

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Plšková

Vypracovala:

Zdeňka Pačková

Brno 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy příjmu potravy a možnosti jejich terapie zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 14. 4. 2012

.....

Zdeňka Pačková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a zejména vstřícný přístup.

Také bych ráda poděkovala dívkám a ženám, které byly ochotné odpovědět na moje otázky.

Zdeňka Pačková

OBSAH

ÚVOD	2
1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	4
1.1 Mentální anorexie	6
1.2 Mentální bulimie	8
1.3 Záchvatovité přejídání	9
1.4 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy	10
2. PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
2.1 Biologické a genetické faktory	15
2.2 Psychické a emocionální faktory	17
2.3 Sociální a kulturní faktory	19
3. PROJEVY A PRŮBĚH MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	23
3.1 Projevy mentální anorexie	23
3.2 Projevy mentální bulimie	24
4. RIZIKA A KOMPLIKACE PŘI PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY	26
4.1 Zdravotní komplikace	26
4.2 Psychické a sociální důsledky poruch příjmu potravy	29
5. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	33
5.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace	34
5.2 Ambulantní péče	36
5.3 Terapeutické přístupy	36
5.4 Sociální pedagogika	40
6. PREVENCE	41
7. PRAKTICKÁ ČÁST	45
7.1 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu	45
7.2 Výběr respondentů	46
7.3 Analýza a prezentace získaných výsledků	47
ZÁVĚR	61
RESUMÉ	62
ANOTACE	63
KLÍČOVÁ SLOVA	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

„Zdraví není vidět, štíhlé nohy ano.“

V bakalářské práci se zabývám problematikou poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Měla jsem možnost setkat se s řadou dívek trpících některou z těchto poruch a vidět, jak nebezpečné toto onemocnění je a jak zásadním způsobem může změnit život nejenom nemocnému, ale celé rodině. Ve své práci chci také zmínit, jaké jsou v současné době možnosti terapie využívané v léčbě těchto závažných onemocnění.

V dnešním světě máme dojem, že poruchy příjmu potravy patří téměř k civilizačním onemocněním. V každém případě jsou velmi rozšířeným problémem současné doby a nevyhýbají se nikomu. Trpí jimi ženy bez rozdílu věku, útočí hlavně na dospívající dívky, a co je alarmující, postihují stále mladší děti. Především mentální anorexie se projevuje již u dívek předškolního věku. Přestože z 90 % se tato diagnóza týká žen, narůstá i počet chlapců a mužů, kteří poruchou příjmu potravy onemocní. Lidstvo posedla touha po dokonalosti a štíhlosti, které jsou pro mnohé synonymem štěstí, úspěchu a spokojenosti. Cesta za osobním úspěchem a dokonalou postavou může být velmi trnitá a končit zoufalstvím a poškozeným zdravím.

Je paradoxní, že na jedné straně lékaři stále častěji varují před nárůstem obezity a zdravotními riziky s ní spojenými, a na druhé straně přibývá lidí, kteří si ničí zdraví v touze po dokonalé postavě. Zdravý životní styl se stává celosvětovým fenoménem a lidé jsou zahlceni informacemi, které neumí třdit. To znamená, že je často velmi těžké rozeznat hranici mezi tím, co je ještě zdravý způsob života a tím, co je již „špatně.“ To je jedno z největších rizik, když sám člověk, rodiče ani jeho okolí, nejsou schopni rozpoznat, že odmítání stravy, hubnutí a přehnané cvičení již nejsou znakem zdravého životního stylu, ale začínajícím projevem nemoci.

Motto, které jsem použila v úvodu, je názorem jedné mladé dívky, trpící mentální anorexií. Bohužel je to ve zjednodušené podobě názor mnoha lidí, bojujících s poruchami příjmu potravy. Nemocní mají narušené tělesné sebepojetí, a to samozřejmě narušuje i sebepojetí psychické. Výsledkem je, že nejsou schopni vidět to, co vidí - vlastní reálný obraz. Tím se dostávají do začarovaného kruhu hubnutí, hladovek a cvičení. Jídlo, které měli spojeno s příjemnými pocity, se pro ně stává noční můrou a myšlenky na ně je provází celý den. Jídlo je pro ně nejen největší nepřítel, ale také paradoxně ukazatel jejich úspěchu, toho,

jak se dokážou ovládat. A tak se odmítání jídla nebo přejídání spojené se zvracením stává jedinou náplní jejich života. Ubývají zájmy, koníčky, sociální vztahy. Dostat se z tohoto bludného kruhu je velmi obtížné.

V současnosti jsou poruchy příjmu potravy rozšířené ve všech vrstvách společnosti ekonomicky vyspělých zemí. Bohužel počty osob, které těmito poruchami trpí, se sledují velmi obtížně. Lidé si zpočátku svoji nemoc ani neuvědomují, později mají pocit, že onemocnění zvládnou sami a rodiče si mnohdy nepřipouští, že by jejich dítě mohlo mít problém s příjmem potravy. Často to ani vidět nechtějí. Internet a časopisy jsou plné informací o poruchách příjmu potravy, ale způsob, jakým se v nich o těchto onemocněních píše, je svým způsobem někdy až kontraproduktivní. Zobrazování extrémů (například fotografií děsivě vyhublých dívek na pokraji smrti nebo zoufalé příběhy žen s myšlenkami na sebevraždu), přináší spíše šok, senzaci, pohoršení, ale hlavně postoj, že „tohle se mi nemůže stát“, „takto daleko to u mé dcery/syna nemůže dojít.“ Zjednodušené vyličení příběhu potom spíše nahrává bagatelizaci onemocnění a odsouzení ženy jako neschopné se normálně najíst.

Cílem mé bakalářské práce je podrobněji přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a především poukázat na jejich závažnost. I když se v posledních letech informovanost o těchto nemocech zlepšila a vznikla i celá řada preventivních programů, stále je to nedostačující. Laická veřejnost povědomí o poruchách příjmu potravy určitě má, ale často to bývají názory zkreslené a informace neúplné. Nebezpečně narůstající počet nemocných mezi dětmi, dospívajícími i dospělými je stále podceňován.

Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části.

Teoretická část práce je rozdělena do šesti kapitol. V první kapitole jsou tyto poruchy charakterizovány. Ve druhé a třetí kapitole jsou uvedeny příčiny vzniku, projevy a průběh poruch příjmu potravy. Čtvrtá kapitola upozorňuje na rizikové faktory onemocnění a pátá seznamuje s různými možnostmi léčby. Poslední kapitola je věnována prevenci.

V praktické části chci pomocí kvalitativního výzkumu hledat odpovědi na otázky, jaké jsou příčiny poruch příjmu potravy u vybraných respondentů, jak ovlivnily život nemocných lidí, a to nejen v kontextu zdraví, ale i sociálních vazeb. Chci upozornit na dopady na společenský, partnerský, rodinný nebo profesní život nemocných.

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Nic nechutná tak skvěle jako pocit hubenosti.“ (Kate Moss)

Mezi nejčastěji popisované syndromy poruch příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. V literatuře jsou uváděny další atypické a nespecifické poruchy jako je ortorexie, drunkorexie, bigorexie a další. Ty však ještě nejsou v odborné klasifikaci zařazeny.

Podle Faltuse, sahá historie projevů porušeného příjmu potravy až do starověku. Až v posledním století se však utvářela podoba této diagnostické jednotky a definice jejich psychologických, somatických a sociálních následků.¹

Všechny tyto poruchy začínají zcela nenápadně. Například ve chvíli, kdy se dospívající dívka začíná měnit v ženu, kdy je modelka vystavena velké konkurenci, když si žena najde svůj ideál v časopise, maminka se nemůže po porodu zbavit kil navíc nebo také po těžkém životním období nebo citovém strádání. Nemocnému se daří dlouhou dobu svůj problém skrývat, v případě nadváhy může být na začátku svým okolím dokonce chválen za dobré výsledky hubnutí. Laik často z reakcí člověka s poruchou příjmu potravy nepozná, že má problém. Špatné stravovací návyky nemusí samozřejmě hned znamenat poruchu příjmu potravy, ale mohou k ní člověka přivést.

