

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie a patopsychologie

ZUZANA SÝKOROVÁ
IV. ročník- prezenční studium

Obor: německý jazyk - občanská výchova

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U PUBESCENTŮ
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Škobrtal

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedeníh pramenů a literatury.

V Olomouci dne 2009

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Pavlu Škobrtalovi za ochotu, vstřícnost a cenné rady při odborném vedení diplomové práce, ale i paní učitelce na Základní škole Bratrství Čechů a Slováků v Bystřici pod Hostýnem Mgr. Barboře Vánské, u níž jsem prováděla výzkum. A v neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

OBSAH

I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
ÚVOD.....	7
1. Pubescence.....	9
1. 1 Charakteristika období.....	9
1. 2 Osobnostní charakteristiky.....	10
1. 3 Psychické zvláštnosti.....	11
2. Nespokojenost se svým tělem.....	11
3. Držení diet.....	13
4. Vymezení poruch příjmu potravy.....	14
4. 1 Mentální anorexie.....	15
4. 1. 1 Historie mentální anorexie	15
4. 1. 2 Definice mentální anorexie.....	17
4. 1. 3 Diagnostická kritéria podle MKN – 10.....	19
4. 2 Mentální bulimie.....	20
4. 2. 1 Historie mentální bulimie.....	20
4. 2. 2 Definice mentální bulimie.....	21
4. 2. 3 Diagnostická kritéria podle MKN – 10.....	23
5. Příčiny poruch příjmu potravy.....	23
5. 1 Biologické faktory	24
5. 2 Osobnost a psychologické faktory.....	25
5. 3 Rodinné okolnosti a genetické faktory.....	26
5. 4 Emocionální faktory.....	27
5. 5 Sociokulturní faktory.....	28

5. 6 Životní události.....	29
6. Průběh a prognóza poruch příjmu potravy.....	29
7. Výskyt poruch příjmu potravy.....	31
8. Důsledky poruch příjmu potravy.....	32
9. Léčba poruch příjmu potravy.....	35
10. Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže.....	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
1. Cíle a východiska řešení.....	45
2. Hypotézy výzkumu.....	45
3. Charakteristika výzkumného vzorku.....	45
4. Metody výzkumu.....	47
5. Realizace výzkumu.....	49
6. Výsledky výzkumu.....	50
III. ZÁVĚR.....	54
IV. SOUHRN.....	55
V. DISKUSE	60
VI. POUŽITÁ LITERATURA.....	63
VII. PŘÍLOHY.....	65

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

„Jiní lidé žijí, aby jedli, já však jím, abych žil“.

Sokrates

Poruchy příjmu potravy jsme si zvolili jako téma naší diplomové práce, protože bychom chtěli poukázat na to, že poruchy příjmu potravy se stávají čím dál více aktuálnějším problémem dnešní současnosti. Kam naše oko pohlédne, ať už na obálky různých časopisů, nebo na televizi, všude se na nás usmívají mladé, krásné, dokonalé a vyhublé modelky. Žijeme ve světě, který je posedlý dietami, vyzábělými ženami a neustálým důrazem na ideál krásy. V současné době jsou ve společnosti stanoveny jak ženské, tak mužské ideály krásy, kterým se snaží člověk přizpůsobit. Přijímat ideály je dobré do té doby, dokud nám přináší estetický užitek a obohacují nás. V dnešní době však mají podobu módního diktátu, který klade velké nároky. Současná společnost nutí ženy, aby se přizpůsobovaly nepřirozenému ideálu krásy, který je však pro většinu žen nedosažitelný. Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Někteří autoři odborných knih řadí mezi poruchy příjmu potravy i záchvatovité přejídání. Ve naší diplomové práci se zabýváme jen mentální anorexií a mentální bulimií. Obě tyto poruchy spojuje strach z tloušťky. Podle odborníků se nachází v populaci 2 - 5 % těch, kteří poruchou příjmu potravy trpí (Málková, Krch, 2001). Domníváme se, že je toto číslo zkreslené a že je toto procento mnohem větší. Vzhledem k tomu, že případů onemocnění stále přibývá, přičemž věk pacientů (respektive pacientek) stále klesá, máme za to, že by prevenci poruch příjmu potravy měla být věnována pozornost nejen v rodinách, kde děti vyrůstají a jsou vychovávány, ale také ve školách. Tyto dvě instituce na děti, žáky a studenty každodenně bezprostředně působí, a mohou tak jejich postoje a jednání do značné míry ovlivnit.

Cílem diplomové práce je poskytnout základní informace o problematice poruch příjmu potravy a zjistit, zda narušená percepce vlastního těla, narušené jídelní návyky a postoje budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců a zda jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou vykazovat předpoklady pro vznik poruchy stravování, na jejímž základě se může v budoucnu rozvinout porucha příjmu potravy.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a výzkumnou část. Tyto části jsou dále rozděleny na kapitoly, podkapitoly a oddíly. V teoretické části se po prostudování nejrůznější odborné literatury a také za využití dalších zdrojů věnujeme této problematice v obecné rovině. Výzkumná část naší diplomové práce je zaměřena na zjištění, zda se poruchy příjmu potravy vyskytují na 2. stupni ZŠ Bratrství v Bystřici pod Hostýnem. První kapitola teoretické části poskytuje základní informace o období pubescence, které je těsně spjato s poruchami příjmu potravy. Druhá kapitola pojednává o tělovém schématu, jehož narušení typicky oba syndromy doprovází. Třetí kapitola se zabývá nebezpečím při držení redukčních diet. Čtvrtá kapitola poskytuje obecné informace o poruchách příjmu potravy. Jsou zde popsány obě základní formy jídelních poruch - mentální anorexie a mentální bulimie, historie těchto poruch a diagnostická kritéria obou jídelních poruch. Pátá kapitola je věnována základním možným příčinám vzniku a etiologickým faktorům tohoto onemocnění. Šestá kapitola je věnována průběhu a prognóze poruch příjmu potravy. Sedmá kapitola informuje o výskytu poruch příjmu potravy. Osmá kapitola se zabývá zdravotními následky, psychickými a společenskými důsledky, které s sebou poruchy příjmu potravy přinášejí. Devátá kapitola se věnuje možnostem léčby u poruch příjmu potravy. Poslední kapitola se týká prevence poruch příjmu potravy. V praktické části se zaměřuji na zjištění, zda se poruchy příjmu potravy vyskytují na 2. stupni ZŠ Bratrství v Bystřici pod Hostýnem. V praktické části používáme 2 dotazníky. Prvním dotazníkem je test jídelních postojů- EAT, druhým dotazníkem je škála tělové katexe- BIS.

K našemu tématu jsme důkladně prostudovali relevantní odbornou literaturu o této problematice a také máme ve svém okolí dívky , která trpěly mentální anorexií. Často si pokládáme otázku, co vede ženy k těmto poruchám, a i proto jsme se rozhodli naši diplomovou práci věnovat této problematice. Informovanost o poruchách příjmu potravy je minimální a často mizivá a proto chceme prostřednictvím naší diplomové práce vytvořit jakési povědomí o této problematice.

1. Pubescence

Vzhledem k tomu, že objektem našeho výzkumu jsou mladí lidé v období puberty a prepuberty (pubescence) rozhodli jsme se věnovat tuto kapitolu psychologické charakteristice tohoto období. Přiblížíme si, čím je dané období charakteristické, jak tito jedinci dané období prožívají a jaké osobnostní zvláštnosti se u nich v tomto věku objevují. Dospívání je spojeno s dramatickými změnami v proporcích lidského těla i v činnosti jednotlivých orgánů. Tělesné dospívání je energeticky náročné a nutně vyžaduje zvýšený příjem nutričně hodnotné stravy. V důsledku měnících se nutričních potřeb a ještě více v důsledku toho, že se dospívající mohou sami rozhodnout o tom, kdy, kde a co budou konzumovat, se zvyšuje riziko nevhodných stravovacích návyků a vzniku poruch příjmu potravy.

1. 1 Charakteristika období

Autoři se liší v členění tohoto období. V naší práci se přidržíme toho, jak člení období pubescence Čížková Šimíčková (2005). Daná autorka rozlišuje toto období na:

- a) **fázi prepuberty** (u dívek okolo 10. roku, u chlapců v 11 letech).
- b) **fázi vlastní puberty** (u dívek ve 12, 5 letech, u chlapců ve 13 letech).

Období dospívání představuje přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí (Vágnerová, 2000). Toto období bývá označováno jako léta „ bouří a stresů. Jedná se o období vnitřních a vnějších konfliktů, zejména pak s rodiči. Tyto konflikty jsou poznamenány zmatky z probuzené sexuality a vnitřními krizemi, tendencí k osamostatňování se a revoltě proti rodičům, dále pak zájmem o sebe sama, snahou proniknout do světa dospělých, vzdorem, předstíranou hrubostí, ale i vnitřní sentimentalitou (Nakonečný, 1997).

Pro toto období jsou charakteristické výrazné změny jak ve fyzickém, tak v psychickém vývoji. V somatickém vývoji dochází k výrazným změnám v proporcích těla, začíná období vytáhlosti, které je charakteristické intenzivním růstem končetin a také trupu. Mění se tělesné tvary: Rozšiřují se ramena (hlavně u chlapců) a boky (hlavně u dívek, jejichž pánev roste do šířky i do hloubky),

přičemž se linie pasu snižuje a u dívek je výraznější (Říčan, 2004). Typické pro toto období jsou rozdíly v akceleraci vývoje jak mezi dívkami a chlapci, tak i u stejného pohlaví. Je možné sledovat odlišný nástup fyziologických a psychických změn v závislosti na pohlaví – u dívek je nástup těchto změn dříve než u chlapců (Čížková Šimíčková, 2005).

„Podle E. Eriksona (in Vágnerová, 2000, str. 210) je dospívání charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti atd.“

Důležitým sociálním mezníkem v životě pubescenta je ukončení povinné školní docházky a volba dalšího profesního směřování (Vágnerová, 2000).

1. 2 Osobnostní charakteristiky

Podstatné vývojové změny se projevují u pubescenta v myšlení. Pubescenti přemýšlí ve formálních logických operacích, což je počátek abstraktního myšlení. V tomto období začíná schopnost hypoteticko – deduktivně usuzovat a vyvozovat logické závěry. Dochází také k rozvoji logické paměti. U pubescentů se začíná objevovat samostatnost v myšlení a kritičnost vůči dospělým tak, že je zpochybňována autorita dospělých (Čížková Šimíčková, 2005).

Pubescent má potřebu prosadit své JÁ ve světě dospělých, což se projevuje silným sebeprosazováním. Častěji uvažuje o své osobnosti, hodnotí všechno, co v minulosti dokázal, či co si osvojil. Pokud se nepodaří zvládnout krizi míry pojetí vlastní osobnosti, vzniká velká pravděpodobnost, že dojde ke zdraví poškozujícímu chování, např. vzniku různých závislostí (Bártlová, 1999).

V tomto období má velký význam fantazie, která se projevuje tím, že se jedinec vidí ve vlastním světě a má své vlastní představy. U pubescentů se objevují rozdíly v kognitivních funkcích mezi pohlavími, to se projevuje hlavně ve škole. Zatímco dívky bývají zdatnější ve verbálních projevech a jsou orientovány na jazykové vzdělání, chlapci vykazují lepší výkony v řešení početních a prostorových problémů (Čížková Šimíčková, 2005).

Pro dospívajícího hraje důležitou roli také jeho vnější zjev a vůbec tělesné schéma, které se stává důležitou součástí sebepojetí (Vymětal, 2003). Pubescenti

se zaměřují na sebe, na proměnu svých tělesných proporcí a introvertují se (Čížková Šimíčková, 2005).

1. 3 Psychické zvláštnosti

Typické pro pubescenty je znatelná labilita a proměnlivost citů, které mají až afektivní ráz, náhle vzniknou, jsou prudké a krátkodobé a jsou střídány jinou citovou kvalitou. Pubescent reaguje většinou podrážděně. Jeho nálady bývají labilní, nápadně často se mění, převládají však záporné emoce: rozmrzelost, nepokoj, neklid, horečná aktivita, pak zase apatie hraničící s depresí. Chování bývá u pubescentů výbušné, objevují se intenzivní reakce vzteku, smíchu, smutku. Emoční vázanost k rodičům se postupně uvolňuje, pubescenti se ostýchají projevit city vůči rodičům, neprojevují k nim přílišnou vřelost a spontánnost. Citové odpoutání od rodičů v období pubescence vyvolává potřebu sblížit se citově s někým jiným. Vznikají pevnější kamarádské vztahy. Pubescenti začínají navazovat více kontaktů s vrstevníky, seskupují se do skupin podle společného zájmu. Mezi vrstevníky se utváří čistě chlapecké a dívčí skupiny. Ve vztahu k druhému pohlaví mizí izolovanost děvčat a chlapců a dochází k vzájemnému sblížování se (Čížková Šimíčková, 2005). V tomto období se objevuje první láska, resp. zamilovanost (Nakonečný, 1997). City k sobě se projevují nevyrovnaností, jsou vůči sobě kritičtí, citlivě reagují na kritiku vůči své osobě. Důležitý je také rozvoj vyšších citů morálních, estetických a přijímání společenských a mravních hodnot (Šimíčková Čížková, 2005).

2. Nespokojenost se svým tělem

Vágnerová (1997) uvádí, že součástí identity každého jedince je jeho tělo, přesněji řečeno jeho představa o vlastním těle, která v sobě zahrnuje zkušenosti se sebou samým, s tělovými pocity, s obrazem vlastního těla, s reakcemi ostatních lidí, jež se vztahují k tělu, srovnání sebe sama s jinými lidmi, s předpokládanou normou i s ideálem, prezentovaným např. v médiích. Na spokojenost s vlastním tělem je v průběhu dospívání soustředěn velký zájem. Carruthová a Goldbergová tvrdí (in Grogan, 2000) , že dospívání je období, kdy u dívek vrcholí

obavy o obraz postavy vzhledem k fyzickým změnám, které u dívek probíhají a jež dívky vzdalují od ideální štíhlé postavy, jakou by chtěly mít.

Od mužů a žen je západní společností vyžadována štíhlost. Zatímco u žen se očekává, že budou štíhlé a dobře formované, od mužů, že budou štíhlí a svalnatí. Dietní průmysl propaguje vyhublý ideál krásy, přestože držení diet může způsobovat zdravotní problémy a není pravděpodobné, že by diety vedly k dlouhodobému snížení tělesné hmotnosti (Grogan, 2000). Největšímu riziku nespokojenosti s tělem jsou vystaveny bílé heterosexuální ženy a homosexuální muži, dále pak lidé s nízkým sebevědomím a s nízkým pocitem vlivu na obraz vlastního těla. Nespokojenost s tělem se objevuje již od věku osmi let. Studie, které sledovaly spokojenost s tělem v průběhu života zjistily, že ženy všech věkových skupin jsou méně spokojeny se svým tělem než muži (Grogan, 2000).

Spokojenost žen s vlastním tělem

Panuje všeobecná shoda v tom, že v západní kultuře je na ženy vyvíjen větší společenský tlak, který je nutí snažit se vyhovět ideálu štíhlosti. Studie ukazují, že většina žen je nespokojena se svým tělem, zejména s břichem, boky a stehny. Výzkumy spolehlivě prokázaly, že většina dívek od 13 do 16 let je nespokojena s tvarem a proporcemi své postavy. Většina žen by si přála být štíhlejší než v současné době jsou. Ženy uvádí, že si připadají tlusté a přály by si zhubnout. Ženy se většinou snaží změnit postavu držením diet ve snaze snížit svou tělesnou hmotnost (Grogan 2000).

Spokojenost mužů s vlastním tělem

Psychologické a sociologické zkoumání mužského těla je záležitost poměrně nedávná. Dřívější studie tělesného schématu se totiž omezovaly pouze na ženy. Ženské tělo je v různých médiích představováno mnohem častěji než mužské a také jeho popis bývá konkrétnější (Morganová, 1993 in Grogan 2000). Až v posledním desetiletí se psychologové a sociologové začali více zajímat také o spokojenost mužů s vlastním tělem.

Ideální mužská postava je podle studií štíhlá a mírně svalnatá. Výzkumy spokojenosti mužů s vlastním tělem ukázaly, že významná část mužů je

nespokojena s některými aspekty své postavy a tělesné hmotnosti. Mezi tělesné partie, jež vyvolávají nespokojenost u mužů, jsou prostřední část trupu (břicho, bedra), bicepsy, ramena, hrudník a svalový tonus obecně. Muži se většinou snaží změnit postavu cvičením spíše než držením diet. V dotazníkových studiích uvedlo 65 procent britských a 41 procent amerických vysokoškoláků, že cvičí proto, aby si zlepšili tvar a proporce postavy (Grogan, 2000).

Lidi, kteří trpí poruchami příjmu potravy, můžeme považovat za jednu ze skupin osob, jež pociťují nadměrnou nespokojenost s vlastním tělem. Dle studií Rosena (in Grogan, 2000), které byly provedeny mezi vysokoškolskými a středoškolskými studentkami, byla potvrzena signifikantní souvislost mezi nespokojeností s tělem a problematickým vztahem k jídlu.

3. Držení diet

V průběhu dospívání dochází k pokusům snížit tělesnou hmotnost za pomoci omezování se v jídle a držením diet (Krch, 2005). Ženy všech věkových skupin a ras mají většinou tendenci tloustnout více než muži. Zatímco ženy během dospívání spíše tloustnou, muži spíše hubnou. „Dodržování redukčních diet však není jen bezprostředním faktorem, který může vést ke vzniku poruch příjmu potravy, ale i sociálním a kulturním jevem, který posiluje další rizikové postoje (nespokojenost s tělem a tělesnou hmotností, touha zhubnout, apod.) a faktory (nízké sebevědomí, deprese, postoje rodičů a vrstevníků, závislost na alkoholu)“ (Krch, 2005, str. 48). Většina studií zatím ukázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a mentální bulimie asi osmkrát.

