

Poruchy příjmu potravy u mladých žen

Bc. Lucie Černochová

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie ČERNOCHOVÁ**
Osobní číslo: **H10631**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy u mladých žen**

Zásady pro vypracování:

Stanovení předmětu výzkumu a výzkumné strategie.

Zpracování teoretické části práce – teoretická analýza problému, operacionalizace pojmů.

Zpracování praktické části – stanovení výzkumné otázky, volba výzkumných metod, vymezení výzkumného vzorku.

Provedení výzkumu, vyhodnocení a analýza získaných dat, shrnutí výzkumu.

Zpracování závěrů vyplývajících z výzkumu.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

COOPER, Peter J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

GROGAN, Sarah. Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Praha: Grada, 2000. Psyché. ISBN 80-7169-907-1.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché. ISBN 802470840X.

MAJ, Mario et al. Eating Disorders. 2. series. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003. ISBN 0-470-84865-0.

MALONEY, Michael. O poruchách příjmu potravy. Praha: Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.

NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana et al. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Eva Machů, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

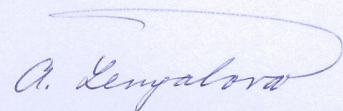
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

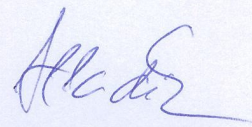
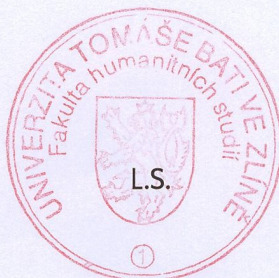
27. dubna 2012

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..6.4. 2012..

.....*Karolína Kucic*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem předložené diplomové práce jsou poruchy příjmu potravy u mladých žen. Práce se skládá z teoretické a praktické části, přičemž v části teoretické jsou poruchy příjmu potravy vymezeny a jsou uvedeny jejich základní charakteristiky. Následně je pozornost zaměřena na výskyt mentální anorexie a mentální bulimie v minulosti, na příčiny vzniku těchto poruch a jejich prevenci, možné následky a léčbu. Cílem praktické části je zjistit, jakým způsobem probíhá proces vývoje poruchy příjmu potravy od vzniku až po její odeznění. Za tímto účelem je použit kvalitativní výzkum s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvoří osm mladých žen, které v minulosti prodělaly poruchu příjmu potravy a jejichž stav je v současné době již stabilizovaný. Data, která se v průběhu výzkumu vytvořila, jsou zpracována pomocí otevřeného kódování a celkové vyhodnocení výsledků výzkumu je uvedeno v poslední kapitole praktické části diplomové práce.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevence, léčba

ABSTRACT

The subjects of the thesis are disorders of the food intake relating to young women. The work consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part the food intake disorders are described and their basic features are introduced here. Then the attention is focused on the occurrence of the anorexia nervosa and the mental bulimie in the past, on the reasons of beginnings of these disorders and their prevention, possible after-effects and treatment. The goal of the practical part is to find out how the process of evolution of food intake disorder proceeds from the beginning to the end. The qualitative research with the method of semistructured dialogue is used for this purpose. The experimental sample is formed by eight young women who used to go through a food intake disorder and whose condition is now stabilized. The data which were created during the research are processed by the means of opened coding and the evaluation of the results of the research is introduced in the last chapter of the practical part.

Keywords: food intake disorders, anorexia nervosa, mental bulimie, prevention, treatment

Poděkování, motto

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Evě Machů, Ph.D., za cenné připomínky k práci a za její ochotu, se kterou se mi po celou dobu věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem svým informantkám za vstřícnost a za čas, který si na mě udělaly.

OBSAH

I	1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	13
1.1	MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	13
1.2	MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.3	SPOLEČNÉ A ODLIŠNÉ ZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	17
II	2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V MINULOSTI.....	19
III	3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH PREVENCE	21
3.1	PREDISPOZICE K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY.....	21
3.2	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	25
IV	4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	28
V	5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	32
5.1	DRUHY TERAPIÍ.....	34
5.2	FORMY A TYPY LÉČBY.....	36
VI	6 PRŮBĚH VÝZKUMU.....	41
6.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	41
6.2	CÍLE VÝZKUMU.....	41
6.3	DRUH VÝZKUMU.....	41
6.4	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	42
6.5	VÝZKUMNÉ METODY.....	42
6.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	43
VII	7 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	45
7.1	I. KATEGORIE – SPOUŠTĚČE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	45
7.2	II. KATEGORIE – MOTIVY K PŘEKONÁNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	47
7.3	III. KATEGORIE – ZPŮSOBY PŘEKONÁNÍ A LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	49
7.4	IV. KATEGORIE – PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	52
7.5	V. KATEGORIE – KLADY A ZÁPORY ŽIVOTA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY A SOUČASNÁ SPOKOJENOST.....	54
7.6	VI. KATEGORIE – ŽIVOTOSPRAVA PO ÚZDRAVĚ.....	57
7.7	VII. KATEGORIE – NÁHLED NA PORUCHU PŘÍJMU POTRAVY.....	59
7.8	VIII. KATEGORIE – DŮSLEDKY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	61
VIII	8 SHRNTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	63
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Předložená diplomová práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy u mladých žen. Téma bylo zvoleno pro svou aktuálnost a rozšířenost ve společnosti, kde hraje vzhled důležitou roli. Mnoho dívek a žen v současnosti některou z poruch příjmu potravy trpí, ať už si to připouští či nikoliv. Závažnost onemocnění přitom bývá různá, takže některé se ani nepokouší situaci řešit, protože v ní žádný problém nevidí. Odbornou pomoc tak vyhledá jen minimum z nich, i když mentální anorexie a mentální bulimie jsou nemoci, které mohou zanechat trvalé následky. Přesto existují ženy, které akutní fázi onemocnění svépomocí či zásahem zvenčí zdárně překonají, a právě těchto žen se týká i praktická část diplomové práce. Pozornost je zaměřena především na to, co poruchu příjmu potravy u těchto žen vyvolalo, co je motivovalo k překonání poruchy, jaké postupy jim v léčbě pomohly, jak se zpětně na své onemocnění dívají nebo zda na sobě pozorují nějaké psychické či fyzické následky nemoci. *Hlavním cílem je tedy zjistit, jakým způsobem probíhá proces vývoje poruchy příjmu potravy od vzniku až po její odeznění.*

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, přičemž v první kapitole teoretické části je vymezena mentální anorexie a mentální bulimie a jsou uvedeny jejich charakteristiky, typické projevy nebo výskyt. Popsána jsou také diagnostická kritéria či základní typy těchto onemocnění.

Druhá kapitola se zabývá historií poruch příjmu potravy a proměnami představ o ideálním těle v minulosti. Zmíněna jsou jak období, kdy byly za žádoucí pokládány plné tvary, tak období, ve kterých byla upřednostňována velmi štíhlá postava. Pozornost je dále zaměřena na první zmínky o mentální anorexii a mentální bulimii, na jejich odborný popis a pojmenování.

O příčinách vzniku a prevenci poruch příjmu potravy pojednává třetí kapitola teoretické části. Na tomto místě jsou shromážděny názory různých autorů na možné spouštěče mentální anorexie a mentální bulimie. Těmito faktory mohou být genetické dispozice, biologické dispozice, rodinné či sociokulturní determinanty, vývojově podmíněné zátěže, odmítání ženské role, redukční diety, nízké sebevědomí a snadná ovlivnitelnost, negativní událost či změna nebo samotná příslušnost k ženskému pohlaví. Tyto a další faktory jsou hlouběji rozebrány a nastíněny jsou i možnosti prevence.

Čtvrtá kapitola se týká následků poruch příjmu potravy, mezi které patří problémy kardiovaskulární, endokrinní, metabolické, gastrointestinální nebo dermatologické. V závěru kapitoly jsou potom uvedeny potíže typické pro mentální anorexii a zvláště pro mentální bulimii.

Poslední, pátá kapitola teoretické části, se věnuje léčbě poruch příjmu potravy. Vymezeny jsou druhy terapií, které mohou nemocným jejich léčbu usnadnit. Konkrétně se jedná o terapii kognitivně-behaviorální, psychoanalytickou, rodinnou a skupinovou. Charakterizovány jsou rovněž formy a typy léčby, mezi které se řadí léčba ambulantní, pobytová či intermediární, pak to jsou svépomocné skupiny, internetové portály a odborné publikace nebo doléčovací programy.

V úvodu praktické části je popsán výzkumný problém, cíle a je objasněna volba druhu výzkumu. Následně je specifikován výzkumný vzorek, výzkumné metody a je vysvětlen způsob zpracování dat.

V posledních kapitolách diplomové práce jsou předloženy výsledky výzkumu a odpovědi na všechny výzkumné otázky. Ty jsou dále rozvedeny, okomentovány a srovnány s poznatky z odborné literatury, ze kterých se vycházelo při tvorbě teoretické části práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mezi poruchy příjmu potravy se řadí především mentální anorexie a mentální bulimie a jelikož jsou záležitostí spíše dívek a žen, bude následující text psán převážně v ženském rodě. Jak uvádí J. Sladká-Ševčíková (2003), poměr mužů a žen s poruchou příjmu potravy je 1 : 10.

Poruchy příjmu potravy se rozvíjí zpravidla pozvolna, takže si okolí nemusí zprvu vůbec ničeho všimnout. Existují však určité průvodní znaky, které mohou na závažnou psychickou poruchu včas upozornit. F. D. Krch (2005) píše, že pro mentální anorexii je příznačné úsilí o snížení váhy a pro mentální bulimii časté nekontrolovatelné přejídání a úzkostné hlídání hmotnosti. M. Maloney a R. Kranzová (1997) přirovnávají tyto poruchy k závislosti na alkoholu či drogách. Ve všech případech se určitá látka (u poruch příjmu potravy je to potrava) dostává do středu zájmu dotyčné osoby a nahrazuje vše ostatní. M. Vágnerová (2008) uvádí, že *„poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu“* (Vágnerová, 2008, s. 463). O poruchy příjmu potravy tak jde v tom případě, *„jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů“* (Maloney, Kranzová, 1997, s. 7). Definic poruch příjmu potravy lze nalézt mnoho, každý autor si tu svou podle potřeby upraví a vyzdvihne to, co považuje za nejdůležitější. Společná všem je ale nadměrná pozornost věnovaná vlastní postavě, strach z tloušťky a patologické způsoby stravování.

1.1 Mentální anorexie

Co jednotlivé poruchy charakterizuje, popisuje například M. Vágnerová (2008). **Mentální anorexie** se vyznačuje výrazným omezením potravy za účelem zhubnutí a nepřiměřeným strachem ze ztloustnutí. K ubývání na váze dochází za pomoci hladovění a usilovného cvičení. Ani vyhublá postava ovšem není zárukou spokojenosti, poněvadž se dívky vidí zpravidla silnější, než ve skutečnosti jsou, a navíc se obávají, že kdyby s dietou přestaly, jejich váha by se ihned příliš zvýšila. S redukcí jídla postupně dochází i k redukcí pocitu hladu, který ale dívky trpící mentální anorexií pokládají za znamení toho, že nemohou přibrat a že neporušily svůj jídelní plán. Kdyby se totiž neovládly a snědly by o něco víc nebo jinak, než si povolily, přepadly by je úzkostné pocity a výčitky. U jiných může v důsledku skoro permanentního hladu dojít ke zvýšené touze po jídle a následnému

selhání v podobě přejedení. Nežádoucích kalorií se pak zbavují zvracením či projímadly. Poté pokračují ve své dietě, přičemž čas od času se může záchvat přejedení opakovat (Vágnerová, 2008). Anorektičky mívají vysokou potřebu sebekontroly, která se netýká pouze jídelního chování, ale například i úklidu (musí mít vše porovnané) nebo práce (usilují o vynikající výsledky v zaměstnání či ve škole). Přitom se velmi obávají možného selhání a toho, že se jim něco nepodaří třeba i v důsledku nehody (Krch, 2002). Takto to praktikuje až 40% anorektických děvčat. K tomu tyto dívky nemají potíže jen se stravováním a extrémně nízkou váhou, ale i v jiných oblastech života. Nevěří si a domnívají se, že nejsou schopny všechny životní nároky zvládnout. Začínají se stranit známých a kamarádů, a to mnohdy i rok před skutečným propuknutím poruchy. Přispívá k tomu také fakt, že na společenské kontakty jim nezbývá energie (Maloney, Kranzová, 1997). Anorektické dívky bývají dále většinou úzkostné, uzavřené, vztahovačné, ctižádostivé, důkladné, zodpovědné, nejisté v sociálních vztazích, upřednostňují stereotyp, jsou na sebe přehnaně přísné a k sobě kritické (Vágnerová, 2008). Typickou anorektičkou je pak inteligentní dívka v období puberty silně orientovaná na výkon (Janebová, 2006). To potvrzuje i F. D. Krch (2005), který dodává říkají, že většině anorektiček je mezi 13 až 20 lety, nebo M. Maloney a R. Kranzová (1997), kteří uvádí 12 až 18 let. Objevují se ale i ženy, kterým je již přes čtyřicet či přes padesát roků.

Některé anorektičky si navykly dělat při jídle různé neobvyklé věci, jako například počítat, kolikrát jednotlivá sousta přežvýkaly nebo se snaží jíst co nejdéle. Jiné u jídla pochodují nebo se po každém polknutí co nejvíce napijí, aby zaplnily žaludek (Maloney, Kranzová, 1997). Další například než jídlo snědí, pokrájí ho na malé kousky a různě se v něm „šťourají“. Obvykle se snaží společnému jídlu vyhýbat a pokud se s ostatními již stravují, srovnávají se s nimi, aby toho snědly co nejméně. Také se zužuje repertoár potravy, kterou dívky mohou bez obav pozít. Postupem času tedy může na jídelníčku zůstat jen několik málo nízkoenergetických potravin. Se snižujícím se příjmem kalorií ale naopak prudce stoupá jejich výdej. Anorektičky přehnaně cvičí a snaží se být neustále v pohybu, aby všechnu přijatou energii vydaly (Krch, 2002). Že by s nimi bylo něco v nepořádku, si nepřipouští a před okolím se snaží vše tajit. Nosí volné oblečení, na váhu stoupají s ukrytou zátěží a předstírají, že jedí normálně (Janebová, 2006). Anorexie je zpravidla omenocnění trvající několik let, přičemž úmrtnost odhadují různí odborníci na 2 až 21% ze všech postižených (Maloney, Kranzová, 1997). Podle H. Papežové (2010) mohou anorektické

dívky zemřít například na srdeční selhání, na nejrůznější somatické komplikace nebo i v důsledku sebevraždy. Přitom M. Vágnerová (2008) upozorňuje, že četnost anorektiček v populaci je asi 0,5 - 1%.

1.2 Mentální bulimie

Slovo bulimie pochází patrně z řečtiny a znamená obrovský hlad, při kterém by jedinec snědl i celého vola (bous - vůl, limos - hlad) (Papežová, 2010). Pro **mentální bulimii** je podle M. Vágnerové (2008) typická impulzivita, snížené sebeovládání, nutkavá touha po jídle s následnou snahou zbavit se pozřené stravy a stejně jako u mentální anorexie strach z přibývání na váze, sebekritičnost, nízké sebevědomí, závislost na názorech ostatních lidí, nejistota ve společenském styku a pocity úzkosti. J. Sladká-Ševčíková (2003) jmenuje perfekcionismus jako výraznou vlastnost všech takto postižených dívek a žen. Ony touží po bezchybnosti, které je skoro nereálné dosáhnout a i drobný neúspěch považují za své osobní selhání a propadají depresím. Mají na sebe příliš vysoké nároky, které by jen málokdo dokázal splnit. Ony by se však chtěly kontrolovat, což se jim moc nedaří, a tím se zhoršuje i jejich psychický stav.

Dívky trpící mentální bulimií se opakovaně přejídají velkým množstvím kalorické potravy, kterou následně zvrací. Tímto sice na chvíli uspokojí neodbytnou touhu po jídle, která je ovšem vykoupena výčitkami svědomí, zlostí na sebe sama a odporem ke svému jednání. Stydí se za to, že se nedokáží ovládat, ale nejsou schopny s tím nic udělat. Jejich zvláštní vztah k jídlu se může projevat větší zaměřeností právě na věci a situace s potravou spojené. Například rády vaří, schovávají si recepty nebo si prohlížejí kuchařské knihy. Kromě závislosti na jídlu se u bulimiček leckdy objevují problémy s alkoholem, drogami či léky (Vágnerová, 2008).

K záchvatu přejedení je obvykle nevede ani tak hlad fyzický jako spíše hlad emocionální. Nespokojenost, strach, smutek či zlost puď dívky k tomu, aby si našly něco jiného, co jim alespoň na chvíli život zpříjemní, a tím se stává jídlo (Sladká-Ševčíková, 2003). P. J. Cooper (1995) rozlišuje tři okruhy spouštěcích mechanismů přejedení. Mezi první patří události, které se přímo jídla týkají, jako například snadná dostupnost příliš kalorické potravy nebo i drobná odchylka v dietním programu. Další souvisí se strachem o postavu a váhu, kdy dívky vyděsí každé deko navíc nebo pocit, že je jim oblečení těsnější. Do posledních lze zahrnout všechny negativní stavy jako je mrzutost, závist, hněv, úzkost či

nervozita. Dvěmi hlavními důvody přejedení je ale hlad a zvyk. F. D. Krch (2003) uvádí taktéž jako nejčastější spouštěče záchvatů „žravosti“ situace s jídlem spojené jako je rodinná oslava, vaření nebo svátky s hojností lákavých a přitom „zakázaných“ pokrmů (Vánoce, Velikonoce). Potom je to pocit přejedení, kdy dívka usoudí, že je stejně už všechno jedno. Děvčata se dokáží paradoxně přecpat i tehdy, když zjistí, že přibrala, nebo když mají zkaženou náladu, je jim smutno či jsou podrážděná.

Po záchvatu přejedení se některé bulimické dívky různými způsoby trestají. Nejčastěji se jedná o řezání, jež většinou způsobuje jen drobné povrchové rány. Tímto se snaží zbavit napětí a hněvu na sebe samu (Cooper, 1995). Dívky obvykle konzumují jídla sladká nebo taková, která si za normálních okolností odpírají. Jedí velmi rychle a v průběhu jednoho záchvatu dokáží zkonzumovat 1 000 až 20 000 kcal, což jim trvá i více jak hodinu. Když jsou tak přejedené, že již nejsou schopny nic pozřít, potravu vyzvrátí a mohou v jídelních orgánech pokračovat nanovo. Poněvadž se nejedná o žádnou levnou záležitost, není výjimkou, že bulimičky své oblíbené potraviny kradou. Ty, které si jídlo poctivě nakupují, berou v každém obchodě raději jen něco, aby nebyly s velkým množstvím pamlsků tak nápadné, a s konzumací začínají někdy už při cestě domů. Nemusí se ale přejídat denně, vyskytují se i dny, kdy jedí přiměřeně nebo spíše méně než je obvyklé. To ovšem dlouho nevydrží a i sebemenší nepříjemnost je záminkou k tomu, aby svůj „program“ porušily. Jídlo se pro ně stává útechou, když se jim něco nepovede, s někým se pohádají, jsou smutné či se cítí osaměle. Zprvu dochází k přejedení jen občas, později se ale může jednat až o vícero ataků denně, když dívky zjistí, že mohou sníst, co chtějí a neztloustnou, pokud vše zase vyzvrací (Maloney, Kranzová, 1997). Neobvyklé není ani to, když bulimické dívky zvrací i desetkrát za den. Ovšem zvracení také není všemocné a všech přijatých kalorií se takto zcela zbavit nelze. Hodně jich je zůžitkováno již během průchodu zažívacím ústrojím a poněvadž se zpravidla jedná o velmi kalorické potraviny, je i počet přijatých kalorií poměrně vysoký. Z tohoto důvodu si bulimičky většinou udržují zhruba stejnou váhu, nepřibírají, ale ani nehubnou (Cooper, 1995). Pohybují se tedy mezi dvěma extrémy, kdy buď nejedí skoro nic nebo se naopak přecpávají. Důvody k přejedení leckdy samy třeba i nevědomky vítají, protože se tak opět na nějaký čas zbaví pro ně nepříjemné sebekontroly (Krch, Málková, 2001). Od toho, jak svůj „plán“ dodržují, se také odvíjí jejich společenský život. Jestliže se nepřejídají a jsou se svým vzhledem relativně spokojeny, kontaktům s ostatními se nebrání. Pakliže ale přiberou nebo se přecpávají

a zvrací, před okolím se naopak schovávají a nepřejí si, aby je někdo viděl (Cooper, 1995). I když toho bulimičky dokáží najednou sníst velmi mnoho, není rozhodující kvantita, ale subjektivní pocit, že v konzumaci nejsou schopny přestat a že se vůbec neumí ovládat (Krch a kol., 2005).

Bulimií trpí desetkrát více ženy než muži, přibližně 1 – 3% hlavně mladších žen a dívek do 30 let (Hill, 2004). M. Maloney a R. Kranzová (1997) považují za nebezpečný věk pro bulimii 15 až 24 let, podobně jako F. D. Krch a kol. (2005), kteří uvádí 16 až 25 let. M. Vágnerová (2008) naproti tomu předkládá trochu jiné hodnoty. Nemocných dívek a žen je asi 2 – 6%, a to ve věku od 16 do 40 let. Navíc mnoho z nich svou nemoc tají i před nejbližším okolím a odbornou pomoc nevyhledá. Příbuzní a známí tedy nemusí vůbec nic poznat, při bulimii si dívka totiž udržuje v podstatě normální hmotnost (i když jejím ideálem je většinou váha nižší), a tak není pro ostatní tak nápadná.

M. Maloney a R. Kranzová (1997) upozorňují, že bulimické dívky jsou obvykle úspěšné a okolí je má v oblibě. Proto by často vůbec nikdo neřekl, že dívka může nějaký takový problém mít. Přitom se až 90% z nich alespoň částečně přejídalo ještě před plným propuknutím nemoci. F. D. Krch (2005) dodává, že nemocným dívkám velmi záleží na vzhledu, poněvadž se od něj odvíjí jejich sebevědomí a životní spokojenost. Navíc skoro polovina z nich uvádí mentální anorexii ve své anamnéze. Úmrtnost bulimiček se pohybuje zhruba do 2% a příčinou bývá nejčastěji sebevražda. L. Stárková (in Papežová a kol., 2010) trochu oponuje, když uvádí, že bulimické dívky neumírají většinou po spáchání sebevraždy, ale rovněž v důsledku nadměrného přejedení, kdy je žaludek roztažen natolik, že utlačuje další orgány či cévy, které pak nemohou plnit svou funkci.

1.3 Společné a odlišné znaky mentální anorexie a bulimie

Pro obě poruchy je charakteristická obava z přibývání na váze a přehnaná zaujatost vlastním vzhledem. Způsoby, jak hubnout či jak si dosaženou váhu udržet, se již liší stejně jako míra vyhublosti. U mentální anorexie jde někdy až o váhu na hranici přežití, zatímco u mentální bulimie bývá hmotnost většinou v normě (Krch a kol., 2005). W. Vandereycken a J. Norré (in Krch a kol., 2005) upozorňují, že poruchy příjmu potravy mohou mít také vliv na sexuální život. Anorektičky o sexuální aktivity nemívají příliš zájem, což je dááno do souvislosti s podvýživou a s obavami z dospělosti. Naproti tomu bulimičky mají

tendenci až k promiskuitnímu chování, poněvadž se stejně jako v jídle neumí ovládat ani v této oblasti (Krch a kol., 2005).

Anorektičky si své nevhodné jídelní návyky zpravidla neuvědomují a jsou na svou postavu a pevnou vůli hrdé. Naopak bulimičky moc dobře vědí, že si svým chováním škodí a stydí se za ně. V obou případech ale bývají dívky sociálně izolované mimo jiné i proto, že mnoho společenských událostí je právě s jídlem spojeno (Janebová, 2006). Anorektičkám i bulimičkám je často nepříjemné konzumovat potravu na veřejnosti a jedí nejraději o samotě. Není ani rozhodující, kolik toho snědí, ale vůbec skutečnost, že se stravují před ostatními lidmi (Hajný, 2004).

K tomu, aby byla stanovena diagnóza některé z poruch příjmu potravy, je třeba splnit určitá kritéria. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) by se měla hmotnost dívky trpící **mentální anorexií** pohybovat alespoň 15% pod normou nebo by měla dívka mít BMI nižší než 17,5. Další charakteristikou je neustálý strach z možnosti nabytí kilogramů a udržování či snižování hmotnosti za pomoci laxativ, diuretik, přílišného cvičení nebo odmítání různorodých, zpravidla kaloričtějších pokrmů. Typická je rovněž ztráta menstruace či její nepravidelnost a pokud dojde k propuknutí mentální anorexie ještě před pubertou, bývá vývoj dívky zpožděn až do doby, než se vše vrátí opět k normálu. Popsány byly dva typy mentální anorexie, a to **nebulimický - restriktivní typ** a **bulimický - purgativní typ**. Jedinci patřící k prvnímu typu se nikdy nepřejedí a za všech okolností striktně dodržují svou dietu. Naopak u druhého typu dochází k občasnému přejedení s následným kompenzačním chováním (zvracení, pohybová aktivita) (Krch a kol., 2005).