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou onemocněním s velmi různorodým průběhem, délkou trvání a vyústěním. Pokud dospěje nemoc až do chronického stádia, přináší postiženým a jejich příbuzným dlouhodobé utrpení. Narůstají vážné zdravotní komplikace, které si vyžadují vysoce profesionální interdisciplinární spolupráci. To je spojeno i s vysokými ekonomickými náklady na léčbu. Včasnou léčbu často ztěžují sami pacienti a jejich rodiny utajováním důležitých informací a odmítáním z nedostatku motivace ke změně a ze strachu ze stigmatizace. Dlouhodobě neúčinná léčba, předčasná invalidizace bez hospitalizace na specializovaném pracovišti nebo dlouhodobé odmítání léčby zvyšují riziko zdravotních komplikací, chronického průběhu s opakovanými relapsy a sociální izolace nemocných.²

PPP jsou si i přes zdánlivou odlišnost hubených anorektiček velmi podobné. Všechny spojuje nespokojenost se sebou, která je vyjádřena především přes nespokojenost s vlastním tělem. Nemocní mají strach z tloušťky a svému vzhledu a tělesné hmotnosti věnují

¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 23 - 24

² PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 397

nadměrnou pozornost. Neustále se zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Přestávají se zajímat o okolí a o všechno, co se bezprostředně netýká jídla. Stávají se z nich egocentrici, bývají vztahovační, mají konflikty se svým okolím a ubývá jim společenských kontaktů. Dostávají se pak při zacházení s jídlem a vlastním tělem do extrémů, které je ohrožují zdravotně a později i na životě.³

Pokud se jedná o vymezení hlavního rozdílu mezi mentální anorexií a mentální bulimií, tak ten je v rozdílném zacházení s jídlem. Nemocní s mentální anorexií nejsou schopni přijímat jídlo a mohou se dostat až do stádia, kdy jim stačí sníst jeden jogurt nebo kousek zeleniny denně. To potom vede ke značným váhovým úbytkům, ke kterým se přidávají závažné zdravotní problémy. Pacienti s mentální bulimií se snaží držet různé diety, snižovat množství jídla, ale stravují se velmi chaoticky. V určitém okamžiku potom nevydrží hladovění a přejí se. Při tomto záchvatu dokážou zkonsumovat obrovské množství jídla, což kompenzují zvracením nebo zneužíváním diuretik či projímadel.

Rozdíl lze nalézt i v emocionálním prožívání. Dá se říci, že nemocní s mentální anorexií se jeví jako méně schopní vyjadřovat emocionální prožitky. Vztah k jídlu udržují často na rovině strachu a výčitek, oproti pacientům s bulimií, kteří jídlo a jeho konzumaci považují právě za zdroj intenzivních emocí. Naproti tomu lze říci, že anorexie častěji poskytuje prožitky pozitivních emocí ve smyslu radosti z hubnutí a hrdosti na svou vůli. Bulimie naopak výrazně častěji způsobuje stud, osamělost, zoufalství, bezmoc i nenávisť k sobě.⁴

PPP bývají často přirovnávány k závislostem jako narkomanie, alkoholismus nebo gamblerství. Nemocní totiž i reagují podobně jako lidé, kteří mají problémy s alkoholem, drogami nebo automaty. Cítí se dobře ve společnosti osob s podobnými problémy, odsouvají řešení, nechtějí vidět věci, které se jim nehodí.⁵

Alkoholu, drogám nebo hracím automatům se můžeme vyhnout, k životu je nepotřebujeme. Jídlo ano, a pokud se mu snažíme vyhýbat, tak tělu po určité době začnou chybět nezbytné látky. A úplné hladovění samozřejmě končí smrtí.

³ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 21, s. 50

⁴ PSYCHOLOGIE DNES, Sládková, I., *Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných*, 2005, s. 24 - 25

⁵ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 22

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění charakterizované zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Lidé s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. Někteří nemocní mají zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí (nakupují, vaří pro celou rodinu, hromadí jídlo v tajných skrýších, sbírají recepty).⁶

Kromě základního typu mentální anorexie (nebulimický, restriktivní typ) uvádí Vašina také formu mentální anorexie s bulimickými ataky (bulimický, purgativní typ). Nemocní trpí občasnými záchvaty přejídání až ke zvracení. Tato forma mentální anorexie je ještě závažnější, protože záchvaty přejídání vnímají tito lidé jako selhání, prožívají vinu a hlubokou depresi. To vše může vést k sebevražedným pokusům nebo sebepoškozování.⁷

První příznaky mentální anorexie se zpravidla objevují v období mezi třináctým až šestnáctým rokem, kdy jim předchází období nárůstu tělesné hmotnosti, které je spojené s dospíváním, změnou životního stylu nebo různými dietami. Bohužel se v posledních letech věk nemocných stále snižuje, nebo naopak narůstá počet žen středního věku trpících tímto onemocněním. Rozšíření mentální anorexie v České republice je podobné jako v zemích západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 - 0,8 %). Podle posledních studií trpěly anorexií někdy v životě až 4,5 % žen. Určité příznaky mentální anorexie se mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty.⁸

Diagnostická kritéria mentální anorexie můžeme shrnout do tří základních znaků:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné hmotnosti),
- strach z tloušťky, který přetrvává i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost, zkreslené představy o vlastním těle,
- u žen dochází k poruchám menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky, u mužů ztráta sexuálního zájmu.⁹

⁶ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 25

⁷ VAŠINA, L., *Základy psychopatologie a klinické psychologie*, 2010, s. 162

⁸ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 56

⁹ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 25

Jak jsem již uvedla, lidé s mentální anorexií mají strach z tloušťky, který ale často popírají nebo ho zaměňují za snahu jíst zdravě. Někteří mají zpočátku opravdu dobré důvody stravovat se racionálně nebo držet určitý typ diety (v případě obezity nebo některých nemocí jako je mononukleóza, žloutenka apod.). Bohužel se nadměrná kontrola stravování a držení různých redukčních diet postupně stávají samozřejmostí a přinášejí jim uspokojení, zvláště když vedou k velkým váhovým úbytkům.¹⁰

Nebezpečné příznaky anorexie nechtějí vidět, podceňují je a myslí si, že okolí, rodiče a dokonce i lékaři přehánějí. Jsou přesvědčeni, že když to bude nutné, dokážou svoje problémy zvládnout.

Pocit uspokojení z nadměrného cvičení, vyhublosti i sebekontroly v jídle nemocní cítí i ve chvíli, kdy jsou již vážně ohroženi podvýživou. O tom, že by měli začít jíst a přibrat, nechtějí ani slyšet. Sama jsem se setkala s dívkami, které se sice chtěly vyléčit, ale vždy tam byly dvě základní podmínky – hlavně moc nepřibrat a nemuset zásadně měnit své stravovací návyky. Představa, že by přibraly jediné deko, je dokáže rozhodit více než pomyšlení na smrt.

Nemocní jsou mistři v podvádění, ignorují varování svého těla a snaží se celé okolí přesvědčit, že jsou v pohodě. Všechny sebedestruktivní kroky provádějí tajně. Tajně cvičí do úmoru (často i v noci), tajně vyhazují jídlo do odpadků a svoje zhoršující se zdraví maskují přehnanou aktivitou. Jejich svět se zúžil na jedinou myšlenku – být hubená/hubený. Toto jejich přání nebo touha se nakonec stává úplnou posedlostí. V řeči nemocných mentální anorexií být hubená/hubený znamená „vypadat perfektně, být konečně se sebou spokojený/spokojená, něčeho dosáhnout, být šťastnější, líbit se druhým.“

Krch však zdůrazňuje, že mentální anorexie může i přes opakovanou léčbu u některých nemocných trvat mnoho let nebo i celý život, a ten je potom ovlivněn těžkým strádáním. I když během pobytu v nemocnici nebo při ambulantní léčbě přiberou a začnou i více jíst, znovu se časem vrací ke svým anorektickým jídelním návykům, pohybovým zvyklostem a samozřejmě i k nízké tělesné váze. Přizpůsobují se tomuto životnímu stylu a mentální anorexie se pro ně vlastně stává způsobem existence. Zvykají si na svoji hubenost, na velmi omezený příjem jídla, zvykají si na svoji přecitlivělost, že jejich myšlení a veškeré

¹⁰ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 25 - 26

prožívání se točí kolem jídla, zvykají si i na svoji samotu a samotářské návyky i na svého terapeuta a časté pobyty v nemocnici.¹¹

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je závažná porucha příjmu potravy, při které u nemocných dochází k opakujícím se záchvatům přejídání. Velké množství jídla je zkonsumováno v krátkém časovém úseku a obava z nárůstu tělesné hmotnosti vede k vyvolávání zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, hladovkám nebo nadměrnému cvičení.

