

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie



Monika Šidlikovská

Poruchy příjmu potravy u tanečnic latinskoamerických tanců

Eating disorders in female latin-american dancers

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. Zdeněk Vilikus, CSc.

Praha, 2021

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a citovala všechny použité prameny a literaturu. Tato práce nebyla použita k získání jiného titulu na vysoké škole. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé práce panu doc. MUDr. Zdeňkovi Vilikusovi za pomoc, trpělivost, cenné rady a za jeho odborné vedení, které mi poskytl k zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a všem, kteří mě po celou dobu svých studií na fakultě plně podporovali.

## **Bibliografická identifikace**

**Název bakalářské práce:** Poruchy příjmu potravy u tanečnic latinskoamerických tanců

**Pracoviště:** 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

**Autor:** Monika Šidlikovská

**Vedoucí práce:** doc. MUDr. Zdeněk Vilikus, CSc.

**Rok obhajoby:** 2022

### **Abstrakt:**

Bakalářská práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy. Hlavními diskutovanými onemocněními jsou v této práci mentální anorexie (anorexia nervosa) a mentální bulimie (bulimia nervosa). Téma poruchy příjmu potravy je v lidské populaci všeobecně známé. Méně známá však je skutečnost, že se jedná o onemocnění, která postiženým jedincům mohou způsobovat těžké a v některých případech až smrtelné následky. Poruchy příjmu potravy narušují jedincům sociální interakci s okolím a významně zhoršují kvalitu života.

Cílem této práce je vytvoření přehledové studie o poruchách příjmu potravy, která je zaměřená na tanečnice. Práce se soustředí na tvorbu literární rešerše, která zahrnuje vyhledávání a zpracování co nejvíce možných zdrojů, které zahrnují studie zkoumající výskyt PPP u tanečnic, kde zvláštní pozornost je věnována tanečnicím latinskoamerických tanců. Zpracování dat, která se týkají poruch příjmu potravy u tanečnic, byla vyhledána pomocí informačních databází MEDLINE, ScienceDirect a Google Scholar. Přínosem této práce by měla být aktualizovaná informace o závažnosti poruch příjmu potravy u tanečnic latinskoamerických tanců a podobných skupin dívek věnujícím se tanečním aktivitám.

**Klíčová slova:** mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, rizikové faktory poruch příjmu potravy, tanec, tanečnice

## **Bibliographical identification**

**Title of the bachelor's work:** Eating disorders in female latin-american dancers

**Department:** 1st Faculty of Medicine, Charles University

**Author's first name and surname:** Monika Šidlikovská

**Supervisor:** doc. MUDr. Zdeněk Vilikus, CSc.

**The year of presentation:** 2022

### **Abstract:**

The bachelor thesis deals with the issue of eating disorders. The main disorders discussed in this thesis are anorexia nervosa and bulimia nervosa. The topic of eating disorders is widely known in the human population. Less well known, however, is the fact that these are disorders that can cause severe and, in some cases, fatal consequences for the affected individuals. Eating disorders disrupt individuals' social interaction with their environment and significantly impair quality of life.

The aim of this thesis is to create a review study on eating disorders that focuses on female dancers. The thesis focuses on the creation of a literature search that involves locating and compiling as many sources as possible that include studies examining the prevalence of ED in female dancers, with a particular focus on Latin American dancers. Data processing related to eating disorders in female dancers was searched using MEDLINE, ScienceDirect, and Google Scholar information databases. The contribution of this work should be updated information on the severity of eating disorders in Latin American dancers and similar groups of girls engaged in dance activities.

**Keywords:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, risk factors for eating disorders, dance, female dancers,

## Obsah

1	Úvod.....	8
2	Seznam zkratk a pojmů .....	9
3	Charakteristika poruch příjmu potravy .....	11
3.1	Mentální anorexie .....	11
3.1.1	Diagnostická kritéria podle MKN- 10 (F 50.0).....	11
3.2	Mentální bulimie.....	12
3.2.1	Diagnostická kritéria podle MKN- 10 (F 50.2).....	12
4	Historie poruch příjmu potravy .....	13
4.1	Historie mentální anorexie.....	13
4.2	Historie mentální bulimie .....	13
5	Epidemiologie poruch příjmu potravy .....	14
5.1	Incidence.....	14
5.2	Prevalence.....	14
6	Příčiny a rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy .....	16
6.1	Biologické faktory .....	16
6.1.1	Pohlaví.....	16
6.1.2	Věk .....	16
6.1.3	Genetický faktor .....	17
6.2	Psychologické faktory.....	18
6.2.1	Narušené vnímání vlastního těla.....	18
6.2.2	Body mass index (BMI) .....	18
6.2.3	Rodina.....	18
6.2.4	Sociální tlak .....	18
6.2.5	Vliv médií.....	19
6.3	Osobnostní rysy .....	19
6.3.1	Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní porucha .....	19
7	Symptomatologie mentální anorexie a mentální bulimie.....	20
7.1	Emocionální a behaviorální .....	20
7.2	Fyzické.....	21
7.3	Příznaky MA.....	21
7.4	Příznaky MB .....	22
8	Zdravotní komplikace mentální anorexie a mentální bulimie.....	23
8.1	Dermatologické komplikace .....	23

8.2	Gastrointestinální komplikace .....	23
8.3	Kardiovaskulární komplikace .....	25
8.4	Kosterní komplikace .....	26
8.5	Endokrinní potíže.....	26
8.6	Renální komplikace .....	27
9	Terapie poruch příjmu potravy .....	27
9.1	Hospitalizace.....	27
9.2	Denní péče .....	28
9.3	Psychoterapeutické metody .....	28
9.3.1	Kognitivně behaviorální terapie .....	28
9.3.2	Interpersonální psychoterapie (IPT) .....	31
9.4	Farmakoterapie .....	32
9.4.1	Antidepresivní léky .....	32
9.4.2	Antiepileptické léky.....	33
9.4.3	Antipsychotické léky .....	33
9.5	Rodinná terapie .....	33
9.6	Psychodynamická terapie.....	34
10	Cíle praktické části .....	36
11	Metodika práce .....	36
12	Poruchy příjmu potravy ve sportu .....	37
12.1	Tanec a vnímání těla .....	37
12.1.1	Body image.....	37
12.1.2	Tanec a vnímání hmotnosti.....	38
12.1.3	Tanečníci a stravování .....	39
12.1.4	Taneční závislost jako rizikový faktor PPP? .....	39
13	Prevalence poruch příjmu potravy mezi tanečnický .....	41
13.1	Charakteristika latinskoamerických tanců .....	44
13.1	Poruchy příjmu potravy u LAT tanečnic .....	45
14	Diskuze.....	47
15	Závěr.....	52
16	Seznam použité literatury .....	53
17	Seznam obrázků a tabulek.....	65
18	Přílohy .....	66

# 1 Úvod

Poruchy příjmu potravy patří v současné době mezi častá a závažná psychiatrická onemocnění postihující zejména dospívající dívky a mladé ženy. Práce popisuje základní charakteristiku poruch příjmu potravy z klinického hlediska a stručně také zdůrazňuje charakteristiku jejich výskytu. PPP patří mezi onemocnění, která jsou v současnosti velmi rozšířená, avšak první poznatky o jejich existenci byly zaznamenány již v dávné historii.

V etiologii PPP má svou nezastupitelnou roli mnoho rizikových faktorů, které se na vzniku těchto chorob mohou podílet. Proto nelze jednoznačně říci, že existuje jedna konkrétní specifická příčina, jejímž odstraněním by zaručeně došlo k vyléčení. Některým z těchto rizikových faktorů je v této práci věnována důležitá pozornost. Není vyloučeno, že existují takové případy, ve kterých samotný vliv společnosti může zvyšovat riziko propuknutí některé z těchto nemocí u ohrožených jedinců.

Dalšími aspekty, na které se v této práci zaměřuji, jsou varovné signály, které mohou být typické pro některou z PPP a poukazovat tak na počínající stádium některé z těchto chorob. Včasné odhalení takových signálů může mít velký vliv pro úspěšnou terapii. Terapie je v případě PPP důležitou a nezbytnou částí nejen proto, že účinně zlepšuje prognózu onemocnění a může tak zabránit přechodu onemocnění do chronicity, ale mnohdy může vést až k úplnému vyléčení. V jednotlivých kapitolách budu popisovat také klinické příznaky vybraných PPP a jejich patogenezi.

Mezi sportovci se PPP obecně vyskytují v porovnání s běžnou populací mnohem častěji. Proto mým hlavním cílem v této práci bylo sumarizovat co nejvíce informací týkajících se poruch příjmu potravy v souvislosti s tancem, které vyplývají z vědeckých studií, s jejichž pomocí lze zjistit, zda mají tanečnice zvýšené riziko, že mohou onemocnět některou z PPP. Pro výběr tohoto tématu jsem se rozhodla proto, že jsem společenské tance, včetně latinskoamerických tanců několik let tancovala.



## 2 Seznam zkratek a pojmů

<b>CBT</b>	Kognitivně behaviorální terapie
<b>CBT-E</b>	„Zesílená“ kognitivně behaviorální terapie
<b>DSM-III</b>	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 3. revize
<b>EAT-26</b>	Test stravovacích postojů
<b>EDI</b>	Inventář poruch příjmu potravy
<b>EDNOS</b>	Nespecifikované poruchy příjmu potravy
<b>EKG</b>	Elektrokardiograf
<b>FDA</b>	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
<b>LAT</b>	Latinskoamerické tance
<b>MA</b>	Mentální anorexie
<b>MB</b>	Mentální bulimie
<b>MKN- 10</b>	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí
<b>PPP</b>	Poruchy příjmu potravy
<b>SSRI</b>	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
<b>TCA</b>	Tricyklická antidepresiva
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace
<b>Amenorea</b>	Vynechání menstruace
<b>Anemie</b>	Chudokrevnost
<b>Anorektika</b>	Látky potlačující chuť k jídlu
<b>Arytmie</b>	Porucha srdečního rytmu
<b>Ateroskleróza</b>	Kornatění tepen
<b>Bradykardie</b>	Zpomalení srdeční frekvence
<b>Deplece</b>	Nedostatek
<b>Dilatace</b>	Roztažení
<b>Diuretikum</b>	Léčivo navozující zvýšené vylučování vody
<b>Hypertrofie</b>	Zvětšení/zbytnění
<b>Hyponatremie</b>	Snížená koncentrace sodného iontu
<b>Hypotenze</b>	Nízký krevní tlak
<b>Ischemie</b>	Místní nedokrvení

<b>Laxativum</b>	Projímadlo
<b>Nekróza</b>	Odumření tkáně
<b>Obstrukce</b>	Zamezení průchodnosti
<b>Ortostatická hypotenze</b>	Krátkodobé snížení tlaku způsobené změnou polohy z leže do stoje
<b>Osteopenie</b>	Předstupeň osteoporózy
<b>Osteoporóza</b>	Řídnutí kostí
<b>Palpitace</b>	Bušení srdce
<b>Pankreatitida</b>	Zánět slinivky břišní
<b>Perforace</b>	Protržení/proděravění
<b>Ruptura</b>	Roztržení/prasknutí

## 3 Charakteristika poruch příjmu potravy

### 3.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je duševní onemocnění charakterizované vědomým snižováním tělesné hmotnosti, kterou si postižený následně snaží udržet. Nejčastěji odmítáním potravy a omezováním se v příjmu tekutin. Takový typ MA se označuje jako restriktivní typ. Někteří jedinci trpící MA využívají i možnost, jak si udržet nízkou váhu, tím, že zvyšují energetický výdej (cvičením nebo zvracením) nebo zneužívají projímadla, anorektika či diuretika. Tento typ MA je označován jako typ purgativní. Onemocnění postihuje především mladé ženy a dospívající dívky. Může se však u jedince objevit již v dětském věku, v pubertě nebo až v období dospělosti. Přesto, že se onemocnění objevuje především u ženské populace, může v některých případech postihnout i muže. Samotný pojem anorexie neboli nechutenství je příznak, doprovázející řadu závažných somatických onemocnění, avšak u některých pacientů s MA se nechutenství objevuje až jako důsledek dlouhodobého hladovění. Totiž řada pacientů trpící mentální anorexií se jídlům vyhýbá a redukuje tak jejich příjem z důvodů obav ze zvýšení tělesné hmotnosti, ne proto, že by na jídlo neměli chuť. Někteří z nich se o jídlo zajímají natolik, že například pracují v potravinářském průmyslu nebo se věnují vaření, aniž by jídlo následně sami snědli (Krch, 1999).

#### 3.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN- 10<sup>1</sup> (F 50.0)

- A) Udržování tělesné hmotnosti nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň pro daný věk a výšku, nebo hodnota BMI dosahuje hodnoty v dospělosti 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný váhový přírůstek.

---

<sup>1</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině označovaná zkratkou MKN, v anglickém originále *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, zkratka ICD) je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Vydává ji Světová zdravotnická organizace (WHO), ale některé národní zdravotní organizace vydávají vlastní modifikované verze přizpůsobené místním podmínkám a speciálním účelům. Dostupné z: Mezinárodní klasifikace nemocí. (23. 04. 2022). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. [https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Mezin%C3%A1rodn%C3%AD\\_klasifikace\\_nemoc%C3%AD&oldid=21187442](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Mezin%C3%A1rodn%C3%AD_klasifikace_nemoc%C3%AD&oldid=21187442).

- B) Nemocný si svou tělesnou váhu snižuje sám tím, že se úmyslně vyhýbá jídlům ze strachu, že přibere nebo tím, že intenzivně cvičí, navozuje zvracení nebo užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- C) U nemocného přetrvává strach z jídla, z tloustnutí a z obezity i při jeho výrazné podváze a má zkreslenou představu o vlastním těle a vtíravé myšlenky na udržení podváhy.
- D) Rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji antikoncepci.
- E) V případě započetí onemocnění před pubertou, dochází k opoždění nebo zastavení nástupu puberty. Po uzdravení často dochází k dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Krch, 1999).

### 3.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je duševní onemocnění charakterizované především opakujícími se záchvaty přejídání, zároveň spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Lidé trpící MB si často uvědomují, že ztrácí kontrolu nad svým stravováním, přesto se ale často přejídají a následně se snaží aplikovat různé drastické metody, kterými se zkonsumovaného jídla snaží co nejrychleji zbavit. Mezi takové patří navozené zvracení, zneužívání laxativ a diuretik, intenzivní cvičení, držení různých diet nebo hladovění. Termín bulimie se stal běžně užívaným a nahradil termíny jako bulimarexie nebo hyperorexie. Převzala ho i Americká psychiatrická komora, která v roce 1980 zařadila mentální bulimii do DSM-III<sup>2</sup> (Krch, 1999).

#### 3.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN- 10 (F 50.2)

- A) Opakované epizody přejídání (minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém časovém intervalu zkonsumováno velké množství jídla.
- B) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C) Snaha o potlačení kalorického účinku jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění,

---

<sup>2</sup> DSM-III Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (také známý pod zkratkou DSM), je příručka vydaná Americkou psychiatrickou asociací (American Psychiatric Association nebo APA) popis a klasifikaci mentální poruchy. Příručka se původně vyvíjela ze statistik shromážděných z psychiatrických léčených a z příručky distribuované armádou Spojených států. Byla radikálně revidována v roce 1980 a poslední páté vydání vyšlo v roce 2013.

Dostupné z: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. (14. 02. 2022). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. [https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Diagnostick%C3%BD\\_a\\_statistick%C3%BD\\_manu%C3%A1l\\_du%C5%A1evn%C3%ADch\\_poruch&oldid=20942105](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_du%C5%A1evn%C3%ADch_poruch&oldid=20942105)

užívání léků typu anorektik, tyroidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.

- D) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, 1999).

## **4 Historie poruch příjmu potravy**

### **4.1 Historie mentální anorexie**

Poznatky o tom, že zřejmě existují PPP zaznamenal v 5. století před naším letopočtem Hippokrates, který nazýval tento problém pojmem asithia. Ve 2. století našeho letopočtu, poprvé popsal příznaky MA lékař Galén, který jako první použil termín anorexie. Ze 14. století pochází zmínka o Svaté Kateřině ze Sienny, která dobrovolně zemřela hladem. Věřila, že odmítáním potravy odčiní svých hříchů a považovala to za projev její svátosti. První medicínský popis mentální anorexie provedl britský lékař Richard Morton roku 1689. Věrohodné případy mentální anorexie popsal ve své literatuře anglický lékař Sir William Gull v 19. století. Ve 20. století zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy (Heaner, M. K., & Walsh, B. T., 2013).

### **4.2 Historie mentální bulimie**

Mentální bulimie byla poprvé popsána jako varianta anorexie v roce 1979 britským psychiatrem Geraldem Russellem. Sám Russell věřil, že MB je stav vázaný na kulturu, a nevěřil, že extrapolace na historické případy přejídání a zvracení je relevantní pro naše moderní chápání této poruchy. Přesto byla očista praktikou ve starověkém Egyptě, Řecku, Římě a Arábii, kde se používala k prevenci nemocí, o kterých se věřilo, že pocházejí z jídla. Předepisovali to i lékaři. U některých raných římských císařů bylo pozorováno, že jedli až příliš a pak zvraceli. Někteří autoři nesouhlasili s Russellem a navrhli, že toto chování bylo ranou historickou variantou mentální bulimie, postrádající – jako v případě raných popisů mentální anorexie – moderní touhu po hubenosti. Hledání popisů MB v rané lékařské literatuře bylo méně plodné než hledání MA.

Mezi nejstarší případy, které připomínají moderní MB, je případ Nadie, který popsal Pierre Janet v roce 1903. Vykazovala dietní omezení, strach z tloušťky a epizody záchvatovitého přejídání (Heaner, M. K., & Walsh, B. T., 2013).

## 5 Epidemiologie poruch příjmu potravy

### 5.1 Incidence

Epidemiologický výzkum se snaží zjistit, jaká je prevalence (aktuální rozšíření poruchy) a incidence (počet nových případů za určité období) určité poruchy nebo nemoci a jaké mohou být její základní determinanty. Zprávy o rostoucím výskytu mentální anorexie od šedesátých let přibývá. Incidence MA je obvykle uváděna v počtu nových případů na 100 000 obyvatel na rok. Epidemiologické studie založené na zdravotní statistice se shodují v tom, že do konce sedmdesátých let nových případů MA přibývalo. V současné době lze předpokládat, že v ekonomicky rozvinutých zemích světa ročně přibývá 6 až 9 nových případů MA na 100 000 obyvatel nebo 12 až 20 nových případů na stejný počet žen. Nejvyšší incidence MA se vyskytuje u dívek ve věku 15 až 19 let (Krch, 1999).

Mentální bulimie byla do roku 1979 ve zdravotnických záznamech neznámým pojmem. Proto je velmi málo epidemiologických studií zaměřených na její incidenci. Pokud jde o dlouhodobější hodnocení incidence MB, chybí zatím rozsáhlejší srovnatelná a validní data. Většina autorů (Garfinkel a Garner, 1982; Hsu, 1990; Hoek et al., 1995 a další) se však shoduje v tom, že incidence MB v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let vzrůstala mnohem rychleji než incidence MA (Krch, 1999).

