

Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou v mnoha směrech příznačným problémem současného konzumního a medializovaného světa. Představují zjednodušenou a extrémní odpověď na složitou otázku osobní spokojenosti, krásy, společenského úspěchu i zdraví. Stačí se kontrolovat, omezovat příjem energie, vynechávat přílohy nebo některé potraviny, unavit se v posilovně... a hubnout. Krátkodobý úspěch však jenom podporuje nepřiměřená očekávání a zájem o tělesný vzhled.

Míra, účinnost a prostředky kontroly tělesné hmotnosti a příjmu potravy určují hranice, kde přechází rizikové chování v poruchu příjmu potravy. Tato hranice nemusí být vždy subjektivně jasná. Stále víc našich pacientek tvrdí, že nechtěly hubnout, ale jen zdravě jíst, byly ve stresu, nebo uvádějí jiné objektivní důvody. Na druhé straně je mnoho děvčat, která nenaplnují všechna kritéria anorexie nebo bulimie, ale jen vykazují problematické postoje ke svému tělu a jídlu. Často trpí podob-

ností svého života, nebo jejich rodiny, které si nevědí rady s dospud často bezproblémovou dcerou. To, co bývá důsledkem podvýživy, nadměrné sebekontroly a změněné kvality života, je někdy dáváno do příčinné spojitosti s rozvojem problému.

Prověřování různých teorií rozvoje PPP vedlo k ustálení postoje o koexistenci různých biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových faktorů. Tento trochu vágní závěr však v žádném případě neznamena, že každý pří-

Kde leží hranice
mezi *zdravým*
stravováním
a poruchou?

Dívky mívají nižší úctu k vlastnímu tělu než chlapci

ně závažnými psychickými obtížemi jako nemocní s poruchami příjmu potravy. U některých z nich časem dojde k rozvoji kompletních příznaků poruchy.

V posledních letech jsme svědky toho, že vzrůstá počet lidí, pro které je příjem potravy a někdy i energetický výdej závažný problém. V souvislosti s tím se rozšiřuje věk počátku obtíží, přibývá pacientů z různých sociálních vrstev a s velmi různorodou další komorbiditou. Podle našich průzkumů se však dospívající dívka zvýšeně ohrožená PPP příliš neliší od svých vrstevníků. Větších nápadností a problémů přibývá až v souvislosti s rozvojem poruchy.

O možných příčinách poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. Už samotné vymezení poruchy zdůrazňující narušené vnímání vlastního těla, oslabení sebevědomí nebo vyhublost vedoucí až k potlačení přirozených tvarů ženského těla a ztrátě reprodukční schopnosti nám nabízí určité implikace. Další, často zjednodušená vysvětlení nám nabízejí samy pacientky, které spojují rozvoj poruchy s některou okol-

pad nevyrostá z určitých konkrétních podmínek a nemá svůj specifický, byť příznačný, vývoj. Také potřeba cílené a účelné intervence nás nutí dobře se orientovat v možných intervencijních faktorech.

Mužský a ženský svět

Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je mnohonásobně vyšší. V různých studiích se zastoupení mužů mezi pacienty s PPP pohybuje v rozmezí 0 až 15 %. Muži jsou méně ohroženi PPP především proto, že méně často než ženy drží diety ve snaze kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Chlapci v pubertě oproti dívkám méně přibývají na tuku a více jim rostou svaly, což vnímají pozitivně. Přibližují se tak svalnatému ideálu mužské krásy, zatímco děvčata se vzdalují vyhublému, chlapeckému ideálu ženského těla. Rozdíly ale nejsou jen ve fyzickém vývoji. Zdá se, že dívky jsou oproti chlapcům nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí vázané na tělesný vzhled.

Nejproblémovějším věkem je

Podle našich údajů už ve věku třinácti let uvádí 35% děvčat (13% chlapců), že nejsou spokojeny se svým tělem, a téměř padesát procent děvčat si přeje zhubnout. Podle studie Světové zdravotnické organizace zaměřené na zdravý životní styl mládeže (HBSC) se počet děvčat v České republice, která uvádějí, že drží dietu, od roku 1994 zdvojnásobil.