Specifickými typy mentální bulimie jsou purgativní typ (s pravidelným zvracením, nadměrným užíváním laxativ a diuretik) a nepurgativní typ (kdy jsou v popředí hladovky, diety a intenzivní cvičení).¹²

První příznaky mentální bulimie se začínají objevovat v období mezi patnáctým až dvacátým pátým rokem. To znamená, že na rozdíl od mentální anorexie, tento typ onemocnění postihuje starší dívky. Vzhledem k tomu, že mentální bulimie úzce souvisí s mentální anorexií, velký počet nemocných bulimií trpěl v minulosti i mentální anorexií. Bohužel v posledních letech přibývá počet žen, které uvádějí počátek nemoci až v dospělém věku, kdy je toto onemocnění spojeno i s většími zdravotními a psychickými obtížemi.

Rozšíření mentální bulimie v České republice je srovnatelné s počty nemocných v zemích západní Evropy. Podle různých studií se odhaduje, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá žena.¹³

Tři základní znaky pro určení diagnózy mentální bulimie:

- záchvaty přejídání se opakují. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody,
- nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, která zahrnuje zvracení, zneužívání projímadel, hladovky, nadměrné cvičení,
- nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost, od čehož se potom odvíjí i sebehodnocení.¹⁴

Pozadí všech PPP je do určité míry podobné. Lidé se přehnaně zabývají svým tělem, tím co snědli nebo nesnědli, mají panickou hrůzu z tloustnutí. Nemocní s mentální anorexií

¹¹ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 256

¹² COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 73

¹³ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 42 - 43

¹⁴ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s.73

odmítají jídlo a velké váhové úbytky a zdravotní problémy s tím spojené, jsou brzy velmi zřetelné. Lidé s mentální bulimií takto viditelné příznaky nemají. Vzhledem k tomu, že většina z nich má tělesnou hmotnost v rozmezí normálních hodnot, není na nich nic nápadného. Navíc lidé s tímto onemocněním dokážou vynaložit neuvěřitelné množství energie na skrývání příznaků nemoci. Svě problémy s přejídáním a zvracením úspěšně tají a toto tajemství se jim daří udržet i mnoho let.

Mentální bulimie je ale velmi úmorným a vyčerpávajícím onemocněním. To, co se zpočátku zdálo jako úžasný nápad, najíst se a následně vyzvracet (podle nemocných jíst cokoli a nepřibírat), se stává neřešitelným problémem.

Záchvaty přejídání u lidí s mentální bulimií jsou tak zoufalou touhou po jídle, že je úplně přemáhá. V tomto zoufalství se pak chovají zcela jinak než obvykle, způsobem, který je cizí jejich povaze. Dokážou sníst jídlo celé rodině nebo je berou přátelům, kradou v obchodech, dokonce i vybírají odpadky.¹⁵

Při záchvatech přejídání jí většinou nezdravá, kaloricky hodnotná jídla, která si v běžném stravování zakazují. Záchvat přejídání může způsobit cokoli: porušení diety, přemýšlení o jídle, špatná nálada, deprese, strach nebo zjištění, že váha je už vyšší než nemocný předpokládal, takže je to stejně jedno. Po přejedení a následném zvracení se sice dostaví úleva, ale na velmi krátkou dobu. Potom většinou pocítují zahanbení, vinu a znechucení z toho, že se zase nedokázali ovládnout. Jenomže neustálé zvracení povzbuzuje další přejídání, takže se nemocní ocitají v kolotoči diet, cvičení, přejídání a zvracení.

Nemocní se cítí vedle ostatních lidí méněcenní, často mívají deprese a dochází u nich ke kolísání nálad. Jejich život zcela ovládají myšlenky na jídlo, strach o hmotnost a postavu. Kromě zdravotních problémů jsou vážně poznamenány i jejich osobní a pracovní vztahy. Lidé s mentální bulimií mívají často sklony i k jinému návykovému chování (alkohol, drogy), bývají uváděny i pokusy o sebevraždu nebo sebepoškození.¹⁶

1.3 Záchvatovité přejídání

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří kromě mentální anorexie a mentální bulimie také záchvatovité přejídání. Nemoc postihuje jak ženy, tak muže, a to v jakémkoliv věku. Příčinou bývá nevyvážené stravování, které také může být způsobeno různými

¹⁵ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 22

¹⁶ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 23 - 26

redukčními dietami. Téměř všechny nejintenzivnější pocity nemocných - strach, pocit viny, očekávání, potěšení, souvisejí s jídlem.

Záchvatovitým přejídáním trpí lidé, kteří konzumují velké množství potravin, i když nemají hlad. Jídla se nesnaží zbavit jako nemocní trpící bulimií. Záchvaty přejídání se mohou střídát s omezováním se v jídle až hladověním. Stav nutkavého přejídání se opakuje s navyklou pravidelností po určitou dobu a s určitou frekvencí (nejméně dvakrát týdně).¹⁷

Jakmile člověk začne jíst, nedokáže přestat dříve, dokud nekonzumuje určitý objem potravin, přestože již nepocituje hlad. Nemocní nemívají z jídla žádné zvláštní potěšení a po záchvatu se dostávají nepříjemné pocity z přejezení, ale ke zvracení většinou nedochází. Lidé se cítí provinile a zahanbeně. Zahanbenost souvisí s neschopností najít uspokojení jinde a provinile se cítí kvůli přibírání na váze.

Záchvatovité přejídání je spojené se závažnými zdravotními následky:

- častá je nadváha či obezita,
- u nemocných se může rozvinout cukrovka,
- mívají problémy se srdcem, cévami nebo krevním tlakem,
- trápí je problémy s pohyblivostí a kloubním aparátem,
- deprese,
- tato porucha může přejít do mentální anorexie nebo bulimie.

Pokud jde o léčbu záchvatovitého přejídání, částečně se podobá léčbě mentální bulimie, ale terapie se soustředí především na epizody záchvatovitého přejídání. Zaměřuje se na odstranění stavů úzkosti, pocitů osamění, deprese a také na zvládnání stresu. Protože při této poruše často dochází ke zvyšování tělesné hmotnosti, je také důležitá změna stravovacích návyků.¹⁸

1.4 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy

Existují další formy poruch, které souvisejí s příjmem potravy. Ortorexie, bigorexie a drunkorexie jsou relativně novými typy poruch a ve světě zatím nejsou uznávány jako oficiální diagnózy. Jedná se spíše o pojmenování určitého druhu chování, kdy se člověk

¹⁷ <http://www.liniebox.cz/clanky/zachvatovite-prejidani/>

¹⁸ <http://www.liniebox.cz/clanky/zachvatovite-prejidani/>

přehnaně zabývá zdravou stravou, postavou nebo zdravím. Ve své extrémní podobě jsou stejně nebezpečné jako mentální anorexie, bulimie nebo záchvatovité přejídání.

Ortorexie

Ortorexie je porucha, kterou můžeme definovat jako nadměrnou až patologickou posedlost správným stravováním a biologicky čistou stravou. Na rozdíl od mentální anorexie, kde hlavní příznak nemoci spočívá v kvantitě přijímané stravy, u ortorexie je kladen důraz na kvalitu. Nejde o snahu zhubnout, ale o dosažení ideálního složení stravy a konzumaci nezávadných potravin. Jde o cíl dovedený do extrému, protože člověk nežije prakticky ničím jiným.

Poprvé toto onemocnění popsal v roce 1997 Dr. Steve Bratman, který později na toto téma vydal knihu s názvem Health Food Junkies (Narkomani zdravého jídla).

Ortorexie může začít zcela nenápadně. Nejdříve chce člověk udělat něco pro své zdraví, orientuje se na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami, hledá informace, jak se takové potraviny vyrábějí. Později se z toho stává posedlost. Nemocný začíná mít strach z „nezdravého“ jídla. Potraviny podrobuje stále většímu zkoumání a postupně přestává důvěřovat tomu, že jsou dostatečně zdravé. Nemocní jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, geneticky upravovaných potravin, orientují se výhradně na bio-výrobky ze specializovaných obchodů. Seznam „povolených potravin“ se časem stále zmenšuje, protože ani bio-výrobky nemusí být pro nemocného „bezpečné,“ záleží na tom, kdo je vyrobil, jestli byly dodrženy všechny bio-postupy, zda potraviny nekontaminoval znečištěný vzduch atd.¹⁹

Jídelníček lidí trpících ortorexií se zužuje na minimum a pokud sní něco „zakázaného“, cítí se velmi provinile. Podobně jako u mentální anorexie musí na jídlo velmi často myslet, trpí úzkostí a depresemi. Začínají zanedbávat svoji práci, koníčky, přátele, rodinu, jenom aby nemuseli porušit své stravovací zásady. To vše vede k pocitu osamění a skutečné izolaci.²⁰

Při léčbě je důležité zaměřit se nejen na nácvik správného stravování, ale také na psychoterapii.