Výrazné dietní tendence a zcela nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti jsou zřetelné už u dívek v osmém a devátém ročníku základní školy. Mezi těmito třinácti a čtrnáctiletými dívkami padesát procent uvádí, že by si přály zhubnout. Již v tomto věku se dívky, ze strachu, že budou tlusté, pravidelně nutí do zvracení. Jejich nutriční chování je charakteristické tím, že většinou vynechávají některé hlavní jídlo nebo nejedí ve školní jídelně. Ukazuje se, že velká část dospívajících dívek vlastně ani neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost a snaží se tak bojovat proti přiměřeným tělesným proporcím. Přiměřenou a zdravou výživu zaměňují často za některou z právě módních

redukčních diet . Redukční diety hrají tedy klíčovou roli u všech poruch příjmu potravy (Marádová, 2007).

4. Vymezení poruch příjmu potravy

Již od narození se u každého z nás projevuje základní lidská potřeba nasycení. Potřeba potravy patří mezi základní biologické potřeby každého člověka. Člověk musí jíst především proto, aby se udržel naživu. Jídlo může být zdrojem slasti, odměnou za splněný úkol, za úspěch, popřípadě odnětí potravy může být i trestem. Jídlo nám slouží mimo jiné i ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu. Jídlo nám ulehčuje zvládání zátěže a vyrovnává emoční rozladění jakéhokoli původu. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy se stává jídlo hlavní náplní života (Kranzová, Maloney, 1997). Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s poruchami postoje k jídlu, a z toho vyplývající odchylkou v chování. Bývají spojeny i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, s deformací tělového schématu, jeho proporcí a hmotnosti.

Poruchy příjmu potravy se v současné době stávají stále více diskutovaným tématem. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky trpí mnoho dívek, žen i mužů v naší společnosti (Krch, 2005). Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 2005).

Jedná se o poruchy psychického rázu, které mají komplexní charakter - mají dopad nejen na psychickou a zdravotní stránku člověka, ale i na sociální okolí. Z tohoto důvodu se hovoří o poruchách příjmu potravy jako o psychosomatických poruchách. Tyto poruchy mají biopsychosociální charakter (Málková, Krch, 2001). Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, kterému byla v posledních letech právem věnována velká pozornost - v odborném tisku, na různých seminářích nebo na celostátních konferencích. Tato pozornost je zasloužená, protože se jedná o závažné onemocnění.

Mezi nejtypičtější poruchy příjmu potravy zařazujeme mentální anorexii a mentální bulimii. Podle Krcha (2005) si jsou mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti

podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti.

Kranzová a Maloney (1997) zařazují mezi poruchy příjmu potravy i záchvatovité přejídání. Ti, co trpí záchvatovitým přejídáním, konzumují velké množství jídla, i když právě nemají hlad. Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie je u záchvatovitého přejídání zastoupeno i mnohem větší procento mužů trpící touto poruchou. Na první pohled se jednotlivé poruchy příjmu potravy od sebe velmi liší. Mají však společnou jednu věc. Jestliže trpíte některou z nich, neustále musíte myslet na jídlo, tělesnou hmotnost a na dietu. Rodina, přátelé a školní povinnosti pro vás nejsou již tak důležité (Kranzová, Maloney 1997).

4. 1 Mentální anorexie

4. 1. 1 Historie mentální anorexie

Pokud se máme zabývat samotnou poruchou příjmu potravy, mentální anorexií, musíme si nejprve ujasnit historii této poruchy.

Poruchy příjmu potravy provází lidstvo od jeho počátku. V různých obdobích dějin lidstva se objevuje rozdílný ideál krásy. Někdy jsou za krásné považovány kypré tvary těla, jindy jsou za krásné považovány štíhlé tvary postavy. Vydejme se tedy na krátkou exkurzi do dějin mentální anorexie. „Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů“ (Krch, 2005, str. 27).

Odmítání potravy bylo součástí života společnosti po staletí a nebylo považováno za nějaký patologický jev. Připomeňme si tradici půstu, nebo tradici neobyčejně asketického až sebetrýznivého života zbožných křesťanů a zejména některých extrémně zbožných středověkých žen. Jednalo se o případy „postících se světic“, z nichž některé byly církví i kanonizovány (Krch, 2005).

Ve 2. století našeho letopočtu popsal jako první příznaky mentální anorexie Galén. Mentální anorexii připisoval hlavně k špatným tělesným tekutinám a odporu k jídlu (Málková, Krch, 2001). Již v 5. století př. n. l. se však Hippokrates zmiňuje o některých jídelních poruchách. Hippokrates i Galén používají pojem „asitia“, když popisují odmítání potravy.

Termín „nervová anorexie“ se objevil až na začátku 19. století ve Francii, ale do odborné literatury zavedl výraz mentální anorexie v roce 1874 britský lékař William Gull. O autorství tohoto prvního jednoznačného popisu se dělí s pařížským lékařem Ernstem - Charlesem Laseguem. Ten v dubnu 1873 publikoval svůj článek o „anorexie hystérique“. V říjnu téhož roku přednesl Gull svou přednášku o „anorexia hysterica“. Přednáška byla poté publikována v roce 1874, ale tentokrát s použitím termínu „anorexia nervosa“. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, která se vyskytuje převážně u dívek a mladých žen (Krch, 2005).

První případ dobře popsané mentální anorexie pochází ze 17. století. Britský lékař R. Morton v knize *Phthisiologia* popsal v roce 1689 případ nervového opotřebení u dcery jakéhosi pana Duka. Dívka trpěla nechutenstvím, vyhublostí, hypotermií, amenoreou, emočním rozrušením, dostavovaly se u ní záchvaty mdloby. Lékař konstatoval celkovou devastaci organismu, ale nenašel pro ni žádnou fyzickou příčinu. Snažil se ji léčit, avšak dívka odbornou péčí odmítala a nakonec zemřela (Krch, 2005).

Odborná veřejnost si musela počkat až do r. 1859, kdy americký lékař W.S. Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, detailně popsal jeden případ tzv. sitiofobie, tedy chorobného nechutenství. Povšiml si také, že jde o širší společenský jev, kdy se některé dívky z vyšších společenských kruhů snažily na sebe upoutat pozornost okolí právě tím, že málo jedly. O rok později francouzský lékař Louis - Victor Marcé otiskl článek o zvláštní formě „hypochondrického deliria“. Pozoroval několik pubertálních dívek, které trpěly nechutenstvím k jídlu nebo bolestivým trávením. Některé pacientky došly k „delirickému“ závěru, že nemohou jíst, a tak celé měsíce skoro nic nejedly a poté byly vyhublé na kost (Krch, 2005).

„Trvalo to více než deset let, než se chorobné sebehladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem“ (Krch, 2005, str. 30). Zpočátku byla mentální anorexie považována za duševní poruchu, to ale vyvrátil hamburský patolog Morfia Simmonds, který zjistil, že mentální anorexie má souvislost s lézami v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být nerozlučně spojována se „Simmondsovou chorobou“. Než byla tato chybná hypotéza jednoznačně

odmítnuta, trvalo to ještě další dvě desetiletí (Krch, 2005). Ve čtyřicátých letech dvacátého století pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny byla mentální anorexie znovuobjevena jako duševní poruch. Mentální anorexie ve 20. století opustila učebnice vnitřního lékařství a přesunula se do učebnic psychiatrie a začal se rýsovat její širší a komplexnější obraz. Od šedesátých let 20. století má mentální anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby, a to především díky významným publikacím Hildy Bruch a Mary Selvini Palazzoli (Krch, 2005).

„K původnímu klinickému obrazu mentální anorexie, jak jej popsali Lasegue a Gull, přibyly další dva podstatné rysy: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla“ (Krch, 2005, str. 31). Ve světě se již od devadesátých let 20. století bojuje proti přílišné hubenosti (Málková, Krch, 2001). „V české odborné literatuře popsali první případy poruchy příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946)“ (Papežová, 2000, str. 16). Od dřívějších se dnešní pacienti odlišují přetrvávajícím strachem z tloušťky nebo odmítáním stravy, jsou motivováni snahou zhubnout a chtějí se přiblížit dnešnímu ideálu krásy (Papežová, 2000).

4. 1. 2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Základním projevem je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. Potřeba hubnout, tedy i obava z jídla, má nutkavý charakter, není ovladatelná vůlí. Dívky se snaží redukovat příjem potravy na minimum. Zpočátku je chuť k jídlu vědomě potlačována. Postupem času anorektičky ztrácí chuť k jídlu, a tak u nich dochází k oslabení pocitu hladu, teprve poté dochází k nechutenství. Projevem anorexie je narušený postoj k tělesné hmotnosti a tloušťce (Málková, Krch, 2001).

O mentální anorexii mluvíme tehdy, jestliže si dívky či mladé ženy udržují tělesnou hmotnost pod hranici BMI 17, 5 a nižší. BMI je index tělesné hmotnosti, který se vypočítává podílem váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech. Normální hodnota pro ženy je mezi 20- 24, pro muže od 21 do 25. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku od 13 do 20 let. Anorexie se však objevila i u dvanáctiletého děvčete či čtyřicetileté ženy (Krch 2005).

Anorektičky využívají různých metod k hubnutí - vyprovokovaného zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (léky snižující chuť k jídlu), diuretik (léky odvodňující organismus) či nadměrného cvičení. U nemocných přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle (Krch, 2005).

Narušené vnímání vlastního těla je způsobeno strachem z tloušťky. Dívky sledují některé své tělesné partie, které jim připadají tlusté, a nadhodnocují jejich proporce, a tím strach z tloušťky ještě více sílí. Následkem toho je vnímání vlastního těla více zkreslené, svoji postavu hodnotí jako tlustou, i když tento názor jejich sociální okolí nesdílí (Krch, 2002).

Existují dva typy mentální anorexie:

a) **Restriktivní typ** - je charakterizován významným omezením příjmu potravy, v extrémní podobě jde o těžké hladovění, někdy také omezování příjmu tekutin. Součástí bývá i excesivní cvičení, které mívá podobu rituálu.

b) **Bulimický typ** - při tomto typu je omezování jídla občas doplněno určitým příjmem potravy, avšak vzápětí kompenzováno zvracením, eventuálně použitím laxativ či diuretik. Energetický příjem může být kompenzován také excesivním cvičením.

Možné příznaky mentální anorexie:

- ztráta 15 a více procent z normální tělesné hmotnosti;
- pravidelný denní příjem nižší než 1000 kalorií;
- ztráta menstruace (běžný průvodní znak hladovění, protože tělo si nemůže dovolit ztrácet živiny menstruačním krvácením);
- odmítání udržet si minimální tělesnou hmotnost (snaha zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost);
- jídlo je vnímáno jako nepřítel;
- pocit, že dieta ovládla celý život dotyčné osoby;
- neustálé cvičení, někdy i pozdě v noci nebo v jinou zvláštní dobu;
- přecházení při jídle;

- osoba hned po jídle (nebo pokud byla donucena jíst) pospíchá od stolu, aby mohla zvracet nebo použít projímadla;
- záchvaty přejídání nebo období přejídání a následné pročišťování, střídaná období hladovění;
- neustálý strach z přibývání na váze;
- dotyčná osoba si myslí, že je tlustá, i když jiní tento názor nesdílejí, má zjevně „normální“ tělesnou hmotnost, a přitom trpí utkvělou představou, že je tlustá;
- intenzivní strach z nadváhy, i když dotyčná osoba není silná, nebo dokonce ztrácí váhu.

4. 1. 3 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Podle MKN -10 se jedná o tato kritéria:

a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snižena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo BMI je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

b) Snižování hmotnosti dosahuje nemocný tím, že se vyhýbá pokrmům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).

c) Přetrvává u nich strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

d) Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud neužívají náhradní hormonální léčbu.

e) Jestliže onemocnění začalo před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází

k primární amenore (první menstruace se nedostaví), u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází obvykle k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché (první menstruace) je opožděna.

4. 2 Mentální bulimie

4. 2. 1 Historie mentální bulimie

Než se začneme zabývat samotnou poruchou příjmu potravy, mentální bulimií, musíme si nejprve ujasnit historii této poruchy. Pojdme tedy nahlédnout do historie mentální bulimie. Historie přejídání a různé manipulace s jídlem je stejně stará jako historie mentální anorexie. Také ona provází lidstvo po staletí. Nenasytné konzumování jídel bylo typické zejména pro bohaté vrstvy společnosti (Krch, 2005).

Samotný pojem bulimie má vlastní historii. Pojem *bolimos* označoval zlého démona a původně znamenal velký hlad (Krch, 2005). „Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad)“ (Krch, 2005, str. 32). Popisuje tedy hlad, kdy by člověk byl schopen spořádat celého vola. V minulosti bylo přejídání popisováno v souvislosti s mentální anorexií. Už v roce 1874 popsal Gull nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a také Lasegue zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie (Krch, 2005).

Bezpochyby nejlépe popsanou kazuistiku publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Popsal působivý příběh Ellen Westové a její neúnavný zápas se štíhlostí a boje s bulimií, která ji dovedla až k násilnému zvracení a extrémnímu nadužívání laxativ (Krch, 2005).

V roce 1979 britský psychiatr G. Russell poprvé použil pro silné a neovladatelné nutkání osob se přejídat (spojené se strachem z tloustnutí a tedy snahou vyvolat zvracení, zneužívat pročišťující prostředky) termín bulimie nervosa. Teprve roku 1987 byla mentální bulimie označena za samostatnou diagnózu a sjednocena britskou terminologií na mentální bulimii (Krch, 2005). Téhož roku Světová zdravotnická organizace prohlašuje mentální bulimii za jeden z prioritních problémů světové populace (Málková, Krch, 2001).

4. 2. 2 Mentální bulimie

„Název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov: *bous*, což znamená „kráva“ nebo „vůl“, a *limos*, které znamená „hlad“ nebo „hladomor“ (Kranzová, Maloney, 1997 str. 83).

Jak jméno naznačuje, bulimie je porucha, kdy nemocní cítí strašný hlad, jako kdyby hladověli v období hladomoru. „Jedí jako kráva“- velké množství jídla a tím se snaží utišit hlad. Častokrát snědí najednou i desetkrát víc než je běžná porce. V zoufalosti se poté bulimičky přinutí jídlo vyzvracet, aby neztloustly (Kranzová, Maloney, 1997). Marádová (2007, str. 8) uvádí: „Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“.

Nutkavé dodržování diet u bulimiček snadno přechází v záchvatovité přejídání nebo bulimické záchvaty, které bývají často přerušovány anorektickým obdobím hladovění. Tímto způsobem se bulimičky přecpávají alespoň jednou týdně, ale i častěji. Během bulimického záchvatu přijmou od 1000 do 20000 kalorií. Bulimický záchvat může trvat několik hodin, ale i několik dní (Kranzová, Maloney, 1997). Jelikož bulimičky jídlo vyzvracejí, zkonsumují víc než lidé, kteří trpí záchvatovitým přejídáním. Někdy kradou i peníze, aby uspokojily svůj návyk (Kranzová Maloney, 1997). Většina bulimiček začíná s přejídáním po období diet a hladovění. Často cítí úzkost, kterou se snaží dočasně zbavit jídlem. Jakmile jednou objeví bulimička možnost pročišťování, považuje ho za vhodné řešení. Cyklus přejídání a pročišťování uvádějí bulimičky jako neustálou bitvu o získání kontroly (Kranzová, Maloney, 1997).

Zpočátku se některé bulimičky přejídají jen příležitostně až postupně jejich cyklus dospěje až k záchvatům přejídání s následným pročišťováním za den (Kranzová Maloney, 1997). Záchvaty přejídání popisují bulimičky jako útěk od všech svých pocitů. Po záchvatu se však stydí samy za sebe, že se nedokázaly ovládnout. Bývají znechucené, nenávidí se, mívají pocit viny a strach, že se jejich chování neutají. Jako u ostatních poruch příjmu potravy i bulimičky mají špatné i dobré dny. Když se jim daří udržet touhu po přejedení pod kontrolou, jsou to dobré dny. Ve špatných dnech zvítězí přejídání. Mnohé bulimičky vydrží bez přejídání i několik dní (Kranzová, Maloney, 1997).

Bulimie může postupovat tak rychle, až vyústí v závažný zdravotní problém, nebo se také může stát na několik let zavedeným způsobem života a vést tak k závažným dlouhodobým následkům (Kranzová, Maloney, 1997). „Většina bulimiček má průměrnou tělesnou hmotnost plus mínus 3 - 5 kilogramů“ (Kranzová, Maloney, 1997 str. 84). Paradoxní je, že bulimičky mají úspěch v práci, ve studiu i společensky. V jejich chování ani v jejich zevnějšku nejsou znát poruchy příjmu potravy. Bulimičky bývají oblíbené mezi ostatními a zdánlivě také dobře adaptované doma. Kromě zřejmé závislosti na své poruše příjmu potravy mívají bulimičky často také problémy se závislostí na alkoholu nebo drogách (Kranzová, Maloney, 1997).

Rozlišují se dva typy mentální bulimie:

1) Vypuzující typ (purgativní typ): Během současné epizody mentální bulimie si jedinec pravidelně vyvolává zvracení nebo nadužívá projímadla, diuretika nebo klyzmata.

2) Nevypuzující typ (nepurgativní typ): Během současné epizody mentální bulimie se jedinec uchyluje k jinému nevhodnému kompenzačnímu chování, jako je půst nebo nadměrné cvičení, jedinec si nevyvolává zvracení, neužívá nadměrně projímadla, diuretika nebo klyzmatika.

Možné příznaky mentální bulimie:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením, užíváním projímadel, diuretik (prostředků na odvodnění), klystýry, nebo intenzivním cvičením;
- neustálý strach z tloušťky, i když se tělesná hmotnost dotyčné osoby pohybuje kolem průměrné hmotnosti s odchylkou pěti kilogramů směrem nahoru nebo dolů;
- strach, že nedokáže přestat jíst;
- strach jíst bez následujícího pročišťování nebo jiné kompenzace;
- strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo;
- deprese;

- odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání;
- nepravidelná menstruace;
- zvýšená kazivost zubů (způsobená kyselostí zvratků);
- neobvyklé výkyvy tělesné hmotnosti;
- oteklé slinné žlázy (takže tvář vypadá odule, má „veverčí“ výraz), závratě, bolesti.