Diagnostická kritéria podle MKN-10 pro **mentální bulimii** jsou pravidelné přejídání (alespoň dvakrát za týden po tři měsíce) s následným zvracením přijaté potravy. Tloustnutí z pozřeného jídla se mohou dívky snažit předejít taktéž pomocí projímadel, anorektik či krátkodobého hladovění. Stejně jako u mentální anorexie je v popředí obava z tloušťky a úsilí o zhubnutí. Navíc dívky téměř stále na jídlo myslí a mají nezvladatelnou touhu přejíst se. U bulimie lze opět rozlišit dva typy. Jestliže dochází po přejedení ke zvracení nebo užití projímadla či odvodňujících prostředků, jedná se o typ **purgativní**. Pokud se ovšem člověk snaží po záchvatu přejedení zabránit vzrůstu váhy cvičením nebo hladovkou, jde o typ **nepurgativní** (Krch a kol., 2005).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V MINULOSTI

I když by se mohlo zdát, že poruchy příjmu potravy jsou produktem moderní doby, není tomu tak. Téměř každé období v dějinách mělo určitou představu, jak má tělo, zvláště pak ženské, vypadat a tohoto ideálu se množství žen snažilo skutečně dosáhnout. Ne vždy bylo ovšem upřednostňováno tělo štíhlé, například v době baroka a renesance byly za krásné považovány ženy trochu při těle, u kterých se předpokládalo, že porodí zdravé děti (Novák, 2010). Kypré ženské tvary jsou k vidění i na obrazech malířů Rubense, Rembrandta, Maneta či Renoira, poněvadž taková postava byla ve své době pokládána za velice přitažlivou a stojící v opozici k pevnému a hranatému tělu mužskému (Grogan, 2000). Jinak tomu bylo v době viktoriánské, kdy byl v módě velice úzký pas, takže se ženy musely stahovat, což mimo jiné negativně působilo na jejich vnitřní orgány (Novák, 2010). Silnější postava byla vysoce ceněna zhruba do přelomu 18. a 19. století, poté ji vystřídal ideál štíhlosti. Ten, kdo byl plnější tvarů, byl okolím často vnímán jako člověk, který se neumí dostatečně ovládat a má slabou vůli. To se týkalo převážně vyšších vrstev, protože ty měly čas a prostředky na to, aby se zabývaly svým vzhledem (Grogan, 2000). R. Janebová (2006) připomíná rakouskou císařovnu Sissi, jež je pokládána za jednu z prvních známých anorektiček. Při výšce 172 centimetrů vážila 52 kilogramů a aby měla v pase 47 centimetrů, stahovala se šněrovačkou. Aby přes den neposedávala, neměla ve svých komnatách židle, ale naopak plno náčiní na cvičení a posilování. K udržení takto štíhlé postavy se totiž musela hodně pohybovat a velmi málo jíst.

Ron van Deth a W. Vandereycken (in Krch a kol., 2005) píší, že s poruchami příjmu potravy se i v minulosti setkalo nemálo lékařů. Například Brit Richard Morton kolem roku 1689, který ještě ale pořádně netušil, o co se jedná. Léčil dívku s typickými znaky mentální anorexie, které jako první popsal i ve své knize. Onemocnění, jež nazval „nervovým opotřebením“, mělo podle něj fyzické i emocionální příčiny. Dalším byl až v roce 1859 lékař William Stout Chipley, který popsal nemoc „sitiomanií“, jež se vyznačovala vyhublostí a odmítáním jídla. Roku 1860 zveřejnil francouzský lékař Louis-Victor Marcé několik kazuistik dívek, jejichž chování odpovídalo projevům dnešní mentální anorexie. Tehdejší společnost ovšem nevěnovala těmto případům příliš pozornost, teprve po roce 1870 začali světoví odborníci brát chorobné odmítání potravy více na vědomí. Částečně se o to zasloužili téměř současně dva lékaři, Ernest-Charles Laségue z Francie a sir William Withey Gull z Anglie, kteří nezávisle na sobě v roce 1873 popsali příznaky dnešní mentální

anorexie. Ernest-Charles Laségue nazval toto onemocnění „anorexia hysterica“, sir William Withey Gull zase „anorexia nervosa“. I přesto se například v Německu, Itálii či USA stala mentální anorexie předmětem zájmu až na počátku 20. století. Ještě později se pozornost lékařů zaměřila i na mentální bulimii, kterou jako první označil v roce 1979 termínem „bulimia nervosa“ anglický psychiatr Gerald Russel, jež uvedl i její typické charakteristiky. Přitom F. Faltus (in Papežová a kol., 2010) uvádí, že zmínky o bulimickém chování se vyskytují již odpradáвна. Například v antice, starověku či středověku se často bohatí lidé na hostinách přejídali a aby mohli v hodování pokračovat a nebylo jim těžko, stravu vyzvrátili. Je ovšem pravda, že to nečinili proto, aby neztloustli, čímž se od současných bulimiček významně lišili. Podobného názoru je i P. Garfinkel (in Maj, 2003), který tvrdí, že v medicínské literatuře byla mentální anorexie popsána již před čtyřista lety, ale větší pozornost byla poruchám příjmu potravy věnována až v nedávné době, kdy byl nashromážděn dostatek informací o jejich výskytu či úmrtnosti.

Na počátku 20. století se žádoucí stává vysoká štíhlá postava s dlouhými končetinami. Přes prsa a boky se obvod zmenšuje, kdežto obvod pasu se zvětšuje. Po první světové válce je trend jiný, je to žena s velkými ňadry, širokými boky, přitom úzká v pase. Vyloženě hubená, chlapecká postava, se do módy dostává zhruba od roku 1940, její vliv posiluje roku 1960, kdy se ikonou modelek stala vyhublá Twiggy (Novák, 2010). Ta při výšce 170 cm vážila pouhých 41 kg (Janebová, 2006). Přesto se pro mnoho žen stala symbolem svobody a třídního vzestupu, poněvadž se na výsluní dostala i přes svůj dělnický původ (Grogan, 2000). Od poloviny 80. let sice dochází k návratu „ženštější“ postavy, ovšem jen v některých partiích. Upřednostňována jsou větší prsa, k nim souměrné boky a velmi štíhlý pas i zbytek těla. Tato kombinace je ale pro většinu žen bez pomoci chirurgického zákroku pouze obtížně dosažitelná (Novák, 2010). Větší nárůst mentální anorexie a bulimie byl zaznamenán zhruba od druhé poloviny dvacátého století, zřejmě jako reakce na nové trendy. Kromě idealizace štíhlé postavy začíná být důraz kladen na sebekontrolu, výkonnost a celkovou úspěšnost. V 60. a 70. letech převládala mentální anorexie, v 80. a 90. letech zase mentální bulimie (Sladká-Ševčíková, 2003). Jak je tedy vidět, jsou poruchy příjmu potravy z velké části důsledkem snahy mnohých žen přiblížit se ideálu konkrétní doby.

3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH PREVENCE

Proč dojde u někoho k propuknutí poruchy příjmu potravy a jinému připadají problémy s jídlem zcela banální a povrchní, není zatím úplně jasné. Tyto poruchy jsou velmi individuální záležitostí, a proto nelze přesně určit, kdo je jimi nejvíce ohrožen. Přesto existují určité dispozice, které mohou způsobit větší náchylnost jedince k poruchám příjmu potravy. Zpravidla se nejedná jen o jednu příčinu, ale o komplex více působících faktorů. R. Janebová (2006) píše, že v současnosti je odborníky nejvíce přijímané biopsychosociální pojetí poruch příjmu potravy, kdy je jejich vznik přisuzován faktorům genetickým, psychologickým i sociálním.

3.1 Predispozice k poruchám příjmu potravy

M. Vágnerová (2008) vymezuje dispozice genetické, biologické a sociokulturní, specifické zátěže vývojově podmíněné, dysfunkční rodinné vztahy a odmítání ženské role. Na **genetické dispozice** mají pravděpodobně vliv faktory jako jsou hodnoty, životní styl a vztahy v rodině. Z tohoto důvodu jsou též více ohroženy sestry dívek s poruchou příjmu potravy. Naproti tomu **biologické dispozice** jsou zapříčiněny nesprávnou funkcí hypotalamu, ke které může dojít až v nějaké krizové situaci. Nezřídka bývají narušeny systémy, díky nimž člověk vnímá pocity hladu či sytosti. Nedostatek serotoninu například způsobuje špatnou náladu a může vést dokonce k záchvatům přejídání. Mezi **sociokulturní faktory** patří mediálně prezentovaný ideál ženské krásy, podle něž má být žena hodně štíhlá, jen tak může být úspěšná a kladně hodnocena. **Vývojově podmíněné zátěže** souvisí převážně s obdobím dospívání, kdy se hlavně dívky musí vyrovnat se svými tělesnými změnami. Ne všechny jsou připraveny a chtějí právě v tuto chvíli dospět, proto u nich poruchy příjmu potravy fungují jako moratorium, regrese ve vývoji. S tím koresponduje **odmítání ženské role**, která se dívkám nezdá být dost přitažlivá, nebo se jí dokonce obávají. To se týká spíše mentální anorexie, kdy jsou děvčata přehnaně vyhublá, mají dětskou postavu a ztrácí menstruaci. Poslední hrozbu představuje **dysfunkční rodina**, jejíž členové nejsou schopni řešit problémy, adekvátně spolu komunikovat a rozhodovat se. Na své situaci ovšem nic měnit nechtějí, poněvadž se změny bojí. Nebezpečný bývá hlavně nezdravý vztah matky s dcerou. Matky dívek s poruchou příjmu potravy jsou často samy nejisté a nesebevědomé, k dívkám málo vstřícné a chápající, pedantské a kritické. G. Hill

(2004) přiřazuje rodinám dívek s poruchou příjmu potravy určité charakteristiky. Buď jsou přehnaně pečovatelské, a to se pak dívka snaží získat větší volnost alespoň formou těchto poruch, nebo jsou naopak lhostejné a nevšímavé, potom se dívky pokouší upoutat tímto způsobem pozornost rodinných příslušníků. Takové rodiny patří zpravidla ke střední vrstvě a rodiče mohou být poměrně úspěšní a své vysoké ambice pak přenášet i na děti, u kterých může v důsledku toho dojít až k poruchám příjmu potravy (když nic jiného, ovládají alespoň své tělo a váhu). M. Maloney a R. Kranzová (1997) považují za rizikové rodiny, kde musí dítě předčasně převzít roli dospělého a jsou na něj kladeny vysoké nároky. To je převážně v rodinách s pouze jedním rodičem nebo v rodinách, ve kterých rodiče své povinnosti neplní (například jsou-li závislí na alkoholu či drogách). Prostřednictvím poruch příjmu potravy (v tomto případě zejména mentální anorexie) se dívky snaží upozornit na to, že jsou stále ještě malými děvčátky, od kterých toho okolí zase tolik chtít nemůže. Konkrétně rodiny anorektických pacientek bývají většinou menší s převahou děvčat. Rodiče anorektiček jsou mnohdy již starší, děti se jim narodily až po třicátém či čtyřicátém roce. Otcové si leckdy přáli více syna a narození dcery je trochu zklamalo. Matky jsou často až příliš obětavé a pro své děti se vzdají i kariéry nebo jsou samy zaujaty fyzickým vzhledem a pokládají ho za jednu z nejdůležitějších věcí. Jde o jinak bezproblémové rodiny, ve kterých je hlavní důraz kladen na úspěch ve všech oblastech (škola, zaměstnání, sport, příkladné chování), což platí i pro rodiny bulimiček (Maloney, Kranzová, 1997). Obecně jsou poruchy příjmu potravy záležitostí spíše středních a vyšších společenských vrstev, zvláště pak bulimie je nemocí dosti nákladnou (Krch, 2003). Naopak M. Maloney a R. Kranzová (1997) se domnívají, že jenom anorexie se týká vyšších a středních vrstev, bulimie pak vrstev všech, tedy i těch nižších.

F. D. Krch (2003) naproti tomu zařazuje mezi příčiny vzniku poruch příjmu potravy v první řadě **redukční diety** děvčat, které podle něj zvyšují riziko propuknutí těchto poruch zhruba osmkrát. Nejhorší je totiž hlad, který mnohdy vede k přejedení, a to většinou vysokokalorickými potravinami. Stejného názoru je i E. Marádová (2007), která podotýká, že diety jsou hlavním znakem mentální anorexie a jedním z významných spouštěčů mentální bulimie. Dále to jsou podle F. D. Krcha (2003) zvláště dívky z rodin, kde se hodně vyskytuje obezita, rodinní příslušníci často drží nejrůznější diety a celkově mají k jídlu nezdravý vztah. Spouštěčem může být rovněž nějaká, obvykle **negativní událost či změna**. Jde například o posměch nebo nemístné poznámky někoho z okolí na dívčin

vzhled, problémy v rodině, změna školy. Potom to je, stejně jak se domnívá předchozí autorka, **vina společnosti**, jež mladým dívkám a ženám diktuje, jak by měly vypadat, aby byly žádané, aniž by si připouštěla negativní dopady na jejich fyzické i psychické zdraví. Některé dívky totiž nejsou tak silné, aby odolaly společenskému tlaku. V televizi nebo v časopisech vidí převážně krásné, vysoké a štíhlé ženy, kterým by se chtěly alespoň zčásti podobat. Domnívají se, že jen tak se budou moci stát společensky úspěšnými. Mnoha těmto dívkám **chybí sebevědomí, cítí se méněcenné a jsou závislé na hodnocení ostatních**.

M. Novák (2010) rovněž uvádí determinanty, které mohou ke vzniku poruch příjmu potravy výrazně přispět. Jsou to determinanty individuální, rodinné a sociokulturní. Mezi **individuální determinanty** patří determinanty vývojové (prožité stresy a traumata, vliv vrstevnických skupin) a osobnostní (temperament, sebeovládání, sebevědomí). Co se vývojových determinant týče, je kritické hlavně období puberty, kdy se dívka začíná měnit v ženu. S tím je spojen nárůst hmotnosti, celkové zaoblování postavy a změna jejich proporcí. Jestliže je navíc u dívčiných vrstevnic vysoce ceněna štíhlost, mohou se tyto dvě skutečnosti snadno dostat do konfliktu. Osobnostní determinanty se naproti tomu projevují v prožívání a hodnotové orientaci dívek, které jsou po celý život relativně stálé. Například negativní emoce se bulimičkám daří úspěšně potlačovat prostřednictvím jídla a následného zvracení. Anorektické dívky se zase cítí spokojeně, když si dokáží přísně hlídat, co snědí, dovedou si odepřít potravu a hubnou. Každý, kdo nějakou z poruch příjmu potravy trpí, se s největší pravděpodobností sebe málo cení, veškerou kritiku si bere příliš k srdci a vlastní hodnotu odvozuje od svého vzhledu. K **rodinným determinantům** patří riziková rodina a rizikové osobnosti rodičů, zvláště pak matek. Rodiny dívek s poruchou příjmu potravy bývají lhostejné k potřebám svých členů, ctižádostivé a v jejich struktuře není jasná hierarchie. Matky v těchto rodinách jsou většinou puntičkářské, introvertní, submisivní či přehnaně zaměřené na výkon a úspěch. Mnohdy také samy trpí nebo trpěly nějakou z poruch příjmu potravy. Otcové bývají buď autoritářští nebo se do výchovy prakticky vůbec nezapojují. Oba rodiče potom obvykle málo vedli své potomky k vyjádření vlastních pocitů, čímž u nich mohlo dojít k rozvoji nedůvěry ve své schopnosti. K **sociokulturním determinantům** se řadí více teorií, jednou z nich je teorie sociálního srovnávání, kdy se ženy a dívky mezi sebou porovnávají nebo svá těla srovnávají s postavami modelek, kterým se většinou moc nepodobají. To má u mnohých vliv na jejich nespokojenost a touhu se svému ideálu co nejvíce přiblížit. Odtud už je jen krůček k poruchám příjmu potravy, ke

kterým dochází zvláště u těch jedinců, kteří věří, že pouze štíhlý a atraktivní člověk může být v životě úspěšný a spokojený. Další je kulturní teorie, jež upozorňuje na skutečnost, že poruchy příjmu potravy se ve vyšší míře vyskytují ve společnostech, kde je kladen větší důraz na výkonnost žen a ve kterých je nadbytek potravy. V oblastech, kde lidé hladovějí, je naopak za ideál považováno tělo silnější, takže se zdá, že za optimální je vždy pokládáno to, co je pro jedince obtížněji dosažitelné (Novák, 2010). Nejvíce rizikovým faktorem je ale **příslušnost k ženskému pohlaví**. Pouze 5% všech bulimiků a anorektiků jsou muži. Jako důvod tohoto nepoměru je uváděna skutečnost, že kráse ženského těla byl odnepaměti přikládán větší význam, než vzhledu těla mužského a tudíž byl na ženy vyvíjen i větší tlak co se tělesných proporcí a hmotnosti týče. K mužské postavě byla a je společnost tolerantnější a za normu je pokládáno mnohem širší váhové rozpětí a paleta postav než je tomu u žen. Výjimky tvoří pouze žokejové, tanečníci či modelové, kteří, aby mohli své povolání co nejlépe vykonávat, se musí do určitého váhového rozmezí vejít. U nich je také riziko vzniku poruch příjmu potravy znatelně zvýšeno (Maloney, Kranzová, 1997). Svou roli zde ale může hrát i fakt, že muži pouze výjimečně vyhledají pomoc nebo se někomu svěří, takže počty jedinců trpících mentální anorexií či mentální bulimií mohou být podhodnoceny (Hanzlovský, 2009). Další příčina poruch příjmu potravy souvisí s **tradiční výchovou dívek a chlapců**. Zatímco chlapci mohou svůj vztek a agresi v přiměřené míře volně projevit, dívka je vedena k tomu, aby takové chování potlačovala. Dívka má být jemná a má se umět ovládat, takže projevovat své negativní emoce nepřichází v úvahu. Děvčata se snaží chovat, jak se od nich očekává, zároveň ale také chtějí o svém vlastním životě trochu rozhodovat. V tom se jako nevhodnější jeví kontrola tělesné hmotnosti a množství přijaté potravy (spíše u mentální anorexie). V této oblasti se mohou samy realizovat a mají pocit vlády alespoň nad svým tělem (Maloney, Kranzová, 1997).

Z čistě sociokulturního pohledu se na věc dívá S. Grogan (2000), která zdůrazňuje výhradně vliv společnosti na spokojenost s vlastním tělem. Stejně jako M. Novák (2010) rozlišuje v této souvislosti dvě teorie, a to teorii sociálního srovnávání a teorii schématu vlastního Já. Prvně jmenovanou vysvětluje obdobně jako zmíněný autor, druhá souvisí s tím, jak na jedince působí média, která jim diktují, jak by měli vypadat. Vychází z toho, že každý má nějakou objektivní představu o své vlastní postavě a povědomí o společensky preferovaném ideálním těle a kompromisem mezi těmito dvěma obrazy je „ideální zvnitřněné tělo“. Na základě této teorie je člověk se svou postavou nespokojen tehdy,

pokud se jeho skutečné tělo od „ideálního zvnitřnělého těla“ výrazně liší. Takový tlak vyvíjí převážně společnost západní, a ten, kdo se od stanoveného ideálu více či méně odchyluje, bývá negativně hodnocen. Mediální prezentace dokonalých ženských postav, zveřejňování rad a návodů, jak vylepšit svou postavu, a tak se stát šťastnější a úspěšnější, v mnohých ženách vyvolává pocit nespokojenosti a potřebu se sebou něco udělat. Přitom ovšem neplatí, že by silné ženy byly s vlastním tělem spokojeny méně než ženy štíhlejší. Nezáleží totiž ani tolik na skutečné váze a mírách jako spíše na subjektivní interpretaci postavy. Autorka ale zároveň říká, že společenský tlak nepůsobí ve všech kulturách stejně. Například černoši považují plnější tvary za přitažlivé, takže i ženy v těchto kulturách bývají se svou postavou spokojenější.

Výše uvedení autoři tedy považují za rizikové pro rozvoj poruch příjmu potravy jak faktory vnitřní, tak vnější. Někoho tak mohou silněji ovlivňovat individuální dispozice, na jiné spíše působí podněty z okolí, nejčastěji to ovšem bývá směsice obojího v různém zastoupení u každého jednotlivce.

3.2 Prevence poruch příjmu potravy

Jak se tedy poruchám příjmu potravy pokusit předcházet, je otázka přednostně pro primární prevenci. V současnosti, kdy většina mladých lidí tráví podstatnou část svého času na internetu, by mohla být primární prevence zaměřena právě tímto směrem. Větší pozornost by měla být věnována obsahu jednotlivých stránek a prezentovány by měly být především jiné hodnoty než pouze povrchní dokonalost, která je navíc většinou počítačově upravena. Podobně je to s reklamou v televizi, která divákům vnucuje určité potřeby. Může jít o koktejl či pilulky na hubnutí nebo naopak o pamlsek, po jehož požití budou zahnány všechny chmury. V neposlední řadě jsou z tohoto hlediska nevhodné všechny soutěže krásy, které mnohdy začínají již v dětském věku nebo prezentace na kost vyhublých modelek. To všechno jsou jevy, které mohou ke vzniku poruch příjmu potravy významně přispět a které je možno alespoň částečně regulovat (Papežová a kol., 2010).

Podle S. Grogan (2000) by preventivní opatření měla být rovněž směřována na samotné jedince, kteří by mohli být poruchou příjmu potravy ohroženi. Tlaku společnosti se totiž nedá zcela zabránit, proto by, hlavně dívky, měly být už od útlého věku vedeny k tomu, jak se nenechat kulturním ideálem krásy ovlivnit. Důležité je pěstovat zdravé sebevědomí, akceptovat různorodost a široké spektrum tvarů ženských postav, které jsou přitom

všechny pokládány za přitažlivé. T. Novák (2010) zastává názor, že pro dostatečné sebevědomí je nutné respektovat svou individualitu. Člověk nemá chtít být jako někdo jiný nebo jako všichni ostatní, protože tak nebude vlastně nikým. Každý je jedinečný a měl by si umět své výlučnosti patřičně vážit. S. Grogan (2000) považuje za podstatné, aby se sebou dívky nenechaly manipulovat a nenechaly si diktovat, jak by měly vypadat. Takováto prevence by byla jistě velice účinná, ovšem byla by k ní zapotřebí nutná změna myšlení nejen jednotlivců, ale větší části společnosti, což je poměrně obtížné a představuje to úkol řešitelný pravděpodobně až v delší časové perspektivě. Dílčím krokem k tomu by mohl být rozvoj přiměřených tělesných aktivit u jedinců všech věkových kategorií, zvláště u dospívajících. Sport totiž příznivě působí nejen na tvarování postavy, ale i na duševní pohodu a pocit sebekontroly. Cílem lidského snažení by tedy nebyla co nejhubnější postava, ale zdravé a dobře fungující tělo. F. D. Krch (2005) k tomu dodává, že pozitivní vliv na dospívající jedince by dále mohlo mít zavedení „peer programů“ na školách, které by se zabývaly správnou výživou. E. Marádová (2007) uvádí konkrétní příklady, jak by mohla taková práce s dětmi a mládeží vypadat. Prioritní je, aby si dospívající nenásilnou formou osvojili vhodné způsoby stravování, získali informace o rizicích spojených s poruchami příjmu potravy a rozvíjeli vlastní sebedůvěru. K tomuto účelu by měly sloužit především didaktické hry a cvičení zaměřené na přijímání sebe samého i ostatních takových, jací jsou, uvědomění si neexistenci univerzálního ideálu krásy nebo umění sestavit si zdravý jídelníček.

J. Kulhánek (2002) dále uvádí, že prevence poruch příjmu potravy by měla být také zaměřena na manipulativní zacházení s potravou. Manipulace se týká takových situací, kdy jídlo pro dítě představuje dlouhodobě odměnu nebo trest. Tato asociace se většinou přenáší i do dospělosti, kdy člověk nepovažuje potravu pouze za zdroj obživy a určitého uspokojení, ale i jako prostředek k prosazení cizí vůle. To se vztahuje i na povinné dojídaní, které se v mnohých rodinách uplatňuje. Dítě se tak naučí ovlivňovat nálady rodičů, které se odvíjí od toho, kolik toho snědlo. Později může tento mechanismus hrát klíčovou roli při onemocnění poruchou příjmu potravy, kdy postižený jedinec dovede, často nevědomě, prostřednictvím jídla manipulovat svým okolím. Výše zmíněný autor navrhuje v tomto případě prevenci v podobě pravidelného rodinného stravování již od raného dětství, nevnučování jídla a nespojování potravy s emocemi. Právě ve společném stravování vidí M. Hajný (2004) v rodinách s poruchou příjmu potravy zásadní problém.

V těchto rodinách bývají způsoby stolování značně chaotické, každý si konzumuje, co chce a kdy chce, a tak není divu, že se onemocnění snáze rozvine a může dlouhou dobu unikat pozornosti ostatních.