¹⁹ DIETA, Maříková, P., *Závislost na zdraví*, 2006, s. 46 - 47

²⁰ http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251

Bigorexie

Bigorexie je porucha, která je úzce spjatá s narušeným vnímáním vlastního těla - ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem (také nazývána „Adonisův komplex“).

Týká se především mužů nebo žen sportovkyň. Lidé s touto poruchou si připadají drobní a nedostatečně vyvinutí a velmi se tím trápí. Z těchto důvodů tráví mnoho hodin denně v posilovnách, stravují se nevyváženě, užívají doplňky stravy a často bohužel i anabolické steroidy.

Za účelem tvorby svaloviny konzumují velké množství jídla a trpívají nadváhou. Zvýšená svalovina potom přetěžuje jejich kosti a klouby, navíc při nadměrném posilování dochází k poškození pohybového aparátu. Vlivem nadbytečného příjmu energie a bílkovin může dojít k narušení funkce ledvin, jater i zažívacího systému.²¹

Zpočátku závislost na cvičení přináší nemocným pocit kontroly nad vlastním tělem i nad vlastním životem, lichotí jim obdiv okolí. Stejně jako u jiných závislostí musí později stále zvyšovat své tréninkové dávky a cvičení podřizují celý svůj režim. Při nedodržení svých plánů se u nich objevují deprese nebo úzkost. Do psychických problémů se mohou dostat i z finančních důvodů, protože částky za doplňky stravy, léky, fitcentra a oblečení bývají vysoké. Dochází i k narušení sociálních vazeb, bigorektici ztrácejí společná témata s ostatními lidmi, mohou opustit i zaměstnání.

V případě léčby se užívá především kognitivně-behaviorální terapie.²²

Drunkorexie

Drunkorexie je porucha, při které lidé záměrně snižují množství přijímané potravy, aby si mohli dovolit pít více alkoholu. Vychází přitom z faktu, že alkohol obsahuje velké množství kalorií, to znamená, že zde opět hraje důležitou roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Lidé drží celodenní půst a ten potom kompenzují nadměrným příjmem alkoholu, často v kombinaci s energetickými nápoji.

Touto poruchou trpí zejména mladé dívky, i když ani chlapci a muži vůči ní nejsou imunní. U dospívajících je to ale zvláště nebezpečné, protože alkohol jim může trvale poškodit organizmus.

²¹ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>

²² <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>

Alkohol se do prázdného žaludku vstřebává mnohem rychleji a jeho účinek je silnější. Velmi nebezpečné je také míchání alkoholu s energetickými nápoji, protože dochází ke zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti a snížení schopnosti vnímat únavu. Lidé jsou tak ohroženi kolapsem a náhlým úmrtím.

Pokud se jedná o psychickou stránku, tak lidé s touto poruchou mají podobné příznaky jako je to u ostatních PPP. Zažívají pocity úzkosti, deprese, ať již z důvodu opilosti, hladu nebo naopak z množství snědeného jídla, kterým se pak dojírají.

Zvýšená konzumace alkoholu nebo pocity hladu mají za následek časté střídání nálad, podrážděnost či nervozitu. To vše může vést k narušení sociálních kontaktů a k odcizení, osamělosti a izolaci.²³

²³ http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251#xzz1mSbdBsN3

2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pochopit příčiny jakékoliv nemoci, ať už fyzické nebo psychické, je velmi komplikovaný proces, protože tyto příčiny bývají málokdy prosté. Každý člověk je jiný, jedinečný, to znamená, že i příčiny vzniku PPP budou u každého nemocného odlišné. A jiné budou i způsoby nápravy, tedy terapeutické přístupy k léčbě.

PPP se sice neobjevily ve společnosti ze dne na den, ale jejich závažnější nárůst sledujeme až v posledních desetiletích. V průběhu historie přišli odborníci s mnoha teoriemi, hypotézami i studii o možných příčinách vzniku PPP. Ale hledání jednoduché a jednoznačné příčiny je často zavádějící.

Krch: „*Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a v neposlední řadě i biologických a genetických faktorů. Žádný z těchto faktorů neexistuje izolovaně a k pochopení etiologie PPP je třeba se snažit porozumět komplexní interakci rozhodujících vlivů, bez zavádějícího vymezování priority.*“²⁴

- **Biologické faktory** zahrnují doposud neznámou genetickou vložku pro hormonální nerovnováhu, období puberty i ženské pohlaví.
- **Psychologické a emocionální faktory** uvádějí neschopnost dívek identifikovat se s ženskou rolí, s dospělostí a zároveň jejich odpor vůči autoritě rodičů a také další psychická traumata, se kterými se nemocní nedokážou vyrovnat.
- **Sociální faktory** se týkají toho, jak je na jedné straně ve společnosti špatně přijímána a hodnocena obezita a na druhé straně jsou uměle vytvářeny ideály krásy modelingovým a reklamním světem.

Odborníci, kteří se zabývají léčbou a terapií PPP, upozorňují na závažnost těchto onemocnění, a to především z toho důvodu, že je velmi těžké zjistit pravou, hlavní příčinu vzniku nebo okamžik počátku těchto chorob.²⁵

²⁴ KRCH, F. D., *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*, 1999, s. 79

²⁵ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>

2.1 Biologické a genetické faktory

Ženské pohlaví

Ženy onemocní PPP častěji než muži a tato klinická zkušenost je podpořena i mnoha výzkumy. Ženské pohlaví je tedy jedním z významných rizikových faktorů pro rozvoj mentální anorexie a bulimie.

Podle Krcha: „*Stačí být ženou a riziko vzniku poruch příjmu potravy je mnohonásobně vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla.*“²⁶

Samotné ženy vnímají svůj vzhled jako významně důležitější hodnotu než muži, i když zároveň oproti mužům mají v průměru nižší sebehodnocení, pokud jde o vzhled. Ženy si samy vytvářejí aktuální a ideální schéma svého těla. Srovnání skutečného a vysněného schématu vede zákonitě k tomu, že většina žen je se svým tělem nespokojena. Pokud ženy nejsou spokojeny se svou postavou, chtějí zhubnout, pokud nejsou spokojeni muži, většinou chtějí přibrat a získat svaly.

Muži, kteří se léčí pro PPP jsou stále ještě výjimkou a odborníci si u nich kladou otázku, proč právě oni přicházejí s „ženskou nemocí.“ Některé výzkumy se například pokusily zjistit, zda existuje souvislost mezi PPP u mužů a jejich sexuální orientací a identitou. K dispozici je však malé množství údajů, takže se zatím jedná spíše o spekulace. Přesto PPP onemocní 27 % mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Proto je možné, že jsou ve své homosexuální subkultuře vystaveni stejnému tlaku být krásní a štíhlí jako ženy ve většinové společnosti. Odborníci tedy doporučují brát u mužských pacientů s anorexií a bulimií v úvahu i tuto možnost spojení s poruchou pohlavní identity.²⁷

Tělesná hmotnost

Pokud člověk přibývá na váze, často u něj vzrůstá nespokojenost s vlastním tělem. Týká se to opět zejména dívek a žen, protože ženy všech věkových skupin a ras mají tendenci tloustnout více než muži. Ženy a dívky potom často hazardují s nejrůznějšími redukčními dietami, hladovkami, a tím se vystavují nebezpečí propuknutí PPP. Ohrožené jsou hlavně dospívající dívky, protože právě během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco

²⁶ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 44

²⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 17

chlapci spíše na svalové hmotě. Neustálé kolísání váhy je pro tělo stejným zdravotním problémem jako obezita.²⁸

Puberta

Puberta a dospívání je zvlášť rizikové období pro vznik PPP. Dospívající je sociálně vnímavější, a proto víc zranitelnější, jeho sebevědomí je labilnější. Hormonální změny jsou často doprovázeny negativními emocemi.

Málková a Krch uvádějí, že: *„Pro dospívající dívky mohou být ohrožující i nápadné změny jejich těla, se kterými si nevědí rady. Během poměrně krátké doby se změni jejich proporce, stanou se předmětem různých, někdy vulgárních nebo pro ně nepochopitelných narážek. Často začnou toužit po návratu do bezpečí dětství a klukovském těle, které nevzbuzuje pozornost. Nejsou to jenom dívky, které touží dosáhnout (i za cenu tělesného strádání) módního ideálu krásy. I chlapecký ideál svalnatého monstra v sobě skrývá určitá nebezpečí. Jen k jeho dosažení nejsou zapotřebí diety a hladovění. Významnou roli přirozeně hraje nově a s úzkostí pocíťovaná sexuální potřeba a s ní spojený problém osobní přitažlivosti a atraktivity. V této nové perspektivě se mění pohled na sebe, své tělo a okolní svět.“*²⁹

Za rozvinutím PPP v období dospívání lze najít celou řadu dalších faktorů, protože toto životní období je spojeno nejenom s fyzickými, ale se zásadními sociálními změnami. Ty mohou představovat významný stres a přinášet nejistotu.

