

Hana Papežová (ed.)

Spektrum poruch příjmu potravy

Interdisciplinární přístup



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Publikace vychází s podporou grantu Všeobecné zdravotní pojišťovny, zaměřeného na prevenci, a Egis Pharmaceuticals PLC.



Publikace vznikla na základě:

- výzkumného záměru 216 20816 – Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění a její klinické aplikace,
- grantu IGA MZ ČR NS10045-4/2008 Anorexia nervosa a bulimia nervosa, hledání nových klinických subtypů a jejich vazby na polymorfismy vybraných genů,
- Research Training Network INTACT funded by the European Commission under the Marie Curie Program (MRTN-CT-2006-035988).

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. (ed.)

Spektrum poruch příjmu potravy **Interdisciplinární přístup**

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 4170. publikaci

Recenzovali:

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.

ředitel Psychiatrického centra Praha

a Centra neuropsychiatrických studií v Praze

profesor psychiatrie na 3. lékařské fakultě UK v Praze

a na Lékařské fakultě Univerzity P. J. Šafárika v Košicích

prof. Ivan Eisler, PhD, CPsychol, AcSS

Professor of Family Psychology and Family Therapy

Kings College, Institute of Psychiatry, London

Head of Child and Adolescent Eating Disorders Service

South London & Maudsley NHS Foundation Trust

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Vladimír Vašek

Ilustrace Barbora Kařková, Ladislav Hovorka

Grafický návrh a zpracování obálky Jan Dvořák

Počet stran 424, 8 stran přílohy

Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010

Cover Photo © Ladislav Hovorka

ISBN 978-80-247-2425-6 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7369-8 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

Autoři	14
------------------	----

Předmluva	17
---------------------	----

■ Současný pohled na etiopatogenezi onemocnění

Historie poruch příjmu potravy (<i>František Faltus</i>)	20
Závěr	23
Literatura	23
Epidemiologie poruch příjmu potravy (<i>Barbara Pavlová</i>)	25
Terminologie, typy studií; jejich přednosti a limity	25
Epidemiologie poruch příjmu potravy v západních zemích a USA	25
Epidemiologie poruch příjmu potravy v ostatních zemích	30
Závěr	31
Literatura	32
Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy (<i>Barbara Pavlová</i>)	36
Co jsou rizikové faktory?	36
Psychosociální rizikové faktory	37
Osobnostní faktory aneb anorexie jako absolutní dokonalost	38
Psychopatologie a negativní emocionalita	39
Situční a rodinné faktory aneb způsobují náročné a nepříjemné události poruchy příjmu potravy?	40
Kazuistika	41
Tělo, váha, hladovění aneb můžou za to diety?	45
Kult štíhlosti aneb tlustá znamená k ničemu	46
Prenatální a perinatální komplikace	47
Časná menarche	47
Klinický význam dosavadních poznatků o rizikových faktorech pro poruchy příjmu potravy	47
Závěr	48
Literatura	49
Genetické aspekty poruch příjmu potravy	
(<i>Debora Martásková, Hana Papežová</i>)	56
Studie dvojčat	56
Studie rodin	57
Role serotoninu	57
Závěr	58
Literatura	59
Mozkové faktory u poruch příjmu potravy (<i>Rudolf Uher, Hana Papežová</i>)	62
Lesk a bída etiologického výzkumu: kde hledat příčinu?	62
Perinatální poškození mozku	62
Mozkové léze: může nádor způsobit poruchu příjmu potravy?	63
Strukturální vyšetření: atrofie mozku	65

Klidové fungování: mozek na úsporný pohon	66
Serotoninová hypotéza a mozek u poruch příjmu potravy:	
teorie a automedikace	67
Funkční nervové koreláty symptomů: kde se rodí strach z kalorií?	68
Závěr	70
Literatura	70
Neurofyzilogie stresu a bolesti u pacientek s poruchami příjmu potravy	
(Anna Yamamotová)	74
Stres	74
Serotonin	75
Souvislost mezi bolestí a chutí k jídlu	78
Fyziologické aspekty bolesti	79
Psychologické aspekty bolesti	81
Závěr	85
Literatura	85
Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy	
(Svetlana Žuchová, Hana Papežová)	89
České a zahraniční studie neuropsychologie	89
Poškození mozku a kognitivní funkce	90
Hladiny estrogenů a specifické kognitivní poškození	90
Vnímání bolesti a kognitivní dysfunkce	91
Vnímání vlastního těla a disociace a kognitivní dysfunkce	91
Průběh onemocnění a kognitivní deficit	92
Testy symptomů PPP	93
Cíleně měřené kognitivní funkce	95
Doporučené vyšetření kognitivních funkcí	96
Rehabilitace a psychoterapie zaměřené na kognitivní deficit	100
Specifická kognitivního poškození	101
Invalidita	101
Závěr	102
Literatura	103
Příloha	107
Fyziologie nutriční deprivace zaměřená na animální modely	
u mladých jedinců (Jindřich Mourek)	108
Závěr	114
Literatura	115
Modely poruch příjmu potravy (Hana Papežová)	117
Význam stresu	117
Neurotransmitery	119
Genetické zvířecí modely	120
Vývojový model	121
Závěr	122
Literatura	122

■ Spektrum diagnóz poruch příjmu potravy a komorbidity

Diagnostika poruchy příjmu potravy (Hana Papežová)	126
Transdiagnostický model	131
Další diagnózy	131
Závěr	132
Literatura	132
Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících (Petra Uhlíková)	134
Význam jídla v psychickém vývoji dětí	134
Diagnostika	136
Léčba	138
Prevence	140
Prognóza	141
Závěr	141
Literatura	141
Poruchy příjmu potravy a ADHD (Petra Uhlíková)	143
Závěr	144
Literatura	144

■ Klinická praxe a standardy péče

Poruchy příjmu potravy v primární péči u nás (Hana Papežová)	148
Práce s pacientem, posouzení motivace	148
Posouzení zdravotního stavu	149
Posouzení následku diet a hladovění	149
Vyšetření specifické psychopatologie	151
Terapeutický plán a týmová práce	151
Další somatická vyšetření a léčebné postupy	152
Psychoedukace	152
Doporučení a koordinace další léčby	153
Behaviorální intervence	154
Alternativní léčebné přístupy	155
Závěr	156
Literatura	156
Příloha	158
Léčba malnutrice u anorexia nervosa na jednotce intenzivní péče (Eva Kotrlíková)	161
Substráty používané v parenterální výživě	162
Monitorace pacienta při nutriční podpoře	163
Enterální výživa	165
Porovnání enterální a parenterální výživy	166
Závěr	166
Literatura	166
Refeeding syndrom (Jaromír Křemen)	167
Literatura	169
Kardiovaskulární komplikace (Sabina Pálová, Jiří Charvát)	170

Bradykardie	170
EKG změny	171
Kdy je nutné podrobnější zhodnocení?	172
Zátěžové vyšetření	172
Posturální hypotenze	173
Echokardiografické změny	173
Variabilita tepové frekvence	174
EKG mapování	176
Kazuistika	176
Závěr	178
Literatura	178
Nutriční poradenství (<i>Pavel Kohout</i>)	179
Malnutrice	179
Příčiny malnutrice a dalších komplikací u mentální anorexie	181
Diagnostika	181
Diferenciální diagnostika	183
Léčba	183
Sledování pacientů v nutriční ambulanci	185
Závěr	186
Literatura	186
Neuroendokrinologie poruch příjmu potravy a obezity (<i>Martin Haluzík</i>) . . .	187
Historie výzkumu regulace příjmu potravy	188
Anatomická lokalizace centra příjmu potravy: význam jednotlivých hypotalamických jader	189
Současný koncept regulace příjmu potravy a energetické homeostázy	191
Orexigenní a anorexigenní působky ovlivňující příjem potravy	192
Gastrointestinální hormony regulující příjem potravy	197
Hormony tukové tkáně a příjem potravy	199
Neuroendokrinologické změny	200
Změny působků ovlivňujících příjem potravy u pacientů s obezitou	201
Změny působků ovlivňujících příjem potravy u pacientek s mentální anorexií a bulimií	205
Závěr	207
Literatura	207
Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém (<i>Antonín Pařízek, Hana Papežová, Petra Uhlíková</i>)	211
Porucha menstruačního cyklu a porucha sexuality	211
Menarche a menstruační cyklus	212
Amenorea	213
Sexualita	214
Fertilita a průběh těhotenství	215
Plánované rodičovství	216
Mateřská obezita	217
Porod	218
Ženy s anamnézou poruchy příjmu potravy a vysoké riziko perinatologických komplikací	219
Asistovaná reprodukce	219

Kazuistiky	221
Závěr	222
Literatura	222
Neurologické aspekty poruch příjmu potravy (Ondřej Doležal)	223
Deficit mikronutrientů a minerálů	223
Deficit makronutrientů	224
Sekundární neurologické komplikace	224
Kazuistika	225
Závěr	227
Literatura	228
Gastrointestinální komplikace při poruchách příjmu potravy (Aleš Novotný)	229
Gastroduodenální oblast	229
Tenké a tlusté střevo	230
Laxativa	230
Játra a pankreas	231
Celiakie	231
Potravinová hypersenzitivita, intolerance, alergie	232
Kazuistika	233
Literatura	234
Mentální anorexie a kostní metabolismus (Vít Zikán)	235
Modelace a remodelace kosti	235
Neuroendokrinní adaptace	236
Diagnostika úbytku množství a kvality kostní hmoty	240
Možnosti léčby kostní ztráty	241
Závěr	242
Literatura	243
Mentální anorexie a respirační systém (Norbert Pauk)	246
Mentální anorexie a porucha plicní funkce	246
Plicní rozedma	247
Plicní infekce	248
Závěr	248
Literatura	248
Kožní projevy mentální anorexie (Jiří Štork)	251
Změny kůže	251
Změny ochlupení	252
Změny nehtů	253
Změny ústní	253
Závěr	253
Literatura	254
Poruchy spánku a příjem potravy (Karel Šonka)	255
Syndrom nočního ujídání	255
Porucha příjmu potravy vázaná na spánek	256
Kleinův-Levinův syndrom	258
Narkolepsie	258
Obstrukční spánková apnoe	259
Syndrom obezita-hypoventilace	259

Mentální anorexie, bulimie a spánek	260
Závěr	260
Literatura	260
Poruchy příjmu potravy a orální zdraví (<i>Jana Machová, Hana Papežová</i>) . . .	262
Eroze skloviny, zvýšená demineralizace skloviny, hypersenzitivita	262
Abraze tvrdých zubních tkání	263
Zubní kaz	264
Xerostomie	264
Zduření slinných žláz	264
Traumatizace sliznice dutiny ústní a jícnu	264
Gingivitida	265
Závěr	265
Literatura	265
Diabetes a poruchy příjmu potravy (<i>Ludmila Brunerová</i>)	267
Poruchy příjmu potravy u diabetiků 1. typu	268
Poruchy příjmu potravy u diabetiků 2. typu	272
Patofyziologie	272
Diagnostika	272
Léčba	273
Prevence	273
Závěr	274
Literatura	274
Renální komplikace při poruchách příjmu potravy (<i>Romana Ryšavá</i>)	276
Metabolické odchylky	276
Postižení ledvin	277
Manipulace s biologickým materiálem	279
Závěr	279
Literatura	279
Psychologické koreláty jídelního chování a obezity (<i>Erika Toman</i>)	281
Spojení mezi obezitou a specifickými oblastmi distresu	281
Změny klinického obrazu následkem váhového úbytku v dlouhodobém časovém horizontu	282
Úloha stupně obezity	283
Psychologické faktory v kontextu komplexního pohledu na pacienta	283
Kazuistika	283
Závěr	284
Literatura	285

■ Psychiatricko-psychologická péče

Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy

Klinická doporučení, cíle, možnosti, limity a organizace léčby

(<i>Hana Papežová, Petra Novotná</i>)	288
Klinická doporučení a jejich uplatnění v praxi	288
Cíle léčby a jejich limity v klinické práci	288
Výběr vhodného terapeutického programu a psychoterapie	290

Práce s chronickým onemocněním u pacientek s anorexia nervosa rezistentních na léčbu	295
Nedobrovolné hospitalizace	296
Organizace léčebných programů u nás a v zahraničí (vývoj u nás a současný stav)	297
Charakteristika potřebné péče	297
Modifikace léčby u komorbidních pacientů.	304
Kazuistika	304
Posouzení kvality léčby.	305
Závěr	306
Literatura	307
Prevence poruch příjmu potravy (Hana Papežová)	311
Závěr	314
Literatura	315
Základní poradenství a komunikace v obtížných situacích (Hana Papežová)	316
Rozlišení osobního a profesního vztahu	316
Terapeutický vztah	317
Komunikační styl	317
Práce s emočními reakcemi	318
Interpersonální styl	320
Používání základních poradenských technik	321
Nejčastější chyby v léčbě a jak se jim vyhnout	323
Ztráta hranic a duální vztahy	325
Závěr	325
Literatura	326
Motivační rozhovory a odvozené postupy u poruch příjmu potravy (Hana Papežová, Rudolf Uher, Jan Soukup)	327
Specifika léčby poruch příjmu potravy a využití přístupů odvozených od motivačních rozhovorů v této cílové oblasti	328
Využití principů motivačních rozhovorů při prvním setkání s pacientem – „úvodní gambit mezi nastraženými pastmi“	331
Model fází vývoje motivace ke změně chování	332
Závěr	337
Literatura	338
Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy (Jana Kocourková)	340
Teorie	340
Terapie	341
Závěr	342
Literatura	342
Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy (František David Krch)	343
Teoretická východiska	343
Specifika PPP v KBT	344
Kognitivně-behaviorální přístup v léčbě PPP	345
Závěr	349
Literatura	349
Příloha	350

Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství

<i>(Hana Papežová, Jana Tomanová, Lucie Pelková).</i>	351
Vícerodinná terapie mentální anorexie	351
Principy vícerodinné terapie	352
Fáze terapeutického programu	352
Harmonogram cyklu vícerodinné terapie a organizační zázemí	354
Indikace a kontraindikace vícerodinné terapie	355
Vícerodinná terapie v Čechách	355
Kazuistiky	356
Závěr	357
Literatura	357

Porucha vnímání vlastního těla a hyperaktivita (rehabilitace, na tělo orientovaná terapie, fyzioterapie, ergoterapie a arteterapie)

<i>(Hana Papežová).</i>	359
Porucha vnímání vlastního těla	359
Hyperaktivita u anorexia nervosa	360
Aerobní cvičení a anaerobní posilování	360
Terapie zaměřená na tělo	360
Posouzení zdravotního stavu a rizika cvičení	361
Fyzioterapie	362
Příklady	362
Bioenergetika a biosyntéza	363
Integrální hathajóga	364
Koncentrativní pohybová terapie	364
Rozvinutí dalších sociálních dovedností	365
Příklad	366
Arteterapie	367
Závěr	368
Literatura	368
Přílohy	372

Farmakoterapie *(Hana Papežová)* 377

Anorexia nervosa	377
Bulimia nervosa	380
Psychogenní přejídání	382
Noční přejídání	383
Chronický průběh	383
Závěr	384
Literatura	384

■ Průběh a vyústění onemocnění

Průběh a vyústění onemocnění poruch příjmu potravy

od remise k invalidizaci <i>(Hana Papežová)</i>	392
Posouzení průběhu a remise	392
Možnosti predikce průběhu a vyústění onemocnění	393
Posouzení pracovní schopnosti	394
Závěr	397

Literatura	398
Přílohy	400
Poruchy příjmu potravy a mortalita (<i>Libuše Stárková</i>)	405
Kazuistiky	407
Závěr	408
Literatura	408
Zkratky	409
Rejstřík	414
Barevná příloha	

Autoři

MUDr. Ludmila Brunerová

Diabetologické centrum, II. interní klinika FNKV a 3. LFUK, Praha
brunerova@seznam.cz

MUDr. Ondřej Doležal, Ph.D.

Neurologická klinika 1.LF UK a VFN, Praha
ondrej.dolezal@lf1.cuni.cz

doc. MUDr. František Faltus, DrSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
frantisek.faltus@centrum.cz

prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
Martin.Haluzik@vfn.cz

doc. MUDr. Jiří Charvát, CSc.

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
jiri.charvat@lf2.cuni.cz

doc. PhD. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D.

II. interní klinika a Centrum výživy FTN, Praha
pavel.kohout@ftn.cz

MUDr. Eva Kotrlíková

Jednotka intenzivní metabolické péče, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
eva.kotrlikova@vfn.cz

PhDr. František David Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
krch.frantisek@vfn.cz

MUDr. Jaromír Křemen, Ph.D.

Jednotka intenzivní metabolické péče, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
jaromir.kremen@lf1.cuni.cz

Jana Machová, DiS.

Dentaktiv, soukromá stomatologická klinika, Praha
janamachada@seznam.cz

Mgr. Debora Martásková

Centrum podpůrné péče FTNšP, Praha

prof. MUDr. Jindřich Mourek, DrSc.

Fyziologický ústav 1. LF UK, Praha a Jihočeská univerzita České Budějovice

Mgr. Petra Novotná (Chudobová)

Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Praha
novotnap@ippp.cz

MUDr. Aleš Novotný

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
ales.novotny@vfn.cz

MUDr. Sabina Pálová

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
sabina.palova@lf2.cuni.cz

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
hpap@lf1.cuni.cz

doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
parizek.antonin@vfn.cz

as. MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie FN Na Bulovce, Praha
pauknorb@yahoo.com

PhDr. Barbara Pavlova, PhD, DCLinPsy

Institute of Psychiatry, King's College London
barbara.pavlova@kcl.ac.uk

PhDr. Lucie Pelková, Ph.D.

Denní stacionář Centra pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika
1. LF UK a VFN
pelkoval@seznam.cz

doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.

Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN, Praha
rysava.romana@vfn.cz

PhDr. Jan Soukup, Ph.D.

Oddělení léčby závislostí 1. LF UK a VFN, Praha
honzasoukup@yahoo.com

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ordinace, Olomouc
l.starkova@seznam.cz

prof. MUDr. Karel Šonka, CSc.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
Sonka.Karel@vfn.cz

prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
jiri.stork@lf1.cuni.cz

Dr. phil. Erika Toman

KompetenzZentrum für Essstörungen und Adipositas, Zurich
erika.toman@essstoerungen-adipositas.ch

Mgr. Jana Tomanová

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
tomanova@tiscali.cz

MUDr. Rudolf Uher, Ph.D., MRCPsych

Institute of Psychiatry, King's College London
rudolf.uher@kcl.ac.uk

MUDr. Petra Uhlíková

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
puhlikova@centrum.com

doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc.

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK, Praha
yamamoto@lf3.cuni.cz

MUDr. Vít Zikán, Ph.D.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha
vit.zikan@vfn.cz

MUDr. Světlana Žuchová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
svetlana.zuchova@gmail.com

Předmluva

Kniha je výsledkem mé dlouhodobé, více než dvacetileté klinické a výzkumné práce v oblasti poruch příjmu potravy a práce týmu Centra pro poruchy příjmu potravy a spolupracujících odborníků, především lékařů a psychologů. Cílem je seznámit tyto i další odborníky (nutricionisty, specializované sestry, sociální pracovníce i informované laiky a rodinné příslušníky) s komplexní (bio-psycho-sociální) problematikou, s klinicky ověřenými postupy a kontrolovanými randomizovanými studiemi, se standardy léčby a jejich uplatněním a s dalšími úskalími a možnostmi v každodenní praxi. Snažíme se ukázat, že komplexní problematika vyžaduje v klinické praxi kvalitní týmovou interdisciplinární spolupráci a v oblasti prevence diferencované programy, které scházejí především na rizikových pracovištích.

Profesor Vondráček považoval za nedůležitější v životě „poznání a emoce“. S velmi rychle narůstajícím poznáním se v této oblasti nyní ukazuje jako nezbytné měnit především postoje k onemocnění (v interdisciplinární komunikaci a promotivační komunikaci s pacienty, jejich rodinami i v preventivní práci, např. s médii). Profesionální a etické postoje hrají významnou roli v možnosti reálného uplatnění současných poznatků o onemocnění, které je často spojeno s bagatelizací a popíráním problémů, odmítáním pomoci, obavami ze stigmatizace, studem. Proto onemocnění klade vysoké nároky na profesionální postoje odborníků, rodiny a celou společnost.

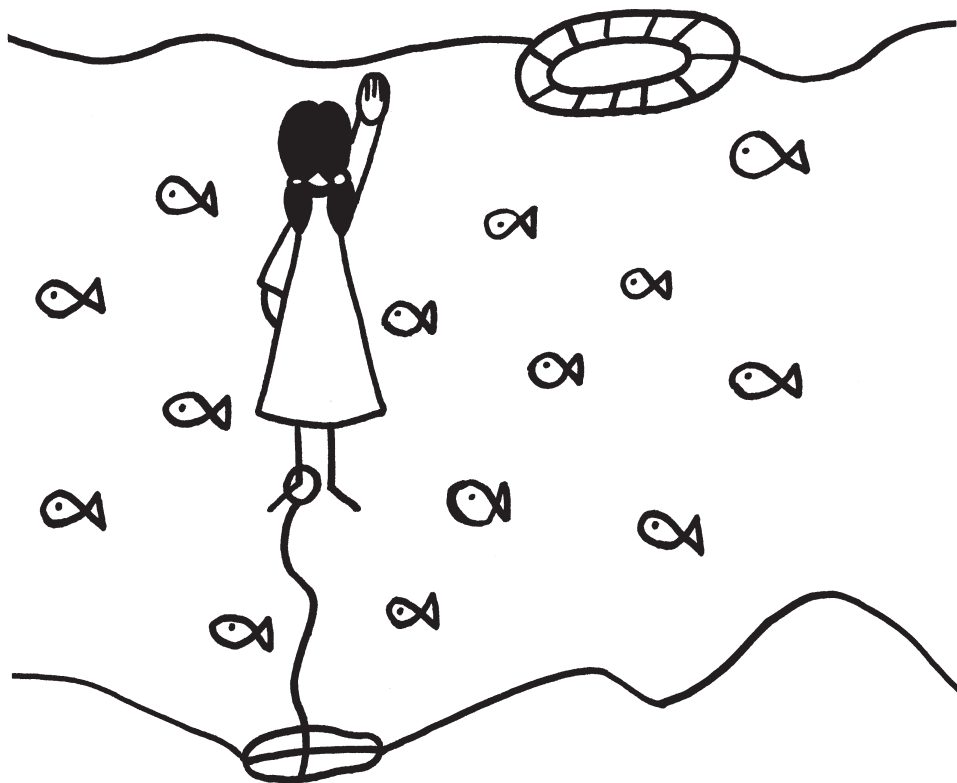
Literatura o biologických, psychologických, sociálních i ekonomických aspektech vzniku a léčby poruch příjmu potravy v posledním desetiletí nesmírně narůstá. Kniha nemůže obsáhnout veškeré literární zdroje a jejich dlouhodobý vývoj. Klíčem k výběru informací byla snaha zařadit odborné práce ze všech oborů medicíny, které se setkávají se somatickými následky poruch příjmu potravy, a klinické využití jednotlivých přístupů (např. u psychologických přístupů a motivačních a komunikačních postupů).

Zaměřili jsme se také více na vlastní výzkumu a na nově zavedené terapeutické přístupy a jejich ověření v praxi (vícerodinná terapie, denní stacionář, motivační rozhovory, kognitivní dysfunkce a možnosti rehabilitace, genetické faktory a psychoedukace), na kterých se významně podíleli mladí postgraduální studenti.

Kniha také popisuje nové technologie v léčbě a prevenci. Svět internetu, chatů, SMS nahrazuje stále častěji přímý a individuální kontakt, „vkrádá“ se mezi pacienta a terapeuta, podobně jako do rodinných vztahů. Snažíme se nové technologie využít ke zmírnění dopadu společenského tlaku na štihlost a k vytvoření podpůrných programů pro pacienty i jejich rodinné příslušníky.

Některé kapitoly odrážejí i výzkumnou a výchovnou spolupráci s kolegy z mezinárodních organizací (AED, ECED), výsledky mezinárodních konferencí a grantů, které vždy mají za cíl nejen porozumět patogenezi onemocnění, ale i zvýšit dostupnost kvalitní, diferencované léčby. Kniha by měla být ohlédnutím za společnou prací v minulosti a inspirací a snad povzbuzením ke klinické, výzkumné a výchovné práci do budoucnosti.

Současný pohled na etiopatogenezi onemocnění



Historie poruch příjmu potravy

František Faltus

Od starověku jsou popisovány nejrůznější formy porušeného příjmu potravy. V 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je názvem asithia. Ve 2. století našeho letopočtu Galén jako první v historii vůbec použil termín anorexie. V literatuře se cituje onemocnění princezny Margarety Maďarské (1045–1093), která mohla trpět anorexií. Tento poznatek ovšem není spolehlivě ověřen.

První zmínka o dívce, která zemřela dobrovolně hladem, pochází ze 14. století. Sv. Kateřina ze Sienny se starala o ženu s nádorem prsu. Po čase ji zápach odumírající tkáně znechutil natolik, že nebyla schopna se s tím vyrovnat. Aby překonala tento odpor, setřela z odumírající tkáně hnis a vypila ho. Téže noci se jí zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev vyvěrající z jeho ran. Měla to být útěcha pro její žaludek. Sv. Kateřina si celou událost vysvětlila tak, že nemůže trávit jídlo a nemusí až do konce svého života jíst. Od 16 let přežívala pouze o chlebu, vodě a čerstvé zelenině. Byla přesvědčena, že našla vlastní zdroj potravy. Snědla-li více, spolykala kořínky, které jí vyvolaly zvracení. Ve své víře v milost boží docílila toho, že byla přijímána králi, královnami a dokonce i papeži, aby jim radila v důležitých státnických problémech.

První klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie byly zaznamenány v 17. století (Robbes, 1668; Reynolds, 1669; Morton, 1689). Nejdokonalější popis choroby je přikládán anglickému lékaři Richardu Mortonovi (1637–1698). Ve svém díle „Phthisiologia“ z roku 1689 tento významný anglický lékař popisuje takzvané „nervové opotřebení“ (nervové úbytě, devastaci a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálními vlivy). Je uváděn ve světové literatuře jako „první portrétista mentální anorexie“. Po Mortonovi popsali stejný chorobný syndrom v roce 1767 v Anglii Whytt, jenž byl známým neurologem své doby, a v roce 1780 málo známý francouzský lékař Nadeau. Ten diagnostikoval a popsal případ pod názvem „maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments“.

Termín **nervová anorexie** se objevuje hlavně ve francouzské literatuře. Na počátku 19. století Fleury Imbert, prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog, ve svém pojednání o ženských chorobách stanovil dva druhy anorexie: gastrickou anorexií (anorexie gastrique) a nervovou anorexií (anorexie nerveuse). První typ byl především poruchou trávení. Při druhém typu anorexie pacienti odmítali jíst, poněvadž mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocitu hladu.

První věrohodné případy mentální anorexie se začínají objevovat v literatuře až ve druhé polovině 19. století. William Stout Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, popsal v roce 1859 tzv. sitiomanií, která byla tehdy obvykle označována jako „sitiofobie“. O rok později francouzský lékař Louis-Victor Marcé publikoval článek o zvláštní formě „hypochondrického deliria“. Sledoval několik pubertálních dívek, které trpěly nechutí k jídlu, z nichž některé celé měsíce téměř nic nejedly a byly vyhublé „kost a kůže“. Všechny pokusy o změnu jejich stravovacího režimu se „potýkaly s důmyslnými lstmi a nezdolným odporem“. Francouzský originál článku doplňuje anamnézy několika případů, které přesvědčivě potvrzují, že Marcé popsal první případy mentální anorexie. Přestože Marcého pozorování byla velmi

přesná, nenašel článek, podobně jako práce Chipleyho, téměř žádnou odezvu v odborných lékařských kruzích.

Teprve ve 2. polovině 19. století byly Mortonovy „nervové úbytě“ znovu objeveny a bylo jim přiděleno stabilní místo v anglo-americké a francouzské medicíně. Sir William Whitey Gull (1816–1819) ve své přednášce pro anglickou lékařskou společnost pojednal o „hysterické aepsii“ (tento termín sám zdůraznil), při které mladé dívky extrémně hubnou, aniž by trpěly tuberkulózou (obr. 1). Varuje před omyly, aby tomuto onemocnění byly přikládány somatické příčiny. O své prvenství se Gull dělí s francouzským klinikem Ernestem-Charlesem Lasèguem (1816–1883). Oba autoři podali nezávisle na sobě zevrubné vyličení této nemoci. Gullův článek vyšel v *Medical Times* a Lasèguův v *Gazette* v roce 1873. Lasègue publikoval svůj článek o „anorexie hysterique“ v dubnu 1873. Jeho anglický překlad vyšel krátce předtím, než Gull přednesl v říjnu téhož roku svou přednášku o „anorexia hysterica“. Gullova přednáška byla publikována v roce 1874, tentokrát již s použitím termínu „anorexia nervosa“. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u mladých dívek a žen. Základní příznaky, které oba popsali, platí i dnes: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické etiologie.



Obr. 1 Kazuistika pacientky s *anorexia nervosa*
(převzato z W. Gull, *The Lancet*, 1888)

Až do roku 1914 převládal takřka jednoznačně názor, že mentální anorexie je duševní poruchou. V témže roce hamburský patolog Morris Simmonds objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze. Od této chvíle začaly diagnostické spory. Mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou (kachexií)“. Po dobu dvou desetiletí dominovala tato hypotéza. Ve čtyřicátých letech 20. století zásluhou psychosomatické medicíny a psychanalýzy byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy.

U nás to byl prof. Vratislav Jonáš, který v roce 1941 tvrdil, že kromě klasické kachexie Simmondsovy se vyskytují formy hypofyzární hubenosti, které podle něho byly prognosticky méně závažné, schopné zlepšení a snad i úpravy. Ve svém článku nazvaném „Patologická hubenost mladých dívek“ napsal: „Setkáme-li se u mladých

děvčat s patologickou hubeností, musíme především myslet na anorexii vyvolanou změněným psychickým stavem ve smyslu klasické anorexie mentální“.

V roce 1945 přednášel prof. Otakar Janota na schůzi Spolku lékařů českých a v roce 1946 tuto rozšířenou přednášku publikoval ve 26. čísle Časopisu lékařů českých s názvem „O pathogeneze tzv. mentální anorexie a o úspěšném jejím léčení elektrickými šoky“. V roce 1956 vychází v Thomayerově sbírce Janotův článek „O tak zvané mentální anorexii“, ve kterém podrobně rozebírá problematiku tohoto onemocnění a dokládá klinický obraz typickými kazuistikami.

Označení chorobného stavu termínem *anorexia mentalis* nebo *anorexie nervosa*, které jsou ve světové literatuře a klinice nejrozšířenější, nepovažují někteří za nejšťastnější a rozhodně ne za nejvýstižnější. Anorexie znamená podle Platóna osvobození od žádostivosti, chtivosti, podle Hippokrata nedostatek požitku z jídla a dnes je tímto termínem míněna ztráta chuti k jídlu. Domnívají se, že použití termínu *anorexie* svádí k chybnému závěru, že hlavní podstatou onemocnění je nechutenství a nikoliv vědomé a záměrné odmítání jídla z obavy ze ztloustnutí a z touhy po chorobné vyhublosti.

Termín mentální anorexie byl všeobecně přijat koncem 19. století a byl jím označován chorobný stav, často však symptomatogicky se poněkud lišící. V německé literatuře jako první popsali chorobný syndrom charakterizovaný ztrátou chuti k jídlu Soltmann (1895) a Kissel (1894) pod názvem „*hysterische Anorexie*“, Comby (1912) a Chatagan (1913) uvedli, že v popředí příčin ztráty chuti k jídlu a oslabení pocitu hladu stojí psychické a emocionální faktory a označili onemocnění názvem „*anorexie mentale*“. V anglosaské literatuře Marshall (1895), Stephens (1895) a Berkman (1930) se shodují na termínu „*anorexia nervosa*“. Déjerine a Gaucher (1911) rozlišují ve své učebnici psychiatrie poruchy v jídle vznikající na základě depresivních a psychotických stavů od mentální anorexie. V následujících letech zájem o toto onemocnění začíná narůstat.

U nás se od roku 1963 začal na pražské 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy věnovat studiu mentální anorexie autor. V roce 1977 publikoval monografii „Řekni mi, co jíš“ a v roce 1979 v rámci Thomayerovy sbírky vydal obsáhlejší publikaci s názvem „*Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*“. V roce 1983 založil na Psychiatrické klinice I. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu jako první svého druhu ve střední a východní Evropě. V započatém díle zdárně s velkým úspěchem a úsilím pokračuje prof. Papežová, která publikovala řadu článků a odborných monografií. Z dalších autorů, kteří se zasloužili o uvedení poruchy příjmu potravy do povědomí našich odborníků i široké veřejnosti, zasluhují pozornost především práce F. D. Krcha, J. Kocourkové, ale i dalších autorů.

Naproti tomu o **bulimických syndromech** jsou v literatuře jen sporadické zmínky. V době antického Říma bylo ve vznešených vrstvách společnosti jídlo konzumováno v nadměrném množství. Přejídání, často spojené se zvracením, bylo obecným jevem. Tento způsob obžerství byl například popsán Senekou již v roce 65 před naším letopočtem slovy: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“. Ve starověku i středověku bylo přejídání časté zejména mezi společenskou elitou. V kronikách nacházíme časté zmínky o obžerství panstva. Na poutích i na dvorních představeních sloužili pro zábavu výjimeční jedlíci, kteří se tam předváděli vedle jiných atrakcí. Jak vidno, nadměrné přejídání bylo středem pozornosti již od nepaměti.

Podobně jako termín anorexie, má i bulimie svou vlastní historii. Podle Plutarcha pojmem bolimos byl označován zlý démon a byl symbolem nadměrného hladu. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Má tím být označován tak velký hlad, že by člověk snědl až vola. O takové formě hladu se dá uvažovat z některých veršů v díle řeckého básníka a dramatika Timokla ve 4. století před naším letopočtem. Jako bulime byly však v minulosti označovány i stavy slabosti a mdloby vyvolané hladověním. Nejružnější významy a charakteristiky pojmu bulimie přetrvávaly z antické doby až do počátku 20. století. Rozlišovaly se dokonce její různé typy a v 18. století jich bylo popsáno celkem sedm. Stále více byly spojovány s některými emocionálními faktory, především se sklíčeností.

Teprve v 50. letech začalo být záchvatovitě jedliectví a zvracení uváděno jako součást mentální anorexie. Ještě ve 20. století považovala většina internistů, zejména v Německu a ve Francii, bulimii především za formu určité gastrointestinální poruchy, za poruchu trávení.

V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel poprvé oficiálně použil termín **bulimia nervosa**. Tuto poruchu specifikoval následovně: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí“. Následkem je charakteristická forma chování, které má postiženým pomáhat zbavovat se nebezpečí tohoto ztloustnutí způsobeného nadměrným požíváním jídla, zvracením nebo zneužíváním „pročišťujících prostředků“ anebo oběma způsoby. Touto poruchou podle něho trpěly ženy s normální tělesnou hmotností.

Koncem devadesátých let 20. století a počátkem tohoto tisíciletí publikuje řada autorů věnujících se této tematicce rozsáhlé množství článků a monografií pojednávajících o poruchách příjmu potravy. Vývoj se ubírá především směrem k poznávání etiologie poruchy a k dalšímu členění poruch příjmu potravy na jednotlivé subtypy. Velkým úspěchem je, že základní typy této poruchy byly včleněny jako samostatné nozologické jednotky do terminologie mezinárodních klasifikačních systémů.

Závěr

Historie projevů porušeného příjmu potravy sahá do starověku. V posledním století se utvářela podoba této diagnostické jednotky a definice jejich psychologických a somatických a sociálních následků. V posledních desetiletích literatura týkající se etiopatogeneze celého spektra onemocnění poruch příjmu potravy i léčby výrazně narůstá a dosahuje rozsahu ostatních psychiatrických oborů s výrazným přesahem k psychosomatické problematice.

Literatura

- Berkmann JM. Anorexia nervosa, inanition, and low basal metabolic rate. *Amer J Sci* 1930; 180: 411.
- Brumberg JJ. *Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa*. New York, NY: Vintage Books, 2000.
- Comby J. Anorexie nerveuse chez les nourissons. *Arch méd enf* 1912; 15: 697.

- Faltus F. *Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum, 1979; 6–9.
- Faltus F. *Nový terapeutický přístup k psychogenním poruchám příjmu potravy*. Doktorská dizertační práce. Praha: FVL UK, 1988; 4–5.
- Gull W. *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysperica)*. *Trans Clin Soc Lond* 1874; 7: 22–31.
- Janota O. *O tak zvané mentální anorexii*. Praha: 1956.
- Jonáš V. *Patologická hubenost mladých dívek. Příspěvek ke studiu anorexie mentální*. *Čas lék čes* 1941; 49: 3.
- Kissel M. *Cas d'anorexie hystérique grave chez une fill de 11 ans*. *Rev Neurol* 1894; 2: 575.
- Lasègue EC. *De l'anorexie hysterique*. *Arch Gen Med* 1873; 1: 385.
- Marshall CF. *A fatal case of anorexia nervosa*. *Lancet* 1895; 1: 149.
- Morton R. *Phtisiologica – or A Treatise of Consumption*. London, Smith and Walford 1689.
- Nadeau J. *Observations sur une maladie nerveuse accompagnée d'un degoût extraordinaire pour les aliments*. *J Méd Chir Pharmacol* 1789; 80: 197.
- Navrátilová M, Česková E, Sobotka L. *Historie poruch příjmu potravy*. In: *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000.
- Reynolds J. *A Discourse of Prodigious Abstinence*. London: 1669.
- Russel GFM. *The history of bulimia nervosa*. In: *Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of Treatment for Eating Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1997; 11–24.
- Ryle JA. *Anorexia nervosa*. *Lancet* 1936; 2: 893–899.
- Soltman O. *Anorexia cerebialis und centrale Nutritionsneurose*. *Jahrbuch Kinderheilkunde* 1895; 38: 1.
- Stephens L. *Case of anorexia nervosa, necropsy*. *Lancet* 1895; 1: 31.
- van Deth R, Vandereycken W. *Historie poruch příjmu potravy*. In: *Krch FD a kol. Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005; 27–33.
- Vandereycken W, van Deth R. *Who was the first to describe Anorexia Nervosa: Gull or Lasègue?* *Psychol Med* 1989; 19: 837–845.
- Vandereycken W, van Deth R. *From Fasting Saints to Anorexic Girls. The History of Self-Starvation*. London, New York: Athlone Press – New York University Press, 1994.
- Whytt R. *Observation on the Nature, Causes and Cure of those Disorders which have been Commonly Called Nervous, hypochondriac, or Hysterical*. London: Beket and de Hondt, 1767.

