek 150 na 100 000 obyvatel za rok. Jen třetina případů byla zachycena zdravotníky (Keski-Rahkonen et al., 2009).

Incidence PAN zatím, z toho, co je nám známo, nebyla zmapována. Epidemiologické studie incidence se zaměřují spíše na AN, u níž byla incidence mezi 15–19letými finskými dívkami určena na 490 na 100 000 obyvatel za rok (Keski-Rahkonen et al., 2007), u amerických dívek od 12–20 let na 104 na 100 000 obyvatel za rok (Stice et al., 2013).

Incidence atypických a podprahových PPP u adolescentních amerických dívek je 366 na 100 000 obyvatel za rok pro atypickou AN, 504 na 100 000 obyvatel za rok pro podprahovou BN a 447 na 100 000 obyvatel za rok pro podprahovou BED (Stice et al., 2013).

V DSM-5 došlo v roce 2013 k několika změnám v diagnostických kategoriích a kritériích PPP. Jednalo se hlavně o přidání nové diagnózy BED a zmírnění kritérií pro diagnózu AN i BN. Kvůli této nedávné změně neexistuje mnoho epidemiologických výzkumů, které by používaly diagnostická kritéria z DSM-5. Proto jsou výsledky předchozích studií často velmi odlišné. Diagnóza BED nebo subtypy AN byly zatím málo prozkoumány, ale odborná literatura s novými diagnostickými kategoriemi se postupně rozrůstá. Dalšími důvody rozdílných výsledků jednotlivých studií může být různá metodologie studií, odlišné a často velmi omezené vzorky populace.



### 1.4.3 Věk

O PPP se často mluví jako o duševním onemocnění pubertálního věku. Retrospektivní data ze studie Hudson, Hiripihou a Kesslera (2007) ale ukazují, že medián věku a mezikvartilové rozpětí prvního výskytu ZP je u BED 21 let (17-32 let), u BN 18 let (14-22 let) a u AN 18 let (16-22 let). I v dalších studiích se ukazuje, že se PPP objevují u pubescentů, ale mnohem častěji se projevují až ve věku adolescentů a mladých dospělých (Kessler et al., 2013; Mustelin, Raevuori, Hoek, Kaprio, & Keski-Rahkonen, 2015; Nagl et al., 2016).

V této práci vycházíme z definice jednotlivých věkových etap dle Vágnerové (2012), která pubescenci vymezuje věkem 11-14 let, adolescenci 15-20 let a mladou dospělost 21-34 let.

To se ukazuje i u prvního výskytu záchvatu přejedení. Z těch, kteří někdy trpěli ZP, mělo 30 % svou první epizodu přejídání v dětství až adolescenci, 70 % pak v dospělosti. Průměrný věk při první epizodě ZP byl 23,6 let (Brewerton et al., 2014).

I když je pravděpodobnost propuknutí PPP v pubescenci velmi malá, výskyt rizikových faktorů se právě v tomto období razantně zvyšuje. To pak nejspíše způsobuje propuknutí nemoci v adolescenci a mladé dospělosti (Rohde, Stice, & Marti, 2015).

### 1.4.4 Geografie

Bruch (1973) vyslovuje otázku, zda jsou PPP onemocnění způsobené životním stylem typickým pro západní civilizaci a jsou tedy více přítomné v Evropě a Severní Americe. V novodobých výzkumech se ale ukazuje, že těmito poruchami nebo jejich symptomy trpí jedinci napříč etnickou příslušností, rasou a kulturou.

Studie zabývající se výskytem PPP v Asii ukazují na stejnou prevalenci i incidenci PPP ve většině států tohoto kontinentu. Vědci spekulují o vlivu globalizace a představení západních ideálů asijské populaci jako o hlavním faktoru rozvoje PPP v této oblasti. I v zemích, které nejsou natolik ovlivněny západní kulturou a není v nich tak vysoký výskyt PPP, jsou zaznamenány stejná (nebo vyšší) nespokojenost se svým tělem a jedením jako u jedinců ze západních zemí (Pike & Dunne, 2015).

Velmi nízké procento jedinců s AN bylo zaznamenáno v Africe, Jižní Americe a u Hispánců a Afro-Američanů v USA oproti západním a asijským zemím (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016). Kolar et al. (2016) mluví o možném protektivním faktoru v kulturách těchto zemí/etnik, a to ideálu plnoštíhlé krásy. Vliv na nižší výskyt AN může mít

i spokojenost se svou tělesnou hmotností nebo absence znepokojení, méně diet a cvičení (Perez, Ohrt, & Hoek, 2016, van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016). Výskyt ostatních PPP je u těchto zemí a etnik podobný jako u západních zemí (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016).

Epidemiologických studií týkajících se PPP spojených s ZP je mnoho, jsou však zkoumány především adolescentní dívky ve Spojených Státech, Kanadě nebo západní a severní Evropě. V České republice zatím nebyly provedeny rozsáhlejší epidemiologické výzkumy tohoto jevu. Ani v zahraničí však prozatím nebylo věnováno tolik prostoru mužům, dospělým, seniorům a chudším lidem. Zájem odborné i široké veřejnosti o PPP však stále roste, a proto můžeme očekávat nové studie zahrnující širší populaci.

## 2 IMPULZIVITA A JEJÍ VZTAH SE ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ

Rizikové faktory pro ZP můžeme najít ve všech kategoriích bio-psycho-sociálního modelu člověka. Ve fyzickém aspektu může jít např. o genetickou výbavu, v sociálním o toxické vztahy. Výzkumy posledních let ukazují, že hlavní rizikové a udržovací faktory můžeme najít v psychice člověka, a to konkrétně v jeho osobnostních rysech. Jedinci neurotičtí, obsesivní nebo pesimističtí mají větší šanci, že je v životě postihne PPP spojená se ZP (Farstad, McGeown, & von Ranson, 2016). Jeden z nejvíce rizikových rysů je pak impulzivita, o jejímž vztahu se ZP budeme mluvit v následujících odstavcích.

Impulzivita může být definována jako „*sklon osobnosti jednat náhle, nepromyšleně, bez úvahy o následcích*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 217). Kalina a kolegové (2015, 144) k tomuto pojetí impulzivity přidávají, že „*Impulzivita souvisí s upřednostňováním malé okamžité odměny před opožděnou větší odměnou a s neschopností odměnu odložit.*“.

Impulzivita je zásadním psychologickým konstruktem, který se objevuje v mnoha teoretických pojetích osobnosti. Jako část své teorie osobnosti ji v určité formě uvedli např. Eysenck, Cloninger nebo Zuckerman (Zuckerman & Cloninger, 1996).

Navíc je impulzivita důležitý fenomén pro pochopení a diagnostiku psychopatologie. To dokazuje skutečnost, že v DMS-IV byla impulzivita druhým nejčastějším diagnostickým kritériem. Uvedena byla nejen u poruch kontroly impulzů jako pyromanie a kleptomanie, ale např. i u poruch osobnosti, ADHD, mánie nebo demence (Whiteside & Lynam, 2001). Impulzivita také souvisí s různými typy rizikového chování jako je užívání návykových látek, delikventní jednání nebo násilné činy (Dolejš, Skopal, Suchá, Cakirpaloglu, & Vavrysová, 2014).

## 2.1 Osobnostní modely impulzivity

Impulzivní jednání je jednou z kvalitativních poruch vůle, při kterém má jedinec nezvládnutelné nutkání k určitému skutku (Orel, 2016). Nejpoužívanějším modelem impulzivity v klinické praxi i výzkumu je Barrattova škála, vytvořena již v roce 1959. Podle Pattona, Stanforda a Barratta (1995) je impulzivita tvořena 3 faktory; pozornostní impulzivitou (neschopnost se soustředit), motorickou impulzivitou (jednání bez přemýšlení) a impulzivitou spojenou s nedostatkem plánování. Tato škála je v dnešní době hojně využívaná, ale souběžně kritizována pro absenci faktoru, který by pokrýval vliv emocí na impulzivní jednání (Linhartová & Kašpárek, 2017).

Na Barretta a kolegy navázal tým Whitesidea a Lynama (2001), který se pokusil vytvořit novou teorii impulzivity na základě výsledků dosavadních výzkumů. Faktorovou analýzou vyextrahoval čtyři faktory impulzivního jednání, a to negativní urgenci (tendence ke zkratkovitému jednání při negativních emocích), nedostatek plánování, nedostatek vytrvalosti a vyhledávání intenzivních prožitků. Cydersová a kolegové (2007) o několik let později přispěli faktorem pozitivní urgency, který dále vysvětluje zkratkovité jednání jako následek extrémních pozitivních emocí. Tento obohacený model impulzivity se nazývá UPPS-P.

## 2.2 Behaviorální modely impulzivity

Druhá skupina modelů je založena na přesvědčení, že impulzivita je důsledkem narušené funkce neurobiologického podkladu. Tímto narušením může být např. narušená behaviorální inhibice, tedy neschopnost kontrolovat své chování pomocí vůle a s ní spojená motorická impulzivita. Tu můžeme rozdělit na čekací impulzivitou (neschopnost inhibice předčasných nebo nevhodných činů) a zastavovací impulzivitou (neschopnost inhibice již probíhajícího chování). Dalším typem impulzivity je podle behaviorálních modelů impulzivita rozhodovací, tedy neschopnost odložit okamžité uspokojení (Linhartová & Kašpárek, 2017).

## 2.3 Impulzivita ve vztahu k záchvatům přejídání

Při hledání rysů osobnosti, které mají vliv na vznik a přetrvávání symptomu ZP, se často ukazuje impulzivita, jako jeden z hlavních rizikových faktorů (Fischer, Smith, & Anderson, 2003; Racine et al., 2017). Naproti tomu jiné studie mezi nimi nenacházejí

statisticky významnou souvislost (Dingemans, Danner, & Parks, 2017). Také při hledání vztahu mezi vysokou mírou impulzivity a PPP spojenými se ZP, nejsou výsledky konzistentní (Claes et al., 2015; Schag et al., 2013; Steward et al., 2017).

Jedním z vysvětlení tohoto nesouladu může být to, že pro záchvaty přejídání jsou rizikové jen určité faktory impulzivity, a ne impulzivita jako celý konstrukt. Například ve studiích používajících Baretovu škálu se ukazuje souvislost mezi pozornostní impulzivitou, motorickou impulzivitou (a jejich interakcí) s počtem záchvatů přejedení, ztrátou kontroly během jedení a pravděpodobností PPP. Naopak faktor impulzivita spojená s nedostatkem plánování nehraje významnou roli nebo naopak koreluje záporně (Meule, 2015).

Také studie využívající model UPPS-P naznačuje, že na ZP mají vliv jen určité faktory. Zdaleka největší souvislost zaznamenali mezi ZP a negativní i pozitivní urgencí. Ukázalo se, že míra urgencye určuje frekvenci i rozsah ZP (Fischer, Smith, & Cyders, 2008, Racine et al., 2017; Steward et al., 2017).

Racine a kolegové (2017) zjišťovali, jaké druhy negativní urgencye vedou nejčastěji k impulzivnímu jednání a ZP. Podle nich se jedná o nespokojenost se svým vzhledem nebo postavou a internalizaci ideálu štíhlosti. Naopak omezování se v jídle nebylo pro vznik ZP rizikem. Tím tito výzkumníci vyvrací modely vysvětlující ZP restriktivním stravováním.

Výzkumy ukazují, že jedinci trpící problémy se ZP mohou zažívat negativní náladu nebo emoce častěji než ostatní. Vyrovnávací mechanismus pak pro ně představuje jídlo. To jim na krátkou dobu zajistí odstranění negativní emoce. Tím se toto chování zpevňuje a při další negativní emoci/náladě bude s vyšší pravděpodobností použito znovu (Fischer, Smith, & Cyders, 2008; Smyth et al., 2007).

Z pohledu behaviorálních modelů spolu nesouvisí čekací impulzivita a ZP (Voon et al., 2014). Naopak rozhodovací impulzivita se ukázala jako zásadní riziko pro vznik a udržování ZP (Yeomans, Leitch, & Mobini, 2008).

Prozatím tedy není zcela jasné, zda na ZP působí impulzivita jako celek či jen některé části impulzivity. Může tomu tak být pro rozdílnost teorií impulzivity a jednotlivých faktorů jí tvořících. Mezi všemi studiemi však zůstává konzistentní závěr, který potvrzuje modely ZP mluvící o odstranění negativních emocí díky přejedení, a naopak vyvrací ty, které ZP vidí jako následek restriktivního stravování.