### 5.2 Prevalence

Výzkum prevalence PPP se věnuje především problematice bulimie nebo některých, z hlediska PPP rizikových faktorů, jako jsou jídelní postoje, dietní strategie nebo určité osobnostní rysy. Nejčastěji sledovanou populační skupinou jsou mladé ženy a studenti. Jednodušší epidemiologické studie se spoléhají na výsledky dotazníkového šetření. Sofistikovanější dvoustupňové studie si ověřují diagnózu v řízeném hovoru. Prevalenční studie založené pouze na dotazníkovém šetření mohou ve svých výsledcích vykazovat falešně pozitivní nebo hraniční případy, a tak i vyšší prevalenci poruchy nebo kritického chování. Vícestupňové studie mohou naopak podhodnotit prevalenci poruchy, jestliže první výběr (dotazník) nezachytí všechny kritické případy, v důsledku disimilace nemocného, špatné rozlišovací schopnosti dotazníku nebo nevhodně zvolených kritérií prvního výběru. Aby mohly být kritické případy znovu vyšetřeny, nemůže být dotazník anonymní, což může některé respondenty odradit a snížit validitu sebeposouzení.

Různé epidemiologické studie uvádějí různé procento rozšíření MA. Jejich výsledky odrážejí určitá kritéria, charakter sledované populace a scénář studie. Na základě dotazníkového

šetření zjistili Crisp, Palmer a Kaucy (1976) jednaprocentní rozšíření MA mezi dívkami z několika britských soukromých škol. K podobným výsledkům (0,8 %) dospěl později i Szmuckler (1983) ve dvoustupňové studii. Mezi 16-18-ti letými dívkami, které studovaly na státních školách však zjistil prevalenci MA jen 0,2 %. V rozmezí 0,2 %- 0,8 % populace mladých dívek je udávaná prevalence MA i v dalších dvoustupňových studiích užívajících striktní diagnostická kritéria. Götestam a Agras (1995) zjistili MA u 0,4 % dospělých norských žen. Whitehouse et al. (1992) uvádí 0,2 % prevalenci MA mezi ženami ve věku 16 až 35 let, které se léčily u svých rodinných lékařů (Krch, 1999).

Zatímco dívky trpící MA často mají uspokojení z některých příznaků choroby, je v případě MB situace spíše opačná. Strach z tloušťky zná většina mladých žen, stejně jako diety a nespokojenost se svým tělem. Přejídání, dominantní příznak bulimie je běžně se vyskytující, a proto i obtížně definovatelným chováním. To jsou také důvody, proč mohly první populační studie uvádět až desetiprocentní prevalenci poruchy. Když se však jasně specifikují kritické příznaky a jejich frekvence, četnost bulimie klesá. Přejít na „tvrdší“ diagnostická kritéria MB tak doprovázel pokles její prevalence. Fairburn a Beglin (1990) analyzovali výsledky více než padesáti epidemiologických studií zaměřených na prevalenci MB. První skupina 48 studií založených na sebehodnocení respondentů v rámci dotazníkového šetření vypovídají o tom, jak jsou strach z tloušťky, pocit přejedení a snaha zhubnout, frekventovanými fenomény v ženské populaci. Průměrná prevalence se v těchto studiích pohybuje kolem 5 % až 8 %. Při užití přísnějších DSM III R kritérií je uváděna mezi 2 % až 4 %. Zjištěné výsledky však nemusejí být reprezentativní pro celou ženskou populaci (Fairburn a Beglin 1990). Zbývajících devět metodologicky sofistikovanějších studií uvádí prevalenci MB kolem jednoho procenta. To je také v současné době nejčastěji citovaná hodnota, přestože ji někteří autoři (Hoek, 1993) považují za podhodnocenou. V současné době můžeme předpokládat, že se prevalence MB pohybuje mezi 1 % až 3 % žen kritického věku (Krch, 1999).

## 6 Příčiny a rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

V současné době neexistuje jednoznačná odpověď na to, proč zrovna určitý člověk trpí právě poruchou příjmu potravy. Jde o soubor mnoha rizikových faktorů, které onemocnění předcházejí. Jako rizikový faktor se vesměs označují vlastnosti, které zvyšují výskyt nežádoucích jevů PPP (Papežová, 2010). Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti PPP (Krch, 1999).

### 6.1 Biologické faktory

#### 6.1.1 Pohlaví

Ženské pohlaví je jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP. MA a MB postihují převážně ženy (Fichter, M. M., & Quadflieg, N., 2021). Ženy mají riziko pro vznik mentální anorexie desetkrát vyšší než muži. Některé výzkumy se pokusily zjistit souvislost mezi PPP u mužů a jejich sexuální preferenci a identitou. PPP onemocní 27 % mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Je možné, že tito muži jsou v homosexuální subkultuře vystaveni podobnému tlaku být štíhlí a krásní jako ženy ve většinové společnosti (Papežová, 2010).

#### 6.1.2 Věk

Většina autorů popisující ve svých studiích PPP, se shodují na tom, že nejrizikovějším věkem pro vznik onemocnění je období puberty a časná dospělost. Zároveň však nevyklučují skutečnost, že se nemoc může projevit v jakémkoliv věku.

Velmi rychlý tělesný růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností a přibýváním tukových zásob. Průměrná tělesná hmotnost u českých dívek roste přirozeně v období mezi šestnáctým rokem z BMI 16 na 19. V kontextu současných standardů ženské krásy může rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou pro mnoho dívek představovat hrozbu (Krch, 1999).

Podle Papežové (2010) je věk pro vznik PPP faktorem nespécifickým, protože období adolescence a časně dospělosti je rizikové i pro propuknutí jiných duševních onemocnění.



### 6.1.3 Genetický faktor

Na zkoumání genetických determinant u PPP se podílelo mnoho autorů. Papežová (2012) ve své knize poukazuje na studie několika z těchto autorů. Již v sedmdesátých letech Theander (1970) publikoval studii, kde 6,6 % sourozenců 94 pacientek s MA trpělo tímž onemocněním. Později v roce 1980 Crisp et al. zjistili pravděpodobný výskyt MA u matky v anamnéze u 14 % pacientek s diagnózou PPP. V devadesátých letech Strober et al. (1990) upozornili, že v jejich souboru trpělo MA 6,2 % matek sledovaných pacientek s MA a 2 % jejich sester. Podle Hsu (1990) se v rodinách pacientek s MA a MB vyskytují PPP pětikrát častěji než v běžné populaci. Podle Papežové (2012) však mohou studie rodin ukázat pouze to, že daný znak se vyskytuje častěji u příbuzných než v kontrolní populaci. To ale není důkazem genetického původu. Podobnost příbuzných může mít i negenetické příčiny. Vyšší výskyt v rodinách však neznamena nutně genetickou vložu.

Možné závěry o genetických vlivech na PPP přinesla studie dvojčat. Ve studiích dvojčat se obvykle srovnává shoda (konkordance) sledovaného znaku u jednovaječných a dvojevaječných párů. Při předpokladu shodných vlivů prostředí u obou typů párů jsou rozdíly v konkordanci vysvětlovány genetickými faktory. Jednovaječná dvojčata sdílejí všechny geny, dvojevaječná polovinu. Zatímco jednovaječná dvojčata mají tedy stejnou genetickou výbavu, dvojevaječná dvojčata jsou geneticky stejně odlišná jako ostatní sourozenci. Srovnání výskytu určité poruchy u jedno a dvojevaječných dvojčat pak ukazuje na podíl genetických faktorů (Papežová, 2010).

Papežová (2010) ve své knize uvádí výsledky vyplývající ze studií různých autorů. Holland et al. (1984) informovali, že ze 30 párů dvojčat ženského pohlaví v Londýně trpělo MA 9 ze 16 (56 %) monozygotních párů, 1 ze 14 (7 %) dizygotních párů. Tři z neanorektických sourozenců měli jinou psychickou poruchu. Výskyt PPP se většinou pohyboval mezi 25–50 % u jednovaječných a kolem 10 % u dvojevaječných dvojčat. Další autor Hsu v roce 1990 sledoval šest jednovaječných a dva dvojevaječné páry a zjistil přítomnost PPP u dvou jednovaječných dvojčat. Fichter a Noegel (1980) prokázali MB jen u jedné dívky z 27 párů dvojčat, kde jedno z dvojčat trpělo PPP. Podle nich jednovaječná dvojčata projevují zvýšenou genetickou vulnerabilitu pro PPP, ale současně i pro jiné duševní poruchy, například pro depresi. Waters a Beumont (1990) nezjistili PPP u žádného ze sourozenců z jedenácti dvojevaječných a jednovaječných dvojčat trpících MA.

Studie rodin, a především dvojčat potvrzují, že PPP jsou familiárním onemocněním s genetickým podílem (Bulik et al., 2000; Martásková a Papežová, 2005). Heritabilita (dědivost) u PPP (Bulik a Tozzi, 2004) se pohybuje v rozmezí 33–84 % u MA a 28–83 % u

## **6.2 Psychologické faktory**

### **6.2.1 Narušené vnímání vlastního těla**

K dnešnímu dni byly studovány různé faktory, které ovlivňují tělesný obraz, jako je BMI, rodina, vrstevníci, společnost, média, kultura, sebeúcta, psychopatologie, pohlaví, věk, rodinný stav, úroveň vzdělání, kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita, chování při kontrole hmotnosti, religiozita a spiritualita (Shoraka, H. et al., 2019). Vzhledem k tomu, že nespokojenost s tělem škodí zdraví, je nezbytné identifikovat její koreláty.

### **6.2.2 Body mass index (BMI)**

Bylo zjištěno, že BMI jako biologická složka negativně přispívá k tělesnému obrazu a strachu z negativního hodnocení (strach, že člověk bude hodnocen nepříznivě kvůli svému vzhledu (Ahadzadeh, A. S. et al., 2018). Nesoulad s tělesným obrazem je spojen s nespokojeností a negativně ovlivňuje duševní zdraví, včetně snižování sebevědomí a rostoucí deprese (Jang, H. Y. et al., 2018).

### **6.2.3 Rodina**

Rodina hraje důležitou roli ve vývoji dětského tělesného obrazu, postojů k velikosti těla a stravovacích návyků, jak se formují v raném dětství. Rodina má též trvalý vliv, protože děti rozvíjejí potřebu rodičovského obdivu a souhlasu. Rodiče mohou přímo nebo nepřímo zvyšovat nebo snižovat riziko rozvoje tělesného obrazu a obav o stravování u svých dětí. Přímé postoje rodičů mohou zahrnovat komentování dítěte o jeho váze nebo vzhledu, škádlení o váze dítěte, nátlak na dítě, aby zhublo, nebo nabádání dítěte k dietě. Toto chování může modelovat sebekritiku a inspirovat děti, aby posuzovaly sebe nebo ostatní na základě vzhledu, a zdůrazňují důležitost dodržování sociálních a kulturních ideálů tělesné velikosti. K tělesné spokojenosti mohou přispívat i některé další rodinné rysy, jako je socioekonomický status rodiny a život ve velkých městech (Shoraka, H. et al., 2019), (Damiano, S. R., 2015).

### **6.2.4 Sociální tlak**

Ženy i muži se snaží prezentovat a udržovat se ve společensky žádoucí tělesné formě. Společenská akceptace je kritickou součástí životního cyklu a je zásadní pro blaho (Shoraka, H. et al., 2019), (Jang, H. Y. et al., 2015). Šikana v souvislosti s váhou v období dospívání

významně přispívá k rozvoji negativního vnímání těla a tělesné nespokojenosti. Tlak na hubnutí nebo nabírání svalů, který dospívající ze společnosti zažívají, je spojen s nespokojeností s tělem (Xu, X. et al., 2010).

### 6.2.5 Vliv médií

Děti a dospívající dnes vyrůstají ve světě zaplaveném různými typy hromadných sdělovacích prostředků, jako je televize, filmy, videa, billboardy, časopisy, hudba, noviny a internet. Novější formy médií (např. internet, sociální média, počítačové hry) jsou postupem času populárnější než tradiční formy (např. tištěné materiály a TV). Několik studií naznačuje souvislost mezi ideálem svalnatého mužského těla a ideálem hubené ženské krásy reprezentovaným v médiích s řadou psychologických stavů, včetně špatného vnímání tělesného obrazu, nespokojenosti s tělem a PPP (Kaewpradub, N. et al., 2017).

Novější formou médií, která jsou dnes navíc nepřetržitě dostupná jsou sociální média. Právě díky jejich nepřetržitosti mohou být vlivy těchto sociálních médií silnější než jiné formy médií (např. magazíny).

Několik studií naznačilo, že aktivní zapojení do sociálních médií může negativně ovlivnit tělesný obraz a zdá se, že je to spojeno s nespokojeností s tělem a PPP (Griffiths, S. et al., 2017). Na sociálních sítích uživatelé zveřejňují své fotografie a prohlíží si fotografie ostatních a fyzický vzhled je důležitým faktorem při těchto činnostech. Uživatelé se mohou často srovnávat s ideály vzhledu, které jim byly předávány prostřednictvím sociálních médií, a internalizovat tyto ideály jako standardy pro své vlastní tělo. Když jejich fyzický vzhled neodpovídá jejich vnitřním ideálům, může to vést k tělesné nespokojenosti (de Vries, D. A. et al., 2019).

## 6.3 Osobnostní rysy

### 6.3.1 Perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní porucha

Jedinci s MA a MB mají zvýšenou míru celoživotních diagnóz úzkostných a depresivních poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy (Lilenfeld, L. R., 1998). Kromě toho jsou jedinci s MA a MB oba konzistentně charakterizováni perfekcionismem, obsedantně-kompulzivitou, neuroticismem, negativní emocionalitou, nízkou sebekontrolou, nízkou kooperativností a rysy spojenými s vyhýbavou poruchou osobnosti (Cassin, S. E., & von Ranson, K. M., 2005).

**Perfekcionismus** je považován za rizikový i udržující faktor MA (Fairburn, C. G., 1999). Jde o multidimenzionální osobnostní rys či temperament charakterizovaný nastavením extrémně vysokých a náročných výkonnostních standardů, o které jedinec s perfekcionismem

usiluje a zakládá na něm své sebehodnocení. Byly nalezeny konzistentní důkazy o zvýšeném perfekcionismu u jedinců s PPP (Egan SJ; Wade TD; Shafran R, 2011), (Bardone-Cone, A.M. et al., 2007, Woodside DB, et al., 2002). Existují důkazy, že úroveň perfekcionismu jsou u PPP ve srovnání s jinými poruchami zvýšené (Bardone-Cone, A.M. et al., 2007).

Souvislost mezi PPP a **obsedantně-kompulzivní poruchou** sahá do desetiletí a byla poprvé podpořena pozorováním běžných osobnostních rysů, jako je „kompulzivní neuróza“ (Palmer & Jones, 1939) a „kompulzivní obsedantnost“ (Waller, Kaufman, & Deutsch, 1940). Nedávný výzkum konzistentně identifikoval osobnostní rysy, které jsou sdíleny mezi PPP a obsedantně-kompulzivní poruchou, jako je perfekcionismus a neuroticismus. Vzhledem k osobnostním rysům sdíleným mezi PPP a obsedantně-kompulzivními poruchami, není překvapivé, že tyto poruchy mají tendenci se vyskytovat častěji než náhodně, což ukazuje na přítomnost systematického společného výskytu (Pollack, L. O.; & Forbush, K. T.,2013).

## 7 Symptomatologie mentální anorexie a mentální bulimie

Existuje celá řada varovných signálů a příznaků typických pro PPP. Ty se však u jednotlivých osob trpících PPP liší. Kdo bojuje s PPP obecně nebude mít všechny tyto příznaky a varovné signály najednou. U lidí trpících PPP může být někdy obtížné rozpoznat příznaky této nemoci, protože své nezdravé chování často skrývají. Stejně tak nelze vždy nutně identifikovat PPP na základě toho, jak člověk vypadá (velikostně). Zde je krátký seznam příznaků, které se u PPP běžně vyskytují:

### 7.1 Emocionální a behaviorální

- Chování, které naznačuje, že diety a hubnutí se staly primárními zájmy
- Zabývání se váhou, jídlem, počítáním kalorií
- Odmítání konzumace určitých potravin
- Nekonzumování jídla před ostatními
- Vynechávání jídel nebo konzumace malých porcí jídla
- Nové dietní trendy (vegetariánství, veganství, a jiné)
- Vynechávání aktivit a kontaktu s přáteli
- Extrémní obavy o tvar a velikost těla
- Častá kontrola v zrcadle
- Časté výkyvy nálad

## 7.2 Fyzické

- Výrazné kolísání hmotnosti
- Žaludeční křeče a jiné gastrointestinální potíže (zácpa, kyselý reflux, a jiné)
- Vynechání menstruace nebo menstruace pouze při užívání hormonální antikoncepce
- Amenorea
- Hypotenze
- Potíže se soustředěním
- Abnormální laboratorní nálezy (anémie, nízké hladiny štítné žlázy a hormonů, nízký draslík, nízký počet bílých a červených krvinek)
- Závratě (hlavně při stání)
- Mdloby/synkopa
- Pocit chladu
- Problémy se spánkem
- Řezné rány a mozoly v horní části kloubů prstů (důsledek vyvolání zvracení)
- Zubní problémy, jako je eroze skloviny, kazy a citlivost zubů
- Žlutá kůže (v souvislosti s konzumací velkého množství mrkve)
- Suchá pokožka a vlasy a lámavé nehty
- Otok kolem oblasti slinných žláz
- Jemné ochlupení na těle (lanugo)
- Změna barvy zubů ze zvracení
- Svalová slabost
- Studené, skvrnitě ruce a nohy nebo otoky nohou
- Špatné hojení ran
- Zhoršená imunitní funkce

## 7.3 Příznaky MA

Lidé s MA mají extrémní strach z přibírání na váze a často a neúnavně drží dietu až k hladovění. Téměř jedna třetina až polovina anorektiků se také přejídá a následně zvrací nebo nesprávně užívá laxativa. Lidé s anorexií mají zkreslený obraz těla a myslí si, že mají nadváhu, i když ve skutečnosti mají podváhu. Mohou počítat kalorie obsesivně a dovolují si pouze malé porce určitých specifických potravin. Když je někdo s anorexií konfrontován, často popírá, že existuje problém. Příznaky anorexie mohou být zpočátku jemné, protože se vyvíjí postupně. Může to začít jako zájem o dietu před nějakou akcí (např. dovolená na pláži).