Epidemiologie poruch příjmu potravy

Barbara Pavlová

Terminologie, typy studií; jejich přednosti a limity

Epidemiologie studuje distribuci a determinanty zdravotních událostí v populaci (Page et al., 1995). Populace je skupina, sdílející shodné rysy. Epidemiologie popisuje „prevalenci“ a „incidenci“ onemocnění. Prevalence vyjadřuje počet nebo proporce případů, událostí nebo stavů v dané populaci (Page et al., 1995). Udává se v určitém čase a je zásadní pro plánování služeb a péče pro jednotlivá onemocnění. Celoživotní prevalence udává počet jedinců, kteří někdy během života trpěli sledovaným onemocněním, zatímco incidence udává počet nových případů v populaci v určitém časovém období, nejčastěji jednom roce. Incidence je obvykle výskyt případů onemocnění udávaný na 100 tisíc obyvatel a je zásadní pro pochopení etiologie onemocnění.

Studie užívající registry obvodních lékařů nebo hospitalizací jsou jednodušší, dostupnější ekonomicky, ale obsahují jen hospitalizované případy. To může vést k podcenění reálné prevalence/incidence, protože pouze menší část případů se dostává k terapii (Keski-Rahkonen et al., 2007). Registry jsou také založeny na diagnostice praktických lékařů, která nemusí být vždy správná (Currin et al., 2007).

Populační studie vyžadují vysoký počet subjektů a mohou být nákladné a časově náročné. Některé studie užívají dotazníky pro skrínink a pak interview a jsou dotazováni i ti, kteří mají skóre pod hranicí. Tyto dvouetapové studie mohou mít problém s nízkým procentem odpovědí, protože ti, kteří poruchou příjmu potravy (PPP) trpí, mohou si přát se diagnóze PPP vyhnout. A protože PPP nejsou diagnózou častou, není nezvyklé, že populační studie nenajde ani jeden případ anorexia nervosa (AN) (Pike, 2004). To platí dokonce častěji pro muže s PPP, kde je porucha ještě méně častá (Hoek a van Hoeken, 2003). Obavy ze stigmatizace mohou být také spojené se zatajováním PPP (Hsu, 1996). Například AN byla popsána jako „ceněná“ diagnóza (Schmidt a Treasure, 2006) a postižení mohou chtít se diagnóze a léčbě vyhnout, aby si onemocnění uchovali pro sebe. Otázkou je také, jaká diagnostická kritéria užíváme. ICD 10 nebo DSM-IV mohou přinést různé údaje o prevalenci/incidenci. Longitudinální studie, které mají za úkol zmapovat časové trendy, mohou být komplikované změnami v diagnostickém systému (DSM-IV a ICD 10), který mění počet detekovaných případů (Nielsen, 2001). Různé epidemiologické studie získávají různé údaje o incidenci/prevalenci, proto by poměry mezi incidencí a prevalencí měly být interpretovány opatrně a s ohledem na zdroje dat.

Epidemiologie poruch příjmu potravy v západních zemích a USA

Anorexia nervosa

Prevalence. Jednou z posledních prací, zabývajících se prevalencí, je finská studie (Keski-Rahkonen et al., 2007). Zkoumala epidemiologii AN u žen narozených v letech

1975–1979. Zjištěná celoživotní prevalence AN dosáhla 2,2 %. Při použití „širší“ definice, která nevyžadovala splnění všech kritérií, celoživotní prevalence stoupla na 4,2 %. To je v souladu s předchozími studiemi prevalence z Austrálie a USA (Klump et al., 2001; Wade et al., 2006). Také v severní Itálii (Favaro et al., 2003) byla celoživotně AN diagnostikována u 2 % ze vzorku mladých žen. Tyto hodnoty jsou vyšší než v některých jiných studiích, například Hudson et al. (2007) našli celoživotní prevalenci u 0,9 % žen, Walters a Kendler (1995) a Garfinkel et al. (1996) udávali celoživotní prevalenci AN v USA a Kanadě mezi 0,5 % a 0,6 %. Švédská studie (Bulik et al., 2006) našla celoživotní prevalenci AN u 1,2 % žen. Metaanalýza Hoeka a van Hoekena (2003) udávala AN u cca 0,3 % mladých žen.

Lucas et al. (1991) popsali bodovou prevalenci AN 149,5/100 000 obyvatel v Rochesteru (Minesotta, USA). Tato čísla jsou vyšší než v ostatních studiích prevalence (Hoek, 1991), což může odrážet různé použité zdroje dat a vysoké procento (61 %) zařazených případů označených jako „pravděpodobné“.

Prevalence AN u mužů je podstatně nižší. Ve studiích založených na registrech (Hoek a van Hoeken, 2003) a některých populačních studiích (Garfinkel et al., 1996) muži tvoří 10–15 % identifikovaných případů. Ale v poslední populační studii v USA (Hudson et al., 2007) muži reprezentovali přibližně čtvrtinu všech identifikovaných případů AN; celoživotní prevalence AN u mužů byla 0,3 %. Podobně ve švédské populační studii byl celkový odhad prevalence AN u mužů 0,29 % (Bulik et al., 2006).

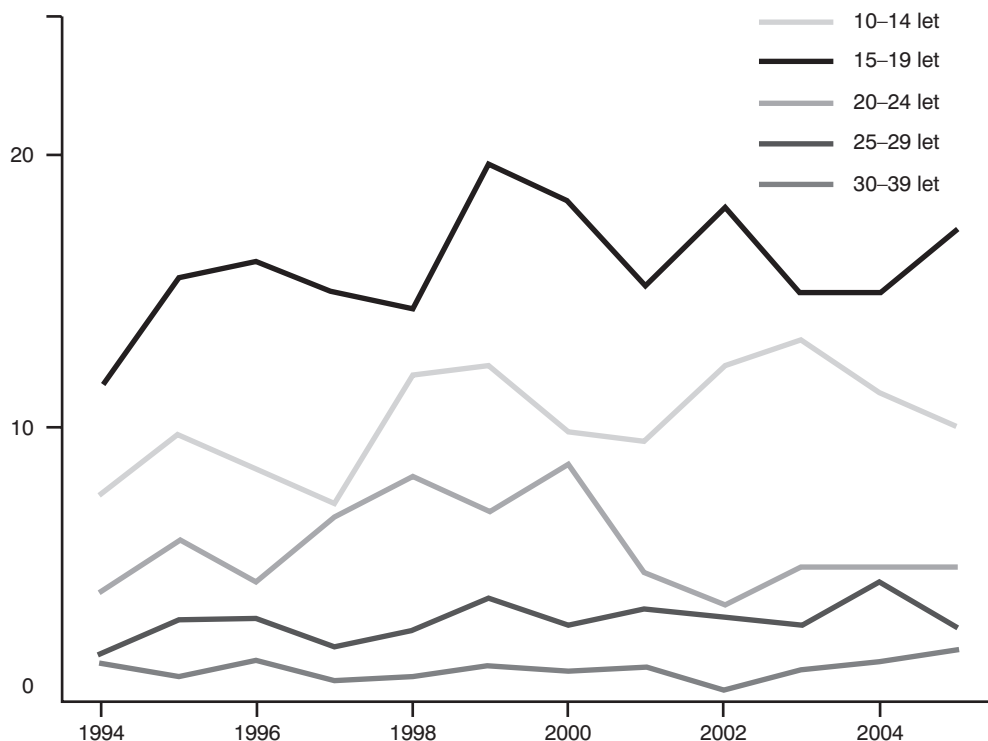
Celkový odhad celoživotní prevalence AN na základě populačních studií v západní Evropě a USA se pohybuje v rozmezí 0,5–2,2 % u žen. Odhady na základě registrů bývají nižší. Muži tvořili 10–25 % všech případů s AN, přičemž údaje kolem 10 % jsou častější.

Incidence. Údaje z registrů lékařů primární péče v západní Evropě ukazují incidence mezi 4,7/100 000 (Currin et al., 2005) a 7,7/100 000 (van Sonn et al., 2006). Což potvrzuje dřívější studie holandské (Hoek et al., 1995) s incidencí dosahující 8,1/100 000. Ve Švýcarsku byl použit nemocniční registr ke zjištění incidence vážných poruch AN (závažných natolik, že vyžadovaly hospitalizaci); data z období 1993–1995 vykazovala incidenci závažné AN 1,17/100 000 celé populace (Milos et al., 2004).

Mnoho studií se zaměřilo na incidenci ve vysoce rizikových skupinách mladých žen. V nemocničním registru Milos et al. (2004) našli incidenci 9,72 pro ženy ve věku 12–25 let. V registru praktických lékařů Currin et al. (2005) udávají vyšší incidenci (34,6/100 000) u žen mezi 10–19 lety. Pozdější studie incidence ze Švédska (Keski-Rahkonen et al., 2007) došla k výsledku 270/100 000 žen ve věkové skupině 15–19 let. To je dvakrát více než v jiné studii incidence (van Sonn et al., 2006). Je zajímavé, že rozdíl vymizel po zařazení pouze detekovaných případů. Přestože se jedná o jediné sdělení tohoto druhu, může svědčit pro skutečnost, že epidemiologické studie zaměřené pouze na jedince hledající pomoc, mohou výrazně podhodnotit reálnou incidenci AN (obr. 1).

Celkově lze říci, že studie založené na primární péči dosahuje hodnot incidence u AN kolem 5/100 000 obyvatel. Studie založené na nemocničních registrech docházejí k nižším číslům a populační studie ukazují, že je podstatná část jedinců s AN, kteří pravděpodobně terapii nevyhledávají. Anorexia nervosa obvykle vzniká v adolescenci.

Časové trendy. Historické prameny popisují chování podobné anorektickému již ve starém Egyptě a Babyloně, kde hladovění (posty) podporovalo náboženské aktivity



Obr. 1 První hospitalizace pro AN na 100 000 obyvatel podle věkových skupin žen v letech 1994–2005

(Vandereycken a van Deth, 1994). Anorexia nervosa poprvé popsali nezávisle William Gull a Charles Lasègue v roce 1870 ve studiích popisujících případy navozeného hladovění (Gordon, 2000). Z dnešního pohledu je obtížné posoudit rozsah problému v 19. století, první studie incidence se objevily až ve 20. století.

Většina studií došla k závěru, že incidence AN v západní Evropě narůstala do sedmdesátých let a pak zůstala stabilní (Hoek a van Hoeken, 2003). Nárůst byl významnější u žen ve věku 10–24 let (van Hoeken et al., 2003). Tyto závěry jsou ve shodě s údaji z různých západoevropských zemí. Například studie založená na nemocničním registru ve Švýcarsku (Milos et al., 2004) ukázala, že po významném zvýšení závažných forem AN v šedesátých a sedmdesátých letech incidence zůstala stabilní. Nálezy z primární péče ve Velké Británii (Currin et al., 2005; Turnbull et al., 1996) ukazují stabilní incidenci AN v letech 1988–2000. Toto bylo potvrzeno holandskou studií (van Son et al., 2006), která ukázala, že celková incidence AN zůstala stabilní v letech 1985–1999. Nicméně tato studie také ukázala, že zvýšení incidence AN pokračovalo do konce 20. století. V USA incidence AN u žen mezi 15–24 lety narůstala do roku 1989 (Hoek, 2006). Ovšem Hudson et al. (2007) signifikantní nárůst incidence AN v USA nezjistili a zdůraznili, že neměli dostatečný vzorek k detekci takového trendu. Znamky svědčící pro narůstající výskyt AN během 20. století jsou nepřímě podpořeny nálezy (Wade et al., 2006), že prevalence AN je vyšší u Švédů narozených po roce 1945 než u žen i mužů narozených později.

