

# PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – RIZIKOVÉ FAKTORY

PhDr. František David Krch

Psychiatrická klinika VFN, Praha

**Diferencovanost problému poruch příjmu potravy a dynamika jejich vývoje vylučuje jednoduchou odpověď na složitou otázku etiologie. Je zřejmé, že neexistuje žádný klíčový rizikový faktor a že téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. Autor se zaměřuje především na logiku celkového výkladového rámce vzniku a rozvoje PPP s ohledem na typickou problematiku spojenou s genderem, dospíváním, tělesnými změnami, vlivem rodiny a některými psychologickými faktory. Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, komorbidita, dospívání.**

## RISK FACTORS IN EATING DISORDERS

**A simple answer to a complex question about etiology of eating disorders is excluded by their very differentiated nature and by their dynamic development. It is obvious that there is no key risk factor and that almost always there occurs a particular constellation of influence of socio-cultural and family factors, life events, personality features with developmental and biological factors. Author concentrates primarily on the logic of overall interpretation framework related to gender, adolescence, bodily changes, influence of family and certain psychological factors.**

**Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, comorbidity, adolescence.**

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou po astmatu a obezitě třetím nejčastěji se vyskytujícím zdravotním problémem dospívajících dívek a mladých žen. V posledních desetiletích přibývá informací o jejich rostoucí incidenci (20). Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet (12, 19, 20) se rozšiřuje výskyt mentální anorexie (MA) a bulimie mimo městskou populaci a zasahuje populační skupiny i s nižším příjmem a vzděláním. Přes závažnost zejména anorektických příznaků představují nemocní s poruchami příjmu potravy velmi různorodou skupinu pacientů s různým průběhem poruchy. M. Fisher (8) zhodnotil více než 100 studií zabývajících se dlouhodobým průběhem PPP se závěrem, že v průběhu 5 až 10 let se přibližně 50 % všech nemocných uzdraví, 30 % se zlepší, avšak některé příznaky přetrvávají, a u 20 % je možné pozorovat plné přetrvání příznaků nebo jejich prohloubení. Výsledky dlouhodobého sledování mentální bulimie a zejména studie z posledních let jsou ještě optimističtější. Například Strober et al. (27), kteří sledovali 95 mentálních anorektiček, konstatovali úplné uzdravení u 50 % pacientek po 6 letech a přibližně u 75 % po 12 letech sledování. I když se úmrtnost u mentální anorexie postupně snižuje, pohybuje se ve většině studií (8, 11) v rozmezí mezi 2 až 8 %, což stále dělá z mentální anorexie jednu z nejletálnějších duševních poruch.

O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz (18), které vzhledem k diferencovanosti dané problematiky, jejímu vývoji a různorodosti pacientů bylo relativně snadné podpořit zkušeností s vybraným vzorkem pacientů. Už samotné vymezení poruchy zdůrazňující narušené vnímání vlastního těla nebo vyhublost vedoucí až k potlačení přirozených tvarů ženského těla a ztrátě reprodukční schopnosti nám nabízí určité implikace.

Stejně tak nelze přehlédnout ani kognitivní důsledky malnutrice nebo snahu rodiny vyhnout se konfliktu s nespokojením, avšak do té doby většinou bezproblémovým dítětem. V posledních dvaceti letech se postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP (18) a hovoří se o koexistenci různých biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových faktorů.

## Mužský a ženský svět

Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je mnohonásobně vyšší. V různých studiích (2, 13) se zastoupení mužů mezi pacienty s PPP pohybuje v rozmezí 0 až 15 %. Hoek (12) uvádí, že anorektických pacientek je v průměru 10x více než mužských anorektiků a že v případě mentální bulimie je zastoupení žen 20x vyšší. Muži jsou méně ohroženi PPP zejména proto, že méně často než ženy drží diety ve snaze kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Méně jim vadí tloušťka (13), protože v pubertě oproti dívkám méně přibývají na tuku a více jim rostou svaly, což vnímají pozitivně. Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, pro dívku znamená dospívání vývoj směrem od toho, co je považováno za krásné. 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.