4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou poruchy, se kterými se pacienti potýkají obvykle několik let. Za tu dobu dojde téměř u každého k některým negativním změnám uvnitř či na povrchu těla. Některé s úpravou stravovacích návyků samy zmizí, jiné mohou dívky poznamenat na celý zbytek života. O následcích poruchy potom rozhoduje doba jejího trvání, závažnost, a také odolnost pacientky. F. D. Krch a I. Málková (2001) upozorňují, že tyto poruchy jsou nebezpečné obzvláště z toho důvodu, že propukají v době tělesného a psychosociálního vývinu jedince a tím ohrožují jeho budoucí emocionální, sociální, profesionální i sexuální život. Navíc jsou nemocí poznamenáni nejen oni sami, ale i jejich nejbližší. Ch. P. Freeman (in Krch a kol., 2005) řadí mezi zdravotní důsledky poruch příjmu potravy například kardiovaskulární, endokrinní, metabolické, gastrointestinální či dermatologické problémy. Mezi ty **kardiovaskulární** patří srdeční arytmie, jež vzniká v důsledku elektrolytové nerovnováhy, která je zapříčiněna nadměrnou spotřebou projímadel nebo diuretik. Častý je, obzvláště u mentální anorexie, velmi nízký krevní tlak (méně než 90/60 mm Hg), který způsobuje závratě a mdloby. Z **endokrinních** komplikací je nejobvyklejší amenorea (ztráta menstruace), jež nastává v situaci, kdy dívka váží minimálně o 15% méně než je její fyziologická hmotnost. Po návratu k přirozené váze (BMI by mělo být minimálně 19), začne dívka většinou opět menstruuovat. S tím souvisí i plodnost a těhotenství, se kterými po uzdravení zpravidla již nebývá problém. A. Pařízek, H. Papežová a P. Uhlíková (in Papežová a kol., 2010) oproti tomu tvrdí, že pro správnou funkci reprodukčního systému není ani tak důležitá celková váha, jako spíše množství tuku v ženském těle, které by mělo být alespoň 23,5%, což odpovídá 11 kilogramům. V období dospívání ale dívky nabudou v průměru 4,5 kilogramů dalšího tuku, který slouží jako nutná rezerva pro případné otěhotnění. Tento potřebný tuk ovšem dívkám s poruchou příjmu potravy obvykle chybí (Papežová a kol., 2010). Ovšem ani optimalizace hmotnosti a tělesného tuku obyčejně nestačí k tomu, aby žena prožila nekomplikované těhotenství. Pro to je nutné, aby natrvalo upravila své stravovací návyky a nesnažila se hmotnost opět snížit. V opačném případě může u žen s anorexií v době těhotenství dojít k samovolnému potratu, zmenšení dělohy nebo vaginálnímu krvácení. Děti anorektiček bývají často nedonošené, s nízkou porodní hmotností, jejich vývoj je zpomalen nebo mohou při porodu dokonce zemřít. Komplikaci u bulimiček představuje rovněž potrat, vysoký krevní tlak, příliš velké nebo malé přibývání na váze či zhoršení symptomů nemoci. U jejich dětí to

potom může být také nízká porodní váha, rozštěp patra nebo smrt u porodu. Přestože o těchto skutečnostech ženy s poruchou příjmu potravy většinou vědí, nedovedou se mnohé z nich stravovat ani v době gravidity přiměřeně, z čehož mají následně výčitky a pocity nedostatečnosti. Ovšem i u těch, které se kvůli nenarozenému dítěti snaží stravovat vyváženěji, se příznaky nemoci zpravidla prohlubují. Ženy s poruchou příjmu potravy se bojí přibývání na váze, které s těhotenstvím zákonitě přichází, tím pádem jsou v psychické nepohodě, depresivní, neustále na jídlo a na svou postavu myslí a nedokáží adekvátně fungovat. Situace nebývá lepší ani po porodu. Drtivá většina těchto žen se pokouší co nejrychleji opět zhubnout, což je v popředí jejich zájmu a dítě bývá až na druhém místě. Navíc mohou mít strach z toho, aby jejich potomek nebyl tlustý, v důsledku čehož ho mohou nedostatečně živit. Častěji se u těchto žen objevují také stavy podrážděnosti či úzkosti a kvůli nižšímu sebevědomí se mohou obávat, že se o dítě nedokáží patřičně postarat. Těhotenství a období po porodu pro ně tedy může představovat zvýšenou zátěž, což může být i důvodem, proč asi dvě třetiny anorektiček zůstávají dobrovolně bezdětné.

Metabolické problémy se potom projevují zimomřivostí nebo poruchami spánku (noční probouzení, méně kvalitní spánek), a to u dívek s nízkou tělesnou hmotností (Krch a kol., 2005). Organismus se na redukci potravy adaptuje tak, že omezí spotřebu bazálního metabolismu, takže se sníží tělesná teplota, krevní tlak a zpomalí se činnost srdce (Maj, 2003). **Gastrointestinální** potíže se týkají například otoků slinných žláz pod čelistí (v důsledku zvracení), zácpy nebo poškozené zubní skloviny. K tomu dochází rovněž vlivem zvracení a tento proces je nevratný. Spíše kosmetický problém představují **dermatologické** komplikace zahrnující zhoršenou kvalitu pleti (suchá, zažloutlá kůže), vyrážky, ochlupení na tváři či trupu. Pokud navíc mentální anorexie propukne v době vývinu, je velice pravděpodobné, že dívka bude mít o něco menší výšku než by měla za normálních okolností. Všem postiženým potom reálně hrozí osteoporóza (řidnutí kostí), protože jejich kosterní soustava není z potravy dostatečně vyživována (Krch a kol., 2005). V důsledku nedostatečného přísunu vitamínů a minerálních látek mají postižené dívky mnohdy poničené vlasy, které jsou vysušené a vypadávají, nebo také lámavé a třepící se nehty (Papežová a kol., 2010). U dětí mají poruchy příjmu potravy podobné důsledky jako u dospělých, ovšem mnohdy se mohou projevovat dramatičtěji. Už samotné hubnutí bývá u dětí rychlejší, protože jejich tělo nemá takové zásoby tuku. Poněvadž jsou děti ještě ve vývinu, může se výrazné omezení potravy projevit i na zastavení jejich růstu a opoždění puberty. To, co se u dospělých jedinců samo po dosažení optimální váhy opět upraví, může

u dětí způsobit trvalé následky, zvláště pak, když porucha propukne před jedenáctým rokem (Krch a kol., 2005).

Dívky trpící **mentální anorexií** se dále velmi často špatně soustředí, jsou podrážděné a depresivní. K depresi u nich dochází z obavy o svou váhu a z nedostatku potravy, což nervovou činnost ovlivňuje. Jestliže se anorektička nakazí nějakou infekcí nebo prochladne, trvá déle, než se s tím její tělo vypořádá. Nadužívání diuretik zase přispívá k dehydrataci, poněvadž přetěžuje ledviny, které mohou v krajním případě až selhat. Naproti tomu dlouhodobější užívání projímadel má za následek „zlenivění“ střev a po jejich vysazení může dojít k usazování odpadních látek v těle. V krajních případech je potom řešením už jedině operace. Jako méně závažný následek mentální anorexie se dá označit zvýšená tvorba modřin. Ty vznikají ve větší míře proto, že anorektičky nemají kosti skoro vůbec obklopeny tukem (Maloney, Kranzová, 1997). R. G. Laessle (in Maj, 2003) totiž uvádí, že pokud někdo delší dobu hladoví, ztratí přibližně 70% tukové tkáně a 40% svalové hmoty.

Některé ze zdravotních následků se objevují i u dívek s **mentální bulimií**, jako například dehydratace, zácpa či špatná funkce ledvin. Bulimičky trápí taktéž deprese, které se ale na rozdíl od anorektiček pokouší zahnat jídlem. Navíc u bulimických pacientek často dochází v důsledku zvracení k zánětu slinných žláz, které se projevují oteklým obličejem. Nejzávažnější komplikací jsou ale asi poranění jícnu, na kterém se mohou tvořit i vředy nebo se může dokonce při zvracení protrhnout (Maloney, Kranzová, 1997). Již samotné přejedení může způsobit až ztrátu dechu, poněvadž potrava tlačí na bránici, a tím dýchání ztěžuje. Zaznamenány jsou též případy zánětu slinivky břišní nebo poničení žaludeční stěny. Zvracení narušuje také rovnováhu tělesných tekutin a solí, což představuje zvýšenou zátěž pro ledviny a srdce. To může mít za následek křeče, zmatenost nebo točení hlavy. Hrozbu představují stejně jako u anorexie projímadla, která bulimičky často používají. Obdobně jako zvracení narušují rovnováhu tělesných tekutin a solí, mohou způsobovat nevolnost a zadržování vody v těle, což vede ke vzniku otoků a zvýšení váhy. Na projímadlech se dá lehce vypěstovat závislost, a tak je pro výsledný efekt nutné dávky stále zvyšovat. Tím se ovšem porušuje stěna tlustého střeva a komplikuje se vstřebávání bílkovin (Krch, 2003). U obou poruch navíc dochází ke ztrátě schopnosti adekvátně se orientovat v pocitech hladu, chuti či sytosti, podle kterých se již nelze řídit. Anorektické dívky přestávají mnohdy hlad pociťovat, naopak bulimičky jsou schopny potravu

konzumovat téměř stále, i když by objektivně měly být dostatečně nasyceny (Marádová, 2007).

5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Při léčbě pacienta s poruchou příjmu potravy je nejdůležitější jeho motivace a snaha své dosavadní stravovací návyky změnit. Pokud si jedinec závažnost situace neuvědomuje a nechce se sebou nic dělat, jakákoliv terapie se mine účinkem. Výjimku tvoří pouze extrémně vyhublí pacienti, které je nutno hospitalizovat a vyživovat sondou, než dosáhnou alespoň minimální, život neohrožující hmotnosti. P. L. Cooper (1995) rozlišuje dva základní typy léčby, a to léčbu pomocí antidepresiv a léčbu psychologickou. Účinnost obou druhů léčby byla během 80. let zkoumána, vliv léků v USA a léčení psychologickými postupy v Anglii. Co se mentální bulimie týče, měla léčba antidepresivy dobré výsledky. Pacientům se zlepšila nálada, méně se přejídali a zvraceli a snížil se strach o postavu. Velmi dobré výsledky však přinesla i krátkodobá psychoterapie zaměřená také hlavně na zmírnění obav z jídla a ze zvýšení hmotnosti. Cílem bylo rovněž opětovné získání kontroly nad způsoby stravování a díky této terapii se až dvě třetiny bulimiček přestaly přejídat. F. Faltus (in Krch a kol., 2005) upřednostňuje naopak spíše dlouhodobou psychoterapii spolu s krátkodobou farmakoterapií. K farmakoterapii poruch příjmu potravy dodává, že dobré výsledky léčby u bulimiček jsou důsledkem zvýšení množství serotoninu v centrální nervové soustavě, jehož nedostatek způsobuje snížení pocitu nasycení a u disponovaných jedinců může být příčinou přejídání.

H. Papežová (2010) se domnívá, že anorektičky jsou celkově méně motivovány k léčbě, poněvadž si nepřipouští, že by dělaly něco špatně a navíc jejich „program“ je plně uspokojuje. Naopak se obávají, že během terapie ztloustnou a lékaři jim poruší jejich, po dlouhou dobu striktně dodržovaný „plán“. Jestliže tedy anorektičky vyhledají pomoc, je to skoro vždy až na nátlak a prosby nejbližšího okolí. Ovšem ani rodinní příslušníci nejsou leckdy těmi, co by měli na dívčině léčbě největší zájem. Její problémy mohou bagatelizovat nebo se za onemocnění dokonce stydí a snaží se vše utajit. Mohou mít pocit, že někde udělali chybu a obávají se stigmatizace. Tím ale léčbu pouze oddalují a potíže se tak mohou ještě více prohlubovat. Aktivně s nemocí bojovat se pokouší spíše bulimické dívky, které často navíc trápí deprese a úzkostné stavy, kterých se chtějí zbavit. Sice také nechtějí přibrat, ale alespoň si přejí přemoci svou nezvladatelnou touhu po přejedení a následném zvracení. Narozdíl od anorektiček, pyšnicích se silnou vůlí, se za svou slabost stydí a touží ji přemoci (Papežová a kol., 2010). Na druhou stranu ale kvůli studu mnoho bulimiček léčbu nevyhledá a nad nemocí se pokouší zvítězit samo (Sladká-Ševčíková,

2003). To pro ně bývá značně obtížné, protože si navykly jíst vše, na co mají chuť, v libovolném množství a přitom nepřibírat. Pokud se tedy budou chtít bulimičky uzdravit a udržet si pěknou postavu, nebudou se moci již přecpávat a mnoha svých oblíbených potravin se budou muset vzdát nebo je výrazně omezit (Maloney, Kranzová, 1997). Tato skutečnost u většiny z nich vzbuzuje obavy, na co se budou těšit a co budou dělat, když je přepadne nutkání přejít se. Neví ani pořádně, jak by se měly stravovat a čím vyplnit čas, který jim zbude, když přestanou několikrát denně zvracet. Ze změny mají strach, protože si nejsou jisté, zda budou nový způsob života zvládat (Krch, 2003). Existuje taktéž předpoklad, že méně závažná a snáze léčitelná je mentální bulimie, jež je zapříčiněna sociálními faktory. Naproti tomu léčba mentální anorexie, kterou způsobují současně faktory biologické, psychologické i sociální, je mnohem komplikovanější. Navíc pouze zhruba jedna třetina všech nemocných se úplně uzdraví, jedna třetina se vyléčí částečně (například v zátěžových situacích se porucha opět projeví) a jednu třetinu uzdravit nelze, přičemž chronickým se onemocnění stává asi po 10 až 15 letech (Krch a kol., 2005). U každého také léčení trvá různě dlouhou dobu, průměrně to bývá pět až šest let (Papežová a kol., 2010).

Pro ty, co se rozhodnou onemocnění postavit, se nabízí řada terapií, od terapie kognitivně-behaviorální, psychoanalytické až po terapii rodinnou. Tu, která je v konkrétním případě nejvhodnější, vybere lékař na základě pacientčiny anamnézy a diagnózy, ovšem dívka s tím musí souhlasit. Terapie by totiž měla vždy respektovat pacientčinu osobnost, jiná se tedy volí pro dívky introvertní, jiná pro extrovertní. V každém případě se ale pacientkám věnuje celý tým odborníků, ve kterém by neměl chybět nutriční terapeut (sestaví jídelníček a dohodne se s dívkou na reálné cílové hmotnosti), psychoterapeut (provádí jednotlivé terapie dle svého zaměření, například individuální, skupinové, rodinné) a psychiatr (určí přesnou diagnózu, může předepsat potřebné léky, navrhuje postup léčby). Všichni jmenovaní profesionálové by taktéž měli být dobře obeznámeni s celkovou problematikou poruch příjmu potravy a konkrétní rodinnou, zdravotní či sociální situací pacientky (Papežová a kol., 2010). Ať už se ale zvolí jakýkoliv způsob léčby, jejím cílem má každopádně být změna klientčina uvažování, sebehodnocení, oslabení zaměřenosti na vlastní vzhled a potravu, pěstování vhodných koníčků, rozvoj společenských kontaktů, návrat do zaměstnání či ke studiu a v neposlední řadě změna jídelníčku a v některých případech i navýšení hmotnosti. Při tom všem nemá být pacientka nikam tlačena a do

něčeho nucena, má jí být v rámci možností ponechána svoboda a zodpovědnost za své jednání. Léčba by v nejlepším případě měla být založena na vzájemné spolupráci terapeuta s klientem a pokud to jde, měla by být zdůrazňována hlavně ambulantní péče či svépomocné skupiny. Na konci terapie by měla být pacientka již emočně stabilní, měla by mít své stravování pod kontrolou a měla by umět zvládat i nejrůznější nepříznivé situace vhodnějšími způsoby, aniž by došlo k narušení zdravých jídelních zvyklostí (Krch a kol., 2005).

5.1 Druhy terapií

Terapie, které mohou dívkám s poruchou příjmu potravy k úzdravě dopomoci, jsou založeny na různých principech. Důležité ovšem je, aby je vedl zkušený psychoterapeut, který skutečně absolvoval určitý psychoterapeutický výcvik v potřebném rozsahu. Přitom není nutné, aby měl tento terapeut vysokoškolské vzdělání, nebo jej může mít ze zcela odlišného oboru než je psychologie (Černá, 2012).

Jednou z terapií je **terapie behaviorální**, která spočívá v cílené změně myšlení a chování. Terapeut například učí pacienta, jak odolat nutkání přejít se a následně vše vyzvracet nebo jak pozitivně vnímat své vlastní tělo. Podobné je to i u **kognitivně-behaviorální terapie**, která zahrnuje psychoedukaci, což je seznámení pacientky se zdravým životním stylem (vyvážená strava, pravidelná pohybová aktivita, ideální hmotnost) a také rizicích, která jsou s nevhodnými dietami spojena a možnostmi léčby. Důležitou úlohu hrají potom i jídelní záznamy, do nichž si dívka zapisuje, co přes den jedla, kolik toho bylo, kde a kdy to jedla, jaké u toho měla pocity a zda-li po najedení zvracela, nadměrně cvičila nebo popřípadě užila projímadlo. Z těchto záznamů potom bývá patrné, která potravina nebo denní doba jsou pro pacientku kritické a na sezení s terapeutem je možnost vše probrat a vymyslet, jak se v rizikových situacích zachovat. Bulimické dívky si potom třeba nacvičují chování, které uplatní ve chvíli, kdy se budou chtít přejít (oslavy, stresové situace) nebo když už nějaký „prohřešek“ udělají. Nutné je pochopit, že když dojde k nějakému selhání, není ještě vše ztraceno. Mnoho děvčat si řekne, že když jednou nějakou ze zásad porušily, je celý „program zkažený“ a už tedy nemá cenu dále nic dodržovat. To je chyba, na kterou by měl terapeut pacientky upozornit a navrhnout jim jiné řešení. Užitečné je uvědomit si, proč k selhání došlo, aby se situace nemusela již opakovat, a poté pokračovat v plánu dál, jako by se nic nestalo. Toto pravidlo platí i po léčbě, kdy by mělo zabránit možnému relapsu.

Snahou kognitivně-behaviorální terapie je rovněž přeformulovat negativní myšlenky, které nutí pacientku neustále se zabývat například svou váhou, množstvím snědeného jídla nebo nespokojeností s vlastní postavou. Přínosná je potom kognitivní restrukturační, při které je dívka upozorněna na své nevhodné jídelní chování a uvažování, které brání vyléčení. Když si dívka vše uvědomí, zvětšuje se tím šance, že se jí podaří eliminovat. Nežádoucí je hlavně vztahovačnost, zveličování vlastních nedostatků nebo egocentričnost. Důležité je ovšem zdůraznit, že výsledkem úspěšné léčby pravděpodobně nebude dokonalá postava ani úplná spokojenost pacientky se svým vzhledem, ale hlavně trvalá změna stravovacích návyků, hodnot a životního stylu celkově (Papežová a kol., 2010).

Oproti tomu prostřednictvím **terapie psychoanalytické** se terapeut pokouší proniknout až do nevědomí pacienta a pátrá po hlubších příčinách vzniku poruchy. Nezajímají ho tolik symptomy nemoci jako spíše samotná osobnost klientů. Psychoanalytičtí terapeuti zastávají názor, že stravovací problémy pramení již z dětství a odvíjí se od vztahů s klíčovými osobami v jedincově životě, zvláště pak s matkou. Nevyřešené konflikty z předchozích fází vývoje potom významně ovlivňují i pozdější chování a prožívání. Cílem psychoanalytické terapie je tedy vrátit se k těmto nezvládnutým vývojovým úkolům a zpracovat je znovu a lépe (Krch a kol., 2005). V závěru léčby by pacientka měla mít vyřešeny nejen problémy se stravováním, jak je tomu u kognitivně-behaviorální terapie, ale mělo by dojít i k pozitivní změně její osobnosti. Zdárně by měl být dokončen hlavně proces individuace a separace, což v podstatě znamená dosáhnout určité úrovně vyrovnanosti a nezávislosti. To ovšem vyžaduje nějaký čas, a proto se psychoanalytická terapie řadí k dlouhodobějším způsobům léčby (Papežová a kol., 2010).

Pro dětské či adolescentní pacienty se nejvíce osvědčila **rodinná terapie**, v rámci které se pracuje se všemi rodinnými příslušníky. Ti jsou přednostně směřováni k tomu, aby alespoň částečně pochopili chování nemocného člena a snažili se mu poskytnout podporu a porozumění. Ačkoli se zpravidla nevyužívá samostatně, ale spíše jako doplněk k jiné terapii, bývá přínosná hlavně u jedinců, u kterých se kromě poruchy příjmu potravy vyskytují i různorodé rodinné problémy. Tato terapie může pomoci objasnit určité faktory v rodině, které onemocnění udržují nebo je dokonce zapříčinily (Leibold, 1995). Děti a dospívající na rozdíl od dospělých nemají ve většině případů na své onemocnění náhled a špatně s terapeutem spolupracují, protože necítí potřebu se léčit. Zde tedy stoupá význam rodinné terapie, kdy terapeut pracuje kromě dětských pacientů i s jejich rodiči. Všechny

dohromady totiž vnímá jako celek, jehož části na sebe působí a vzájemně se ovlivňují. To se týká právě i onemocnění, které nepovažuje pouze za záležitost postiženého, ale celé jeho rodiny. Aby tedy bylo dosaženo očekávaného výsledku, je nutná práce se všemi rodinnými příslušníky (Papežová a kol., 2010).

Přínosná bývá rovněž **skupinová psychoterapie**, jíž se nejčastěji využívá při hospitalizaci nebo v denních stacionářích. V těchto případech bývá skupina otevřená, to znamená, že její členové se střídají tak, jak do zařízení přicházejí a jak léčbu ukončují. Skupiny tedy začínají svou činnost v určitém složení a v úplně jiné sestavě ji končí. Odlišná je situace u ambulantní skupinové terapie, kde je skupina uzavřená, má stanovený počet sezení a intenzivní průběh. Skupinová psychoterapie může být zaměřena jak psychoanalyticky, tak behaviorálně, záleží na volbě terapeuta a potřebách jednotlivců. V podstatě se rozlišují dva druhy terapií, jedna se zabývá spíše emocemi a prožíváním pacientů, druhá se více věnuje hlavním příznakům onemocnění a osvětě. Zatímco druhý typ terapie může být využíván samostatně, k prvnímu je ještě nutné připojit další způsob léčby, nejlépe terapii individuální, na které se probírá problematika stravování (Krch a kol., 2005). Důležité ale je, aby dívky nebyly do skupiny zařazeny příliš brzy. Skupinová terapie není vhodná zvláště u příliš vyhublých pacientek nebo u těch, které ještě na svou chorobu nemají náhled (Papežová a kol., 2010). Obecně jsou anorektičky během terapií více uzavřené, rigidní, egocentrické, úzkostné a hůře vyjadřují své emoce. Bývají vztahovačné a výroky ostatních si mohou brát až příliš osobně. Práce s anorektickými dívkami vyžaduje od terapeuta o něco více pochopení, trpělivosti a podpory než práce s bulimičkami, která je rychlejší a přirozenější. Bulimičky jsou v průběhu terapie obvykle aktivnější, snáze se vyjadřují a navazují kontakty v rámci skupiny. Při tom je vhodné, aby byly ve skupině zastoupeny jak bulimičky, tak anorektičky. Přínosné rovněž bývá, když se skupiny účastní i téměř vyléčené dívky, které pro ostatní ztělesňují jakýsi vzor (Krch a kol., 2005).

5.2 Formy a typy léčby

Kromě výběru terapie je taktéž důležité zvolit vhodnou formu léčby. Ta se odvíjí od závažnosti poruchy, ale také od možností a přání pacientů. Může jít o péči ambulantní, pobytovou nebo intermediární. **Ambulantní** zařízení jsou převážně poradny obvodního lékaře, psychologa či psychiatra. Pacientka zde pravidelně dochází a je sledován její zdravotní stav, změny v jídelním chování a má též možnost své problémy a nejasnosti

s někým probrat (Papežová a kol., 2010). Psycholog je pacientkám k dispozici spíše v situacích, kdy potřebují o své nemoci více hovořit, na což má při své práci více prostoru. Psychiatr je navíc oprávněn předepisovat v případě potřeby antidepresiva, poněvadž má na rozdíl od psychologa medicínské vzdělání (Černá, 2012). Ambulantní léčba většinou předchází i léčbě **pobytové**, která je v rámci ní následně navržena. Bývá to v případech, kdy se stav pacientky dlouhodobě nelepší nebo se dokonce zhoršuje, popřípadě když má dívka navíc problémy s alkoholem či drogami. Pobytová léčba je doporučována rovněž dětem a dospívajícím či přímo vyžadována u jedinců se značnou podváhou (Papežová a kol., 2010). Ti by měli optimálně v zařízení přibývat jeden až jeden a půl kilogramu za týden. Dalšími indikátory pro volbu hospitalizace jsou závažnější deprese, sebepoškození, sebevražedné tendence, přidružené somatické problémy nebo nutnost kontroly dodržování pacientova jídelního plánu (Krch a kol., 2005). Pokud dívka nemá život ohrožující váhu a je schopna jídlo konzumovat a strávit, je vhodné, aby pod odborným dohledem začala pomalu jíst všechny potraviny. V opačném případě je nutná výživa sondou do žaludku nebo přes žilní systém. Důležité ovšem je, aby přechod k plnohodnotnější stravě byl skutečně pozvolný, aby pacientkám nezpůsobil nějaké fyzické či psychické potíže (Leibold, 1995). V případě poruch příjmu potravy jsou pobytovými zařízeními zpravidla psychiatrické léčebny, které nabízí sice celodenní, ale pouze krátkodobou péči (obvykle šest týdnů). V psychiatrické léčebně je uplatňována režimová terapie, kdy mají hospitalizovaní pacienti přesně dané, co se bude v kterou denní i noční dobu dělat, ať už se jedná o stravování, vycházky, telefonáty, odpočinek, různé terapie nebo u mladších pacientů o výuku. Takový kompromis mezi ambulantní a pobytovou péčí představuje péče **intermediární**. Nejběžnějším intermediárním zařízením pro dívky se stravovacími problémy je denní stacionář. Pacientky zde vždy ráno přicházejí a odpoledne či navečer zase odcházejí domů, a to přibližně tři měsíce. Ve stacionáři se stravují a účastní se všemožných terapií a aktivit (Papežová a kol., 2010). Těmi jsou například muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, relaxační techniky nebo psaní deníků (Sladká-Ševčíková, 2003). Tato forma péče je vhodná spíše pro pacienty, jejichž stav je již stabilizovaný a oni mají snahu se uzdravit. Výhodou intermediárních zařízení je skutečnost, že pacient může i nadále zůstat v domácím prostředí mezi svými blízkými a není vytržen z běžného života. Záporům může být pro některé klienty velká vzdálenost zařízení nebo časová a finanční náročnost (Papežová a kol., 2010).