4. 2. 3 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Podle MKN -10 se jedna o tato kritéria:

- a) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.
- b) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků, diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.
- d) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování v jídle.

5. Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje mnoho hypotéz, teorií a dohadů příčin poruch potravy. Odborníci se shodují, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů . Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy (Krch, 2005).

Krch (2005) mezi tyto faktory řadí následující:

- biologické faktory;

- osobnost a psychologické faktory;
- rodinné okolnosti a genetické faktory;
- emocionální faktory;
- sociokulturní faktory;
- životní události.

5. 1 Biologické faktory

Ženské pohlaví

Ženské pohlaví je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik a rozvoj poruchy příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy se u žen vyskytují desetkrát častěji než u mužů. Ženské tělo je tradičně společností hodnoceno přísněji a v kontextu současných standardů ženské krásy může zejména období puberty, kdy dochází ke změně postavy, růstu tělesné hmotnosti a přibývání tukových zásob, znamenat pro dívky ohrožení (Krch, 2005).

Tělesná hmotnost

S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost se svým vzhledem a roste i nebezpečí diet a bulimie. Významnou roli kromě samotné váhy hraje i distribuce tělesného tuku. Ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a hýždích, jsou dle výzkumů více ohroženy poruchami příjmu potravy. Stejně nebezpečné jako obezita je cyklické kolísání váhy. V jeho důsledku dochází nejen ke změně ve složení těla, ale zároveň je spojeno se zvýšenou psychopatologií, menší spokojeností se životem a zvýšeným rizikem bulimie. Poruchy příjmu potravy jsou charakterizovány především strachem z tloušťky, který má nezřídka i reálné podklady. Proto se tyto poruchy objevují nejvíce v životních obdobích, která jsou spojena s výraznými tělesnými změnami, například v dospívání, nebo těhotenství. Řada anorektiček a bulimiček má nadváhu v anamnéze, nebo mají obezitu (chápanou jako odrazující vzor) či naopak vyhublost (vedle které si snadno připadají tlusté) v rodině (Krch, 2005).

Menstruační cyklus

Časný nástup menstruace v souvislosti s dospíváním je považován za rizikový faktor pro držení diety a pozdější bulimii. Podle některých autorů dochází ke zvyšování frekvence bulimických záchvatů 5 dnů před menstruací a poté k jejich opětovnému poklesu (Krch, 2005).

Puberta

Puberta je obdobím typickým zejména pro vznik anorexie, ale mohou se vyskytnout i jiné poruchy příjmu potravy. V tomto náročném životním období dochází k uvědomování si sebe sama a srovnávání se s ostatními. Zejména dívky jsou vnitřně nejisté, mají nižší sebevědomí, menší úctu ke svému tělu a tendence se podceňovat. Puberta je také obdobím dramatických tělesných změn a zvláště její brzký nástup zvyšuje riziko poruch příjmu potravy. Předčasně fyzicky vyžralé dívky bývají zpravidla menší a silnější než jejich vrstevnice, mají nízké sebevědomí, jsou více sebekritické a náchylné k depresím a poruchám příjmu potravy. V neposlední řadě lze jako rizikový faktor označit také konflikty s rodiči během puberty a separaci od rodiny v pozdějším období adolescence, což představuje pro každého dospívajícího mimořádný stres a psychickou zátěž (Krch, 2005).

5. 2 Osobnost a psychologické faktory

Mezi osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšující riziko poruch příjmu potravy patří například (Krch, 2005; Leibold, 1995):

- perfekcionismus;
- obsedantně-kompulzivní poruchy;
- emoční labilita, přecitlivělost;
- strach z dospívání, separace a samostatnosti;
- nedůvěra v sebe sama a ve vlastní vnitřní pocity (souvisí se sníženou schopností orientovat se v pocitech sytosti a hladu);
- egocentrismus, soutěživost, snaha vyniknout, usilování o výjimečnost;
- introverze, vysoká společenská konformita;
- impulzivita u bulimiček a nadměrná sebekontrola u anorektiček.

5. 3 Rodinné okolnosti a genetické faktory

Někteří autoři (Krch, 2005) řadí mezi rizikové faktory i rodinné prostředí. Kořeny mentální anorexie a mentální bulimie je třeba hledat již v dětství. Rodina, vztahy mezi jejími členy, model chování a stravování, to vše jsou důležité etiologické faktory. Rodiny, kde se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají své specifické rysy. Dle mnoha autorů sem patří neschopnost rodiny vyjadřovat emoce a řešit tak konflikty, uzavřenost a izolovanost rodiny, nepřizpůsobivost a určitá rigidita a přehnaně o sebe navzájem pečující členové rodiny (Krch, 2002; Krch, 2005; Kocourková 1997). Matky anorektiček bývají často popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Styl rodičovské výchovy vůči dětem vytváří určitý charakteristický způsob života rodiny. Promítá se do utváření postojů dětí k jídlu a k jejich nutričnímu chování. Osobnost rodičů se nepochybně podílí na vnímání tělesných rozměrů u dětí. Krch (2005) uvádí, že významný je hlavně vliv matky a její postoje k tělesným proporcím či strachu z nadváhy vlastní nebo své dcery. Nejsilnější pouto v rodině je většinou právě mezi dcerou a matkou. Uvádí se, že nemocné dívky jsou na matku velice citově vázány, nebo naopak, matka na dceru. Děti obecně jsou většinou daleko více ovlivňovány matkou než otcem. Vliv má i strach dětí z obezity, která se může v rodině vyskytovat, dívky se obávají dědičných faktorů. Dle mnoha výzkumů bylo zjištěno, že počet sourozenců, jejich věkový odstup a pořadí narození dětí nemá významnou souvislost se vznikem nemoci. Přesto jako rizikovější skupiny z tohoto pohledu lze označit jedináčky, prvorozené či děti narozené jako prostřední ze tří dětí. U jedináček dochází k silnější fixaci mezi matkou a dcerou. Na prvorozené se obecně kladou větší nároky a naopak prostřední dítě se může cítit odstrčeno a ve stínu staršího, rozumnějšího a mladšího hodnějšího. Krch (2002, 2005) též tvrdí, že docházení do mateřské školy a stravování ve škole je nepochybně důležitý sociální faktor z hlediska utváření jídelních návyků, které rodina ovlivňuje. Dítě se sice setkává s novými pokrmy, ale stravování má spojené i s nepříjemnými zkušenostmi, jako že na jídlo se musí čekat ve frontě a v jídelně panuje většinou velký hluk. Také výchova má v rodině velký vliv. Krch a Kocourková (2005, 1997) konstatují, že rodiče mohou ovlivňovat vztah dítěte k jídlu několika cestami. Může

to být verbálně, neverbálně ale i prostřednictvím vlastního chování. Jako naprosto nevhodný způsob výchovy se udává používání jídla jako prostředku trestu či odměny. Nevhodné je také nucení své ratolesti jídlo dojídat. Násilné přemáhání odporu dítěte k pokrmu není rozumné a může vést až k zvracení. Při jídle by se ani neměly řešit spory mezi rodiči, neměly by se probírat stresové situace na pracovišti nebo ve škole, ekologické katastrofy, politická situace atd.

V posledních letech se hodně hovoří o genetických vlivech na vznik onemocnění. Jak uvádí Krch (2005), ve většině studií se výskyt sourozenců s poruchami příjmu potravy pohybuje mezi 3 – 10 %. Poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji ve srovnání s běžnou populací. Když se zmíníme o problematice dvojčat, je zřejmé, že jednovaječná dvojčata mají stejné geny, a tudíž i úplně shodné genetické předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy, zato dvou vaječná dvojčata jsou geneticky odlišná jako jednotliví sourozenci. Jak moc je však nemoc ovlivněna geneticky, není stále jisté.

5. 4 Emocionální faktory

S výskytem poruch příjmu potravy jsou přímo spojeny deprese, úzkostné a obsedantní poruchy. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou, nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Znamky deprese jsou obvykle výraznější u bulimie (u 20 – 80 % případů). Časté pocity bezcennosti a nenávisti vůči sobě u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a s neschopností dosáhnout takové hmotnosti, jakou by si přály. Negativní nálada je jedním z podnětů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček a pravděpodobně souvisí také s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Negativní sebehodnocení, pocity neúspěchu, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné faktory zvyšující riziko vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy (Krch, 2005).

5. 5 Sociokulturní faktory

Nárůst počtu případů poruch příjmu potravy vidí většina autorů ve vlivu západní kultury, která nekriticky oslavuje štíhlost, nadměrnou sebekontrolu a výkon. Módní průmysl a sdělovací prostředky rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že jen štíhlost je nejdůležitějším aspektem zdraví, úspěchu a fyzické přitažlivosti. Zvláště ženy jsou v posledních desetiletích vystavovány stále většímu tlaku ze strany médií, která je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich štěstí, láska a osobní lidská hodnota závisí na tom, jak jsou hubené. Významná role je dnes připisována též vlivu reklamy, která hlásá, že všechno je možné, respektive, že je možné snadno a rychle zhubnout, nebo že si můžeme změnit tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů. Snad v žádném ženském časopise není vynechaná rubrika o hubnutí doplněná reklamou na tabletky, po kterých „zaručeně zhubnete za týden nejméně 5 kilo“. Výzkumy ukazují, že mezi ženami a dívkami dnes převažuje držení redukčních diet nad normálním stravováním (Krch, 2002).

Dalším faktorem uváděným do souvislosti se vznikem poruch příjmu potravy je vyšší tlak na ženy v souvislosti s rozšiřující se škálou jejich profesionálního uplatnění. S tím je spojeno rovněž odmítání ženské sexuální role ve společnosti, která má na ženy tak protikladné nároky (Krch, 2005).

V důsledku mnoha výzkumů poukazujících na nárůst obezity v civilizovaném světě je západní společnost zaujatá vůči obezitě a tato „obezitofobie“ způsobuje diskriminaci lidí, kteří jsou přirozeně silnější než ostatní (Krch, 2005).

Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné syndromy. To znamená, že nemohou být pochopeny mimo svůj specifický kulturní kontext. Podle Krcha (2005) je jejich sociální a kulturní podmíněnost nesporná. Významný je jak vliv médií, sociální styl, role a postavení ženy ve společnosti, tak i řada nespecifických vlivů, jako je například způsob trávení volného času, soutěživost, sklon k extrémním postojům, úpadek jídelní kultury („mcdonaldizace“) apod. Zatímco obyvatelé ekonomicky vyspělých zemí tloustnou, ideál ženské krásy stále hubne. Naopak v kulturním kontextu rozvojových zemí, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní skutečností a kde

nadváha nepředstavuje estetickou vadu nebo mravní selhání, ztrácí poruchy příjmu potravy smysl.

5. 6 Životní události

Za predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy považuje Krch (2005):

- narážky na tloušťku a tělesný vzhled;
- nepřijetí v kolektivu a problémy s vrstevníky;
- sexuální zneužití nebo jiné konflikty (např. přepadení);
- významná životní změna (např. těhotenství);
- osobní nezdar nebo nemoc;
- narušené vztahy v rodině nebo odloučení od rodiny.

6. Průběh a prognóza poruch příjmu potravy

Nemocní s poruchami příjmu potravy představují velmi různorodou skupinu s různým průběhem. Obě poruchy (především mentální bulimie) se rozvíjí často pomalu a nenápadně, „ztracené“ mezi dietami a nevhodnými jídelními návyky a postoji vrstevníků a rodiny. Jídelní návyky a chování nemocného se krok za krokem mění a následně graduji ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Nemocný místo toho, aby přizpůsoboval příjem potravy svému životu, přizpůsobuje svůj život stále více nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem. „Mentální anorexie a mentální bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let“ (Krch, 2005). U poruch příjmu potravy jde o velmi heterogenní skupinu poruch s přiměřeně variabilním průběhem a prognózou. Poruchy příjmu potravy většinou mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobém průběhu získávají určitou adaptační funkci, otvírající prostor dalším negativním prožitkům. Při dlouhodobém průběhu přibývají zejména závažné depresivní příznaky. Velké nebezpečí, zejména pro bulimičky, představují alkohol a drogy. „Můžeme předpokládat, že průběh mentální bulimie, i přes často velmi trýznivé a dramatické akutní období, je ve srovnání s anorexií dlouhodobě příznivější a že u většiny pacientů dojde k úzdavě“ (Krch, 2005). Například Keller,

Herzog (in Krch, 2005) uvádí po třech letech sledování úplné uzdravení v případě 69% bulimických pacientů. Přibližně 10 až 20% pacientů, kteří trpí poruchami příjmu potravy však zůstává nezlepšeno a postupně se zhoršuje. Obraz poruchy se tak mění a přibývá další psychopatologie. Někteří pacienti však mohou fungovat relativně dobře a psychicky se stabilizovat i při relativně nízké tělesné hmotnosti. Dlouhodobě nemocní pak tvoří specifickou podskupinu pacientů, která vyžaduje, jak specifickou terapii, tak specifický přístup. O chronicitě se u poruch příjmu potravy většinou mluví po 10 až 15 letech trvání poruchy (Krch, 2005).

Garfinkel a Garner (in Krch, 2005) uvádějí tyto faktory, které mohou mít vliv na další průběh a prognózu poruch příjmu potravy:

1. **demografické faktory** (počátek onemocnění, pohlaví, sociální postavení, chronicita, manželství);
2. **klinické příznaky** (zvracení a užívání laxativ, nízká tělesná hmotnost, obezita v anamnéze, stresující faktory a výsledky ve škole);
3. **psychologické faktory**.

Za pozitivní predikátor se považuje časný počátek poruchy, krátká doba trvání poruchy, dobrá pověst v zaměstnání spojená s nějakou dovedností a hysterické osobnostní rysy. Za špatný predikátor se považuje deprese, mužské pohlaví, manželství, zvracení nebo příslušnost k nízké společenské třídě (Krch, 2005).

Podle Hsu (in Krch, 2005) bylo zjištěno pět významných prognostických faktorů, které mohou předznamenat špatnou prognózu:

- dlouhé trvání nemoci,
- nízká minimální tělesná hmotnost,
- premorbidní osobnost
- narušené vztahy s rodinou,
- předcházející léčba.

K výše zmíněným faktorům bychom mohli ještě doplnit nedostatek pozitivního programu (invalidní důchod) a nízký intelekt. Z dalších faktorů,

které můžeme považovat za rizikové, je připomínána závislost na alkoholu, sebevražedné jednání a deprese v anamnéze (Krch, 2005).

Herzog a Saks (in Krch, 2005) považují za negativní predikátory poruch příjmu potravy nízkou tělesnou hmotnost, diagnózu mentální anorexie a dlouhodobé trvání poruchy. Věk počátku onemocnění a přijetí do léčby pak nepovažují z hlediska prognózy za tak důležité. Všechny výše uvedené indikátory dalšího vývoje poruchy jsou však relativní a na základě žádného z nich nemůžeme zcela spolehlivě předvídat další vývoj poruchy, který by měla pozitivně ovlivnit i případná terapie (Krch, 2005).

7. Výskyt poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se objevují zejména u dívek a mladých žen. Uvádí se, že mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častější onemocnění dívek, než chlapců. Mentální bulimií trpí přitom přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (6%), mentální anorexie je pak méně častá a postihuje necelé 1% mladých dívek (Marádová, 2007). „Skutečnost, že někdo v rodině trpí poruchou příjmu potravy, zvyšuje riziko vzniku anorexie a bulimie u ostatních žen v rodině“ (Marádová, 2007, str. 9). „Muži tvoří jen asi 5% všech pacientů. Některé studie z USA hovořily až o 19% výskytu poruch příjmu potravy v nejvíce rizikové skupině dospívajících dívek. V Anglii jsou poruchy příjmu potravy třetím nejběžnějším onemocněním dospívajících“ (Krch, Málková, 2001, str. 72).

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, po třicátém roce už většinou nevzniká. Četnost nemocných je odhadována v rozmezí 0,5 – 1% ženské populace. U chlapců je porucha vzácnější, v literatuře je nejčastěji odhadován poměr nemocných chlapců a dívek 1:10. Mentální bulimie začíná nejčastěji ve věku mezi šestnácti až pětadvaceti lety, i když k ní může dojít i u třicetiletých, čtyřicetiletých i padesátiletých žen. Touto poruchou trpí 2 – 6 % ženské populace, přesný počet nemocných není znám, protože většina z nich své potíže tají a nevyhledává lékařskou pomoc (Krch, 2005; Marádová, 2007).

8. Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou být příčinou řady zdravotních komplikací. Nejobvyklejší zdravotní potíže jsou kardiovaskulárního rázu. Souvisejí s narušením elektrolytové rovnováhy u nemocných, kteří zvracejí či nadužívají projímadla a diuretika. To přispívá k tragickému ukončení života. Dle statistik je mentální anorexie jedno z psychických onemocnění vedoucí nejčastěji ke smrti. Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy mají většinou reverzibilní charakter. K úpravě zdravotního stavu dochází po návratu k normální tělesné hmotnosti a zdravé výživě (Krčh, 2005).

Nyní uvádíme konkrétní zdravotní problémy v jednotlivých oblastech tak, jak je uvádí Krch (2005) ve své publikaci:

Kardiovaskulární potíže

Jak jsme již zmínili, zdravotní komplikace tohoto rázu se objevují až u 90% pacientek. U mnohých dochází k brachykardii a tím k snížení frekvence tepu na 60 za minutu. Také se často setkáme s hypotenzí pod 90/60 mm Hg. Konkrétní příčiny můžeme hledat v chronickém snížení objemu tělních tekutin. To vše vede k závratím a náhlým ztrátám vědomí. Narušení elektrolytové rovnováhy je příčinou srdeční arytmie, která, jak bylo řečeno, má častokráte fatální důsledky. Z těchto důvodů se anorektickým pacientkám s výraznou podváhou doporučuje pravidelné sledování krevního tlaku a kontroly EKG.