## Následující příznaky a chování běžné pro MA

- Dramatické hubnutí
- Nošení volného, objemného oblečení (slouží k zahalení vyhubnutí)
- Zaujatost jídlem, dietou, počítáním kalorií
- Odmítání jíst určité potraviny, jako jsou sacharidy nebo tuky
- Vyhýbání se jídlu nebo jedení před ostatními
- Příprava složitých jídel pro ostatní, ale odmítání je jíst
- Nadměrné cvičení
- Vyjadřování poznámek o tom, že jsem „tlustý“
- Zastavení menstruace
- Stěžování si na zácpu nebo bolest žaludku
- Popírání, že extrémní hubenost je problém

Protože lidé s anorexií svou nemoc dokážou skrývat, může se nemoc dále rozvíjet a stát se závažnou dříve, než si někdo všimne, že něco není v pořádku. Pokud máme u někoho blízkého podezření na anorexiu, je důležité, aby to posoudil a vyhodnotil lékař (Neale, J., & Hudson, L. D., 2020).

## 7.4 Příznaky MB

Lidé s mentální bulimií střídají epizody konzumace velkého množství jídla (tzv. záchvatovité přejídání) s následující „očistou“ (vyvolání zvracení nebo užívání laxativ), hladověním nebo nadměrným cvičením, aby tak potlačili výkrmný účinek jídla. Na rozdíl od anorexie mají lidé s bulimií často normální váhu. Ale mají stejně intenzivní strach z přibírání a zkreslené představy o těle. Považují se za „tlusté“ a zoufale chtějí zhubnout. Protože se lidé s bulimií často stydí a jsou sami sebou znechucení, stávají se velmi dobrými ve skrývání bulimického chování.

## Následující příznaky a chování běžné pro MB

- Důkazy o záchvatovitém přejídání: zmizení velkého množství jídla v krátkém časovém úseku nebo nalezení velkého množství prázdných obalů nebo nádob od jídla
- Důkazy o očistě: odbíhání na toaletu po jídle, zvuk nebo pach zvracení nebo balení laxativ nebo diuretik
- Vynechávání jídel nebo vyhýbání se jídlu před ostatními nebo jedení velmi malých porcí
- Nadměrné cvičení

- Nošení volného oblečení, aby se skrylo tělo
- Stěžování si na to, že jsem „tlustý“
- Nadměrné používání žvýkaček, ústní vody nebo máty
- Neustálé držení diet
- Zjizvené klouby od opakovaného vyvolávání zvracení

Stejně tak jako anorexie sebou přináší řadu zdravotních komplikací i mentální bulimie. Proto při podezření na MB je i v tomto případě důležité vyhledat pomoc lékaře. Bulimii lze úspěšně léčit kognitivně-behaviorální terapií a některými antidepresivy (Rushing, J. M. et al., 2003).

## **8 Zdravotní komplikace mentální anorexie a mentální bulimie**

Zdravotní komplikace se mezi pacienty s PPP vyskytují běžně. Mnohdy jsou tyto komplikace velmi závažné až život ohrožující. Významně tak přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u MA, tak i u MB. Následující podkapitoly podrobně popisují charakteristiku konkrétních zdravotních komplikací vyskytujících se u PPP.

### **8.1 Dermatologické komplikace**

U pacientů s MA se objevuje řídnutí vlasů a často se u nich rozvíjí jemné nepigmentované ochlupení (lanugo), zejména na obličeji, krku, pažích, zádech a nohou. Někdy se může také objevit kůže s nažloutlou barvou po nadměrném přijímání karotenoidů v zelenině. V důsledku abnormální regulace teploty se může objevit akrocyanóza na rukou a chodidlech (Yager & Andersen, 2008).

Také u bulimie se objevují kožní změny, například ztlustění nebo zjizvení na kloubech prstů ruky, způsobené tlakem prstů proti zubům, během vyvolávání zvracení. Takový příznak je vidět zejména v počáteční fázi onemocnění (Pomeroy et. Al, 2002).

### **8.2 Gastrointestinální komplikace**

Jedinci s PPP, kteří zvrací, mívají eroze zubní skloviny a zvýšenou citlivost zubů na horké nebo chladné nápoje a potraviny (Milosevic, Brodie, & Slade, 1997). Žaludeční kyseliny navíc způsobují dočasné měknutí zubní skloviny.

Zvracení zapříčiňuje u postižených jedinců hypertrofii průšních a podčelistních žláz. To se projeví oteklým až „tlustým“ obličejem (Lo Russo et. Al, 2000).

Úporné zvracení může poškodit povrch jícnu. Může se tak s obsahem žaludku vyzvracet i světlá krev. Sporadicky se vyskytující, avšak extrémně nebezpečný příznak, je ruptura stěny jícnu (Boerhaaveův syndrom) v důsledku excesivního zvracení. Je to velmi bolestivý stav provázený zánětem a bakteriální infekcí (Overby and Litt, 1988).

Pacienti s PPP často vykazují potíže včetně nevolnosti, bolesti břicha a časné sytosti (Cooney, M. et al., 2018). Tyto symptomy mohou být fyzickým výsledkem podvýživy a/nebo psychologické funkce PPP (Norris, M. L. et al., 2016).

Akutní dilatace žaludku může být pozorována u MA i MB po epizodě přejídání nebo jako výsledek obstrukce ze syndromu horní mesenterické arterie (SMA sy). Tato komplikace může mít vážné následky, jako je ischemie, nekróza a perforace žaludku. Byly hlášeny případy, kdy se u pacientů s přejídáním nebo vyplachováním projevila silná, akutní bolest břicha a výrazně dilatované žaludky po velkém přejídání, což vyžadovalo neodkladný zásah za účelem dekomprese. U jednoho pacienta došlo dokonce k perforaci žaludku z akutní dilatace (Nakao, A. et al., 2000; Tweed-Kent, A. M. et al., 2010; Kim, H. H., 2011).

Nejsou uvedeny žádné záznamy o tom, že by MA nebo MB byly příčinou pankreatitidy. Nicméně se pankreatitida objevuje v obou skupinách více u těch jedinců, kteří nadměrně užívají alkohol. Diagnóza pankreatitidy však nemusí být zachycena vzhledem k tomu, že její symptomy se mohou zaměnit s jinými břišními nespecifickými příznaky, které se u MA a MB vyskytují (Morris, Stephenson, Herring and Marti, 2004).



Obrázek 1- Extrémně roztažený žaludek vyňatý po laparotomii. Převezato z: *Pediatr. prax*, 2009, 10 (6): 310–314



### 8.3 Kardiovaskulární komplikace

Kardiovaskulární komplikace se vyskytují jak u pacientů s MA, tak i u pacientů s MB a byly hlášeny až u 80 % případů PPP. Jedná se především o bradykardie, arytmie, hypotenze, abnormality v repolarizaci a náhlé úmrtí až u 10 % z případů (Cooke et. al, 1994; De Simone et. al, 1994; Harris et. al, 1993, Isner et. al, 1985, Neumärker, 1997).

Několik studií prokázalo, že přibližně 30 % úmrtí u pacientů s mentální anorexií bylo kvůli srdečním komplikacím. Mezi pacienty s PPP se běžněji vyskytují srdeční komplikace u těch pacientů, kteří zneužívají laxativa a diuretika (Mont et al., 2003).

U bulimických pacientů se často objevují arytmie, palpitace, ortostatická hypotenze a poruchy v elektrokardiografii, což je důsledkem elektrolytické nerovnováhy (Rome and Ammerman, 2003; Walsh et. al, 2000).

Pacientům, kteří si navozují zvracení nebo užívají laxativa nebo diuretika si tak mohou přivodit dehydrataci, jejímž výsledkem je pocit závratě a omdlávání (Pomeroy and Mitchell, 2002).

Zpočátku se mezi odborníky šířily obavy, že pacienti s MA umíraly na srdeční infarkt, kvůli zvýšenému cholesterolu a ateroskleróze. Později však byly publikovány studie, které prokázaly, že při pitvě se u zemřelého nepotvrdila přítomnost obstrukční choroby koronárních tepen (Isner, Roberts, Heymsfield and Yager, 1985).

Následně se studie zaměřily na prodloužení QT intervalu na EKG. Doba trvání QT intervalu na EKG prezentuje funkci srdeční frekvence a jeho prodloužení poukazuje na ventrikulární arytmii, což může vést až k náhlé smrti. Studie následně zdokumentovaly prodloužení QT intervalu u několika anorektiků (Cooke et al. 1994).

Výrazná ztráta hmotnosti je provázána zmenšením objemu srdečních komor a klesá srdeční hmotnost a srdeční výkon. Smršťování a ztenčování buněk srdečního svalu a snížení srdečního výdeje u pacienta, jsou výsledky subjektivního pocitu únavy. Takové změny jsou významné především u pacientů, kteří váží 20 % pod ideální tělesné hmotnosti (Olivares et. al, 2005).

Pacienti s PPP mohou vykazovat různé míry dehydratace, depleci sodíku a chloridu, a to hlavně u pacientů, kteří zvrací. U pacientů, kteří zneužívají laxativa se navíc může vyskytovat i nedostatek draslíku a úbytek chlóru, sodíku a draslíku u pacientů, jenž užívají diuretika. Deplece jednotlivých prvků se liší v závislosti na tom, jaké přípravky pacienti užívají. Poruchy elektrolytů, laboratorní změny, i když nejsou pozorovány výhradně u MA, zahrnují hyponatremii, hypokalemii a hypochloremii (Baumann et. al, 2010).

## 8.4 Kosterní komplikace

U MA je zdraví kostí ovlivněno hladověním a může být trvale narušeno v průběhu nemoci. MA je komplikována nejčastěji osteoporózou a osteopenií. Podvýživa je primární příčinou zhoršeného stavu kostí u MA. Kromě toho však existují další faktory, které přispívají ke snížení kostní hmoty a síly kostry u těchto pacientů. Pro zdraví kostí může být škodlivá nízká fyzická aktivita, nadměrné množství kofeinu nebo sycených nápojů, přísná vegetariánská strava nebo dieta s vysokým obsahem soli a pravidelné užívání alkoholu a kouření cigaret. Také genetika vysvětluje přibližně tři čtvrtiny skeletálních fenotypových variací, což je důležitý bod, který je třeba vzít v úvahu u každého pacienta (Heaney, R. P. et al., 2000).

Tělo čerpá ze své kosterní zásoby bohaté na živiny, aby podpořilo fyziologické funkce při absenci adekvátního perorálního příjmu. Postupem času tento proces vede ke snížení kostní minerální hustoty, což je důsledek restriktivní PPP, jako je MA. U žen s aktivní MA je rychlost ztráty kostní hmoty přibližně 2,5 % ročně. Souhrnně tato zjištění jasně prokazují potřebu naléhavé péče o zdraví kostí u pacientů s MA (Donaldson, A. A., & Gordon, C. M., 2015).

## 8.5 Endokrinní potíže

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem MA. Hlavním příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince (Sharp a Freeman, 1993).

Nízký příjem energie u pacientů s MA vede k hypotalamické amenoree, se sníženou pulzabilitou hormonu uvolňujícího gonadotropin (GnRH) a luteinizačního hormonu (LH) a výslednými nízkými hladinami estradiolu a testosteronu.

MA je stav získané rezistence na růstový hormon (GH), charakterizovaný zvýšenou sekrecí růstového hormonu a sníženými hladinami systémového inzulínu podobného růstového faktoru 1 (IGF1).

Osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny může být v chronicky stimulovaném stavu se zvýšenými hladinami hormonu uvolňujícího kortikotropin (CRH), adrenokortikotropního hormonu (ACTH) a kortizolu. Může být přítomen i syndrom netyreoidálního onemocnění, charakterizovaný nízkou hladinou trijodthyroninu.

Hormon leptin je u MA nízký v důsledku snížené tukové hmoty. Orexigenní hormon ghrelin je zvýšený, ale anorexigenní hormon PYY je paradoxně zvýšený (Schorr, M., Miller, K. K., 2017).

## 8.6 Renální komplikace

Zneužívání projímadel a diuretik, nízký výdej moči a dehydratace mohou vést ke vzniku močových kamenů. Zmíněné nadměrné užívání diuretik a laxativ může dokonce způsobit chronické selhání ledvin (Osório, E. et al., 2013). Antidiuretický hormon (ADH) může být vylučován, což má za následek zadržování volné vody v ledvinách a hyponatremii.

## 9 Terapie poruch příjmu potravy

Podmínkou úspěšné léčby je především kvalitní terapeutický vztah a shoda cílů terapeuta (terapeutického týmu) a pacienta, tedy faktory obtížně výzkumem objektivně měřitelné. Pacientky s PPP také často přicházejí k lékaři jen proto, aby vyhověly přání své rodiny (přátel, školy, zaměstnavatele) a dokázaly, že obavy okolí jsou přehnané (Papežová, 2010). Proto primární úlohou terapeuta je poskytnout informace a vytvořit především podmínky, které motivaci pacienta ke změně a léčbě zlepšují (Miller a Rollnick, 1991), aby mohl spolupracovat na dalších cílech léčby.

### 9.1 Hospitalizace

Co se týká hospitalizace pacientů, je jedním z hlavních důvodů pro přijetí do nemocnice těžká podváha nebo výrazný úbytek hmotnosti v poměrně krátkém časovém období, jako například u atypické MA. Proto jsou nezbytné dokrmovací programy, které umožní obnovení zdravé tělesné hmotnosti a somatickou stabilizaci. Pro znovunastolení normálních stravovacích návyků se doporučuje individuální jídelní plán sestávající ze tří hlavních jídel a tří svačín. Pacientům by měla být nabídnuta nutričně vyvážená strava; výpočet kalorické potřeby vychází z věku, pohlaví, premorbidní hmotnosti, úrovně aktivity a množství přírůstku hmotnosti nutného k dosažení cílové hmotnosti (Gjoertz, M. et al., 2020).

Hladovění může být doprovázeno závažnými fyzickými změnami, např. kardiovaskulárního, gastrointestinálního, metabolického a krevního systému. Přestože dokrmování a přibírání na váze uleví od většiny somatických problémů, je třeba zvážit další lékařskou podporu, jako je substituce elektrolytů, kompenzace dehydratace a obnovení normální tělesné teploty. Mnoho pacientů trpí zhoršeným vyprazdňováním žaludku a/nebo těžkou zácpou, která musí být někdy lékařsky léčena během časného dokrmování prokinetickými nebo osmotickými látkami (Herpertz-Dahlmann B., 2021).

## 9.2 Denní péče

Nedávné studie prokázaly, že denní péče nebo částečná hospitalizace je často cennou alternativou intenzivní péče u zdravotně stabilních adolescentů. V systematickém přehledu (Friedman et al., 2016) hodnotili programy částečné hospitalizace u adolescentů s MA v šesti otevřených studiích a dospěli k závěru, že denní péče byla účinná při zlepšování přírůstku hmotnosti a stravovacích návyků. Toto zjištění bylo potvrzeno španělskou studií intenzivního programu denní péče 11 h denně (Serrano-Troncoso, E et al., 2020). V jiné, poměrně rozsáhlé klinické studii zahrnující 326 účastníků, z nichž většinu tvořili adolescenti, vedla implementace rodinné terapie v částečném nemocničním programu k významně nižší míře rehospitalizací ve srovnání s předchozím programem bez rodinné terapie (Huryk, K. M. et al., 2021).

## 9.3 Psychoterapeutické metody

Psychiatrické poruchy jsou celosvětově rozšířené a jsou spojeny s vysokou mírou zátěže nemocemi, včetně zvýšené morbiditě a mortality (Whiteford, H. A. et al., 2010; Walker, E. R. et al., 2015). Kromě toho existuje vysoká míra společného výskytu mezi psychiatrickými a zdravotními poruchami (Lewis, V. A. et al., 2014). Pokud se psychiatrické poruchy vyskytují současně se zdravotními problémy, nejenže jsou zdravotní symptomy problematičtější, ale i léčba zdravotního stavu je často komplikovanější (Kaslow, N. J. et al., 2015). Často je například snížena míra adherence k léčbě a vyšší míra využití zdravotnických služeb a s tím související náklady. Proto se stále více pozornosti věnuje potřebě farmakologických a psychoterapeutických intervencí založených na důkazech u řady psychiatrických poruch (Huhn, M. et al., 2014; Gaudiano, B. A., & Miller, I. W., 2013).

### 9.3.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (CBT) je přední léčbou MB založenou na důkazech. PPP představují jednu z nejsilnějších indikací pro kognitivně behaviorální terapii (CBT). Toto tvrzení podporují dvě úvahy. Za prvé, základní psychopatologie PPP, nadhodnocování tvaru a hmotnosti, je kognitivní povahy. Za druhé, je široce přijímáno, že CBT je léčbou první volby u MB (Fairburn, C. G et al., 2009) a existují důkazy, že je stejně účinná u případů „porucha příjmu potravy jinak nespecifikovaná“ (EDNOS), nejčastější diagnóza PPP. EDNOS je nejběžnější PPP, se kterou se setkáváme v klinickém prostředí, tvoří asi polovinu ambulantních dospělých vzorků s PPP, přičemž pacienti s MB tvoří asi třetinu a zbytek tvoří případy mentální anorexie (Fairburn, C. G., & Bohn, K., 2005).

Transdiagnostický kognitivně behaviorální popis PPP rozšiřuje původní teorii MB na všechny PPP (Fairburn, C. G. et al., 2003). Podle této teorie je přeceňování tvaru a hmotnosti a jejich kontrola stěžejní pro udržení všech PPP. Většinu ostatních klinických příznaků lze chápat jako vyplývající přímo z této psychopatologie. Výsledkem je dietní omezení a omezení; zaujatost myšlenkami na jídlo a stravování, váhu a tvar; opakovaná kontrola tělesného tvaru a hmotnosti nebo její vyhýbání; a používání extrémních metod kontroly hmotnosti. Jediným rysem, který není přímým vyjádřením základní psychopatologie, je záchvatovité přejídání. K tomu dochází ve všech případech MB, mnoha případech poruch příjmu potravy EDNOS a některých případech MA. Kognitivně behaviorální popis navrhuje, že takové epizody jsou z velké části výsledkem pokusů držet se více extrémů a vysoce specifických dietních pravidel. Opakované porušování těchto pravidel je téměř nevyhnutelné a pacienti mají tendenci reagovat na takové dietní přehmaty negativně a obecně je považují za důkaz své špatné sebekontroly. Obvykle reagují tak, že dočasně upustí od snah omezit se v jídle a výsledkem je záchvatovité přejídání. To zase udržuje základní psychopatologii tím, že zesiluje obavy pacientů o jejich schopnost ovládat jídlo, tvar a váhu. Podporuje také větší dietní omezení, čímž zvyšuje riziko dalšího záchvatovitého přejídání (Murphy, R. et al., 2010).

„Zdokonalená“ kognitivně behaviorální terapie (CBT-E) je založena na transdiagnostické teorii nastíněné dříve. Je navržena tak, aby léčila psychopatologii PPP spíše než diagnózu PPP, přičemž její přesná podoba v každém konkrétním případě závisí na individualizované formulaci procesů udržujících poruchu. CBT-E je navržena tak, aby byla podávána individuálně dospělým pacientům s jakoukoli PPP klinické závažnosti, kterou je vhodné léčit ambulantně. Je popsána jako „vylepšená“, protože používá řadu nových strategií a postupů ke zlepšení výsledků, a protože obsahuje moduly pro řešení určitých překážek změny, které jsou „vnější“ příčinou PPP, například klinický perfekcionismus a nízké sebevědomí.