Skutečnost, že se poruchy příjmu potravy významně častěji vyskytují u žen, vedla k mnoha spekulacím o možných rizikových faktorech a mentální anorexie byla interpretována v termínech odmítání dospělé ženské role, ženského těla a sexuality. Chudý sexuální život, ať už u vyhublých žen nebo mužů, však souvisí především s dlouhodobým hladověním, podvýživou a neuspokojivým sociálním životem a ztráta menstruace nemusí být mladou dívkou vnímána jako něco nepřijemného.

Podle některých analyticky orientovaných autorů je snaha o vyzáblost spojena s odmítnutím ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své ovládající matky. Feministicky orientovaný přístup naopak pokládá anorektickou snahu po štíhlosti za přehnané úsilí po dosažení ženskosti. V této souvislosti se pak poukazuje na sociální závislost žen na mužích a jejich vkusu a na ztrátu sociální podpory ze strany muže. Ani tato teorie však nebyla potvrzena.

Nepotvrdily se ani teorie, které dávaly rozvoj mentální anorexie do souvislosti se sexuálním nebo fyzickým zneužíváním a pohlížely na poruchy příjmu potravy jako na šrám „znásilného“ těla. Dostupné výsledky klinického výzkumu ukazují, že vážné pohlavní nebo fyzické zneužití v dětství nebo rané adolescenci sice zvyšuje riziko psychické poruchy, nikoli však specificky mentální anorexie ani bulimie.

Skutečnost, že nepravidelnost menstruačního cyklu může u některých nemocných předcházet počátku anorexie a že samotné pacientky amenoreu obecně nepovažují za příliš velký problém, byla rovněž předmětem určitých spekulací. Možnost příčinného vztahu byla hledána i mezi fázemi menstruačního cyklu a příznaky bulimie a bulimická impulzivita byla dávana do souvislosti s hormonální dysfunkcí v rámci premenstruačního syndromu.

Nebezpečný věk

Typickým obdobím počátku PPP je období puberty a dospívání. Některé anorektické příznaky jsou koncem puberty patrné až u 6 procent děvčat. Vedle tělesných změn je určitá zprostředkující role při rozvoji poruchy připisována negativním emocím, které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě. V průběhu dospívání se diferencuje vlastní Já, vzrůstá sebeuvědomování se a zájem o svět vrstevníků. Ve vztahu k němu, k jeho hodnotám a kritériím se dospívající velmi citlivě vymezuje. Je sociálně vnímavější a proto i zranitelnější a soupeřivější. Jeho sebevědomí je labilnější. Jeho limitovaná zkušenost a „školní výcvik“ mu umožňují soustředěně zaměřením se na cíl. To může být ještě posilováno referenčním prostředím určité zájmové skupiny orientované na sebekontrolu, soutěživost, vzhled a výkon. Otázky typu „Kdo je lepší?“ často předcházejí otázce „Jak zhubnout?“. Také proto je mezi našimi pacientkami proporcčně mnohem více dívek, které se neustále srovnávají se svým dvojčetem, soupeřivou matkou nebo s děvčaty ve sportovním oddíle. První příznaky mentální anorexie nebo diet předcházejících bulimickému přejídání bývají někdy okolím pozitivně oceňovány.



Foto: Ondřej Petřík

období puberty a dospívání

Puberta, to je ale především období dramatických tělesných změn. Tyto změny často doprovází nespokojenost a snaha zhubnout. Podle některých studií pro mnoho děvčat není cílem normální váha, ale vyhublost. Sledování problematiky vztahu dietních postojů a sexuální zralosti u dospívajících děvčat potvrzuje u fyzicky zralejších dívek až dvojnásobně vyšší riziko poruchy příjmu potravy. S časnější fyzickou zralostí je často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocitu nedostačivosti a některé další depresivní příznaky. Předčasně fyzicky vyvrálé dívky bývají zpravidla menší a silnější než jejich vrstevnice a nespokojenější se svým tělem a váhou.