Největší roli v dospívání hraje konformita s postoji vrstevníků. Dospívající se snadno ztotožní s určitou skupinou (sportovní oddíl, parta, spolužáci) a bere její postoje a hodnoty doslova. Každý případný nesouhlas potom vnímá velmi bolestivě, což se může projevit ve změně jídelních zvyklostí.³⁰

Další příčinou vzniku PPP může být potřeba něco si dokazovat, ať již z důvodu pocitu méněcennosti či touhy po dokonalosti a výjimečnosti.

Dospívající touží po lásce, lítosti, pohlazení nebo pozornosti, které se mu, především od rodičů, nemusí dostávat. Dalším faktorem, přispívajícím k rozvoji PPP, je tedy frustrace z nenaplnění některé z důležitých potřeb.

²⁸ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 44 - 45

²⁹ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, 2001, s. 80

³⁰ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s.44 - 47

Může to být i strach z dospívání, z odchodu od rodiny. Dospívající bývají silně fixováni na rodiče, touží se osamostatnit, ale z nějakého důvodu jim to nejde. U některých jedinců to může snadno vést k narušení normálních jídelních zvyklostí nebo rozvoji PPP.³¹

Biologicky podmíněná teorie vzniku mentální anorexie

Někteří autoři uvádějí, že základem mentální anorexie může být porucha hypothalamu neznámé etiologie. Ale i zde panuje mezi odborníky nejednotnost v názorech, jestli jde v důsledku hladovění a snižování tělesné hmotnosti o porušení primárních nebo sekundárních hypothalamických funkcí. Podobné je to i u mentální bulimie. Závěry mezinárodní konference o PPP v Praze v roce 2003 zdůrazňovaly i možnou mozkovou poruchu jako jednu z hlavních příčin vzniku psychogenního onemocnění příjmu potravy.³²

2.2 Psychické a emocionální faktory

Životní události

Obtížné životní období bývá častou příčinou vzniku různých somatických i psychických onemocnění.

Krch uvádí, že: „*Až dvě třetiny dívek s PPP dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí.*“³³

V souvislosti s PPP takovou zátěží může být stres, ponížení, osamělost, šikana, úmrtí blízké osoby, partnerské či jiné rodinné problémy.

Nemocní nejčastěji uvádějí různé osobní nebo rodinné problémy a narážky týkající se vzhledu. Mnohdy je ale velmi obtížné posoudit, nakolik jsou tyto životní události významnou příčinou nebo důsledkem poruchy, případně jakou další roli hrají v životě nemocného.³⁴

Rodinné faktory

Rodina je považována za zprostředkovatele kulturních hodnot, který má podíl na utváření očekávání a sebehodnocení.

Krch: „*Z hlediska vzniku PPP je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových*

³¹ PSYCHOLOGIE DNES, Sládková, I., *Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných*, 2005, s. 24 - 25

³² <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10>

³³ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 49

³⁴ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 49

návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů.“³⁵

Rodina tedy může dát základ pozdějším projevům PPP a rodiče se mohou podepsat na negativním vnímání tělesných rozměrů svých dětí. V této souvislosti je důležitý především přímý a nepřímý vliv matky, její postoje k vlastnímu tělu, obava z nadváhy u sebe nebo dětí. Také tím, že neustále kontroluje svoji hmotnost a drží různé diety, může u dětí ovlivnit utváření jejich postojů k jídlu.³⁶

Často se rovněž uvádí, že matky pacientů s PPP bývají perfekcionistické, mají na děti vysoké nároky, málo projevují city, málo děti oceňují a chválí. V odborné literatuře se uvádějí jako další rizikové faktory například kritický komentář v rodině, který se týká obecně jídla, tělesného vzhledu a váhy nebo obezita v rodině.³⁷

Výzkumy také prokázaly, že PPP mohou předcházet i vleklé rodinné problémy. Pacienti s mentální anorexií a bulimií byli často vystaveni neadekvátnímu tlaku ze strany rodičů. Šlo především o jejich snahu dovést své děti k akademickým nebo sportovním výkonům bez ohledu na jejich schopnosti. Dalším problémem mohou být rozhovory o sexualitě dřív, než je na ně dítě připravené, nesoulad mezi rodiči nebo chronické onemocnění některého z nich, které závažně narušilo fungování rodiny. Nemocní také často uvádějí konflikty se sourozenci.³⁸

Osobnost a další psychické charakteristiky

Osobnostní charakteristiky nemocných s mentální anorexií a mentální bulimií bývají odlišné. Ale většina lidí ještě před propuknutím nemoci trpí pocity méněcennosti, nedostatkem sebedůvěry a má sníženou schopnost snášet psychickou zátěž.

Vašina uvádí, že: *„Lidé s diagnózou mentální bulimie jsou nejistí ve vztazích, mají nízké sebevědomí a často jsou závislí na autoritě (submisivní, konformní atd.). Problém pro ně znamená, že ve struktuře osobnosti jsou diagnostikovány takové povahové rysy, jako například impulzivita, rysy nezdrženlivosti, což je doprovázeno neschopností sebeovládání apod. Významnou hodnotou je právě sebekontrola, která se jim nedaří. Tím se mimo jiné liší od lidí s diagnózou mentální anorexie, kteří jsou vytrvalí, s výrazně projevovanou vůlí tam, kde to potřebují.“*

³⁵ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 63

³⁶ FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*, 2003, s. 226

³⁷ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 63

³⁸ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 41 - 42

Pacienti s mentální anorexií jsou podle Vašiny: „Zvýšeně sebekritičtí, ale kritiky ze strany druhých se obávají, protože tato kritika je silně znejišťuje, považují ji za nepřátelství, a proto mají snahu se této kritice vyhnout tím způsobem, že se více kontrolují a uzavírají před lidmi (oproti svým vrstevníkům). Bývají i tvrdohlaví, negativističtí, citově nezralí s některými infantilními projevy. Mohou trpět obsesemi nebo mají lehce histriónské nebo narcistické ladění ve struktuře osobnosti.“³⁹

Emocionální faktory

Nemocní PPP mívají často obavy z intenzity potlačených citů. Kvůli tomu se jim nedostává výrazných emočních a citových prožitků spojených s jídlem a životem vůbec. Někteří nemocní nejsou schopni od sebe různé pocity odlišit nebo mají extrémní výkyvy nálad.⁴⁰

Depresemi nebo pocity úzkosti trpí více než polovina pacientů s mentální anorexií nebo bulimií. Těžší a trvalejší formy deprese se objevují častěji u mentální bulimie. A právě tyto stavy deprese, pocity viny, neschopnosti bojovat s nemocí, vedou k častým sebevražedným pokusům. Riziko sebevraždy je u pacientů s PPP velmi vysoké i v poměru k jiným psychiatrickým diagnózám.⁴¹

Somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti

Ke vzniku PPP může dojít i při ztrátě hmotnosti, která je důsledkem fyzického onemocnění. Zhubnutí může vyvolat pochvalu ze strany okolí, a tím i pocit určitého úspěchu, uspokojení a společenského uznání. Tím se může zvyšovat touha po udržení tohoto stavu.⁴²

2.3 Sociální a kulturní faktory

Již od dětství podléhá člověk požadavkům a tlakům společnosti, se kterými se musí postupně vyrovnávat. Za nejrizikovější sociální vlivy, které mohou ovlivnit vznik PPP, považujeme:

Vliv médií

Není pochyb o tom, že média mají obrovský vliv. Televize, film, internet, časopisy, ale i módní průmysl rozšiřují názor, že nejenom obezita, ale i mírná nadváha, je zdraví škodlivá, a že štíhlost je zárukou fyzické přitažlivosti.