Další typ pomoci představují **svépomocné skupiny**, které mohou být vedeny odborníkem, laikem či nemají žádného vedoucího. Účastníkům i jejich blízkým se prostřednictvím těchto skupin dostává podpory, pomoci a nezbytných informací. Všechny velice uklidňuje vědomí, že se svým problémem nejsou sami, že se někdo nachází v obdobné situaci, a tak je dokáže snáze pochopit (Papežová a kol., 2010). R. Černá (2005) ovšem zastává názor, že svépomocné skupiny zaměřené na poruchy příjmu potravy by měly být vždy vedeny nějakým koordinátorem či terapeutem. Bulimické či anorektické dívky totiž bývají vyčerpané, úzkostné, nerozhodné a jejich motivace k léčbě je nestálá. Z tohoto důvodu je potřeba někoho, kdo by chod celé skupiny usměrňoval. Výjimkou mohou být pouze skupiny, jejichž členy jsou i jedinci po úspěšné léčbě, kteří již mají nějaké zkušenosti a náhled na svou poruchu, o což se mohou ostatními podělit a povzbudit je. Pak může skupina fungovat i bez terapeuta, pouze na základě svépomocných aktivit. Svépomocné skupiny je podle D. M. Garnera (in Krch a kol., 2005) vhodné navštěvovat v případě, že problémy se stravováním nejsou nijak závažné a dívka je motivována k léčbě. Svépomocných skupin bývá taktéž přínosné využít po skončení základní léčby, což zvyšuje pravděpodobnost remise či plné úzdravy. Jinak jsou ale svépomocné skupiny otevřené a mohou je navštěvovat pacienti v různé fázi vývoje poruchy. Na jedné straně to jsou ti, kteří cítí, že s nimi není něco v pořádku a snaží se tímto způsobem vyhledat pomoc. Svépomocná skupina pak představuje první krůček na cestě k řešení problému. Dalšími účastníky mohou být jedinci navštěvující skupinu ještě vedle jiné terapie nebo chroničtí pacienti, jejichž zdraví sice není přímo ohroženo, ale jejichž stravování vykazuje známky patologie. Těm svépomocné skupiny poskytují hlavně společenský kontakt a učí je prozatímně žít s poruchou příjmu potravy. Rovněž frekvence setkávání skupiny je různá, pohybuje se od schůzek každý týden až po jednu za měsíc, přičemž ale čas a místo zůstávají zpravidla stejné.

Jistou formou svépomoci jsou v dnešní době rovněž nejrůznější **internetové portály**, na nichž mohou dívky o svých problémech mezi sebou navzájem diskutovat, nebo také internetové poradny, na které se mohou dívky anonymně obrátit o radu. Některé stránky zabývající se poruchami příjmu potravy jsou kontrolované a přímo určeny ke svépomocným aktivitám, jiné mohou postižené dívky zneužívat k výměně návodů týkajících se hubnutí, zvracení nebo toho, jak vše co nejlépe před okolím utajit (Papežová a kol., 2010). Dále jsou dívkám k dispozici různorodé **publikace**, které obsahují

svépomocné programy. Jedná se o postupy, jak poruchu příjmu potravy v dílčích krocích vlastními silami překonat. Celý program trvá obvykle několik měsíců, během nichž postižený jedinec plní zadané úkoly. Doba programu se ale může i prodloužit, záleží na tom, jak se dotyčnému daří jednotlivé požadavky plnit. Pokud mu nějaký krok dělá problémy, měl by v této fázi setrvat déle. Nevýhodou těchto svépomocných programů je skutečnost, že závisí pouze na jedincově vůli, jak poctivě bude jednotlivé úkoly plnit a zda vůbec program dokončí (Krch a kol., 2005).

Po léčbě, především tedy hospitalizaci, by měly dívky ještě využít nějakého **doléčovacího programu**, jehož délka se pohybuje okolo tří měsíců. V rámci tohoto programu se děvčata například učí, jak si jídlo připravit a jejich nově získané návyky se upevňují. V případě jakýchkoliv problémů se jim v zařízení dostane pomoci a podpory, čímž se dá z větší části předejít návratu k patologickému způsobu stravování (Papežová a kol., 2010). Po propuštění z léčebny, kde byla vyvážená strava dívkám denně v pravidelných intervalech připravována a v přiměřeném množství servírována, pro ně potom totiž bývá problematické sestavovat si zdravý jídelníček samy. Zátěž představuje hlavně skutečnost, že v běžném životě si nemohou všechno přesně naplánovat a obvykle také nelze jíst vždy přesně ve stejný čas. To se týká například stravování v práci, ve škole, na oslavě či na dovolené. Dívky mívají tendenci stereotypně dodržovat určité postupy, přitom cílem léčby je mimo jiné také naučit se pružně reagovat v nejrůznějších situacích s jídlem spojených bez napětí a dlouhého přemýšlení o tom, co mohou sníst a v jakém množství. Ideálně by se měly stravovat obdobně jako lidé v jejich společnosti (Krch a kol., 2005). To je ovšem stav, kterého mnoho dívek ani po léčbě nedosáhne. Ačkoliv se jejich váha stabilizuje a jídelníček výrazně oživí, mají dívky s některými potravinami stále problém, vyhýbají se jim a svou hmotnost (i když již optimální), pečlivě hlídají. Jsou již „vyléčené“, přesto určitá nezdravá zaujatost jídlem přetrvává. Už sice nenarušuje fyzické ani psychické fungování, ale k úplné úzdavě má ještě daleko. Někdo v této fázi zůstane několik let, jiný již navždy. Jsou ale naštěstí i takoví, kteří nad nemocí zvítězí úplně a kteří se vrátí k takovému uvažování a jídelním zvyklostem, jaké měli před propuknutím poruchy. Pravděpodobně ale i tito jedinci budou už vždy k poruchám příjmu potravy náchylnější, což se může projevit zvláště v nějakých zátěžových situacích. Pak nezbyvá nic jiného než věřit, že dívka opět k patologickému stravování nesklouzne a žádoucí jídelní návyky si udrží.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRŮBĚH VÝZKUMU

6.1 Výzkumný problém

Problematikou poruch příjmu potravy se zabývá řada autorů, propracované jsou především faktory, které se na vzniku poruch příjmu potravy podílejí, klasické projevy těchto poruch či zdravotní a sociální důsledky. Tato diplomová práce se věnovala zkušenostem žen, které poruchu příjmu potravy prodělaly, a pokusila se najít odpověď na otázku: Jak se porucha příjmu potravy vyvíjela od svého počátku až po odeznění? Informantky se tak s odstupem času vrátily do období, kdy měly problémy se stravováním a pokusily se objasnit, co tehdy prožívaly, jak uvažovaly a jak se na celou záležitost dívají dnes.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá proces vývoje poruchy příjmu potravy od vzniku až po její odeznění.

Díličními cíli bylo zjistit:

- jaké faktory vyvolaly poruchu příjmu potravy u konkrétních mladých žen,
- co mladé ženy motivovalo k překonání poruchy příjmu potravy,
- jakým způsobem se mladé ženy s poruchou příjmu potravy vypořádaly,
- zda existuje shoda mezi léčebnými postupy navrženými odborníky a tím, co mladým ženám skutečně pomohlo,
- jaký vliv má prodělaná porucha příjmu potravy na další život mladých žen.

6.3 Druh výzkumu

Vzhledem k výzkumnému problému a stanovenému cíli byl proveden kvalitativní výzkum. V tomto konkrétním případě se zdá výhodnější uskutečnit výzkum s méně jedinci, naproti tomu ale zase více do hloubky pro co nejlepší vhled do zkoumané problematiky. Podle J. Hendla (2005) je totiž předností kvalitativního výzkumu právě získání podrobné deskripce zkoumaných jevů. Kvalitativní výzkum byl vybrán dále pro svou větší neformálnost oproti výzkumu kvantitativnímu a pro skutečnost, že je při něm výzkumník v užším kontaktu se svými informanty. Naopak za nedostatek kvalitativního výzkumu

považuje V. Švec (in Maňák, Švec, 2004) jeho nereprezentativnost, nemožnost zobecnění na populaci a neopakovatelnost.

6.4 Výzkumný vzorek

Základní vzorek byl tvořen ženami, které v minulosti prodělaly poruchu příjmu potravy (mentální anorexii nebo mentální bulimii) a v současnosti je jejich stav již stabilizovaný. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně na základě dobrovolnosti a dostupnosti. Celkově bylo osloveno osm žen ve věku od osmnácti do jednadvaceti let. U všech informantek začala porucha příjmu potravy v raném věku, zhruba od dvanácti do šestnácti let. Všechny akutní fázi nemoci překonaly nejpozději v adolescenci, to znamená, že u nich onemocnění trvalo maximálně do čtrnácti až třidvaceti let. Dříve nemoc propukla u dívek s mentální anorexií, kde se jednalo o věk dvanáct až čtrnáct let, u mentální bulimie to bylo spíše čtrnáct až šestnáct let. Ve dvou případech, kdy ženy zmínily problémy s mentální bulimií i s mentální anorexií, byl začátek potíží v šestnácti letech. Mezi informantkami byly tři ženy, které prodělaly mentální bulimií a tři ženy, jež měly v anamnéze mentální anorexii.

6.5 Výzkumné metody

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor složený z třinácti základních otevřených otázek, které umožňovaly pozměnění či doplnění o další rozvíjející otázky, jež z hovoru vplynuly. Ženám bylo položeno těchto třináct hlavních otázek:

- 1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?
- 2) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?
- 3) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?
- 4) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?
- 5) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?
- 6) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?
- 7) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

8) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

9) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

10) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

11) Jak jsi prožívala těhotenství a jak jsi se v něm stravovala? Jak moc ti vadilo přibývání na váze?

12) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

13) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí informantek, to znamená v jejich domácnosti. Všechny rozhovory byly se svolením dotázaných žen pro následné snazší zpracování nahrávány a před začátkem výzkumu byly informantky rovněž ujistěny o zajištění anonymity a byl jim objasněn účel práce.

6.6 Způsob zpracování dat

Všechny nahrané rozhovory byly nejprve doslovně přepsány, poté se v nich hledala pro výzkum důležitá data, která byla označena kódy. Údaje tedy byly zpracovány pomocí otevřeného kódování, což je „*proces, kdy prvotní (surová) data převádíme do menších jednotek, s nimiž je možné dále pracovat*“ (Švec, Hrbáčková, 2007, s. 55). „*Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem*“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 211). Významově podobná slova (kódy) byla následně sloučena pod společnou kategorii (slovní označení charakterizující všechny kódy, co pod ni patří). Byla tedy použita metoda vytváření trsů, která „*slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin*“ (Miovský, 2005, s. 221). Nově vzniklé kategorie byly dále popisovány a vyhodnocovány, čímž došlo k zodpovězení všech výzkumných otázek. Při zpracování dat byly pro názornost použity citace žen, které byly z důvodu snadné dohledatelnosti

označeny. Značky byly tvořeny velkým písmenem a číslem, přičemž první bylo počáteční písmeno jména dotázané ženy a druhé pak pořadí otázky v konkrétním rozhovoru.

7 ZPRACOVÁNÍ DAT

V průběhu výzkumu bylo vytvořeno osm kategorií neboli trsů, jež jsou níže podrobněji rozebrány. Každá kategorie se skládá z kódů, které jsou v textu zvýrazněny a jsou k nim přiřazeny i části rozhovorů, z nichž tyto kódy vzešly. Jednotlivé kódy i se svými vlastnostmi jsou rovněž uvedeny v tabulce u každé kategorie. Celkové shrnutí výsledků výzkumu a odpovědi na výzkumné otázky se potom nachází v následující kapitole.

7.1 I. Kategorie – Spouštěče poruch příjmu potravy

Tabulka č.1 Spouštěče poruch příjmu potravy

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Spouštěče poruch příjmu potravy	Nespokojenost se sebou	Dominantní
	Sebevědomí	Nízké
	Touha líbit se	Výrazná
	Mediální tlak	Všudypřítomný
	Reakce okolí	Negativní
	Vůle	Slabá
	Sebekontrola	Nízká

Všechny oslovené ženy uvedly, že porucha příjmu potravy začala jejich **nespokojeností se sebou** samými a **nízkým sebevědomím**. Toužily proto zhubnout a zdokonalit svou postavu, přičemž vůbec nezáleželo na tom, jestli to opravdu potřebovaly.

„Připadala jsem si „tlustá“, ačkoliv tomu tak nebylo...“. N/1

„Dlouhodobý komplex z mé postavy, věčná nespokojenost sama se sebou, nízké sebevědomí“. H/2

Kromě subjektivní nespokojenosti se na vzniku onemocnění podílely i vnější podněty, které ovšem působí na více jedinců, ale jen u někoho vyvolají pocit nedostatečnosti. Konkrétně šlo o vzor matky či spolužaček, **touhu líbit se**, nebo **mediální tlak**.

„Moje máma je hrozně hubená...Mně tehdy, v těch dvanácti, začalo připadat, že jsem tlustší než ona...byla vzor...Nechtěla jsem být tlustá a nepěkná, aby všichni říkali, že máma vypadá líp než já“. V/1

„Ve škole jsem denně potkávala spousty holek, které byly daleko hubenější a hezčí než já. Chtěla jsem být stejně hezká jako ony“. H/1

„...do tanečních zhubla dvacet kilo, abych vypadala hezky a líbila se svému tanečníkovi“. L/1

„...časopisy a televize, kde člověk viděl krásná těla modelek, myšlení tloušťka rovná se překážka mít partnera...“. L/3

Určitý vliv na rozvoj poruchy příjmu potravy byl dále přisuzován **negativním reakcím okolí**.

„Kritika ostatních...“. G/2

Touha po štíhlé postavě a snaha zhubnout se někdy pojily i s jistou pohodlností, **slabou vůlí** a **nízkou sebekontrolou**. Dívky nedokázaly nebo nechtěly hubnout zdravým způsobem, ale zvolily metodu, která jim připadala jako „nejméně bolestivá“.

„Začala jsem hodně jíst, po čase to na mně bylo vidět, to se mi nelíbilo, ale měla jsem slabou vůli, abych si všemožné dobroty odpustila. Pak jsem přišla na způsob, jak jíst pořád to, co mi tak chutná, a přitom nepřibrat. Tak jsem začala zvracet“. D/4

7.2 II. Kategorie – Motivy k překonání poruch příjmu potravy

Tabulka č. 2 Motivy k překonání poruch příjmu potravy

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Motivy k překonání poruch příjmu potravy	Vnitřní motivace	Nejdůležitější
	Nespokojenost se způsobem života	Značná
	Nespokojenost se vzhledem	Dlouhodobější
	Obavy o zdraví	Počínající
	Priority	Změněné
	Vnější vlivy	Podnětné

Každá z žen uvedla něco, co ji přimělo k tomu, aby se nad svou životosprávou zamyslela a pokoušela se ji změnit. Zpravidla hovořily o jakési **vnitřní motivaci**, kdy začaly pociťovat **nespokojenost se svým způsobem života**, **vzhledem**, nebo je trápily **obavy o zdraví**.

„Už jsem tak žít nechtěla. Já chtěla ukázat, že je mi to už jedno. Nechtěla jsem žít už jenom tím, jak vypadám...“. N/7 *„...abych zpátky zapadla do kolektivu“*. N/10

„...je to drahá záležitost...jsem si říkala, že když nebudu zvracet, budu mít hned více času na věci, co mne baví...“. D/9

„...byla v nemocnici, viděla jsem tam ty holky, ty jejich problémy. Padaly mi vlasy, neměla jsem menzes...mi hodně vadilo. Viděla jsem, že takhle by to šlo všechno do háje a já fakt nechtěla skončit jako troska...“. V/4

„...když jsem hodně za den zvracela, měla jsem takovou napuchlou pusou a za to jsem se styděla...zuby zvracením trpí...“. D/9

„...jsem se sobě přestala líbit a naopak jsem se za svou vychrtlost začala stydět...ostatní vypadali normálně...Ani žádná prsa jsem neměla“. K/7

„Navíc jsem jedla velké množství jídla a nestíhala ho zvracet, což mělo za následek, že jsem vážila ještě víc, než jsem s tím vůbec začala“. G/8

„...měla jsem pak velké bolesti v krku a někde jsem se dočetla, že by v takovém případě mohlo dojít k prasknutí jícnu...začala uvědomovat, že mi to za to nestojí“. G/8

Ať už ale šlo o cokoliv, bylo důležité, že dívky si přály změnu samy, mimo jiné proto, že se jim **změnily priority**.

„...asi se mi přehodnotil žebříček hodnot...“ L/6

Motivem k překonání poruchy příjmu potravy byly ale i **vnější vlivy**, které vyvolaly potřebu situaci řešit.

„...vztah k nejlepší kamarádce a její pohled na problém, což mně donutilo zamyslet se nad tím, co dělám...momentálně...přítel, kterému se spíše líbí plné tvary...“. L/10

„...hrozná ostuda. Chodila jsem na brigádu do potravin a brala jsem si tam sladkosti... v obchodě asi měli podezření. Vedoucí chtěl vidět můj batoh a já vysypala sušenky a čokolády. S odstupem času jsem ráda, že se to stalo, protože mně svědomí před tím usvědčením nijak netrápilo“. T/5 *„To byl radikální řez, kdy jsem pochopila, že to, co dělám, není normální a že to takhle už dál nejde“.* T/6

7.3 III. Kategorie – Způsoby překonání a léčba poruch příjmu potravy

Tabulka č. 3 Způsoby překonání a léčba poruch příjmu potravy

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Způsoby překonání a léčba poruch příjmu potravy	Úprava stravovacích návyků	Postupná
	Změna stravování	Skoková
	Pomoc zvenčí	Akceptovaná
	Přístup lékařů	Chápající, podpůrný
	Spolupráce dívky	Nepostradatelná

Některé ženy poruchu příjmu potravy překonaly pozvolna **postupnou úpravou** svých **stravovacích návyků**, přičemž doba jejich aktivního snažení se pohybovala kolem jednoho roku.

„...postup byl takový...na to půjdu pozvolna...nejprve budu třeba jeden měsíc zvracet jen jedenkrát denně, a pak až přeju na „program“ úplně bez zvracení. I to mi ale mnohdy dávalo zabrat...Asi po roce se mi to ale povedlo, zvracela jsem jedenkrát denně asi dva a půl měsíce před „novým začátkem“ úplně bez zvracení“. D/6

„V nemocnici jsem se sestřičkami hodně diskutovala o tom, co budu a nebudu jíst...Pak jsem si doma zase trochu jídelníček upravila podle vzoru v nemocnici, ale zároveň podle vlastních představ“. V/9

„...mi trvalo nejméně rok, než jsem se úplně uzdravila“. G/4

„Musela jsem se naučit se ovládat, nepřejídat se a nezvracet. Chvíli to trvalo, ale nakonec jsem to zvládla“. T/8

Jiné popisovaly spíše **skokovou změnu**.

„...mi dal spolužák, co se mi tehdy líbil, tatrunku, a já dostala „bláznivý“ nápad a před ním si ji rozbalila a snědla. Neměla jsem potom žádné výčitky a doma jsem to, co umím, hned předvedla, když jsem před rodiči snědla pár bonbonů. Od druhého dne jsem si ale v jídle musela udělat opět nějaký řád“. K/5

„...odjela na rok do zahraničí, kde jsem si řekla, že budu jíst to, co ostatní“. L/8

Ženy, které vyhledaly i odbornou pomoc (psychologa, psychiatra či hospitalizaci v nemocničním zařízení), hodnotily její účinnost odlišně. Jestliže tvrdily, že **odborná léčba byla neefektivní**, zdůrazňovaly hlavně **neporozumění** a **nezájem** ze strany lékařů.

„...u psychiatra a ten mi jednou řekl, že kdyby měl více takových případů...tak že by si hodil mašli. Byl to chlap a já malá holka, tak asi nechápal, co se mi to v hlavě pomotalo. Nemám mu to ale za zlé. Možná si řekl, rozmazlený spratek, to chce jen pár facek“. K/16

„Navštěvovala jsem dva psychology, jeden přístup horší než druhý. Neměli nejmenší zájem mi pomoci...“. G/4 *„První mi psala tak akorát omluvenky ze školy a nechala mně klidně hodinu sedět, ať si dělám, co chci. Druhý mi vyčítal, že plýtvám penězi rodičů, když jídlo, co sním, vyzvracím“.* G/17

Pakliže **odborný zásah ženám prospěl**, zdůvodňovaly to nejčastěji **chápaním chování** a **podporou** pomáhajících pracovníků.

„...byli tam všichni moc milí, hodně se nám po psychické stránce věnovali. I na skupinách jsem se toho o sobě hodně dozvěděla. To mi též pomohlo“. V/6

Informantky taktéž vzpomínaly na postupy, přístup a rady, které jim odborníci poskytli a ve kterých viděly určitý přínos.

„Nejlepší rada paní psycholožky: „Život máš jen jeden. Opravdu ho chceš strávit takto?“ Uvědomila jsem si, že ne“. V/20

„Kineziolog...komunikoval se mnou prostřednictvím těla, kdy ve spojení našich rukou mu samo tělo odpovídalo a následně zanalyzoval situaci v mé rodině, jak si vedu a jak si povedu, až to překonám“. G/5

„Jinak co tam s náma dělali, bylo zajímavé, třeba jsme se měly nakreslit v životní velikosti na tabuli, a pak nás některá ze spolupacientek skutečně obkreslila, abychom viděly, jak moc reálně či nereálně se samy vidíme“. D/19

Ženy hovořily ale také o metodách, které se u nich neosvědčily.

„Už ani nevím, co mi říkala, ale nepomohlo mi to. Vlastně vím, měla jsem si třeba zapisovat, co jsem za den snědla, kde jsem to jedla a pocity u toho a jestli jsem to v sobě nechala nebo jsem to vyzvracela“. D/19

Oporou bylo pro dívky ale i jejich nejbližší **okolí**.

„...pomohla především máma a můj tehdejší přítel. Přítel mi pomohl hlavně získat víc sebevědomí a mít ráda sebe takovou, jaká jsem“. H/4

„Pomohl mi náhled okolí a má nejlepší kamarádka...dávala mi najevo, že s tím, jak žiji a co dělám, nesouhlasí, dokonce kamarádství „přerušila“, a to způsobilo náraz...“. L/5

„Já si tím pádem potom začala připadat divná, že něco není v pořádku. Tak se to nějak zlomilo“. L/6

Jakoukoliv pomoc zvenčí ovšem většinou nevyhledaly informantky samy od sebe, první impulz vycházel zpravidla od někoho blízkého.

„Rodiče mi je vyhledali“. G/17

Přitom ale ženy dodávaly, že jim **pomoc zvenčí přinejmenším nevadila**.

„Máma na mne dohlížela, jak na malou, abych jedla pravidelně a vrátila se k normálním stravovacím návykům“. H/4 „Mně osobně se do toho chtělo jen tak napůl, ale doufala jsem, že když začnu jíst zase normálně, budu ve větší duševní pohodě a zas tolik nepřiberu“. H/5

„No, máma byla ta, kdo chtěl, abych se sebou začala něco dělat. Ale kdybych nechtěla, tak by mě tam nikdo nedostal. Takže jsem už tehdy byla na vážkách“. V/22

Na druhou stranu byla zdůrazňována snaha a **spolupráce samotné pacientky**, bez které by i ta nejlepší léčba byla neúčinná.