Podle našich údajů (19) už ve věku třinácti let uvádí 35 % děvčat (13 % chlapců), že většinou nejsou spokojeny se svým tělem a téměř padesát procent děvčat si přeje zhubnout. O tom, že tyto postoje nejsou jen proklamací, svědčí zjištění, že 40 % děvčat se vědomě omezuje v jídle ve strachu z tloušťky a téměř 4 % z nich se z tohoto důvodu nu-

tí do zvracení. Ve studii realizované na podobném souboru před pěti lety (18) uvedlo 2,7 % děvčat, že pravidelně zvrací, stejně tak se od té doby o 10 % zvýšil počet dívek, které uváděly, že drží dietu.

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 (16, 24). 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 nepříjemného.

Selvini-Palazzoli (24) spojuje snahu o vyhublost s odmítnutím ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své ovládající matky. Feministicky orientovaná Boskind-Lodahlová (4) se naopak domnívá, že anorektická snaha po štíhlosti je přehnaným projevem, jak dosáhnout ženskosti. V rozvoji poruchy pak pokládá za rozhodující sociální závislost bulimie a ztrátu sociální podpory ze strany muže. Ani tato teorie však nebyla potvrzena. Nepotvrdil se ani předpoklad (26), který dával rozvoj mentální anorexie do souvislosti s pohlavním zneužíváním a pohlížel na poruchy příjmu potravy jako na šrám „znásilněného“ těla. Dostupné výsledky klinického výzkumu ukazují, že vážné pohlavní nebo fyzické zneužití sice zvyšuje riziko psychické poruchy, nikoli však specificky mentální anorexie nebo bulimie (15, 29).

Skutečnost, že nepravidelnost menstruačního cyklu může u některých nemocných předcházet počátku anorexie a že samotné pacientky amenoreu obecně nepovažují za příliš velký problém, bylo rovněž předmětem určitých spekulací. Možnost příčinného vztahu byla hledána také mezi fázemi menstruačního

cyklu a příznaky bulimie a bulimická impulzivita byla dávana do souvislosti s hormonální dysfunkcí v rámci premenstruačního syndromu. Podle některých autorů (10) se frekvence bulimických epizod v souvislosti s menstruačním cyklem skutečně mění. Ch. Fairburn, S. Welch et al. (7) zjistili u bulimiček časnější nástup menstruace než u psychiatrické kontrolní skupiny, což s ohledem na odpovídající tělesné změny považovali za rizikový faktor pro držení diety.

## Nebezpečný věk

Typickým obdobím počátku PPP je období puberty a dospívání. Crisp (5) zdůrazňuje pubertální tělesné dozrávání jako ústřední podnět při vzniku anorektických příznaků, které jsou koncem puberty patrné až u 6 % děvčat. Určitá zprostředkující role při rozvoji poruchy je 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 zranitelnější a soupeřivější. Jeho sebeuvědomí je labilnější. Jeho limitovaná zkušenost a „školní výcvik“ mu umožňují soustředěné zaměření na cíl, což může být ještě posilováno zájmově homogenním referenčním prostředím určité skupiny, jakou je například sportovní oddíl nebo taneční soubor. Významnou roli při posilování negativního sebehodnocení a nadměrné pozornosti věnované tělesnému vzhledu a sebekontrolě má i kompetitivnost intimního sociálního prostoru. Otázky typu „Kdo je lepší?“ často předcházejí otázce „Jak zhubnout?“. Také proto je mezi našimi pacientkami proporcčně více dívek, které se nestále srovnávají s dvojčetem, soupeřivou matkou nebo s děvčaty ve sportovním oddíle. První příznaky mentální anorexie nebo diet předcházejících bulimickému přejídání bývají někdy okolím pozitivně oceňovány a jsou zjednodušenou odpovědí na otázku „Jak být úspěšnější?“ nebo „Jak se lépe cítit?“.

Puberta, to je ale především období dramatických tělesných změn. Koff a Rierdan (17), kteří sledovali skupinu 7 až 12letých Američanek zjistili, že 40 % děvčat už v tomto věku není spokojeno se svým vzhledem a více než polovina už zkoušela držet dietu. Autoři uzavírají, že pro mnoho děvčat není cílem normální váha, ale vyhublost. Killen et al. (15), kteří se zaměřili na problematiku vztahu dietních postojů a sexuální zralosti u 11 a 12letých děvčat, zjistili u fyzicky zralejších dívek dvojnásobně vyšší riziko poruchy příjmu potravy. S časnější fyzickou zralostí byl často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocity nedostatečnosti a některé další depresivní příznaky. Předčasně fyzicky vyzrálé dívky bývají zpravidla menší a silnější než jejich vrstevnice, jsou nespokojenější se svým tělem a váhou a mohou mít sklon k přejídání se. V této souvislosti je poukazováno na diskrepanci mezi fyzickým a emocionálním zráním, což může být zdrojem konfliktů s rodiči i s vrstevníky, protože tyto dívky vypadají starší, dostávají se požadují více samostatnosti.