³⁹ VAŠINA, L., *Základy psychopatologie a klinické psychologie*, 2010, s. 164 - 165

⁴⁰ HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, 2003, s. 13

⁴¹ <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10>

⁴² COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání*, 1995, s. 56

Krch poukazuje na to, že: „Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována malá pozornost.“⁴³

Fotografie modelek, hereček nebo televizních osobností v časopisech nebo reklamách neustále připomínají, že být štíhlejší rovná se být lepší, což upevňuje hodnoty, které vedou ke zkreslenému způsobu vnímání jídla i sebe sama. Jak se může člověk těšit z toho, jaký je, když se všichni a všechno zaměřuje pouze na zevnějšek? Ze všech stran se na nás valí články o hubnutí a o tom, jak mít dokonalé tělo. Pak se ale nelze divit, že se mnoho, především mladých lidí, stane obětí mediálního tlaku, který propaguje nerealistické a nebezpečné ideální představy. Je ale ironií, že spousta těchto vyhublých modelek a hereček, které za svůj vzhled inkasují obrovské honoráře, často ve snaze udržet se na trhu, samy zápasí s PPP.⁴⁴

Pokud se jedná o vliv médií, je nutné zmínit také internet, s jehož rozšířením se otevřely nové možnosti komunikace. Na sociálních sítích si dívky předávají informace o různých drastických dietách, o svých zkušenostech s hubnutím. Píší pro-ana blogy, což je zkratka pro anorexie. Typickým obsahem těchto blogů jsou tipy a rady, jak utajit svůj problém, jak překonat hlad, jak se vyhnout pravidelnému jídlu. Dívky se navzájem podporují, a dokonce jsou na status anorektičky pyšné.

Na druhé straně je paradoxní, že i dobře míněná snaha médií může mít naprosto opačný účinek. Mám na mysli různé články v časopisech nebo pořady o PPP, které měly informovat a zároveň varovat před nebezpečím těchto chorob, měly být tedy prevencí. Podle vyjádření mnoha dívek na internetových stránkách jim tyto materiály o anorexii a bulimii poskytly naopak návod k tomu, jak hubnout.

Komerční reklama

Komerční reklamy posilují falešné představy, že člověk může získat všechno, co chce, a že je možné se snadno vyhnout některým negativním důsledkům. Podle nich je možné lehce, bezpečně a dlouhodobě zhubnout nebo si zvolit tělesné proporce stejně bez problémů jako například barvu vlasů. Modelky vystupující v těchto komerčních reklamách jsou stále

⁴³ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 54

⁴⁴ HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, 2003, s. 14

hubenější a stále větší pozornost je věnována různým dietním prostředkům a rádcům, kteří mnohdy uvádějí zcela nepravdivá, nesmyslná a dokonce i nebezpečná doporučení.⁴⁵

Reklamní kampaně na nejrůznější „light“ potraviny nebo na přípravky, které zaručují zeštíhlení problémových partií těla bez jakékoliv námahy, najdeme denně nejen v časopisech, televizi nebo na internetu. Nemůžeme se proto divit, že již malé holčičky se snaží napodobovat to, co vidí kolem sebe.

Módní ideál

Krch: *„Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak, měly jinou představu o jeho kráse. Nově vznikající ideální normy bývají nevšimavé ke zvláštěm různým lidí a k podmínkám, ve kterých žijí. Pod jejich sugestivním vlivem připomínají někteří lidé svým vzhledem sériové výrobky nebo karikatury. Ztrácejí svoji jedinečnost a autentičnost a orientují se na povrchní, vnější znaky nedostupného ideálu, který jim není šit na míru. vzdaluje se tak sobě a svým možnostem.“⁴⁶*

Módní ideál nepřímo ovlivňuje především snadno zranitelné dospívající, kteří pak vidí ve štíhlosti cestu ke kráse, společenskému uznání, a tedy i k úspěchu.

Dívky a ženy jsou nespokojené se svou postavou, protože nedosahují ideálu krásy, který jim společnost vnucuje. Často je to pouze virtuální ideál, který je normálním zdravým způsobem nedosažitelný, protože modelky jsou na fotografiích upravovány pomocí počítačové techniky. Nespokojené dívky potom drží nesmyslné diety, které jsou ale z komerčního hlediska výnosné. Proti těmto komerčním zájmům je těžké účinně bojovat.

Další riziko představuje neustále narůstající počet nejrůznějších soutěží krásy. Ty se soustředí nejenom na dospělé ženy, ale stále častěji jsou pořádány pro dospívající a dokonce pro úplně malé holčičky. Touha po slávě, úspěchu a penězích je obrovským lákadlem jak pro dívky samotné, tak pro jejich rodiče.⁴⁷

Diety

Krch uvádí, že: *„Většina studií zatím prokázala, že redukční diety významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie.“⁴⁸*

Strach z otylosti vede k tomu, že dospívající začínají přejímat často nezdravé dietní návyky dospělých, které mohou vyústit až do PPP. Nejenom dospívající dívky, ale i ženy

⁴⁵ KRCH, F. D., *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*, 1999, s. 59

⁴⁶ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha 2001*, s. 43

⁴⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 312 - 313

⁴⁸ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 58

jsou doslova posedlé zkoušením jakýchkoliv prostředků na hubnutí. Často vynechávají některá jídla, omezují jejich objem, jí pouze to, co je nízkokalorické. Jejich motivem je snaha zhubnou, vylepšit svůj vzhled. Nebezpečné je držení diet u stále mladších dívek, kde hladovění může vést až ke stavu podvýživy a celkovému opoždění procesu dospívání. Podle výzkumu mezi držením diet a PPP je téměř příčinná vazba.⁴⁹

Sociální diskriminace ne-štíhlých podle umělých ideálů

Jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je skandalizace obezity. Již malé děti popisují obézní jako líné, nešikovné a hloupé. Diskriminace pokračuje i ve škole nebo v zaměstnání. Na základních školách děti šikanují silnější spolužáky kvůli vzhledu. V televizních seriálech nebo filmech můžeme narazit na zlého nebo hloupého „tlouštíka.“

V předsudcích vůči obézním nezůstávají pozadu ani někteří lékaři a psychologové, kteří varování před možnými zdravotními a psychickými obtížemi úzce spojují s tělesnou hmotností lidí. Osoby s nadváhou posuzují jako závažněji nemocné, se kterými se obtížněji spolupracuje a také s menšími šancemi na uzdravení.

Toto nepřátelství vůči obézním a strach z tloušťky mohou pramenit z toho, že nadváhu máme spojenou s nedostatkem sebekontroly a pevné vůle, a protože jsou tendence přeceňovat zdravotní následky nadváhy. Tyto předsudky, které má člověk naučené často již v dětství, se mohou později stát zdrojem odporu vůči sobě u těch, kdo mají nadváhu. Také mohou vyvolat úzkost a nejistotu u každého, kdo začne na váze přibírat nebo se toho jenom obává.⁵⁰

⁴⁹ FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*, 2003, s. 227 - 229

⁵⁰ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, 2001, s. 88 - 89

3 PROJEVY A PRŮBĚH MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

PPP se většinou rozvíjejí pomalu a jako výsledek působení mnoha dalších vlivů a podmínek. Okolí o nich dlouho nemusí nic vědět, protože hranice běžné normy je velmi široká (mnoho lidí drží diety nebo se občas přejídá a nemusí tím překročit hranici nemoci) a nemocní jsou velmi vynalézaví v utajování svých problémů. Se svými obtížemi si většinou neví rady nebo se za ně stydí.⁵¹

3.1 Projevy mentální anorexie

„Děti jsme nijak nezanedbávali, ale dceřiny problémy s jídlem jsme asi zaspali. Neuvedomili jsme si, kam až mohou dceřiny diety zajít. Také jsme si mysleli, že je na něco takového příliš malá. Během několika měsíců dcera zhubla víc než deset kilo. Vypadá strašně, ale to nejhorší se asi děje v její hlavě. Na radu lékaře jíme společně. Pro všechny to je hrozná utrpení. Někdy mi dá velkou práci, abych nevybouchl. Dcera jí s hrozným odporem, v jídle se dlouho nimrá a téměř pokaždé si stěžuje, že dostala ze všech nejvíc. Když jí nabídnu, že si vyměníme talíř, tak se rozpláče. Je často smutná a podrážděná. Přestala chodit za kamarády. Jenom se učí nebo cvičí. Mysleli jsme, že jí to dokážeme vysvětlit, ale byly z toho vždy jen nekonečné diskuse, které končily tím, že jí nikdo nerozumí.“ (otec třináctileté anorektičky)⁵²

Jak jsem již uvedla, a potvrzuje to i tento příběh, je často velmi obtížné rozhodnout, kde končí dieta a kde již začíná mentální anorexie. Počátek PPP doprovází rozdílně dlouhé období, kdy mají nemocní pocit, že mohou s hubnutím kdykoliv přestat. Většinou si stanoví přesný cíl, kolik chtějí zhubnout a jsou přesvědčeni, že až tohoto cíle dosáhnou, budou spokojeni. Potom hubnutí nechají a vrátí se k normálnímu jídlu. Bohužel to tak většinou není. Cíle je sice dosaženo, ale stále to nestačí. A tak svůj ideál posunují.