„...v nemocnici na oddělení poruch příjmu potravy...Původně jsem tam sama chtěla, protože jsem v tom viděla možnost, jak se oddělit od jídla. V nemocnici totiž nemůžu chodit v noci vyjít ledničku. Potom ale když jsem tam přijela, tak jsme museli jíst pětkrát denně, a to i jídla, která bych normálně nejedla, aniž bych je pak nevyzvracela. Tak jsem byla zklamaná a po každém jídle jsem šla zvracet. Protože to takhle nemělo cenu, řekla jsme našim a ti mě, i když teda neradi, vzali zase domů. Neříkám, že je ta léčba neúčinná, ale člověk musí chtít v první řadě sám. Pokud nechce, je to ztráta času. Já jsem sice chtěla, ale představovala jsem si to jinak. Samozřejmě tak, jak oni by mi to ani umožnit nemohli“. D/19

„Až když už jsem měla sama potřebu problém nějak řešit, pomohla mi návštěva kineziologa...“. G/4

7.4 IV. Kategorie – Prevence poruch příjmu potravy

Tabulka č. 4 Prevence poruch příjmu potravy

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Prevence poruch příjmu potravy	Osobní charakteristiky	Vrozené
	Hodnoty	Získané
	Kulturní ideál	Vyhublý
	Tlak společnosti	Silný
	Životospráva	Zdravá
	Osvěta v oblasti rizik	Důležitá
	Zájem rodiny	Nutný

Velká shoda panovala v názoru, že poruchám příjmu potravy se příliš předejít nedá. Argumentem byla nejčastěji skutečnost, že nejvíce záleží na **osobnostních charakteristikách** a povaze dívek a s tím souvisejících **hodnotách**, což moc ovlivnit nelze.

„Někdo je k tomu asi víc náchylný, jiný míň. Spíš bych řekla, že nejistí lidé, kteří si moc nevěří, jsou ovlivnitelní tím, co si o nich myslí ostatní a více dají na to, jak by měli podle společenských měřítek vypadat. Znam plno holek, které jsou silné, ale se sebou spokojené a sebevědomé...Záleží to hodně na povaze“. D/5

„Nevím, musíš být spokojená sama se sebou...“. N/5

„Natlouct čumák si musí asi každý sám. Některá zkušenost je prostě nepřenosná“. T/4

„...musela já tehdy úplně jinak přemýšlet a tomu se zabránit nedá“. K/3

Dále byl jmenován **kulturní ideál** a **tlak společnosti**, který mnohým ženám brání akceptovat svou postavu, pokud není úplně dokonalá. Musel by se tedy změnit pohled společnosti a prezentace toho, co je považováno za krásné a žádoucí.

„...pro mladé holky je to v dnešní době s ideálem superštíhlé krásy dost těžké. Není divu, že si pak každá může připadat tlustá a nezajímavá“. H/3

„Více informování veřejnosti o možných důsledcích nevhodných poznámek, výukou na školách etického chování k odlišným lidem...Média by měla více zaměstnávat normální lidi a ne uměle vytvořené“. L/4

„...neklást tolik důraz na vzhled celkově ve společnosti“. T/4

Jestliže ženy připustily, že by nějaká prevence přeci jen byla možná, jmenovaly **zdravou životosprávu**, dostatečnou **osvětu v oblasti rizik** souvisejících s poruchou příjmu potravy nebo **zájem** ze strany **rodiny**.

„...Vhodnou životosprávu v dětství...U dnešních mladých lidí vhodným pohybem a zdravou stravou“. L/4

„...možná upozorněním na zdravotní následky, které mohou mít, nebo nemožnost udržet si nízkou váhu po dlouhou dobu. Je třeba si uvědomit, že tohle není řešení“. G/3

„Prevence by měla být především v rodině. Věnovat se dětem, bavit se s nimi o jejich problémech a starostech...“. H/3

7.5 V. Kategorie – Klady a zápory života s poruchou příjmu potravy a současná spokojenost

Tabulka č. 5 Klady a zápory života s poruchou příjmu potravy a současná spokojenost

Kategorie	Kódy	Vlastnosti	
Klady a zápory života s poruchou příjmu potravy a současná spokojenost	Pozitiva	Spokojenost s postavou	Větší
		Hrdost na sebe	Snadná
		Život	Pohodlnější
	Negativa	Psychická nepohoda	Dlouhodobá
		Zdravotní problémy	Mírné
		Viditelné známky nemoci	Frustrující
		Izolace	Dobrovolná
	Spokojenost	Vliv hmotnosti	Stále významný

Jako **negativum** života s poruchou příjmu potravy byla označována **psychická nepohoda**, která se projevovala různými způsoby:

„...byla protivná, podrážděná, často hladová a v napětí...“. K/8

„...starost, co s jídlem, svačinou, hrůza z kalorií...“. L/11

„...vše dopadá i na moji psychiku...“. N/12

Další stinnou stránkou onemocnění byly **zdravotní problémy** nebo **viditelné známky nemoci**, které byly patrné na vzhledu žen.

„...ničení zdraví...“. D/10

„...vyčerpanost, časté nemoci...problémy s menstruací...“. L/11

„...napučená pusa...“. D/10

Informantkám dále vadila **izolace** od okolí, jež byla rovněž poruchou zapříčiněna.

„...už nezapadám do kolektivu mých přátel...“. N/12

„...stranění se lidí“. D/10

Přesto viděly některé ženy v životě s mentální anorexií či mentální bulimií i nějaká **pozitiva**. Uváděly například, že byly v této době **se svou postavou více spokojeny** a byly **na sebe hrdé**.

„...Bylo daleko snadnější připadat si krásná a zajímavá ...“. H/9

„...okolí si všimlo, že kila šla dolů, chválilo mne, cítila jsem se být výjimečná a hezcí...“. L/11

Objevil se i názor, že **život s poruchou příjmu potravy** byl **pohodlnější**.

„...mohla sníst vše bez následků na váze...nemusela jsem se ani učit, uklízet a tak, protože už to bylo stejně zkažené a bylo to jedno. Když jsem nemusela dodržovat nějaké zásady, bylo to prostě pohodlnější. Bud' všechno nebo nic“. D/10

Oproti dřívějšku ale nacházely na svém životě informantky spíše kladné stránky a domnívaly se, že **kvalita jejich života se zvýšila** a ony se cítí být ve **větší psychické pohodě**. Důvodem bylo **více energie** nebo **obohacení sociálních kontaktů**.

„Nejsem tak unavená...“. L/12

„...můžu se v klidu zúčastňovat oslav, výletů, dovolených...“. K/8

„...když někdo zazvoní, můžu jít otevřít a nemusím se schovávat nebo se nechat zapírat, protože mám zrovna břicho přeplněné jídlem a stejně s nikým nemůžu mluvit, dokud se nevyzvracím. Taky se můžu s někým domluvit třeba na týden dopředu, protože nehrozí, že bych zrovna ten den měla jídelní orgie a kvůli tomu nikam nešla a byla zalezlá doma s hromadou jídla“. D/11

V **současné době** byly ženy celkově spokojeny v různých oblastech života, **určitá nespokojenost** se vyskytla pouze v souvislosti s **vlastní postavou**.

„...nedá se říct, že bych se sebou byla úplně spokojená. To bude ještě nějakou chvíli trvat“.

N/12 „Často se sobě vůbec nelíbím“. N/13

„Se svou postavou už asi nebudu úplně spokojená nikdy, ale sama se sebou ano...jiné priority...Mám pěkného zdravého synka, fajn manžela, našla jsem si koníček, který mě baví“. H/9

Hmotnost měla tedy stále ještě významný **vliv na celkovou spokojenost** žen, a to nejen negativně.

„...mám hodného chlapa, zdravé dítě a i tu vysněnou štíhlou postavu bez anorexie a padání vlasů...“. V/11

I když se sebou nebyly ženy vždy spokojeny, nacházely velkou **podporu u svých blízkých**.

„Jsem více v pohodě, tedy spokojená...ale nevím, co by bylo, kdybych neměla takového přítele, kterého mám...příteli se líbím, jaká jsem...“. L/13

„Už tak neřeším svůj vzhled, příteli se líbím tak, jak jsem...Moje kamarádky jsou taky naplácanější, ale neřešíme to a jdeme klidně s dětma do cukrárny. Je to i hodně o lidech kolem mě“. T/12

7.6 VI. Kategorie – Životospráva po úzdravě

Tabulka č. 6 Životospráva po úzdravě

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Životospráva po úzdravě	Stravování	Normální
	Vlastní zásady stravování	Částečně omezující
	Situace spojené s jídlem	Některé problémové
	Sport	Rekreační
	Pravidelný pohyb	Výjimečný
	Těhotenství	Bezproblémové

Některé ženy se v současnosti **stravují** již zcela **normálně**, jedí všechny potraviny, ale přiměřeně.

„Jím stejně jako před nemocí, nikdy jsem se příliš neomezovala, ale ani se nepřejídala“.

G/11

„Nevyhýbám se žádným potravinám, jen jím v menších dávkách, snažím se méně, ale vícekrát denně“. L/14

„Snažím se držet si svou současnou váhu a když třeba přes Vánoce trochu přiberu, snažím se to řešit spíš nahrazením bílého pečiva tmavým, omezením tučných jídel a sladkostí a hlavně jíst víc zeleniny. Na hladovění už opravdu chuť nemám. Zakázané potraviny nemám, ale snažím se jíst střídavě a moc nemlsat“. H/10

U jiných stále ještě převažují **vlastní zásady stravování**, i když je samotná porucha již překonána. Nejedná se ale o nic mimořádného, tyto ženy se snaží jíst pouze zdravě a tak, aby si svou váhu udržely, poněvadž se o ni pořád ještě obávají.

„...s dietní sestrou...základní živiny tam mám, že bych sice mohla jíst o něco víc a trochu ještě přibrat, ale že i takhle to stačí...mám spočítané kilojouly, a tak vím, že toto mohu sníst, aniž bych přibrala nebo zhubla a nemusím o tom každý den přemýšlet. Pořád ještě nejím sladké a třeba tučná jídla...“. D/12

„Nečiní mi problémy nejíst sladké...“. V/12 „...když máme třeba o víkendu společný oběd a já dělám vepřový řízek, udělám ho pro sebe na přírodní způsob, bez obalu“. V/13

V životě většiny informantek se ale čas od času vyskytnou **situace spojené s jídlem**, které jim stále **činí potíže**. Jde se o různé oslavy, na kterých se nachází mnoho lákavého jídla, upoutávání pozornosti ve společnosti svým odlišným jídelníčkem, mluvení o svých chutích nebo občasné přejedení a zvracení s přístupem, že výjimka potvrzuje pravidlo.

„Problémy mi dělají snad jen některé návštěvy u příbuzných se spoustou dobrot. Většinou si dám jen tak, abych neurazila a měla přehled o tom, co jsem snědla“. H/11

„Pokud mi nikdo nic nenutí, tak žádný problém nemám. Je ale pravda, že se někdy před lidmi, co mne ještě neznají, stydím za to, že nejím úplně normálně. Hlavně nesnáším takové to: „Ty nejíš, protože chceš být štíhlá, že?“ To je mi strašně protivné“. D/14 „Pokud se ale nad tím podivují nebo mají nějaké hloupé a rýpavé otázky, tak se vlastně ani nestydím, spíš jsem na ně naštvaná“. D/15

„Mluvit o jídle. O tom, co mi chutná...“. N/16

„Stává se, že se někdy navečer přejím a vyzvracím se...taková situace nastane maximálně jednou za půl roku“. G/12

Co se pohybu týče věnují se oslovené ženy nějaké **sportovní činnosti** spíše jen **rekreačně** nebo dokonce **nesportují vůbec**.

„...je pravda, že se moc nehýbu. V létě ráda jezdím na kole na výlety, ale v zimě je mým jediným pohybem rychlá chůze, když někam jdu. Říkám si ale, že ten příjem a výdej energie je asi vyvážený, když netloustnu, ani nehubnu...jsem prostě líná. Kdybych ale začala nějak přibývat, začala bych se určitě víc hýbat“. D/13

„Se sportem to moc slavné není. S malým dítětem toho moc nezasportuji, ale snažím se aspoň chodit pravidelně na procházky“. H/10

Výjimkou byl pouze **pravidelný** přirozený **pohyb** v práci, ve škole, nebo ve volném čase.

„...mám aktivní zaměstnání, takže přes léto basketbal, volejbal, kopaná, v zimě spíše ping-pong...pracuji s dětmi a mládeží“. L/15

„...pohybu mám dost, a to 6 hodin denně. Někdy víc, někdy míň“. N/14

„...jednou týdně chodím na zumbu“. V/12

Ženy, které jsou již matkami, prožívaly **těhotenství** zcela **bez problémů**. Prozradily, že ačkoliv je přibývání na váze netěšilo, nebraly tuto skutečnost nijak tragicky.

„Snažila jsem se ani v tomto období nepřejídat se, ale spíš jíst pravidelně a vyváženě. Přibrala jsem 15 kilo a i když jsem z toho moc radost neměla, doufala jsem, že po porodu to půjde zase dolů“. H/13

V těhotenství bylo nejdůležitější zdraví dítěte, ale pokud se ani postava příliš nezměnila, byl to důvod k ještě větší spokojenosti.

„...já těhotenství prožívala krásně. Snažila jsem se jíst opravdu co nejzdravěji, ale zároveň ne víc, než jsem musela. A přibývala jsem vlastně jen přes to břicho, a to rostlo miminko a ne já“. V/18

7.7 VII. Kategorie – Náhled na poruchu příjmu potravy

Tabulka č. 7 Náhled na poruchu příjmu potravy

Kategorie		Kódy	Vlastnosti
Náhled na poruchu příjmu potravy	Rady stejně postiženým dívkám	Chtít sama	Těžké
		Uvědomit si následky	Prospěšné
		Změnit hodnoty	Náročné
		Zásah zvenčí	Podpurný
	Víra v plnou úzdravu	Věří si	Vyspělejší
		Pochyby	Ojedinělé

Ze své vlastní zkušenosti dnes mladé ženy ví, co porucha příjmu potravy obnáší a jak je nebezpečná a záludná. Ovšem pokud by měly něco poradit stejně postiženým dívkám, často nevěděly, co. Měly pocit, že jakékoliv rady by se minuly účinkem a že děvčata musí hlavně **chtít sama**, i když je to těžké.

„...to je těžké...to je strašně individuální. Chce to hlavně motivaci...každý si musí najít svoje důvody, proč chce přestat třeba zvracet“. D/8

Děvčata by si měla **uvědomit následky** svého počínání a v nejlepším případě **změnit hodnoty**.

„Tak to opravdu nevím. Já bych neradila asi nic. Mně kdyby tehdy někdo radil, tak bych ho nejspíš vyslechla, ale stejně bych dělala tak, jak to cítím já...vzkázala, ať myslí na svoje zdraví, na to, aby mohly mít jednou děti a spokojený život...I když třeba dívka ví, co by měla dělat, strach z tloušťky jí to nedovolí. Anorexie je psychická nemoc, která nemá moc společné s logikou, a tak nějaké rady jsou asi zbytečné“ . K/6

„V životě jsou důležitější věci než ideální postava. Upnout se jen na to, jak vypadám, je povrchní a hlavně pomíjivé“ . H/7

Pokud se ženy domnívaly, že nějaký **zásah zvenčí** může pomoci, uváděly například:

„Poslouchat, co říkají ostatní, a uvědomit si, že to s něma myslí dobře, a mají pravdu, i když je to těžké“ . N/9

„Zajít k odborníkovi, svěřit se kamarádce, rodičům...je to těžké, ale člověk na to není sám...“ . L/9

„Asi že člověk by měl vidět a setkat se s lidmi, kteří tento problém mají. Netajit to, konzultovat to s jinými. Ale s těmi, co to chápou, tedy chodit na nějakou skupinu...“ . V/10

Dle výsledků výzkumu si ženy **věří**, že **porucha příjmu potravy již nikdy nebude** jejich **problémem**. Důvodem tohoto přesvědčení byla skutečnost, že jsou v současnosti **vyspělejší** a rozumnější a navíc by už nechtěly opakovat to, co si kvůli onemocnění prožily.

„Myslím, že ke svým starým stavům už se nikdy nedopracuji, ale hlídat váhu už si budu asi pořádat“ . H/11

„Nikdy bych se k tomu nechtěla vrátit...“ . G/12

„Neumím si to představit...Mám to spojené s pubertou, nezralostí, dospíváním. Ted' už přeci jen uvažuji jinak“ . T/16

Jestliže se přeci jen vyskytly nějaké **pochyby**, šlo o obavu z nezvládnutí situace v případě rozchodu s přítelem, nebo z přibírání v období těhotenství či menopauzy.

„Kdyby mě opustil přítel a já se cítila zbytečná a ošklivá, tak bych asi zase trýznila své tělo...“ . L/17

„Doufám, že ne. Nebylo to nic moc období, už bych to nechtěla. Spíš se bojím třeba období v těhotenství, po porodu nebo přechodu, až začnu samovolně tloustnout. Ale myslím si, že kil navíc se budu snažit zbavit rozumně, žádným hladověním. Doufám“. K/13

7.8 VIII. Kategorie – Důsledky poruchy příjmu potravy

Tabulka č. 8 Důsledky poruchy příjmu potravy

Kategorie	Kódy	Vlastnosti
Důsledky poruchy příjmu potravy	Dopady v psychické rovině	Mírné
	Fyzické následky	Ojedinelé
	Kvalita života v minulosti	Zhoršená

Pokud se ženy domnívaly, že onemocnění nějak ovlivnilo podobu jejich současného života, jmenovaly spíše **dopady v psychické rovině**.

„Zůstalo mi...to neustále hlídání váhy“. H/12

„...určitě to byla zkušenost...Poznamenalo mě to i změnilo.“ G/13 „...každého, kdo prožije něco, co pro ostatní není úplně obvyklé, ho nějak změní...neumím říct ale konkrétně jak“. G/14

„Psychické problémy u mě pořád přetrvávají...“. N/20 „Jsem se sebou stále nespokojená. Někdy se i stydím. To není normální. Radši se už ani moc nedívám do zrcadla“. N/21

„...víc teď rozumím dívkám, co mají takový problém...mohla pracovat na oddělení, kde se tohle řeší. Umím to pochopit“. T/17

Fyzické následky nebyly nijak závažné a více méně **ojedinělé**.

„No tak stále ještě nemám úplně pravidelnou menstruaci, a taky bývá celkem slabá...“. K/15

„Snižená imunita, špatné zažívání a tíhnu k depresím“. L/19

Některé ženy potom ještě viděly v poruše příjmu potravy hlavní zdroj **zhoršené kvality jejich života v minulosti**.

„Asi bych měla šťastnější dětství. Ty neustále pochyby o sobě, o světě, mohla jsem bezstarostně žít“. V/16

„Myslím, že jsem kvůli tomu ztratila mnoho času. Zbytečně“. N/18

8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Než dojde k seznámení s výsledky výzkumu, je nutné zdůraznit, že níže uvedená tvrzení jsou platná pouze pro výzkumný vzorek a závěry tedy nelze zobecnit na širší populaci. V průběhu výzkumu došlo k zodpovězení všech výzkumných otázek, čímž byly splněny stanovené cíle práce. V následujícím textu jsou vytyčené cíle ještě jednou uvedeny a jejich naplnění je okomentováno a zdůvodněno.

Cíl 1 - Zjistit, jaké faktory vyvolaly poruchu příjmu potravy u konkrétních mladých žen.

Poruchu příjmu potravy u všech dotázaných žen vyvolala primárně subjektivní nespokojenost se svou postavou. Zda byly ženy v době rozvoje onemocnění skutečně silnější či nikoliv, nehrálo žádnou roli. Podstatné bylo, že se sobě nelíbily a měly potřebu s tím něco udělat. Některé informantky uvedly, že kila navíc před propuknutím nemoci měly, jiné samy přiznávaly, že byly akorát, jen tehdy jim to tak nepřipadalo. Ženy se většinou domnívaly, že na jejich onemocnění neměl podíl nikdo další a vinu přikládaly samy sobě. Pouze ojediněle se objevilo ovlivnění prostředím jako jsou přátelé, rodina či média. V těchto případech chtěly dívky zhubnout, aby se někomu zalíbily nebo vyrovnaly. Výjimečně ženy uvedly, že na vzniku poruchy se částečně podílela i kritika okolí.

Dále se ukázalo, že sebehodnocení takto postižených dívek skutečně z velké části závisí na shodě vlastní postavy s tou ideální. Nejde ovšem o to, že by děvčata byla tak povrchní a sebestředná a bylo pro ně podstatné jen to, jak vypadají. Ony si uvědomují význam důležitějších hodnot, přesto se ale nedokáží ubránit pocitu nedostatečnosti, který výrazně ovlivňuje jejich život a který se právě od spokojenosti s vlastním vzezřením odvíjí. Potvrdily se rovněž závěry S. Grogan (2000), která uvádí, že na rozvoji poruch příjmu potravy se podílí působení společenských tlaků. Jestliže si jsou dívky sebou nejisté, nevěří si a dají se lehce ovlivnit ostatními, zvyšuje se pravděpodobnost toho, že snadněji podlehnou všudypřítomnému ideálu ženské postavy. Budou se snažit se co nejvíce přiblížit vzhledu modelek, mediálně prezentovaných osob či svých vrstevnic, které se pokouší o totéž. Na tom, nakolik se jim v jejich úsilí bude dařit, bude potom záviset i jejich celková spokojenost. V souvislosti s tím ženy naznačily i možnosti prevence, které se v mnohém shodují s názory H. Papežové (2010). Výskyt poruch příjmu potravy by se dal eliminovat vhodnou regulací médií a následnou změnou postojů společnosti. Pokud totiž bude ženám neustále předkládáno, jak by měly vypadat, co je pro to třeba udělat a proč je to tak

důležité, změni se jejich hodnotová orientace jen stěží, naopak bude přibývat těch, které touha být co nejtíhlejší přivede až k poruše příjmu potravy.

Cíl 2 - Zjistit, co mladé ženy motivovalo k překonání poruchy příjmu potravy.

Nejvýraznějším motivem k úsilí překonat poruchu příjmu potravy byla nespokojenost se současným stavem. Ženy si postupem času začaly uvědomovat, že takovýmto stylem života žít nechtějí a že je zapotřebí něco změnit. Podnětem byly především obavy o zdraví nebo viditelné známky nemoci na vzhledu žen. Převládlo tak racionální uvažování, které v informantkách vyvolalo snahu problém nějakým způsobem řešit. I když ale vycházel první impulz z okolí, musela vždy chtít změnu alespoň trochu samotná žena. Nejdůležitější tak byla vnitřní motivace a částečně i přeměna hodnot.

Cíl 3 - Zjistit, jakým způsobem se mladé ženy s poruchou příjmu potravy vypořádaly.

Po uvědomění si důležitosti úpravy svých stravovacích návyků trvalo zpravidla nějaký čas, než k ní skutečně došlo. Často bylo nutné postupovat pomalu a v dílčích krocích, aby se dívky na nové podmínky snáze adaptovaly. Pokud šlo o změnu prudší, hovořily ženy o konkrétní události, od které došlo k výrazné úpravě jejich jídelníčku. Přitom ovšem již nějakou dobu před tím o změně vážně uvažovaly, jen se stále nemohly odhodlat. Všechny ženy nakonec překonaly poruchu příjmu potravy vlastním úsilím, pouze u některých to bylo zpočátku i za přispění okolí.

Cíl 4 - Zjistit, zda existuje shoda mezi léčebnými postupy navrženými odborníky a tím, co mladým ženám skutečně pomohlo.

Jestliže ženy vyhledaly odbornou pomoc, bylo to téměř vždy na popud někoho z rodiny. Zdůrazňovaly ale, že kdyby byly zásadně proti, nic by je k léčbě nepřimělo. Byly tedy toho názoru, že jakýkoliv nátlak na dívky nemá cenu, protože ony musí chtít v první řadě alespoň částečně samy. Ty ženy, které byly s průběhem odborné léčby spokojeny, vyzdvihovaly převážně oporu, pochopení a zájem, kterých se jim od odborníků dostalo. Přesto léčbu považovaly spíše jako podpurný prostředek, který jim usnadnil cestu k úzdavě než jako stěžejní pomoc. Z výsledků výzkumu se ovšem nedá jednoznačně říci, zda ženám v léčbě pomohl více odborný zásah, podpora okolí nebo pouze jejich vlastní přesvědčení a vůle. Většinou se totiž jednalo o spolupůsobení všech těchto faktorů, z nichž každý měl na úzdavě svůj podíl. Navíc ne každá žena profesionální pomoc vyhledala. Co se odborné léčby týče, nehovořily informantky ani tak o konkrétních léčebných postupech, jako spíš

o celkovém přístupu odborníků. Jednalo se hlavně o psychickou podporu, porozumění a získání náhledu na onemocnění. Pouze v případě hospitalizace šlo o učení se jinému způsobu stravování, které bylo ovšem již v průběhu léčby pacientkou upraveno. Význam byl dále přikládán kontaktu se stejně postiženými jedinci, který může posloužit jako jakési zrcadlo a zdroj porozumění. Pokud ženy hodnotily odbornou pomoc jako neúčinnou, hrála roli nedostatečná motivace pacientky nebo nepochopení a nezájem ze strany odborníků. Shoda mezi léčebnými postupy navrženými odborníky a tím, co ženám skutečně pomohlo, tak existovala pouze tehdy, jestliže měla žena na léčbě zájem a profesionální pracovníci projevovali opravdovou účast.

Cíl 5 - Zjistit, jaký vliv má prodělaná porucha příjmu potravy na další život mladých žen.