Existují 2 formy CBT-E. První je „zaměřená“ forma (CBT-Ef), která se zabývá výhradně psychopatologií PPP. Současné poznatky naznačují, že tato forma by měla být považována za „výchozí“ verzi, protože je optimální pro většinu pacientů s PPP. Druhá, široká forma léčby (CBT-Eb), řeší kromě základní psychopatologie PPP vnější překážky změny. Předběžné důkazy naznačují, že tato forma CBT-E by měla být vyhrazena pro pacienty, u kterých je výrazný klinický perfekcionismus, základní nízké sebevědomí nebo interpersonální potíže a udržující PPP (Fairburn, C. G. et al., 2009).

CBT-E se zaměřuje na udržovací procesy, v tomto případě na udržovací psychopatologii PPP. Využívá specifikované strategie a flexibilní sérii sekvenovaných terapeutických postupů k dosažení jak kognitivních, tak behaviorálních změn. Styl léčby je podobný jako u jiných forem CBT. Ačkoli CBT-E využívá různé generické kognitivní a behaviorální intervence (jako je řešení kognitivních předsudků), na rozdíl od některých forem CBT upřednostňuje použití strategických změn v chování k modifikaci myšlení spíše než přímou kognitivní restrukturalizaci. Léčba má 4 definované fáze.

## **Příprava na léčbu a změnu**

Před zahájením léčby je veden rozhovor hodnotící povahu a rozsah psychiatrických problémů pacienta (Fairburn, C. G., 2008). Proces hodnocení je založen na spolupráci a je navržen tak, aby pacienta uklidnil a začal ho zapojovat do léčby a změn. Je důležité, aby byl pacient od počátku CBT-E schopen optimálně využít léčbu. Proto by měly být prozkoumány všechny potenciální překážky pro těžení z CBT-E. Kontraindikacemi pro okamžité zahájení léčby jsou fyzické rysy znepokojení, přítomnost těžké klinické deprese, zneužívání návykových látek, rušivé životní události nebo krize a konkurenční závazky. Takové faktory by měly být řešeny před zahájením léčby (Murphy, R. et al., 2010).

### **První fáze**

Cílem je zapojit pacienta do léčby a změny, odvodit s pacientem personalizovanou formulaci (konceptualizaci případu), poskytnout edukaci o léčbě a poruše a zavést a implementovat 2 postupy: kolaborativní „týdenní vážení“ a „pravidelné stravování“. Změny provedené v této první fázi léčby tvoří základ, na kterém jsou postaveny další změny.

### **Druhá fáze**

Druhá fáze je krátká, obvykle zahrnuje 2 schůzky s týdenním odstupem. Zatímco pokračuje v postupech zavedených v první fázi, terapeut a pacient zhodnotí a provedou společnou kontrolu pokroku, přičemž cílem je identifikovat problémy, které je ještě třeba řešit, a jakékoli objevující se překážky změny, v případě potřeby revidovat formulaci a třetí fáze návrhu. Recenze slouží několika účelům. Pokud pacienti dělají dobré pokroky, měli by být pochváleni za jejich úsilí a posíleny užitečné změny. Pokud se pacientům nedaří, je třeba vysvětlení pochopit a řešit. Pokud se zdá, že za to může klinický perfekcionismus, nízké sebevědomí nebo problémy ve vztazích, bylo by to indikací pro zavedení širší verze léčby.

### **Třetí fáze**

Je hlavní část léčby. Cílem je řešit klíčové procesy, které udržují pacientovu poruchu příjmu potravy (nízké sebevědomí, perfekcionismus, nadhodnocování tvaru a hmotnosti, a další). Mechanismy a pořadí, ve kterém jsou řešeny, závisí na jejich roli a relativní důležitosti při udržování pacientovy psychopatologie. Obvykle je 8 schůzek týdně.

### **Čtvrtá fáze**

Zabývá se dobrým ukončením léčby. Důraz je kladen na udržení již dosaženého pokroku a snížení rizika relapsu. Během této fáze pacienti v rámci přípravy na ukončení léčby přerušují sebekontrolu a začnou s týdenním vážením doma. Cílem je, aby pacienti identifikovali překážky co nejdříve, považovali je spíše za „lapsus“ než za „recidivu“ a aktivně je řešili pomocí strategií, které se naučili během léčby (Murphy, R. et al., 2010)

### 9.3.2 Interpersonální psychoterapie (IPT)

IPT je přední léčbou založenou na důkazech u těch PPP, u kterých je rysem záchvatovité přejídání (Murphy, R. et al. 2012). Interpersonální psychoterapie je časově omezená psychoterapie zaměřená na afekty, životní události a současnost, původně koncipovaná pro unipolární depresi a poté přizpůsobená léčbě jiných poruch, včetně PPP (Sullivan, H. S, 2014; Markowitz, J. C. et al., 2012).

Vzhledem k tomu, že pozdní adolescence a raná dospělost jsou kritickými obdobími pro rozvoj vztahů, měla PPP často za následek hluboké interpersonální narušení v době, kdy jedinec vyhledal léčbu. Mnoho pacientů má například omezené zkušenosti s rozvojem a udržováním intimních vztahů, částečně v důsledku sociálního stažení, které je běžným rysem PPP, ale také kvůli nízkému sebevědomí, které poruchu často doprovází. Zdá se, že tyto interpersonální obtíže přispívají k udržení PPP prostřednictvím různých mechanismů. Za prvé, pacienti se často více izolují od normalizačního vlivu svých vrstevníků a v důsledku toho má jejich psychopatologie tendenci přetrvávat bez problémů. Za druhé, určité rysy PPP mohou být přímo udržovány interpersonálními obtížemi. Například fáze záchvatovité přejídání má tendenci se vyskytovat v souvislosti s nepříznivými interpersonálními událostmi nebo je zhoršuje. Zatřetí, interpersonální obtíže často slouží ke zhoršení sebeúcty, což má za tendenci zvyšovat snahu pacientů kontrolovat jídlo, tvar a váhu, aby se cítili více pod kontrolou (Fairburn et al., 2003).

IPT u PPP obecně zahrnuje 16–20 50minutových léčebných sezení po dobu přibližně 4–5 měsíců. Stejně jako IPT u deprese má léčba tři fáze, z nichž každá má své vlastní cíle, strategie a postupy.

1. fáze: Prvním cílem této fáze je zapojit pacienty do léčby a popsat zdůvodnění a povahu léčby. Druhým cílem je společně identifikovat a dohodnout se na aktuálním interpersonálním problému nebo problémech, na které se bude soustředit zbytek léčby.
2. fáze: Je hlavní částí léčby. Cílem je, aby pacient nejprve porozuměl povaze identifikovaného interpersonálního problému a poté jej řešil. IPT pro depresi kategorizuje mezilidské problémy do jedné ze čtyř „problémových oblastí“: smutek, spory o mezilidské role, přechody rolí a mezilidské deficity. K řešení těchto potíží se používají jak specifické pro problémovou oblast, tak generické IPT strategie a postupy.
3. fáze: Existují dva cíle: prvním je zajistit zachování změn provedených v léčbě a druhým je minimalizovat riziko relapsu v delším časovém horizontu (Murphy, R. et al., 2012).

## 9.4 Farmakoterapie

Zatímco léky často nejsou primárním způsobem léčby PPP, běžně se předepisují jako doplněk k jiným terapeutickým intervencím. Vzhledem k tomu, že se symptomy mezi PPP a jinými psychiatrickými stavy překrývají, vyšetřovatelé se dlouho zajímali o možnou účinnost různých psychotropních léků u jedinců s PPP. Bylo zjištěno, že léky jsou nejvíce užitečné při léčbě MB a záchvatovitého přejídání, zatímco u MA byly zklamáním. Užitečnost léků při léčbě MB je dobře známá. V této populaci bylo provedeno mnoho lékových studií, které trvale přinášely klinicky významné výsledky, zejména s antidepresivními léky, jako jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a tricyklická antidepresiva (TCA) (Davis, H., & Attia, E., 2017).

### 9.4.1 Antidepresivní léky

Fluoxetin je nejčastěji předepisovaný lék pro léčbu MB a je jediným lékem se schválením US Food and Drug Administration (FDA) pro léčbu MB. Největší studie fluoxetinu porovnávala účinnost fluoxetinu 60 mg/den, 20 mg/den a placebo (Levine, LR., 1992). Levine a kol. zjistili, že 60 mg/den bylo lepší než placebo a 20 mg/den při snižování frekvence binge-purge (přejídání s následnou očistou). Konkrétně pacienti, kteří dostávali 60 mg/den, hlásili 67% snížení epizod záchvatovitého přejídání/týden (45 % ve skupině s 20 mg/den, 33 % ve skupině s placebem) a 56 % snížení epizod zvracení/týden (29 % o 20 mg/ denní skupina, 5 % skupina s placebem). Na základě těchto výsledků jsou antidepresiva typicky předepisována ve vyšších dávkách při léčbě MB než při léčbě deprese. Kromě toho přítomnost depresivních symptomů na začátku nepředpovídala klinické výsledky; jinými slovy bylo zjištěno, že antidepresiva jsou účinná při snižování epizod záchvatovitého očištění, a to i v nepřítomnosti komorbidní deprese. Fluoxetin také prokázal přínos oproti placebu při léčbě pacientů s MB, kteří špatně reagovali na psychoterapii (Walsh, B. T. et al., 2000), což naznačuje, že léčebné strategie mohou být slibné pro jedince s MB v případech, kdy jsou jiné terapeutické přístupy neúčinné nebo nedostupné.

Kromě fluoxetinu bylo v léčbě MB použito mnoho dalších antidepresiv, včetně dalších SSRI (např. sertralin, fluvoxamin a citalopram), TCA (např. imipramin, desipramin a amitriptylin) a inhibitory monoaminoxidázy (fenelzin). SSRI jsou často považovány za léky první volby kvůli zavedené indikaci FDA a kvůli jejich příznivému profilu vedlejších účinků, včetně obecně neutrálních účinků, zatímco TCA se používají méně často zčásti kvůli běžným nežádoucím účinkům, včetně sedace, zácpy a přibývání na váze (Davis, H., & Attia, E., 2017).



#### 9.4.2 Antiepileptické léky

Topiramát, lék používaný k léčbě epilepsie, který je spojen s účinky na chuť k jídlu a hmotnost, byl také zkoumán z hlediska užitečnosti u MB. V 10-ti týdenní studii s 64 ambulantními pacienty s MB byl topiramát (střední dávka 100 mg/den) ve srovnání s placebem spojen s významným snížením záchvatovitých přejídání a očisty (Hoopes, S. P. et al., 2003) a také se zlepšením psychologických opatření (Hedges, D. W. et al., 2003). U některých pacientů s MB užívajících topiramát však bylo hlášeno významné snížení hmotnosti (Hoopes, S. P. et al., 2003), což může komplikovat léčbu u jedinců, u kterých by bylo snížení hmotnosti kontraindikováno.

#### 9.4.3 Antipsychotické léky

Vzhledem k rigidně drženým kognitivním schopnostem a vysokým stupňům intenzivní úzkosti, které jsou charakteristické pro pacienty s MA, byla dlouho zvažována léčba antipsychotiky. Časně studie antipsychotické medikace první generace neprokázaly významný klinický přínos (Vandereycken W., 1984). Vývoj antipsychotik druhé generace (SGA) se však ukázal jako slibnější. Z nich je nejpozoruhodnější olanzapin. Lékaři nedávno dokončili velkou, vícemístnou randomizovanou studii u 152 ambulantních pacientů s MA. Studovaná léčba zahrnovala 10 mg/den olanzapinu oproti placebo po dobu 16 týdnů, předepsaného podle protokolu s fixní flexibilní dávkou; týdenní sezení s psychiatrem zaměřená na adherenci k léčbě. Zatímco konečné výsledky studie ještě nebyly publikovány, předběžné analýzy naznačují, že olanzapin byl spojen s malým, ale významným rozdílem v rychlosti přibírání na váze (Attia EA, EDRS Annual Conference 2016). Olanzapin byl obecně dobře snášen, nejčastějším vedlejším účinkem je ospalost.

### 9.5 Rodinná terapie

Současné publikované klinické směrnice doporučují rodinnou terapii specifickou pro PPP jako léčbu první volby u adolescentů s MA a jako doporučenou léčbu u adolescentů s MB (Hilbert, A. et al., 2017). Filosofický a na důkazech podložený odklon od důrazu na rodinnou odpovědnost v příčině PPP, umožnil rodičům aktivně se zapojit do průběhu léčby (le Grange, D., & Eisler, I., 2009; Schmidt, U., & Treasure, J., 2006) a jsou považováni za životně důležité zdroj pomoci mladým lidem v procesu obnovy (le Grande, D., & Lock, J., 2007). Zahrnuje nejen způsoby, kterými porucha negativně ovlivňuje pacienta a rodinu, ale také to, jak může být PPP částečně udržována v rámci strukturálního systému rodiny (Eisler, I., 2005). V současnosti jsou do léčby adolescentů s MA obvykle začleňovány rodiny (le Grange, D., &

Lock, J., 2005) a bylo prokázáno, že takové zapojení významně snižuje psychickou a zdravotní morbiditu a také snižuje míru opotřebení při léčbě (le Grange, D. et al., 2010).

Rodinná terapie se vyznačuje agnostickým postojem k příčině a patogenezi PPP, spolu s překlenujícím principem, že rodiče jsou nejvlivnějším zdrojem při uzdravování jejich potomků. V počátečních fázích léčby rodinná terapie mobilizuje rodičovské zdroje při obnově hmotnosti a také při narušení cyklu chování při PPP. Terapeuti rodinné terapie slouží jako odborní konzultanti rodinám a podporují rodiče, aby převzali konečnou odpovědnost za vedení svého dítěte k uzdravení. Rodinná terapie zapojuje rodiče tím, že nasměruje jejich rodičovské schopnosti a instinkty k cíli PPP, pozitivně utváří efektivitu rodičů a zbavuje je obav, že jejich úsilí naruší rodinné vztahy nebo zhorší nemoc. Protože je usnadněno obnovení hmotnosti a vyřešení symptomů chování, obvykle je vyžadována menší rodičovská autorita a rodiče mohou adolescentovi postupně obnovit autonomii v jídle. Jakmile se dítě vrátí k fungování odpovídajícímu věku, terapeutické zaměření se může přesunout k typickým vývojovým problémům adolescentů, které byly přerušeny nástupem a průběhem PPP (Gorrell, S. et al., 2019).

## 9.6 Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie je užitečná modalita při léčbě pacientů s PPP, protože klade důraz na osobní příběh a subjektivní zkušenost. Klinická zkušenost ukazuje, že mnoho pacientů s PPP se nezlepšují krátkodobými, behaviorálně orientovanými terapiemi nebo léky samotnými; tato skupina pacientů může po svých terapeutech klást obzvláště vysokou poptávku a individuální léčebné plány je třeba přizpůsobit tak, aby odpovídaly specifickým interpersonálním problémům a oblastem fungování a deficitu, které ohrožují schopnost pacientů rozvíjet se v průběhu životního cyklu (Grilo, C. M., & Mitchell, J. E., 2010).

Cílem psychodynamické terapie je zkoumat a napravovat ty interpersonální a intrapsychické problémy pacienta, ve vztahu s terapeutem, směrem k útlumu sebedestruktivních symptomů, a výrazně zlepšit kvalitu života pacienta. Závěrem psychodynamického průběhu terapie by pacienti měli mít také pevné ego, s nimiž budou moci čelit kdysi přemrštěným, ale často nevědomým obavám, nastavit lepší interpersonální hranice ve svém každodenním životě a konstruktivně se zodpovídat ze svých impulzů a ovlivnit je. Kliničtí pracovníci pracující s psychodynamickými principy si zpočátku rozšiřují formulaci obtíží pacienta tím, že se věnují detailům individuální životní anamnézy pacienta. Psychodynamické přístupy jsou obvykle dlouhodobější (alespoň 1, obvykle 2-4 roky), protože zásadní data potřebná k pochopení specifické individuální a rodinné dynamiky, která je základem dlouhodobého PPP, potřebují čas na to, aby byla odhalena a propracována. Psychodynamický psychoterapeutický proces musí být přizpůsoben relevantním,

znepokojujícím obavám a zdravým silám, které pacient vnáší do léčebného procesu (Grilo, C. M., & Mitchell, J. E., 2010).

## 10 Cíle praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je:

- a) Vyhledávání literatury týkající se problematiky PPP u tanečnic, s důrazem na tanečnice latinskoamerických tanců v databázi Pubmed/MEDLINE, ScienceDirect a Google Scholar.
- b) Provést rozbor získaných dat a vytvořit ucelený přehled informací.
- c) Na základě analýzy dat posoudit, zda mají tanečnice latinskoamerických tanců vyšší riziko výskytu PPP.

## 11 Metodika práce

Byla provedena literární rešerše s cílem nalézt a prostudovat jednotlivé studie pojednávající o poruchách příjmu potravy se zaměřením na tanečnice, včetně tanečnic latinskoamerických tanců. Sumarizovala jsem výsledky vyplívající z dříve publikovaných studií s následnou kritickou analýzou jednotlivých informací.

Literaturu jsem vyhledávala pomocí informačních databází PubMed/MEDLINE, Google Scholar a ScienceDirect, které obsahují abstrakty a bibliografické záznamy odborných časopisů z medicíny a zdravotnictví. Snažila jsem se získat co nejaktuálnější informace v období 2001-2021, avšak studie popisující problematiku PPP u tanečnic sahají až do roku 1985. Zahrnula jsem zde informace ze dvou studií publikované v letech 2015-2021, které popisují souvislost výskytu u tanečnic latinskoamerických tanců.

## 12 Poruchy příjmu potravy ve sportu

V posledních letech jsou PPP u sportovců často diskutovaným tématem. Ve srovnání s běžnou populací (včetně psychogenního přejídání) je riziko výskytu PPP ve sportu až třikrát vyšší (Joy, E. et. al, 2016).

Ve sportu často existuje ideální tělesný obraz, který naznačuje lepší výkon, a to může být jedním z důvodů, proč jsou sportovci vystaveni zvýšenému riziku PPP (Knapp, J., Aerni, G., & Anderson, J., 2014), zejména ve vytrvalostních, estetických a váhových sportech, které kladou důraz na štíhlost nebo nízkou tělesnou hmotnost (Byrne, S., & McLean, N., 2001; Smolak, L, 2000). Kromě toho mohou další faktory, jako je tlak ze strany trenérů, rodičů a dalších účastníků na hubnutí kvůli soutěžím, dieta, častá jízda na kole, předčasný začátek specifického sportovního tréninku, přetrénování, zranění nebo osobnostní charakteristiky sportovců (Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K., 2010; Taub, D. E., & Blinde, E. M., 1992).