Krch uvádí jako **hlavní příznaky mentální anorexie:**

- Nemocní mění jídelníček, přestávají jíst jídla, která považují za vydatná nebo nezdravá. Nejprve jsou to sladkosti, tučná jídla, později bílé pečivo, knedlíky, přílohy, až nakonec zbudou jenom dietní potraviny.
- Mění jídelní režim, nejí nic, co by mohlo být „navíc.“

⁵¹ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, 2001, s. 72 - 73

⁵² KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 33

- Změny v jídle důsledně dodržují a obhajují se stále větší rafinovaností. Najednou nemají na jídlo čas, chuť, vymlouvají se, s jídlem manipulují.
- Žvýkají žvýkačky, jídlo uždibují, kouří.
- Při jídle se srovnávají s ostatními, kolik kdo sní. Mění jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu, jídlo si dlouho prohlížejí, krájejí na miniaturní kousky, takže se potom opravdu nestihnou najíst.
- Mění se jim chuť, snadno se jim po jídle udělá špatně. Někdy hodně pijí, aby zapili hlad, jindy nepijí vůbec.
- Neradi jedí ve společnosti, reagují přecitlivěle, pokud je u jídla někdo sleduje. Při jídle vypadají napjatě, strnule a vyděšeně. Snadno se cítí přejedení.
- Narůstá jejich tělesná aktivita, mají potřebu stále něco dělat, cvičit, zpotit se. Dokážou cvičit nebo posilovat i několik hodin. Neumí se uvolnit. Zhoršuje se i jejich soustředění, s rostoucí podvýživou přichází únava, apatie a vyčerpanost.
- Stále se zaobírají svojí postavou, tělesnou hmotností, neustále se váží nebo se naopak váže ze strachu vyhýbají.
- Postupně se soustřeďují stále více na sebe, svoje jídlo, tělo a začínají se vyhýbat přátelům i rodině. Uzavírají se do sebe, jsou podráždění a přecitlivělí.
- Pokud jsou nuceny jíst, reagují odporem, hysterií, vyhrožují nebo emočně vydírají. Také se snaží s jídlem podvádět, aby uklidnili svoje okolí.⁵³

3.2 Projevy mentální bulimie

U lidí s mentální bulimií bývá velmi obtížné rozpoznat, že trpí tímto závažným onemocněním. Mívají obvykle normální hmotnost, někdy mohou mít i podváhu nebo naopak nadváhu, ale na první pohled nevypadají nemocně. Skrývají jak svůj strach z jídla, tak svou neschopnost přestat se přejídat.

Krch: „*V normálním životě je přejedení něčím, čemu není možné se zcela vyhnout. Každý se někdy trochu přejí. Co je však nenormální, jsou dobrovolné hladovky a navozené zvracení.*“⁵⁴

⁵³ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 29 - 30

⁵⁴ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 29

Hlavní příznaky mentální bulimie:

- Nemocní mění své jídelní chování. Jídlu a tělesné hmotnosti věnují nadměrnou pozornost.
- Stravují se sice v tajnosti, ale mizí velké zásoby jídla.
- Pokud nemají dostatek finančních prostředků, berou jídlo přátelům nebo dokonce kradou v obchodech.
- Vyhýbají se jedení na veřejnosti, nechťejí chodit do restaurací nebo tam, kde by nemohli zvracet.
- Nápadně často používají WC po jídle.
- Pravidelně zařazují půsty nebo různé očistné procedury, užívají tabletky na hubnutí.
- Často drží diety a provozují náročné fyzické aktivity.
- Projevuje se u nich neovladatelná chuť k jídlu, záchvaty přejídání, následné zvracení, zneužívání laxativ a diuretik.
- Mívají časté výkyvy v tělesné hmotnosti.
- Často trpí depresemi, vyhýbají se společnosti.⁵⁵

Anna Yamamotová zdůrazňuje, že: *„Problematika mentální anorexie a bulimie nespočívá pouze v patologickém postoji k příjmu potravy a z toho plynoucích život ohrožujících důsledků, ale má i svou méně viditelnou stránku. Podobně, jako přestává fungovat hlad jako biologický signál energetického ohrožení organismu, přestává fungovat i bolest, jako biologický signál fyzického poškození. Tyto dva základní atributy, důležité pro přežití organismu bez závažných následků, jsou součástí pudu sebezáchovy. Pro jeho uplatnění, musí být signály vysílané vlastním tělem správně vnímány a interpretovány. Není-li tomu tak, biologická existence jedince může být vážně ohrožena.“*⁵⁶

⁵⁵ Občanské sdružení Anabell, Stručně o mentální bulimii. Informační leták, 15. 8. 2010

⁵⁶ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 85

4 RIZIKA A KOMPLIKACE PŘI PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

PPP způsobují z důvodu nedostatku výživy četné zdravotní problémy, které mohou postihnout téměř všechny orgány. Kromě toho postupně narušují emoční, sociální, sexuální i profesionální život nemocných lidí. Tato onemocnění často přicházejí ve věku důležitém pro psychosociální vývoj člověka a jeho další život. Bohužel i na mentální anorexii a bulimii je možné zemřít, nejčastějšími příčinami jsou vyhublost a sebevražda.⁵⁷

4.1 Zdravotní komplikace

Mentální anorexie

Pacienti s mentální anorexií často zdůvodňují svoje nezdravé jídelní chování poukazováním na škodlivost přejídání nebo obezity. Neuvědomují si však, že to, co je pro ně mnohem nebezpečnější, jsou zdravotní následky diet a hladovění. V řadě případů je důsledkem anorexie těžká podvýživa, která nemocné přímo ohrožuje na životě.

Podle Krcha jsou hlavními zdravotními riziky a komplikacemi při mentální anorexií především:

- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení;
- suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, které jsou řídké, suché a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky, snadno se dělají modřiny;
- zvýšená kazivost zubů;
- zpomalení funkce střev – zácpa, nadýmání;
- chudokrevnost, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlávání. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny nemocných;
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi;
- únava a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a užívání projímadel;
- nespavost, poruchy spánku, přecitlivělost na světlo a zvuky;

⁵⁷ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, 2001, s. 72 - 73

- nepravidelná menstruace (normální menstruace závisí na udržení určitého podílu tuku v těle, který se pohybuje okolo 20 % tělesné hmotnosti ženy). Porucha menstruace může nějakou dobu přetrvávat i po návratu k normální tělesné hmotnosti;
- u žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex;
- nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin a důsledkem mohou být otoky;
- mezi nejzávažnější problémy patří kardiovaskulární komplikace, projevující se poruchami rytmu, které mohou způsobit i náhlou smrt;
- mohou se objevit i poruchy ledvin, slabý močový měchýř, častější potřeba močení;
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci;
- pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů;
- mohou se vyskytovat poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy;
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu.⁵⁸

Úmrtnost pacientů s mentální anorexií je jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění. Je 30x vyšší oproti zdravým ženám stejného věku. Vedle sebevraždy je nejčastější příčinou úmrtí srdeční arytmie a podvýživa.⁵⁹

Mentální bulimie

Bulimie s sebou přináší také celou řadu zdravotních komplikací. Ty jsou buď přímým důsledkem přejídání, anebo vznikají jako následek způsobů kompenzace přejídání. K nejběžnějším zdravotním problémům, které souvisejí s bulimií, patří:

- Problémy s kvalitou pleti, nehtů (lámavé, křehké) a vlasů (vypadávají, suché a lámavé);
- srdeční obtíže, nízký krevní tlak, zpomalený tep, bušení srdce, selhávání srdeční činnosti;

⁵⁸ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 44 - 45

⁵⁹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 170 - 178

- celková únava, bolesti svalů, nevolnost, vznik otoků;
- poruchy spánku.⁶⁰

Cooper uvádí další komplikace související s mentální bulimií:

- Celkové problémy se zažíváním včetně bolestí žaludku, plynatosti, zácpy a průjmu;
- nadměrným působením žaludečních šťáv se zvyšuje riziko vzniku zánětů a žaludečních vředů;
- menstruace může být nepravidelná nebo úplně přestane, potíže s otěhotněním nebo těhotenstvím;
- opakované zvracení způsobuje poškození zubů (zvýšená kazivost, odhalené krčky), krvácení z dásní, zápach z úst;
- zvracení vede také k zánětům a otokům slinných žláz;
- poškození jícnu při vyvolávání reflexu zvracení (krvácení, nebezpečí infekce, vznik vředů), oslabení svěrače jícnu, bolesti v krku;
- narušení rovnováhy tělesných tekutin a tělesných solí (nedostatek draslíku, hořčíku a sodíku);
- zneužívání projímadel způsobuje zácpu, zadržování vody, poškození střevní stěny, zvýšené nebezpečí návyku na projímadlech.⁶¹