### 3 DEPRESIVITA A JEJÍ VZTAH SE ZÁCHVATY PŘEJÍDÁNÍ

Více než tři čtvrtiny jedinců se ZP se kromě PPP potýká ještě s dalším duševním onemocněním. ZP jsou spojovány s poruchami kontroly impulzů, poruchami osobnosti nebo závislostmi na psychoaktivních látkách. Nejčastější však bývá komorbidita s poruchami nálady, a to hlavně s úzkostnou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou nebo depresivní poruchou (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). V následující kapitole se budeme zabývat vztahem mezi depresí, depresivitou a ZP.

Depresivita je v DSM-5 definována jako stav, kdy se jedinec cítí na dně, mizerně nebo beznadějně a má potíže se z takové nálady vymanit. Převládá také anhedonie (neschopnost prožívat potěšení z dřív oblíbeného), pesimistický výhled do budoucnosti, všudypřítomný stud nebo vina, nízké sebehodnocení a myšlenky na sebevraždu nebo sebevražedné chování. Zmíněné projevy depresivity můžeme označit za afektivní. Kromě nich se depresivita projevuje i v oblasti kognitivní, motivační a somatické (American Psychiatric Association, 2013).

U většiny jedinců s vysokou depresivitou můžeme zaznamenat zhoršení kognitivních funkcí, a to hlavně paměti, schopnosti koncentrace a pozornosti, psychomotorických dovedností, rychlosti uvažování a schopnosti se rozhodovat. Další charakteristikou depresivity je rozpor mezi přesvědčením, výpověďmi a jednáním jedince. Ten vychází z nedostatku motivace a na ní navazujících činů.

Depresivitu dále provází nepříjemné až bolestivé tělesné projevy. Může jít o úbytek energie, bolest některé části těla, potíže s trávením či zhoršení nějakého současného somatického onemocnění. Depresivitu doprovází i poruchy spánku a snížení nebo naopak zvýšení chutě k jídlu a následné snížení či zvýšení tělesné hmotnosti (Orel, 2016).

Jednotlivé projevy depresivity byly až donedávna považovány za pasivní jednotky v rovnici deprese, které se sdružují, protože mají stejnou příčinu. Dnes se však vědecká

komunita baví o projevech depresivity jako o síti propojených symptomů. Např. nespavost způsobuje úbytek energie, která snižuje schopnost koncentrace a rychlost uvažování, a to pak může mít negativní vliv na sebehodnocení (Leemput et al., 2014). Některé z projevů jsou pro rozvoj a udržení deprese zásadnější než jiné. Smutná nálada a anhedonie jsou příčinou pro největší množství dalších projevů depresivity, naopak tomu je u nadměrné spavosti a fyzického neklidu (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx, & Borsboom, 2016).

Vysoká depresivita (neboli míra depresivních projevů) je předpokladem pro udělení diagnózy spojené s depresí. Tou může být podle MKN-10 lehká, střední nebo těžká depresivní fáze, periodická depresivní porucha (opakující se cykly s vysokou a nízkou depresivitou), dysthymie (chronicky zhoršená nálada) a depresivní fáze bipolární afektivní poruchy (WHO, 2009). V rámci poruch spojených s depresivitou popisuje DSM-5 podobné diagnostické jednotky jako MKN-10 (American Psychiatric Association, 2013).

V psychologické literatuře někdy bývá pojmem depresivita označen i rys osobnosti. Mnoho studií potvrzuje dlouhodobou stabilitu depresivity (Holsen, Kraft & Vittersø, 2000; Sund, Larsson & Wichstrom, 2001) a tím ukazuje na depresivitu jako rys osobnosti, který se během života nemění. Jiní autoři však mluví o opaku, tedy proměnlivosti depresivních projevů v čase. V této práci označujeme depresivitou míru depresivních projevů. To znamená, že každý jedinec má určitou míru depresivity, ať už nízkou či vysokou.

### **3.1 Negativní afekt a záchvaty přejídání**

Jak již bylo zmíněno výše, jedním z hlavních projevů depresivity je negativní afektivita (tedy míra negativních emocí). Existuje mnoho studií, které dokazují vysoký negativní afekt před ZP oproti zdravým jedincům (Haedt-Matt & Keel, 2011). ZP je pak častější během dní, kdy je negativní afekt vysoký, nebo kdy se během dne zvyšuje (Berg et al., 2014).

Naproti tomu výsledky studií týkajících se míry negativního afektu po ZV jsou smíšené. Někteří tvrdí, že se negativní efekt po ZP zvyšuje (Berg et al., 2014). Jiní zjistili, že se naopak snižuje (Berg et al., 2015, Smyth et al., 2007). Rozdíl ve výsledcích může být vysvětlen díky studii Bergové a kolegů (2013), kteří rozdělili negativní afekt do čtyř facet; těmi byly strach, vina, nepřátelství a smutek. Zjistili pak, že po ZP klesají facety strachu a smutku. Vina pak zůstává stejná nebo se dokonce zvyšuje a nepřátelství zůstává stejné. Studie sledující celkovou hladinu negativního afektu tak nemusí přinášet jasné výsledky.

Tato zjištění tedy částečně potvrzují model emoční regulace. Tedy že jedinec chce zmírnit negativní afekt pomocí ZP. To se mu podaří v určitých směrech (smutek nebo strach) a tím zpevní své chování pro příště.

## **3.2 Depresivita ve vztahu k záchvatům přejídání**

Podle DSM-5 je depresivita jedním ze souvisejících rysů BED. V longitudinální studii Johnsona a jeho týmu (2002) se potvrdilo, že depresivní symptomy v adolescenci a mladé dospělosti často vedou ke vzniku PPP se ZP. Tento závěr potvrdil i Araujo a tým (2010) nebo Azarbard a kolegové (2010). Avšak u jedinců ve střední a pozdní dospělosti nebyla tato souvislost nalezena (Dingemans, Danner, & Parks, 2017; Rosenbaum & White, 2015).

Stice (1998) přišel s teorií, že naopak ZP podporují vznik depresivních pocitů, pocitů studu a viny. Pravdivosti tohoto předpokladu nahrávají i studie, které zjistily, že bulimické epizody zvyšují rozsah budoucích depresivních nálad a vedou ke vzniku deprese (Presnell, Stice, Seidel, & Madeley, 2009). Spoor a jeho výzkumný tým (2006) však argumentovali proti této teorii vlivem dalších symptomů BN. Sami pak ve své studii dokázali, že ZP není prediktorem depresivity a deprese, ale mohou jimi být ostatní symptomy dané PPP.

Samotné poruchy spojené s depresivitou se u BN objevují u 48 % jedinců, u BED u 45,3 % jedinců a u PAN u 51 % jedinců (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006, Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). U 2/3 jedinců se obě poruchy objevily během 3 let po sobě (Fernandez-Aranda et al., 2007).

Souvislost deprese, depresivity a ZP jsou zatím nejasné. Pro léčbu PPP a depresivních poruch je vhodné pokračovat s výzkumem této problematiky. Může to ulehčit zaměření se na léčbu jedné poruchy, čímž se může oslabit nebo úplně zmizet druhá (na ní závislá) porucha.



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V České republice zatím nebyl fenomén ZP a jejich příčin středem zájmu odborné veřejnosti. Z toho důvodu neexistuje mnoho českých výzkumných studií a teoretické literatury o ZP. Souvisí s tím i absence kvalitních překladů psychodiagnostických nástrojů, které by dokázaly zachytit ZP a PPP s nimi spojené u jedinců, kteří jimi trpí. Jedním z hlavních cílů této práce je proto **překlad metod EDE-Q** (Eating Disorder Evaluation Questionnaire) a **BES** (Binge Eating Scale), které jsou v zahraničí hojně využívány v souvislosti s PPP.

V teoretické části jsme nastínili, jaký vliv mohou mít na výskyt ZP osobnostní rysy jedince. Mezi nimi se v některých studiích ukazuje na impulzivitou a její pozitivní korelaci s výskytem ZP, zatímco jiné takovou souvislost nenachází (Fischer, Smith, & Cyders, 2008, Racine et al., 2017; Steward et al., 2017).

U ZP a PPP můžeme nalézt i silnou komorbiditu s jinými psychickými obtížemi nebo nemocemi. Jedním z nejčastějších psychických onemocnění, které se objevuje spolu se ZP a PPP je deprese. Mnoho studií ukazuje, že depresivita, tedy míra depresivních projevů, pozitivně koreluje s výskytem ZP a PPP (Araujo et al., 2010, Azabard et al., 2010). Výsledky však nejsou konzistentní (Rosenbaum & White, 2015).

Jedním z cílů této práce je proto **popsat souvislost ZP, impulzivity a depresivity** na základě kvantitativního designu. Data z metod EDE-Q, BES, SIDS a SDDSS mají numerický charakter a budou podrobeny statisticko-matematické analýze. Metody využití v této studii detailně popisujeme v kapitole Aplikovaná metodika.

Pro dosažení výše zmíněného jsme v rámci výzkumné části této práce stanovili několik hlavních a dílčích **výzkumných cílů**:

1. Překlad dotazníků EDE-Q a BES.
2. Ověření základních psychometrických parametrů dotazníků EDE-Q a BES.
3. Identifikace souvislosti mezi depresivitou, impulzivitou a výskytem ZP u žen v adolescenci a mladé dospělosti.

4. Identifikace souvislosti BMI a věku s výskytem ZP u žen v adolescenci a mladé dospělosti.

V návaznosti na výzkumné cíle a poznatky vycházející z odborné literatury jsme stanovili tyto **výzkumné hypotézy**:

#### **Souvislost závažnosti ZP s impulzivitou a depresivitou**

H1: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a impulzivitou.

H2: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a depresivitou.

#### **Souvislost závažnosti PPP s impulzivitou a depresivitou**

H3: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a impulzivitou.

H4: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a depresivitou.

#### **Souvislost s BMI a věkem**

H5: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností ZP.

H6: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností PPP.

H7: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností ZP.

H8: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností PPP.

#### **Souvislost subškál EDE-Q s impulzivitou**

H9: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a impulzivitou.

H10: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a impulzivitou.

H11: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a impulzivitou.

H12: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a impulzivitou.

#### **Souvislost subškál EDE-Q s depresivitou**

H13: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a depresivitou.

H14: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a depresivitou.

H15: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a depresivitou.

H16: U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a depresivitou.

#### **Závažnost ZP a PPP u jedinců diagnostikovaných PPP**

H17: Závažnost ZP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.

H18: Závažnost PPP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.

# 5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V této kapitole objasníme postup sběru, zpracování a analýzy dat v rámci výzkumu. Popíšeme jednotlivé metody pro sběr dat a jejich převod do českého jazyka.

## 5.1 Aplikovaná metodika

Pro analýzu daných výzkumných cílů jsme využili pět nástrojů, a to Eating Disorder Examination Questionnaire (česky Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy, dále EDE-Q), Binge Eating Scale (česky Škála záchvatovitěho přejídání, dále BES), Škálu impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS), Škálu depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) a Body Mass Index (BMI). V následujících odstavcích krátce představíme jednotlivé nástroje.

### 5.1.1 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

EDE-Q byl představen odborné veřejnosti Fairburnem a Beglinem (1994) jako sebe-posuzující dotazníková verze Eating Disorder Examination (EDE). EDE je metoda polostrukturovaného rozhovoru pro diagnostiku širokého spektra PPP dle DSM-5. Výsledkem lze získat přehled o rozsahu a závažnosti PPP u testovaného jedince. Dnes je EDE známý jako zlatý standard pro diagnostiku PPP, a proto je hojně využíván jak v klinické praxi, tak ve výzkumu. Jeho administrace je však časově náročná pro klienta i zadávajícího a může tak trvat až 75 minut (Centre for Research on Eating Disorders at Oxford, n.d.).

Proto Fairburn a Beglin (1994) vytvořili metodu EDE-Q pro situace, kdy není možno vyhradit pro diagnostiku mnoho času, rozhovor by byl nepraktický nebo není dostupný zadavatel. Nejnovější šestá verze této metody vychází z transdiagnostického kognitivně-behaviorálního modelu Fairburna, Coopera a Shafrana (2003).

EDE-Q pracuje s 28denním časovým oknem a ptá se respondenta na frekvenci hlavních znaků PPP a počet dní, ve kterých se toto chování odehrálo. Nejnovější šestá verze EDE-Q obsahuje 28 položek. Jednotlivé položky vycházejí z otázek z EDE

rozhovoru a pro volbu odpovědí u některých položek využívají stejnou sedmi bodovou Likertovu škálu. V té lze u 8 položek dotazníku zvolit na škále od vůbec do hodně, v 1 položce od nikdy do vždy. V 13 položkách pak doplňuje respondent výpověď „V kolika dnech z posledních 28 dní...“ počtem dnů v kategoriích od „V 0 dnech“ po „Každý den“. U zbývajících 6 položek je otevřená možnost doplnění jakékoliv číselné odpovědi. V této metodě je možno získat 0-168 bodů. EDE-Q poskytuje celkový skór, který je průměrem čtyř subškál, mezi nimiž je:

- **Omezování se**, která se týká snahy omezit množství nebo druh snědeného jídla a úsilí o dodržování dietních pravidel;
- **Znepokojení kvůli jedení**, jež zahrnuje omezení ostatních činností kvůli jedení, strach ze ztráty kontroly nad jídlem, utajování jedení či vinu spojenou s jídlem;
- **Nespokojenost se svou postavou**, jejíž vysoký skór ukazuje na intenzivní prohlížení si své postavy nebo naopak snahu vyhnout se svému obrazu, myšlenky o nedokonalosti své postavy a strach z tloušťky;
- **Nespokojenost se svou váhou**, jež se týká častého vážení se či odmítání zjistit svou váhu, nespokojenosti s ní a přáním zhubnout (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2014).