Spoluhráči jsou také důležitým zdrojem vlivu na stravovací postoje a chování sportovců a tyto vlivy mohou být protektivní nebo mohou způsobit zvýšené riziko PPP (Scott, C. L. et al., 2019).

U mnoha tanečnic se projevuje nesprávné vnímání vlastní váhy. Toto mylné vnímání a nespokojenost s vlastním tělem je důsledek požadavku na zachování estetického standardu a neustálá potřeba tanečnic kombinovat fyzickou přípravu a sílu s lehkostí a výrazem ve svém tanci (Cardoso, A. A. et al., 2021).

### 12.1 Tanec a vnímání těla

#### 12.1.1 Body image

V literatuře se body image popisuje jako vícerozměrný konstrukt. Autoři (Banfield a McCabe, 2002) definovali body image jako mentální znázornění tvaru, velikosti a tvaru těla, které je pod vlivem různých historických, kulturních a společenských, individuálních a biologických faktorů. Vnímání složka obrazu těla je definována jako odhad velikosti, tvaru a hmotnosti vlastního těla ve vztahu ke skutečným proporcím. Subjektivní složka tělesného obrazu se vztahuje k osobní spokojenosti nebo nespokojenosti s jeho velikostí, popřípadě tvaru vlastního těla. (Garner a Garfinkel, 1979) měli za to, že porucha body image se může projevit dvěma různými způsoby: jako zkreslení obrazu těla a jako tělesná nespokojenost, zatímco (Rosen, 1996) věří, že by tam měla být zahrnuta i třetí, behaviorální, složka.

Zkreslení obrazu těla odkazuje na poruchu vnímání, kvůli které osoba není schopna správně posoudit vzhled (velikost) svého těla. Nespokojenost s tělem se týká postoje nebo pocitů a myšlenek o vlastním těle. Vlastní schémata, která tvoří sebepojetí nejsou stejná.

Některá jsou důležitější a rozvinutější než jiná, některá jsou pozitivní a některá negativní. Centrální sebe schémata jsou nejrozvinutější a mají nejsilnější vliv na zpracování informací a na chování. To je považováno za sociokulturní vlivy, které podporují vývoj zkresleného obrazu těla a PPP. Sociologové popsali dva procesy, kterými socializační činitelé mohou ovlivnit postoje a chování: sociální posilování a modelování (Fairburn & Brownell, 2002). Při úvahách o PPP v podobě body image se sociální posílení odvolává na komentáře nebo akce ostatních, které slouží jako podpora nebo udržení ideálu hubenosti pro ženy. Modelováním se rozumí proces, kterým osoby přímo schvalují nebo napodobují chování, které pozorují (Fairburn & Brownell, 2002). Není pochyb o tom, že současné společenské standardy ženské krásy přehnaně zdůrazňují vhodnost hubenosti, stejně jako úroveň hubenosti, kterou je nemožné majetným způsobem dosáhnout pro většinu žen. V literatuře se hodně píše o překonávání obav týkajících se tělesného obrazu u studentek. V dlouholeté studii se studenty a kolegy (Heatherton, 2000) uvádí, že 82 % studentů uvádí, že by rádi zhubli, ačkoli je jen velmi málo těch, kteří měli objektivně nadváhu (1,4 %).

### **12.1.2 Tanec a vnímání hmotnosti**

Hledání pohybové plasticity způsobuje, že se tanečníci snaží dosáhnout a udržet si nízkou tělesnou hmotnost, což může vést k nespokojenosti s jejich tělesným obrazem a k PPP. Vzhledem k intenzivnímu zájmu o estetické standardy mají tanečníci tendenci udržovat tenká těla (Jáuregui Lobera, I. et al., 2016; Peric, M., et al., 2016; Robbeson, J. G., Kruger, H. S., & Wright, H. H. 2015), což může vést k nepohodlí s tělesným obrazem (Nascimento, A. L. et al., 2012). Pokud jde o tělesný obraz a vnímání váhy, uvádí se, že mnohem více tanečnic a modelek než kontrolních dívek, vykazuje nesrovnalosti mezi jejich skutečnou hmotností a vnímáním váhy. Hodnotí jejich hmotnost jako normální nebo nadprůměrnou, zatímco ve skutečnosti mají podváhu. To se vysvětluje povahou těchto aktivit, z čehož vyplývá, že menší tělesná hmotnost znamená úspěch. Jejich profesionální a kulturní prostředí navíc vytváří averzi k přibírání na váze a silně podporuje postoj, že vyzábělý obraz těla je normální. (Zoletić, E., & Duraković-Belko, E., 2009).

Studie ukázaly, že nezávisle na pohlaví a věku je běžné, že jedinci, a to i ti, kteří mají ideální váhu, jsou nespokojeni se svým tělem (Robbeson, J. G., 2015; Kakeshita, I. S., & de Sousa Almeida, S., 2006; Damasceno, V. O. et al., 2005). To upřednostňuje touhu zhubnout, podněcuje praktikování chování ohroženého rozvojem PPP, (Ribeiro, L. G., & da Veiga, G. V., 2010), jak již bylo dříve pozorováno v mnoha tanečních žánrech (Nascimento, A. L. et al., 2012; Simas, J. P. N. et al., 2014; Kantanista, A. et al., 2018). Jedinci, kteří jsou nespokojeni se svým tělem, mohou přijmout škodlivé chování (např. omezit příjem potravy) nebo mít negativní emoční reakce (např. pocity smutku). To může přispět k nástupu a přetrvávání PPP (Kantanista, A. et al., 2018).

Pokud jde o nespokojenost s obrazem těla, výsledky současné studie potvrzují i další studie. V žánrech jako klasický balet, současný tanec, a jazzový tanec, bylo prokázáno, že 50% (Tseng, M. C. et al., 2014) až 72 % (Robbeson, J. G. et al., 2015) tanečnicků je nespokojených z důvodu nadváhy. Kromě toho byla zjištěna vysoká míra zkreslení obrazu těla nezávisle na žánru (Haas, A. N. et al., 2010). Tato zjištění se shodují se zjištěními mezinárodní studie provedené se 77 poloprofesionálními tanečnicemi flamenca, současného a neoklasického tance, která zjistila, že 42,25 % studovaných tanečnic má nesprávné vnímání vlastní váhy (Jáuregui Lobera, I. et al., 2016). Lze říci, že tato nespokojenost s jejich tělesným obrazem a také mylné vnímání těla mnoha tanečnic je důsledkem požadavku na udržení estetického standardu a jejich neustálé potřeby kombinovat fyzickou přípravu a sílu s výrazem v jejich tanci (Cardoso, A. A. et al., 2015).

### **12.1.3 Tanečnici a stravování**

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, perfekcionismus může být rizikovým faktorem pro manifestaci PPP. Pokud na tanec a tvar těla tanečnice aplikují vysokou úroveň perfekcionismu, pak kombinace sociokulturních tlaků na hubenost, která je vlastní taneční profesi, v kombinaci s očekáváním vysokého výkonu, vytváří ideální sociální klima pro rozvoj PPP (Garner a Garfinkel, 1980). Studie uvedla, že přibližně 83 % tanečnic podporilo obavy o tvar těla, nebo použili nezdravou strategii regulace váhy s cílem modifikovat jejich váhu (Ringham et al., 2006). To je zvláště alarmující, vezmeme-li v úvahu, že mnozí tanečnici se již věnují intenzivnímu tréninku, často bez kompenzace přiměřeným příjmem stravy (Civil a kol., 2019).

Autor Jáuregui Lobera, I., 2016 a kol. zjistili, ve své studii 77 tanečnic, významný vztah mezi vnímáním váhy a dietou a také mezi vnímáním váhy a dodržováním diety v budoucnu. Všichni účastníci studie, kteří se vnímali jako obtlouští, plánovali, že v budoucnu budou držet dietu. Mezi těmi, kteří sami sebe označili za osoby s normální váhou, s mírnou nadváhou nebo s mírnou podváhou, plánovali držet dietu. Podobný výsledek byl zjištěn i s ohledem na vztah mezi stravou z estetických důvodů a vnímáním své váhy. Nikdo z účastnic, kteří sami sebe vnímali jako mírně nebo velmi podváhou, neplánovali z estetických důvodů dietu, zatímco všichni z těch, kteří měli pocit, že mají velkou nadváhu, a 69, 56 % z účastnic, kteří se cítili být lehce obtlouští, to plánovali (Jáuregui Lobera, I., 2016).

### **12.1.4 Taneční závislost jako rizikový faktor PPP?**

Tanec má podstatné výhody pro fyzické a duševní zdraví, jako je snížení deprese, úzkosti a zvýšení fyzické a psychické pohody (Emerenziani, G. P. et al., 2013; Goodison, L., & Schafer, H. 1999; Marcus, B. H., & Stanton, A. L., 1993). Přestože je rekreační tanec spojen

se zvýšenou fyzickou a psychickou pohodou, o škodlivých účincích nadměrného tance se ví jen málo. Vzhledem k nedostatku empirického výzkumu v oblasti taneční závislosti je závislost na cvičení pravděpodobně podobná a mohla by být považována za koncepčně podobnou taneční závislosti z několika důvodů. (Například Pierce a kol., 1993) zjistili, že tanečníci dosahují vyššího skóre na stupnici závislosti na cvičení ve srovnání s vytrvalostními a nevytrvalostními sportovci. Kromě toho obě aktivity vyžadují vytrvalost a fyzickou zdatnost, a z tohoto důvodu je tanec často klasifikován jako forma cvičení (Hausenblas, H. A., & Downs, D. S., 2002).

Závislost na cvičení byla popsána jako touha po pohybové aktivitě ve volném čase, která vede k nekontrolovatelnému nadměrnému cvičení (Scully, D. et al., 1998; Hughes J. R., 1984; Adams, J., & Kirkby, R. J. 2002; Cockerill, I. M., & Riddington, M. E. 1996). Griffiths (2005) navrhl, že (jako většina behaviorálních závislostí) se závislost na cvičení projevuje v šesti obecných symptomech: nápadnost, změna nálady, tolerance, abstinční příznaky, konflikt a relaps (Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M., 2004). Kromě poklesu duševního zdraví je závislost na cvičení a/nebo závislost spojena s deformacemi tělesného obrazu (Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A., 2002). Důsledky takových zjištění jsou značné vzhledem k tomu, že poruchy tělesného obrazu zprostředkovávají rozvoj PPP (Cash, T. F., & Deagle, E. A., 1997; Davis, C. et al., 1994). Po potvrzení těchto předpokladů výzkum naznačuje silné vazby mezi závislostí na cvičení a PPP (Demetrovics, Z., & Kurimay, T., 2008; Davis, C., 1995).

Existují údaje z několika empirických studií, které naznačují, že psychopatologie může být přítomna u závislosti na tanci podobně jako u závislosti na cvičení. Například Pierce a Daleng (1998) provedli studii s 10 elitními baletními tanečnicemi a zjistili, že tanečnice hodnotily hubenější těla jako ideální a výrazně žádanější než jejich skutečný tělesný obraz, přestože se pohybovali v „ideálním“ rozmezí BMI.

Výsledky empirické studie ukázaly, že závislost na tanci je spojena s mírnou psychopatií, zejména se zvýšeným počtem symptomů PPP a v menší míře s hraničními osobnostními rysy (Maraz, A. et al., 2015). Tento výsledek je v souladu s předchozími studiemi uvádějícími zvýšené psychopatologické faktory stojící za problematickými cvičenci (Hausenblas, H. A., & Downs, D. S., 2002; Davis, C. et al., 1994; de Coverley Veale D. M., 1987).

Únik jako motivační faktor je zvláště silným indikátorem taneční závislosti, a to i po zohlednění překrývání s jinými možnými mediátory, jako je stres. Eskapismus (únik před realitou) jako motivační faktor se zde vztahuje k tanci, abychom se vyhnuli pocitu prázdnoty, nebo jako mechanismu k řešení každodenních problémů. To poskytuje důkaz, že pro menšinu jedinců může být závislost na tanci maladaptivním mechanismem zvládnání (Maraz, A. et al., 2015).

Jedním ze společných prvků mezi behaviorální a chemickou závislostí je, že oba zahrnují uspokojování krátkodobých potřeb na úkor dlouhodobých negativních účinků (Griffiths, M. 2005; Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D., 2012; Griffiths, M., 1996). Z tohoto



pohledu slouží nadměrné chování jako zvládací mechanismus k regulaci nepříjemných pocitů a kognitivních vlivů. Skutečnost, že únik a modifikace nálady byly nad všemi ostatními motivačními faktory spojeny se závislostí na tanci, je v souladu s teorií nadměrného chování jako mechanismu zvládnání každodenního utrpení (Maraz, A. et al. 2015).

### **13 Prevalence poruch příjmu potravy mezi tanečnický**

Celoživotní prevalence MA u žen se odhaduje na 0,3 až 1 procento, přičemž větší počet lidí trpí MB (Hoek & Van Hoeken 2003; Preti et al., 2009). Tato prevalence se však zdá být mnohem vyšší u specifických skupin společnosti, jako jsou např. modelky (Smethurst, Wales & Arcelus, 2010), tanečníci (Herbrich, Pfeiffer, Lehmkuhl & Schneider, 2011; Ringham et al., 2006) a další. Výzkumy zkoumající etiologii PPP zjistily silnou korelaci mezi PPP a specifickými osobnostními faktory jakými jsou nízká sebeúcta, perfekcionismus a vysoké sebe standardy. Vysoká úroveň perfekcionismu a nízké sebevědomí nalezené mezi tanečnický mohou vysvětlovat, proč se mezi touto skupinou lidí zdají být rozšířenější (Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014). Autoři vak toto zjištění v této oblasti považují za poněkud smíšená a nekonzistentní. Zatímco někteří autoři zjistili, že až 83 % tanečnicků uvádí nějakou formu celoživotní patologie stravování (Ringham a kol., 2006), jiní nezjistili vyšší počet výskytu PPP mezi tanečnický ve srovnání se zdravými kontrolami (Toro, Guerrero, Sentis, Castro, & Puertolas, 2009).

Mezi lety 1966-2013 bylo publikováno 33 empirických relevantních studií v oblasti PPP nebo problémů s příjmem potravy u tanečnicků. Nejstarší studie pochází z roku 1985 (Szmuklet, Eisler, Gillies, & Hayward, 1985) a nejnovější z roku 2012 (Nascimento & Fontenelle, 2012). Dvacet tři prací zahrnovalo výhradně baletní tanečnický (69,7 %), devět prací zahrnovalo všeobecné tanečnický (27,3 %) a jedna studie turecké tanečnický (3 %) (Batur, Kabakci & Gulol, 2003). Avšak pouze pět z těchto prací (16,1 %) zahrnovalo muže.

U všech těchto zahrnutých studií byly zaznamenány následující informace: autor, rok vydání, země, počet respondentů, počet osob zapojených do studie, pohlaví, typ tance, prostředí (zda byla studovaná populace studentů z elitních nebo neelitních škol) amatéři nebo profesionálové. Ve studiích byly dále zaznamenány informace jako použité nástroje, diagnostikovaná celoživotní prevalence, bodová míra PPP, MA, MB a poruchy příjmu potravy jinak nespecifikované (EDNOS).

Mezi studiemi byly značné rozdíly v designu, velikosti skupiny a metodách. Studií se zúčastnilo celkem 3337 tanečnicků. Průměrný věk účastníků byl 19,5 let (minimální věk byl 12,6 let a maximální 38 let). Téměř čtvrtina studií nabídla údaje o prevalenci klinických PPP pomocí strukturovaného rozhovoru. Většina studií používala dotazníky o PPP (zejména Eating

Attitude Test). Tyto dotazníky byly v této oblasti velmi oblíbené, protože je využívala více než polovina studií.

Zaznamenány byly také výsledky dotazníků používaných k měření psychopatologie příjmu potravy, což umožnilo určení kazuistiky podle testu EAT<sup>3</sup>. Mezi dotazníky byly: Průměrné skóre pro Test postojů k jídlu (EAT-40 a EAT-26), Inventář poruch příjmu potravy (EDI), subškál EDI (Touha po štíhlosti [DT], Bulimie [B] a Nespokojenost s tělem [BD]) a Dotazník poruch příjmu potravy (EDE-Q). Studie zaznamenaly informace i od kontrolních osob, a to konkrétních typů (např. netanečníci nebo sportovci). Studie byla považována za kontrolovanou, pokud byla zjištěna prevalence PPP, respektive pokud výsledky dotazníků u tanečníků byly srovnávány s výsledky u netanečníků. PPP byly ve studiích hodnoceny pomocí strukturovaných a polostrukturovaných diagnostických rozhovorů a diagnostikovány podle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM; APA, 1952-2000), který byl platný v době studie.

Tyto studie zahrnovaly amatérské tanečníky, profesionální tanečníky a studenty. Ve výsledcích studií se nacházely odlišnosti. To je však vysvětleno rozdílným typem tanečníků (např. balet vs. všeobecný tanec), rozdíly ve sledovaných populacích (např. amatéři vs. profesionálové) nebo různými nástroji použitými k určení diagnózy (Arcelus, J. et al., 2014).

V roce 2014 autor jménem Jon Arcelus díky těmto studiím, které zkoumaly výskyt PPP v taneční populaci vytvořil metaanalýzu literatury, ze které vyplývá, že:

- Celková prevalence PPP pomocí metaanalýzy náhodných efektů byla 12 % (2 % u MA, 4,4 % u MB, 9,5 % u EDNOS u všech tanečníků.
- Prevalence poruch příjmu potravy u baletních tanečníků se pohybovala v rozmezí 1,90 % až 26,60 %.
- Celková prevalence poruch příjmu potravy u baletních tanečníků, při použití metaanalýzy náhodných efektů, byla 16,4 %.
- Prevalence mentální anorexie se u baletních tanečníků pohybovala v rozmezí od 0,9 do 4,1 % a prevalence mentální bulimie od 0 do 2,7 %.
- Celková prevalence mentální anorexie při použití metaanalýzy náhodných efektů byla 4,0 % a u bulimie 2,0 % u baletních tanečníků.
- Celková prevalence EDNOS mezi baletními tanečníky byla 14,9 %.

---

<sup>3</sup> Test stravovacích postojů (EAT, EAT-26), vytvořený Davidem Garnerem, je široce používaným 26-položkovým standardizovaným dotazníkem o příznacích a obavách charakteristických pro poruchy příjmu potravy. EAT je užitečná při hodnocení "rizika poruchy příjmu potravy" na střední škole, vysoké škole a dalších speciálních rizikových vzorcích, jako jsou sportovci. EAT byla extrémně účinná při screeningu mentální anorexie u mnoha populací.

EAT-26 lze použít v neklinických i klinických prostředích, která nejsou specificky zaměřena na poruchy příjmu potravy. Povolení k používání EAT-40 nebo EAT-26 lze získat od Davida Garnera prostřednictvím webových stránek EAT-26.