Renální komplikace

Ledvinové abnormality se mohou objevit až u dvou třetin nemocných. Elektrolytická nerovnováha je příčinou problému jako jsou hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza. Významnou zdravotní komplikací je vznik ledvinových kamenů, který je způsoben dehydratací, nízkým výdejem moči a nadužíváním projímadel a diuretik. Při předávkování projímadly se objevují u pacientek otoky hlavně v oblasti dolních končetin.

Gastrointestinální komplikace

Hlavním příznakem u mentální anorexie je zduření slinných žláz, ke kterému dochází u 25 až 50 % pacientek. Podstatně vyšší je u nemocných eroze zubní skloviny. Projevuje se zvýšenou citlivostí na teplo a pravděpodobně i zvýšenou kazivostí zubů, která však není jednoznačně prokázána. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv v oblasti jícnu dochází k jeho zánětům, vzniku vředů a jícnové eroze. V těchto případech je nezbytný chirurgický zákrok. Velký vliv má též zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, který navozuje pocit plnosti a nadmutosti i po spořádání malého množství potravy. Tento pocit je postiženým nepříjemný a je mnohokrát vykládán jako ukládání tuku v těle. Další komplikace, které je nutné uvést, jsou zácpa, nadýmání, plynatost a neprůchodnost konečníku.

Kosterní komplikace

U nemocných dochází k zpomalení vyhrávání kostí, případně až k zastavení vývoje kostí. Rychlé řídnutí kostí a jejich narušená tvorba jsou příznaky osteoporózy.

Endokrinní komplikace

V případech, kdy obsah tuku klesne pod kritickou úroveň jedince a jeho hmotnost se pohybuje pod 15 % optimální tělesné váhy, dochází k amenoree, čili ztrátě menstruace. Důvodem je aktivita pohlavních hormonů, která je vázaná na tělesnou hmotnost. Onemocnění má rozsáhlý a hluboký vliv na endokrinní systém. U pacientek dochází k porušení metabolismu glukózy. Objevuje se mírná hypoglykemie a v případě silného projevu této komplikace může dojít až k náhlé smrti. Vyskytnout se též může sialadenosis, což je zánět slinných žláz.

Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují až u poloviny anorektiček. Většina anorektiček trpí chudokrevností v důsledku nedostatku železa.

Neurologické komplikace

Porucha elektrolytové rovnováhy způsobená častým zvracením, klystýry či nadužíváním diuretik a projímadel může být příčinou mnoha neurologických komplikací. Patří mezi ně křeče, stavy zmatenosti, bolesti hlavy, svalové slabosti a zvýšení šlachových reflexů. Příležitostně dochází k náhlé ztrátě vědomí, dvojitému vidění a poruchám hybnosti.

Metabolické komplikace

K nejvýraznějším problémům této oblasti patří zhoršená regulace tělesné teploty. Dochází též k narušení metabolismu kalcia, což je příčinou sníženého vstřebávání tekutin a zvýšeného výdeje moči. Objevuje se též zvýšená hladina cholesterolu v krvi. U pacientek se vyskytují i poruchy spánku. Pacientky uvádějí méně hluboký spánek, častější buzení v noci a též celkově kratší dobu spánku.

Dermatologické komplikace

U pacientek se vyskytuje suchá pokožka se žlutým nádechem způsobená hyperkarotenemií. Až u třetiny pacientek dochází k zvýšení ochlupení - lanugu. Hebké chloupky se objevují na tváři, zádech a končetinách. Vyskytnout se též může svědění, padání vlasů, křehké nehty a dysfunkce hypotalamu. U bulimiček vyvolávajících zvracení rukou může dojít k modřinám či obroušení hřbetu ruky.

Mentální anorexie i bulimie však nezpůsobuje jen zdravotní komplikace, ale také výrazně narušuje psychickou pohodu, společenský a osobní život nemocného (Marádová, 2007).

Podle Marádové (2007) patří mezi psychické a společenské důsledky poruch příjmu potravy, že:

- nálada bývá nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly; Nespokojenost s tělesnou hmotností a neschopnost se kontrolovat vede často k podrážděnosti a přibývá depresivních příznaků;

- počátky mentální anorexie doprovází často zvýšené sebevědomí a spokojenost se svým tělem. V průběhu bulimie, ale také při dalším průběhu anorexie, přibývá nejistota a úzkostné prožitky. I malé problémy se jeví jako neřešitelné;
- myšlenky se soustřeďují neustále na jídlo, roste nutkání přejídat se, také chuť na sladké;
- u anorektiček roste potřeba úzkostné sebekontroly, která se často přenáší z jídla i na jiné oblasti života. Dívky, které hladoví, často uklízí, starají se o domácí zvířata, vaří a všechny ostatní vykrmují;
- pro nemocné je někdy velmi těžké orientovat se ve svých vnitřních pocitech spojených s jídlem a příjmem potravy. Pocity hladu, sytosti nebo chuti začínají ztrácet svoji regulační funkci a nemocní by se na ně neměli spoléhat;
- zhoršuje se koncentrace pozornosti, také pracovní tempo a schopnost chápat složitější problémy;
- bývá posilována závislost nemocného na jeho okolí, které často reaguje na problémy nemocného zvýšenou úzkostí a obavami. Některá děvčata se na roli nemocného nebo duševně nemocného adaptují. Často pak vyžadují podporu a ohledy okolí a reagují nepřiměřeně;
- dochází ke snižování zájmu o okolí a všechno, co se bezprostředně netýká jídla. V důsledku toho ubývá společenských kontaktů, naopak přibývá konfliktů s okolím a vzrůstá napětí v rodině;
- dospívající, kterým často „hladovění nejde“ a mívají pocit přejedení, mají tendence hledat jiné, jakkoli nebezpečné prostředky. Často kouří a experimentují s návykovými látkami.

9. Léčba poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou závažné, avšak léčitelné onemocnění. Z mentální anorexie se uzdraví 50 % dívek, u mentální bulimie je úspěšnost až 60 %. Možností léčby je celá řada, ale základem je vždy psychoterapie. Nejdůležitějším krokem k uzdravení je však nemoc si přiznat. Jen pokud pacient sám chce, může být terapie úspěšná. Zde je rovněž nezbytně nutná podpora okolí.

Řada rodičů nechápe, že vyčítáním ani vyhrožováním své dítě neuzdraví. Způsobu jak poruchy příjmu potravy léčit a vyléčit je spousta, a proto by i o nich měla mít veřejnost nějakou informaci.

Léčebné cíle u mentální anorexie by se daly shrnout do těchto dílčích cílů (Papežová, 2000):

- dosáhnout normální hmotnosti;
- u žen obnovit reprodukční schopnost (menstruaci a ovulaci), u mužů obnovit normální sexuální citění a hormonální hladiny; u dětí a dospívajících obnovit normální tělesný růst a sexuální vývoj, zastavit demineralizaci kostí;
- odstranit další biologické a psychologické následky malnutrice;
- zvýšit motivaci ke spolupráci při terapii;
- psychoedukovat pacienta o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
- stanovit a dosáhnout „zdravé“ cílové hmotnosti, týdenního nárůstu hmotnosti;
- změnit maladaptivní myšlení, postoje a pocity týkající se příjmu potravy;
- léčit další psychopatologické projevy, poruchy nálad, změny sebehodnocení a chování;
- získat podporu rodiny nebo partnera; v indikovaných případech provádět poradenskou činnost nebo terapii i u nich;
- usilovat o prevenci relapsu, neboť realimentace bez změny postojů k jídelnímu režimu mívá krátkodobý efekt;

Léčebné cíle u mentální bulimie můžeme formulovat prostřednictvím těchto dílčích cílů (Papežová, 2003):

- redukovat u pacienta přejídání a zvracení;
- pacientovo akceptování individuálně stanovené optimální hmotnosti vzhledem k fyziologické a emoční stabilitě;
- nastolit přijímání pravidelné a pestré stravy, minimalizovat různé diety (nutriční poradenství)
- volit adekvátní tělesnou zátěž;

- léčit komorbiditu;
- léčit delší psychopatologie, které souvisejí např. s osobním rozvojem a hledáním identity; změnou sebehodnocení, která bývá redukována jen na vlastní hmotnost a tělesné tvary; řešení problémů se sexualitou, s akceptováním role ženy či muže; kontrolou vlastní agresivity a emocí; rodinnou situaci; způsoby zvládání zátěžových situací;

Způsobu jak poruchy příjmu potravy léčit a vyléčit je spousta, a proto by i o nich měla mít veřejnost nějakou informaci. Zde je stručný přehled terapeutických možností, které lze využít i samostatně, avšak častěji se pro větší efektivitu kombinují.

Hospitalizace

Hospitalizace představuje poslední východisko pro osoby, které trpí poruchami příjmu potravy (Kranzová, Maloney, 1997). Jelikož jde o poměrně nákladný způsob léčby, zvažuje se potřeba hospitalizace dle somatického a psychického stavu pacientky a také její motivace pro léčbu. Pokud je indikátorem hospitalizace závažný zdravotní stav, není souhlas pacientky s léčbou poruchy příjmu potravy nutný, avšak pobyt v nemocnici by se neměl soustředit jen na fyzické komplikace, ale i na psychoterapii a motivaci pacientky pro léčbu poruchy.

K nemocniční léčbě se tedy přistupuje když:

- Je pacientka značně vyhublá. Cílem je návrat k normální hmotnosti nebo přerušení úbytku hmotnosti. Jde o léčbu dlouhodobou, jelikož doporučený hmotnostní přírůstek je 1 – 1,5 kg za týden při dobré spolupráci pacientky.
- Je nutné v důsledku závažných zdravotních komplikací přerušit záchvaty přejídání, zvracení či zneužívání projímadel.
- Objevuje se sebepoškozování a suicidální chování.
- Pacientka nereaguje na jiné typy léčby.
- Je nutná stabilizace zdravotního stavu.

Pokud není nutná dlouhodobá realimentace, bývá hospitalizace zpravidla krátkodobá a navazuje na ni ambulantní psychoterapie (Krch, 2005).

Částečná hospitalizace a denní stacionáře

Částečná hospitalizace a stacionární léčba jsou vhodným přechodem mezi hospitalizací a ambulantní léčbou. Nabízí klientům pravidelný a zdravý jídelní režim a současně umožňuje intenzivní psychoterapii. Denní programy jsou velmi podobné programům v nemocnici, ale pacienti nezůstávají přes noc, což je výhodnější i z ekonomického hlediska (Krch, 2005).

Ambulantní lékařská pomoc

Ambulantní péče má většinou jen velmi malou šanci na úspěch, dostávají se do ní většinou nepoddajní a chroničtí pacienti, kteří prošli různými léčbami. Při této léčbě se nejedná o překonání poruchy příjmu potravy, ale o navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Bývá prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem (Krch, 2005).

Svépomoc a psychoedukace

Tento způsob léčby je určen pro pacienty, kteří mají relativně mírné příznaky a u kterých může dojít ke značnému zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní (osvětové) intervence. Vhodné je doplnění o nutriční poradenství a poradenství zaměřené na zvládání stresu (Krch, 2005).

Rodinná terapie

Rodinná terapie je indikována zvláště u pacientů z řad dětí a mládeže, ale i u nemocných, kteří stále žijí se svojí rodinou a v případech, kdy jsou patrné rodinné konflikty a rodinná terapie je tedy vhodným doplňkem terapie individuální. Dle názoru rodinných terapeutů mohou poruchy příjmu potravy odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Porucha příjmu potravy tak umožňuje rodičům a dítěti zaměřit pozornost jinam a vyhnout

se tak hlavním zdrojem konfliktů. Významná je taky podpora ze strany rodičů při snaze o dosažení terapeutického cíle. V neposlední řadě je rodinná terapie důležitá také pro samotné rodiče a rodinné příslušníky pacientky, kteří s ní sdílejí společnou domácnost, jelikož poskytuje pomoc a podporu při zacházení s nemocnou (Krch, 2005). Podle Leibolda (1995) je cílem rodinné terapie pozitivní změna sociálních rodinných vztahů, před nimiž by pak už nemocný nemusel utíkat do chorobné závislosti. Protože samotná rodinná terapie často pro vyléčení poruch příjmu potravy nestačí, bývá většinou kombinována s jinými metodami psychoterapie, které se zaměřují na individuální, společenské, popřípadě sociální příčiny onemocnění (Leibold, 1995).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně - behaviorální terapie je základem pro léčbu mentální bulimie a vytváří základní podklad pro léčbu mentální anorexie. Tato terapie je doporučovaná těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. Tato terapie je hlavní terapií bulimiček úspěšně se uplatňuje i při léčbě záchvatovitého přejídání. Kognitivně-behaviorální léčba mentální bulimie se provádí zpravidla ambulantně po dobu 20 týdnů s frekvencí 1 hodinového sezení týdně. Často je doplněna využíváním svépomocných manuálů. Samotný léčebný proces probíhá ve 3 fázích. V první fázi terapie sleduje dva základní cíle – vysvětlit pacientce smysl léčby a teorii, ze které vychází, a nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem. Léčba vychází z předpokladu, že příčina mentální bulimie spočívá v interakci následujících problémů: negativní sebehodnocení – extrémní zaujetí vlastní hmotností a postavou – intenzivní a rigidní dodržování dietních omezení – záchvaty přejídání – kompenzace (zvracení, cvičení, zneužívání projímadel). Zpočátku je terapie zaměřena na odstranění přejídání a kompenzačního chování, později se přistupuje k dalším bodům až ke konečné změně postojů a sebepojetí. Mimořádně důležité je dodržovat pravidelný jídelní režim a zároveň si vést jídelní záznamy, které slouží nejen ke sledování jídelních návyků a četnosti zvracení, ale i ke sledování chování, myšlenek a pocitů spojených s jídlem. Nemocná si rovněž sama zvolí činnosti, které ji od záchvatů přejídání odrazují, a snaží se je

využívat. Druhá fáze léčby se zaměřuje na odstranění dietních omezení a na změnu postojů vůči vlastní postavě a hmotnosti. Dále je kladen důraz na pravidelnou stravu a využívání alternativního chování, které brání zvracení. Pacientka se postupně učí jíst jídla, která si dříve zakazovala, učí se analyzovat vlastní myšlenky a získávat reálný a zdravý pohled na sebe a své tělo. Důležité je, aby tato pacientka procvičovala i samostatně a postupně se zbavila hluboko zakořeněných předsudků, že jen štíhlí lidé jsou šťastní a že všechny problémy se vyřeší, jakmile zhubne. Bohužel, tato přesvědčení představují extrémní formu obecně sdílených názorů. I proto je tato část terapie pro nemocné velmi náročná. Cílem třetí části léčby je příprava na skončení léčby, na možné problémy v budoucnu a na prevenci relapsu. Je třeba připravit pacientku na případné budoucí poklesky, které ještě nemusí znamenat úplné selhání. V takovém případě je třeba si připomenout, co se během léčby naučila a opět začít tyto postupy používat (Krch, 2005).

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie se na problémy s jídlem nezaměřuje, původně byla tato terapie vytvořena pro krátkodobou léčbu deprese. Léčebný postup se skládá ze 3 fází. V první fázi je nutné identifikovat problémy, které vedly k rozvoji a udržování poruchy příjmu potravy. Ve druhé fázi uzavírá pacient s terapeutem smlouvu o práci na těchto interpersonálních problémech. Třetí fáze je pak podobně jako u kognitivně - behaviorální terapie zaměřena na stav po ukončení terapie. Interpersonální terapie se využívá u bulimiček, které nereagují na kognitivně - behaviorální terapie a u kterých přetrvávají interpersonální konflikty a rovněž se začleňuje do dlouhodobější psychoterapie u anorektiček s přetrvávajícími příznaky (Krch, 2005).

Psychoanalytická terapie

Psychoanalytický přístup pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. Samotné jídelní problémy nejsou cílem terapie. Technika psychoanalýzy spočívá v odhalování, uvědomění a v práci

s podvědomými příčinami komplexů, které mají kořeny zpravidla již v raném dětství. Zvláštní význam je pak kladen práci s pacientčinými pocity méněcennosti, které souvisejí s výchovou a s negativními zkušenostmi (Leibold, 1995). Cílem léčby je změna osobnosti pacientky a zrání v oblasti separace a individualizace, sexuální identity a dalších funkcí potřebných pro osobnostní rozvoj. Tato terapie je vždy individuální. Vytvořit vztah důvěry mezi terapeutem a nemocným je pro úspěšnost léčby nezbytné (Krch, 2005).

Behaviorální terapie

Cílem behaviorální terapie není pátrat po příčině choroby, ale účinně a trvale změnit pacientovo patologické chování. Léčba má dvě fáze. V první fázi se začíná s odnaučováním škodlivých a výuce správných jídelních návyků a nalézáním zdravého postoje k jídlu. Druhá fáze je zaměřena na změnu chování nemocného v těch oblastech života, jejichž konflikty a problémy způsobovaly dříve pacientovu poruchu (Leibold, 1995).

Farmakoterapie

Faltus (in Krch 2005, s. 151) uvídí, že „farmakoterapie poruch příjmu potravy má především tyto úkoly:

1. regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti;
2. zaměření na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese;
3. odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchami příjmu potravy“.

Při léčbě se nejčastěji se uplatňují antidepressiva a antipsychotika .

10. Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže

Po velkém nárůstu případů poruch příjmu potravy v druhé polovině 20. století a jeho poklesu počátkem 80. let 20. století, což mohlo být důsledkem prvních informací o těchto onemocněních, počet případů poruch příjmu potravy v současnosti i přes stále větší informovanost veřejnosti nijak neklesá (Cohn, Hall, 2003).

Poruchám příjmu potravy lze předcházet v rizikovém období dospívání vhodným výchovným působením. Podle Marádové (2007) spočívá základ prevence samozřejmě v rodině, avšak i škola by měla, v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, využívat všech svých možností. Škola by měla žákům poskytnout dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy. Dále se může do preventivního působení zapojit tím, že povede své žáky ke zdravým stravovacím návykům. Nezanedbatelnou součástí prevence je vytváření pozitivního sociálního klimatu ve škole a také vytváření vhodných podmínek pro osobní rozvoj každého žáka posilováním sebedůvěry s cílem zamezit projevům sebedestruktivního chování.