Původní verze EDE-Q z Velké Británie prokázala dobré výsledky psychometrických parametrů. Test-retest reliabilita vychází až 0,94, Cronbachova alfa pak od 0,70 do 0,93 (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012).

Nyní je dotazník přeložen do několika jazyků, včetně češtiny (Papežová, 2010). Normy pro EDE-Q jsou dostupné ve Velké Británii, Austrálii, USA, Švédsku, Nizozemí, Španělsku, Řecku, Mexiku, Německu, Norsku, Turecku a Portugalsku (Machado et al., 2014). Skóry a normy se mohou zásadně lišit mezi jednotlivými zeměmi a kulturami, a proto je nutné vytvořit normy pro každou zemi zvlášť. V České republice však zatím normy vytvořeny nebyly.

### 5.1.2 Binge Eating Scale (BES)

Binge eating scale vznikla v roce 1982 jako metoda pro měření ZP u obézních jedinců (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). Od té doby se však škála začala využívat i u jedinců s normální váhou (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2015).

Jedná se o 16 položkovou škálu, která se ptá jak na projevy v chování (např. jedení velkého množství jídla), tak na symptomy týkající se pocitů a kognice (např. stud, vina). Každá položka je složena ze 3 až 4 výroků, mezi kterými respondent vybírá pro něho ten nejvíce pravdivý. Jednotlivé výroky jsou odstupňovány dle závažnosti projevu každé charakteristiky ZP (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982).

Výsledný skór se pohybuje od 0 do 46 bodů, kdy vyšší skór ukazuje na větší závažnost ZP. Respondenti mohou být zařazeni do jedné ze tří výsledných skupin:

- žádné nebo skoro žádné ZP (skór menší než 17);
- mírné až střední ZP (skór 18-26);
- závažné ZP (skór větší než 27) (Marcus, Wing, & Lamparski, 1985).

Prozatím není mnoho studií, které by zkoumali psychometrické vlastnosti této metody. Avšak ve výzkumu Duarte, Pinto-Gouveia, a Ferreira (2015) se ukazuje Cronbachova alfa 0,88 a test-retest reliabilita 0,84.

### **5.1.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)**

Tato metoda byla vytvořena pro snadné a rychlé mapování míry impulzivity jako rysu osobnosti u adolescentů. Lze ji použít během klinického vyšetření, poradenství nebo v procesu vzdělávání.

Je tvořena 24 položkami, na které získává odpovědi pomocí čtyřbodové Likertovy škály (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, či rozhodně souhlasím). Reverzně je skórováno 5 položek. Skór se počítá jako součet bodů z jednotlivých položek a pohybuje se od 24 do 96 bodů. Škála vykazuje dobrou vnitřní konzistenci s Cronbachovou alfou mezi 0,83 a 0,87 (Dolejš & Skopal, 2016).

### **5.1.4 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS)**

Tato metoda měří depresivitu jako míru symptomů, mezi nimi např. nedostatek energie, sociální izolaci nebo pesimistickou orientaci. Odkloňuje se tedy od pojetí depresivity jako osobnostního rysu. SDDSS byla vytvořena jako metoda zjišťování depresivity pro adolescenty, která v České republice chyběla, a inspirací jí byla Beckova škála depresivity.

Metoda je tvořena 20 položkami s možnými čtyřmi volbami odpovědí na Likertově škále (rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, či rozhodně souhlasím). Škála se

vyznačuje vysokou vnitřní konzistencí, u které se Cronbachova alfa pohybuje od 0,87 po 0,93 (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, v tisku; Melecká, 2016).

### **5.1.5 Body Mass Index (BMI)**

Body Mass Index (zkráceně BMI) je jedním z nejvíce používaných indikátorů ne/zdravé hmotnosti jedinců. Vypočítá se jako poměr jedincovy váhy a kvadrátu jeho výšky.

Výsledný index pak zařazuje jedince do kategorie:

- <18,50 – podváha
- 18,50-24,99 – ideální váha
- 25,00-29,99 – nadváha
- >30,00 – obezita (World Health Organization, n.d.).

BMI se ukazuje jako jeden z ukazatelů problémového jedení, i možných PPP. Jedinci trpící ZP jsou často zařazováni do kategorií nezdravě vysoké váhy, i když mnoho z nich spadá do kategorie ideální váha nebo dokonce podváha. Je tedy nutné více prozkoumat spojitost mezi BMI a ZP (Mackenzie & Harris, 2015).

## **5.2 Převod metod EDE-Q a BES**

Metody EDE-Q a BES (Fairburn & Beglin, 1994, Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) jsme se rozhodli převést z původních anglických verzí na českou variantu. Před převodem jsme požádali o svolení autorů Jamese Gormallyho a Christophera Fairburna pro překlad a využití metody v této výzkumné práci, která jsme získali.

V první fázi přeložilo a adaptovalo jednotlivé položky, odpovědi i úvodní informace 12 nezávislých překladatelů (2 z nich bilingvní jedinci, dále překladatelé, studenti překladatelství a tlumočnictví, anglistiky a amerikanistiky). Následně jsme na těchto překladech provedli obsahovou analýzu, po které jsme definovali české verze jednotlivých položek a odpovědí. Poté položky a odpovědi přeložilo zpět do angličtiny 5 překladatelů a znovu jsme provedli obsahovou analýzu. Ta se zabývala tím, zda mají původní a nové (zpětně přeložené) otázky stejný obsah a význam. Nakonec jsme vytvořili grafickou úpravu úvodních stran i jednotlivých položek a odpovědí na ně.

První verze metod byla pilotně testována v lednu 2016 na 32 adolescentních a dospělých ženách. Cílem bylo potvrzení srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek i časové



náročnosti administrace metod. Na základě poznámek respondentů z pilotního testování byly původní verze drobně opraveny a vznikla tím finální česká verze obou metod (viz Příloha č. 2 a 3).

### **5.3 Sběr dat**

Sběr dat probíhal od dubna 2016 do ledna 2018 na online serveru vyplnto.cz. Byla využita metoda samovýběru a metoda sněhové koule. Dotazníky byly šířeny na sociální síti Facebook ve středoškolských, vysokoškolských, zájmových i místních skupinách (celkem 42 skupin) a pomocí e-mailu vysokoškolským studentům a středoškolským učitelům, kteří dále přeposlali dotazníky svým studentům a na diskuzních fórech (např. omlazeni.cz, vinted.cz).

První strana dotazníku na serveru vyplnto.cz obsahovala informace o výzkumu, informace o dobrovolnosti, anonymitě, instrukce pro vyplňování dotazníků a kontakt na výzkumníky. Poté jsme zařadili několik demografických otázek na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, kraj bydliště. Navíc jsme se ptali, zda měl jedinec někdy diagnostikované psychické onemocnění a PPP.

### **5.4 Metody zpracování a analýzy dat**

Po ukončení sběru dat byly všechny odpovědi převedeny do programu Microsoft Excel 2016, ve kterém proběhlo čištění a imputace chybějících dat. Data jsme imputovali pomocí doplnění řádkovým průměrem. To jen v případě, kdy v jednotlivých dotaznících chybělo méně jak 15 % odpovědí (Dostál, 2017). V opačném případě byl respondent vyřazen. Dále byl program Microsoft Excel 2016 užít na základní výpočty (hrubé skóry, BMI) a tvorbu grafů.

Data jsme analyzovali pomocí popisné a inferenční statistiky v programu Statistica 13. Využili jsme možnosti ověření dat pomocí Shapir-Wilkova testu, který je dle Dostála (2016) jedním z nejvhodnějších pro testování normality dat. Výsledky testů u všech proměnných vyšly statisticky signifikantní s  $p > 0,01$  a naše data tak neodpovídají normálnímu rozložení. Po následném posouzení jsme se na základě rozsahu našeho výběrového souboru rozhodli pro využití parametrických testů k ověření hypotéz. To z důvodu platnosti centrálního limitního teorému.

Dále jsme software Statistica 13 používali pro testování hypotéz. Pro ověření psychometrických vlastností jsme využili faktorovou analýzu, tedy statistickou metodu zjišťující strukturu vztahů mezi proměnnými (faktory). Ta se snaží odhalovat společné faktory a pracuje s kovariancí mezi proměnnými (Dostál, 2017).

Reliabilitu metod jsme ověřili díky koeficientu Cronbachova alfa. Ta stojí na předpokladu, že reliabilní metoda je vnitřně konzistentní, tedy že můžeme mezi jednotlivými položkami najít vysokou korelaci. Hodnota Cronbachovy alfy leží mezi 0 a 1, přičemž za dostatečnou reliabilitu je považována metoda s hodnotou nad 0,70 (Dostál, 2017).

Hypotézy o souvislosti jsme ověřili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, jednoho z nejčastěji využívaných ukazatelů závislosti dvou metrických proměnných. Pearsonův korelační koeficient se značí písmenem  $r$  a jeho hodnota se pohybuje mezi -1 a 1, kdy 1 značí přímou a -1 nepřímou úměru (Dostál, 2016). Míru závislosti proměnných můžeme zařadit do kategorií dle síly vztahu mezi proměnnými:

- „ $|r| < 0,1$  zanedbatelný vztah,
- $|r| < 0,3$  slabý vztah,
- $|r| < 0,5$  středně silný vztah,
- $|r| \geq 0,5$  silný vztah“ (Dostál, 2016, 61).

Hypotézy o rozdílu jsme ověřili pomocí Welchova testu, alternativy t-testu pro dva nezávislé výběry. Dle Dostála (2016) by mělo jít o test první volby. Oproti t-testu lze využít při odlišných rozptylech, v praxi je t-test jen nepatrně silnější. Jako alternativu ukazatele míry účinku jsme využili Glassovu  $\Delta$ .

## 5.5 Etika výzkumu

Před samotným začátkem výzkumné studie jsme identifikovali možná etická rizika a navrhli řešení potenciálních problémů. Po závěru tohoto šetření můžeme prohlásit, že nebyla porušena etická pravidla týkající se ochrany respondentů, zacházení s daty či metodami.

Na úvodní stránce testové baterie byly jedinci informováni o průběhu a účelu výzkumu, dobrovolném charakteru účasti na výzkumu a možnosti z něj kdykoliv v průběhu odstoupit bez udání důvodu. Dále byla zajištěna anonymita získaných dat dle zákona o ochraně

osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.). Souhlas s výše zmíněným stvrdili pomocí tlačítka „*Souhlasím*“ na začátku vyplňování.

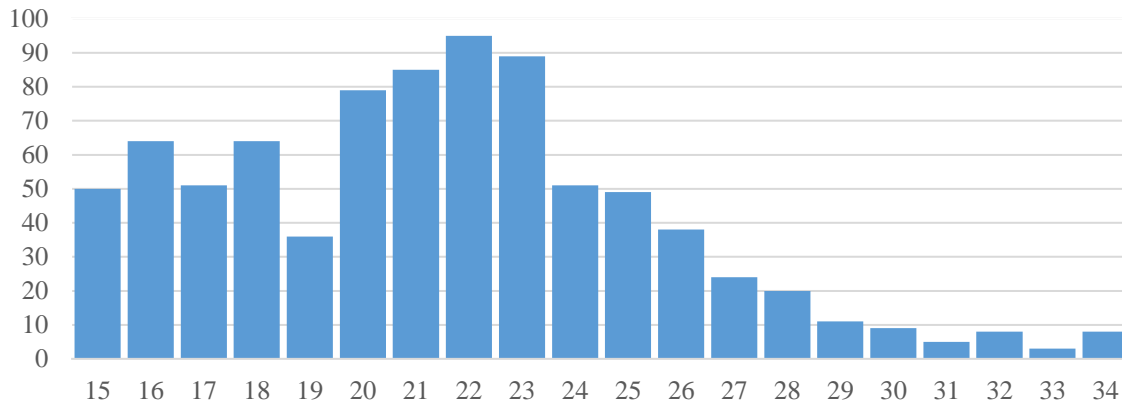
Respondentům byl poskytnut kontakt na výzkumníky pro případ dotazů či nejasností ohledně výzkumného šetření. Byla jim také nabídnuta možnost zaslání výsledků výzkumného šetření po jeho dokončení a zpracování.