Dostupné z: Test stravovacích postojů. Ve *Wikipedii, The Free Encyclopedia*. 4. 5. 2022, [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Eating\\_Attitudes\\_Test&oldid=1086224809](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Eating_Attitudes_Test&oldid=1086224809)

- Celoživotní prevalence zjištěná u profesionálních baletních tanečníků se pohybovala od 15,78 do 82,6 %. Tuto velkou variabilitu lze vysvětlit počtem případů EDNOS zjištěných v jedné ze studií (Ringham et al., 2006).
- Celoživotní prevalence mentální anorexie se pohybovala od 3,4 do 31 % a u mentální bulimie od 6,90 do 12 %.
- Celková prevalence poruch příjmu potravy u všech tanečníků byla zjištěna 12 %, což bylo mírně nižší než prevalence zjištěná u baletních tanečníků (16,4 %).

	Ballet dancers n=1729	All dancers n=3337
Mean age	20,34 years	18,78 years
Eating disorder	16,4 %	12,0 %
Anorexia nervosa	4 %	2 %
Bulimia nervosa	2 %	4,4 %
EDNOS	14,9 %	9,5 %
Mean EAT- 40	27,42	22,73
Mean EAT- 26	3,03	3,54
Mean EDI	46,59	46,59
Drive for thinness (EDI)	15,78	6,21
Bulimia (EDI)	10,12	0,82
Body dissatisfaction (EDI)	17,26	13,06
EDE-Q	1,07	1,58

Tabulka 1- Meta-analytical prevalence of eating disorders and meta-analytical means of questionnaires. Převezato z: (Arcelus, J., Witcomb, G. L., and Mitchell, 2014)

## 13.1 Charakteristika latinskoamerických tanců

LAT jsou součástí sportovní disciplíny (tanečního sportu), která vychází ze společenského tance. Společenské tance vznikaly již za dob feudalismu jako zdroj zábavy pro bohatou vládnoucí vrstvu. Jsou to tance s přesně stanovenými krokovými pasážemi za doprovodu umělé hudby. Nutné bylo vždy dodržování patřičné etikety, dbalo se na držení těla i vedení paží (Baláš, 2003).

LAT, stejně jako standardní tance, lze tančit v páru, sólově či ve skupině. Původ latinsko-amerických tanců se však nenachází pouze v latinské Americe, kde jsou kořeny brazilské samby, kubánské čači a rumby, do LAT tanců se řadí i španělské paso doble nebo americký jive, který pochází z jihu USA.

### Zastupitelé:

#### Samba

je latinskoamerický tanec na 2/4 nebo 4/4 takt. Tempo kolem 50 taktů za minutu. Slovo samba má původ v portugalském slově *semba* a v překladu znamená božská tanečnice. Existuje mnoho variací samby. Mezi nejznámější patří karnevalová samba, kterou můžete spatřit na karnevalech v Brazílii.

Je velmi svižný LAT tanec, který pochází z Kuby. Rytmus se vyvinul z kubánského tance Danzon synkopováním čtvrté doby. Cha-cha je jedním z pěti latinskoamerických soutěžních tanců, mezi něž se zařadil jako poslední v pořadí, a ve zjednodušené formě se vyučuje také v tanečních kurzech. Základní pohyb i většina jednoduchých figur je stejná pro oba partnery (zrcadlově). Cha-Cha se tancuje jak na původní latinskou hudbu nebo na latin rock či latin pop (Příspěvatelé Wikipedie, 2020).

#### Rumba

Je tradiční kubánský romantický tanec na čtyři doby, který je blízký tanci cha-cha. Partner s partnerkou jsou mezi sebou v neustálém napětí. Existují dvě varianty rumbly - tzv. *Americká rumba*, tedy *Rumba Square* a tzv. *Mambo Bolero*. V dostupných pramenech existuje více verzí vzniku tohoto tance. Původ Rumbly lze nalézt na Kubě. Podle některých šlo o tanec tančený při lidových slavnostech plodnosti a sklizně cukrové třtiny a Rumba získala své jméno podle těchto slavností. Současná Rumba byla dále formována vlivy z Jižní a Střední Ameriky, Španělska, Portugalska, Francie, Afriky, Anglie i USA. Do Evropy se Rumba dostala v roce 1923, podle některých pramenů až 1930. Skutečného rozšíření ale dosáhla Rumba až po druhé světové válce (Příspěvatelé Wikipedie, 2021).

#### Paso doble

Je druh LAT, který symbolicky znázorňuje koridu. První zmínka o tomto tanci pochází z roku 1918 jako o španělském onestepu. Znaměřším se stává v první polovině 20. let, kdy se

víc rozšířil. Standardizovali ho francouzští taneční učitelé. Jeho původ je ve Španělsku v lidových tancích oslavujících vítězného toreadora při býčích zápasech. Partner vyjadřuje toreadora v aréně, partnerka představuje toreadorův šátek (muletu). Soutěžním tancem se paso doble stalo po druhé světové válce (Přispěvatelé Wikipedie, 2021).

### **Jive**

Je to rytmický swingový tanec, který vychází z jitterbugu a v mnohém je ovlivněný rokenrolem, boogie-woogie a černošskými tanci. Roku 1944 vydal Victor Silvester první standardizovaný popis jive. Jeho původ je afroamerický, na soutěžích se tančí mezi latinskoamerickými tanci. Základním pohybem dnešního jive jsou dvě tzv. jive přeměny (tančená v základní podobě stranou jako krok-přisun-krok na jednu stranu a pak zpět krok-přisun-krok), zakončené spádovou kolébkou (Přispěvatelé Wikipedie, 2021).

### **Cha-cha**

zkráceně Cha-cha, česky čača nebo ča-ča, je velmi svižný latinskoamerický tanec pocházející z Kuby. Rytmus se vyvinul z kubánského tance Danzon synkopováním čtvrté doby. Cha-cha-cha je jedním z pěti latinskoamerických soutěžních tanců, mezi něž se zařadil jako poslední v pořadí, a ve zjednodušené formě se vyučuje také v tanečních kurzech (Přispěvatelé Wikipedie, 2021).

### **Salsa**

Salsa je pravděpodobně nejoblíbenějším kubánským tancem. Z hudebního hlediska je salsa složitou směsí historických kubánských tanečních forem, jako jsou son, danzon, guajira, guarachá, mambo, ča-ča, dohromady s kolumbijskou cumbiou a portorickou bombou. Do tohoto bohatého koktejlu rytmů byla přimíchána energie a vitalita americké hudební scény s její jazzovou a rockovou tradicí. Poprvé se tento tanec objevil na Kubě v 30. letech minulého století, do popředí zájmů širší veřejnosti ale až v 60. letech. Do USA se salsa dostala s přistěhovalci z Latinské Ameriky.

## **13.1 Poruchy příjmu potravy u LAT tanečnic**

Při vyhledávání informací, které se věnují problematice PPP spojené s latinskoamerickými tanci, bylo hledání velice omezené, jelikož existuje jen málo studií, které se touto taneční skupinou zabývalo. Tyto studie zahrnovali ve svém průzkumu respondenty, kteří tančili salsu a společenské tance (Cardoso, A. A. et al, 2021 a Maraz, A. et al., 2015). Autoři se ve svých studiích zabývali spojitostmi mezi tanečnicími a výskytem PPP. Mezi

respondenty byly ženy i muži. Ke svému šetření používali dotazníky EAT-26, BITE, EDI, SCOFF a antropometrické vyšetření zahrnující BMI.

Celkový počet tanečnicků ve studiích byl 767. Z toho 468, tedy více než polovina byly ženy. Výsledky ukazují, že průměrné BMI u skupiny profesionálních tanečnicků v Brazílii bylo 24,42. Nicméně po rozdělení na pohlaví je průměrný výsledek BMI byl 22,84 u žen, zatímco u mužů 25,49. Zatímco průměrné BMI u tanečnicků salsy bylo 22,38.

Studie použily dotazníky o poruchách příjmu potravy (konkrétně EAT-26, SCOFF a BITE test), které neprokazují diagnózu, ale poskytují informace o PPP. Výsledky dotazníků poskytující informace o PPP jsou zaznamenány v diskusi.

Výsledky studie Brazílských profesionálních tanečnicků společenského tance naznačují, že vzhledem k tomu, že nadváha je v tanci obecně stigmatizována, je pravděpodobné, že i při BMI v normálních mezích podle WHO (2016) se hodnocené tanečnice v této studii považovaly za blízké limitu pro to, aby byly klasifikovány jako nadváha, a proto se obávaly nutnosti zhubnout (Cardoso, A. A. et al., 2021).

## 14 Diskuze

Tato bakalářská práce pojednává o problematice PPP, se zaměřením na MA a MB a zkoumá jejich souvislost s tancem. V první části této práce jsem definovala samotné pojmy MA a MB včetně jejich diagnostických kritérií, podle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch. V následující kapitole jsem uvedla historické poznatky o výskytu těchto onemocnění. Následně jsem zahrнула informace o základních epidemiologických ukazatelích PPP, a to prevalenci a incidenci PPP.

Z hlediska biologické etiologie se pro vznik PPP zdají být nejvýznamnějšími faktory především pohlaví a věk, protože mladé dívky a dospívající ženy představují největší riziko pro manifestaci PPP. Je však nutné dodat, že toto není pravidlem. PPP v mnoha případech postihují i jiné věkové kategorie a v některých případech také chlapce nebo muže. Na tomto tvrzení se shoduje mnoho publikovaných studií. Ačkoli existují důkazy o tom, že PPP mají svůj genetický podklad, autoři se ve výsledcích svých studií v mnoha názorech neshodují. Z tohoto důvodu se přikláním k názoru, že by v tomto odvětví měly být provedeny další studie. Navzdory těmto skutečnostem, podle mého názoru, důležitou roli na chování člověka v souvislosti s rozvojem PPP představuje rodina a vliv sociálního prostředí. V této souvislosti však můžou velmi snadno vzniknout nechtěná nedopatření, protože lidé často nevědí, že vedle sebe mají někoho, kdo by mohl mít potíže s PPP. Nevhodné poznámky o váze by mohly u dětí a adolescentů vyvolat nesprávný dojem, že to, jak vypadají, je nežádoucí. Zde bych ráda poznamenala, že velice pozitivně hodnotím takové organizace (například centrum Anabell), které lidem, kteří bojují s PPP i jejich blízkým, nabízejí odbornou pomoc. Na druhou stranu by v tomto ohledu mohl být v budoucnu zrealizován a propagován vzdělávací program o PPP pro rodiče (případně i školy), který by mohl poskytnout informace o jídle v souvislosti s PPP a předejít tak problémům, které by mohly vzniknout.

Ve společnosti stále často převládá mylná myšlenka a předpokládá se, že někdo, kdo trpí PPP, bude vyhublý. Lidé si vždy neuvědomují, že velice hubený člověk automaticky nemusí znamenat přítomnost anorexie nebo jiné PPP. Člověk trpící PPP se veřejnosti může jevit jako „zdravě“ vypadající jedinec. Na pohled takový člověk nevykazuje žádné známky onemocnění. V této souvislosti jsem v této práci uvedla mnoho možných varovných signálů, díky kterým by se dal předvídat výskyt PPP. Existuje jich samozřejmě celá řada a každý příznak je specifický pro každého jedince, trpícího PPP. Dle mého názoru však mohou vyvolávat neklid především příznaky, jakými jsou: časté zabývání se jídlom a váhou, extrémní obavy o vzhled těla a častá kontrola v zrcadle. Pokud některý z těchto příznaků nebo jejich kombinace u člověka přetrvává, zdá se, že s ním něco nemůže být v pořádku. Jak jsem však již uvedla, příznaky se mohou vyskytovat u odlišných lidí v odlišném zastoupení. Avšak odhalení některého příznaku by mohlo znamenat včasné zahájení léčby, což je vždy žádoucím procesem, a to nejen u onemocnění PPP. Dále tak lze také předejít různým zdravotním komplikacím.

V takovém okamžiku je však důležité postupovat u takového člověka velmi citlivě a nevyvíjet na něho nátlak, protože hlavním rysem úspěšné léčby je spolupráce pacienta a lékaře.

Pravděpodobně je mnoho nemocí, které provází řada zdravotních komplikací. PPP jsou nemoci, které mezi ně rozhodně patří. V kapitole zdravotních komplikací jsem podrobně uvedla ty nejhlavnější a také nejzávažnější, avšak podle mě jich zřejmě existuje ještě mnohem více. Dokonce se mezi PPP vyskytují i takové, které mohou přímo ohrozit pacientův život.

Stejně tak, jako mají PPP mnoho příznaků, mají i mnoho nepříjemných komplikací a při jejich studování jsem jako obzvlášť nebezpečné vyhodnotila komplikace, které mohou ohrozit pacienta na životě. Z gastrointestinálních je to případ, u kterého může dojít k perforaci žaludku, vyžadující chirurgický zákrok. Autoři se ve studiích shodli na tom, že srdeční komplikace jsou důsledkem náhlého úmrtí až u 10 % z 80 % případů PPP. Podle autorů se srdeční komplikace běžně vyskytují u jedinců, kteří užívají laxativa, diuretika a kteří zvrací. Zdá se, že takové chování ovlivňuje srdeční činnost natolik, že nemůže správně fungovat. Podle autorů se u pacientů s MA zdá být jedním z největších problémů zmenšení srdečního svalu v důsledku podvýživy. Zatímco u pacientů s MB to bývají metabolické poruchy, jakými jsou například hyponatremie nebo hypokalemie, které souvisí s užíváním diuretik a laxativ a také se zvracením.

Ukázalo se, že kosterní komplikace PPP se zdají být závažné spíše u pacientů MA než u MB pacientů, a to především v důsledku podvýživy. Podle autorů se jedná především o osteoporózu, která zvyšuje křehkost a lomivost kostí. To se projevuje u jedinců s restriktivním typem anorexie. Podvyživené tělo si snaží zachovat své fyziologické funkce, protože když nepřijímá žádné živiny, čerpá tak ze zásob kostí. Ve spojitosti s tímto se u pacientek s MA může vyskytovat amenorea, tedy vynechání nebo úplná absence menstruace.

Podle informací, které vyplývají z kapitoly o zdravotních komplikacích je patrné, že tyto komplikace ztěžují pacientům život. Nejen, že způsobují problém samotným pacientům, ale zároveň mnoho z těchto zdravotních problémů nejsou viditelné pro okolí, a proto proti nim v takovém případě může těžko někdo zasáhnout a zdravotní stav pacienta se tak může postupně zhoršovat.

V předchozích kapitolách jsem se již zmínila, že PPP patří k psychiatrickým poruchám. Při svém studiu jsem našla možné psychoterapeutické metody a farmakologické metody léčby PPP, které se používají i u jiných psychiatrických onemocnění. Především léčba anorektických pacientů vyžaduje nejčastěji návštěvu denní péče a v těžkých případech i hospitalizaci. Toto řešení je však spojeno s velkými náklady z pozice zdravotnictví a také pro pacienty je to psychicky i časově náročné. Proto se mezi lékaři dbá na důslednost psychoterapeutických postupů, doplněných farmakologickou léčbou. Mezi psychoterapeutické metody, které jsem v této práci popsala patří kognitivně behaviorální terapie založená na důkazech, která se přednostně používá u pacientů s MB a u pacientů s nespecifikovanou PPP (EDNOS). Psychoterapeut se prostřednictvím této léčby snaží u pacientů „přeucit“ jejich myšlení, které



vede k jejich psychopatologickému chování, které se většinou projevuje záchvatovitým přejídáním a následným navozením zvracení. Nalezla jsem také informace o „zesílené“ kognitivně behaviorální terapii, která se zaměřuje na řešení psychopatologie konkrétně u jednotlivých pacientů s PPP. V další části kapitoly jsem popisovala různé léčebné metody, které se používají v terapii PPP. Mezi ně patří interpersonální terapie, která má největší užití u pacientů se záchvatovitým přejídáním. Dále je to rodinná terapie, ve které, jak už z názvu vyplývá, je zapojena rodina. Tato léčba se využívá především u adolescentů, kteří trpí MA a doporučuje se i adolescentům s MB a předpokládá, že rodiče mají největší vliv na uzdravení svého dítěte, a proto jim umožňuje zapojit se do léčby. Dalším specifickým typem léčby je psychodynamická terapie, která se zaměřuje na osobní zkušenosti pacienta a jeho osobní příběh a u kterého se jiná forma terapie (včetně léků) neprojevila jako účinná. Do kapitoly o terapii PPP jsem také zařadila informace o farmakologické léčbě PPP, ačkoliv není v této oblasti považována za primární, na rozdíl od psychotherapeutické léčby. Autoři ve svých studiích prokázali účinnost antidepresivních léků, včetně SSRI a TCA a také fluoxetinu. Toto se však nejčastěji používá a funguje u bulimických pacientů a pacientů EDNOS. U pacientů s mentální anorexií se však tato účinnost neprojevila. Autoři se snažili prokázat účinek olanzapinu v léčbě MA, který patří mezi antipsychotické léky, avšak jejich výsledky se neshodují. V tomto ohledu se přikláním k názoru, že je pro potvrzení účinnosti olanzapinu v léčbě MA je potřeba dalších klinických studií.

A konečně, v další části bakalářské práce, ve které jsem se pokoušela prokázat souvislost mezi PPP a tanečnicemi, především LAT tanečnicemi, jsem při své studii našla mnoho zajímavých výsledků. Pro vysvětlení, co je to vlastně LAT tanec, jsem uvedla základní definici latinskoamerických tanců a jejich jednotlivé zastupitele. Při studování literatury jsem se snažila vyhledat všechny možné informace, které by mohly vysvětlit, proč by se u tanečnic mohlo vyskytovat zvýšené riziko, že budou trpět PPP. Protože tanec je sám o sobě sportovní disciplína, vyhledávala jsem nejprve data ze studií, které se zaměřovaly na hledání souvislostí mezi sportem a PPP. Výsledky jasně ukázaly, že sportovci se ve srovnání s běžnou populací potýkají s PPP mnohem častěji, a to až trojnásobně. Z toho se do popředí dostávají estetické sporty (mezi které patří i tanec), které podle autorů představují oproti jiným sportům největší riziko. V příloze jsem sestavila graf, který znázorňuje procentuální zastoupení rizika PPP jednotlivých druhů sportu (viz Obrázek 2). Toto pravděpodobně souvisí s touhou sportovců podat co nejlepší výkon, který se u estetických sportů, mimo jiné, projevuje vyššími nároky sportovců na štíhlost. Nátlak na sebe nemusí vytvářet sportovci samotní, ale také jejich rodina nebo trenéři, kteří se v rámci dosažení co nejlepšího výsledku snaží přimět sportovce k intenzivnějšímu tréninku a/nebo držení diet, které jsou nad jeho síly.