Metodické náměty pro práci s dětmi

„V rámci výuky je vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úlohy, jejichž cílem je výchova ke zdravým stravovacím návykům. Znamená to poskytovat žákům objektivní informace, týkající se ohrožení zdraví v důsledku poruch příjmu potravy, a zejména pak rozvíjet jejich sebedůvěru i sociální dovednosti, které jim pomohou zvládnout problémy vlastního dospívání bez ohrožení mentální anorexii či bulimii“ (Marádová, 2007 str. 23, 24). Vhodné je uplatňovat hry, které jsou zaměřené na zvyšování sebevědomí žáků, na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Cvičení napomáhají tomu, aby skupina (třída) dala svým členům najevo, že je přijímá takové, jací jsou, a aby se žáci více vnímali navzájem. Je kladen velký důraz na uvědomování si hodnoty každého jedince, přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena skupiny (Marádová, 2007).

Pro lepší orientaci uvádíme konkrétní příklad metodického námětu:

Pyramida zdravé výživy

Žáci by si měli umět vyhodnotit denní jídelníček z hlediska doporučeného zastoupení jednotlivých skupin potravin. Určují v jakém denním množství by měli konzumovat následující potraviny: např. chléb, čokoládu, kuřecí maso, sýr, vejce, těstoviny, zeleninu, ovoce, mléko, celozrnné pečivo, aj. Kreslí si pyramidu výživy

a potraviny správně rozčleňují do jejích vrstev. Vyhodnocují jaká jsou hlavní doporučení odborníků, která se týkají zlepšení stravovacích zvyklostí a nutričního chování dětí a dospívajících.

Potravinová pyramida není podrobným návodem k přesnému sestavení denního jídelníčku, dává však základní aktuální doporučení o skladbě výživy. Zdůrazňuje udržování tělesné hmotnosti, konzumaci pestré stravy, zvýšení konzumace zeleniny, výběr potravin s nízkým glykemickým indexem, spotřebu mléčných výrobků, ústup od diet s nízkým obsahem tuku, výčet potravin, kterých průměrný jedinec spotřebuje příliš mnoho (Marádová, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍLE A VÝCHODISKA ŘEŠENÍ

Cílem našeho výzkumu je zmapování výskytu poruch narušené percepce vlastního těla a narušení jídelních návyků a postojů u žáků základní školy v Bystřici pod Hostýnem. U tohoto vzorku respondentů jsme se snažili získat představu o jejich vztahu k vlastnímu tělu. Negativní vztah k vlastnímu tělu může mít za následek závažné narušení jídelních návyků. V našem výzkumu je kladen důraz na to, jak respondenti vnímají své tělo, a zda toto vnímání svého těla souvisí s výskytem narušených jídelních návyků s tím spojeným rizikem pro možný rozvoj poruch příjmu potravy. Teoretickým východiskem naší práce se stala široká škála materiálů publikovaných řadou uznávaných autorů v předních vědeckých periodikách.

2. HYPOTÉZY VÝZKUMU

Na základě prostudovaných literárních pramenů a v souladu s plánovaným cílem naší práce, jsme stanovili následující hypotézy:

- H 1: Předpokládáme, že narušená percepce vlastního těla bude častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.
- H 2 : Předpokládáme, že narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.
- H 3: Předpokládáme, že jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou ve větší míře vykazovat předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy než jedinci s nenarušenou percepcí.

3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný vzorek tvořili žáci II. stupně Základní školy Bratrství Čechů a Slováků v Bystřici pod Hostýnem. Výzkum probíhal v měsíci březnu 2009. Náš výzkum jsme provedli na souboru pubescentů ve věku 14 až 15 let. Zkoumaný

soubor tvořilo celkem 102 osob ve věku od 14 do 15 let. Z toho soubor zahrnoval 56 dívek a 46 chlapců. Jejich rozdělení dle věku a pohlaví přinášíme v následující tabulce:

Tabulka č. 1 Rozložení zkoumaného souboru z hlediska věku a pohlaví

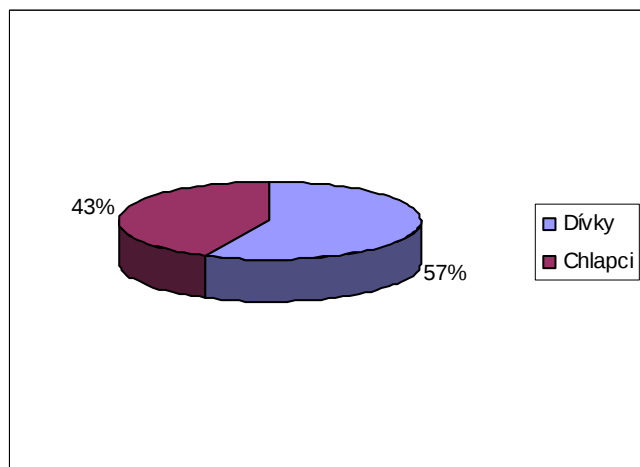
Věk	Pohlaví	N	Σ
14	dívky	22	42
	chlapci	20	
15	dívky	34	60
	chlapci	26	
Σ	dívky	56	102
	chlapci	46	

Soubor nebyl reprezentativní, takže závěry nelze příliš široce zobecňovat. Jak již bylo řečeno, vybírali jsme žáky II. stupně základní školy (tj. 8-9. ročníků) v Bystřici pod Hostýnem. Byli jsme limitováni ochotou oslovených jedinců zúčastnit se výzkumu. Usilovali jsme o vyváženost vzorku z hlediska počtu mužů a žen. Souhlas s výzkumem a dobrovolná účast byly základními principy jejich zařazení do souboru. Procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin a pohlaví bylo v našem souboru následující:

Tabulka č. 2 Procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin a pohlaví ve zkoumaném souboru

Věk	Pohlaví	%	Σ%
14	dívky	21, 57%	41, 18%
	chlapci	19, 61%	
15	dívky	33, 33%	58, 82%
	chlapci	25, 49%	
Σ%	dívky	54, 9%	100%
	chlapci	45, 1%	

Graf č. 1 Procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin a pohlaví ve zkoumaném souboru



Z tohoto grafu je patrné, že v osmých a devátých třídách převažují ve zkoumaném vzorku procentuálně dívky nad chlapci.

4 . METODY VÝZKUMU

Hlavní výzkumnou metodou naší práce bylo dotazníkové šetření. Pro účely našeho empirického výzkumu jsme použili dotazníkovou baterii skládající se ze dvou dotazníků.

a) Prvním námi použitým dotazníkem byl standardizovaný dotazník EAT- test jídelních postojů (The Eating Attitudes Test).

b) Druhým námi použitým dotazníkem byl standardizovaný dotazník BIS- škála tělové katexe (Body Image Scale).

Ukázku použité dotazníkové baterie předkládáme v příloze č. 1 a 2 na str. 1, 2 a 3.

Dotazník EAT (The Eating Attitudes Test)

Tento americký standardizovaný dotazník byl sestaven D. Garnerem v roce 1979 a používá se pro zachycení relativně hrubého rozsahu symptomů, chování

a postojů typických pro poruchy příjmu potravy. Pro české podmínky ho upravil PhDr. František David Krch.

Existuje dotazník EAT, který obsahuje 40 položek, ale i dotazník, který má 26 položek. Vzhledem k respondentům jsem však zvolila zkrácenou verzi dotazníku, která měla 26 položek. Tyto položky jsou respondentem hodnoceny na šestibodové škále: 1 = vždy, 2 = velmi často, 3 = často, 4 = někdy, 5 = zřídka, 6 = nikdy. Respondent zaznamenává svou odpověď křížkem do příslušné kolonky.

Vyhodnocování dotazníku je jednoduché, neboť pro bodové ohodnocení jednotlivých položek existuje klíč. Odpověď na každou otázku se boduje v rozmezí 0-3 body. Kritický skór je v současné době již 20 bodů a více. Dotazník se užívá jako prostředek ke zjišťování výskytu jídelních poruch u široké populace. Jeho vysoký skór bezpečně odhalí narušené jídelní vzorce, ale nemusí vždy nutně znamenat přítomnost poruch příjmu potravy.

Dotazník BIS (Body Image Scale)

Škála tělové katexie (Body Image Scale) je standardizovaný nástroj používaný k diagnostice poruchy percepce vlastního těla. Zahrnuje 24 položek. Jejím úkolem je zjistit, jak respondenti vnímají své tělo.

Výsledné skóre tvoří sumární hodnota jednotlivých položek. Platí, že čím je skóre nižší, tím pozitivněji vnímají dívky a chlapci své tělo a naopak čím je skóre vyšší, tím negativnější je tělová katexie.

Při ověřování platnosti námi postulovaných hypotéz jsme postupovali následujícím způsobem:

K hypotéze č. 1.

Při ověřování hypotézy č. 1 jsme použili výsledků dotazníku BIS mezi dívkami a chlapci. K porovnání hodnot mezi dívkami a chlapci vzhledem k narušené percepci vlastního těla jsme zvolili t- test. Testovací proceduře předcházela F - test, kterým byla potvrzena nebo vyvrácena hypotéza o shodnosti rozptylů v obou testových souborech. Podle výsledku F - testu jsme pak volili t - test s nerovností rozptylu při shodných nebo rozdílných rozptylech.

K hypotéze č. 2

Při ověřování hypotézy č. 2 jsme použili porovnání výsledků dotazníku EAT mezi dívkami a chlapci. Výsledky dotazníku EAT jsme vyhodnocovali z hlediska frekvence dívek a chlapců s vyšším než kritickým skóre (EAT vyšším než 20 bodů). Tuto skupinu jsme označili jako rizikovou a dívky a chlapce s počtem bodů 20 nebo méně jako skupinu nerizikovou. K porovnání hodnot mezi dívkami a chlapci vzhledem k narušeným jídelním návykům jsme zvolili t- test. Testovací proceduře předcházela F- test, kterým byla potvrzena nebo vyvrácena hypotéza o shodnosti rozptylů v obou testových souborech. Podle výsledku F- testu jsme pak volili t-test s nerovností rozptylu při shodných nebo rozdílných rozptylech.

K hypotéze č. 3

Výzkumný vzorek, který jsme srovnávali jsme si rozdělili tak, že jsme vzali 15 respondentek a respondentů s nejvyšším skóre a 15 respondentek a respondentů s nejnižším skóre podle výsledků dotazníku BIS. Poté jsme rozdělili jedince z hlediska frekvence dívek a chlapců na skupinu s vysokým skóre a na skupinu s nízkým skóre. K porovnání hodnot mezi vysokým a nízkým skóre jsme zvolili t- test. Testovací proceduře předcházela F- test, kterým byla potvrzena nebo vyvrácena hypotéza o shodnosti rozptylů v obou testových souborech. Podle výsledku F- testu jsme pak volili t-test s nerovností rozptylu při shodných nebo rozdílných rozptylech.

5 . REALIZACE VÝZKUMU

Data pro svou empirickou studii jsme získávali od žákyň a žáků jednotlivých tříd II. stupně ZŠ v březnu roku 2009. Navštívili jsme celkem 5 tříd. Setkali jsme se s vstřícností a ochotou paní ředitelky i paní učitelky umožnit nám provést výzkum v jejich škole. Proces sběru dat probíhal během dopoledního vyučování a trval dohromady 5 dní.

Ředitelka školy i paní učitelka nám vyčlenili určité vyučovací hodiny, kde jsme mohli náš výzkum realizovat. 45 minut nám stačilo pro vyplnění dotazníků, někdy jsme využili i přestávky. Na začátku jsme žáky stručně seznámili s účelem naší práce, potom jsme jim vysvětlili způsob vyplňování dotazníků a v průběhu

hodiny jsem ještě řešila případné nejasnosti s žáky. Žáci dotazníky vyplňovali anonymně. K vyplňování dotazníků nebyl nikdo nucen, vše bylo dobrovolné.

6 . VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky, tvorby grafů i statistické analýzy získaných dat jsme provedli za podpory programu Microsoft Office Excel 2003. Vzhledem k nevelkému množství respondentek a respondentů a z toho pramenící malé reprezentativnosti našeho výběru nelze námi zjištěné skutečnosti příliš široce zobecňovat. Naše výsledky je třeba v tomto kontextu chápat jen jako orientační danou školu.

S přihlédnutím k tomu, že výzkumnou část naší práce tvořilo ověřování tří samostatných hypotéz, považujeme za vhodné uvádět výsledky naší práce dle logiky kapitoly 2 „Hypotézy výzkumu.“

OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZY Č. 1

Toto šetření odhalilo že narušená percepce vlastního těla je častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců, a viz. výsledky uvedené v tabulce č. 3, které zcela jednoznačně potvrzují hypotézu č. 1. To znamená, že mezi skupinami je významný statistický rozdíl. Tabulku s hodnotami dotazníku BIS pro oba zkoumané soubory naleznete v příloze č. 3 na str. 4.

Tabulka č. 3 Rozdíly mezi dívkami a chlapci v narušené percepci vlastního těla.

Soubor	Průměry	t krit.	t stat.	Statistická významnost
Dívky	59, 14	1, 98	3,13	0,05
Chlapci	45, 02			

OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZY Č. 2

Ve sledovaném souboru se prokázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami, který potvrzuje hypotézu č. 2. Níže uvedená tabulka (viz. Tabulka č. 4 na str. 51) poukazuje na skutečnost, že narušené jídelní návyky jsou častější

ve skupině dívek než ve skupině chlapců. Tabulku s hodnotami dotazníku EAT pro oba zkoumané soubory naleznete v příloze č. 4 na str. 5.

Tabulka č. 4 Rozdíly mezi dívky a chlapci v narušených jídelních návycích.

Soubor	Průměry	t krit.	t stat.	Statistická významnost
Dívky	8, 23	1, 99	2, 41	0,05
Chlapci	4, 78			

Při ověřování hypotézy č. 2, ve které předpokládáme, že narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců jsme výsledky výzkumného šetření prezentovali formou koláčkových grafů, které jsme rozdělili podle pohlaví respondentů a podle tříd. V obou skupinách (jak u dívek tak u chlapců) jsme vyhodnocovali výsledky dotazníku EAT z hlediska frekvence dívek a chlapců s vyšším než kritickým skóre (EAT vyšším než 20 bodů). Tuto skupinu jsme označili jako rizikovou a dívky a chlapce s počtem bodů 20 nebo méně jako skupinu nerizikovou. K tomuto bodu patří graf č. 2 na str. 52 a graf č. 3 na str. 52 dále pak tabulka č. 5 na str. 51 a tabulka č. 6 na str. 52

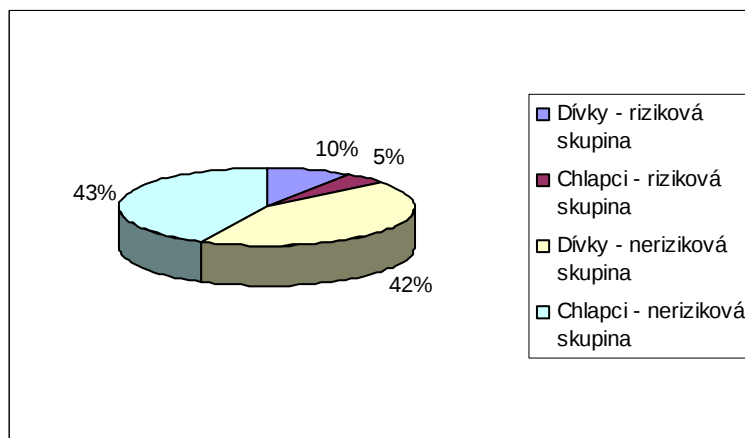
a) Dívky a chlapci - 8 třída

Tabulka č. 5 – vyhodnocení dotazníku EAT u respondentek a respondentů ZŠ

Soubor	42	EAT < 20 bodů	EAT < 20 bodů
Dívky	22	18	4
Chlapci	20	18	2

Graf předkládá porovnání rizikové a nerizikové skupiny z hlediska frekvence dívek a chlapců s vyšším než kritickým skóre (EAT vyšším než 20 bodů).

Graf č. 2 – vyhodnocení dotazníku EAT u respondentek a respondentů ZŠ - 8. třída.



Z toho to grafu je patrné, že u dívek a chlapců převažuje v osmých třídách neriziková skupina nad rizikovou.

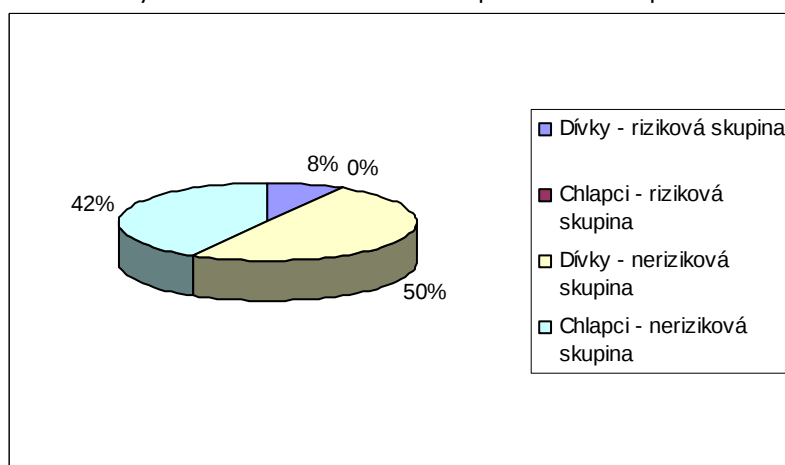
b) Dívky a chlapci 9 - třída

Tabulka č. 6 – vyhodnocení dotazníku EAT u respondentek a respondentů ZŠ

Soubor	60	EAT < 20 bodů	EAT > 20 bodů
Dívky	34	29	5
Chlapci	26	26	0

Graf předkládá porovnání rizikové a nerizikové skupiny z hlediska frekvence dívek a chlapců s vyšším než kritickým skóre (EAT vyšším než 20 bodů).

Graf č. 3 – vyhodnocení dotazníku EAT u respondentek a respondentů ZŠ- 9. třída.