## 6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní populace pro výzkumnou část práce se skládá z žen ve věku adolescence (15-20 let) a mladé dospělosti (21-34 let). Data byla získána od 1 249 jedinců. Vyřazeno však bylo 220 z nich, a to z důvodu více než 15 % chybějících dat v jedné z metod, 15 z důvodu nízkého věku, 47 z důvodu vysokého věku a 128 mužů. Pro statisticko-matematickou analýzu hypotéz tak byla využita data od **839 žen**, které vyplnily všechny dotazníky.

Žen ve věku **adolescence** bylo **350** a žen v **mladé dospělosti** **489**. Průměrný věk respondentů byl 21,45 let, se směrodatnou odchylkou 4,09 a mediánem 21. Rozložení věku probandů je znázorněno na Grafu 1.

*Graf 1: Věkové rozložení respondentů ve výběrovém souboru (N=839)*



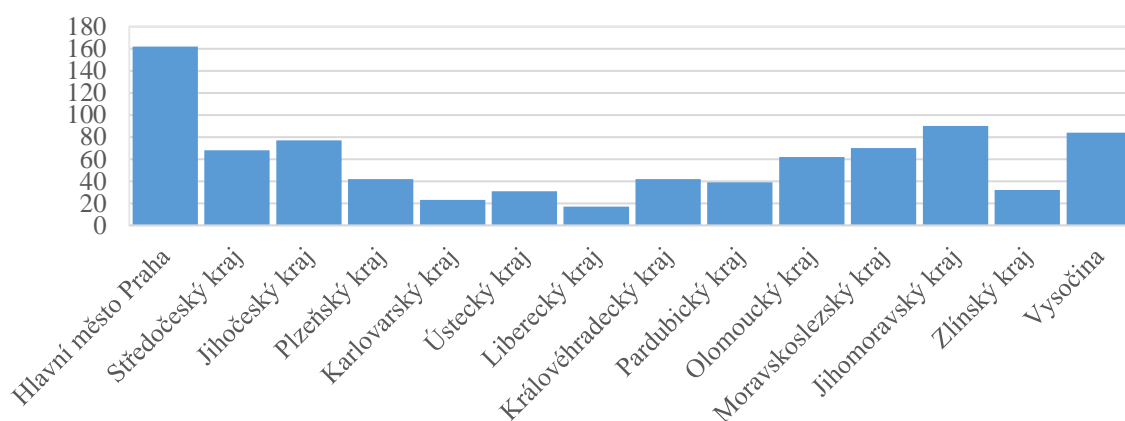
Výzkumu se účastnilo nejvíce středoškoláků a vysokoškoláků, v Tabulce 1 pak můžeme vidět četnost nejvyššího dosaženého vzdělání v souboru.

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Neúplné základní	13	1,55
Základní	210	25,03
Vyučen v oboru bez maturity	3	0,36
Střední odborné bez maturity	6	0,72
Střední odborné s maturitou	142	16,92
Střední všeobecné s maturitou	222	26,46
Vyšší odborné vzdělání	11	1,31
Bakalářský studijní program	134	15,97
Magisterský studijní program	95	11,32
Vyšší vzdělání	3	0,36

V Grafu 2 můžeme pozorovat rozložení respondentů po České republice, v jednotlivých krajích.

Graf 2: Respondenti dle krajů (N=839)



Psychické onemocnění bylo během života diagnostikováno 93 respondentům. Nejčastěji šlo o depresivní nebo úzkostnou poruchu, závislosti na návykových látkách a psychosomatické potíže. PPP byla diagnostikována **68 probandům**. Jako hlavní PPP uvedlo 32 probandů AN, 18 BN, 8 BED a 2 ortorexii, třetina respondentek byla diagnostikována více PPP.

Průměrná hodnota BMI mezi všemi respondenty byla 23,20, se směrodatnou odchylkou 4,38. Minimum bylo 11,15 (těžká podvýživa) a maximum 55,36 (obezita).

K ověření psychometrických parametrů jednotlivých metod však nebylo potřeba, aby každý respondent vyplnil všechny testy. Pro testování metody BES jsme tak využili data od **972 žen** a pro metodu EDE-Q od **850 žen**.

## 7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole nejdříve představíme psychometrické charakteristiky převedených psychodiagnostických metod EDE-Q a BES. Dále popíšeme výsledky statisticko-matematické analýzy dat a uvedeme závěry o platnosti výše zmíněných výzkumných cílů a statistických hypotéz.

### 7.1 Psychometrické parametry testových metod

Jako jeden z výzkumných cílů jsme si stanovili zhodnocení psychometrických charakteristik metod EDE-Q a BES, které provedeme v této podkapitole.

#### 1. BES

Metodu Binge Eating Scale (česky Škála záchvatovitěho přejídání), zjišťující závažnost ZP, vyplnilo **972 žen**. Průměrný skór, kterého respondenti dosahovali, byl 15,41 (směrodatná odchylka, dále  $SD \pm 9,40$ ). Hrubý skór se pohyboval od minima 0 do maxima 46, což v této metodě odpovídá maximálním rozsahu. Dle stanovených kategorií spadalo 64 % jedinců ( $n = 622$ ) do kategorie žádné nebo skoro žádné závažnosti ZP (měli skór menší než 17), 22 % ( $n=216$ ) do kategorie mírné až střední závažnosti ZP (skór mezi 18-26) a 14 % do kategorie závažných ZP (skór vyšší než 27).

První částí ověřování psychometrických parametrů byl výpočet reliability jako vnitřní konzistence. Jejím ukazatelem je Cronbachova alfa, jejíž hodnota dosáhla na  $\alpha = 0,83$ , kterou dle Dostála (2016) považujeme za dobrou. Při porovnání korelace celku s položkou dosahovaly jednotlivé položky od  $r = 0,29$  (otázka 14) do  $r = 0,62$  (otázka 10). Ostatní hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 2.

Dalším způsobem odhadu reliability bylo testování split-half reliability. Po rozdělení položek do dvou skupin, na sudé a liché, a korekcí Spearman-Brownovou formulí vyšlo  $r = 0,85$ , tedy znovu dostatečná hodnota.

Pomocí faktorové analýzy (metody hlavních os) jsme nakonec potvrdili **jednofaktorovou strukturu** této metody. Tento faktor vysvětluje 27,38 % rozptylu.

*Tabulka 2: Analýza spolehlivosti položek metody BES*

Položka	Průměr (po odstr.)	Rozptyl (po odstr.)	SD (po odstr.)	Korelace celku s pol.	Alfa (po odstr.)
1	14,65	79,42	8,91	0,52	0,82
2	14,23	78,24	8,85	0,40	0,82
3	14,58	76,30	8,73	0,61	0,81
4	15,21	83,53	9,14	0,41	0,82
5	14,35	80,24	8,96	0,45	0,82
6	14,26	76,71	8,76	0,53	0,81
7	14,55	75,20	8,67	0,56	0,81
8	14,13	78,18	8,84	0,51	0,82
9	13,87	76,44	8,74	0,33	0,83
10	14,52	75,88	8,71	0,62	0,81
11	14,52	79,67	8,93	0,54	0,82
12	14,47	77,07	9,78	0,43	0,82
13	14,98	80,99	9,00	0,38	0,82
14	13,97	78,62	8,87	0,29	0,83
15	13,96	78,01	8,83	0,35	0,83
16	14,81	81,94	9,05	0,48	0,82

## 2. EDE-Q

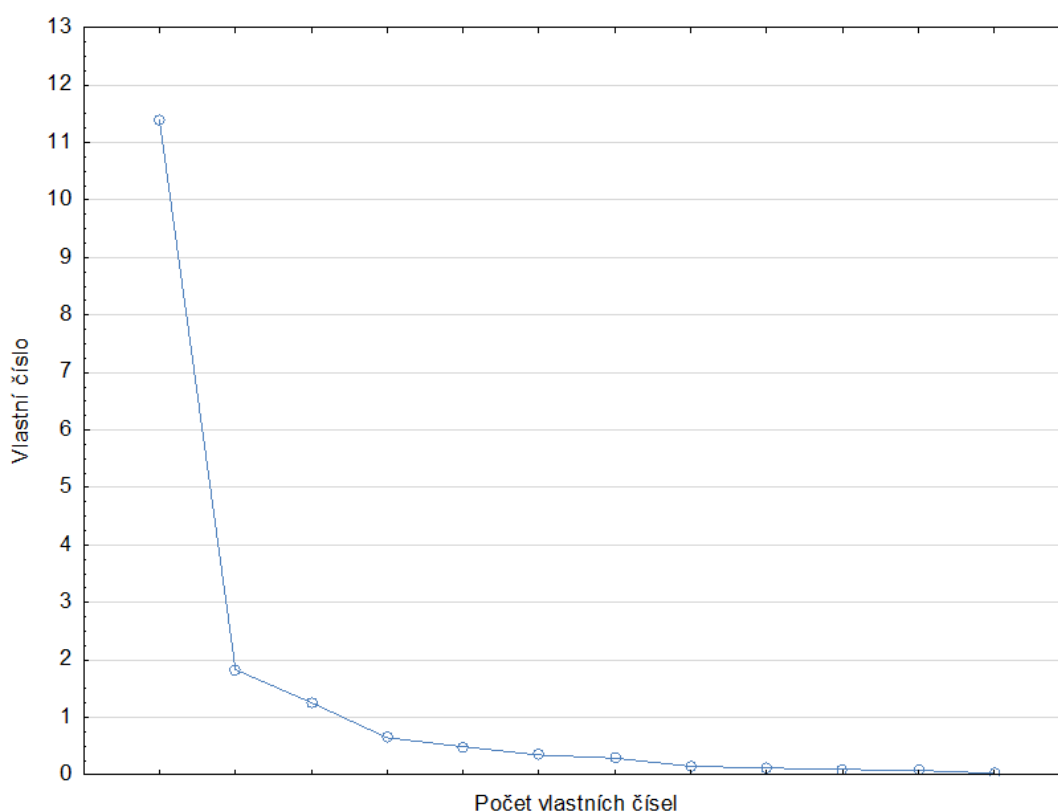
Metodu EDE-Q (česky Dotazník pro vyšetření poruch příjmu potravy), ze které vyplývá míra závažnosti PPP, vyplnilo **850 žen**. Průměrný celkový skór, kterého probandi dosahovali, byl 1,32 (SD  $\pm$  0,93). Minimální naměřený celkový skór byl 0, maximální pak 4,39. Průměr, SD a krajní hodnoty jednotlivých škál EDE-Q lze nalézt v Tabulce 3.

*Tabulka 3: Deskriptivní statistické hodnoty subškál EDE-Q*

Škála	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Nespokojenost s váhou	1,63	1,15	0,00	4,20
Nespokojenost s postavou	1,97	1,26	0,00	4,50
Znepokojení kvůli jedení	0,95	1,10	0,00	5,20
Omezování se	1,10	1,24	0,00	6,00

Pro ověření přítomnosti čtyř faktorů jsme využili faktorovou analýzu jako metodu hlavních os s normalizovanou rotací varimax. Po provedení analýzy se nepotvrdila přítomnost čtyř faktorů, dle sutinového grafu (viz Graf 3) se metoda EDE-Q ukázala jako jednofaktorová. Tento faktor vysvětluje 42,10 % rozptylu.

Graf 3: Sutinový graf EDE-Q



Při testování reliability jako vnitřní konzistence celé metody vyšla Cronbachova alfa  $\alpha = 0,94$ , metoda je tedy vysoce reliabilní. Korelace jednotlivých položek s celkem dosahovala od 0,21 (položka 16) do 0,76 (položka 10 a 20). Všechny hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 4.

Split-half reliability byla vypočítána pomocí Spearman-Brownovy formule a jejím výsledkem byla hodnota  $r = 0,96$ , což potvrdilo vysokou reliabilitu metody.

Dále jsme vypočítali reliabilitu jednotlivých subškál metody EDE-Q. Pro škálu omezování se byla hodnota Cronbachovy alfy  $\alpha = 0,79$ , pro Znepokojení kvůli jedení  $\alpha = 0,82$ , pro Nespokojenost s postavou  $\alpha = 0,89$  a pro Nespokojenost s váhou  $\alpha = 0,78$ .

Nakonec jsme porovnali souvislost obou převedených metod, tedy BES a EDE-Q. Využili jsme k tomu Pearsonův korelační koeficient, který odhalil statisticky signifikantní spojitost mezi celkovými skóry metod BES a EDE-Q. Hodnota koeficientu odpovídala  $r(848) = 0,72$ ;  $p < 0,001$ . Jedná se o silný vztah (Dostál, 2016).