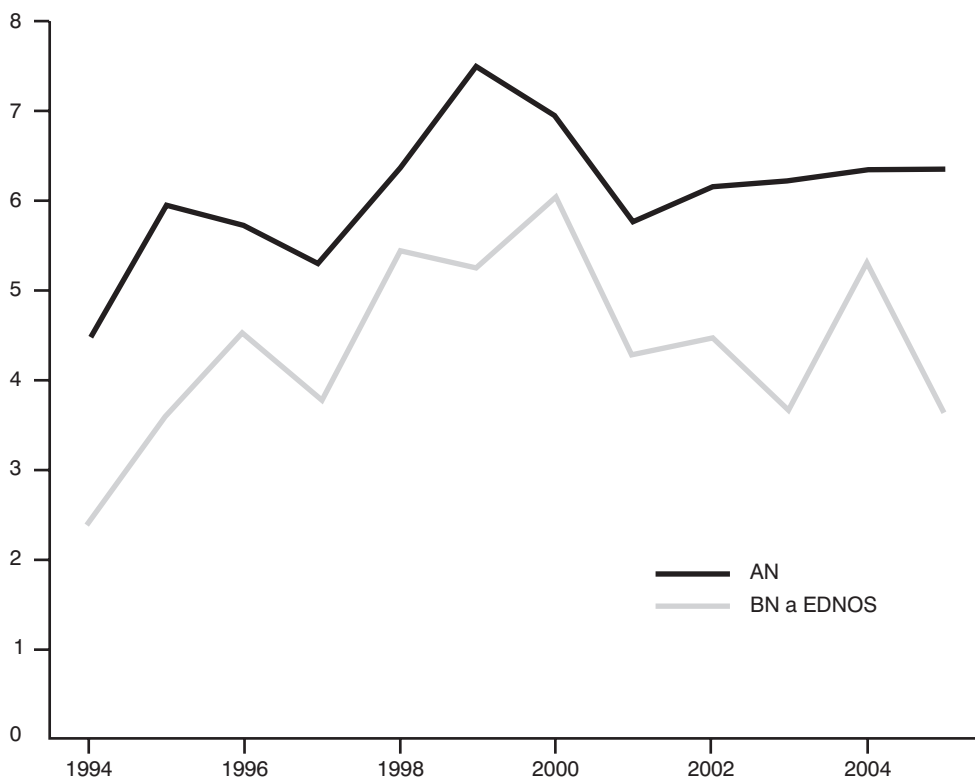
Zdá se, že v západní Evropě incidence AN narůstala do sedmdesátých let a pak se stabilizovala, zatímco v USA mohla narůstat až do konce let osmdesátých. Existují ojedinělé zprávy o tom, že AN stále narůstá v určitých věkových skupinách.

Věk vzniku AN je nejčastější mezi 15–19 roky (Lucas et al., 1991; Turnbull et al., 1996).

Bulimia nervosa

Prevalence. Výsledky celoživotní prevalence bulimia nervosa (BN) u žen v USA a Kanadě se pohybují mezi 1,1–2,8 % (Garfinkel, 1995; Hudson et al., 2007; Kendler et al., 1991; Bushnell et al., 1990). V severní Itálii byla BN diagnostikována u 4,6 % mladých žen (Favaro et al., 2003), ale autoři upozorňují že vyšší procento může být dáno věkovými hranicemi žen souboru (18–25 let) (obr. 2).

Prevalence BN u mužů je podstatně nižší. Ve většině studií tvoří muži 8–10 % případů BN (Bushnell et al., 1990; Garfinkel, 1995); prevalence dosahuje 0,1 % a 0,2 %. Výše zmíněná studie z USA (Hudson et al., 2007), která našla překvapivě vysoké procento mužů s AN, došla k podobným výsledkům i pro BN – také muži s BN tvořili čtvrtinu identifikovaných případů.



Obr. 2 Srovnání počtu prvních hospitalizací pro AN a ostatní poruchy příjmu potravy (BN a EDNOS) na 100 000 obyvatel u žen ve věku 10–39 let (1994–2005)

Incidence. Studie založené na registru primární péče v Holandsku (van Sonn et al., 2006) a ve Velké Británii (Currin et al., 2005) došly k podobným výsledkům 6,1 % (1995–1999) a 6,6 % (2000).

Časové trendy. Studie časových trendů u BN pokrývají kratší časovou periodu než u AN, protože BN byla poprvé popsána až v roce (Russell, 1979). Publikace diagnostických kritérií vedla k výraznému nárůstu incidence BN v USA; u žen z 7,4/100 000 v roce 1980 na 49,7/100 000 žen v roce 1983. Studie ve Velké Británii založená na primární péči (Currin et al., 2005; Turnbull et al., 1996) ukázala trojnásobný nárůst incidence BN mezi roky 1988 a 1997 a následnou stagnaci. Výsledky studií se lišily podle jednotlivých věkových skupin. Zatímco incidence u žen ve věku 10–19 let byla stabilní, incidence pro věkovou skupinu 20–39 let mezi lety 1996 a 2000 klesla. Výsledky jednotlivých studií byly potvrzeny metanalýzou (Keel a Klump, 2003). Holandská studie však ukázala stagnaci incidence BN v letech 1985–1989 až do období 1995–1999. Nevýznamný pokles BN našla britská studie na konci 20. století (Currin et al., 2005) ve shodě s daty o studentech americké college 1982 a 2002 (Keel, 2006). Hudson et al. (2007) našli vliv věkové skupiny u BN ve věku 18–44 let. Jediní měli větší pravděpodobnost, že budou diagnostikováni a léčeni, než ve věku nad 60 let.

Turnbull et al. (1996) popsali **průměrný věk vzniku BN** 20–39 let. Van Son et al. (2006) udávají snižující se věk při vzniku BN.

Psychogenní přejídání a atypické formy poruch příjmu potravy

Přestože psychogenní přejídání (PP) není ještě považováno za „vlastní“ poruchu příjmu potravy, diagnostická kritéria pro výzkum umožnila odhady prevalence tohoto problému. V Rakousku bodová prevalence na základě telefonického zjištění byla 3,3 % u žen a 0,8 % u mužů (Kinzl et al., 1999). Australská studie (Hay, 1998) našla bodovou prevalenci u atypických forem PPP u 1 % populace. U autorů, kteří používali širší kritéria (Fairburn a Cooper, 1993), bodová prevalence dosahovala 2,5 %. V populační studii USA (Hudson et al., 2007) byl odhad prevalence atypických forem 3,5 % u žen a 2 % u mužů. Celoživotní prevalence atypických PPP a psychogenního přejídání ve vzorku ze severní Itálie (Favaro et al., 2003) bylo 4,7 % a 0,6 %. Prevalence subklinických forem BN byla odhadnuta na 5,4 % (Whitehouse et al., 1992). Zdá se, že podobně jako u BN je zde efekt skupiny pro PP a jakékoliv záchvatovité přejídání u lidí ve věku 18–49 let, kteří mají vyšší celoživotní prevalenci.

Mnoho studií se zabývalo prevalencí poruch jídelního chování, které ještě nesplňovaly diagnostická kritéria. Například Hudson et al. (2007) našli celoživotní prevalenci u podprahového PP 1,2 % a jakéhokoliv přejídání 4,5 % v americké populaci.

Abnormální jídelní postoje a chování

Metaanalýza studií založených na self-report jídelního chování (Fairburn a Beglin, 1990) odhadla prevalenci dietního chování nad 25 %, záchvaty přejídání (nejméně jednou týdně) na 15,7 %, navozované zvracení (nejméně jednou týdně) 2,4 % a užívání laxativ (nejméně jednou týdně) 2,7 %. U žen se vrchol vzniku záchvatovitého přejídání a zvracení a jiných „purging“ mechanismů objevoval v 16 a 18 letech.

Epidemiologie poruch příjmu potravy v ostatních zemích

Lidé žijící ve své rodné zemi

Poruchy příjmu potravy byly dlouho považovány za typické onemocnění západních zemí. Současné práce ale svědčí o opaku. Například v Africe úroveň subklinické jídelní problematiky se zdá být srovnatelná se Západem (Le Grange et al., 1998). I v těchto oblastech opožděný výskyt a nárůst onemocnění lze vysvětlit nárůstem rizikových faktorů pro PPP, zvýšením životní úrovně černošské populace a westernizací či globalizací hodnot společnosti. V poslední studii z Tanzánie (Eddy et al., 2007) 1,9 % žen ve věku 13–30 let splnilo kritéria pro AN a 4,7 % pro atypické PPP. Podobně mezi studenty v Ghaně (Bennett et al., 2004) 10 z 668 mělo BMI pod 17,5 (u všech v důsledku úmyslného hladovění). Úmyslné hladovění bylo vnímáno pozitivně z hlediska náboženského a jako zvýšená sebekontrola; strach z tloušťky typický pro západní formy AN se nevyskytoval. Ale žádná studentka neudávala amenoreu, a tak diagnóza není zcela jistá.

V Číně byla popsána prevalence 1 % BN u studentek medicíny (Chun et al., 1992).

Existuje hypotéza, že symptomatika poruch příjmu potravy v jiných než západních zemích má vztah k „westernizaci“ (považované za individuální ztrátu tradičního životního stylu, pracovních, kulturních a jazykových zvyků ve prospěch postojů ovlivněných západní kulturou) těchto zemí. Například studie na Fidži prokázala nárůst nespokojenosti s vlastním tělem a patologické jídelní chování následkem expozice televizi na tomto ostrově (Becker et al., 2002). To by znamenalo, že lidé žijící v komunitách striktně oddělených od západního životního stylu netrpí PPP. To potvrdila studie v populaci Aimish (Platte et al., 2000), udržující starý pořádek a žijící odděleně od západní industrializované společnosti. Mladí lidé s normální váhou neudávali nespokojenost s vlastním tělem; což je v ostrém kontrastu s výsledky západních zemí, kde téměř polovina mladých lidí s normální hmotností nespokojenost s vlastním tělem udává (Parnell et al., 1996).

Emigranti z nezápadních zemí

Šetření vedené ve Velké Britanii v osmdesátých letech (Mumford a Whitehouse, 1988) našlo vyšší prevalenci BN (3,4 %) u žákyň asijského původu ve srovnání s dívkami typu kavkazského. Dolan et al. (1990) také ukázali, že Asiati měli vyšší stupeň porušeného jídelního chování než jedinci kavkazského a afro-karibského původu. Některé studie ale tyto rozdíly nepotvrdily (Button et al., 1998). Navíc japonské ženy žijící v USA mají větší pravděpodobnost, že onemocní PPP, než ženy žijící v rodné zemi (Furukawa, 1994). Zdánlivě nízká incidence AN na karibském ostrově Curacao (Hoek et al., 2005; Katzman et al., 2004) byla redefinována, když bylo zjištěno, že všechny ženy s identifikovanou PPP žily v minulosti v zahraničí.

Výsledky potvrzují skutečnost, že stres z akulturace hraje v etiologii PPP roli.

Centrální a východní Evropa

Většinou je vznik PPP vnímán současně s pádem berlínské zdi. Ale první údaje se objevily dlouho před široce rozšířenými změnami v devadesátých letech (Janota, 1946). Dokonce na počátku osmdesátých let 20. století byly popsány narůstající hospitalizace pro PPP (Faltus, 1985). Z doby před rokem 1989 ale neexistují epidemiologické studie PPP. Výjimku tvoří práce Rathnera et al. (1995), kteří v roce 1988 vedli dvouetapovou epidemiologickou studii ve východním Německu, Maďarsku a Rakousku, která uká-

zala srovnatelnou prevalenci PPP ve třech zemích. Bylo by jednoduché vyvodit z této studie závěry, že prevalence PPP se v centrální a východní Evropě nelišila od Evropy západní, ale jedná se o studii jedinou, vedenou na vybrané populaci studentů. Po roce 1989 se objevilo mnoho malých dotazníkových studií a dvouetapové skríninové studie se týkaly většinou populace studentů.

Maďarská studie (Tury et al., 1994) nenašla žádný případ AN mezi 538 studenty medicíny, ale subklinických forem AN bylo 0,4 % u mužů a 0,3 % u žen. U mužů nebyl nalezen žádný případ BN, ale subklinických forem bylo zjištěno 1,2 %. U žen byla BN zjištěna v 0,3 % a v 3,8 % její subklinická forma.

V Maďarsku byla ve studii smíšená populace studentů a nestudujících žen ve věku 15–24 let zjištěna bodová prevalence AN 0,03 % a BN 0,41 %. Procento subklinických forem PPP bylo vyšší: 1,09 % u AN a 1,48 % u BN (Szumska et al., 2005). Tato studie se také zabývala odlišným jídelním chováním. Ukázala, že 6,3 % žen drželo denně diety, 2,7 % udávalo přejídání alespoň 2× týdně a různé typy purgativního chování se stejnou frekvencí 0,2–0,7 % žen. Nejčastější bylo používání laxativ, nejméně časté zvracení (Resch, 2007).

Westenhoefer (2001) popsal u žen ve východním Německu odlišné jídelní chování s frekvencí nejméně 2× týdně: 13,3 % diety, 1,6 % navozené zvracení, laxativa 2,2 %, diuretika 4,7 %. Tato data jsou velmi podobná výsledkům ze západního Německa, ale bohužel data týkající se prevalence patologického jídelního chování před pádem berlínské zdi nejsou k dispozici.