V současné době se všechny dotázané ženy stravují již přiměřeně, některé si ovšem stále svůj jídelníček hlídají. Nevidí v tom ale žádný problém, protože jsou přesvědčeny, že jedí zdravě a navíc mají už i dostatečnou hmotnost, kterou si chtějí pouze udržet. Na druhou stranu i ty z žen, které se nevyhýbají žádným potravinám, mají někdy potíže v určitých situacích spojených s jídlem, jako jsou například oslavy. Buď je jim nepříjemné, že musí jídlo odmítnout, a tím vzbuzují pozornost, nebo se naopak obávají možného přejedení či snědení většího množství jídla než si předem naplánovaly a následných výčitek. V tom vidí ženy pozůstatky svého onemocnění a vztah mnohých k jídlu je stále ještě ambivalentní. Vyskytl se dokonce i případ, kdy se žena výjimečně vědomě přejí a vyzvrací. Občas se neuhlídá a opakují se u ní staré vzorce chování, přestože mentální bulimií již netrpí.

Všechny oslovené ženy se považovaly za vyléčené, ačkoliv často spojovaly celkovou spokojenost s vlastním vzhledem. Některé tak trochu „bolestně“ vzpomínaly na svou štíhlou postavu v době nemoci, i když samy shodně tvrdily, že by se do tohoto období se vším, co ho provázelo, již nikdy vrátit nechtěly. Přesto se ojediněle vyskytly obavy, že v případě většího nárůstu hmotnosti či pocitu nepřitažlivosti by mohlo dojít k opětovnému sklouznutí k nemoci. Pokud se ale v současnosti sobě ženy úplně nelíbily, nepovažovaly to již za tak důležitou věc, aby je to nějak trápilo. V životě už mají jiné priority a navíc je podporuje i jejich nejbližší okolí, které jim dodává potřebnou sebedůvěru.

Ty z žen, které již mají děti, prožívaly oproti očekávání bezproblémové těhotenství. Nejde ani tak o nějaké fyzické potíže, poněvadž k těm podle H. Papežové (2010) po optimalizaci hmotnosti a tuku v těle žen zpravidla nedochází více než u ostatní populace. Spíše se jedná o dopady psychické, poněvadž v myšlení žen, jež prodělaly poruchu příjmu potravy, je

možno ještě dlouho po normalizaci váhy objevit patologické vzorce chování, které se mohou v období těhotenství ještě více rozvinout. To se ovšem netýká žen z výzkumného vzorku, které vzrůst hmotnosti braly jako přirozenou věc a výrazněji se tím nezaobíraly. Protože ale všechny oslovené ženy ještě těhotenství neprožily, nedá se v této souvislosti dojít k nějakému obecnějšímu závěru. Jak budou graviditu zvládat zbývající informantky, tedy ukáže až čas.

Jestliže měly ženy pocit, že na nich porucha příjmu potravy zanechala nějaké následky, šlo nejčastěji o změny v oblasti prožívání. Po fyzické stránce se cítily většinou dobře, ojedinělé drobné potíže se vyskytly pouze s menstruací, zažíváním nebo sníženou imunitou. Po prodělané nemoci ovšem mnohé ženy přemýšlejí jinak a určité rysy onemocnění se v jejich názorech či chování stále ještě objevují. Nejde ale o nic, co by mělo nějaký zásadní vliv na jejich život.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce byla problematika poruch příjmu potravy u mladých žen. V teoretické části byla pozornost zaměřena na základní charakteristiky a historii těchto poruch, na příčiny vzniku a prevenci či na následky a léčbu onemocnění. Při výzkumu byla použita kvalitativní metodologie, kdy byl s osmi ženami proveden polostrukturovaný rozhovor, který byl následně vyhodnocen pomocí kódování. *„Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá proces vývoje poruchy příjmu potravy od vzniku až po její odeznění.“* Tento cíl byl splněn, a přestože výsledky výzkumu nelze zobecňovat a vztahují se pouze na výzkumný vzorek, byly získány cenné informace, které umožňují hlubší porozumění zkoumané problematice. Ze shromážděných dat rovněž vzešly odpovědi na všechny výzkumné otázky, takže byly splněny i cíle dílčí.

Podle výsledků výzkumu se porucha příjmu potravy u oslovených mladých žen rozvinula z vlastní nespokojenosti se svou postavou, která ve většině případů nebyla zapříčiněna žádnými vnějšími vlivy. Otázkou ovšem je, nakolik si tuto skutečnost ženy uvědomovaly nebo byly ochotny připustit. Mohly mít pocit, že chtěly zhubnout pouze kvůli sobě a ze své vlastní vůle, přitom kdyby společnost nekladla tolik důraz na štíhlost, možná by je to ani nenapadlo. Svou roli sehrálo jistě i srovnávání, ať už s vrstevníky či s mediálními vzory a z něj plynoucí nespokojenost. Pokud totiž informantky nehovořily přímo o sobě, ale obecně o možných spouštěcích poruch příjmu potravy, jmenovaly vedle osobnostních charakteristik takto postižených dívek i nezanedbatelný vliv současného kulturního ideálu. Shoda panovala v předpokladu, že dívky, které onemocní mentální anorexií nebo mentální bulimií, mají určité specifické povahové vlastnosti a jsou snáze ovlivnitelné okolním prostředím. Jejich sebevědomí se odvíjí nejen od toho, jak skutečně vypadají, ale především od toho, jak se samy cítí. Toto zjištění koresponduje například s názory M. Nováka (2010), který mezi hlavní rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy řadí právě individuální či sociokulturní determinanty.

Ženy dále uváděly, že překonat onemocnění musely chtít ony samy, i když některé nezastíraly, že prvotní podnět vycházel z jejich okolí. Avšak v rozhodnutí postavit se nemoci hrála nejvýznamnější úlohu vlastní motivace a vůle. Nepotvrdil se ale názor H. Papežové (2010), která se domnívá, že větší náhled na své onemocnění a snahu vyléčit se mají dívky trpící mentální bulimií než dívky anorektické. Všechny ženy z výzkumného vzorku byly k léčbě motivovány samy, ať měly anorexií nebo bulimií a ať už k tomu měly

jakékoliv důvody. Toto zjištění ovšem může být zkresleno tím, že dotázané ženy byly již „uzdraveny“. Kdyby se výzkum uskutečnil v léčebně, kde by byly jak anorektičky tak bulimičky, mohlo by se naopak ukázat, že anorektické dívky mají skutečně menší potřebu problém řešit nebo si ho ani pořádně neuvědomují.

Samotné překonání poruchy ovšem nebylo jednoduchou záležitostí a obvykle nešlo o změnu ze dne na den. Nad nutností přehodnocení stravovacích návyků ale ženy zpravidla přemýšlely již delší dobu před samotným uskutečněním. Překážkou jim však byly často obavy z tak radikální změny a upřednostňování osvědčených vzorců chování. Většina dotázaných k úzdavě potřebovala více času a pozvolný postup. Přitom nezáleželo na tom, zda ženy vyhledaly i odbornou pomoc, poněvadž ta hrála vždy jen doplňkovou roli. V několika případech byla ovšem pomoc odborníků označena za neefektivní pro neprofesionalitu pomáhajících pracovníků či nezáměr ze strany samotné pacientky.

Co se týče oslovených žen, nelze jednoznačně říci, že by byly vyléčeny úplně, přestože se mnohé stravují již standartně a mají přiměřenou hmotnost. Pozůstatky poruchy se totiž v určité míře ještě objevují v jejich prožívání a chování. Některé navíc uvádí, že stále nejí všechny potraviny a stravují se podle vlastních zásad. Tato skutečnost jim ovšem nevadí a na situaci často ani nic měnit nechtějí.

Z výsledků výzkumu tak vyplývá, že přestože prodělaná porucha život dotázaných žen již nijak negativně neovlivňuje, určitá nespokojenost se sebou či specifický vztah k jídlu už u nich bude asi přetrvávat stále. Některé si to uvědomují více, jiné méně, důležité ale je, že už si svým jednáním neničí zdraví a mohou v životě normálně fungovat. Onemocnění bylo podle slov všech informantek velmi těžké překonat, tak nezbyvá než věřit, že k němu již nikdy opět nesklouznou. Zvláště kritické mohou být nějaké náročné životní situace nebo období spojené s nárůstem hmotnosti jako je těhotenství nebo menopauza. Nutno ale podotknout, že ženy z výzkumného vzorku, které již těhotenství prožily, nezaznamenaly žádné větší potíže. To by ovšem mohlo být námětem pro další výzkum, kdy by se zjišťovalo, jak ženy s anamnézou mentální anorexie nebo mentální bulimie prožívaly těhotenství a období po porodu. Přitom by se jednalo o stále stejný výzkumný vzorek, který by ale mohl být dle možností rozšířen o nové informantky. Zároveň by v popředí zájmu bylo, nakolik se ženy stále drží a zda ještě nastal nějaký posun v jejich stravování a uvažování. S navýšením počtu informantek by to ale bylo pravděpodobně problematické.

Ne proto, že by takovýchto žen byl nedostatek, ale kvůli neochotě o tomto tématu vůbec hovořit, ať už z důvodu studu či popírání problému.

Poruchy příjmu potravy celkově představují problematiku, před kterou mnohdy společnost zavírá oči. Přitom jde o velmi vážné onemocnění, které nemá negativní vliv pouze na postiženého jedince, ale rovněž na celou jeho rodinu a přátele. Navíc může porucha zanechat trvalé následky jak v rovině fyzické, psychické, tak sociální. Přínos této diplomové práce spočívá především v nevšedním pohledu na problematiku poruch příjmu potravy a v autentických výpovědích osmi žen, které mají s nemocí osobní zkušenost. Ačkoliv generalizace výsledků výzkumu na širší populaci není možná, přispěla práce k lepšímu pochopení a objasnění určitých mechanismů tohoto onemocnění. Některá zjištění korespondují se závěry z odborné literatury, v jiných směrech se poznatky rozcházejí. Jejich praktická využitelnost ovšem příliš velká není, poněvadž poruchy příjmu potravy jsou velice individuální záležitostí, a tak neexistuje nějaký zaručený návod, jak onemocnění čelit. Výsledky výzkumu ale jednoznačně dokládají, že i po prodělané poruše příjmu potravy je možné vést plnohodnotný život, což je z praktického hlediska velice pozitivní zjištění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [0] COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatové přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
- [2] FALTUS, František. Farmakoterapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 151-158. Psyché. ISBN 802470840X.
- [3] FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. s. 20-23. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [4] FREEMAN, Christopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a mentální bulimie a jejich léčba. In: Krch, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 93-101. Psyché. ISBN 802470840X.
- [5] GARNER, David M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 125-132. Psyché. ISBN 802470840X.
- [6] GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. Psyché. ISBN 80-7169-907-1.
- [7] HENDL Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [8] HILL Grahame. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-641-1.
- [9] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- [10] JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-512-6.
- [11] KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- [12] KRCH, František David. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché. ISBN 802470840X.
- [13] LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

- [14] MAJ, Mario et al. *Eating Disorders*. 2. series. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003. ISBN 0-470-84865-0.
- [15] MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.
- [16] MALONEY, Michael. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
- [17] MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC et al. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- [18] MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- [19] MIOVSKÝ Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [20] NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [21] NOVÁK, Tomáš. *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada, 2010. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2956-5.
- [22] PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [23] PAŘÍZEK, Antonín, PAPEŽOVÁ, Hana a Petra UHLÍKOVÁ. Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. s. 211-222. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [24] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.
- [25] STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy a mortalita. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. s. 405-408. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [26] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

[27] ŠVEC, Vlastimil a Karla HRBÁČKOVÁ. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu: pracovní sešit*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-547-3.

[28] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

[29] VANDERREYCKEN, Walter a Ron van DETH. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. s. 27-33. Psyché. ISBN 978-80-247-2425-6.

[30] VANDERREYCKEN, Walter a Jan NORRÉ. Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy. In: KRCH, František David. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 103-110. Psyché. ISBN 802470840X.

Internetové zdroje:

[1] ČERNÁ, Ria. *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.[online]. 2005 [cit. 2011-27-10]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=959

[2] ČERNÁ, Ria. *V čem mi může pomoci psychiatr a v čem psycholog? A kdo je to psychoterapeut?* [online]. 2012 [cit. 2012-13-4]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/terapie_tisk.asp?id=1620/v-cem-mi-muze-pomoci-psychiatr-a-v-cem-psycholog-a-kdo-je-to-psychoterapeut+terapie_show.asp?id=1620

[3] HAJNÝ, Martin. *Charakteristické rysy vztahnosti a emocionality u dívek a žen s poruchami příjmu potravy*. [online]. 2004 [cit. 2011-8-12]. Dostupné z: <http://martin.hajny.net/text/12/emoce-bulimie-anorexie-vztahy>

[4] HANZLOVSKÝ, Michal. *Mentální anorexie u mužů*. [online]. 2009 [cit. 2011-20-12]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-u-muzu.htm>

[5] KULHÁNEK, Jan. *Prevence poruch příjmu potravy I*. [online]. 2012 [cit. 2011-7-11]. Dostupné z: <http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Spouštěče poruch příjmu potravy.....	45
Tabulka č.2 Motivy k překonání poruch příjmu potravy.....	47
Tabulka č.3 Způsoby překonání a léčba poruch příjmu potravy.....	49
Tabulka č.4 Prevence poruch příjmu potravy.....	52
Tabulka č.5 Klady a zápory života s poruchou příjmu potravy a současná spokojenost....	54
Tabulka č.6 Životospráva po úzdavě.....	57
Tabulka č.7 Náhled na poruchu příjmu potravy.....	59
Tabulka č.8 Důsledky poruchy příjmu potravy.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Rozhovor s Dorotou
- P II Rozhovor s Hanou
- P III Rozhovor s Lidkou
- P IV Rozhovor s Katkou
- P V Rozhovor s Gábinou
- P VI Rozhovor s Vilmou
- P VII Rozhovor s Terezou
- P VIII Rozhovor s Nikolou

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR S DOROTOU

Dorota, 27 let

168 cm, 56 kg

Vzdělání vysokoškolské, magistra

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Když mi bylo asi patnáct...nebo vlastně víc, tak patnáct a půl. Nebo vlastně to bylo dřív, protože nejprve jsem se tak po čtrnáctém roce začala přecpávat. Jedla jsem hlavně moc sladkého a věděla jsem, že to není dobře. Často jsem si říkala, že dneska naposledy a od zítřka začnu jíst normálně nebo spíš ještě míň. To byla asi ta chyba, protože jsem skoro nikdy nevydržela, nebo alespoň ne moc dlouho a přejedla jsem se znovu. Tak jsem začala přibírat a v patnácti jsem už měla asi o deset kilo víc. Nedokázala jsem s zbavit myšlenky a chuti na sladké, měla jsem slabou vůli. Za to, jak vypadám, jsem se styděla, tak jsem skoro přestala chodit ven a vyhýbala jsem se i škole. Třeba v devítce jsem se ani nebyla fotit na konci školního roku, den před tím jsem se mlátila kamenem do ruky, a pak šla do nemocnice, že jsem spadla. Měla jsem to dost pohmožděné, ale oni se na mne dívali divně, nevěřili, že to mám z pádu na zem. Ale to bylo jedno, hlavně že jsem měla zase důvod nejít do školy.

2) A kdy jsi začala zvracet?

Na střední škole. Myslím, tak v říjnu, listopadu v prváku. Nejdřív jsem si do krku strkala lžičku nebo kartáček, pak prsty. Šlo to celkem snadno. Mohla jsem sníst, co jsem chtěla a nepřibrala jsem, naopak jsem začala hubnout. Nejdřív jsem zvracela třeba obden, pak třeba pětkrát denně. Vždycky jsem se nacpala úplně k prasknutí a hodně jsem u toho pila. Pak to zvracení šlo samo.

3) A co si myslíš, že ve čtrnácti letech vyvolalo to přejídání?

Nevím, prostě mi jen moc chutnalo a nedokázala jsem se ovládnout. Navíc nepatřím k těm, co by mohli sníst, co chtějí a nebylo to na nich vidět. Ale je pravda, že jsem jedla o dost víc než je normální, a taky samá nezdravá a kalorická jídla, po kterých by po čase přibral skoro každý.

4) A co si teda myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Neřekla bych asi nic konkrétního. Začala jsem hodně jíst, po čase to na mně bylo vidět, to se mi nelíbilo, ale měla jsem slabou vůli, abych si všemožné dobroty odpustila. Pak jsem přišla na způsob, jak jíst pořád to, co mi tak chutná, a přitom nepřibrat. Tak jsem začala zvracet.

5) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

No...nevím. Někdo je k tomu asi víc náchylný, jiný míň. Spíš bych řekla, že nejistí lidé, kteří si moc nevěří, jsou ovlivnitelní tím, co si o nich myslí ostatní a více dají na to, jak by měli podle společenských měřítek vypadat. Zním plno holek, které jsou silné, ale se sebou spokojené a sebevědomé, normálně se nají a kdyby jim někdo řekl, že jsou tlusté, nejspíš by si řekly, že je hloupý a ať se stará sám o sebe a že je jeho názor ani nezajímá. Na druhou stranu u někoho jiného může taková poznámka vyvolat poruchu příjmu potravy. Záleží to hodně na povaze. O poruchách příjmu potravy jsem přečetla i nějaké knížky, takže znám ty základní spouštěče anorexie nebo bulimie, co se v knížkách uvádějí, ale já bych se k žádnému z nich nepřihlásila. Asi to v hodně případech platí, ale u mne ne. Ale určitě má na poruchu příjmu potravy vliv neustálé zdůrazňování štíhlosti a celkové dokonalosti v médiích. Mnoho lidí se pak takovému ideálu chce alespoň přiblížit, ale pro většinu je takový vzhled nepřirozený a je třeba k němu dojít a udržet si ho násilím.

6) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Já chtěla nejdřív postupovat tak, že od pondělí přestanu zvracet, ale nebudu v podstatě nic jíst, abych náhodou nepřibrala. Za týden si něco málo přidám, a tak každý týden až budu jíst v podstatě normálně. Říkala jsem si, že nemůžu začít jíst hned naráz, protože mé tělo na to není zvyklé a rychle bych přibrala, čehož jsem se bála. Měla jsem tehdy 48 kilogramů a byla celkem hubená. S takovým přístupem jsem se snad nikdy nedostala přes ten týden, kdy jsem neměla jíst skoro nic. Další postup byl takový, že jsem si řekla, že na to půjdu pozvolna a že nejprve budu třeba jeden měsíc zvracet jen jedenkrát denně, a pak až přejdu na „program“ úplně bez zvracení. I to mi ale mnohdy dávalo zabrat, hlavně večer nebo když se mi něco nedařilo. Jídlo bylo potom jako útěcha, po které následovaly zase výčitky, co jsem to zase provedla. Asi po roce se mi to ale povedlo, zvracela jsem jedenkrát denně

asi dva a půl měsíce před „novým začátkem“ úplně bez zvracení. Za tu dobu jsem ale pochopila, že bych si neměla dávat tak vysoké cíle, jako že nebudu jíst třeba týden nic, ale už v tom prvním týdnu bych si měla povolit alespoň nějaké minimum lehké potravy. Tak jsem to taky udělala, bylo to hned po Novém roce v pondělí, to si pamatuju (smích). A i když to pro mě nebylo zrovna lehké, dalo se to vydržet. Těšila jsme se na další týden, kdy si zase něco přidám a taky mě velmi mile překvapilo, že nepřibírám. Od té doby jsem pozvolna přibrala osm kilo, ale za ty roky je to podle mě nepatrně a navíc jsem byla před tím hodně hubená. Tehdy mi to tak nepřišlo, ale když se dneska dívám na fotky z té doby, vypadala jsem fakt uboze.

7) A jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Bulimii jsme měla tak od patnácti a půl do osmnácti a pár měsíců.

8) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Nevím, to je těžké...to je strašně individuální. Chce to hlavně motivaci, člověk musí sám chtít, jinak to nejde. Každý si musí najít svoje důvody, proč chce přestat třeba zvracet. A musí chtít. Je to ale hrozně těžké. Co já jsem se nabrečela nad marnými pokusy. Začínala jsem skoro vždycky od pondělí a nejpozději ve středu jsem už zase vesele zvracela. Bylo to silnější než já a bylo to pohodlné. Řekla bych, že usilovně se bulimie zbavit jsem se pokoušela tak rok. Měla jsem i v sešítku napsané, proč už nechci a nemůžu zvracet, nakonec jsem ale stejně dobrotám podlehla. Bylo to moc těžké se toho zbavit, protože jsem mohla jíst, co jsem chtěla, aniž bych přibrala. Toho se těžko zanechává.

9) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Strach o zdraví a taky to, že když jsem hodně za den zvracela, měla jsem takovou napuchlou pusku a za to jsem se styděla. Byla jsem už celkem hubená a jen ta oplácaná „huba“. To mi hodně vadilo. Taky jsem se začala bát, že když se tak přecpávám, že jsem úplně nafouklá a nemůžu skoro chodit, může se mi v žaludku nebo v nějakém jiném vnitřním orgánu něco poranit. Potom taky zuby zvracením trpí, je to drahá záležitost, protože tolik jídla stojí plno peněz, a taky jsme si říkala, že když nebudu zvracet, budu mít hned více času na věci, co mne baví, protože zvraccí epizoda trvala vždycky zhruba hodinu plus ještě zvracení. Když jsem zvracela třeba pětkrát denně, bylo to už pět hodin, a to je už znát. No a taky jsem byla furt zalezlá doma, tak jsem se těšila, že když přestanu zvracet, začnu víc chodit s kamarády ven nebo budu jezdit na výlety na kole.

10) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Výhody určitě že jsem mohla sníst vše bez následků na váze a taky že když jsem „zkazila program“, to znamená, že jsem zvracela, nemusela jsem se ani učit, uklízet a tak, protože už to bylo stejně zkažené a bylo to jedno. Když jsem nemusela dodržovat nějaké zásady, bylo to prostě pohodlnější. Buď všechno nebo nic. Nevýhodou byla zase napuchlá pusa a na krku, ničení zdraví a stranění se lidí. Bylo to sice pohodlné, ale já věděla, že to není správné a že se to tak nedá dělat věčně. Mívala jsem kvůli tomu i deprese.

11) A jaká pozitiva a negativa vidíš na svém životě nyní? Jsi teď spokojená a proč ano nebo ne?

Tak to je hlavně vědomí toho, že se snažím žít zdravě, to je určitě pozitivum, neprojím tolik peněz, když někdo zazvoní, můžu jít otevřít a nemusím se schovávat nebo se nechat zapírat, protože mám zrovna břicho přeplněné jídlem a stejně s nikým nemůžu mluvit, dokud se nevyzvracím. Taky se můžu s někým domluvit třeba na týden dopředu, protože nehrozí, že bych zrovna ten den měla jídelní orgie a kvůli tomu nikam nešla a byla zalezlá doma s hromadou jídla. Negativní teď nic nevidím, spíš ze začátku se mi po tom dobrém jídle stýskalo a bylo to těžké. Chtělo to hodně silné vůle. Ale to bylo i tím, že jsem míň jedla, a tak jsem měla pořád hlad. Teď už jím víc, i žaludek se mi snad zmenšil na normální velikost, takže vlčí hlad mě už nepřepadá...a spokojená teď jsem, ale musím to zaklepat, aby se to nezměnilo (smích). Mám rodinu, všichni jsme zdraví, má práce mne baví, mám i přátele a nad svou nemocí jsem snad zvítězila.

12) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Tak ještě to není asi úplně v pořádku, ale když jsem mluvila s dietní sestrou, tak říkala, že základní živiny tam mám, že bych sice mohla jíst o něco víc a trochu ještě přibrat, ale že i takhle to stačí. Jím každý den v podstatě to samé, mám spočítané kilojouly, a tak vím, že toto mohu sníst, aniž bych přibrala nebo zhubla a nemusím o tom každý den přemýšlet. Pořád ještě nejím sladké a třeba tučná jídla, ale myslím si, že to vůbec nevádí, že se bez toho člověk obejde, takže i kdybych já nic z toho už do smrti nesnědla, nic se nestane. „Zakázaných“ potravin a mám sice hodně a vlastně každý den jím něco jiného než ostatní, ale problém v tom nevidím. Vše důležité v jídelníčku mám i podle odborníků a více lidí si

z nejrůznějších důvodů hlídá, co snědí, a nemocní nejsou. Já tím nikoho neomezuju, mám ráda třeba i pivo a v restauraci si vždy nějaké jídlo vyberu a není to jen salát. Nejčastěji brambory s rybou nebo drůbežím masem a vývar.

13) A co sport?

Tak je pravda, že se moc nehýbu. V létě ráda jezdím na kole na výlety, ale v zimě je mým jediným pohybem rychlá chůze, když někam jdu. Říkám si ale, že ten příjem a výdej energie je asi vyvážený, když netloustnu, ani nehubnu. Víím, že se třeba cvičí i pro posílení svalstva, nejen pro hubnutí, takže takové cvičení je prospěšné pro každého, ale já jsem prostě líná (smích). Kdybych ale začala nějak přibývat, začala bych se určitě víc hýbat. Jídlo bych omezovat nechtěla, spíš bych musela přidat pohyb.

14) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Pokud mi nikdo nic nenutí, tak žádný problém nemám. Je ale pravda, že se někdy před lidmi, co mne ještě neznají, stydím za to, že nejím úplně normálně. Když je ale třeba, řeknu, že jsem měla bulimii a že jsem teď ráda, že jím alespoň tak, jak jím, a proto že si například nevezmu na oslavě zákusek. Takto to vysvětlím, poděkuju a je to. Hlavně nesnáším takové to: „Ty nejíš, protože chceš být štíhlá, že?“ To je mi strašně protivné. Na to třeba odpovídám, že jsem po dobu, co jsem měla bulimii, „sežrala“ tolik sladkostí, co oni určitě ne za celý život a projedla jsem tolik peněz, že mám nadděláno až do smrti. Měla jsem problémy s jídlem, teď je to už delší dobu naštěstí stabilizované, tak do toho prostě jen nechci „rýpat“, když to takhle funguje.