Tabulka 4: Analýza spolehlivosti položek metody EDE-Q

Položka	Průměr (po odstr.)	Rozptyl (po odstr.)	SD (po odstr.)	Korelace celku s pol.	Alfa (po odstr.)
1	34,83	607,08	24,64	0,64	0,94
2	36,14	651,25	25,52	0,46	0,94
3	35,20	615,85	24,82	0,62	0,94
4	34,83	610,83	24,71	0,56	0,94
5	36,06	646,16	25,42	0,47	0,94
6	32,58	602,41	24,54	0,59	0,94
7	35,55	619,10	24,88	0,67	0,93
8	35,47	612,46	24,75	0,73	0,93
9	35,27	603,93	24,57	0,73	0,93
10	34,24	587,52	24,24	0,76	0,93
11	33,76	585,94	24,21	0,75	0,93
12	33,02	583,47	24,16	0,72	0,93
13	35,62	647,38	25,44	0,43	0,94
14	35,39	630,79	25,12	0,48	0,94
15	35,75	643,50	25,37	0,57	0,94
16	36,43	669,50	25,87	0,21	0,94
17	36,48	670,72	25,90	0,25	0,94
18	35,72	651,66	25,53	0,33	0,94
19	35,91	645,66	25,41	0,51	0,94
20	34,96	608,22	24,66	0,76	0,93
21	36,19	656,23	25,62	0,64	0,94
22	35,46	634,56	25,19	0,74	0,94
23	35,36	636,76	25,23	0,70	0,94
24	35,53	648,11	25,46	0,46	0,94
25	34,99	634,15	25,18	0,69	0,94
26	34,89	636,85	25,24	0,72	0,94
27	34,97	633,07	25,16	0,75	0,93
28	35,21	633,67	25,17	0,72	0,94

## 7.2 Zhodnocení platnosti hypotéz

V následující kapitole se zaměříme na ověření stanovených hypotéz. Popíšeme a zhodnotíme výsledky jednotlivých analýz a na základě toho dojdeme k přijetí či zamítnutí hypotéz. Pro analýzy jsme stanovili hladinu významnosti 0,01, která vypovídá o 1 % šanci na neoprávněné zamítnutí nulové hypotézy.

Pro testování hypotéz H1-H16 jsme využili **Pearsonův korelační koeficient**, hypotézy H17 a H18 jsme analyzovali pomocí **Welchova testu**.

### 3. Souvislost závažnosti ZP s impulzivitou a depresivitou

V této podkapitole se zabýváme předpokladem, že ti, kteří dosahují vysokých výsledků skóru BES (a tím i vysoké závažnosti ZP), mají vysoký skór v dotazníku SIDS (a tím i velkou míru impulzivity) nebo SDDSS (a tím i velkou míru depresivity).

**H1:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a impulzivitou.

**H2:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a depresivitou.

*Tabulka 5: Výsledky korelace závažnosti ZP, impulzivity a depresivity (stupně volnosti, dále s.v.=837)*

Proměnné	r	p	Síla vztahu
ZP a impulzivita	0,53	<0,01	silná pozitivní korelace
ZP a depresivita	0,33	<0,01	středně silná pozitivní korelace

Nalezené hodnoty významnosti jsou menší než předem stanovená hodnota 0,01. Zamítáme tedy nulové hypotézy a **přijímáme hypotézy alternativní**.

### 4. Souvislost závažnosti PPP s impulzivitou a depresivitou

V této podkapitole ověřujeme předpoklady, že ti, kteří mají vysoké výsledky skóru EDE-Q (a tím i vysokou závažnost PPP), dosahují vysokého skóru v dotazníku SIDS (a tím i vysoké impulzivity) nebo v metodě SDDSS (a tím i vysoké depresivity).

**H3:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a impulzivitou.

**H4:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a depresivitou.

*Tabulka 6: Výsledky korelace závažnosti PPP, impulzivity a depresivity (s.v.=837)*

Proměnné	r	p	Síla vztahu
PPP a impulzivita	0,58	<0,01	silná pozitivní korelace
PPP a depresivita	0,27	<0,01	slabá pozitivní korelace

Nalezené hodnoty významnosti jsou menší než předem stanovená hodnota 0,01. Zamítáme tedy nulové hypotézy a **přijímáme hypotézy alternativní**.

## 5. Souvislost ZP a PPP s BMI a věkem

Tato podkapitola se zabývá předpokladem souvislosti skóru BES (a míry závažnosti ZP) nebo skóru EDE-Q (a míry závažnosti PPP) s BMI a věkem.

**H5:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností ZP.

**H6:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností PPP.

*Tabulka 7: Výsledky korelace závažnosti ZP, PPP a BMI (s.v.=837)*

Proměnné	r	p	Síla vztahu
ZP a BMI	0,22	<0,01	slabá pozitivní korelace
PPP a BMI	0,26	<0,001	slabá pozitivní korelace

Nalezené hodnoty významnosti jsou menší než předem stanovená hodnota 0,01. Zamítáme tedy nulové hypotézy a **přijímáme hypotézy alternativní**.

**H7:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností ZP.

**H8:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností PPP.

*Tabulka 8: Výsledky korelace závažnosti ZP, PPP a věku (s.v.=837)*

Proměnné	r	p	Síla vztahu
ZP a věk	0,03	0,47	zanedbatelná pozitivní korelace
PPP a věk	0,02	0,54	zanedbatelná pozitivní korelace

Z výše uvedeného vyplývá, že **nemůžeme zamítnout nulové hypotézy a přijmout hypotézy alternativní.**

### 7.3 Souvislost subškál EDE-Q s impulzivitou

V této podkapitole porovnáváme jednotlivé subškály metody EDE-Q (tedy Omezování se, Znepokojení kvůli jedení, Nespokojenost se svou postavou a Nespokojenost se svou váhou) a ověřujeme, zda souvisí s impulzivitou (tedy výsledky metody SIDS).

**H9:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a impulzivitou.

**H10:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a impulzivitou.

**H11:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a impulzivitou.

**H12:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a impulzivitou.

*Tabulka 9: Výsledky korelace subškál EDE-Q a impulzivity (s.v.=837)*

Škála	r	p	Síla vztahu
Omezování se	0,38	<0,01	středně silná pozitivní korelace
Znepokojení kvůli jedení	0,57	<0,01	silná pozitivní korelace
Nespokojenost se svou postavou	0,56	<0,01	silná pozitivní korelace
Nespokojenost se svou váhou	0,53	<0,01	silná pozitivní korelace

K testování platnosti výše zmíněných hypotéz jsme využili Pearsonův korelační koeficient. Všechny výsledky jsou statisticky signifikantní. Proto zamítáme nulové hypotézy a **přijímáme hypotézy alternativní.**

### 7.4 Souvislost subškál EDE-Q s depresivitou

Dále jsme předpokládali souvislost výsledků subškál EDE-Q s mírou depresivity. Jednotlivé hypotézy jsme analyzovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu.

**H13:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a depresivitou.

**H14:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a depresivitou.

**H15:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a depresivitou.

**H16:** U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a depresivitou.

Tabulka 10: *Výsledky korelace subškál EDE-Q a depresivity (s.v.=837)*

Škála	r	p	Síla vztahu
Omezování se	0,11	<0,001	slabá pozitivní korelace
Znepokojení kvůli jedení	0,29	<0,001	slabá pozitivní korelace
Nespokojenost se svou postavou	0,28	<0,001	slabá pozitivní korelace
Nespokojenost se svou váhou	0,25	<0,001	slabá pozitivní korelace

Nalezené hodnoty významnosti jsou menší než stanovená hodnota 0,01. Proto **přijímáme všechny alternativní hypotézy.**

## 7.5 Závažnost ZP a PPP u klinické a zdravé populace

Jedním z předpokladů této studie bylo, že ženy s diagnostikovanou PPP budou mít vyšší skóry v metodách BES a EDE-Q.

**H17:** Závažnost ZP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.

**H18:** Závažnost PPP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.

Pro ověření jsme využili Welchův test. Jako míru účinku jsme využili Glassovu  $\Delta$ . Pro její výpočet jsme od sebe nejdříve odečetli průměry obou skupin a poté je vydělili SD jedinců bez PPP. Tím jsme zjistili hodnotu Glassovy delty 0,81 pro závažnost ZP a 0,83 pro závažnost PPP. Považujeme to za významnou míru účinku.

Tabulka 11: Srovnání skóre BES a EDE-Q pro jedince s PPP a zdravé

Proměnná	Velikost vzorku		Průměr		SD		t	T-test	
	N1	N2	M1	M2	SD1	SD2		s.v.	p
BES	68	771	21,97	14,72	10,18	8,92	-5,68	76,35	<0,001
EDE-Q			2,02	1,27	0,99	0,90	-6,06	77,11	<0,001

Pozn.: skupina 1 = jedinci s PPP, 2 = jedinci bez PPP

Nalezené hodnoty významnosti jsou menší než stanovená hodnota 0,01. Proto **přijímáme obě alternativní hypotézy.**

V Tabulce 12 pro přehlednost **shrnujeme formulované hypotézy**, uvádíme jejich p-hodnotu a výsledek analýzy, tedy rozhodnutí o jejich přijetí.

Tabulka 12: Shrnutí ověřování hypotéz 1-18

Hypotéza	P-hodnota	Přijetí
<b>H1:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a impulzivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H2:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností ZP a depresivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H3:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a impulzivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H4:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi závažností PPP a depresivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H5:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností ZP.	<0,01	Přijímáme
<b>H6:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi BMI a závažností PPP.	<0,001	Přijímáme
<b>H7:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností ZP.	0,47	Nepřijímáme
<b>H8:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi věkem a závažností PPP.	0,54	Nepřijímáme
<b>H9:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a impulzivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H10:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a impulzivitou.	<0,001	Přijímáme
<b>H11:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a impulzivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H12:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a impulzivitou.	<0,001	Přijímáme
<b>H13:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Omezování se a depresivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H14:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Znepokojení kvůli jedení a depresivitou.	<0,001	Přijímáme
<b>H15:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou postavou a depresivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H16:</b> U žen v adolescenci a mladé dospělosti existuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi skórem v subškále Nespokojenost se svou váhou a depresivitou.	<0,01	Přijímáme
<b>H17:</b> Závažnost ZP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.	<0,001	Přijímáme
<b>H18:</b> Závažnost PPP u žen v adolescenci a mladé dospělosti s diagnostikovanou PPP je signifikantně vyšší než u jedinců zdravých.	<0,001	Přijímáme

## 8 DISKUZE

Tato práce se zabývala souvislostí ZP s impulzivitou a depresivitou. Dosavadní výzkum tohoto tématu (Araujo et al., 2010; Azabard et al., 2010; Claes et al., 2015; Davis, Patte, Curtis, & Reid, 2010; Fischer, Smith, & Anderson, 2003; Kessler et al., 2013; Racine et al., 2017; Schag et al., 2013; Steward et al., 2017) ukázal, že vznik a průběh ZP a s nimi spojenými PPP je úzce spjat s vysokou mírou impulzivity jako osobnostního rysu a tito jedinci trpí větší mírou depresivních symptomů než jedinci zdraví. Některé studie však s těmito závěry nesouhlasí a nenacházejí statisticky významnou souvislost (Dingemans, Danner, & Parks, 2017; Pinaquy et al., 2003; Zwaan et al., 2003). Upřesnění vztahu závažnosti ZP a PPP s impulzivitou a depresivitou může napomoci vzniku nových či vylepšených způsobů prevence a léčby těchto psychických obtíží a nemocí.

Analýza vztahu **impulzivity se závažností ZP a PPP** ukázala silnou pozitivní spojitost v obou případech. To je v souladu s ostatními studiemi, které našli korelaci s impulzivitou jako rysem osobnosti (Nasser, Gluck, & Geliebter, 2004; Steward et al., 2017). Některé další studie však nenacházejí statisticky signifikantní vztah ZP a PPP s impulzivitou jako celkem, ale jen s jednotlivými faktory impulzivity, nejčastěji s negativní a pozitivní urgencí (Fisher, Smith, & Cyders, 2008; Racine et al., 2017). Naopak jiné faktory impulzivity, jako impulzivita spojená s nedostatkem plánování, korelují se ZP a PPP negativně (Meule & Platte, 2015). To nastoluje otázku, zda by po vyřazení jednotlivých dílčích faktorů, které v předchozích studiích korelovali se ZP negativně, nebyla korelace impulzivity se ZP a PPP ještě silnější.