Z grafu lze usoudit , že u dívek i chlapců převažuje v devátých třídách neriziková skupina nad rizikovou.

OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZY Č. 3

Uvedená tabulka ukazuje, že mezi skupinami s vysokým skóre a nízkým skóre v dotazníku je statisticky významný rozdíl. Na základě tohoto zjištění potvrzujeme hypotézu č. 3. Z výsledku našeho šetření tedy vyplývá, že narušená percepce vlastního těla může zavadávat příčiny pro rozvinutí poruch jídelních návyků a s tím riziko spojené se vznikem poruch příjmu potravy. K tomuto bodu patří tabulka č. 7 na str. 53. Tabulku se skóre v dotazníku EAT pro oba zkoumané soubory s nejvyšším a nejnižším skóre v dotazníku BIS naleznete v příloze č. 5 na str. 6.

Tabulka č. 7 Srovnání narušené percepce vlast. těla s náběhem na poruchy příjmu potravy

Soubor	Průměry	t krit.	t stat.	Statistická významnost
S vysok. skóre	17, 93	2, 12	4, 59	0,05
S nízkým skóre	3, 67			

III. ZÁVĚR

Z porovnání výsledků vlastního šetření se stanovenými hypotézami vyplynuly následující závěry:

Hypotéza 1: Předpokládáme, že narušená percepce vlastního těla bude častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.

Tato hypotéza byla potvrzena. Z výsledku šetření vyplývá, že narušená percepce vlastního těla je častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.

Výsledky šetření hypotézu potvrdily. Bylo zjištěno, že narušené jídelní návyky jsou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.

Hypotéza 3: v níž předpokládáme, že jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou ve větší míře vykazovat předpoklady pro vznik poruch stravovacích návyků než jedinci s nenarušenou percepcí byla šetřením zkoumaného souboru potvrzena.

IV. SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy u pubescentů. Období puberty je spojeno s dramatickými změnami v proporcích lidského těla i v činnosti jednotlivých orgánů. Tělesné dospívání je energeticky náročné a nutně vyžaduje zvýšený příjem nutričně hodnotné stravy. V důsledku měnících se nutričních potřeb a ještě více v důsledku toho, že se dospívající mohou sami rozhodnout o tom, kdy, kde a co budou konzumovat, se zvyšuje riziko nevhodných stravovacích návyků a vzniku poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy se stávají čím dál více aktuálnějším problémem dnešní současnosti. Jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Uvádí se, že mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častější onemocnění dívek, než chlapců. Mentální bulimii trpí přitom přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (6%), mentální anorexie je pak méně častá a postihuje necelé 1% mladých dívek. Muži tvoří jen asi 5% všech pacientů. Jedná se o poruchy psychického rázu, které mají komplexní charakter - mají dopad nejen na psychickou a zdravotní stránku člověka, ale i na sociální okolí. Z tohoto důvodu se hovoří o poruchách příjmu potravy jako o psychosomatických poruchách. Poruchy příjmu potravy se v současné době stávají stále více diskutovaným tématem. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky trpí mnoho dívek, žen i mužů v naší společnosti.

Poruchy příjmu potravy bývají spojeny i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, s deformací tělového schématu, jeho proporcí a hmotnosti. Nespokojenost s tělem se objevuje již od věku osmi let. Studie, které sledovaly spokojenost s tělem v průběhu života zjistily, že ženy všech věkových skupin jsou méně spokojeny se svým tělem než muži.

Mezi nejtypičtější poruchy příjmu potravy zařazujeme mentální anorexii a mentální bulimii. Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. O mentální anorexii můžeme mluvit tehdy, jestliže si dívky, či mladé ženy udržují tělesnou hmotnost pod hranici BMI 17, 5 a nižší. Mentální anorexie začíná nejčastěji

ve věku od 13 do 20 let, ale objevila se i u dvanáctiletého děvčete či čtyřicetileté ženy. Důležité je rozpoznat u mentální anorexie možné příznaky:

Možné příznaky mentální anorexie:

- ztráta 15 a více procent z normální tělesné hmotnosti;
- pravidelný denní příjem nižší než 1000 kalorií;
- ztráta menstruace (běžný průvodní znak hladovění, protože tělo si nemůže dovolit ztrácet živiny menstruačním krvácením);
- odmítání udržet si minimální tělesnou hmotnost (snaha zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost);
- jídlo je vnímáno jako nepřítel;
- pocit, že dieta ovládla celý život dotyčné osoby;
- neustálé cvičení, někdy i pozdě v noci nebo v jinou zvláštní dobu;
- přecházení při jídle;
- osoba hned po jídle (nebo pokud byla donucena jíst) pospíchá od stolu, aby mohla zvracet nebo použít projímadla;
- záchvaty přejídání nebo období přejídání a následné pročišťování, střídaná období hladovění;
- neustálý strach z přibývání na váze;
- dotyčná osoba si myslí, že je tlustá, i když jiní tento názor nesdílejí, má zjevně „normální“ tělesnou hmotnost, a přitom trpí utkvělou představou, že je tlustá;
- intenzivní strach z nadváhy, i když dotyčná osoba není silná, nebo dokonce ztrácí váhu.

Existují dva typy mentální anorexie:

a, **restriktivní typ**- je charakterizován významným omezením příjmu potravy, v extrémní podobě, jde o těžké hladovění, někdy také omezování příjmu tekutin. Součástí bývá i excesivní cvičení, které mívá podobu rituálu.

b, **bulimický typ**- při tomto typu je omezování jídla občas doplněno určitým příjmem potravy, avšak vzápětí kompenzováno zvracením, eventuálně použitím laxativ či diuretik. Energetický příjem může být kompenzován také excesivním cvičením.

Mezi druhou nejtypičtější poruchu příjmu potravy řadíme mentální bulimii.

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Mentální bulimie je porucha, kdy lidé cítí strašný hlad, jako kdyby hladověli v období hladomoru, „jedí jako kráva“- velké množství jídla, a tím se snaží utišit hlad. Častokrát snědí najednou i desetkrát víc než je běžná porce. Následuje úmyslně navozené zvracení, jehož účelem je odstranit jídlo a zamezit možnému nárůstu hmotnosti. Vše je doprovázeno výčitkami svědomí a obviňování se z nedostatku vůle a sebeovládání, což tvoří bludný kruh. Mentální bulimie začíná obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Možnými příznaky mentální bulimie mohou být:

- záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracením, užíváním projímadel, diuretik (prostředků na odvodnění), klystýry, nebo intenzivním cvičením;
- neustálý strach z tloušťky, i když se tělesná hmotnost dotyčné osoby pohybuje kolem průměrné hmotnosti s odchylkou pěti kilogramů směrem nahoru nebo dolů;
- strach, že nedokáže přestat jíst;
- strach jíst bez následujícího pročišťování nebo jiné kompenzace;
- strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo;
- deprese;
- odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání;
- nepravidelná menstruace;
- zvýšená kazivost zubů (způsobená kyselostí zvratků);
- neobvyklé výkyvy tělesné hmotnosti;
- oteklé slinné žlázy (takže tvář vypadá odule, má „veverčí“ výraz), závratě, bolesti.

Rozlišují se dva typy mentální bulimie:

1. **Vypuzující typ (purgativní typ):** Během současné epizody mentální bulimie si jedinec pravidelně vyvolává zvracení nebo nadužívá projímadla, diuretika nebo klyzmata.
2. **Nevypuzující typ (nepurgativní typ):** Během současné epizody mentální bulimie se jedinec uchyluje k jinému nevhodnému kompenzačnímu chování, jako je půst nebo nadměrné cvičení, jedinec si

nevyvolává zvracení, neužívá nadměrně projímadla, diuretika nebo klyzmatika.

Existuje mnoho hypotéz, teorií a dohadů příčin poruch potravy. Odborníci se shodují, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů. Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Mezi tyto faktory patří následující:

- biologické faktory
- osobnost a psychologické faktory
- rodinné okolnosti a genetické faktory
- emocionální faktory
- sociokulturní faktory
- životní události

Poruchy příjmu potravy mohou být příčinou řady zdravotních komplikací. Mezi konkrétní zdravotní problémy v jednotlivých oblastech patří: kardiovaskulární potíže, renální komplikace, gastrointestinální komplikace, kosterní komplikace, endokrinní komplikace, hematologické komplikace, neurologické komplikace, metabolické komplikace, dermatologické komplikace. Mentální anorexie i bulimie však nezpůsobuje jen zdravotní komplikace, ale také výrazně narušuje psychickou pohodu, společenský a osobní život nemocného.

Poruchy příjmu potravy jsou závažné, avšak léčitelné onemocnění. Z mentální anorexie se uzdraví 50 % dívek, u mentální bulimie je úspěšnost až 60 %. Způsobů, jak poruchy příjmu potravy léčit a vyléčit je spousta, mezi nejvýznamnější terapeutické možnosti patří: hospitalizace, částečná hospitalizace a denní stacionáře, ambulantní lékařská pomoc, svépomoc a psychoedukace, rodinná terapie, kognitivně- behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychoanalytická terapie, behaviorální terapie, farmakoterapie.

V praktické části uvádíme cíle výzkumného šetření, kterým zjištění, zda narušená percepce vlastního těla bude častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců, zda narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců a zda jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou vykazovat předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy.

K tomuto cíli byly stanoveny následující hypotézy:

- H 1: Předpokládáme, že narušená percepce vlastního těla bude častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.
- H 2 : Předpokládáme, že narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců.
- H 3: Předpokládáme, že jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou vykazovat předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na fakt, že mezi skupinami je významný statistický rozdíl. Toto šetření odhalilo že narušená percepce vlastního těla je častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců. Byla potvrzena skutečnost, že narušené jídelní návyky jsou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců. Z výsledku šetření dále vyplývá, že jedinci s narušenou percepcí vykazují předpoklady pro vznik poruchy stravování, na jejímž základě se může v budoucnu rozvinout porucha příjmu potravy.

V. DISKUSE

K hypotéze č. 1:

Výsledky šetření jednoznačně potvrdily předpoklad řečený v hypotéze č. 1, že narušená percepce vlastního těla bude častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců. Tyto výsledky korespondují s výsledky zahraničních studií, viz. např. Grogan (2000), které uvádějí, že v průměru asi jedna třetina mužů a kolem 60 % žen není spokojeno se svým tělem. Podle Furnhama a Greavesové (1994) je tělesné sebehodnocení mladých žen a ve stále větší míře i mužů výrazně ovlivňováno mediálními vzory. Zdrojem nespokojenosti s vlastním tělem je diskrepance mezi vnímaným a ideálním obrazem těla. Neschopnost vyrovnat se ideálu vede k sebekritice, pocitům viny a oslabení sebevědomí. Podle Grogana (2000) tělesná nespokojenost a její důsledky jsou výraznější u žen, protože ty jsou vystaveny rozsáhlejšímu vlivu a předkládané idealizované vzory jsou jednoznačnější a zdánlivě snáze dostupné („stačí zhubnout“). Zatímco pro ženskou ideální postavu je příznačná vyhublá štíhlost, pro ideální mužskou postavu je významná spíše svalnatost a výkon. Proto se muži nespokojení se svou postavou snaží spíše cvičit, zatímco ženy dávají přednost držení diet, což mimo jiné vysvětluje jejich zvýšené ohrožení poruchami příjmu potravy.

K hypotéze č. 2:

Výsledky šetření dále potvrdily předpoklad řečený v hypotéze č. 2, že narušené jídelní návyky budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců. Neoddiskutovatelný je zde vliv puberty. Pubescenti se snaží přiblížit se ideálům, obvykle mají nižší sebehodnocení, touží být atraktivní pro druhé pohlaví atd. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že již pubertální dívky a v malé míře i chlapci se nadměrně zabývají svou hmotností, bojí se ztloustnutí, většinou jsou nespokojeny se svým tělem a touží zhubnout, nehledě na svou hmotnost, která je v normě a v některých případech dokonce pod normou. Výsledky Testu jídelních postojů (EAT-26) prokázaly statisticky významné rozdíly mezi rizikovou (dívky a chlapci s EAT > 20) a nerizikovou skupinou (EAT < 20) ve sledovaných souborech, které vedou k narušenému vztahu k jídelním návykům a postojům. Zajímavé je

zjištění, že z celkového počtu 56 respondentek (100%) se ukázalo 9 dívek (16%) jako rizikových a z celkového počtu 46 respondentů se ukázaly 2 chlapci (4%) jako rizikový. Toto zjištění koresponduje s tvrzením některých autorů, např. Grogan (2000), že zatímco chlapci se snaží v průběhu dospívání přiblížit kulturnímu ideálu a chtějí spíše přibrat, dívky se svým představám o krásném těle vzdalují a chtějí hubnout. Tyto snahy mohou vést u dívek a v menší míře i u chlapců k různým manipulacím s jídlem za účelem dosažení ideálních tělesných proporcí a od toho už je jen krůček k narušení stravovacích návyků Studie uvádějí poměr mužů vůči počtu žen v případě mentální anorexie jedna ku desíti. V případě mentální bulimie je poměr mužů vůči počtu žen jedna ku pětadvaceti (Krčh, 2005).

K hypotéze č. 3:

Lidé, kteří trpí poruchami příjmu potravy můžeme považovat za jednu ze skupin osob, jež pociťují nadměrnou nespokojenost s vlastním tělem. Studie, které byly provedeny mezi vysokoškolskými a středoškolskými studentkami potvrdily signifikantní souvislost mezi nespokojeností s tělem a problematickým vztahem k jídlu Rosen (in Grogan 2000). Výzkum provedený u skupiny žen a mužů, kteří mají sklony k epizodám anorexie a bulimie, nadměrnému cvičení či opakovaným dietám ukázal, že nízké sebevědomí a pocit nedostatečné sebekontroly jdou ruku v ruce s nespokojeností s vlastním těle (Grogan, 2000). Výše zmíněné výsledky tedy jednoznačně potvrdily hypotézu č. 3, v níž jsme předpokládali, že jedinci s narušenou percepcí budou vykazovat předpoklady pro vznik poruchy stravování, na jejímž základě se může v budoucnu rozvinout porucha příjmu potravy.

Přestože v této diskusi uznáváme možnost jistého zkreslení výsledků, zapříčiněné specifickými zkoumanými vzorky, považujeme výzkum, provedený v populaci dívek a chlapců průměrného věkového rozmezí 14- 15 let na Základní škole Bratrství Čechů a Slováků v Bystřici pod Hostýnem, za velmi přínosný, neboť nebylo dosud obdobné šetření na této Základní škole realizováno a tato oblast není ještě dostatečně prozkoumána.

Myslíme si, že výsledky výzkumu by neměly být opomíjeny a skryty před veřejností, ale měly by být předloženy vedení školy, aby mohly napomáhat k šíření primární prevence na této škole.

VI. POUŽITÁ LITERATURA

1. BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-73-6.
2. COHN, L., HALL, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
3. FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J., *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio spol. s. r. o. , 2000, 80-86009-32-7.
4. GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-907-1.
5. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
6. KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
7. KROBOTOVÁ, M., HOLOUŠOVÁ, D. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1237-3.
8. KRCH, D. F. *Bulimie- Jak bojovat s přejídáním*. Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-946-2.
9. KRCH, F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
10. KRCH, D. F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
11. KRCH, F., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha- Průvodce úskalím diet a životního stylu*. 2 přepracované vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2001. ISBN 80-7178- 521-014.
12. KUSÁK, P. *Antropologický obraz populace moravských lokalit- Psychosomatické studie. Tělová katexe adolescentních dívek. Její implikace s ohledem na poruchy příjmu potravy a některé osobnostní proměnné*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80- 244- 1149- 0.
13. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80- 205- 0499-0.
14. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, ISBN 80- 7106- 248- 0.

15. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vydal Vzdělávací institut ochrany dětí , 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
16. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80- 200- 0625- 7.
17. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia Nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-32-8.
18. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6
19. REITEROVÁ, E. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80- 244- 0083-9.
20. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004.
21. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J A KOL. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, ISBN 80- 244- 0629- 2.
22. TŘETINOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy-informační brožura: absolventská práce*. Jihlava: Soukromá vyšší odborná škola sociální, 2004.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-802-3.
24. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
25. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80- 7178-740-X.

VII. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

Dotazník BIS

Muž/Žena.....

Datum:.....

U každé věty zakroužkujte číslo, které pravděpodobně označuje Vaši odpověď podle následující škály:

	1	2	3	4	5	6	7
neplatí to pro mě v žádném ohledu							zcela to pro mě platí
1. Když se nudíte, přemýšlíte nad svou postavou?	1	2	3	4	5	6	7
2. Myslíte si, že máte tlustá stehna, široké boky, velký zadek?	1	2	3	4	5	6	7
3. Obáváte se, že Vaše tělo není dostatečně pevné?	1	2	3	4	5	6	7
4. Brečel/a jste kvůli své postavě?	1	2	3	4	5	6	7
5. Vyhýbáte se běhání, kvůli tomu, že by se mohly některé části Vašeho těla třepat?	1	2	3	4	5	6	7
6. Přivádí Vás hubené/í ženy/muži k pocitu sníženého sebevědomí (méněcennosti)?	1	2	3	4	5	6	7
7. Dělá Vám starosti sednutí na židli, protože se Vám tlustá stehna rozlévají?	1	2	3	4	5	6	7
8. Máte pocity, že když sníte malé množství jídla, že jste tlustý/á?	1	2	3	4	5	6	7
9. Vyhýbáte se nošení oblečení, které zvýrazňuje Vaše tělo?	1	2	3	4	5	6	7
10. Když jíte sladké, koláče, cukroví a jídlo s vysokým obsahem kalorií, cítíte se tlustý/á?	1	2	3	4	5	6	7

11. Stydíte se za své tělo?	1	2	3	4	5	6	7
12. Držíte kvůli své postavě diety?	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítíte se šťastný/á, když máte pocit prázdného žaludku?	1	2	3	4	5	6	7
14. Dělá Vám starosti, že máte celulitidu?	1	2	3	4	5	6	7
15. Přiměla Vás vaše postava k pocitu, že byste měl/a cvičit?	1	2	3	4	5	6	7
16. Máte dojem, že ostatní lidé si musí myslet, že je Vaše tělo nepřitažlivé?	1	2	3	4	5	6	7
17. Stydíte se ukazovat na veřejnosti?	1	2	3	4	5	6	7
18. Snažíte se vyhnout účasti na veřejných cvičeních?	1	2	3	4	5	6	7
19. Cítíte se trapně (kvůli postavě) v přítomnosti opačného pohlaví?	1	2	3	4	5	6	7
20. Myslíte si, že je Vaše tělo škaredé?	1	2	3	4	5	6	7
21. Srovnáváte svoji váhu s ostatními lidmi, abyste zjistil/a, zda jsou těžší než vy?	1	2	3	4	5	6	7
22. Velmi často máte pocit viny kvůli své váze?	1	2	3	4	5	6	7
23. Máte dojem, že Vaše rodina, nebo Vaši přátelé se cítí trapně, když jsou viděni s Vámi?	1	2	3	4	5	6	7
24. Fyzické aktivity Vám nedělají dobře, protože Váš zevnějšek Vám způsobuje pocity sníženého sebevědomí?	1	2	3	4	5	6	7

PŘÍLOHA Č. 2

Test jídelních postojů - EAT 26

Žena/ Muž.....