S dospíváním nejsou spojeny jenom fyzické, ale i zásadní sociální změny, které mohou představovat významný stres a přinášet nejistotu. V období nejistoty přirozeně stoupá míra úzkosti a citlivost 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 zvyšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebepodceňování (1). V současném sociálně-kulturním kontextu nízká sebedůvěra snadno vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety.

S dospíváním je spojena také separace od rodiny, snaha po sebeprosazení a autonomii, což bylo akcentováno v souvislosti s rozvojem PPP zejména v psychoanalytické literatuře (16). Bez ohledu na to, jaký má časné odloučení od rodiny (samostatné bydlení, studium v zahraničí apod.) v adolescenci vliv na separační proces, může u rizikových jedinců snadno vést k narušení přiměřených jídelních zvyklostí, případně k rozvoji poruchy příjmu potravy.

## 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 (9, 11, 13) v rozmezí mezi 3–10 %. Mezi matkami anorektiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou vyskytovat ještě častěji. Například Crisp et al. (5) zjistili pravděpodobný výskyt MA u matky v anamnéze 14 % sledovaných anorektiček. Ch. Fairburn, S. Welch et al. (7) identifikovali následující rodinné faktory zvyšující vulnerabilitu k dietám a bulimii: obezita a diety v rodině, kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a váhy. U náhodně vybraných dívek s rizikovými jídelními postoji a chováním (19) jsme zjistili významně častější diety u matky nebo sestry. Podobně Maloney et al. (21) referují, že dvě třetiny dietujících dívek uvádí, že ve stejnou dobu jako ony držela dietu i jejich matka.

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 (8, 13, 27) je v souvislosti s rozvojem PPP poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie a některé nedostatky v rodičovské péči. Ulrika Schmidt et al. (25) připomínají v souvislosti s rozvojem mentální bulimie následující rodinné rizikové faktory:

- afektivní porucha, alkoholismus nebo obezita v rodině
- deficit v rodičovské péči v dětství spojený se spory a neshodou v rodině, zanedbáváním a fyzickým nebo sexuálním zneužíváním.

V závěru svojí práce však připomínají, že zmíněné nedostatky v rodičovské péči se vyskytují i u pacientů s depresí, závislostí na alkoholu a osobnostní poruchou. Podobně i Fairburn, Welch et al. (7) zjistili, že není rozdíl mezi nemocnými s PPP a nemocnými s jinou duševní poruchou pokud jde o úroveň kontaktu rodičů s dítětem, rodičovská očekávání, zneužívání a alkoholismus v rodině. Z praktického hlediska je významná skutečnost (25), že rodiče, kteří jsou v konfliktu nebo dokonce chybí, nemohou své děti zajistit ani pravidelné jídlo. Stejně tak často nejsou schopni přiměřeně spolupracovat při řešení děřina problému.

Teoretický koncept založený za předpokladu, že určité rodinné vzory a vztahy způsobují rozvoj mentální anorexie, prosazoval Minuchin a jeho spolupracovníci (22). Poukazovali zejména na slabé mezigenerační hranice v tzv. „anorektických“ rodinách, které mohou vést k problematickým aliancím mezi jejími členy, jejich sklon vyhýbat se problémům, nadměrnou ochranu rodiny a rigidní modely rodinné interakce. I když tento přístup našel velkou odezvu zejména mezi kliniky, byly výsledky empirických studií v tomto směru rozporuplné. Podle Eislera (6) tento koncept nerespektuje multifaktoriální podmíněnost PPP, ani skutečnost, že symptomatické chování nemocného a model jednání uvnitř rodiny se neustále navzájem ovlivňují. Jiní autoři (3) poukazují na obdobné charakteristiky v rodinách dětí s jiným závažným zdravotním problémem. Změnu v rodinné kohezi, snahu potlačovat problémy nebo vyhrocení některých jiných rodinných charakteristik vnímají jako reakci na ohrožení dítěte a pocity viny.

## Psychologické faktory

V souvislosti se vznikem a rozvojem PPP bývají připomínány 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.