Při analýze spojitosti závažnosti **ZP a PPP s mírou depresivity** jsme objevili středně silnou pozitivní korelaci pro ZP a slabou pozitivní korelaci pro PPP. Neprokázala se tím tak vysoká spojitost, jakou jsme očekávali dle výsledků jiných studií (Araujo, 2010). Příčinou může být použití jiných metod měření závažnosti ZP, PPP a depresivity nebo jiný věk studovaného vzorku. Většina studií zabývajících se ZP navíc bývá prováděna na respondentech s nadváhou až obezitou. Náš vzorek pokrýval i jedince s normální váhou a vysokou závažností ZP. Neexistuje mnoho studií, které by pokrývaly tuto populaci a



výzkumný problém (Didie & Fitzgibbon, 2005), což může být důvodem odlišných výsledků.

V jedné z doplňkových hypotéz jsme předpokládali, že **BMI** pozitivně koreluje se závažností ZP a PPP. Náš předpoklad se potvrdil u obou proměnných jen slabou pozitivní korelací. ZP jsou nejčastěji sledované u obézních jedinců, u kterých je nejvíce pravděpodobné, že se pro zdravotní problémy půjdou s PPP léčit. To zvyšuje pravděpodobnost, že budou zachyceni ve výzkumech, což vede ke zkreslení výsledků (Smink et al., 2012). Didie a Fitzgibbon (2005) prokázali, že i když se se ZP často pojí vyšší BMI, více než polovina jedinců se ZP spadá do kategorie zdravé váhy.

Další doplňkovou hypotézou byla souvislost **věku a závažnosti ZP a PPP**, kterou jsme pro nedostatečnou statistickou signifikanci nemohli přijmout. I když někteří výzkumníci objevili vyšší výskyt ZP a PPP v adolescenci (Kessler et al., 2013), jiní mluví o nárůstu výskytu během mladé dospělosti (Mustelin, Raevuori, Hoek, Kaprio, & Keski-Rahkonen, 2015). Výsledky jiných studií tak nejsou konzistentní. Většina výzkumů týkajících se ZP je navíc publikována v zahraniční. Příčinou chyb v našich předpokladech tak může být odlišnost americké (popř. britské a skandinávské) kultury od té české.

Na závěr jsme testovali i jednotlivé **subškály EDE-Q** ve vztahu k impulzivité a depresivitě. Souvislost s impulzivitou byla u všech subškál shledána silná nebo alespoň středně silná. Nespokojenost se svou váhou a postavou i psychické znepokojení bývá spojováno s impulzivitou jako moderátorem ZP a PPP (Carrard, Crépin, Ceschi, Golay, & Van der Linden, 2012; Higgins, Lin, Alvarez, & Bardone-Cone, 2015, Racine et al., 2017). Tato souvislost může být vysvětlena teorií úniku (Heatherton & Baumeister, 1991), kdy se jedinec snaží co nejrychleji a nejjednodušší cestou snížit vědomí různých tlaků, hrozeb a dlouhodobých obav.

Naopak s depresivitou byly nalezeny jen slabé, avšak statisticky signifikantní, korelace. Vysokou souvislost mezi jednotlivými subškálami a depresivitou našli Werrij, Mulkens, Hospers a Jansen (2006). Rozdíl ve výsledcích může být následkem nevhodně zvolené metody sběru dat SDDSS, která se zatím primárně používala hlavně pro adolescenty, ale ne pro mladé dospělé, zatímco studie Werrije a kolegů využila Beckův inventář deprese.

Dále jsme se zaměřili na souvislost mezi **ZP a PPP**. Výsledky analýzy ukázaly, že je ZP (měřeno metodou BES) silně pozitivně spjata se zvýšenou závažností symptomů PPP

(měřeno metodou EDE-Q). To potvrzuje předchozí výzkumné studie, které odhalily, že ZP jsou spojeny s horším sebeobrazem, sebevědomím a patologickými projevy týkajícími se jedení (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2015; Striegel-Moore et al., 2000).

I když jsme většinu nulových hypotéz zamítli a přijmuli jejich alternativní variantu, není tím zaručena jejich pravdivost. V rámci analýzy jsme mohli udělat chybu prvního druhu na základě stanovené hladiny významnosti 0,01. I když jsou námi naměřené p-hodnoty velmi nízké, mohlo dojít ke zkreslení dat dílem náhody.

Dalším cílem této práce proto byl **převod metod BES a EDE-Q** do českého jazyka a prostředí a následná analýza jejich psychometrických kvalit. Tyto sebezposuzující dotazníky jsou jedny z nejvíce využívaných metod pro měření projevů ZP a PPP v postojích a chování (Duarte, Pinto-Gouveia, & Ferreira, 2015, Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). V České republice však chybí široký výběr metod pro diagnostiku PPP a symptomů s nimi spojených, jaký je k dispozici v zahraničí. Přínosem této práce mohou být tyto přeložené metody, které dle našeho názoru dokáží komplexně, ale přitom rychle ukázat na míru závažnosti jednotlivých PPP a jejich symptomů. Přeložené metody navíc prokazují vysokou reliabilitu.

Tématem pro diskuzi je námi zjištěná faktorová struktura EDE-Q. Na rozdíl od autorů metody, kteří popisují faktory (subškály) čtyři (Fairburn & Beglin, 1994), jsme našli jen jeden faktor. Naše zjištění je konzistentní s výsledky jiných studií (Aardoom et al., 2012; White et al., 2014; Machado et al., 2014). Nepřítomnost všech čtyř faktorů mohla ovlivnit výsledky analýzy hypotéz týkajících se vztahu jednotlivých subškál s impulzivitou a depresivitou. Další studie pracující s metodou EDE-Q by proto měly zvážit, zda pracovat s autory definovanými subškálami.

Rádi bychom zmínili **limity** této bakalářské práce. Jedním z největších je využití internetu, resp. sociálních sítí, emailu a diskuzních fór, pro sběr dat. Internetový sběr může být problematický hned z několika důvodů; např. pro neschopnost zjistit nebo zkontrolovat identitu respondenta, nemožnost navázání vztahu s respondentem, potenciální nepochopení instrukcí či položek a nemožnost doptávání se.

V rozložení respondentů do kategorií dle závažnosti ZP jsme zaznamenali vysoký počet jedinců v kategorii závažné ZP (14,00 %). Ve studii Duarte, Pinto-Gouveia a Ferreira (2015) tvořící portugalské normy se ukázalo podstatně menší procento jedinců v této kategorii (1,80 %). Jejich respondenti byli podstatně starší, což mohlo být důvodem menší

četnosti závažného stupně ZP. Avšak stále je v naší studii míra závažnosti ZP poměrně vysoká. Můžeme se to pokusit vysvětlit tím, že baterii vyplnili jedinci, které téma zajímá anebo s ním mají sami zkušenosti.

Na druhou stranu může internetový sběr přinést i pozitiva jako např. naprostou anonymitu respondenta, neomezený časový limit na vyplnění, dobrovolnost, pro výzkumníka pak možnost získávání dat z celé České republiky bez vysokých nákladů a během krátkého času.

Dalším problémem naší práce byl i vysoký počet vyřazených respondentů (celkově 410) z důvodu chybějících dat (z toho 220 jedinců). Příčinou mohla být délka celé testové baterie a s tím spojený čas, který byl potřeba investovat do vyplňování (okolo 25 minut). Vyřazení jedinců, kterým chybělo více než 15 % dat, tak mohlo zapříčinit oddálení se od reprezentativního vzorku populace a tím i zkreslení dat.

Limit dále vidíme v charakteru samotných metod. Pro sběr dat jsme využili sebeposuzující dotazníky. Při jejich vyplňování může dojít k mnoha zkreslením výsledků měření. Typickým důsledkem využití tohoto druhu metod je, že jedinec vyplňuje dotazníky sociálně žádoucím způsobem. To znamená tak, aby sobě nebo ostatním připadal lepší, než ve skutečnosti je. Avšak právě anonymita internetového prostředí mohla pomoci při eliminaci tohoto typu zkreslení. Další možné zkreslení dat představuje pro PPP typická disimulace, tedy zlehčování, popírání nebo tajení symptomů a obtíží. V otevřených odpovědích jsme se často setkali s výroky popírající, že by respondent trpěl nějakou PPP, nebo obviněním, že respondenty podezíráme z PPP.

Pro další výzkumy doporučujeme triangulovat data ze sebeposuzujících metod pomocí jiných údajů (např. rozhovorem, pozorováním) nebo zařadit lži skóre (skóre upřímnosti), které by pomohlo poukázat na tento typ zkreslení.

Limit, na který jsme naráželi, je velká homogenita vzorku. Většina našich respondentů byla studenty středních a vysokých škol, nepodařilo se nám získat mnoho dat od jedinců mimo tyto instituce, což může vést ke zkreslení dat a výsledků výzkumu.

V dalších studiích doporučujeme zaměřit výzkum na muže a jedince mladší nebo naopak starší adolescence a mladé dospělosti. Další možností je zkoumat impulzivitu a depresivitu v české klinické populaci s PPP, která prozatím není moc prozkoumaná. Pro výzkumy v oblasti impulzivity a PPP doporučujeme využití dotazníků impulzivity podle modelu UPPS-P a zařazení rozhovoru EDE jako hlavní metody sběru dat, popř. přidání

dalších výzkumných metod jako analýzy produktů, čímž by byla zajištěna triangulace dat. Na výzkum by bylo vhodné navázat i tvorbou norem pro Českou republiku pro možnost využití dotazníků BES a EDE-Q ve výzkumu i klinické praxi a tím zlepšit situaci tisíců jedinců trpících PPP.

## 9 ZÁVĚRY

Výzkumná část práce se zabývala souvislostí závažnosti ZP, PPP a míry impulzivitu a depresivity. Do výzkumu bylo zapojeno 839 žen, z toho 68 bylo dříve diagnostikováno PPP. K ověření našich předpokladů jsme zvolili kvantitativní přístup a následně jsme stanovily výzkumné hypotézy. K jejich ověření jsme využili metody BES pro zjištění závažnosti ZP, EDE-Q pro závažnost PPP, SIDS k měření impulzivitu a SDDSS depresivity.

Metody BES a EDE-Q jsme přeložili do českého jazyka pomocí zpětného překladu bilingvními jedinci, překladateli a studenty jazyků a sami pak provedli obsahovou analýzu v jednotlivých krocích překladu. Následně jsme ověřili psychometrické parametry obou metod. U metody BES jsme ověřovali reliabilitu pomocí Cronbachovy alfy, kdy  $\alpha = 0,83$  u BES a  $\alpha = 0,94$  pro EDE-Q. Metody jsou tedy dostatečně reliabilní. Dále jsme ověřovali přítomnost faktorů popsaných autory. U BES se potvrdila jednofaktorová struktura, u EDE-Q byl však místo původních čtyř faktorů nalezen jen jeden.

Mezi závažností ZP a PPP a impulzivitou jsme objevili silnou pozitivní korelaci, s depresivitou byla závažnost ZP korelována středně silně a závažnost PPP slabě. Mezi BMI a závažností ZP a PPP jsme našli slabý pozitivní vztah. Pro všechny výše zmíněné hypotézy byla p-hodnota menší než 0,01, tedy statisticky signifikantní, proto byly hypotézy přijaty. Pro vysokou p-hodnotu jsme však nemohli přijmout hypotézy o souvislosti věku se závažností ZP a PPP.

Při analýze souvislosti subškál EDE-Q s impulzivitou se ukázal silný pozitivní vztah pro škály Znepokojení kvůli jedení, Nespokojenost se svou váhou a Nespokojenost se postavou, pro škálu Omezování se byl nalezen středně silný pozitivní vztah. Všechny hypotézy jsme pro nízkou p-hodnotu ( $p < 0,01$ ) přijali. Analýza subškál EDE-Q s depresivitou poukázala na slabší, i když stále statisticky signifikantní ( $p < 0,01$ ) pozitivní korelace.

Po ověření, zda je u žen s diagnostikovanou PPP vyšší skóre v dotaznících BES a EDE-Q, jsme tyto hypotézy přijali s  $p < 0,001$ .

# SOUHRN

Záchvaty přejídání jsou hlavním znakem některých poruch příjmu potravy, jako např. poruchy záchvatovitého přejídání, bulimie nervosy, purgativního subtypu anorexie nervosy či podprahových poruch příjmu potravy. Tento symptom je definován jako jedení neobvykle velkého množství jídla v krátkém čase. Přejídání je spojeno se ztrátou kontroly nad jedením a následnými pocity viny, úzkosti, deprese a zklamání ze sebe samotného (American Psychiatric Association, 2013). Tento symptom se objevuje na spektru od běžného po klinicky závažný stupeň závažnosti, najdeme ho tak i mezi zdravou populací. Záchvaty přejídání se nejčastěji objevují v adolescenci a mladé dospělosti (Brewerton et al., 2014) a vyskytují se u 4,8 % jedinců tohoto věku (Goossens, Soenens, & Braet, 2009).