Datum:.....

Uved'te prosím možnost, která nejlépe vystihuje Vaše pocity (Označte jedno okénko v každém řádku)

	Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1) Mám hrůzu z nadváhy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) Krájím jídlo na malé kousky.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6) Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7) Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8) Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9) Po jídle zvracím	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10) Po jídle se cítím velmi provinile	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11) Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12) Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13) Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14) Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15) Jídlo mi trvá déle než ostatním	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16) Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17) Jím dietní jídla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18) Cítím, že jídlo ovládá můj život	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19) Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20) Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21) Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22) Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23) Držím diety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24) Mám rád/a prázdný žaludek	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25) Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26) Po jídle mívám nucení ke zvracení	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PŘÍLOHA Č. 3

TABULKA Č. 1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU BIS U DÍVEK

Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre
1.	43	20.	47	39.	125
2.	47	21.	71	40.	120
3.	45	22.	61	41.	117
4.	62	23.	71	42.	112
5.	44	24.	69	43.	105
6.	50	25.	76	44.	98
7.	46	26.	69	45.	91
8.	40	27.	69	46.	90
9.	45	28.	68	47.	82
10.	49	29.	67	48.	81
11.	49	30.	72	49.	127
12.	44	31.	76	50.	26
13.	49	32.	32	51.	29
14.	46	33.	34	52.	27
15.	46	34.	39	53.	28
16.	42	35.	36	54.	29
17.	47	36.	36	55.	29
18.	46	37.	36	56.	30
19.	59	38.	38		

TABULKA Č. 2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU BIS U CHLAPCŮ

Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre
1.	44	17.	24	33.	37
2.	50	18.	60	34.	46
3.	51	19.	65	35.	102
4.	56	20.	25	36.	89
5.	41	21.	67	37.	87
6.	43	22.	72	38.	79
7.	48	23.	32	39.	24
8.	40	24.	34	40.	24
9.	39	25.	37	41.	27
10.	38	26.	36	42.	29
11.	39	27.	36	43.	29
12.	43	28.	31	44.	30
13.	41	29.	36	45.	31
14.	61	30.	39	46.	31
15.	47	31.	42		
16.	52	32.	37		

PŘÍLOHA Č. 4

TABULKA Č. 3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU EAT U DÍVEK

Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre
1.	22	20.	12	39.	15
2.	21	21.	1	40.	1
3.	30	22.	6	41.	4
4.	48	23.	8	42.	15
5.	0	24.	4	43.	5
6.	7	25.	3	44.	21
7.	2	26.	2	45.	9
8.	3	27.	2	46.	6
9.	0	28.	2	47.	21
10.	12	29.	1	48.	14
11.	6	30.	4	49.	21
12.	11	31.	6	50.	6
13.	22	32.	4	51.	4
14.	6	33.	11	52.	2
15.	21	34.	2	53.	0
16.	1	35.	6	54.	1
17.	5	36.	1	55.	3
18.	6	37.	0	56.	5
19.	8	38.	2		

TABULKA Č. 4 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU EAT U CHLAPCŮ

Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre	Subjekt	Skóre
1.	5	17.	0	33.	15
2.	2	18.	1	34.	1
3.	4	19.	14	35.	21
4.	3	20.	7	36.	21
5.	1	21.	7	37.	0
6.	9	22.	3	38.	10
7.	4	23.	2	39.	11
8.	8	24.	0	40.	6
9.	1	25.	4	41.	0
10.	2	26.	4	42.	3
11.	1	27.	2	43.	5
12.	0	28.	8	44.	0
13.	1	29.	1	45.	4
14.	12	30.	1	46.	5
15.	6	31.	1		
16.	3	32.	1		

PŘÍLOHA Č. 5

TABULKA Č. 5 SKÓRY V DOTAZNÍKU EAT U RESPONDETŮ A RESPONDENTEK S NEJVYŠŠÍM A NEJNIŽŠÍM SKÓREM V DOTAZNÍKU BIS

Respondenti/tky s vysokým a nízkým skóre v dotazníku BIS			
BIS – vysoké skóre		BIS – nízké skóre	
Subjekt	Skóre v EAT	Subjekt	Skóre v EAT
1.	21	1.	5
2.	48	2.	4
3.	30	3.	1
4.	21	4.	5
5.	22	5.	3
6.	5	6.	3
7.	21	7.	0
8.	21	8.	0
9.	9	9.	2
10.	6	10.	6
11.	21	11.	6
12.	0	12.	7
13.	21	13.	11
14.	14	14.	0
15.	10	15.	0

PŘÍLOHA Č. 6

NÁMĚTY PRO PREVENTIVNÍ AKTIVITY U DĚTÍ A MLÁDEŽE

1. Řekni mi, co jíš? Malá anketa o výživě

Cíl: Uvědomit si své postoje k jídlu a přehodnotit vlastní stravovací návyky vzhledem k zásadám zdravé výživy.

Uspořádejte s žáky malou anketu o stravovacích zvyklostech v období dospívání.

Zadání: Pokuste se zjistit, jakým pokrmům dávají dospívající přednost, čím je zpravidla tvořen jejich jídelníček, co vědí o zdravé výživě, jaké mají postoje k jídlu i k vlastnímu tělu. **Při sestavování ankety můžete například využít následující otázky:**

Co většinou snídáte? Stravujete se pravidelně?

Jíte denně zeleninu? Které druhy zeleniny vám chutnají nejvíce?

Jaké nápoje pijete nejčastěji?

Ochutnali jste už celozrnné pečivo? Máte rádi ryby?

Chodíte často do cukrárny?

Co si myslíte o čokoládě? Jíte ji často?

Přisolujete si pokrmy na talíři?

Dodržujete nějakou dietu? Jste spokojeni se svou postavou?

Kdybyste si mohli vybrat, čemu dáte přednost ...

Vyhodnocení: Anketu společně vyhodnoťte. Co jste se dověděli o stravovacích zvyklostech dotazovaných? Dodržují zásady zdravé výživy? Výsledky průzkumu využijte při následné diskuzi o doporučovaných opatřeních k ozdravení naší stravy.

2. Rozhodování nad talířem

Cíl: Umět se rozhodovat v otázkách zdravého stravování

Pokud budete žákům radit, aby jedli pokrmy nevalné chuti, barvy a bez příjemné vůně jen proto, že jsou zdravé, asi je ke změně v jídelníčku nepřesvědčíte. Jestliže si budou vybírat, dají zpravidla přednost spíše tomu, co jim bude právě chutnat, aniž by příliš přemýšleli nad výživovou hodnotou nabízených pokrmů. Motivací k zamyšlení při rozhodování jak sestavovat vlastní jídelníček může být i následující úloha.

Zadání: Napište dopis jídlu, které máte velmi rádi. Zmiňte se v dopise i o tom, zda oblíbený

pokrm patří nebo nepatří ke zdravému jídelníčku. Uved'te, proč vám pokrm tak chutná.

Vyhodnocení: Na tabuli pak společně vypište důvody, které vedou k oblibě určitých pokrmů.

Zobecněte: Jaký by měl být pokrm, abychom jej rádi zařazovali do jídelníčku?

3. Jezte pestrou stravu v přiměřeném množství

Cíl: umět sestavovat pestrý jídelníček podle zásad zdravé výživy

Pouze rozmanitou stravou můžeme zajistit dostatečný přísun základních živin, vitamínů a minerálních látek. Jednostranná strava je riziková, neboť může vést k hromadění některých nežádoucích látek, obsažených v určitých druzích potravin. Vyzvěte žáky, aby se zamysleli nad tím, jak se stravují.

Zadání: Napište, co všechno a přibližně v jakém množství jste snědli během jednoho dne, který si sami zvolíte. Nezapomeňte na nápoje a na pamlsky. Zároveň zaznamenávejte, jakými aktivitami jste se zabývali.

Vyhodnocení: Údaje vyhodnoťte z hlediska příjmu a výdeje energie. Vypište do dvou sloupců pokrmy, které splňují požadavky zdravého stravování a které jsou pokládány spíše za nezdravé.

Zařazení zdůvodněte. Čím byste mohli "nezdravé pokrmy" v jídelníčku nahradit?

4. Pyramida zdravé výživy

Cíl: Umět vyhodnotit denní jídelníček z hlediska doporučovaného zastoupení jednotlivých skupin potravin.

Výživa patří k důležitým činitelům, které ovlivňují zdraví člověka. Strava, jejíž složení neodpovídá fyziologickým nárokům organismu, může být příčinou celé řady závažných chorob. Pokud chceme být zdraví, svěží, spokojení, měli bychom se stravovat v souladu se zásadami zdravé výživy.

Zadání: Určete, v jakém denním množství bychom měli konzumovat následující potraviny: chléb, čokoláda, kiwi, jogurt, kuřecí maso, máslo, zelí, rybíz, ovesné vločky, sýr, vejce, těstoviny, mrkev, citrón, rybí filé, okurky, brambory, mléko,

bonbóny, celozrnné pečivo. Nakreslete si pyramidu výživy a potraviny správně rozložte do jejích vrstev.

Vyhodnocení: Zapište, jaká jsou hlavní doporučení odborníků, která se týkají zlepšení stravovacích zvyklostí a nutričního chování dětí a mládeže.

5. Bud' fit

Cíl: zhodnotit svou tělesnou hmotnost pomocí BMI

K zásadám zdravého životního stylu patří udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost kombinací správné výživy a aktivní pohybové činnosti. Základním předpokladem pro udržení stálé tělesné hmotnosti je rovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Nejen nadváha, ale i příliš nízká tělesná hmotnost, která je spojena s nedostatečným obsahem tuku v těle, je provázena vznikem závažných onemocnění. Žáci pracují ve čtyřčlenných skupinách.

Zadání: Pokuste se zhodnotit svou tělesnou hmotnost pomocí tzv. BMI – BODY MASS INDEXU

Postupujte podle vztahu :

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (v kg)}}{(\text{tělesná výška v metrech})^2}$$

Doplňte v tabulce údaje pro každého člena skupiny:

Jméno	Výška (m)	Výška ² (v m ²)	Hmotnost (kg)	Vypočítaný BMI	Hodnota BMI podle věku

Vypočítanou hodnotu vašeho BMI porovnejte s hodnotou, kterou pro svůj věk naleznete v následující tabulce

Hodnoty BMI pro chlapce a dívky podle věku:

Věk (roky)	Hodnoty BMI (kg/ m ²)	
	chlapci	dívky
11	16 - 19	16 - 19
12	16, 5 – 19, 5	17 – 20, 5
13	17 - 20	18 - 21
14	18 - 21	18, 5 - 22
15	19 - 21	19 - 22
16	19, 5 - 22	19, 5 - 23
17	20 - 23	20 - 23

S pomocí údajů BMI v tabulce pro jednotlivé věkové kategorie si můžete spočítat parametry vaší ideální hmotnosti:

$$\text{ideální hmotnost (kg)} = \text{BMI} \cdot (\text{tělesná výška v m})^2$$

Vyhodnocení: Pokud byste zjistili, že někdo z vašeho okolí překračuje výše uvedené hodnoty BMI, co byste mu poradili? Jestliže zjistíte u někoho hodnoty BMI příliš nízké, jaké mohou být příčiny tohoto stavu?

6. Ideál krásy

Cíl: uvědomit si, že neexistuje absolutní ideál krásy, každý může být něčím přitažlivý. Prolistujte společně se žáky některý módní katalog nebo časopis pro mládež. Určitě v něm najdete reklamu na lákavě vyhlížející pokrmy, nad kterými se sklánějí usměvaví a spokojení lidé. Na dalších stránkách spatříte krásné štíhlé modelky v přiléhavých tričkách. Nabízí se otázka: Jde to vůbec skloubit - dopřát si dobré jídlo a ještě být ideálem štíhlosti?

Zadání: Shromážděte obrazový materiál, kterým doložíte, jak se v dějinách měnil ideál krásy (obrazy, sochy, fotografie, filmy).

Vyhodnocení: V současné době jsme obkloповáni fotografiemi žen, které jsou nyní symbolem krásy - zjišťujeme, že jejich postava by měla být stále vyšší a jejich hmotnost nižší. Vyrovnat se tomuto "ideálu" je pro většinu populace nedosažitelné. Vždyť podle dnešních měřítek by měla nadváhu i řada filmových hvězd obdivovaných před třiceti lety pro svou dokonalou postavu. Dívky se přirozeně chtějí líbit. I chlapci

by rádi oslnili štíhlou atletickou postavou hrdinů akčních filmů. Jak to zařídit? Diskutujte s žáky o vlivu životního stylu na zdraví. Sestavte společně soubor rad "zdravím ke kráse", tj. jak pečovat o zdraví v dospívání.

7. Pohled do zrcadla

Cíl: Úloha reflektuje častou nespokojenost dospívajících s vlastním tělem, která může být jednou z příčin poruch příjmu potravy.

Zadání: Období dospívání se může stát pro někoho z vás velmi nepříjemným. Mění se vaše tělo, stravovací návyky, představy o sobě i lidech blízkých. Tyto proměny a velmi rozšířený názor, že žena musí být štíhlá, neboť jen tak může být atraktivní, brání dospívajícím dívkám, aby byly spokojené s vlastním tělem (s tvarem postavy, tělesnou hmotností, s pletí, s vlasy) a s dosavadním způsobem stravování. Přečtěte si úryvek z deníku čtrnáctileté LINDY: "Rozbijte všechna zrcadla, už se nechci ani vidět! Nechci, aby se na mě někdo díval! Proč zrovna já jsem tak tlustá a ošklivá?" Vybízí k zamyšlení, co je to vlastně krása a co ošklivost. Kdo může určit, co je opravdu krásné a co ne?

Vyhodnocení: Diskutujte, v čem spočívá opravdová hodnota člověka?

8. Posilujeme sebedůvěru

Cíl: Podpořit sebedůvěru a zdůraznit pozitivní stránky osobnosti

Minitest pro děvčata - Jak si připadám?

1. Když se podívám do zrcadla
 - a) leknu se
 - b) napadá mě, že bych mohla být hezčí
 - c) jsem docela spokojená
2. Moje tělo se mi líbí
 - a) vůbec ne
 - b) asi tak na 50 %
 - c) asi tak, že v tom nevidím žádný problém
3. Ostatní si o mě myslí
 - a) že nejsem hezká
 - b) že bych mohla být hezčí

c) tuhle otázku si nekladu

4. Jak se cítím ve své kůži

a) necítím se v ní ani trochu příjemně

b) mohlo by to být lepší

c) docela dobře

Vyhodnocení: pokud máš nejvíce odpovědí a) : Nejsi vůbec se sebou spokojená. Je to tím, že zatím ještě nevidíš a nevnímáš své kladné stránky. Najdi je. Je to velký poklad, kterým můžeš obohatit i ostatní. pokud máš nejvíce odpovědí b) : Přikládáš názoru druhých příliš velký význam. Hrozí ti, že přijdeš o přirozenost a svěžest jen proto, že se poženeš za představou umělé krásy. To jaká jsi, má větší cenu. pokud máš nejvíce odpovědí c) : Díváš se na sebe realisticky a pozitivně. Přijímáš sama sebe takovou, jaká opravdu jsi, a dokážeš tak předstoupit před ostatní. Máš všechny předpoklady k tomu, abys kolem sebe šířila pohodu. pokud máš vyrovnaný počet odpovědí a), b), c) : Názor ostatních tě poněkud omezuje. Snaž se pochopit, že je lepší se od něj osvobodit, aby ses mohla těšit z toho, jaká jsi a netrpěla iluzemi o dokonalosti. Nejlepším způsobem, jak dosáhnout krásy, je být pravdivá.

Zadání: Každý z nás je vybaven řadou kladných vlastností a dovedností, které nám usnadňují cestu životem. Pomáhají nám vyrovnávat se s problémy a chránit své bezpečí. Dokážeš si uvědomit silné stránky své osobnosti? Nakreslete si svůj "deštník sebeúcty". Do jeho částí napište své kladné vlastnosti, co dobře umíte, v čem jste úspěšní apod.

Vyhodnocení: Jakými způsoby můžete uvedené vlastnosti dále rozvíjet?

9. Co se vám na mě líbí?

Cíl: Uvědomit si, jak mě vnímají druzí a jak hodnotím sám sebe

Zadání: Nakreslete na list papíru svou květinu (kopretinu). Do středu květu napište své jméno a list papíru s květinou pošlete ostatním spolužákům. Úkolem každého z vás je napsat vždy (do jednoho okvětního lístku) svému spolužákovi jeden pozitivní vzkaz - co se vám na něm líbí, co na něm obdivujete, čeho si vážíte.

Vyhodnocení: Žáci by se měli vyjadřovat nejen ke vzhledu, ale především k vlastnostem svých spolužáků. Poté, co se kopretina vrátí ke svému majiteli, se

jednotliví žáci mohou vyjádřit k hodnocení, které právě obdrželi. Je názor spolužáků v souladu s tím, jak vnímají sami sebe? Jak jsou spokojeni?