Dvouetapové šetření u šolaček v Polsku (Wlodarczyk-Bisaga a Dolan, 1996) nenašlo žádný případ AN nebo BN, ale 2,34% bodovou prevalencí subklinických forem PPP a 28,6% dietního chování. Ruské ženy vykazovaly větší touhu po štíhlosti a nižší aktuální ideální váhu než britské mladé ženy (O'Keefe a Lovell, 1999). Dotazníkový skríning (Krch a Drábková, 1996) ukázal velmi rozšířenou nespokojenost s vlastním tělem a touhu po snížení váhy mezi středoškolskými studenty v České republice. V této studii 5,7 % žen splnilo kritéria pro BN. V pozdější studii autor (Krch, 1997) udává, že 0,5–0,8 % 16letých trpí AN a 1,2–3,4 % BN. Lze konstatovat, že přestože pouze izolovaná studie (Rathner et al., 1995) přinesla srovnatelné výsledky prevalence PPP v centrální a východní a západní Evropě před rokem 1989, rozsah problémů zůstává neobjasněn. Dotazníkové a dvouetapové studie soustředěné převážně na studenty ukazují výsledky se západními zeměmi srovnatelné. Chybějící studii incidence v této oblasti přinesla studie Pavlové et al. (2010). Ve studii vycházející z nemocničních registrů udává narůstající incidenci prvních hospitalizací pro AN, BN a atypických forem v období 1994–2005 u různých věkových kategorií žen a u mužů.

Závěr

PPP nejsou výlučným syndromem západní společnosti a objevují se po celém světě. K možným vysvětlením tohoto jevu zůstává westernizace, stres z akulturace. V České republice jsme ve studii z roku 2009 prokázali zvyšování hospitalizací pro poruchy příjmu potravy od roku 1994, což může být spojeno se sociálními a politickými změnami u nás. Další studie jsou nutné k upřesnění míry vlivu médií na nereálně štíhlý ideál krásy (Becker et al., 2002), záplavy dietních doporučení, cestování za prací do zahraničí a dalších faktorů.

Literatura

- Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, et al. Eating behaviour and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Brit J Psychiat* 2002; 180: 509–514.
- Bennett D, Sharpe M, Freeman C, et al. Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *Brit J Psychiat* 2004; 185: 312–317.
- Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiat* 2006; 63: 305–312.
- Bushnell JA, Wells JE, Hornblow AR, et al. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychol Med* 1990; 20: 671–680.
- Button E, Reveley C, Palmer R. An ethnic comparison of eating attitudes and associated psychological problems in young British women. *Int J Eat Dis* 1998; 23: 317–323.
- Chun ZF, Mitchell JE, Li K. The prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among freshman medical college students in China. *Int J Eat Dis* 1992; 12: 209–214.
- Currin L, Schmidt U, Treasure J, et al. Time trends in eating disorder incidence. *Brit J Psychiat* 2005; 186: 132–135.
- Currin L, Schmidt U, Waller G. Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: a vignette study. *Int J Eat Dis* 2007; 40: 257–262.
- Dolan B, Lacey JH, Evans C. Eating behaviour and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups. *Brit J Psychiat* 1990; 157: 523–528.
- Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African Women. *J Ner Ment Dis* 2007; 195: 196–202.
- Fairburn C, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Amer J Psychiat* 1990; 47: 401–408.
- Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorders examination. In *Binge Eating: Nature, Assessment & Treatment*. Fairburn CG, Wilson GT, eds. 12th ed. New York: Guilford Press, 1993.
- Faltus F. První zkušenosti s jednotkou specializované péče pro mentální anorexie. *Českoslov Psychiat* 1985; 81: 374–380.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 2003; 65: 701–708.
- Furukawa T. Weight changes and eating attitudes of Japanese adolescents under acculturative stresses: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1994; 15: 71–79.
- Garfinkel PE, Lin E, Goering C, et al. Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *Brit J Psychiat* 1996; 168, 500–506.
- Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 231–238.
- Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *Amer J Psychiat* 1995; 152: 1052–1058.

- Gordon RA. Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers Inc., 2000.
- Hay P. The epidemiology of eating disorder behaviours: an australian community based survey. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 371–382.
- Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 455–460.
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Cur Opin Psychiat* 2006; 19: 389–394.
- Hoek HW, Bartelds AIM, Bosveld JJF, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Amer J Psychiat* 1995; 152: 1272–1278.
- Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Amer J Psychiat* 2005; 162: 748–752.
- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383–396.
- Hsu LK. Epidemiology of eating disorders. *Psychiat Clin North Amer* 1996; 19: 681–700.
- Hudson JI, Hirpi E, Pope Jr. HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiat*, 2007; 61: 348–358.
- Janota O. Pathogenese tzv. mentální anorexie a úspěšné její léčení elektrickými šoky. *Čas lek ces* 1946; 85: 893–900.
- Katzman MA, Hermans KME, van Hoeken D, et al. Not your „typical island woman“: anorexia nervosa is reported only in subcultures on Curaçao. *Cult Med Psychiat* 2004; 28: 463–492.
- Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005; 38: 191–199.
- Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003; 129: 747–769.
- Kendler KS, MacLean C, Neale M, et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Amer J Psychiat* 1991; 148: 1627–1637.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in community. *Amer J Psychiat* 2007; 164: 1259–1265.
- Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, et al. Binge eating disorder in females: a population based investigation. *Int J Eat Disord* 1999; 25: 287–292.
- Klump KL, Miller KB, Keel PK, et al. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med* 2001; 31: 737–740.
- Krch FD. Poruchy příjmu potravy – vývoj syndromu: Implikace pro praktickou aplikaci. *Čs Psychiat* 1997; 7: 386–396.
- Krch FD, Drábková H. Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. *Čs Psychiat* 1996; 92: 237–247.
- Le Grange D, Telch CF, Tibbs J. Eating attitudes and behaviors in 1,435 South African caucasian and non-caucasian college students. *Amer J Psychiat* 1998; 155: 250–254.
- Lucas AR, Beard CM, O’Fallon WM, et al. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Amer J Psychiat* 1991; 148: 917–922.

- Milos G, Spindler A, Schnyder U, et al. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord* 2004; 35: 250–258.
- Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *Brit Med J* 1988; 297: 718.
- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiat Clin North Amer* 2001; 24: 201–214.
- O’Keefe P, Lovell DM. Eating Disorder Inventory scores in Russia and Britain: A preliminary comparison. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 129–135.
- Page RM, Cole GE, Timmerick TC. Introduction to epidemiology. In *Basic Epidemiological Methods and Biostatistics*. Page RM, Cole GE, Timmerick TC, eds. London: Jones and Bartlett Publishers International, 1995; 1–47.
- Page RM, Cole GE, Timmerick TC. Epidemiologic rates and rate adjustment. In *Basic Epidemiological Methods and Biostatistics*. Page RM, Cole GE, Timmerick TC, eds. London: Jones and Bartlett Publishers International, 1995; 49–71.
- Parnell K, Sargent R, Thompson SH, et al. Black and white adolescent female’s perceptions of the ideal body size. *J School Health* 1996; 66: 112–118.
- Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a sociocultural transition, the Czech Republic 1981–2005. *Soc Psychiat Psychiat Epidemiol* 2010; 45(5): 541–550.
- Pike KM. Solving the complex puzzle of the incidence of anorexia nervosa one piece at a time. *Int J Eat Disord* 2004; 35: 259–261.
- Platte P, Zelten JF, Stunkard AJ. Body image in the old order Aimish: A people separate from world. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 408–414.
- Rathner G, Tury F, Szabo P, et al. Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: A cross-cultural study. *Psychol Med* 1995; 25: 1027–1035.
- Resch M. Eating disorders in sport – sport in eating disorders. *HMJ* 2007; 4: 449–454.
- Russell GFM. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429–448.
- Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Brit J Clin Psychol* 2006; 45: 343–366.
- Szumaska I, Tury F, Csoboth CT, et al. The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *Eur Eat Disord Rev* 2005; 13: 278–284.
- Turnbull S, Ward A, Treasure J, et al. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Brit J Psychiat* 1996; 169: 705–712.
- Tury F, Gunther R, Szabo P, Forgacs A. Epidemiologic data on eating disorders in Hungary: recent results. *Orv Hetil* 1994; 135: 787–791.
- van Hoeken D, Seidell J, Hoek HW. Epidemiology. In *Eating Disorders*. Treasure J, Schmidt U, van Furth E, eds. Chichester: John Wiley & Sons, 2003; 11–34.
- van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Brit J Psychiat* 2006; 189: 562–563.
- van Son G, van Hoeken D, Bartelds AIM, et al. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 1–5.

- Vandereycken W, van Deth R. *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-starvation*. London: Athlone, 1994.
- Vize CM, Cooper PJ. Sexual abuse in patients with eating disorders, patients with depression, and normal controls. *Brit J Psychiat* 1995; 167: 80–85.
- Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust NZ J Psychiat* 2006; 40: 121–128.
- Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population based female twin sample. *Amer J Psychiat* 1995; 152: 64–71.
- Westenhoefer J. Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 477–481.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, et al. Prevalence of eating disorders in three cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Brit J Gen Pract* 1992; 42: 57–60.
- Włodarczyk-Bisaga K, Dolan B. A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychol Med* 1996; 26: 1021–1032.

Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy

Barbara Pavlová

Co jsou rizikové faktory?

Proč zrovna já? Proč právě moje dcera? Proč tato pacientka? Co se týče poruch příjmu potravy (PPP), zatím si na tyto otázky nedokážeme odpovědět jedním úlevným „proto“, které by nám pomohlo zacílit prevenci a léčbu. V současnosti se zdá, že se jedná o souhrn mnoha „rizikových faktorů“. Rizikovým faktorem může být charakteristika či událost, jejíž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost (riziko) výskytu onemocnění (Kazdin et al., 1997). Rizikový faktor není příčina choroby: být mladou dívkou je jednoznačně rizikovým faktorem pro vznik PPP, přesto však většina mladých dívek onemocní.

Prvním krokem v prozkoumání neznámého terénu rizikových faktorů jsou průřezové studie. Ty zjišťují, ve kterých aspektech (např. osobnostních vlastnostech či rodinné historii) se skupina nemocných liší od skupiny zdravých. S výjimkou fixních faktorů (rasa, pohlaví) však průřezové studie nezodpoví otázku, co je příčina a co následek. S časovou posloupností počítají studie longitudinální, které zkoumají charakteristiky odlišující subjekty, u kterých se onemocnění vyvine a u kterých ne.

Někdy sice víme, že se sledovaná charakteristika či událost u těch, kteří onemocněli, vyskytuje častěji, ale nevíme, zda onemocnění předcházela, či jej následovala, protože nám chybí údaje z longitudinálních studií. Potom nemluvíme o rizikovém faktoru, ale o **korelátu**. Pokud máme dostatek důkazů, že sledovaná okolnost se vyskytla dříve než onemocnění, jedná se o **rizikový faktor**.

Rizikové faktory mohou na výslednou nemoc působit různými cestami. Jako **kauzální** označujeme rizikový faktor, pokud v důsledku experimentální manipulace dochází ke zvýšení/snížení sledovaného symptomu. **Mediátor** stojí mezi rizikovým faktorem a symptomem. Rizikový faktor pak působí na mediátor, který následně ovlivní PPP.

Faktor, který posiluje negativní vliv rizikového faktoru, nazýváme zesilujícím. Pokud se nepodílí na vzniku onemocnění, ale udržuje ho, nazýváme ho faktorem udržovacím. Rozlišování na rizikové a udržovací faktory má praktický dosah: na rizikové faktory se snažíme působit v prevenci, na udržovací se zaměřujeme při léčbě.

Rizikový faktor, který nelze změnit, označujeme jako **trvalý znak** (pohlaví, rasa). Faktory, jež se během času mohou měnit, ať už samovolně (věk), nebo zásahem (psychoterapie), nazýváme **proměnlivými**. Jako kauzální označujeme rizikový faktor tehdy, když jeho manipulací měníme pravděpodobnost výskytu onemocnění (Jacobi et al., 2004; Kazdin et al., 1997; Stice, 2002).

Dalšími termíny používanými v souvislosti s rizikovými faktory jsou specifita, síla a potřeba replikace. Jako **specifický** označujeme rizikový faktor, pokud predikuje onemocnění PPP, ale nikoli jiná psychiatrická onemocnění. Pokud zvyšuje riziko jak PPP, tak ostatních psychiatrických onemocnění, hovoří se o **obecném rizikovém faktoru**. Síla označuje velikost rozdílu mezi vysoce a nízko rizikovou skupinou. Pokud

údaje o rizikovém faktoru pocházejí z nedostatečného množství studií nebo pokud jsou výsledky jednotlivých studií rozporuplné, je třeba poukázat na **potřebu replikace**.

Jako rizikový faktor označujeme vesměs vlastnosti, které zvyšují výskyt nežádoucích jevů (poruch příjmu potravy). Pokud některá okolnost pravděpodobnost výskytu nežádoucího jevu snižuje nebo zvyšuje pravděpodobnost jevu žádoucího, nazýváme ji **faktorem protektivním**.

V následujícím textu budeme rizikové faktory dělit podle oblasti, které se týkají: na **psychosociální** a **biologické**.

Psychosociální rizikové faktory

Pohlaví, věk a etnický původ aneb jsou poruchy příjmu potravy nemocí bílých dívek?