Mnoho studií (27) dává do souvislosti PPP s depresivní náladou. Podle Hsu (13) až dvacet procent anorektiček a čtyřicet procent bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. I když byly vysloveny hypotézy o možné společné příčině nebo primární poruše nálady, je většina depresivních a úzkostných příznaků přímo spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a kontrolu příjmu potravy. Z hlediska rozvoje poruchy je nebezpečné zejména negativní sebehodnocení, které u děvčat snadno vede k narušenému vnímání tělesného vzhledu a dietám. Zatímco depresivní příznaky ustupují, když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, známky úzkosti často přetrvávají nebo se ještě zvýrazní. Srozumitelnou logiku má i předpoklad, že deprivace obživného pudu musí mít svůj emoční kolát. Souvislost mezi malnutricí a poruchami nálady

prokázali už Keys et al. (14) v často citované studii následků hladovění. Depresivní a úzkostné příznaky jistě hrají významnou, avšak často rozdílnou roli v dynamice vývoje poruchy příjmu potravy. Zdá se, že nízká úroveň sebevědomí, negativní sebehodnocení, pocity neefektivnosti nebo úzkostné sebezporozování patří mezi časté predisponující faktory. Na druhé straně může být deprese i „finální možností“ pro chronické pacienty, podobně jako tomu je v případě alkoholizmu.

Porucha příjmu potravy mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobějším průběhu získává určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Rostoucí úzkost se snadno generalizuje i na jiné oblasti života a zvracení nebo nadměrná sebekontrola v jídle získávají kompulzivní charakter. Také přejídání je některými bulimičkami, ale i dietujícími obězními používáno ke snížení hladiny úzkosti. Ritualizované jídelní a purgativní chování je spojeno s úlevou a může sloužit i k úniku před nepříjemnými myšlenkami na jídlo, které posiluje hladovění. Obsedantně kompulzivní porucha proto patří mezi častou komorbiditu mentální anorexie a perfekcionismus mezi nejvíce zmiňované rizikové vlastnosti a tendence. Perfekcionismus snadno zapadá do logiky poruchy, která mu dává prostor a konkrétní výraz ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu nebo sebekontrolě. Představuje úzkostné kognitivní zostření a zúžení osobní perspektivy, důrazné zaměření na cíl a odpovídající behaviorální imperativ.

S mentální bulimií je kromě některých depresivních příznaků spojována především impulzivita nacházející výraz v příznačném přejídání a někdy i v promiskuitě, krádežích nebo nezdrženlivosti vůči psychoaktivním látkám. Zmíněné příznaky jsou blízké hraniční osobnosti, která je často vzpomínána v souvislosti s bulimií. Při dodržení striktních kritérií však výskyt hraniční osobnosti nepřekračuje 2% (23) a podle některých autorů (11, 13) mohou příznaky borderline syndromu ustoupit v případě úspěšné léčby. Z dalších osobnostních rysů je v souvislosti s PPP zmiňována hysterie, egocentrismus, hypersenzitivita, narcistická porucha osobnosti nebo sociální fobie.

Některé psychické obtíže, sociální, emoční nebo kognitivní příznaky patří k poruchám příjmu potravy nebo jsou odezvou na změněný psychosociální kontext a adaptaci na problém. Nelze zapomínat ani na to, že rozvoj PPP v adolescenci brání 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. Podle některých autorů (13) přetrvávají zejména známky deprese, sociální fobie a úzkosti a obsedantně kompulzivní rysy.

## Závěr

Bohatost a proměnlivost klinického obrazu PPP, ve kterém se odráží osobní historie nemoc-

ného i svět, ve kterém žije, a dynamika vývoje syndromu, řadí mentální anorexii a bulimii mezi nejzajímavější témata současné psychiatrie a klinické psychologie. Současně jde však o problém, který má svoji srozumitelnou logiku a který lze s překvapivou účinností řešit. Je třeba se jenom vyhnout lákavé „pasti“ některých jednostranných hypotéz o možné etiologii poruchy.

K rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případech, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Disponovanost pro diety je spojena především s ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, realností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými nebo profesními aktivitami. Rizikové jsou i další osobní, rodinné a sociální charakteristiky posilující nebo naopak nevhodně oslabující zájem o tělo, příjem potravy a sebekontrolu. Intenzita, s jakou jsou dietní tendence prosazovány, souvisí s individuálními možnostmi nemocného,

které definuje především jeho věk, osobnost a rodinné prostředí, a s jeho „potřebou“, kterou posilují jeho zájmy, sociální a osobní pozice a zkušenost. Je to zejména negativní sebehodnocení, které stupňuje nadměrné zaměření na cíl a zvyšuje ochotu riskovat. Další rizikové faktory posouvají hranice až kam je nemocný ochoten jít nejenom v sebekontrolě a jídelních návycích, ale i v emočních reakcích, postojích a chování včetně například krádeží nebo sebeпоškozování. Na této rovině se začínají uplatňovat obecné rizikové faktory, jako je například alkoholismus nebo duševní choroba v rodině. Tyto faktory nabízí jednoduchý a srozumitelný důvod obtíží, možnost náhradního řešení a současně představují dysfunkční vzor řešení problémů. Další vlivy se dostávají do hry až v průběhu rozvoje poruchy jako její vedlejší produkt (důsledky malnutrice, změněné kvality života a adaptace na problém) a posilují základní symptomatologii PPP. Respektování základních intervenujících vlivů je podle naší zkušenosti předpokladem flexibilní léčby mentální anorexie a bulimie.

*Práce vychází ze studie podporované grantem GA ČR (406/01/0393)*

## Literatura

1. Allgood-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *J Abn Psychology* 1990; 99: 55–63.
2. Andersen AE (Ed.). *Males with Eating Disorders*. Brunner/ Mazel, New York 1990.
3. Blair C, Freeman C, Cull A. The role of life events on the course of anorexia nervosa. *Sixth International Conference on Eating Disorders*, New York 1994, AB: 198.
4. Boskin-Lodahl M. Cinderella's step-sisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *J Women in Culture and Society* 1976; 2: 342–356.
5. Crisp AH, et al. Clinical feature of anorexia nervosa. *J Psychosom Res* 1980; 24: 179–191.
6. Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In: Hodes M, Moore S. *Psychological Treatment in Disease and Illness*, Gashell London 1993.
7. Fairburn CG, Welch SL, et al. Risk factors for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 509–517.
8. Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: A review. *Adol Medicine* 2003; 14: 149–158.
9. Garner DM, Garfinkel PE. *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Brunner/Mazel, New York 1982.
10. Gladis MM, Walsh BT. Premenstrual exacerbation of binge eating in bulimia. *Am J Psych*, 1987; 144: 1592–1595.
11. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 843–859.
12. Hoek HW. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 1993; 5: 61–74.
13. Hsu LK. *Eating Disorders*. Guilford Press, New York 1990.
14. Keys A. et al. *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, Vol. 1., Minneapolis 1950.
15. Killen JD, Hayward C, Litt I, et al. Is puberty a risk factor for eating disorders? *Am J Dis Child* 1992; 146:323–325.
16. Kocourková J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Galén, Praha 1997.
17. Koff E, Rierdan J. Perceptions of weight and attitudes towards eating in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1991; 12: 307–312.
18. Krch FD, (ed) at al. *Poruchy příjmu potravy*, Grada 1999.
19. Krch FD, Csémy L, Drábková H. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů – školní studie, *CS psychiatrie* 2003; 8: v tisku.
20. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50- year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *Am J Psychiatr* 1991; 148: 917–922.
21. Maloney MJ, et al. Dieting behaviour and eating attitudes in children. *Paediatrics* 1989; 84: 482–489.
22. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press, Cambridge MA 1978.
23. Pope HG, Hudson JI. Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A clinical review. *Int J Eat Disord* 1989; 8: 1–9.
24. Selvin-Palazzoli MP. *Self-Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Chaucer, London 1974.
25. Schmidt U, Tiller M, Hoades M, Treasure J. Risk Factors for the Development of Early Onset Bulimia nervosa, In: Steinhausen HC, (Ed): *Eating Disorders in Adolescence*. Walter de Gruyter, Berlin 1995.
26. Schwartz MF, Cohn L (Ed). *Sexual Abuse and Eating Disorders*. Brunnel/Mazel, New York 1996.
27. Steiner H, Sanders M, Ryst E. Precursors and risk factors of juvenile eating disorders. In: Steinhausen HC. (Ed): *Eating Disorders in Adolescence*. Walter de Gruyter, Berlin 1995.
28. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10–15 years in prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 339–360.
29. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders. Brunnel/Mazel, New York 1997.