Často se mluví o poruchách příjmu potravy a osobnostních rysech, které mohou být rizikovým nebo udržovacím faktorem pro tyto nemoci. Jedním z nich je impulzivita neboli „*sklon osobnosti jednat náhle, nepromyšleně, bez úvahy o následcích*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 217). Mnoho aktuálních studií mluví o souvislosti impulzivity (jako celku nebo jejích jednotlivých faktorů) se závažností záchvatů přejídání (Fischer, Smith, & Anderson, 2003; Racine et al., 2017) a poruch příjmu potravy s nimi spojenými (Claes et al., 2015; Steward et al., 2017). Jiné však nenašli statisticky signifikantní vztah (Dingemans, Danner, & Parks, 2017).

Více než tři čtvrtiny jedinců trpí nad rámec poruchy příjmu potravy i nějakým dalším duševním onemocněním. Jedním z nejčastějších bývá depresivní porucha (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Odborná literatura mluví o souvislosti depresivity (tj. míry depresivních symptomů) se záchvaty přejídání a poruchami příjmu potravy a nachází mezi nimi signifikantní vztah (Araujo et al., 2010; Azabard et al., 2010). Výsledky však nejsou konzistentní a některé studie tento vztah nenašly (Pinaquy et al., 2003; Zwaan et al., 2003).

Výzkum záchvatovitého přejídání probíhá nejvíce v USA, západní a severní Evropě. V České republice se tomuto tématu mnoho výzkumných studií nevěnuje. S tím souvisí nejen absence dat, které by mapovaly situaci v ČR, ale i kvalitní překlady metod pro měření poruch příjmu potravy a jejich symptomů.

Jedním z výzkumných cílů byl proto překlad metod BES (Binge Eating Scale) a EDE-Q (Eating Disorder Evaluation Questionnaire) do českého jazyka a ověření jejich základních psychometrických parametrů. Dále jsme se v práci zabývali identifikací souvislosti mezi záchvaty přejídání, závažností poruch příjmu potravy, impulzivitou a

depresivitou. Jako další cíle jsme formulovali hledání vztahu impulzivity a depresivity s BMI, věkem a subškálami dotazníku EDE-Q. Nakonec nás zajímal i rozdíl skóru v BES a EDE-Q u jedinců s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy a jedinců bez této diagnózy.

Pro dosažení těchto cílů jsme zvolili kvantitativní design a formulovali jednotlivé hypotézy. K získání dat a jejich následné analýze jsme vybrali pět nástrojů, a to BES, EDE-Q, SIDS (Škálu impulzivity Dolejš a Skopal) a SDDSS (Škálu depresivity Dolejš, Skopal a Suchá) a BMI (Body Mass Index). Metody BES a EDE-Q jsme zpětným překladem převedli z anglického jazyka do češtiny za pomoci 12 nezávislých překladatelů. Mezi jednotlivými fázemi překladu jsme provedli obsahové analýzy a definovali díky nim jednotlivé položky, odpovědi i úvodní informace a instrukce. První verzi jsme pro potvrzení srozumitelnosti metod pilotně testovali na 32 respondentkách a na základě jejich poznámek provedli drobné opravy.

Data od žen v adolescenci a mladé dospělosti jsme následně sbírali pomocí dotazníkové baterie v online podobě šířené po sociálních sítích, diskuzních fórech a emailu. Sběr dat probíhal od dubna 2016 do ledna 2018. Kompletní data jsme získali od 839 žen, avšak pro ověření psychometrických kvalit převedené metody BES bylo možno pracovat s daty od 972 žen a u metody EDE-Q s 850 ženami.

Pro kontrolu reliability přeložených dotazníků jsme využili Cronbachovu alfu a split-half reliabilitu se Spearman-Brownovou formulí. Faktorovou strukturu jsme pak ověřili faktorovou analýzou, konkrétně metodou hlavních os s rotací varimax normalizovanou. Matematicko-statistickou analýzu hypotéz jsme provedli díky Pearsonovu korelačnímu koeficientu a Welchovu testu.

U přeložených metod jsme pozorovali vysokou reliabilitu, kdy Cronbachova alfa nabývala hodnot  $\alpha = 0,83$  u BES a  $\alpha = 0,94$  u EDE-Q. Při ověřování faktorové struktury, jsme u BES i EDE-Q našli jeden faktor. Dle autorů Fairburna a Beglina (1994) má být metoda EDE-Q čtyř-faktorová, což naše výsledky nepotvrzují. Autory popsanou faktorovou strukturu však nenachází i další studie (White et al., 2014; Machado et al., 2014; White et al., 2014).

Poté jsme ověřovali platnost jednotlivých hypotéz. U závažnosti záchvatovitého přejídání a poruch příjmu potravy jsme našli silnou pozitivní souvislost s impulzivitou a středně silné až slabé pozitivní vztahy s depresivitou. Mezi BMI, závažností

záchvatovitého přejídání a poruch příjmu potravy jsme identifikovali slabé pozitivní korelace. Všechny tyto hypotézy byly na základě nízké p-hodnoty přijaty. Souvislost věku, závažnosti záchvatovitého přejídání a poruch příjmu potravy nebyla prokázána, pro vysokou p-hodnotu jsme nemohly tyto hypotézy přijmout.

Další hypotézy se zabývaly souvislostí mezi subškálami EDE-Q (Omezování se, Znepokojení kvůli jedení, Nespokojenost se svou váhou a Nespokojenost se svou postavou), impulzivitou a depresivitou. Identifikovali jsme silný pozitivní vztah impulzivity a škály Znepokojení kvůli jedení, Nespokojenost se svou váhou a postavou, pro škálu Omezování se jsme našli středně silný pozitivní vztah. Všechny hypotézy jsme pro nízkou p-hodnotu přijali. Analýza subškál EDE-Q s depresivitou poukázala na slabší, i když stále statisticky signifikantní pozitivní korelace.

Nakonec jsme ověřili předpoklad, že se u žen s poruchou příjmu potravy objevuje vyšší skóre v dotaznících BES a EDE-Q. Tyto hypotézy jsme na základě nízké p-hodnoty přijali.

Pro budoucí výzkumy doporučujeme zaměření na muže a pro ně specifické okolnosti záchvatovitého přejídání, jedince v jiné věkové etapě (pubescence, střední a starší dospělost) a českou klinickou populaci. Pro tyto výzkumy by byla vhodná kombinace dotazníků s jinými kvalitativními metodami (např. s rozhovorem nebo analýzou produktů).

Výsledky naší práce, ať už ve formě přeložených dotazníků nebo potvrzení výsledků jiných studií, považujeme za důležité pro práci s lidmi s poruchami příjmu potravy, ale i pro výzkum těchto psychických nemocí. Další zjištění v této oblasti mohou pomoci při revizi a tvorbě nových diagnostických kritérií, preventivních programů či léčebných postupů poruch příjmu potravy a tím zlepšit život jedinců s těmito poruchami.



# LITERATURA

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. C. T., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305–309. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.09.002

Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., ... Wilfley, D. E. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 509–521. doi:10.1002/eat.10261

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004

Allen, K. L., Byrne, S. M., & McLean, N. J. (2012). The dual-pathway and cognitive-behavioural models of binge eating: prospective evaluation and comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 51–62. doi:10.1007/s00787-011-0231-z

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Araujo, D. M. R., Santos, G. F. da S., & Nardi, A. E. (2010). Binge eating disorder and depression: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2–2), 199–207. doi:10.3109/15622970802563171

Azarbad, L., Corsica, J., Hall, B., & Hood, M. (2010). Psychosocial correlates of binge eating in Hispanic, African American, and Caucasian women presenting for bariatric surgery. *Eating Behaviors*, 11(2), 79–84. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.10.001

Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641–653. doi:10.1002/eat.22401

Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2013). Facets of Negative Affect Prior to and Following Binge-Only, Purge-Only, and Binge/Purge Events in Women With Bulimia Nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 111–118. doi:10.1037/a0029703

Berg, K. C., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2014). Relationship between daily affect and overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *Psychiatry Research*, 215(1), 185–191. doi:10.1016/j.psychres.2013.08.023

- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428–438. doi:10.1002/eat.20931
- Blackburn, S., Johnston, L., Blampied, N., Popp, D., & Kallen, R. (2006). An application of escape theory to binge eating. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 23–31. doi:10.1002/erv.675
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Brewerton, T. D., Rance, S. J., Dansky, B. S., O’Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women’s Study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 836–843. doi:10.1002/eat.22309
- Bruch H. (1973). *Eating Disorders*. Basic Books: New York.
- Bruch, H. (1977). *Psychological antecedents of anorexia nervosa*. New York, NY: Basic Books.
- Burton, A., & Abbott, M. (2017). Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*, 34(3), 168-198. doi:10.1017/bec.2017.12
- Carrard, I., Crépin, C., Ceschi, G., Golay, A., & Van der Linden, M. (2012). Relations between pure dietary and dietary-negative affect subtypes and impulsivity and reinforcement sensitivity in binge eating individuals. *Eating Behaviors*, 13(1), 13–19. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.10.004
- Centre for Research on Eating Disorders at Oxford (n.d). Assessment measures developed by CREDO. Získáno z CREDO website: <http://credo-oxford.com/7.2.html>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 739–749. doi:10.1016/j.paid.2005.02.022
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1–16. doi:10.1348/014466504772812931
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 394–402. doi:10.1016/j.cbpra.2010.07.007

- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107–118. doi:10.1037/1040-3590.19.1.107
- Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3), 727–732. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.005
- Davis, C., Patte, K., Curtis, C., & Reid, C. (2010). Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity. *Appetite*, 54(1), 208–213. doi:10.1016/j.appet.2009.11.002
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A., & Crosby, R. (2003). Deaver et al. (2003) - An Evaluation of Affect and Binge Eating. *Behavior Modification*, 27(4), 578–599. doi:10.1177/0145445503255571
- Didie, E. R., & Fitzgibbon, M. (2005). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors*, 6(1), 35–41. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.007
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. doi:10.3390/nu9111274
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS): Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (v tisku). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS): Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnosti rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc.
- Dostál, D. (2016). *Statistické metody v psychologii*. Nepublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dostál, D. (2017). *Psychometrie I* [PowerPoint prezentace]. Získáno z <http://dostal.vyzkum-psychologie.cz/>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41–47. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 191–201. doi:10.1002/eat.10016

- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 531–536. doi:10.1002/eat.20399
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., O’Connor, M. (2014). *Eating Disorder Examination Manual*. Oxford: Centre for Research on Eating Disorders at Oxford.
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.005
- Fernandez-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Tozzi, F., Via, M. L., Thornton, L. M., Plotnicov, K. H., ... Bulik, C. M. (2007). Symptom Profile of Major Depressive Disorder in Women with Eating Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1), 24–31. doi:10.1080/00048670601057718
- Fischer, S., Smith, G. T., & Anderson, K. G. (2003). Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 406–411. doi:10.1002/eat.10165
- Fischer, S., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1413–1425. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.001
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, C. E., & Le Grange, D. (2014). Subjective and Objective Binge Eating in Relation to Eating Disorder Symptomatology, Depressive Symptoms, and Self-Esteem among Treatment-Seeking Adolescents with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 230–236. doi:10.1002/erv.2297
- Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are „good“ depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 314–320. doi:10.1016/j.jad.2015.09.005
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123–150. doi: 10.1007/BF01183887

- Gofertová, D. & Šmėrhovský, Z. (2015). *Výkladový slovník termínů v epidemiologii*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- Goossens, L., Soenens, B., & Braet, C. (2009). Prevalence and Characteristics of Binge Eating in an Adolescent Community Sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 342–353. doi:10.1080/15374410902851697
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. *Psychological bulletin*, 137(4), 660–681. doi:10.1037/a0023660
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., Herman, C. P., & Baumeister, R. F. (1993). Self-Awareness, Task Failure, and Disinhibition: How Attentional Focus Affects Eating. *Journal of Personality*, 61(1), 49–61. doi:10.1111/j.1467-6494.1993.tb00278.x
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647–660. doi:10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x
- Higgins, M. K., Lin, S. L., Alvarez, A., & Bardone-Cone, A. M. (2015). Examining impulsivity as a moderator of the relationship between body shame and bulimic symptoms in Black and White young women. *Body Image*, 14, 39–46. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.007
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., & Broadbent, J. (2015). Understanding the link between body image and binge eating: a model comparison approach. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 81–89. doi:10.1007/s40519-014-0141-4
- Holsen, I., Kraft, P., & Vittersø, J. (2000). Stability in Depressed Mood in Adolescence: Results from a 6-Year Longitudinal Panel Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 61–78. doi:10.1023/A:1005121121721
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1119–1128.
- Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., Rowe, S., Taylor, K., Frampton, C. M. A., ... Joyce, P. R. (2014). Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 231–238. doi:10.1002/eat.22218
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823–831. doi:10.1017/S0033291708003942
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259–1265. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06081388
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363–371. doi:10.1097/YCO.0000000000000279
- Kordačová, J. (2013). Schémy Na Rozhraní Kognitívnej, Klinickej a Pozitívnej Psychológie. *Československá Psychologie*, 57(6), 554–568. Získáno 20. října 2017 z <http://eds.a.ebscohost.com/>
- Krch, D.F. (2007). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400. doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.008
- Lacey, J. H., Coker, S., & Birtchnell, S. A. (1986). Bulimia: Factors Associated with its Etiology and Maintenance. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 475–487. doi: 10.1002/1098-108X(198603)5:3<475::AID-EAT2260050306>3.0.CO;2-0

- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 529–535. doi:10.1016/j.brat.2011.06.002
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Leehr et al. (2015) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49(Supplement C), 125–134. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008
- Leemput, I. A. van de, Wichers, M., Cramer, A. O. J., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., ... Scheffer, M. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(1), 87–92. doi:10.1073/pnas.1312114110
- Linhartová, P., & Kašpárek, T. (2017). Současné Modely, Testy a Metodologické Aspekty Měření Impulzivitu V Psychologii a Psychiatrii. *Československá psychiatrie.*, 61(1), 29–42.
- Luz, F. Q., Hay, P., Gibson, A. A., Touyz, S. W., Swinbourne, J. M., Roekenes, J. A., & Sainsbury, A. (2015). Does severe dietary energy restriction increase binge eating in overweight or obese individuals? A systematic review. *Obesity Reviews*, 16(8), 652–665. doi:10.1111/obr.12295
- Lyubomirsky, S., Casper, R. C., & Sousa, L. (2001) What Triggers Abnormal Eating in Bulimic and Nonbulimic Women? *Psychology of Women Quarterly*, 25(3), 223–232. doi:10.1111/1471-6402.00023
- Mackenzie, J., & Harris, L. (2015). Binge eating symptomatology, BMI, and health. *Journal of Eating Disorders*, 3(S1), O59. doi:10.1186/2050-2974-3-S1-O59
- Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric Properties and Norms for the Portuguese Population. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 448–453. doi:10.1002/erv.2318
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163–168. doi:10.1016/0306-4603(85)90022-X
- McManus, F., & Waller, Gi. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 845–863. doi:10.1016/0272-7358(95)00042-9
- Melecká, V. (2016). Osobnostní rysy a rizikové chování u studentů vybraného gymnázia a jejich vzájemné souvislosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Meule, A., & Platte, P. (2015). Facets of impulsivity interactively predict body fat and binge eating in young women. *Appetite*, 87, 352–357. doi:10.1016/j.appet.2015.01.003

- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1106–1112. doi:10.1002/eat.22409
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903–918. doi:10.1007/s00787-015-0808-z
- Nasser, J. A., Gluck, M. E., & Geliebter, A. (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*, 43(3), 303–307. doi:10.1016/j.appet.2004.04.006
- Nicholls, D., & Arcelus, J. (2010). Making eating disorders classification work in ICD-11. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(4), 247–250. doi:10.1002/erv.1035
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2014). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
- Perez, M., Ohrt, T. K., & Hoek, H. W. (2016). Prevalence and treatment of eating disorders among Hispanics/Latino Americans in the United States. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 378. doi:10.1097/YCO.0000000000000277
- Peterson, C. B., Crow, S. J., Swanson, S. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., . . . Halmi, K. A. (2011). Examining the stability of DSM–IV and empirically derived eating disorder classification: Implications for DSM–5. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 777–783. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0025941
- Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: a review. *Journal of Eating Disorders*, 3, 33. doi:10.1186/s40337-015-0070-2
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity*, 11(2), 195–201. doi:10.1038/oby.2003.31
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193–201. doi:10.1037/0003-066X.40.2.193



- Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., & Madeley, M. C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 357–365. doi:10.1002/cpp.630
- Racine, S. E., VanHuysse, J. L., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M. C., Boker, S., & Klump, K. L. (2017). Eating disorder-specific risk factors moderate the relationship between negative urgency and binge eating: A behavioral genetic investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 481–494. doi:10.1037/abn0000204
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187–198. doi:10.1002/eat.22270
- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887–898. doi:10.1177/1359105315580212
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429–448. doi:10.1017/S0033291700031974
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder – a systematic review. *Obesity Reviews*, 14(6), 477–495. doi:10.1111/obr.12017
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 760–771. doi:10.1207/s15374424jccp3304\_11
- Smink, F. R. E., Hoeken, D. van, & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629–638. doi:10.1037/0022-006X.75.4.629
- Spoor, S. T. P., Stice, E., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., Croon, M. A., & Van Heck, G. L. (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 700–707. doi:10.1002/eat.20283

Stárková, L. (2009). Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 10(3), 112-116.

Steiger et al. (2005). Mood – and restraint-based antecedents to binge episodes in bulimia nervosa: possible influences of the serotonin system. *Psychological Medicine*, 35(11), 1553–1562. doi:10.1017/S0033291705005817

Steward, T., Mestre-Bach, G., Vitró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., & Fernández-Aranda, F. (2017). Delay Discounting of Reward and Impulsivity in Eating Disorders: From Anorexia Nervosa to Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 601–606. doi:10.1002/erv.2543

Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 359–381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317

Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29(2), 257–276. doi:10.1016/S0005-7894(98)80006-3

Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030679>

Stice, E., Shaw, H., & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 129–149. doi:10.1521/jscp.1998.17.2.129

Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270–278. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<270::AID-EAT3>3.0.CO;2-1

Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(4), 222–229. doi:10.1007/s007870170011

Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, & Merikangas KR. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating Disorder Behavior and Early Maladaptive Schemas in Subgroups of Eating Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 425–431. doi:10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d

- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- van Hoeken, D., Burns, J. K., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 372–377. doi:10.1097/YCO.0000000000000274
- van Strien, T., Engels, R.C., Van Leeuwe, J., & Snoek, H.M. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 205–213. doi: 10.1016/j.appet.2005.08.004
- Voon, V., Irvine, M. A., Derbyshire, K., Worbe, Y., Lange, I., Abbott, S., ... Robbins, T. W. (2014). Measuring “Waiting” Impulsivity in Substance Addictions and Binge Eating Disorder in a Novel Analogue of Rodent Serial Reaction Time Task. *Biological Psychiatry*, 75(2), 148–155. doi:10.1016/j.biopsych.2013.05.013
- Waller, G. (2003). Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 458–464. doi:10.1002/eat.10161
- Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3, 171–178. doi:10.1016/S1471-0153(01)00056-3
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235–241. doi:10.1002/1098-108X(200009)28:2<235::AID-EAT15>3.0.CO;2-1
- Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., ... Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16, 163. doi:10.1186/s12888-016-0840-7
- Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H. J., & Jansen, A. (2006). Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 126–131. doi:10.1016/j.pec.2005.06.016
- White, H. J., Haycraft, E., Goodwin, H., & Meyer, C. (2014). Eating disorder examination questionnaire: Factor structure for adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 99–104. doi:10.1002/eat.22199
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689. doi:10.1016/S0191-8869(00)00064-7
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Whiteside et al. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer

strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162–169. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.04.001

WHO (2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize*. Praha: Bomton Agency. Retrieved from <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>

WHO (n.d.). *BMI classification*. Získáno z [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L., & Thaw, J. M. (1999). Cognitive Bias in Eating Disorders: Implications for Theory and Treatment. *Behavior Modification*, 23(4), 556–577. doi:10.1177/0145445599234003

Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711–738. doi:10.1177/0145445503259853

Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267–274. doi:10.1037/0022-006X.70.2.267

Yeomans, M. R., Leitch, M., & Mobini, S. (2008). Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite*, 50(2), 469–476. doi:10.1016/j.appet.2007.10.002

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

Zuckerman, M., & Cloninger, C. R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and individual differences*, 21(2), 283–285. doi:10.1016/0191-8869(96)00042-6

Zwaan, M. de, Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Crosby, R. D., & Seim, H. C. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 428–434. doi:10.1016/S0010-440X(03)00092-0

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Český a cizojazyčný abstrakt BcDP
2. Dotazník BES v české verzi
3. Dotazník EDE-Q v české verzi
4. Ukázka datové matice

## **Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt BcDP**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Záchvaty přejídání a jejich souvislost s impulzivitou a depresivitou

**Autor práce:** Tereza Hacová

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 76 stran, 144 803 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 141

#### **Abstrakt (800–1200 zn.):**

Cílem této práce je identifikace souvislosti mezi závažností záchvatů přejídání a mírou impulzivity a depresivity. V teoretické části práce definujeme a popisujeme záchvaty přejídání, poruchy příjmu potravy s nimi spojené a jejich vztah s impulzivitou a depresivitou. V rámci výzkumné části jsme realizovali kvantitativní design, konkrétně dotazníkové šetření, na 839 ženách v adolescenci a mladé dospělosti pomocí metod BES, EDE-Q, SIDS a SDDSS. Korelace závažnosti záchvatů přejídání a poruch příjmu potravy je silná u impulzivity a středně silná až slabá s depresivitou. Dále se práce zabývá převodem metod Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) a Binge eating scale (BES) do českého jazyka a ověřováním jejich psychometrických kvalit. Reliabilitu těchto metod jsme odhadli pomocí Cronbachovy alfy, jejíž hodnota odpovídala  $\alpha = 0,83$  u BES a  $\alpha = 0,94$  pro EDE-Q.

**Klíčová slova:** záchvaty přejídání, impulzivita, depresivita, EDE-Q, BES, SIDS, SDDSS

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Binge eating and its connection with impulsivity and depression

**Author:** Tereza Hacová

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 76 pages, 144 803 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 141

**Abstract (800–1200 characters):**

The aim of this work is to identify the relationship between the severity of binge eating, impulsivity and depression. In the theoretical part, we define and describe binge eating, eating disorders associated with them and their connection with impulsivity, and depression. Within the research section, we implemented a quantitative design, specifically questionnaire survey, on 839 adolescent and young adults using the BES, EDE-Q, SIDS and SDDSS methods. The correlation between the severity of overeating and eating disorders is strong in impulsivity and moderate to weak in depression. In addition, the thesis deals with the conversion of the Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) and the Binge eating scale (BES) into the Czech language and the verification of their psychometric qualities. The reliability of these methods is estimated using Cronbach's alpha as  $\alpha = 0,83$  for BES and  $\alpha = 0,94$  for EDE-Q.

**Key words:** Binge Eating, impulsivity, depression, EDE-Q, BES, SIDS, SDDSS

## Příloha č. 2: Dotazník BES v české verzi

### Škála záchvatovitého přejídání

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

#### Otázka č. 1

---

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

#### Otázka č. 2

---

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



### Otázka č. 3

---

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

### Otázka č. 4

---

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

### Otázka č. 5

---

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

### Otázka č. 6

---

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

### Otázka č. 7

---

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

### Otázka č. 8

---

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

### Otázka č. 9

---

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

### Otázka č. 10

---

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

### Otázka č. 11

---

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

### Otázka č. 12

---

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

### Otázka č. 13

---

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

### Otázka č. 14

---

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

### Otázka č. 15

---

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

### Otázka č. 16

---

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





**Otázky 22 až 28: Zakroužkujte odpovídající číslo na pravé straně. Nezapomeňte, že se otázky týkají pouze uplynulých čtyř týdnů (28 dní).**

<b>Během uplynulých 28 dní .....</b>	<b>Vůbec</b>		<b>Trochu</b>		<b>Středně</b>		<b>Hodně</b>
22 Jak moc za posledních 28 dní ovlivnil/a vaše hmotnost to, jak se vnímáte jako člověk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Jak moc za posledních 28 dní ovlivnily vaše tělesné proporce to, jak se vnímáte jako člověk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Jak moc by vás rozrušilo, kdyby jste byl/a požádán/a vážit se jednou týdně (ani méně ani více) po dobu následujících 4 týdnů?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Jak moc jste za posledních 28 dní byl/a nespokojen/a se svou hmotností?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Jak moc jste za posledních 28 dní byl/a nespokojen/a se svými tělesnými proporcemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Jak moc jste se za posledních 28 dní cítil/a nepříjemně při pohledu na vaše tělo (např. v zrcadle, odrazu ve výloze, při svlékání nebo koupání/sprchování)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Jak moc jste se za posledních 28 dní cítil/a nepříjemně, když jiní lidé viděli vaše tělo a postavu (např. v šatnách, při plavání nebo v těsném oblečení)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jaké je Vaše současná váha? (Uveďte co nejpřesnější odhad.) .....

Jaká je vaše výška? (Uveďte co nejpřesnější odhad.) .....

Jste-li žena: Stalo se vám, že jste v posledních 4 měsících nedostala menstruaci? .....

Pokud ano, kolikrát? .....

Užíváte hormonální antikoncepci? .....

**DĚKUJEME!**