15) Jak se teda cítíš například na oslavě, kde ti nabízejí občerstvení a ty si nebereš?

Pokud mne ti lidi znají, tak mi ani nenabízí, já si dám třeba kafe, víno, šampus nebo pivo a je to. Přes den si ale dám klidně i třeba rybu nebo kuřecí maso s bramborem, ale ne večer. Když mě ti lidi ještě neznají a něco mi nabídnou, já slušně odmítnu a pokud se ptají, vysvětlím jim proč a je to vyřešené, tak se necítím nijak, prostě normálně. Pokud se ale nad tím podivují nebo mají nějaké hloupé a rýpavé otázky, tak se vlastně ani nestydím, spíš jsem na ně našťvaná. Rozčílí mě to. Nedám teda nic znát, ale už si o nich myslím svoje.

16) Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Snad ne. Nikdy sice neříkej nikdy, ale troufám si tvrdit, že jsem už nad bulimií vyhrála. Ale zase to musím zaklepat. Je to přece už devět let, tak se to snad už nevrátí. Když je třeba na Vánoce doma plno dobrot, říkám si, že bych si dala, ale že bych to skutečně udělala, to ne. Ale občas se mi ještě furt zdají sny o tom, jak po bytě horečně hledám jídlo, jak ho do sebe cpu, a pak vyzvracím. Když se vzbudím, jsem ráda, že to byl jen sen.

17) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

To nedokážu posoudit. Aby bylo v mém životě něco jinak, musela bych mít asi i jinou povahu. Věřím tomu, že všechno bylo tak, jak být mělo a žádné kdyby. Ale asi bych měla více přátel, se kterými bych se pravidelně stýkala, normálně bych jedla, to znamená i občas něco sladkého nebo méně zdravého a měla bych plus mínus optimální váhu. Já jsem totiž byla vždycky tak akorát, než jsem se sama vykrmila a než jsem následně zase hodně zhubla.

18) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Fyzické ani ne. Menstruaci už mám naštěstí celkem pravidelně, jen už možná nemám tak pevné nehty, ale to může být už i věkem (smích). Psychické snad ani ne, když nepočítám to, že mi bývá v období po Vánocích pravidelně z neznámého důvodu tak tři dny smutno a často i brečím, tak ani ne.

19) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Chodila jsem k psycholožce. Už ani nevím, co mi říkala, ale nepomohlo mi to. Vlastně vím, měla jsem si třeba zapisovat, co jsem za den snědla, kde jsem to jedla, a pocity u toho, a jestli jsem to v sobě nechala nebo jsem to vyzvracela. Na další postupy si nevzpomínám, byla jsem tam ale jen párkrát. Pak jsem byla taky v nemocnici na oddělení poruch příjmu potravy. Měla jsem tam být, myslím, šest nebo osm týdnů, ale byla jsem tam asi jen dva. Původně jsem tam sama chtěla, protože jsem v tom viděla možnost, jak se oddělit od jídla. V nemocnici totiž nemůžu chodit v noci vyjít ledničku. Potom ale když jsem tam přijela, tak jsme museli jíst pětkrát denně, a to i jídla, která bych normálně nejedla, aniž bych je pak nevyzvracela. Tak jsem byla zklamaná a po každém jídle jsem šla zvracet. Protože to takhle nemělo cenu, řekla jsme našim a ti mě, i když teda neradi, vzali zase domů.

Neříkám, že je ta léčba neúčinná, ale člověk musí chtít v první řadě sám. Pokud nechce, je to ztráta času. Já jsem sice chtěla, ale představovala jsem si to jinak. Samozřejmě tak, jak oni by mi to ani umožnit nemohli. Jinak co tam s náma dělali, bylo zajímavé, třeba jsme se měly nakreslit v životní velikosti na tabuli, a pak nás některá ze spolupacientek skutečně obkreslila, abychom viděly, jak moc reálně či nereálně se samy vidíme. Hodně jsme taky mívaly skupiny, na kterých jsme o sobě a svých problémech před ostatními mluvily.

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S HANOU

Hana, 31 let

165 cm, 57 kg

Vzdělání středoškolské s maturitou

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Odmalička jsem byla trochu buclatější a v patnácti jsem při výšce 165 cm vážila 65 kilo. Byla jsem zvyklá se během dne, krom obvyklých jídel, dokrmovat tatrancami a jinými pamlsky, takže se není čemu divit. Nebyla jsem nějak významně tlustá, ale nebyla jsem se svou postavou spokojená. V prváku na střední jsem si ale řekla, že už toho mám dost a musím se sebou začít něco dělat. Vypustila jsem sladkosti, nepřejídala se a váha šla sama dolů. Ve druhém ročníku už jsem vážila asi 58 kg a byla se sebou víc spokojená. Ve škole jsem denně potkávala spousty holek, které byly daleko hubenější a hezčí, než já. Chtěla jsem být stejně hezká jako ony. Najednou jsem si připadala zase oplácaná. Začala jsem se víc hýbat, chodila běhat a hlavně jsem omezila příjem. Hlídala jsem si všechno, co jsem snědla. Na rodinných oslavách jsem si za celý večer nic nedala a když už jsem snědla nějakou sladkost, šla jsem si hned zaběhat, nebo zacvičit. Váha šla pomalu dolů a já byla se sebou daleko spokojenější než kdy jindy. Jedla jsem jen opravdu velice málo. Ve škole jsem ráno většinou svačinu snědla, ale doma po škole jsem si místo obědu dala radši pár jablek, nebo trochu rýže se zeleninou. Byla jsem šťastná, když jsem se vyhnula rodinnému obědu a dá se říct jakémukoliv vydatnějšímu jídlu. Když už mě máma donutila sníst oběd, šla jsem se potají vyzvracet. Čím hubenější jsem byla, tím krásnější jsem si připadala. Představa, že se mi má kila vrátí, byla naprosto nepřipustná. Podařilo se mi dokonce dosáhnout toho, že jsem ani nepocítovala hlad. To pro mě byl dokonalý okamžik štěstí. Bohužel jsem začala mít pocity slabosti a občas se mi podlamovala kolena, tak jsem zase s velkými výčitkami přešla na ranní svačiny a jablka a občas i nějaké to jídlo a každý den kontrolovala váhu, jestli jsem náhodou nepřibrala.

2) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Dlouhodobý komplex z mé postavy, věčná nespokojenost sama se sebou, nízké sebevědomí.

3) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Myslím, že pro mladé holky je to v dnešní době s ideálem super štíhlé krásy dost těžké. Není divu, že si pak každá může připadat tlustá a nezajímavá. Prevence by měla být především v rodině. Věnovat se dětem, bavit se s nimi o jejich problémech a starostech, trávit s nimi čas, podporovat je v jejich koníčcích...

4) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Dostat se z toho mi pomohla především máma a můj tehdejší přítel. Máma na mě dohlížela jak na malou, abych jedla pravidelně a vrátila se k normálním stravovacím návykům. Přítel mi pomohl hlavně získat víc sebevědomí a mít ráda sebe takovou, jaká jsem.

5) Byl to tedy spíš tlak ze strany okolí nebo jsi své stravování chtěla tehdy změnit i ty sama?

Byla to hlavně máma. Mně osobně se do toho chtělo jen tak napůl, ale doufala jsem, že když začnu jíst zase normálně, budu ve větší duševní pohodě a zas tolik nepřiberu.

6) Jak dlouho to všechno trvalo?

Poruchu příjmu potravy jsem měla asi tak rok až dva. Je to už přece jen hodně dávno a přesně si to nepamatuji. Bylo to ve věku 16 - 18 let.

7) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

V životě jsou důležitější věci než ideální postava. Upnout se jen na to, jak vypadám, je povrchní a hlavně pomíjivé.

8) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Trápily mě věčné stresy a obavy z kila navíc. Nejvíc mi pomohla podpora blízkých.

9) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Výhody...bylo daleko snadnější připadat si krásná a zajímavá, když jsem vážila padesát kilo. Nevýhody...život ve věčném stresu, hlad, zdravotní problémy...

Se svou postavou už asi nebudu úplně spokojená nikdy, ale sama se sebou ano. Mám teď jiné priority, než mít ideální postavu. Mám pěkného zdravého synka, fajn manžela, našla jsem si koníček, který mě baví.

10) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Snažím se držet si svou současnou váhu a když třeba přes Vánoce trochu přiberu, snažím se to řešit spíš nahrazením bílého pečiva tmavým, omezením tučných jídel a sladkostí a hlavně jíst víc zeleniny. Na hladovění už opravdu chuť nemám. Zakázané potraviny nemám, ale snažím se jíst střídavě a moc nemlsat. Se sportem to moc slavné není. S malým dítětem toho moc nenasportuji, ale snažím se aspoň chodit pravidelně na procházky.

11) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Problémy mi dělají snad jen některé návštěvy u příbuzných se spoustou dobrot. Většinou si dám jen tak, abych neurazila a měla přehled o tom, co jsem snědla. Myslím, že ke svým starým stavům už se nikdy nedopracuji, ale hlídat váhu už si budu asi pořád.

12) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Opravu těžko říct. Zůstalo mi asi jen to neustálé hlídání váhy. Snažím se vařit a jíst zdravě, tak, abych si nemusela dělat starosti s tím, že mě něco tlačí, nebo si nemůžu obléct své oblíbené tričko, neb mi z něj lezou špeky.

13) Jak jsi prožívala těhotenství a jak jsi se v něm stravovala? Jak moc ti vadilo přibývání na váze?

Snažila jsem se ani v tomto období nepřejídat se, ale spíš jíst pravidelně a vyváženě. Přibrala jsem 15 kilo a i když jsem z toho moc radost neměla, doufala jsem, že po porodu to půjde zase dolů.

14) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Doufám, že ne.

15) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Nevyhledala, pomohla mi hlavně rodina.

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR S LIDKOU

Lidka, 28 let

166 cm, 69 kg

Vzdělání vysokoškolské, bakalář

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Nejdříve tomu předcházely různé diety v 13 letech, ale řekla bych, že to byl jen náběh... neúnosné to bylo v 16. roce. To jsem do tanečních zhubla dvacet kilo, abych vypadala hezky a líbila se svému tanečníkovi.

2) A jak jsi tolik zhubla?

Úplným omezením jídla. Nebo když mě doma přinutili něco sníst, tak zvracením.

3) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Poznámky okolí, časopisy a televize, kde člověk viděl krásná těla modelek, myšlení tloušťka rovná se překážka mít partnera...nikdy jsem neměla své tělo ráda...

4) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Ano dá. Více informování veřejnosti o možných důsledcích nevhodných poznámek, výukou na školách etického chování k odlišným lidem, vhodnou životosprávou v dětství - tady záleží na rodičích, čím nás krmí, omezení stresu. Média by měla více zaměstnávat normální lidi a ne uměle vytvořené. U dnešních mladých lidí vhodným pohybem a zdravou stravou...

5) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Pomohl mi náhled okolí a má nejlepší kamarádka...i když to pro ní bylo těžké, dávala mi najevo, že s tím, jak žiji a co dělám nesouhlasí, dokonce kamarádství „přerušila“, a to způsobilo náraz...trochu jsem se spravila, tak jsem neseděla nad záchodem s hlavou v míse. A začala jsem trochu jíst.

6) A jak přesně ti kamarádka pomohla?

Na „vošce“ jsme vždycky chodily do cukrárny na kafe a zákusek nebo chlebiček, a to já naráz nemohla. Někdy byl pro mne problém sníst i jablko. Ona s tím, jak jím, nesouhlasila a snažila se mi to ukázat z jiného pohledu. Vadilo jí, že už nikam nechci chodit a postupně kamarádství „přerušila“. Já si tím pádem potom začala připadat divná, že něco není v pořádku. Tak se to nějak zlomilo...ani nevím, asi i rozum, možná mě vyděsily i zdravotní problémy...asi se mi přehodnotil žebříček hodnot...začala jsem se možná mít ráda jako člověka...

7) A jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Ty problémy přetrvávaly asi do 22 - 23 let...ale už to nebylo tak intenzivní, to znamená, že vždycky bylo tak tři měsíční období, kdy člověk méně jedl nebo nejedl a intenzivněji cvičil nebo při snědení většího množství jídla jsem zvracela, a pak zase asi dva měsíce, kdy jsem jedla normálněji. Nebo jsem týden nejedla vůbec nic, jen pila kafe, to jsem byla na „vošce“ a před holkama se vymlouvala na půst, protože jsem byla v té době v církvi.

8) A kdy se to s tím jídlem zlomilo?

Já jsem pak odjela na rok do zahraničí, kde jsem si řekla, že budu jíst to, co ostatní. Bylo tam i hodně zeleniny, tak jsem se snažila spíš vybírat lehčí jídla. Za tu dobu jsem ale přibrala. Ale pak už mi to tak nevadilo, protože jsem potkala svého současného přítele a tomu se to tak líbí.

9) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Zajít k odborníkovi, svěřit se kamarádce, rodičům...je to těžké, ale člověk na to není sám...a pokud už to je ve stádiu, kdy člověk je naštvaný na všechny kolem, tak už to není dobrý, protože se zabývá jen myšlenkou, kdy to vyvrátím nebo komu to jídlo dám, nebo kolik musím cvičit, aby váha šla dolů...to už nevím.

10) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Jak už jsem říkala, vztah k nejlepší kamarádce a její pohled na problém, což mě donutilo zamyslet se nad tím, co dělám...momentálně když mě něco napadá v tom smyslu, že bych měla dát nějaká kila dolů, tak přítel, kterému se spíše líbí plné tvary...

11) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

S poruchou výhody...okolí si všimlo, že kila šla dolů, chválilo mě, cítila jsem se být výjimečná a hezčí, i když vždycky jsem chtěla být ještě hezčí čili hubenější, lépe jsem se cítila ve větším oblečení, kupovala jsem si stále i o 2 až 3 čísla větší. Nevýhody...starost, co s jídlem, svačinou, hrůza z kalorií, vyčerpanost, časté nemoci, zápalý plic, problémy s menstruací...

12) A jaké výhody a nevýhody vidíš nyní?

Někdy bývám nevrlá, že nemohu hubnout. Připadám si, že bych měla nějaké kilo dát dolů, přijde mi, že chtit zhubnout mám v sobě stále. Ale výhody, příteli se líbím, jaká jsem, i když sdělil, že jsem se mu líbila více když jsem měla o 15 kilo víc...jsem více spokojená, jím vajíčka, které jsem tři roky nevzala do úst. Piji mléko a jím mléčné výrobky, kterým jsem se stejnou dobu vyhýbala. Nejsm tak unavená a podrážděná na okolí.

13) Jsi momentálně spokojená? Proč ano nebo ne?

Jsem více v pohodě, tedy spokojená...ale nevím, co by bylo, kdybych neměla takového přítele, kterého mám.

14) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Nevyhýbám se žádným potravinám, jen jím v menších dávkách, snažím se méně, ale vícekrát denně. Ale pokud jsem na pracovním obědě tak si raději dám lepší zeleninový salát s lososem než třeba hranolky a smažený sýr, ale záleží na tom v jaké restauraci jsem a kolik to stojí.

15) A co sport?

Než mi zjistili vrozenou vadu páteře, tak jsem ráda uplatňovala rychlochůzi asi 2 hodiny denně, přes zimu posilování a cvičení asi 20 - 30 minut a plavání. Posilování ale momentálně moc neprovozují, teď spíše cvičím cviky, které mi doporučil lékař. Jinak mám aktivní zaměstnání, takže přes léto basketbal, volejbal, kopaná, v zimě spíše ping-pong... pracuji s dětmi a mládeží.

16) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Momentálně mě nic nenapadá...možná oslavy, kde je množství jídla. Nepříjemné mi je, když mě někdo přemlouvá. To raději řeknu ne, než abych se přejedla, a pak z toho byla zoufalá...

17) A máš pocit že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Kdyby mě opustil přítel a já se cítila zbytečná a ošklivá, tak bych asi zase trýznila své tělo...možná to ve mně někde dřímá, ale když jsem v pohodě, nemám potřebu huntovat své tělo...

18) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Asi bych neměla narušenou imunitu a byla bych fit, nevím...ale byla to zkušenost.

19) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Snížená imunita, špatné zažívání a tíhnu k depresím.

20) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Pomohla mi kamarádka...odbornou pomoc jsem nevyhledala. Dívali by se na mě blbě. V tu dobu jsem totiž byla v církvi, kam jsme docházeli celá rodina. Ti se na tuto nemoc dívali a dívají, že je démonského původu, tak asi to působilo tak, že jsem se to snažila vytěsnit, nevím...

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR S KATKOU

Katka, 23 let

160 cm, 47 kg

Vzdělání vysokoškolské, bakalář

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

To si úplně přesně pamatuju, bylo to o prázdninách mezi pátou a šestou třídou, kdy jsem stála v růžových jednodílných plavkách před zrcadlem a dívala se na své nohy a břicho a zděsila se, jak jsou naplácené. V to léto jsme byli v Praze a když jsem se pak doma dívala na fotky, chtělo se mi brečet. Přitom když se na ty fotky podívám dneska, byla jsem úplně akorát, hezká holka. Asi to bylo tím, že jsem se začala brzo vyvíjet, stejně jako moje mamka, která už v páté třídě dostala menstruaci. Začala mi růst prsa a prostě jsem už nebyla samá ruka samá noha, což mnoho holek v mém věku ještě bylo. Tak jsem omezila jídlo, nejprve jen sladkosti, na konci šesté třídy jsem už ale měla svůj vlastní rigidní jídelníček, ve kterém se měnily jen obědy, ostatní bylo každý den stejné a i ve stejnou hodinu.

2) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Nic mne nenapadá, to tak nějak samo. Jenom soused mi jednou řekl, že mám „pivec“, ale to to určitě nevyvolalo, to jsem už byla se sebou nespokojená, takže mne v tom jenom utvrdil.

3) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Asi ne. Kdybych se mohla vrátit zpátky, nevím, co bych měla já nebo mí rodiče udělat jinak. To bych musela já tehdy úplně jinak přemýšlet a tomu se zabránit nedá. To tak prostě je. Ani podle mne ještě tehdy nebyl ten kult štíhlosti tak mediálně prezentovaný, jako je to dnes, ani v mém okolí nikdo nedržel nějakou dietu nebo nemluvil o tom, že je tlustý a že je to hrozné. Nevím, ale myslím si, že tomu nijak zabránit nešlo.

4) A co třeba potom, když už nemoc propukla? Myslíš si, že okolí dívky může nemoc včas zastavit?

Když to převedu na sebe, tak ne. A myslím si, že tak to má většina anorektiček. Nikdo do nich jídlo, které ony považují za „nebezpečné“, nedostane. Samozřejmě, že rodiče ze mě byli nešťastní a snažili se do mne dostat jídla víc, ale já se nedala. Jídlo navíc mi nahánělo takovou hrůzu, že jsem vymýšlela různé věci, jak se ho zbavit. Chleby jsem házela za skříně, sušenky na výletě drobila ze skály, a když jsme byli na horách a já měla sníst kousek čokolády, dala jsem ho teda do pusy, a pak hned jakože smrkala a čokoládu do toho kapesníku vyplivla. To se mi pak ulevilo (smích). Potom jsem jedla strašně dlouho, abych jídlo pořádně rozmělnila, a to se pak dobře tráвило. Teď myslím to jídlo, co jsem si povolila. Dalším důvodem bylo, aby mi jídlo co nejdéle vydrželo, abych měla pocit, že pořád jím a mezi jídly nebyly moc velké mezery. Měřila jsem to i na hodinkách, tak třeba semínkový rohlík s jogurtem jsem jedla třeba i hodinu a půl. Vždy jsem si utrhla kousíček rohlíku a ten rozmělnovala v puse, myslím minutu. To samé i s lžičkou jogurtu, kterou jsem musela půl minuty olizovat (smích).

5) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Anorexii jsem měla dejme tomu od páté do konce sedmé třídy, takže dva roky, i když tak pořádně, když jsem při zhruba stejné výšce jako teď vážila 33 kilo, jsem měla anorexii asi něco přes rok. Ke konci sedmé třídy, to vím, bylo už skoro léto, bylo pěkně a my jsme ve výtvarce seděli na hřišti a kreslili budovu naší školy. Já se dívala, to si pamatuju jako dnes, ze zadu na ruku, možná spíš paži a loket své spolužačky, která byla tak akorát a říkala jsem si, že jsem už asi moc hubená, že to už není pěkné a navíc že teď v létě, když je člověk víc odhalený, ty moje kostnaté ruce půjdou i víc vidět. Neměla jsem žádné prsa a holkám už narostly, a to bylo asi to. Ony už taky dospěly a já naopak byla stále dětská a vychrtlá. Přestalo se mi to líbit a začala jsem se za to i stydět. Pořád jsem se ale nemohla odhodlat k tomu, abych začala jíst víc. Bála jsem se, že třeba zase přiberu moc. Ale takové pocity, že se mi to už takhle nelíbí, jsem v to jaro mívala častěji. Pak jsme jeli na školní výlet a při zpáteční cestě ve vlaku mi dal spolužák, co se mi tehdy líbil, tatrunku, a já dostala „bláznivý“ nápad a před ním si ji rozbalila a snědla. Neměla jsem potom žádné výčitky a doma jsem to, co umím, hned předvedla, když jsem před rodiči snědla pár bonbonů. Od druhého dne jsem si ale v jídle musela udělat opět nějaký řád. Dala jsem si pět jídel denně, přičemž ráno mi zůstal jogurt s rohlíkem jako před tím, ale jogurt už nemusel být light. Na svačiny jsem nemusela jíst jen jablko, ale mohla jsem si dát i něco sladkého, a tak dále.

Prostě to mělo svůj řád, ovšem už ne tak fixní a přísný a s různými obměnami. Dneska teda už sladké zase nejím, ale jinak mám jídelníček rozmanitý. Jím pravidelně a snažím se jíst i zdravě. Občas si ale dám třeba i pizzu nebo bramborové gnocchi i vepřové maso. Potom mám strašně ráda vaječňák, který je hodně kalorický a už vůbec není zdravý. Toho bych vypila vždycky plnou flašku (smích).

6) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Tak to opravdu nevím. Já bych neradila asi nic. Mě kdyby tehdy někdo radil, tak bych ho nejspíš vyslechla, ale stejně bych dělala tak, jak to cítím já. A to ne třeba schválně, ale prostě proto, že bych se tak cítila spokojeně a naopak kdybych třeba začala jíst víc, tak bych měla hrozné výčitky a deprese a cítila bych se hrozně. Ale co bych vzkázala, tak to, ať myslí na své zdraví, na to, aby mohly mít jednou děti a spokojený život, protože žádný kluk určitě nechce holku, co je kost a kůže, je pořád unavená, jenom počítá kalorie a nic s ní není. Nejde s ní jít ani nikam na večeři, protože nic nejí a byla by z toho jen nervózní. To se ale lehce říká, ale horší je se podle toho řídit. I když třeba dívka ví, co by měla dělat, strach z tloušťky jí to nedovolí. Anorexie je psychická nemoc, která nemá moc společné s logikou, a tak nějaké rady jsou asi zbytečné. Spíš bych řekla nějaká podpora a pochopení.

7) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Jak už jsem říkala, bylo to to, že jsem se sobě přestala líbit a naopak jsem se za svou vychrtlost začala stydět. Bylo to tím, že ostatní vypadali normálně, jen já jako „chcípák“. Ani žádná prsa jsem neměla.

8) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Tak o výhodách tehdy nevím. Tehdy jsem to brala ale jinak. To, co jsem dělala, jsem tak dělat musela, i když se to okolí nelíbilo a já plno věcí musela tajit. A to někdy dalo pěkně zabrat (smích). Spíš teda můžu říct negativa. To bylo to, že jsem byla protivná, podrážděná, často hladová a v napětí, například v situacích, když jsme třeba někam jeli na více dní a stravovali jsme se všichni společně a já nevěděla, jestli tam seženu své každodenní potraviny a navíc že budu svým rodičům více na očích a oni budou mít větší přehled o tom, co jím, a budou mi jídlo nutit a já budu muset přemýšlet, kam ho vyhodím a jak udělám jako že jsem ho snědla a tak. No fuj, ještě že už to nemusím řešit. No a teď to žádné negativa nemá a pozitivem je opak toho, co jsem řekla před tím jako negativa (smích).

Takže už nejsem tak protivná, podrážděná, hladová, taky mi není pořád zima, můžu se v klidu zúčastňovat oslav, výletů, dovolených, nemusím nic skrývat a jsem spokojená.

9) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Každé ráno si dám půl litru mléka, kávu s mlékem a nějaké pečivo, potom dopoledne chleba se sýry a se zeleninou, pak třeba banán, v poledne další kávu s mlékem, pak nějaký oběd, odpoledne jogurt s vločkami a nějaké ovoce a pak kefirové mléko s rozinkami. To tak bývá pravidelně, samozřejmě s obměnami podle situace. Ale nejčastěji nějak takhle. Jak jsem říkala, nejím sladké a snažím se jíst zdravě.

10) A jíš často něco jiného než ostatní ve tvé společnosti?