Se stresem a nejistotou bývají spojeny i sociální změny doprovázející dospívání. V období nejistoty přirozeně stoupá míra úzkosti a citlivosti na reakce okolí. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může být spojena se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se a tudíž nejistý osud a sociální kontext. I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodno-

Anorexie je spojována s úzkostí a vyhýbavým chováním

cení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebepodceňování. Nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety.

Dospívání, to je i období separace od rodiny, snaha po sebeprosazení a autonomii, což bylo akcentováno v souvislosti s rozvojem PPP zejména v psychoanalytické literatuře. Bez ohledu na to, jaký má časné odloučení od rodiny (samostatné bydlení, studium v zahraničí apod.) vliv na separační proces, může u rizikových jedinců snadno vést k narušení přiměřených jídelních zvyklostí, případně k rozvoji PPP.

Vliv rodiny

Už samotný výskyt poruchy příjmu potravy je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor. Výskyt PPP mezi sourozenci nemocných je uváděn v rozmezí mezi 3–10 %. Mezi matkami anorektiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou vyskytovat ještě častěji. Z faktorů, které zvyšují vulnerabilitu k dietám a PPP, bývá poukazováno na kritický komentář v rodině týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a váhy, obezity a diety u rodinných příslušníků. Z hlediska vzniku PPP je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů. Některými autory je v souvislosti s rozvojem PPP poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodi-

čů, nedostatek péče a empatie a některé další nedostatky v rodičovské péči. Z praktického hlediska je významná skutečnost, že rodiče, kteří jsou v konfliktu nebo dokonce chybí, nemohou dceři zajistit ani pravidelné jídlo. Stejně tak často nejsou schopni přiměřeně spolupracovat při řešení dceřina problému.

Psychologické faktory

V souvislosti se vznikem a rozvojem PPP bývá poukazováno na určité osobnostní rysy, některé afektivní a kognitivní poruchy. Anorexie, to je především úzkost, kognitivní rigidita, vyhýbavé chování, perfekcionismus a obsedantní rysy. Mentální bulimie je spojována s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou. Součástí klinického obrazu poruchy jsou i problémy ve vnímání a hodnocení vlastního těla. Z hlediska rozvoje poruchy je nebezpečné zejména negativní sebehodnocení, které u děvčat snadno vede k narušenému vnímání tělesného vzhledu a k dietám. Zatímco

depresivní příznaky většinou ustupují, když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, známky úzkosti často přetrvávají, nebo se ještě zvýrazní.

Porucha příjmu potravy mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobějším průběhu získává určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Rovněž rostoucí úzkost se snadno zobecní i na jiné oblasti života a zvracení nebo nadměrná sebekontrola v jídle získávají nutkavý charakter. Také přejídání je některými bulimickými, ale i dietujícími obězními používáno ke snížení hladiny úzkosti. Obsedantně-kompulzivní porucha proto patří mezi nejčastější komorbidity mentální anorexie a perfekcionismus mezi její nejčastěji zmiňované osobnostní rysy nebo tendence. Rozvoj natolik závažného problému v průběhu dospívání může navíc bránit přirozenému zrání osobnosti a osvojení některých sociálních a pracovních dovedností. Přesto velká část popisované psychopatologie ustoupí v případě, že nemocný získá kontrolu nad jídelním chováním a dojde k restauraci přiměřené tělesné hmotnosti.

Je zřejmé, že neexistuje žádný klíčový rizikový faktor a že téměř vždy jde o určitou konstelaci různých vlivů a událostí. Pro pochopení nemocného s poruchou příjmu potravy a účinnou intervencí je třeba znát a respektovat celkový rámec problému, stejně tak jako jeho individuální historii. K rozvoji poruchy dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet, a současně některých dalších vlivů, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných psychických poruch. ■