Při sběru dat jsem narazila na termín body image, a protože jsem se v další části věnovala popisu vnímání hmotnosti u tanečnic, považovala jsem za důležité tento termín podrobněji popsat. Ve stručnosti lze říci, že body image je vnímání svého vlastního těla, jeho tvaru a velikosti. Podle autorů se porucha vnímání vlastního těla projevuje jako nespokojenost

se svým tělem a jako zkreslení obrazu vlastního těla. V současnosti jsou ve společnosti ideály krásy spojeny s přísným důrazem na hubenost. Tanečníci vyžadují nebo po nich je vyžadováno, aby naplňovali své estetické standardy udržováním nízké hmotnosti, což může vést k nespokojenosti s jejich body image. Ukázalo se, že nespokojenost s vlastním tělem umocňuje u tanečnicků potřebu zhubnout, a to podněcuje chování, které by mohlo vést k rozvoji PPP. Autoři se ve výsledcích svých studií shodují v tom, že se u tanečnicků vyskytuje nesprávné vnímání váhy a zkreslené vnímání těla. V souvislosti s touto skutečností jsem v další kapitole uvedla informace ze studií, ve kterých tanečníci plánovali držení diety s cílem zhubnout, a to i ti, kteří měli normální váhu. Někteří tanečníci používali nesprávné metody s cílem snížit svou hmotnost.

Kapitolu závislosti na cvičení v souvislosti s PPP jsem podrobně popsala s úmyslem poukázat na to, že závislost na cvičení je spojena s deformacemi tělesného obrazu. Jak jsem již popsala výše, zkreslení tělesného obrazu zprostředkovává rozvoj PPP. Existuje však jen jedna studie, která studovala závislost na tanci v souvislosti s rozvojem PPP. Podle tohoto zjištění doporučuji, aby byly provedeny další studie, které by se zaměřovaly na taneční závislost v souvislosti s rozvojem PPP u tanečnicků.

Podařilo se mi získat data, která vyplývají z metaanalýzy o prevalenci PPP mezi tanečnicemi, která zahrnuje výsledky ze studií publikovaných od roku 1985-2012. Vyplývá celkem ze 33 empirických studií, proto její data považuji za dostatečně podložená. Studie zahrnovala především baletní tanečnice, tanečnice všeobecného tance a turecké tance. Autoři hodnotili PPP pomocí strukturovaných i polostrukturovaných rozhovorů a pomocí dotazníků a poté diagnostikovali PPP prostřednictvím diagnostického a statistického manuálu. Výsledky této metaanalytické studie potvrdily přítomnost PPP (viz Tabulka 1). Celková prevalence PPP pomocí metaanalýzy náhodných efektů byla 12 % u všech tanečnicků.

Při získávání dat v oblasti tanečnic latinskoamerických tanců se mi podařilo získat data ze dvou studií zahrnující brazilské společenské tanečnice a tanečnice salsy. Ve studiích bylo průměrné BMI v obou studiích v normě. Jedna studie ve svém šetření použila dotazník SCOFF, jehož průměrný výsledek u tanečnicků salsy byl 0,36. Ve druhé studii byly výsledky testů EAT průměrně (11,38±9,31) a výsledky na BITE škále průměrně (7,01 ± 4,82). Podle těchto výsledků nelze potvrdit přítomnost PPP u tanečnic LAT. Nicméně se ukázalo, že ve studii brazilských společenských tanců až 56,4 % žen nebylo spokojeno se svým tělem kvůli nadváze. Tyto studie sice nepotvrdily přítomnost PPP u účastníků LAT tanců, avšak vezmu-li v úvahu, že předchozí studie se shodují na tom, že tanečnice mají obecně vyšší riziko PPP oproti jiným sportovním disciplínám, nelze vyloučit možnost, že i tanečnice LAT tanců jsou oproti běžné populaci ohroženou skupinou.

Tato bakalářská práce má jistě svá omezení. Pojednává o problematice PPP ve spojitosti s tanečnicemi a tanečnicemi LAT tanců, avšak je třeba vzít v úvahu, že studie, ze kterých jsem čerpala informace mezi sebou zahrnovaly i muže, i když povětšinou to byly ženy. Také se studie

často nesoustředily na určitou věkovou kategorii, i když průměrný věk respondentů, kteří tančili se pohyboval v rozmezí, ze kterého vyplývá, že šlo často o adolescenty. Výsledky studií ukazují, že aktuálně jsou mezi tanečnicemi nejohroženější skupinou tanečnice baletu. Co se týká tanečnic LAT, na které jsem se v této práci soustředila, je důležité poznamenat, že pro tuto taneční skupinu nebylo publikováno dostatek studií, které bych mohla porovnat s výsledky studií ostatních tanečních skupin.

## 15 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo vytvoření přehledné aktuální informovanosti o poruchách příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie, v oblasti tanečnic se zaměřením na tanečnice latinskoamerických tanců. Tato práce poskytuje přehled historických i současných vědeckých poznatků o poruchách příjmu potravy a zároveň informuje o tom, proč jsou tanečnice v porovnání s ostatními populacemi ohroženou skupinou.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, o kterých společnost často předpokládá, že jsou jen současným trendem u mladých dívek. Avšak vědecké studie a samotní lékaři oprávněně řadí tyto poruchy mezi psychiatrická onemocnění. Tato práce by měla poskytnout laické veřejnosti informace o tom, že tyto poruchy negativně ovlivňují život osobám, které nimi trpí a ohrožují je na zdraví a narušuje to jejich soužití s rodinou a společností. Proto jsem v této souvislosti věnovala pozornost rizikovým faktorům, které by k rozvoji těchto poruch mohly vést, protože jejich případné odhalení, by mohlo znamenat včasnou léčbu, protože u většiny nemocí platí, že čím dříve, tím lépe. Léčba těchto poruch je často dlouhodobá, zvláště u chronických nemocí. Je velmi důležité s pacientem zacházet opatrně, a to i ze strany rodičů a blízkých. Je třeba brát v úvahu, že sami pacienti se za sebe často stydí, protože sami vědí, že to, co dělají není správně, avšak sami si pomoci neumí.

Tato práce poskytuje aktuální informace o prevalenci o poruchách příjmu potravy mezi tanečnicemi. Stejně jako pro jiné dívky je i u tanečnic zvýšené riziko rozvoje poruchy příjmu potravy. Na rozdíl od ostatních dívek však představují rizikovější skupinu, jelikož jsou pod vlivem více rizikových faktorů. Často sami na sebe kladou velké nároky, protože chtějí dosáhnout co nejlepšího výkonu. Nejen to však je posouvá na hranice jejich možností. Často se o to snaží i rodina nebo trenéři a pokud ne oni, vede je k tomu subjektivní pocit povinnosti naplnit společností nastavené estetické standardy. Je ale důležité si uvědomit, že ne vždy se to vyplatí. Pravdou zůstává, že osobnostní vlastnosti jako je perfekcionismus nebo obsedantní kompulzivita jsou faktory, které lze jen těžko ovlivnit, ale všichni ve společnosti mají tu kompetenci nedávat prostor pro rozvoj těchto nemocí už jen tím, že můžou opatrně zacházet se slovy o váze ostatních.

## 16 Seznam použité literatury

1. Adams, J., & Kirkby, R. J. (2002). Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research & Theory, 10*(5), 415-437. <https://doi.org/10.1080/1606635021000032366>
2. Ahadzadeh, A. S., Rafik-Galea, S., Alavi, M., & Amini, M. (2018). Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health psychology open, 5*(1), 2055102918774251. <https://doi.org/10.1177/2055102918774251>
3. Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 22*(2), 92–101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>
4. Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 22*(2), 92–101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>
5. Banfield, S. S., & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence, 37*(146), 373–393.
6. Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). *Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. Clinical psychology review, 27*(3), 384–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
7. Batur, S., Kabakci, E., & Gulol, C. (2003). Maladaptive eating attitudes of elite and amateur Turkish dancers: are they at risk?. *Eating and weight disorders : EWD, 8*(4), 263–267. <https://doi.org/10.1007/BF03325024>
8. Baumann, A., Heitmann, S., Bubendorff, V., & Himmerich, H. (2010). Laborwertveränderungen bei Anorexia nervosa [Laboratory changes in anorexia nervosa]. *Praxis, 99*(11), 661–667. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000145>
9. Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of science and medicine in sport, 4*(2), 145–159. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(01\)80025-6](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(01)80025-6)
10. Cardoso, A. A., Reis, N. M., Moratelli, J., Borgatto, A., Resende, R., de Souza Guidarini, F. C., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2021). Body Image Dissatisfaction, Eating Disorders, and Associated Factors in Brazilian Professional Ballroom Dancers. *Journal of dance medicine & science : official publication of the International Association for Dance Medicine & Science, 25*(1), 18–23. <https://doi.org/10.12678/1089-313X.031521c>
11. Cardoso, A. A., Reis, N. M., Moratelli, J., Borgatto, A., Resende, R., de Souza Guidarini, F. C., & de Azevedo Guimarães, A. C. (2021). Body Image Dissatisfaction, Eating Disorders, and Associated Factors in Brazilian Professional Ballroom Dancers. *Journal of dance medicine & science : official publication of the International Association for Dance Medicine & Science, 25*(1), 18–23. <https://doi.org/10.12678/1089-313X.031521c>

12. Cash, T. F., & Deagle, E. A., 3rd (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 22(2), 107–125.
13. Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895–916.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
14. Civil, R., Lamb, A., Loosmore, D., Ross, L., Livingstone, K., Strachan, F., Dick, J. R., Stevenson, E. J., Brown, M. A., & Witard, O. C. (2019). Assessment of Dietary Intake, Energy Status, and Factors Associated With RED-S in Vocational Female Ballet Students. *Frontiers in nutrition*, 5, 136. <https://doi.org/10.3389/fnut.2018.00136>
15. Cockerill, I. M., & Riddington, M. E. (1996). Exercise dependence and associated disorders: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(2), 119–129.  
<https://doi.org/10.1080/09515079608256358>
16. Cooke, R. A., Chambers, J. B., Singh, R., Todd, G. J., Smeeton, N. C., Treasure, J., & Treasure, T. (1994). QT interval in anorexia nervosa. *British heart journal*, 72(1), 69–73. <https://doi.org/10.1136/hrt.72.1.69>
17. Cooney, M., Lieberman, M., Guimond, T., & Katzman, D. K. (2018). Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of eating disorders*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>
18. Damasceno, V. O. et al. (2005). Ideal physical type and body image satisfaction of regular walkers. [Online]. *Rev Bras Med Esporte*, 11(3), 181–186.  
<https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000300006>.
19. Damiano, S. R., Hart, L. M., & Paxton, S. J. (2015). Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. *Journal of eating disorders*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0043-5>
20. Davis, C., Kennedy, S. H., Raveleski, E., Dionne, M., Brewer, H., Neitzert, C., & Ratusny, D. (1995). Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *Journal of psychosomatic research*, 39(8), 967–976. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00064-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00064-x)
21. Davis, C., Kennedy, S. H., Raveleski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 957–967. <https://doi.org/10.1017/s0033291700029044>
22. Davis, H., & Attia, E. (2017). Farmakoterapie poruch příjmu potravy. *Současný názor v psychiatrii*, 30 (6), 452–457. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000358>
23. de Coverley Veale D. M. (1987). Exercise dependence. *British journal of addiction*, 82(7), 735–740. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x>
24. de Simone, G., Scalfi, L., Galderisi, M., Celentano, A., Di Biase, G., Tammaro, P., Garofalo, M., Mureddu, G. F., de Divitiis, O., & Contaldo, F. (1994). Cardiac abnormalities in young women with anorexia nervosa. *British heart journal*, 71(3), 287–292. <https://doi.org/10.1136/hrt.71.3.287>
25. de Vries, D. A., Vossen, H., & van der Kolk-van der Boom, P. (2019). *Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent-Adolescent Relationships*. *Journal of youth and adolescence*, 48(3), 527–536.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-018-0956-9>

26. Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2012). Behavioral addictions: Past, present and future. *Journal of behavioral addictions, 1*(1), 1–2.  
<https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.0>
27. Demetrovics, Z., & Kurimay, T. (2008). Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció [Exercise addiction: a literature review]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata, 23*(2), 129–141.
28. Donaldson, A. A., & Gordon, C. M. (2015). Skeletal complications of eating disorders. *Metabolism: clinical and experimental, 64*(9), 943–951.  
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.06.007>
29. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). *Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. Clinical psychology review, 31*(2), 203–212.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
30. Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family therapy, 27*(2), 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
31. Emerenziani, G. P., Guidetti, L., Gallotta, M. C., Franciosi, E., Buzzachera, C. F., & Baldari, C. (2013). Exercise intensity and gender difference of 3 different salsa dancing conditions. *International journal of sports medicine, 34*(4), 330–335.  
<https://doi.org/10.1055/s-0032-1323722>
32. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* [Online] (1st ed.). New York: The Guilford press. Dostupné z:  
[https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=KRvAlB3l8-MC&oi=fnd&pg=PA3&ots=71BvJdBp27&sig=uA0OorKYbJ2VBrKp3K6A3vbpGNw&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=KRvAlB3l8-MC&oi=fnd&pg=PA3&ots=71BvJdBp27&sig=uA0OorKYbJ2VBrKp3K6A3vbpGNw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
33. Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour research and therapy, 43*(6), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>
34. Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.). (2002). (2nd ed.). Guilford Press.
35. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
36. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American journal of psychiatry, 166*(3), 311–319.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
37. Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour research and therapy, 37*(1), 1–13.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00102-8)
38. Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2021). Ess- und Fütterstörungen : Neue Entwicklungen [Eating and feeding disorders : New developments]. *Der Nervenarzt, 92*(11), 1203–1213. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01191-0>
39. Friedman, K., Ramirez, A. L., Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Boutelle, K. N., & Kaye, W. H. (2016). A Narrative Review of Outcome Studies for Residential and Partial Hospital-based Treatment of Eating Disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 24*(4), 263–276.  
<https://doi.org/10.1002/erv.2449>

40. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>
41. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 10(4), 647–656. <https://doi.org/10.1017/s0033291700054945>
42. Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: facing the challenges that lie ahead. *Clinical psychology review*, 33(7), 813–824. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.004>
43. Gjoertz, M., Wang, J., Chatelet, S., Monney Chaubert, C., Lier, F., & Ambresin, A. E. (2020). Nutrition Approach for Inpatients With Anorexia Nervosa: Impact of a Clinical Refeeding Guideline. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, 44(6), 1124–1139. <https://doi.org/10.1002/jpen.1723>
44. Goodison, L., & Schafer, H. (1999). Drug addiction therapy. A dance to the music of time. *The Health service journal*, 109(5677), 28–29.
45. Gorrell, S., Loeb, KL, & Le Grange, D. (2019). Rodinná léčba poruch příjmu potravy: Narativní recenze. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42 (2), 193–204. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
46. Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody? *Employee Councelling Today*. <https://doi.org/10.1108/13665629610116872>
47. Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
48. Griffiths, S., Murray, S. B., Krug, I., & McLean, S. A. (2018). *The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms, and Anabolic Steroid Use Among Sexual Minority Men. Cyberpsychology, behavior and social networking*, 21(3), 149–156. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0375>
49. Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (2010). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* [Online] (1st ed.). New York: The Guilford press. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=1CvjwZs6VZEC&oi=fnd&pg=PA339&dq=psychodynamic+therapy+for+eating+disorders&ots=vA6OpPMkbJ&sig=J\\_OlhbjlVcLIFz777NEasjDVX4k&redir\\_esc=y#v=onepage&q=psychodynamic%20therapy%20for%20eating%20disorders&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=1CvjwZs6VZEC&oi=fnd&pg=PA339&dq=psychodynamic+therapy+for+eating+disorders&ots=vA6OpPMkbJ&sig=J_OlhbjlVcLIFz777NEasjDVX4k&redir_esc=y#v=onepage&q=psychodynamic%20therapy%20for%20eating%20disorders&f=false)
50. Haas, A. N., Garcia, A. C. D., & Bertoletti, J. (2010). Body image of professional ballet dancers [Online]. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, 16(3), 182-185. [R https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000300005](https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000300005)
51. Harris, J. P., Kreipe, R. E., & Rossbach, C. N. (1993). QT prolongation by isoproterenol in anorexia nervosa. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 14(5), 390–393. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(08\)80013-4](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(08)80013-4)
52. Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of sport and exercise*, 3(2), 89-123. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(00\)00015-7](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(00)00015-7)
53. Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A. (2002). Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *The International journal of eating disorders*, 32(2), 179–185. <https://doi.org/10.1002/eat.10071>



54. Heaner, M. K., & Walsh, B. T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite*, *71*, 445–448.
55. Heaney, R. P., Abrams, S., Dawson-Hughes, B., Looker, A., Marcus, R., Matkovic, V., & Weaver, C. (2000). Peak bone mass. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, *11*(12), 985–1009. <https://doi.org/10.1007/s001980070020>
56. Hedges, D. W., Reimherr, F. W., Hoopes, S. P., Rosenthal, N. R., Kamin, M., Karim, R., & Capece, J. A. (2003). Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures. *The Journal of clinical psychiatry*, *64*(12), 1449–1454. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1208>
57. Herbrich, L., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Schneider, N. (2011). Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. *Journal of sports sciences*, *29*(11), 1115–1123. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.578147>
58. Herpertz-Dahlmann B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, *13*(4), 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
59. Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, *30*(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
60. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *34*(4), 383–396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
61. Hoopes, S. P., Reimherr, F. W., Hedges, D. W., Rosenthal, N. R., Kamin, M., Karim, R., Capece, J. A., & Karvois, D. (2003). Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *The Journal of clinical psychiatry*, *64*(11), 1335–1341. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1109>
62. Hughes J. R. (1984). Psychological effects of habitual aerobic exercise: a critical review. *Preventive medicine*, *13*(1), 66–78. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(84\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0091-7435(84)90041-0)
63. Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J. M., & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA psychiatry*, *71*(6), 706–715. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112>
64. Huryk, K. M., Casasnovas, A. F., Feehan, M., Paseka, K., Gazzola, P., & Loeb, K. L. (2021). Lower rates of readmission following integration of family-based treatment in a higher level of care. *Eating disorders*, *29*(6), 677–684. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1823173>
65. Cha-cha. (14. 12. 2021). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:31, 26. 06. 2022 z <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Cha-cha&oldid=20728574>.
66. Isner, J. M., Roberts, W. C., Heymsfield, S. B., & Yager, J. (1985). Anorexia nervosa and sudden death. *Annals of internal medicine*, *102*(1), 49–52. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-102-1-49>