10. Poznáváme sami sebe

Cíl: Sebepoznáváním se učit ovládat své emoce a vážit si sám sebe

Sebepoznávání je dlouhý proces, pro život nezbytný. Je cestou, jak se naučit ovládat své pocity a projevy chování, vědět o sobě a mít rád sám sebe.

Zadání: Vyberte si jednu věc, s níž přicházíte denně do styku (knížku, hračku, hrníček) apod., a zamyslet se nad tím, co by o vás mohla tato věc vyprávět.

Vyhodnocení: Žáci se zamýšlejí sami nad sebou. Co dobře zvládám? V čem jsem sice horší, ale jak se mohu zdokonalit? Co bych chtěl(a) v životě dosáhnout? Co pro to udělám?

11. Poruchy příjmu potravy

Cíl: Posoudit příčiny, které vedou k poruchám příjmu potravy, a navrhnout možnosti, jak tomuto onemocnění předcházet

O poruchách příjmu potravy svědčí skutečnost, že člověk používá jídlo k řešení svých citových problémů. Jídlo pro něho přestává být jednou ze součástí života, ale stává se jeho hlavní náplní. Myšlenky na jídlo, tělesnou hmotnost a dietu jsou důležitější než všechno ostatní - rodina, přátelé, školní povinnosti.

Zadání: Zamyslete se nad následujícími příběhy:

JANA nikdy nebyla příliš štíhlá. Nyní ve čtrnácti letech se její postava mění v souvislosti s dospíváním. Dívá se do zrcadla a má pocit, že už by ji doma neměli považovat za malou holčičku. Pokud se své názory snaží prosadit, často se dostává do sporu s rodiči a to ji velmi mrzí. Dochází k závěru, že to jediné, co jí přináší potěšení, je jídlo. Cestou do školy si kupuje čokoládu, schovává ji ve skřínce ve škole i doma ve svém pokoji. Tajně ji potom rozbaluje a jí

Vyhodnocení: Jak by mohl příběh pokračovat? Diskutujte nejprve ve skupinách. Vysvětlete, jaké následné problémy může Janě její chování přinést. Hledejte příčiny jejího jednání a pokuste se navrhnout, jak Janě pomoci.

PETRA chce být tanečnicí. Od předškolního věku pilně trénuje, chtěla by studovat balet na konzervatoři. Její úsilí podporuje i matka, která už ji vidí tančit na divadelním jevišti, a uskuteční tak svůj sen ...Petru tanec moc baví. Je ochotná oželeť zábavu s přáteli. Ví, že musí pilně trénovat, aby se její sen splnil. V poslední době má však nové starosti. Její postava se v souvislosti s dospíváním začala měnit. Při nácviu na školní představení se jí příliš nedařilo a navíc zjistila, že přibrala celý kilogram. Rozhodla se držet dietu. Začala si myslet, že čím bude hubenější, tím lepší výkon bude podávat. Podařilo se jí snížit svou hmotnost, ale ...

Vyhodnocení: Příběh vyprávějte dál. Zvažte, co by se mohlo stát, pokud bude Petra i nadále omezovat příjem potravy. Co by měla Petra udělat, aby se mohla stát tanečnicí?

DENISE je 16 let a sportuje od útlého dětství. Její otec je trenérem házené, maminka byla úspěšnou sportovní gymnastkou. Denisa se zabývá hned několika sporty: hraje tenis, trénuje běh a reprezentuje sportovní oddíl v atletických soutěžích. V poslední době začala na radu kamarádů chodit do posilovny a skutečně intenzivně cvičit. Bojí se, aby neztloustla. "Musíš si jídlo zasloužit", to je její heslo. Nedokáže se v klidu najíst. Ihned se snaží získané energie se zbavit intenzivním cvičením. Pohyb pro ni přestal být prostředkem, jak posilovat svou kondici a příjemně se uvolnit. Stal se z něj prostředek, kterým "likviduje" získanou energii a snaží se hubnout. V době, kdy nemůže cvičit, přestává jíst s odůvodněním, že by určitě přibrala. Nadměrný a důsledně prosazovaný pohyb ji ovládl stejně, jako jiné dodržování drastických diet. I ona se tak ocitla v poradně pro anorektičky...

Vyhodnocení: Zdůvodněte, proč se Denisa dostala do problémů. Jak by mohla situaci řešit?

KATKA se vždycky dobře učila a měla spoustu zájmů. Její maminka se však v důsledku úrazu nemůže už starat o ni a o mladšího brášku jako dřív. Katka musí pomáhat, chodí pozdě spát, nemá čas na učení. Její vysvědčení už nepatří k nejlepším. A to se ještě kluk, který se jí líbí, vyjádřil, že s tlustou holkou chodit nebude. Katka se vyděsila a začala s dietami. V té době jí prozradila kamarádka

zaručený recept - najíst se a potom vyvolat zvracení. Katka je nadšená. Tak určitě zhubne - může všechno jíst, nic se jí nestane ...

Vyhodnocení: Diskutujte o příběhu Katky. Zapište, jaké důsledky na zdraví může mít její chování. Porad'te, co dělat. Zvažte, za jakých okolností mohou být ohroženi poruchami příjmu potravy chlapci. Uved'te příklady.

.

PŘÍLOHA Č. 7

KONTAKTY NA ODBORNÍKY VĚNUJÍCÍ SE PROBLEMATICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

JIHOMORAVSKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

Psychiatrická klinika FN Brno Bohunice - Poradna pro poruchy metabolismu a výživy MUDr. Miroslava Navrátilová

Adresa: Jihlavská 20, Brno

Tel: 547 192 078

MUDr. Josef Blažek

Adresa: Velkopavlovická 25, 628 00, Brno

Tel: 544 214 603; e-mail: josef-blazek@volny.cz

Popis: psychiatrická ambulance, terapie poruch příjmu potravy

MUDr. Hana Lemanová

Adresa: Malátova 9, Brno

Tel: 541 248 252

Popis: terapie poruch příjmu potravy

MUDr. Tat'jana Horká

Adresa: Mrkosova 35, Brno-Židenice

Tel.: 548 211 364, 775 643 603, fax: 548 212 313

www.psychoprofi.cz

Psychologická péče

Fakultní nemocnice u sv. Anny, oddělení klinické psychologie

Adresa: Pekařská 53, Brno

Tel: 54318 3082, www.fnusa.cz

Popis: psychologické poradenství a psychoterapie; psychologické okolnosti poruch příjmu potravy (anorexie, bulimie); rodinné problémy vyvolané chorobou; psychosomatická onemocnění

PhDr. Vladimír Dvořáček

Adresa: Botanická 50, Brno

Tel: 541 218 409

Popis: psychoterapeutická praxe, psychoterapie a poradenství - osobnostní a vztahové problémy, poruchy příjmu potravy, individuální psychoterapie, hypnotherapie

PhDr. Světlana Skálová

Adresa: Údolní 5, Brno

Tel.: 777 106 954, e-mail: info@psychoterapeutka.com

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Psychiatrická péče

Oddělení pro léčbu závislostí žen - MUDr. Pecinová Olga

Adresa: Apolinářská 4, Praha 2

Tel: 224 968 206, 224 968 201

Popis: terapie návykových nemocí včetně poruch příjmu potravy

Psychiatrická klinika 1. LF UK

Adresa: Ke Karlovu 11, 128 08, Praha 2

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc. – tel: 224 965 335, 224 965 338;

e-mail: hpap@mbox.cesnet.cz

PhDr. František David Krch; PhD., e-mail: krch.frantisek@vfn.cz

Popis: Stacionář pro děti, lůžkové oddělení pro dospělé, specializovaný program pro pacienty s poruchami příjmu potravy; individuální i skupinová psychoterapie

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol - MUDr. Jiří Koutek

Adresa: V Úvalu 84, Praha 5

Tel: 224 433 403; email: psychiatrie@lfmotol.cuni.cz;

jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

Popis: Lůžkové oddělení pro pacienty do 18 let. Terapeutický program pro pacienty s anorexií a bulimií zahrnuje speciální psychoterapeutické skupiny, zaměřené na problematiku PPP; individuální i skupinová psychoterapie

MUDr. Štorek Alexandr

Adresa: Ostrovní 663, 565 01 Choceň

Tel: 465 471 300

Popis: léčba psychóz, poruch nálad (deprese, úzkosti, fobie), nutkavých poruch (obsese), poruch příjmu potravy, závislostí (hlavně na tabáku)

Psychologická péče

Psychosomatická klinika s.r.o.

Adresa: Patočkova 712/3, 169 00 Praha 6

Tel: 233 351 741, 233 081 231 – recepce

Popis: poruchy příjmu potravy, tělesná onemocnění, úzkosti deprese; celostní přístup ke klientovi

DPC - Dejvické psychoterapeutické centrum

MUDr. Iveta Pánková, MUDr. Valérie Štáfková, MUDr. Vilma Šťastná

Adresa: Evropská 122, Praha 6

Tel: 777 112 248; email: kontakt@dpc.cz, www.dpc.cz

Popis: individuální i rodinná psychologická i psychiatrická péče, krizová intervence, léčba poruch příjmu potravy.

Gaudia - psychoterapeutické centrum

Adresa: Korunní 111, 130 00 Praha 3

Tel: 242 487 327, 606 613 583

Popis: individuální i rodinná psychologická i psychiatrická péče, krizová intervence, léčba poruch příjmu potravy, info@gaudia.org

PhDr. Markéta Rokytová

Adresa: Na Poříčí 12, Praha 1

Tel: 737 785 193; e-mail: marketa.rokytova@seznam.cz

<http://marketa.rokytova.sweb.cz>

Popis: existenciální analýza a logoterapie - terapie psychosomatických obtíží, neplodnosti, poruch příjmu potravy, depresí, fobií, úzkostí

PhDr. Martin Hajný, PhD.

Adresa: Blanická 25, Praha 2

Tel: 225 096 486, 603 95 74 48, e-mail: martin@hajny.net;

<http://martin.hajny.net/>

Popis: individuální psychodynamická psychoterapie, rodinná terapie a poradenství, psychoterapie poruch příjmu potravy

MUDr. et Mgr. Erika Matějková

Adresa: Slezská 34, Praha 2 (naproti Vinohradské tržnici)

Tel: 604 133 005; email:erika.matejkova@psychoterapie.net;

www.psychoterapie.net

Popis: individuální i rodinná psychoterapie zaměřující se na konfliktní vztahy v rodině, úzkosti, strach ze selhání v zaměstnání, pocity životního neuspokojení, bulimie a poruchy příjmu potravy

Mgr. Andrea Řeháková

Adresa: Na Bělidle 34, Praha 5

Tel: 739 753 353; email: a.rehakova@psychoterapie-psychologie.cz

www.psychoterapie-psychologie.cz

Popis: psychoanalytická psychoterapie, individuální i skupinová psychoterapie s dospělou klientelou, léčba mentální bulimie

PhDr. Bernadeta Bechyňová

Adresa: Ostrovského 3, Praha 5

Tel: 721 963 471; email: B.Bernadeta@seznam.cz

Popis: terapie dospívajících a dospělých, rodinná terapie, práce s tělem, poruchy příjmu potravy

Mgr. Zdeňka Kolářová

Adresa: Thámova 20/181, Karlín, Praha 8; 4. patro

Tel. 224 829 099 nebo 731 538 442

www.psychologickapomoc.cz

Popis: pomoc při úzkostech a depresích, poruchy příjmu potravy, závislosti na alkoholu, hře, drogách

LIBERECKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

Psychiatrické sanatorium - MUDr. Mrázková Vladimíra, MUDr. Ladislav Hnídek

Adresa: Ronovská 846, Česká Lípa

Tel: 487 521 710

Psychologická péče

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch (MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková)

Adresa: Jáchymovská 385/25, 460 10 Liberec

Tel: 485 151 398, 485 152 793; email: skt@sktlib.cz

www.sktlib.cz

Popis: lékařská, psychologická i psychiatrická péče; akupunktura, bioenergetická léčba

Mgr. Jana Tomanová

Adresa: Stadická 1527, Roudnice nad Labem

Tel: 775 095 461, Email: tomanova@tiscali.cz;

www.tomanova.wz.cz

Popis: poradenství v krizových situacích, rodinné a partnerské poradenství, psychoterapie poruch příjmu potravy, terapie nadváhy

PLZEŇSKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

MUDr. Magdalena Boříková Vojtková

Adresa: Slovanská 69, Plzeň

Tel: 377 429 254; email: vojtkova@intec.cz

Psychologická péče

Ing. Jitka Moravec

Adresa: Klatovská 78 , Plzeň

Tel: 776 635 776; email: jitka.moravec@seznam.cz;

www.sweb.cz/Jitka.Moravec

Popis: individuální i skupinová na proces orientovaná psychoterapie, práce s tělem a se sny, PBSP (Psychomotorická terapie Pesso Boyden), arteterapie, psychodrama; řešení osobních, rodinných i vztahových problémů, psychosomatických potíží, závislostí, poruch příjmu potravy

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

Fakultní nemocnice Hradec Králové – psychiatrická klinika

Adresa: Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

Tel: 495 441 105 – vedoucí lékař

Popis: ve specializovaných léčebných programech klinika nabízí šestitýdenní psychoterapeutický program pro dospělé pacientky s poruchami příjmu potravy a léčebné pobyty v uzavřených psychoterapeutických skupinách v trvání šesti týdnů

MUDr. Zuzana Kozáková

Adresa: Presslova 449, Dvůr Králové nad Labem

Tel: 499 320 517; email: kozakovazuzana@seznam.cz

Popis: terapie PPP

STŘEDOČESKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

MUDr. Čermáková Halina

Adresa: Högerova 810, Velké Přílepy

Tel: 606 364 369; e-mail: halina.cermakova@centrum.cz

Popis: psychoanalytická psychoterapie neuróz, narcistických poruch osobnosti, hraničních poruch, poruch příjmu potravy, generační a vztahové problematiky, psychosomatických onemocnění

Denní stacionář – MUDr. Martina Stegerová

Adresa: J. Palacha 1262, Mladá Boleslav

Tel: 326 323 137; e-mail: mstegerova@centrum.cz

Popis: terapie neurotických a psychotických poruch, poruchy příjmu potravy

MUDr. Ivana Šírká

Adresa: Osvobozených politických vězňů 241, Benátky nad Jizerou

Tel: 326 363 989; e-mail: ivana.siroka@seznam.cz

Popis: psychofarmakologie, psychoterapie-hypnóza, poruchy příjmu potravy

MUDr. PhDr. Vaněk David

Adresa: Politických vězňů 576, 274 51, Slaný

Tel: 312 575 266; e-mail: dvanek@seznam.cz

Popis: integrativní psychoterapie, poruchy příjmu potravy

PARDUBICKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

Krajská nemocnice Pardubice – oddělení psychiatrie

Prim. MUDr. Kolomazník Jan

Adresa: Kyjevská 44, Pardubice 532 03

Tel: 466 016 601

Popis: psychiatrická ordinace a ordinace pro poruchy příjmu potravy

OLOMOUCKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

Poliklinika Prostějov - MUDr. Němečková Pavla, Ph.D.

Adresa: Trávnícká 2, Prostějov

Tel: 582 332 800

Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Adresa: Vídeňská 636/10, Olomouc

Tel: 585 229 036

Popis: psychiatrická ambulance

Psychologická péče

Mgr. Petr Hroch

Adresa: Uničovská 81, Šternberk

Tel: 603 788 977; e-mail: petrhroch@petrhroch.cz; <http://petrhroch.cz>

Popis: pomoc při krizových situacích, podpora zvládání osobnostních problémů
(poruchy příjmu potravy, depresivní nálady apod.)

PhDr. Dagmar Konečná

Adresa: Karafiátova 6, 779 00 Olomouc

Žižkova 14, 789 01 Zábřeh na Moravě

Tel: 737 106 922; email: dagmar.konecna@atlas.cz, www.dakord.cz

Popis: psychodiagnostika, psychoterapie – individuální, párová, rodinná,
psychosomatické potíže, poruchy příjmu potravy

ZLÍNSKÝ KRAJ

Psychiatrická péče

MUDr. Kouřil Vítězslav – dětský a dorostový psychiatr

Adresa: Okružní 4699, Zlín

Tel: 577 242 017 , 604 459 623; e-mail: dpazlin@volny.cz, www.volny.cz/dpazlin

Popis: sociální psychiatrie, poruchy příjmu potravy, psychosomatické poruchy,
obsedantně kompulzivní porucha; práce s klienty do 18 max. 19 let věku

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

Psychologická péče

PhDr. Anděla Vaculíková

Adresa: E. Krásnohorské 1304, Havířov

Tel: 596 410 543

Popis: individuální psychoterapie, léčba psychosomatických poruch a poruch příjmu potravy kognitivně behaviorální terapie obezity, kurzy snižování nadváhy

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Sýkorová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Pavel Škobrtal
Rok obhajoby:	2009

Název práce:	Poruchy příjmu potravy u pubescentů
Název v angličtině:	Eating disorders in pubescents
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je poskytnout základní informace o problematice poruch příjmu potravy a zjistit, zda narušená percepce vlastního těla a narušené jídelní návyky a postoje budou častější ve skupině dívek než ve skupině chlapců a zda jedinci s narušenou percepcí vlastního těla budou vykazovat předpoklady pro vznik poruch příjmu potravy.
Klíčová slova:	pubescence, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie
Anotace v angličtině:	The purpose of this thesis is to line up basic information about eating disorder related problems and to determine whether disorted perception of one's body, distorted eating habits and attitudes will be more frequent in groups of girls then groups of boys and whether individuals with impaired perception of their bodies will show aptitude for the emergence of eating disorders.

Klíčová slova v angličtině:	pubescence, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa
Přílohy vázané v práci:	Dotazník EAT (Test jídelních postojů) Dotazník BIS (Škála tělové katexe) Výsledky dotazníku EAT (testu jídelních postojů) Výsledky dotazníku BIS (škály tělové katexe) Anotace
Rozsah práce:	87 stran
Jazyk práce:	český jazyk