Pohlaví, věk a etnický původ se ocitají společně v jednom oddíle, protože se jedná o charakteristiky, které nemůžeme nikterak ovlivnit. Umožňují nám však efektivně zaměřovat preventivní programy na rizikové skupiny.

Pohlaví. Ženy onemocní PPP významně častěji než muži. Tato klinická zkušenost byla podpořena i mnohými výzkumy. Ženy trpí záchvaty přejídání $2,5\times$ častěji než muži (Spitzer et al., 1992) a anorexií či bulimií onemocní dokonce $10\times$ častěji (Hsu, 2004; Wittchen et al., 1998). Proto označujeme pohlaví jako silný rizikový faktor.

Muži léčící se pro PPP jsou výjimkou a budí otázku, proč ještě častěji. Proč přicházejí tito muži s „ženskou nemocí“? Některé výzkumy se pokusily zjistit souvislost mezi PPP u mužů a jejich sexuální preferencí a identitou. Zatím se však jedná spíše o spekulace, protože malé množství údajů, které jsou k dispozici, pochází z průřezových studií.

PPP onemocní 27 % mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Pokud bereme v úvahu pouze bulimii, jedná se dokonce o 42 % (Carlat et al., 1997). Je možné, že tito muži jsou v homosexuální subkultuře vystaveni podobnému tlaku být štíhlí a krásní jako ženy ve většinové společnosti. Pro zajímavost uvádíme i nedávné případové studie o anorexii u mužů-transsexuálů (Surgenor a Fear, 1998; Winston et al., 2004; Winston et al., 2004), kteří jako důvod svého hladovění často uváděli touhu vypadat více žensky. Statistické údaje o výskytu PPP u lidí s poruchami pohlavní identity nejsou k dispozici a pro malou četnost obou poruch nebude snadné je získat, ale autoři poslední zmiňované studie doporučují brát u mužských pacientů s anorexií v úvahu možnost komorbidit s poruchou pohlavní identity.

Protože pohlaví je ve většině případů charakteristikou neměnnou, jedná se podle výše zmiňované typologie rizikových faktorů o stálý znak. Zároveň je to však rizikový faktor nespecifický, protože ženské pohlaví zvyšuje rovněž riziko onemocnění úzkostnými a depresivními poruchami (Kessler et al., 1994).

Etnický původ. Poruchy příjmu potravy, a anorexie zvláště, jsou často vnímány jako nemoc „bílých“ dívek. Výsledky některých výzkumů provedených v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží diety méně často než „bílé“ dívky, a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI (Franko a Striegel-Moore, 2002). Na druhou stranu podle některých studií trpí Afroameričanky záchvaty přejídání častěji než jejich „bílé“ vrstevnice (Striegel-Moore et al., 2000). Zdá se však, že

Američanky původu hispánského či asijského jsou se svým tělem nespojeny do stejné míry jako Američanky kavkazského typu (Neumark-Sztainer et al., 2002).

Jak je zřejmé, otázka, do jaké míry a zda je etnický původ rizikovým faktorem, zůstává nezodpovězena. Některé současné výzkumy naznačují, že ženy a dívky jiné barvy pleti již v četnosti PPP srovnaly krok s většinovou společností (Shaw et al., 2004). Je tedy možné, že lidé z etnických minorit trpící anorexií, bulimií, chřipkou, nebo angínou, se v ordinaci neobjeví prostě proto, že zdravotnictví většinové společnosti nevěří, nebo prostě proto, že častěji nemají zdravotní pojištění (Becker et al., 2003). Anebo přeci jen přijdou a ošetřující lékař, máje na paměti rovnici PPP = kavkazský typ + střední třída, PPP nediagnostikuje (Becker et al., 2003). Výzkumy prováděné mimo euroamerické společenství nacházejí nižší incidenci PPP. Uvažuje se tedy o tom, že více než o samotnou etnickou příslušnost, jedná se o vliv západního ideálu štíhlé krásy. Vliv akulturace na PPP bude podrobněji probrán níže.

Etnický původ je tedy stálý znak s dosud nedostatečně prozkoumanou specifičností a silou. Po vstupu do EU se společnost v České republice více etnicky rozrůžňuje. Je nutné myslet na PPP bez ohledu na pacientovu barvu pleti.

Věk. Nejrizikovější věk pro onemocnění PPP je adolescence a časná dospělost (Hoek a van Hoeken, 2003; Stice, 2002; Wittchen et al., 1998). Protože pro toto období je rizikové i propuknutí jiných duševních onemocnění, označujeme věk jako nespecifický rizikový faktor pro PPP. Na rozdíl od předchozích dvou faktorů věk podléhá změně a je tedy proměnlivým znakem.

Osobnostní faktory aneb anorexie jako absolutní dokonalost

Zdálo by se, že PPP tvoří kontinuum, na jehož jedné straně nalézáme společně s anorexií kompulzivní osobnostní rysy a na straně druhé impulzivitu a bulimii. Ale není to tak jednoduché.

Impulzivita

Jedním z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání je nedostatečná kontrola impulzů. Přestože výzkumy používající dotazníkové metody tuto teorii nepotvrdily (Wonderlich et al., 2004), existuje silná asociace mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním PPP. Impulzivitu, která je spojená se zneužíváním návykových látek (Sher a Trull, 1994), tak můžeme považovat za faktor způsobující oba tyto problémy. V souladu s touto teorií je i rozdíl v projevech impulzivity mezi ženami a muži s hraniční poruchou osobnosti. Zatímco u mužů se jejich problémy signifikantně častěji demonstrovaly ve zneužívání návykových látek, ženy častěji vyvinuly PPP (Zanarini et al., 1998). U pacientek s bulimií i anorexií byly rovněž nalezeny signifikantně vyšší skóre ve škále závislosti Eysenckova osobnostního dotazníku (Davis a Claridge, 1998). V témže výzkumu tato škála pozitivně korelovala i s myšlenkami na jídlo a s excesivním cvičením.

Stice (2002) uvádí možná vysvětlení vztahu mezi PPP a zneužíváním návykových látek. V úvahu připadají funkční a strukturální abnormality v kortikobazální neurální síti, které zvyšují riziko pro oba typy chování. Je však také možné, že zneužívání návykových látek vede k dezinhibici a tedy i záchvatům přejídání. Protože výsledky dosa-

vadních výzkumů jsou spíše rozporné, k určení významu impulzivity jakožto rizikového faktoru je zapotřebí dalších longitudinálních studií.

Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost

Většina dívek zkoušela někdy v životě hubnout. Většina z nich tak dlouho, dokud nedostaly hlad. Jsou však i takové, které měly na sebe vždycky vysoké požadavky a dostály tomu, co si předsevzaly. Byly zvyklé být nejlepší, a tak zhubly nejvíc ze všech. Zvýšenou úroveň perfekcionismu nacházíme nejen u dívek aktuálně trpících anorexií (Halmi et al., 2000) a bulimií, ale i u těch, které po vyléčení dlouhodobě normálně fungují (Fairburn et al., 1997; 1998; 1999). Ačkoli bulimie je často spojená s impulzivitou, nacházíme u většiny lidí trpících bulimií zároveň perfekcionista rasy (Vitousek a Manke, 1994). Rovněž prospektivní studie potvrzují, že ženy s vyšší úrovní perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že vyvinou jak anorexiu, tak bulimii (Bulik et al., 2003).

Rodinné studie našly u přímých příbuzných lidí s PPP rovněž zvýšenou míru perfekcionismu, zdá se tedy, že obsedantně-kompulzivní porucha nebo osobnostní rysy s ní spojené jsou dědičné (Kaye et al., 1998). Perfekcionista rasy se u dívek, které později vyvinou PPP (jak anorexiu, tak bulimii), projevují již v dětství: Snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol, účes i uklizený pokojíček (Anderluh et al., 2003).

Riziko PPP roste tam, kde se spolu s perfekcionista rasy vyskytuje i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem (Joiner Jr. et al., 1997; Vohs et al., 1999).

Ač klinicky se zdá být asociace mezi perfekcionista rasy a PPP silná, dosavadní longitudinální studie tento vztah nepotvrdily. Dokud se to nepodaří budoucím longitudinálním studiím, musíme perfekcionista rasy považovat za korelát.

Psychopatologie a negativní emocionalita

Některé poznatky o vztahu mezi psychopatií a PPP pocházejí z průřezových studií. Většina z nich se však bohužel nezabývala časovou posloupností a na otázku, zda je jiné duševní onemocnění rizikovým faktorem pro PPP, tak nemůže odpovědět. Jacoby et al. (2004) zmiňují ve své metaanalýze pouze dvě studie s kontrolní skupinou, které se časovým faktorem zabývaly. První (Rastam, 1992) srovnávala skupinu adolescentních dívek trpících anorexií s jejich zdravými vrstevnicemi. U těch, které měly anorexiu, byly ve srovnání se zdravými dívkami významně častěji nalezeny premorbidní poruchy osobnosti (66 % v. 27 %), především obsedantně-kompulzivní porucha (35 % v. 4 %). Druhá studie (Bulik et al., 1997) se zabývala dětskými úzkostnými poruchami jakožto možným rizikovým faktorem pro PPP. Autoři srovnávali skupinu žen s anorexií, s bulimií, s depresemi a skupinu žen zdravých. Ženy s diagnózou anorexie trpěly nejčastěji obsedantně-kompulzivní poruchou a separační úzkostí. Skupiny žen s depresemi i s anorexií trpěly významně častěji panickou poruchou a pacientky s bulimií sociální úzkostí. U pacientů, kteří trpí záchvaty přejídání, byl rovněž zaznamenán větší výskyt hraniční poruchy osobnosti (van Hanswijck et al., 2003).

Další poznatky o vztahu PPP a jiných psychiatrických onemocnění nacházíme v longitudinálních studiích. Duševní onemocnění jako takové se ukázalo být prediktorem propuknutí PPP, a to dokonce bez ohledu na držení diet (Patton et al., 1999). Často

zmiňovaným rizikovým faktorem je i negativní emocionalita. Podle McCarthyho (1990) se lidé záchvatovitě přejídají, aby přehlušili nepříjemné pocity. Stice (2002) tvrdí, že k úlevě od negativních pocitů může sloužit i zvracení jakožto symbol očistění se od všeho špatného. Studie Leona et al. (1999) potvrzuje zvýšené riziko onemocnění PPP pro ty, které trpí negativní emocionalitou. Podle jiných studií však ani negativní emocionalita, ani duševní onemocnění nejsou prediktory PPP (Killen et al., 1996; Attie a Brooks-Gunn, 1989; Graber et al., 1994; Leon et al., 1995). Dvě z těchto studií však určily jakožto rizikový faktor pro PPP specificky internalizující psychopatologii (Attie a Brooks-Gunn, 1989; Graber et al., 1994).

Vztahem mezi negativní emocionalitou a PPP se zabývá i experimentální psychologie. Klade si např. otázku: Když navodíme u lidí nepříjemné pocity, budou víc jíst? Odpověď se zdá být jasná. Je doložena u zdravých lidí i jedinců s PPP. Výsledky těchto experimentů jsou však rozporuplné. Ačkoli některé studie vztah mezi navozenými špatnými pocity a vyšším kalorickým příjmem potvrdily (Cools et al., 1992), většina žádnou souvislost nenašla (Heatherton et al., 1991; Polivy et al., 1994; Telch a Agras, 1996; Steere a Cooper, 1993; Steere a Cooper, 1993). Jako u všech experimentů je však sporné, nakolik je možné komplexní prožitky simulovat v laboratoři. Ač velice dobře kontrolované, ekologická validita takových výzkumů je poměrně nízká.

Stice (2002) označuje negativní emocionalitu jako rizikový faktor pro problémy s jídlem, ale také jako kauzální rizikový faktor pro záchvatovitě přejídání a pro nespokojenost s vlastním tělem. Podle Jacobi et al. (2004) představuje negativní emocionalita rizikový faktor pro větší množství duševních onemocnění a pro PPP tedy není specifickým rizikovým faktorem.

Situační a rodinné faktory aneb způsobují náročné a nepříjemné události poruchy příjmu potravy?

Nepříznivé životní události a jejich zvládání

Napadne nás to asi všechny: Co se jí stalo, že přestala jíst? Kdo jí ublížil? Co ji trápí? Napadlo to i psychology a psychiatry. V dobách, kdy byly kazuistiky dostatečným podkladem pro teorii, se zdálo, že to tak opravdu funguje. Trauma způsobilo nemoc. S moderními statistickými metodami a medicínou založenou na důkazech se toto přesvědčení otrásl v základech. Přesto však vědce otázka, zda nepříznivé životní události mohou odstartovat psychiatrické onemocnění, nepřestala zajímat.

Průřezové studie zabývající se tímto tématem mívají často podobný design. Ke každé dívce z experimentální skupiny je přiřazena dívka, která jí odpovídá co do věku i sociálního statutu. Pokud u probandky s PPP propuklo onemocnění v 15 letech, ptají se výzkumníci jí i její vrstevnice na události, které se staly mezi 14. a 15. rokem (Gowers et al., 1996; Welch et al., 1997).