Tak když si dá třeba někdo na oběd smažený sýr s hranolky, tak to já si určitě nedám, spíš třeba kuře s rýží nebo těstoviny. Snažím se jíst zdravě. Ale to neznamená, že občas nezhřeším. Měla jsem třeba i pizzu nebo čokoládu nebo čokoládový oplatek nebo medovník nebo párek a tak.

11) A co sport?

Jen rekreačně. V zimě vůbec nic. Nikdy jsme nejezdili na lyže nebo běžky, maximálně jako děti na bobech nebo na bruslích. Spíš v létě je to kolo nebo různé pěší výlety. Pravidelně že bych někam chodila, to ne. Nemám na to ani čas. Ale bavily by mne třeba moderní tance, tak třeba na ně ještě někdy dojde (smích).

12) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Nejsou. Já jsem spokojená s tím, jak se stravuju. Nejím sladké nebo nějak navečer a na tom není nic divného. Snažím se stravovat správně.

13) A myslíš si, že by se anorexie mohla ještě někdy vrátit?

Doufám, že ne. Nebylo to nic moc období, už bych to nechtěla. Spíš se bojím třeba období v těhotenství, po porodu nebo přechodu, až začnu samovolně tloustnout. To mne trochu děsí. Ale myslím si, že kil navíc se budu snažit zbavit rozumně, žádným hladověním. Doufám. I když to všechno ukáže až čas.

14) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Nejspíš ne. Babička sice říká, že kdybych tehdy normálně jedla, mohla jsem být vyšší, ale vzhledem k tomu, že jsem stejně velká jako ona a mamka, tak nejspíš ne. Jinak by nic jinak asi nebylo, nebo alespoň nevím.

15) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

No tak stále ještě nemám úplně pravidelnou menstruaci, a taky bývá celkem slabá, ale alespoň že tak. Jinak si žádné problémy neuvědomuju. I psychicky se cítím dobře.

16) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Asi pětkrát jsem byla u psychiatra a ten mi jednou řekl, že kdyby měl více takových případů jako jsem já, tak že by si hodil mašli. Byl to chlap a já malá holka, tak asi nechápal, co se mi to v hlavě pomotalo. Nemám mu to ale za zlé. Možná si řekl, rozmazlený spratek, to chce jen pár facek. Těžko se vžívá do něčeho, co člověk nezažil, co se ho netýká a co je mu teda úplně cizí. Pak si ještě pamatuju, že jsem se chodila vážit k panu doktorovi a tam jsem většinou chodila v těžkých riflích a riflové vestě a nejlépe ještě něco v kapsách, abych na váze měla víc a oni mi dali pokoj (smích).

17) A k psychiatrovi jsi chtěla jít sama od sebe?

Ne, mamka chtěla. Ale mě to bylo celkem jedno.

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR S GÁBINOU

Gábina, 23 let

168 cm, 58 kg

Vzdělání vysokoškolské, bakalář

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Asi ve 14. Začalo tak, že jsem po jídle chodila nuceně zvracet, zpočátku se jednalo jen o obědy, později už skoro o vše, co jsem snědla.

2) Proč jsi zvracela?

Chtěla jsem zhubnout, ale přitom se nemuset omezovat v jídle.

3) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Kritika ostatních, ale především jsem byla kritická já sama k sobě.

4) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Podle mne se tomu moc předejít nedá. Pokud ano, tak možná upozorněním na zdravotní následky, které mohou mít nebo nemožnost udržet si nízkou váhu po dlouhou dobu. Je třeba si uvědomit, že tohle není řešení.

5) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Navštěvovala jsem dva psychology, jeden přístup horší než druhý. Neměli nejmenší zájem mi pomoci, což mi v té době také vyhovovalo. Až když už jsem měla sama potřebu problém nějak řešit, pomohla mi návštěva kineziologa, od té doby mi trvalo nejméně rok, než jsem se úplně uzdravila.

6) Jak jsi během toho roku postupovala?

Nijak. Jen jsem se snažila nepřejídat se a nezvracet.

7) A jak ti kineziolog pomohl?

Kineziolog, ten jako jediný na mě nějakým způsobem zapůsobil, komunikoval se mnou prostřednictvím těla, kdy ve spojení našich rukou mu samo tělo odpovídalo a následně zanalyzoval situaci v mé rodině, jak si vedu a jak si povedu, až to překonám.

8) A do kolika let jsi poruchou příjmu potravy trpěla?

Hm...do devatenácti.

9) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Ať s tím skončí zavčas, než se z toho zblázní...popřípadě začnou cvičit a dodržují zdravý jídelníček, což je taky řešení.

10) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Vzhledem k tomu, že jsem několikrát denně zvracela, měla jsem pak velké bolesti v krku a někde jsem se dočetla, že by v takovém případě mohlo dojít k prasknutí jícnu, což byla asi první věc, kdy jsem si začala uvědomovat, že mi to za to nestojí. Navíc jsem jedla velké množství jídla a nestíhala ho zvracet, což mělo za následek, že jsem vážila ještě víc, než jsem s tím vůbec začala.

11) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Výhodou byl pro mne tehdy úbytek váhy, na druhou stranu jsem neměla žádnou energii, takže jsem si musela jen na malé procházce stále odpočívat. Navíc jsem musela neustále zvracet a jediné, na co jsem pořád myslela, kde co sním a kde se toho potom zbavím. Spokojená se sebou nebudu asi nikdy, ale byla to pro mne dobrá zkušenost, která mě posílila, už bych si nikdy ničím podobným nechtěla projít.

12) Jaké výhody a nevýhody má tvůj život nyní bez poruchy příjmu potravy?

Mám víc energie a žiju zase úplně normálně. Už nemyslím pořád jen na jídlo.

13) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Jím stejně jako před nemocí, nikdy jsem se příliš neomezovala, ale ani se nepřejídala, dříve jsem sportovala, v současnosti na to není čas.

14) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Stává se, že se někdy navečer přejím a vyzvracím se, jelikož mám pořád „dávící“ reflex a není problém ho použít, taková situace nastane maximálně jednou za půl roku. Nikdy bych se k tomu nechtěla vrátit, což je důvod, že se mi tohle stane opravdu výjimečně.

15) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

V té době jsem poznala, kteří lidé stojí při mně a kterým na mně záleží, určitě to byla zkušenost, kterou bych ale nikomu nepřála. Poznamenalo mě to i změnilo.

16) A jak?

Nevím konkrétně...ale každého, kdo prožije něco, co pro ostatní není úplně obvyklé, ho nějak změní...neumím říct ale konkrétně jak.

17) Děti ještě asi nemáš?

Ne, ještě ne (smích).

18) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Ne, nemám žádné.

19) Říkala jsi, že jsi navštěvovala dva psychology. Vyhledala jsi během nemoci ještě nějakou jinou pomoc například v léčebně? Pokud ano, tak jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Jen ty psychology. Rodiče mi je vyhledali. První mi psala tak akorát omluvenky ze školy a nechala mě klidně hodinu sedět, ať si dělám, co chci. Druhý mi vyčítal, že plýtvám penězi rodičů, když jídlo co sním, vyzvracím. Hrůza, jeden horší než druhý.

PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR S VILMOU

Vilma, 30 let

168 cm, 54 kg

Vzdělání středoškolské s maturitou

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

To mi bylo asi dvanáct. Moje máma je hrozně hubená, může i teď chodit oblékaná jako dvacítká a mně tehdy, v těch dvanácti, začalo připadat, že jsem tlustší než ona. Jenže ona pro mne byla vzor, chtěla jsem být též taková. Maminka moje nejlepší kamarádka byla taková tlustá tetina a kamarádka obdivovala moji mámu, záviděla mi ji, že je taková štíhlá a hezky oblečená. Nechtěla jsem být tlustá a nepěkná, aby všichni říkali, že máma vypadá líp než já. U nás v rodině jsou totiž všichni spíše tlustší. Tety i sestřenice, babičky, hubená je jen máma, dokonce i ségra je spíše plnoštíhlá.

2) Takže si myslíš, že snaha vypadat jako mamka měla vliv na vznik poruchy příjmu potravy?

No, přesně. A strach z tloušťky.

3) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Já nevím, to asi musí být někde v povaze. Jak říkám, u nás jsou všichni spíše plnoštíhlí, nikdo se tím nijak zvlášť nezaobírá, jenom já nechtěla vypadat jako oni, chtěla jsem chodit hezky oblečená. Teda oni chodí hezky a moderně oblečení, akorát z nich ze všech stran vykukují nějaké faldíky (smích). Takže vážně nevím, jak tomu předcházet. Mám dceru, sice ještě malou, ale nechtěla bych, aby se v budoucnu trápila jako já.

4) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Já byla v nemocnici, viděla jsem tam ty holky, ty jejich problémy. Stačilo mi tam být tři měsíce. Nemysli si, já nebyla ten případ, co byl na kapačkách a museli mu dávat umělou výživu. Ale problémy jsem měla. Padaly mi vlasy, neměla jsem menzes. Vlasy jsem mívala

dlouhé, pěkné, to padání mi hodně vadilo. Viděla jsem, že takhle by to šlo všechno do háje a já fakt nechtěla skončit jako troska.

5) Takže ti v léčbě pomohl „odstrašující“ příklad holek, co byly v nemocnici s tebou?

No, tak.

6) A léčba v nemocnici? Ta na tebe jak působila?

Ale též, byli tam všichni moc milí, hodně se nám po psychické stránce věnovali. Až tam jsem viděla, že jsou holky na tom podobně, ba hůř než já, že je trápí stejné problémy, stejně přemýšlí a že já nechci být jako ony. I na skupinách jsem se toho o sobě hodně dozvěděla. To mi též pomohlo.

7) Šla jsi do nemocnice sama od sebe?

No, tak částečně. Kdyby mě máma tak nepřemlouvala, asi bych ale nešla.

8) Co všechno tě tedy vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Rozum. Nebo zbytky rozumu. Též mě švalo, jak to všichni probírali. Jsme velká rodina, hodně se scházíme, bývají různé oslavy. Ty postranní pohledy, úplně jsem cítila tetin pohled na moje vlasy, jak nenápadně kouká, jestli mi ještě padají. Jak mě všichni pozorují, jak vypadám, jestli jím a tak. To bylo hodně nepříjemné.

9) A jak dlouho trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Od dvanácti, pak jsem ve čtrnácti byla v nemocnici a než se všechno upravilo...tak do osmnácti, devatenácti.

10) Jak to bylo s tvým jídelm po propuštění z nemocnice nebo potom, co jsi se sama začala snažit svůj jídelníček obohatit?

V nemocnici jsem se sestřičkama hodně diskutovala o tom, co budu a nebudu jíst a proč to a to jíst nemůžu. Řekla jsem, že sladké jíst nechci, protože to se jíst nemusí a ať mi místo toho dají třeba něco jiného, že o hladu být nechci, ale chci jíst něco, co považují pro své tělo za přínosné. Nakonec jsme se i s mými rodiči domluvili, že pokud taková jídla budou, můžu si kupovat místo toho něco sama, ale sestřičky mi to musí schválit a nesmí to být moc často. Fakt jen za ta vyloženě sladká jídla. V nemocnici se totiž muselo jíst všechno. Pak jsem si doma zase trochu jídelníček upravila podle vzoru v nemocnici, ale zároveň

podle vlastních představ. Takový kompromis. Než se ale všechno upravilo a já začala jíst skoro všechny potraviny, trvalo to do těch osmnácti, devatenácti.

11) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Jo, to je těžká otázka. Asi že člověk by měl vidět a setkat se s lidmi, kteří tento problém mají. Netajit to, konzultovat to s jinými. Ale s těmi, co to chápou, tedy nejlépe chodit na nějakou skupinu, kde holky tenhle problém mají.

12) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Na téma nevýhody jsem už asi řekla všechno. S výhodami to bude horší. Snad jen, když se pokusím o vtip, tak že jsem se ulila ze školy a ty tři měsíce se dávala v nemocnici dohromady. A jestli jsem spokojená? Jo, mám hodného chlapa, zdravé dítě a i tu vysněnou štíhlou postavu bez anorexie a padání vlasů a tak (smích).

13) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Stravuju se zdravě, ale vyváženě a přiměřeně. Nečiní mi problémy nejíst sladké, ale moc ráda pečou na různé oslavy, ostatní to mají rádi a mně se líbí, jak mi ty dobroty chválí, i když je sama nejím. S tím sportem to nepřeháním. Když si seženu hlídání, jdu třeba plavat nebo jezdím na bruslích a jednou týdně chodím na zumbu. Též se věnuju malé, to mám toho dost na otáčení (smích).

14) A jíš často něco jiného než ostatní ve tvé společnosti?

No, my doma jíme každý jinak, v jinou dobu, takže ve společnosti moc často nejím, spíše sama. Ale když máme třeba o víkendu společný oběd a já dělám vepřový řízek, udělám ho pro sebe na přírodní způsob, bez obalu.

15) Takže jíš více méně to samé, jen v dietnějších verzích?

No, tak.

16) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Už ne. Nyní jsem dospělá ženská, mám malé dítě a chci být pro něj zdravá. Už žádné experimenty. A ty situace s jídlem...no tak já nevím, všichni mě znají a ví, že nejím všechno. Nikdo mi do toho nekecá. Já taky nikomu nekecám do toho, jestli kouří, nebo pije. Každý svého štěstí strůjcem. No ne?

17) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Asi bych měla šťastnější dětství. Ty neustálé pochyby o sobě, o světě, mohla jsem bezstarostně žít.

18) A dnes?

Dnes nic.

19) Jak jsi prožívala těhotenství a jak jsi se v něm stravovala? Jak moc ti vadilo přibývání na váze?

No, to se budeš divit, já těhotenství prožívala krásně. Snažila jsem se jíst opravdu co nejzdravěji, ale zároveň ne víc, než jsem musela. A přibývala jsem vlastně jen přes to břicho, a to rostlo miminko a ne já (smích).

20) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Ne, problémy nemám. Nebo alespoň o nich nevím.

21) Vyhledala jsi během nemoci ještě nějakou jinou odbornou pomoc kromě léčebny?

Jo, chodila jsem nejdříve k psychologce. Nejlepší rada paní psychologky: „Život máš jen jeden. Opravdu ho chceš strávit takto?“ Uvědomila jsem si, že ne.

22) Takže paní psychologka tě nasměrovala k léčbě?

Jo, to byl takový podnět.

23) A chodit k ní jsi začala sama od sebe nebo na popud někoho?

No, máma byla ta, kdo chtěl, abych se sebou začala něco dělat. Ale kdybych nechtěla, tak by mě tam nikdo nedostal. Takže jsem už tehdy byla na vážkách.

PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR S TEREZOU

Tereza, 28 let

167 cm, 62 kg

Vzdělání středoškolské s maturitou

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Ani pořádně nevím. Asi kolem čtrnácti. Chtěla jsem být prostě štíhlejší a zvracet jídlo mi přišlo jako nejlepší způsob, jak toho „bezbolestně“ docílit.

2) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Vliv mělo to, že jsem byla zvyklá vždycky hodně jíst, vzala jsem si, na co jsem měla chuť. Nebyla jsem ale tlustá. Pak jsem si ale řekla, že bych chtěla trochu zhubnout, ale míň jíst jsem nechtěla. Tak jsem si vymyslela něco, o čem jsem si myslela, že jsem to vymyslela sama. Nacpala jsem se a pak zvracela.

3) A zhubnout jsi chtěla jen tak sama od sebe?

Ano, kvůli nikomu jinému, jestli to myslíš takhle.

4) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Nevím jak. Mluvit o těchto věcech, osvěta, zdůraznění rizik, neklást tolik důraz na vzhled celkově ve společnosti. Jenže přes to všechno s tím má plno holek problém. Natlouct čumák si musí asi každý sám. Některá zkušenost je prostě nepřenositelná.

5) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

No, hrozná ostuda. Dodnes se za to stydím. Chodila jsem na brigádu do potravin a brala jsem si tam sladkosti. Doma jsem se potom zavřela a všechno to snědla a pak vyzvracela. Bylo mi líto za to platit, když to šlo všechno hned zase ven. Jenže v obchodě asi měli podezření. Vedoucí chtěl vidět můj batoh a já vysypala sušenky a čokolády. Myslela jsem, že se propadnu. Z brigády mě vyhodili, výplatu jsem jim nechala a šla potupně domů. Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat. Ta šílená ostuda. S odstupem času jsem ráda, že se to stalo, protože mě svědomí před tím usvědčením nijak netrápilo. Ani nevím co jsem si

myslela, že to tak půjde pořád dál, nevím. Pak jsem ale byla zoufalá, doma jsem si naházela do tašky nějaké věci a já nevím, snad se chtěla i zabít, no prostě hlavně utéct z té ostudy. Nakonec jsem skončila u tety v Olomouci. Domů jsem pak asi ve dvě ráno zavolala, že jsem v pořádku. Doma šíleli, ale když jsem se vrátila, byli rádi, že jsem naživu a tu krádež zas až tak nekomentovali. Všechno jsme si v klidu vysvětlili, já jsem řekla, proč jsem to udělala a mamka mi domluvila psycholožku.

6) Psycholožka ti pomohla?

Částečně taky. Ale asi nejvíc ta ostuda. To byl radikální řez, kdy jsem pochopila, že to, co dělám, není normální a že to takhle už dál nejde.

7) Co ti třeba psycholožka radila?

Už nevím...nevím přesně...spíš mne tak nějak psychicky podpořila. Ale někde jsem si zapsala jedno moudro „pevná vůle zmůže všechno“. A řídím se podle toho.

8) Jak jsi se teda potom s poruchou vypořádala?

Musela jsem se naučit se ovládat, nepřejídat se a nezvracet. Chvíli to trvalo, ale nakonec jsem to zvládla. I díky podpoře paní psycholožky.

9) Jak dlouho trvalo, než jsi se uzdravila?

Jako celkově?

10) No, jak dlouho jsi byla nemocná celkově a jak dlouho ses aktivně snažila uzdravit?

Bulimii jsem měla tři roky, z toho asi jeden a půl roku jsem se aktivně snažila.

11) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Poradit jim mohu, ale nevím, jestli to má smysl. Prostě žít, být spokojená, radovat se ze života, nezaobírat se hloupostma a nepřidělovat si problémy.

12) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

O výhodách nic nevím a nevýhod je spousta. Strach z prozrazení, ošklivost z toho, co dělám. Přišlo mi to takové špinavé, měla jsem pocit, že kdyby to někdo věděl, štítit by se mě.

13) A teď jsi spokojená?

Teď spokojená jsem. Už tak neřeším svůj vzhled, příteli se líbím tak, jak jsem, i když kdyby bylo po mém, shodím tak pět kilo. Ale teď nemám čas to řešit a ani se mi nechce. Moje kamarádky jsou taky naplácanější, ale neřešíme to a jdeme klidně s dětma do cukrárny. Je to i hodně o lidech kolem mě.

14) Jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Jím úplně normálně. Nepřemýšlím o tom, jím, co ostatní, co uvařím, nebo co je zrovna doma (smích).

15) A sport?

Sportuji tak rekreačně, v zimě občas běžky, v létě kolo nebo brusle nebo s malým na bazén, i když tam víc sedím na sluníčku a opaluju se, než plavu (smích).

16) Takže asi už nejsou ve tvém životě žádné situace spojené s jídlem, které by ti dělaly problémy?.

Už ne. Já už jídlo prostě neřeším.

17) Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit?

Neumím si to představit, že by se to znovu stalo. Mám to spojené s pubertou, nezralostí, dospíváním. Teď už přeci jen uvažuji jinak.

18) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Asi nic. Ale víc teď rozumím dívkám, co mají takový problém. Mám zdravotní školu, tak bych mohla pracovat na oddělení, kde se tohle řeší. Umím to pochopit.

19) Jak jsi prožívala těhotenství a jak jsi se v něm stravovala? Jak moc ti vadilo přibývání na váze?

Že bych měla nějakou radost z toho, že tloustnu, to určitě ne, ale zase nijak zvlášť jsem to neřešila. Jedla jsem, jak si tělo řeklo a přibírala jsem jako ostatní maminky, takže v pohodě.

20) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Ne, to ne.

21) Vyhledala jsi během nemoci ještě nějakou jinou odbornou pomoc?

Ne, chodila jsem jen k té psycholožce.

PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVOR S NIKOLOU

Nikola, 18 let

168 cm, 58 kg

Vzdělání: Taneční konzervatoř

1) Kdy a jak tvé onemocnění začalo?

Začalo před čtyřmi lety. Připadala jsem si „tlustá“, ačkoliv tomu tak nebylo a jednoho dne jsem si řekla, že se začnu trochu omezovat v jídle, abych zhubla.

2) Co si myslíš, že mělo na vznik poruchy příjmu potravy vliv?

Moje umíněnost a hloupost. Nepředstavila jsem si, co tomu bude následovat.

3) A co následovalo?

Omezování v jídle, s tím spojená nepohoda, vyčlenění z kolektivu...

4) A jak myslíš ještě tu umíněnost a hloupost?

Chtěla jsem být nejlepší nebo alespoň lepší než jsem do té doby byla. A co říkají ostatní, jsem úplně ignorovala.

5) Dá se podle tvého názoru poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Pokud ano, tak jak?

Nevím, musíš být spokojená sama se sebou, a to taková, jaká jsi...

6) Co ti v léčbě pomohlo (jaké postupy) a jak dlouho ti trvalo, než jsi poruchu příjmu potravy překonala?

Asi proto, že chodím na taneční konzervatoř, mám hodně spolužaček, které s jídlem nějaký problém mají. Jedna se v tom plácá hodně, už byla lepší, ale teď do toho zase spadla. Té si myslím, že hodně psychicky pomáhám. Když má depky, vždycky mi telefonuje. Jsem pro ni trochu jako vzor. Vidí, že se dá nemoc překonat.

7) A co pomohlo tobě?

Už jsem tak žít nechtěla. Hodně spolužaček se o tom, jak vypadají, baví, porovnávají se, trumfují se, závidí si, zkoušejí různé diety. Je to úmorné. Já chtěla ukázat, že je mi to už jedno. Nechtěla jsem žít jenom tím, jak vypadám.

8) Jak dlouho trvalo, než jsi si tohle uvědomila?

Dva roky, pak rok jsem to různě zkoušela, a teď už rok jím normálně.

9) Co by jsi poradila dívkám, které poruchou příjmu potravy trpí?

Poslouchat, co říkají ostatní a uvědomit si, že to s něma myslí dobře a mají pravdu, i když je to těžké.

10) Co tě vedlo k tomu, že jsi se rozhodla poruchu příjmu potravy překonat?

Zdravotní stav a to, abych zpátky zapadla do kolektivu.

11) Co konkrétně na zdravotním stavu?

Byla jsem hodně unavená, točila se mi hlava a párkrát jsem i omdlela.

12) Jaké výhody a nevýhody měl život s poruchou příjmu potravy a jaká pozitiva a negativa má nyní? Jsi momentálně spokojená? Proč ano, proč ne?

Zprvu, když jsem rychle hubla, tak jsem ze sebe měla radost, že moje úsilí v tomto směru je na mně znát. Později jsem však pociťovala, že už nezapadám do kolektivu mých přátel a vše dopadá i na moji psychiku, ale byla jsem v začarovaném kruhu. Teď je to už všechno lepší, ale nedá se říct, že bych se sebou byla úplně spokojená. To bude ještě nějakou chvíli trvat.

13) Proč nejsi ještě úplně spokojená?

Hubnout už sice nechci, ale často se sobě vůbec nelíbím.

14) A jak se v současnosti stravuješ? Existují pro tebe ještě nějaké „zakázané“ potraviny nebo jíš často něco jiného, než ostatní ve tvé společnosti? Co ty a sport?

Musím přiznat, že se stravuji nepravidelně, ale jím většinou to, co ostatní. „Zakázané“ potraviny pro mě neexistují (smích). Studuji taneční konzervatoř, takže pohybu mám dost, a to 6 hodin denně, někdy víc, někdy míň.

15) Jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy? Pokud ano, tak jaké to jsou a jak se v nich cítíš? Máš pocit, že by se porucha příjmu potravy mohla ještě někdy vrátit a proč?

Nevrátí se. Protože já sama už nechci.

16) A jsou ve tvém životě ještě nějaké situace spojené s jídlem, které ti dělají problémy?

Mluvit o jídle. O tom, co mi chutná...

17) A proč?

Nevím, stydím se o tom mluvit...aby někdo neřekl, že myslím jen na jídlo.

18) Myslíš si, že kdyby jsi poruchu příjmu potravy neprodělala, bylo by ve tvém životě dnes něco jinak? Co a z jakého důvodu?

Myslím, že jsem kvůli tomu ztratila mnoho času. Zbytečně.

19) Jak ztratila?

Mohla jsem dělat úplně jiné věci. Místo toho jsem se vyčlenila z kolektivu a byla sama.

20) A v současnosti by třeba bylo něco jinak?

Nevím, spíš ne.

21) Máš v současnosti kvůli poruše příjmu potravy ještě nějaké fyzické nebo psychické problémy? Pokud ano, pak jaké?

Psychické problémy u mě pořád přetrvávají...

22) Jestli se můžu zeptat, tak jaké?

Jsem se sebou stále nespokojená. Někdy se i stydím. To není normální. Radši se už ani moc neřádám do zrcadla.

23) Vyhledala jsi během nemoci i odbornou pomoc (psycholog, léčebna...)? Jakou a s jakým výsledkem? Jakých rad se ti dostalo?

Nevyhledala.