67. Jang, H. Y., Ahn, J. W., & Jeon, M. K. (2018). Factors Affecting Body Image Discordance Amongst Korean Adults Aged 19-39 Years. *Osong public health and research perspectives*, 9(4), 197–206. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2018.9.4.09>
68. Jáuregui Lobera, I., & Bolaños Ríos, P. (2011). Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 411–420. [https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2011.v14.n1.37](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.37)
69. Jáuregui Lobera, I., Bolaños-Ríos, P., Valero-Blanco, E., & Ortega-de-la-Torre, Á. (2016). Eating attitudes, body image and risk for eating disorders in a group of Spanish dancers. *Nutricion hospitalaria*, 33(5), 588. <https://doi.org/10.20960/nh.588>
70. Jive. (8. 07. 2021). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:31, 26. 06. 2022 z <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Jive&oldid=20135704>.
71. Joy, E., Kussman, A., & Nattiv, A. (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British journal of sports medicine*, 50(3), 154–162. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095735>
72. Kaewpradub, N., Kiatrungrit, K., Hongsanguansri, S., & Pavasuthipaisit, C. (2017). Association Among Internet Usage, Body Image and Eating Behaviors of Secondary School Students. *Shanghai archives of psychiatry*, 29(4), 208–217. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216092>
73. Kakeshita, I. S., & de Sousa Almeida, S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários [Relationship between body mass index and self-perception among university students]. *Revista de saude publica*, 40(3), 497–504. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000300019>
74. Kantanista, A., Glapa, A., Banio, A., Firek, W., Ingarden, A., Malchrowicz-Moško, E., Markiewicz, P., Płoszaj, K., Ingarden, M., & Maćkowiak, Z. (2018). Body Image of Highly Trained Female Athletes Engaged in Different Types of Sport. *BioMed research international*, 2018, 6835751. <https://doi.org/10.1155/2018/6835751>
75. Kaslow, N. J., Kapoor, S., Dunn, S. E., & Graves, C. C. (2015). Psychologists' Contributions to Patient-Centered Medical Homes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 22(4), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9445-4>
76. Kim, H. H., Park, S. J., Park, M. I., & Moon, W. (2011). Acute gastric dilatation and acute pancreatitis in a patient with an eating disorder: solving a chicken and egg situation. *Internal medicine (Tokyo, Japan)*, 50(6), 571–575. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.4595>
77. Knapp, J., Aerni, G., & Anderson, J. (2014). Eating disorders in female athletes: use of screening tools. *Current sports medicine reports*, 13(4), 214–218. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000074>
78. Krch, F. (1999). *Poruchy příjmu potravy* (1st ed.). Praha: Grada publishing
79. le Grande, D., & Lock, J. (2007). *Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach* [Online] (1st ed.). New York: The Guilford press. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=lmb8Hk0SO5kC&oi=fnd&pg=PA1&ots=0t1fofDm-E&sig=hXs-mF3\\_jy0beMELR0UEPcWPXLI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=lmb8Hk0SO5kC&oi=fnd&pg=PA1&ots=0t1fofDm-E&sig=hXs-mF3_jy0beMELR0UEPcWPXLI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
80. le Grange, D., & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 159–173. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.004>

81. le Grange, D., & Lock, J. (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 37(2), 79–91. <https://doi.org/10.1002/eat.20085>
82. le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
83. Levine, LR. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). *Archives of general psychiatry*, 49(2), 139–147.
84. Lewis, V. A., Colla, C. H., Tierney, K., Van Citters, A. D., Fisher, E. S., & Meara, E. (2014). Few ACOs pursue innovative models that integrate care for mental illness and substance abuse with primary care. *Health affairs (Project Hope)*, 33(10), 1808–1816. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0353>
85. Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 603–610. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.603>
86. Lo Russo, L., Campisi, G., Di Fede, O., Di Liberto, C., Panzarella, V., & Lo Muzio, L. (2008). Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral diseases*, 14(6), 479–484. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2007.01422.x>
87. Maraz, A., Urbán, R., Griffiths, MD, & Demetrovics, Z. (2015). Empirický výzkum závislosti na tanci. *PloS one* , 10 (5), e0125988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125988>
88. Marcus, B. H., & Stanton, A. L. (1993). Evaluation of relapse prevention and reinforcement interventions to promote exercise adherence in sedentary females. *Research quarterly for exercise and sport*, 64(4), 447–452. <https://doi.org/10.1080/02701367.1993.10607598>
89. Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal psychotherapy: past, present and future. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 99–105. <https://doi.org/10.1002/cpp.1774>
90. Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
91. Miller, K. K., Grinspoon, S. K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D., & Klibanski, A. (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of internal medicine*, 165(5), 561–566. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.561>
92. Miller, K. K., Lee, E. E., Lawson, E. A., Misra, M., Minihan, J., Grinspoon, S. K., Gleysteen, S., Mickley, D., Herzog, D., & Klibanski, A. (2006). Determinants of skeletal loss and recovery in anorexia nervosa. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 91(8), 2931–2937. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-2818>
93. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press <https://doi.org/10.1002/casp.2450020410>
94. Milosevic, A., Brodie, D. A., & Slade, P. D. (1997). Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 21(2), 195–199. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199703\)21:2<195::aid-eat11>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199703)21:2<195::aid-eat11>3.0.co;2-1)

95. Mont, L., Castro, J., Herreros, B., Paré, C., Azqueta, M., Magriña, J., Puig, J., Toro, J., & Brugada, J. (2003). Reversibility of cardiac abnormalities in adolescents with anorexia nervosa after weight recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 808–813. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046867.56865.EB>
96. Morris, L. G., Stephenson, K. E., Herring, S., & Marti, J. L. (2004). Recurrent acute pancreatitis in anorexia and bulimia. *JOP : Journal of the pancreas*, 5(4), 231–234.
97. Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, CG (2012). Interpersonální psychoterapie poruch příjmu potravy. *Klinická psychologie & psychoterapie*, 19 (2), 150–158. <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>
98. Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, CG (2010). Kognitivně behaviorální terapie pro poruchy příjmu potravy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33 (3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
99. Nakao, A., Isozaki, H., Iwagaki, H., Kanagawa, T., Takakura, N., & Tanaka, N. (2000). Gastric perforation caused by a bulimic attack in an anorexia nervosa patient: report of a case. *Surgery today*, 30(5), 435–437. <https://doi.org/10.1007/s005950050618>
100. Nascimento, A. L., Luna, J. V., & Fontenelle, L. F. (2012). Body dysmorphic disorder and eating disorders in elite professional female ballet dancers. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(3), 191–194.
101. Nascimento, A. L., Luna, J. V., & Fontenelle, L. F. (2012). Body dysmorphic disorder and eating disorders in elite professional female ballet dancers. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(3), 191–194.
102. National Institute of Mental Health: “Eating Disorders.”: Merck Manual: “Anorexia Nervosa,” “Bulimia Nervosa,” “Binge Eating Disorder,” and “Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder.” [Online]. (2022). Retrieved April 23, 2022, from <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/signs-of-eating-disorders>
103. Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
104. Neumärker K. J. (1997). Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 21(3), 205–212. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199704\)21:3<205::aid-eat1>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199704)21:3<205::aid-eat1>3.0.co;2-o)
105. Norris, M. L., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S., & Sampson, M. (2016). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 49(3), 216–237. <https://doi.org/10.1002/eat.22462>
106. Olivares, J. L., Vázquez, M., Fleta, J., Moreno, L. A., Pérez-González, J. M., & Bueno, M. (2005). Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *European journal of pediatrics*, 164(6), 383–386. <https://doi.org/10.1007/s00431-005-1647-6>
107. Osório, E., Milheiro, I., Brandão, I., & Roma Torres, A. (2013). Mentální anorexie a dialýza: nemáme čas, když je tělo tak poškozené!. *Případové zprávy BMJ*, 2013, bcr2012007294. <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-007294>

108. Overby, K. J., & Litt, I. F. (1988). Mediastinal emphysema in an adolescent with anorexia nervosa and self-induced emesis. *Pediatrics*, *81*(1), 134–136.
109. Palmer HD, Jones MS. Anorexia nervosa as a manifestation of compulsion neurosis: a study of psychogenic factors. *Archives of Neurology and Psychiatry*. 1939;41:856–860
110. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy* (1st ed.). Praha: Grada Publishing, a.s.
111. Paso doble. (23. 04. 2021). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:29, 26. 06. 2022  
z [https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Paso\\_doble&oldid=19757344](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Paso_doble&oldid=19757344).
112. Peric, M., Zenic, N., Sekulic, D., Kondric, M., & Zaletel, P. (2016). Disordered eating, amenorrhea, and substance use and misuse among professional ballet dancers: Preliminary analysis. *Medycyna pracy*, *67*(1), 21–27.  
<https://doi.org/10.13075/mp.5893.00294>
113. Pierce, E. F., & Daleng, M. L. (1998). Distortion of body image among elite female dancers. *Perceptual and motor skills*, *87*(3 Pt 1), 769–770.  
<https://doi.org/10.2466/pms.1998.87.3.769>
114. Pierce, E. F., Daleng, M. L., & McGowan, R. W. (1993). Scores on exercise dependence among dancers. *Perceptual and motor skills*, *76*(2), 531–535.  
<https://doi.org/10.2466/pms.1993.76.2.531>
115. Pollack, L. O., & Forbush, K. T. (2013). Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur?. *Eating behaviors*, *14*(2), 211–215.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.004>
116. Pomeroy, C., Mitchell, J. E., Roerig, J., & Crow, S. (2002). *Medical complications of psychiatric illness* [Online] (1st ed.). Washington DC, 20005: American Psychiatric Publishing. Dostupné z:  
[https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=0hyrMAuV7qgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=pomeroy+et+al+2002+medical+complications+of+psychology+ilnes&ots=JuwqXXp\\_n\\_&sig=Q-crEJU6\\_1tM0olrgIyO88KKcJk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=pomeroy%20et%20al%202002%20medical%20complications%20of%20psychology%20ilnes&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=0hyrMAuV7qgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=pomeroy+et+al+2002+medical+complications+of+psychology+ilnes&ots=JuwqXXp_n_&sig=Q-crEJU6_1tM0olrgIyO88KKcJk&redir_esc=y#v=onepage&q=pomeroy%20et%20al%202002%20medical%20complications%20of%20psychology%20ilnes&f=false)
117. Preti, A., Girolamo, G. d., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. d., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & ESEMeD-WMH Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, *43*(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
118. Ribeiro, L. G., & da Veiga, G. V. (2010). Risk behaviors for eating disorders in Brazilian dancers. *International journal of sports medicine*, *31*(4), 283–288.  
<https://doi.org/10.1055/s-0030-1248241>
119. Ringham, R., Klump, K., Kaye, W., Stone, D., Libman, S., Stowe, S., & Marcus, M. (2006). Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *The International journal of eating disorders*, *39*(6), 503–508. <https://doi.org/10.1002/eat.20299>
120. Robbeson, J. G., Kruger, H. S., & Wright, H. H. (2015). Disordered Eating Behavior, Body Image, and Energy Status of Female Student Dancers. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, *25*(4), 344–352.  
<https://doi.org/10.1123/ijsnem.2013-0161>
121. Rome, E. S., & Ammerman, S. (2003). Medical complications of eating disorders: an update. *The Journal of adolescent health : official publication of the*

- Society for Adolescent Medicine*, 33(6), 418–426.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.07.002>
122. Rosen J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 20(4), 331–343. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199612\)20:4<331::AID-EAT1>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<331::AID-EAT1>3.0.CO;2-O)
  123. Rumba. (19. 07. 2021). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:28, 26. 06. 2022 z <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Rumba&oldid=20192453>.
  124. Salsa (tanec). (10. 04. 2021). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:32, 26. 06. 2022 z [https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Salsa\\_\(tanec\)&oldid=19699665](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Salsa_(tanec)&oldid=19699665).
  125. Samba (tanec). (27. 05. 2020). *Wikipedie: Otevřená encyklopedie*. Získáno 10:30, 26. 06. 2022 z [https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Samba\\_\(tanec\)&oldid=18557785](https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Samba_(tanec)&oldid=18557785).
  126. Scott, C. L., Haycraft, E., & Plateau, C. R. (2019). Teammate influences on the eating attitudes and behaviours of athletes: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 43, 183-194.
  127. Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British journal of sports medicine*, 32(2), 111–120. <https://doi.org/10.1136/bjism.32.2.111>
  128. Serrano-Troncoso, E., Fàbrega-Ribera, M., Coll-Pla, N., Godrid-García, M., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R., Soto-Usera, P., Sánchez-Fernández, B., Matalí-Costa, J., & Dolz-Abadia, M. (2020). Alternatives to inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa: Effectiveness and characteristics of a new intensive model of day patient treatment. *Actas espanolas de psiquiatria*, 48(1), 19–27.
  129. Sharp, C., & Freeman, C. (1993). The Medical Complications of Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162(4), 452-462. doi:10.1192/bjp.162.4.452
  130. Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *International journal of preventive medicine*, 10, 19. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_293\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_293_18)
  131. Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British journal of clinical psychology*, 45(Pt 3), 343–366. <https://doi.org/10.1348/014466505x53902>
  132. Schorr, M., & Miller, K. K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nature reviews. Endocrinology*, 13(3), 174–186. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.175>
  133. Simas, J. P. N., Macara, A., & Melo, S. I. L. (2014). Body image and its relationship to weight and body mass index in professional dancers. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 20(6), 433-437. <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200601583>.
  134. Smethurst, W., Wales, J., & Arcelus, J. (2010). Puff the magic slimmer. *European Eating Disorders Review*, 18, 431-433.
  135. Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 27(4), 371–380. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200005\)27:4<371::aid-eat1>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4<371::aid-eat1>3.0.co;2-y)
  136. Sullivan, H. S. (2014). The interpersonal theory of psychiatry. In *An Introduction to Theories of Personality* (pp. 137-156). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315793177>

137. Sundgot-Borgen et al. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1),25-32.
138. Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 20 Suppl 2, 112–121. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x>
139. Szmukler, G. I., Eisler, I., Gillies, C., & Hayward, M. E. (1985). The implications of anorexia nervosa in a ballet school. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 177–181. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90015-9)
140. Taub, D. E., & Blinde, E. M. (1992). Eating disorders among adolescent female athletes: Influence of athletic participation and sport team membership. *Adolescence*, 27(108), 833.
141. Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499. <https://doi.org/10.1080/16066350310001637363>
142. Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puértolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: problems and risk factors. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 17(1), 40–49. <https://doi.org/10.1002/erv.888>
143. Tseng, M. C., Fang, D., & Lee, M. B. (2014). Comparative validity of the chinese versions of the bulimic inventory test edinburgh and eating attitudes test for DSM-IV eating disorders among high school dance and nondance students in Taiwan. *The International journal of eating disorders*, 47(1), 105–111. <https://doi.org/10.1002/eat.22183>
144. Tweed-Kent, A. M., Fagenholz, P. J., & Alam, H. B. (2010). Acute gastric dilatation in a patient with anorexia nervosa binge/purge subtype. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 3(4), 403–405. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70774>
145. Vandereycken W. (1984). Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled study with sulpiride. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 144, 288–292. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.3.288>
146. Vohs, K. D., & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: a resource-depletion approach. *Psychological science*, 11(3), 249–254. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00250>
147. Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 72(4), 334–341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
148. Waller JV, Kaufman MR, Deutsch F. Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*. 1940;11:3–16. ??
149. Walsh, B. T., Agras, W. S., Devlin, M. J., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kahn, C., & Chally, M. K. (2000). Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *The American journal of psychiatry*, 157(8), 1332–1334. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1332>
150. Walsh, J. M., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *Journal of general internal medicine*, 15(8), 577–590. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x>

151. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, *382*(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
152. Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, *31*(3), 290–299. <https://doi.org/10.1002/eat.10032>
153. Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body image*, *7*(2), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.003>
154. Yager, J., & Andersen, A. E. (2005). Clinical practice. Anorexia nervosa. *The New England journal of medicine*, *353*(14), 1481–1488. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp050187>
155. Zoletić, E., & Duraković-Belko, E. (2009). Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatria Danubina*, *21*(3), 302–309.
156. Balaš, R. (2003). *Tance 20. století* (1st ed.). Olomouc: Hanex.
157. Rushing, J. M., Jones, L. E., & Carney, C. P. (2003). Bulimia Nervosa: A Primary Care Review. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *5*(5), 217–224. <https://doi.org/10.4088/pcc.v05n0505>
- 158.



## 17 Seznam obrázků a tabulek

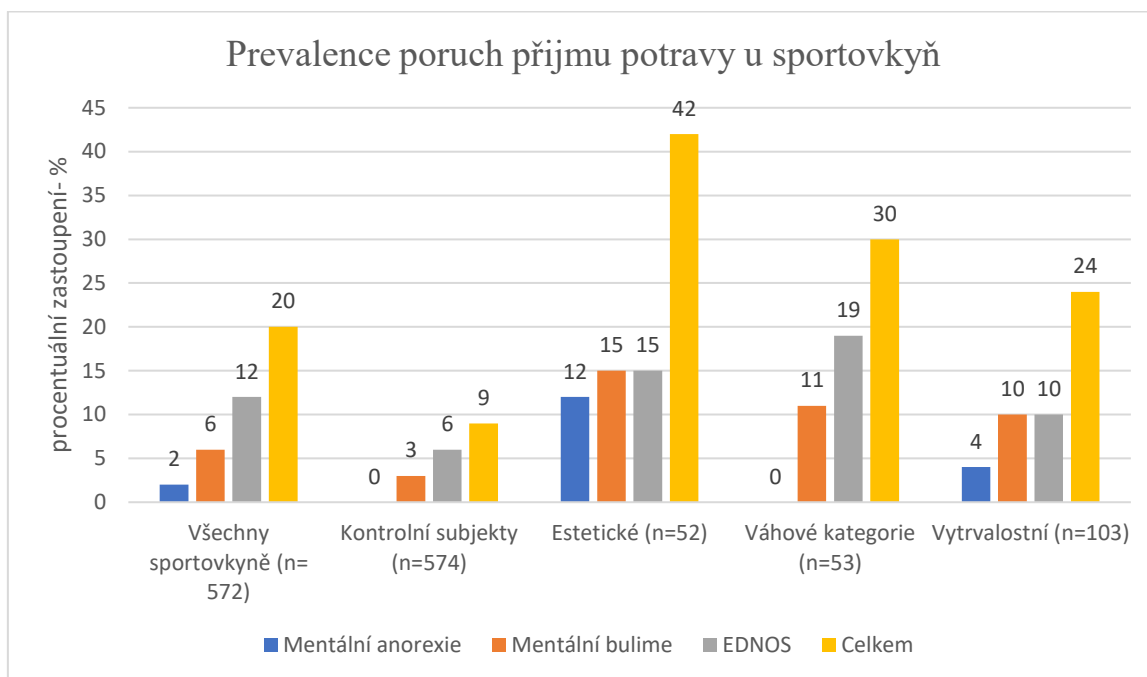
### Seznam obrázků

Obrázek 1- Extrémně roztažený žaludek vyňatý po laparotomii. Převzato z: <i>Pediatr. prax</i> , 2009, 10 (6): 310–314 .....	24
Obrázek 2- Prevalence poruch příjmu potravy u sportovkyň. Převzato z: <i>sportovců</i> (Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, 2004) .....	66

### Seznam tabulek

Tabulka 1- Meta-analytical prevalence of eating disorders and meta-analytical means of questionnaires. Převzato z: (Arcelus, J., Witcomb, G. L., and Mitchell, 2014) .....	43
--	----

## 18 Přílohy



Obrázek 2- Prevalence poruch příjmu potravy u sportovkyň. Převzato z: (Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, 2004)