Srovnání lidí trpících PPP s lidmi zdravými nespočívá v zážitku jedné negativní události, ale v opakované expozici traumatickým událostem. Některé studie zjistily, že rozdíl mezi lidmi trpícími PPP a lidmi zdravými není v tom, zda zažili jednu negativní událost (Schmidt et al., 1997; Troop a Treasure, 1997a), ale zda byli vystaveni opakovaně takovým událostem (Hoersh et al., 1995; Schmidt et al., 1997). Tento rozdíl však mizí, pokud jsou pacienti s PPP srovnáváni s pacienty s jinými psychiatrickými

diagnózami. Některé studie (Gowers et al., 1996; Hoersh et al., 1996) dokonce našly u pacientů s PPP nižší frekvenci negativních zážitků než u pacientů s jinými psychiatrickými diagnózami.

Pozornost výzkumníků se nesoustředí jen na to, kolik toho zkoumaní prožili, ale i na to, co prožili. Podle Schmidt et al. (1997) měly pacientky s bulimia nervosa (BN) i s anorexia nervosa (AN) podobné množství negativních zážitků. Pacienti s AN však prošli rok před onemocněním častěji zážitky, které nějak ohrozily jejich „cudnost“, tedy vyvolaly stud nebo znechucení ve spojení se sexualitou. Příkladem je vztah s ženatým mužem, který byl proti dívčíným zásadám, nebo první milování, po němž už o sobě chlapec nedal nikdy vědět. Toto zjištění odpovídá raným teoriím vzniku AN, které zdůrazňovaly roli problémů v oblasti sexuality (King, 1963; Leon et al., 1985).

Opakovaně se také ukazuje, že onemocnění AN předchází vleklé problémy v rodině (Gowers et al., 1996; Hoersh et al., 1995). Hoersh et al. (1996) uvádějí, že pacientky s AN zažily významně častěji „neadekvátní tlak“. Tato formulka zahrnuje jak rodičovské odhodlání dovést dcery k akademickým či sportovním výkonům bez ohledu na jejich schopnosti, tak rozhovor o sexualitě dřív, než na něj byly připraveny, nebo také naléhání, aby se chovaly dost „žensky“. Dalším problémem byl chronický nesoulad mezi rodiči nebo chronické onemocnění některého z nich, které závažně narušilo rodinné fungování. Tyto události se u subjektů s PPP vyskytovaly v míře stejné nebo větší než u těch, které trpí jiným psychiatrickým onemocněním (Gowers et al., 1996; Hoersh et al., 1996). Pacientky s AN zažily ve své rodině rok před propuknutím onemocnění mnohem častěji chronické problémy se sourozencem. V tomto kontextu může být jejich onemocnění interpretováno jako snaha získat zpět rodičovskou pozornost, kterou na sebe strhl „problematický“ sourozenec.

Jacobi et al. (2004) označují negativní události jako nespecifický retrospektivní korelát. Propuknutí psychiatrického onemocnění, PPP nevyjímaje, však nezáleží jen na prostém prožití problémové situace. Důležitý je i způsob, jak ji dotyčný zvládá. Troop a Treasure (1997) uvádějí příklad dívky, která, ač vystavena mnohým traumatickým zážitkům, nevyvinula PPP ani jiné psychiatrické onemocnění.

Kazuistika

Annu šikanovali ve škole spolužáci a ačkoli si stěžovala rodičům i učitelům, šikana pokračovala. Při jedné z dalších epizod šikany se Anna prostě sebrala, běžela do školy na druhém konci města, zaklepala u dveří ředitele, řekla mu, jak se věci mají a požádala ho, zda by nemohla navštěvovat jeho školu. Její žádosti bylo vyhověno. Když se Annini rodiče stále hádali a kolem nebyl nikdo, komu by se mohla svěřit, strávila každou takovou hádku tajným telefonátem se svou babičkou. Když byla Anna starší, rozhodla se přihlásit k britskému letectvu. To, že v té době členství bylo pouze privilegiem mužů, ji neodradilo. Rozeslala dopisy mnoha vlivným, včetně členů parlamentu a královny, a ejhle, ženám bylo povoleno připojit se k letectvu. (Není zcela jasné, nakolik toto rozhodnutí ovlivnilo Anniny dopisy.)

Na druhé straně bychom našli ty, kteří mají pocit, že je i méně závažná nepřízeň osudu poznamenala natolik, že onemocněli třeba právě BN. Troop a Treasure (1997) potvrzují, že ti, kteří v dětství reagovali na situace bezmocí, jsou k onemocnění PPP

náchylnější než ti, kteří byli schopni situaci zvládnout jako třeba Anna, a také jim trvalo déle, než v případech problémů s PPP vyhledali odbornou pomoc. Propuknutí AN je asociováno s nedostatečným hledáním informací a snahou porozumět, propuknutí bulimie s ruminacemi, přemýšláním událostí bez hledání východiska. Tomuto závěru odpovídají i závěry další studie, zabývající se strategiemi zvládání a PPP (Garcia-Grau et al., 2002). Strategie zaměřené na emoce a/nebo vyhýbání se jsou asociovány s vyššími skóry v dotaznících zjišťujících jidelní patologii.

Sexuální zneužívání

Údaje o vztahu sexuálního zneužívání a PPP pocházejí především z průřezových studií. Většina potvrzuje zvýšené riziko PPP, především bulimie, u obětí sexuálního zneužívání v dětství (Waller et al., 1993; Wonderlich et al., 2001). Garfinkel et al. (1996) dokonce zjistili, že sexuální zneužívání je 3× častější u žen s bulimií než u kontrolní skupiny zdravých žen. Toto riziko vzrůstá, pokud se jednalo o zneužití rodinným příslušníkem a/nebo pokud v rámci tohoto zneužívání docházelo k násilí (Wonderlich et al., 1997; Waller, 1992). Význam sexuálního zneužívání jako rizikového faktoru pro PPP potvrzuje rovněž longitudinální studie Johnsona et al. (2002), v níž se sexuální zneužívání a zanedbání v dětství ukázalo být silným prediktorem PPP a jiných problémů s jídlem (kolísání váhy, drastické diety) v adolescenci. Zajímavé jsou nálezy o opakování zneužívání. Ženy zneužívané v dospělosti byly velmi často zneužívány už jako děti (Leonard et al., 2003) a ty, které zažily sexuální trauma v dětství i v dospělosti, mají potíže s jídlem největší (Wonderlich et al., 2001).

Je však třeba upozornit na to, že některé studie souvislost mezi PPP a sexuálním zneužíváním nepotvrzují (Folsom et al., 1993) nebo nacházejí pouze u BN či purgativního typu AN (Steiger a Zanko, 1990). Je sporné, nakolik je sexuální zneužívání rizikovým faktorem specificky pro PPP a nakolik pro psychopatologii obecně. Některé studie našly rozdíl mezi pacientkami s PPP a zdravými ženami, ale tentýž rozdíl neprokázaly, pokud srovnávaly pacientky s PPP s ostatními psychiatrickými pacienty (Vize a Cooper, 1995). Studií, které potvrdily vyšší výskyt sexuálního zneužívání u pacientek s PPP než u pacientů s ostatními psychiatrickými diagnózami, je málo (Hoersht et al., 1995; Webster a Palmer, 2000).

Proč by zrovna sexuální zneužívání mělo vést k PPP? Vysvětlení existuje několik. Některá vycházejí právě z poznatku, že sexuální zneužívání s sebou nese jen zvýšené riziko PPP, ale také ostatních psychiatrických diagnóz. Rotry a Yager (1996) navrhli tzv. automedikační hypotézu. Podle ní vede sexuální zneužívání v dětství k pocitům studu, depresi, k AN i BN, a je stejně jako zneužívání návykových látek pokusem tyto pocity otupit. Této teorii nahrávají i pozdější výzkumy, které nacházejí u pacientek s BN zneužívaných v dětství významně častěji i poruchy nálady a/nebo úzkostné poruchy (Schoemaker et al., 2002). Jiná teorie považuje za mediátor mezi sexuálním zneužíváním a pozdější PPP jiné poruchy, např. hraniční poruchu osobnosti. Steiger et al. (2000) našli zvýšený výskyt sexuálního zneužívání před 13. rokem věku pouze u pacientek s BN, u nichž byla zároveň diagnostikována hraniční porucha osobnosti.

Smolak a Murnen (2002) uvádějí další možná vysvětlení. Zážitek sexuálního zneužívání položí základy disociaci jako obrany před nepříjemnými prožitky a ta se později projeví v záchvatovitém přejídání. Je také možné, že dítě vystavené sexuálnímu zneužívání je přesvědčené, že není dost hodnotné, a podle toho také v dospělosti zachází se svým tělem. Třetí vysvětlení, které Smolak a Murnen podávají, vychází z kon-

ceptu kontroly. Ve světě, kde nemůžeme události nikterak ovlivnit, nám hladovění umožňuje ovládat alespoň malý úsek života. Dalším často zkoumaným faktorem je stud. Výsledky studie Murrraye a Wallera (2002) naznačují, že právě stud zprostředkovává sexuální zneužívání v rámci rodiny a BN. PPP pak nejenže odvádí pozornost od nepříjemných prožitků, ale zároveň umožňuje změnit tělo a ty části, které se zdály být za sexuální zneužívání zodpovědné. Ve studii 224 žen s PPP autoři (Troop et al., 2008) popsali stud spojený se vnímanou „nechtěnou podřízeností“ u závažnějších AN, zatímco závažnost BN byla asociována s „vnitřním“ pocitem studu. O zážitcích studu jakožto rizikovém faktoru pro PPP bude podrobněji pojednáno v následujícím oddíle.

Je tedy možné shrnout, že sexuální zneužívání je rizikovým faktorem pro PPP, ale zároveň zvyšuje i riziko mnoha dalších psychiatrických onemocnění. K ujasnění vlivu sexuálního zneužívání na PPP bude zapotřebí dalších longitudinálních studií.

Zážitky odloučení a nutnost přizpůsobit se jiné kultuře

Separace. Další, dosud nepříliš prozkoumanou oblastí představující riziko vzniku PPP jsou zážitky separace a akulturace. Separací míníme odloučení od původní rodiny, akulturací přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí.

Odchod dospělých či skoro dospělých dětí je náročnou vývojovou fází v životě rodiny. Mladý člověk, který začíná samostatný život, musí vyřešit konflikt mezi touhou být opečovávaným dítětem a snahou po osamostatnění. Marsden (1997) uvádí potíže se separací jako jeden z možných faktorů vyvolávajících anorexii. Nemoc jednak chrání dívku před nároky dalšího životního období a jednak jí umožňuje demonstrovat ambivalenci, kterou vůči odchodu z domova prožívá: ačkoli svoji rodinu odmítá spolu s nabízeným jídlem, fakticky její nemoc závislost na původní rodině prohlubuje. Rovněž propuknutí BN často předchází události související se separací (začátek či konec romantického vztahu či odchod z domova). Tato fáze je o to problematičtější, dojde-li k ní časné a pod vlivem snahy uniknout z problematické rodiny.

Ač vztahu mezi separací a PPP nebyla ještě v literatuře věnována dostatečná pozornost, existuje pro hypotézu, že odchod z domova přispívá k jídelní patologii, několik nepřímých důkazů. Marsden et al. (2002) zaznamenali u dívek s patologickými jídelními návyky významně větší problémy se separací-individuací. Podle Heathertona et al. (1997) dochází ke zvýšení nespokojenosti s vlastním tělem během prvního roku na univerzitě. První vlna bulimie a druhá vlna anorexie pak nastává mezi 18. a 20. rokem současně s běžným věkem odchodu z domova. Za zmínku stojí i půvabný pokus Pattonův (Patton, 1992). Skupině dívek s PPP a kontrolní skupině dívek zdravých byly subliminálně prezentovány 3 věty: *Mama is leaving me* (Máma mě opouští), *Mama is loaning it* (Máma to půjčuje) a *Mona is loaning it* (Mona to půjčuje). A skutečně, u dívek s PPP způsobila „odcházející maminka“ zvýšenou konzumaci sušenek.

Akulturace. Přizpůsobování se cizím kulturám a jejich postupné přijímání (Padilla et al., 1985) neboli akulturace je v České republice důležitým tématem již od počátku devadesátých let a s naším vstupem do Evropské unie se stává ještě aktuálnějším. Někdy se může zdát, že je již celá euroamerická společnost zcela totožná. Když se zastavíte na ulici velkého města a rozhlédnete se, uvidíte spoustu barevných obchodů nadnárodních firem. Nemáte-li v dohledu některou z charakteristických pamětihodností, těžko říct, zda jste v Praze, Londýně nebo New Yorku. A přesto zbývá tisíc na první pohled neviditelných věcí, podle nichž od sebe Prahu a Londýn bezpečně poznáte. A co teprve pokud do Londýna zavítáte z nigerijské vesnice nebo naopak. Není po-