„Jím tak dlouho, dokud už doslova nemůžu víc. Pak si pomohu prsty a zvracím. Asi půl hodiny potom piji vodu a zvracím, abych dostala ze žaludku všechno, co jsem snědla. Fyzicky se cítím strašně: jsem vyčerpaná, slabá, mám oteklé oči, točí se mi hlava a bolí mne v krku. Mám strach, protože si uvědomuji, že je to všechno nebezpečné.“(pacientka s mentální bulimií)⁶²

⁶⁰ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 35 - 36

⁶¹ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 45 - 49

⁶² COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 29

4.2 Psychické a sociální důsledky poruch příjmu potravy

„Mé problémy s jídlem ovládly celý můj život. Přátelské vztahy se narušily kvůli náhlým výkyvům mých nálad. Nemluvím s rodiči, protože oni nikdy nepochopili, čím procházím, přestože jsme si bývali velmi blízcí. Nedokážu se stýkat s lidmi.“(pacientka s mentální bulimií)⁶³

PPP jsou doprovázeny četnými psychickými a sociálními problémy. Nemocní postupně ztrácejí zájem o své okolí, dochází k omezení dřívějších zájmů a sociální izolaci. Bývají předráždění, vztahovační, trpí pocity úzkosti a neustále se s někým srovnávají. Mívají časté problémy ve studiu, zaměstnání i v rodině.⁶⁴

Psychické příznaky mentální anorexie

- Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Zpočátku bývají nemocní velmi aktivní a živí, s postupující vyhublostí, nebo naopak když jsou donuceni jíst, je jejich nálada pokleslá, depresivní a podrážděná.
- Namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků i malé problémy se zdají být neřešitelné. Na rostoucí tlak ke změně často reagují přecitlivěle a hystericky.⁶⁵
- Úzkost, smutek, nenávist k sobě samému (sebepoškozování, sebevražda).
- Nesoustředěnost, zhoršení paměti, neustále myšlenky na jídlo.
- Nepřekonatelný strach z růstu hmotnosti.⁶⁶

Sociální důsledky mentální anorexie

- Ztráta zájmu o okolí (nemocný člověk se vyhýbá společnosti), zájmu o sex a o vše, co se netýká jídla.
- Konflikty s rodiči, přáteli, okolím, vznětlivost, náladovost, plačtivost, vztahovačnost, nadměrná sebekritičnost, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a nesouhlasem okolí, neschopnost říkat „ne“, postupná sociální izolace.⁶⁷

Mentální anorexie tedy významným způsobem narušuje psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocných. Nedostatečný příjem jídla často spojený s nadměrným

⁶³ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 42

⁶⁴ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D., *SOS nadváha*, 2001. s. 75

⁶⁵ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 49 - 50

⁶⁶ Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii*. Informační leták, 15. 8. 2010

⁶⁷ Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii*. Informační leták, 15. 8. 2010

energetickým výdejem zasahuje do jejich každodenního života. Ztrácí se zájem o jiné věci, než je tělesný vzhled a jídlo, a tak se snižuje možnost odvést pozornost k jiným tématům a najít uspokojení v něčem jiném. Odmítání jídla a nápadná vyhublost nemocných vzbuzují u ostatních obavy a snahu jim pomoci, což bývá zdrojem častých nedorozumění a sociálních problémů. Rodina i okolí mívají strach o jejich zdraví a život. Proto jim často ustupují a jednají s nimi jako s dětmi. Rodiče o ně přehnaně pečují nebo je různým způsobem nutí do jídla. Vliv na společenský život nemocných mají rovněž jejich jídelní návyky a snaha vyhnout se jídlu. Vyhýbáním se jídlu se vyhýbají i společenským událostem, které jsou s jídlem spojeny.⁶⁸

Psychické příznaky mentální bulimie

- Po každé epizodě přejedení a následného zvracení se pocit vlastní neschopnosti a osamělosti stále prohlubuje.
- Pocity selhání bývají často doprovázeny depresí a úzkostí, psychická labilita, pocity izolace a celkové nejistoty, změny nálad, smutek, pocity viny a nenávisti sama sebe, nadměrná sebekritičnost, plačtivost, nízké sebevědomí.
- Myšlenky se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké.
- Vlastní hodnocení založené na hmotnosti, ohromný strach z růstu hmotnosti.⁶⁹

Sociální důsledky mentální bulimie

- Nejistota, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a nesouhlasem z okolí, neschopnost říkat „ne“, postupná sociální izolace.
- Ztráta zájmu o okolí, vyhýbání se společnosti, konflikty s rodiči a přáteli, vztahovačnost.⁷⁰
- Zhoršená kvalita života, špatná nálada, ale i strach z jídla mohou vést k nadměrnému užívání alkoholu a experimentům s drogami. Nedostatek prostředků a špatná komunikace s okolím v některých případech vedou k drobným podvodům a krádežím, které se stupňují.⁷¹

Osobní a společenský život lidí s mentální bulimií je vážně narušený. Svou nemoc většinou přísně tají, protože způsoby kompenzace přejídání, jako je zvracení a užívání

⁶⁸ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 47 - 49

⁶⁹ Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální bulimii*. Informační leták, 15. 8. 2010

⁷⁰ Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální bulimii*. Informační leták, 15. 8. 2010

⁷¹ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 40 - 41

projímadel, v nich obvykle vyvolávají pocity zahanbení a viny. Důsledkem tohoto zatajování je izolovanost.

Problémy nastávají i v rodinném životě, kdy partneři i děti jsou vystaveni rychlým změnám nálad nemocných a společenský život rodiny se odvíjí od průběhu poruchy partnera. Velkou starostí lidí s mentální bulimií je financování jejich jídelních návyků, které mohou být velmi nákladné.

Nemocní se snaží udržovat běžné společenské vztahy, pokud jsou spokojeni se svojí postavou a hmotností. Pokud mají pocit, že přibrali nebo se začnou přejídat, okamžitě se stáhnou ze společenského života. Společenský život se navíc velmi často odehrává kolem jídla. Přátelé se setkávají v restauracích, rodiny se scházejí u stolu při různých příležitostech. Všechny tyto situace znamenají pro nemocné obtíže, kterým se snaží vyhnout. Důsledkem je potom odříznutí od běžného života. Mentální bulimie je nemocí velmi osamělých lidí.⁷²

⁷² COOPER, P., Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit, 1995, s. 42 - 44

Tabulka 1: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný pokles nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60 - 100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10 - 30 %
Navozené zvracení	15 - 30 %	75 - 90 %
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátek obtíží	Věk 13 - 20, výjimečně později	Věk 14 - 30, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných ženy:muži	(10 - 15):1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy, 15 - 30 let)	0,5 - 0,8 %	2,5 - 6 %
Deprese	10 - 60 %	60 - 80 %
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Významné zlepšení	25 - 75 %	60 - 85 %
Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

Zdroj: KRCH, F. D., Bulimie: *Jak bojovat s přejídáním*, 2008, s. 23

5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba PPP může trvat rozdílně dlouhou dobu. Někdy stačí jednoduchá intervence, jindy bohužel probíhá celý život. Záleží na závažnosti onemocnění, jeho průběhu a schopnosti nemocného při léčbě spolupracovat. Je nutné si uvědomit, že úplné vyléčení spočívá nejen v normalizaci hmotnosti, ale i ve vztahu k sobě a okolí. Úplné vyléčení je udáváno asi ve 35 - 40 % případů, ale zde také záleží na tom, jak dlouho onemocnění před léčbou trvalo, na spolupráci pacienta i jeho rodiny a na podpoře okolí. Přesto v některých případech není léčba úspěšná a onemocnění může skončit i smrtí.⁷³

Zcela zásadní pro léčbu PPP je motivace nemocného, snaha chtít se léčit, a včasné vyhledání odborné pomoci, což často bývá ten největší problém. Pro nemocné je velmi obtížné si svoji nemoc přiznat, a tak obtíže dlouho skrývají nebo popírají a pomoc odmítají. Téměř vždy za nerozhodností či odmítáním léčby stojí strach z toho, že jakákoliv změna povede určitě k přibírání na váze a přejídání. Je to také způsobeno nedostatkem informací o tom, jak přesně taková léčba probíhá. Nemocní mívají pochybnosti, jestli to vůbec stojí za to léčbu podstupovat. Řada z nich se za své problémy stydí, vnímají je jako osobní selhání a bojí se o tom s kýmkoliv mluvit, tedy i s odborníkem. Často to bývají příbuzní – rodiče, partneři nebo i přátelé, kteří se jako první snaží vyhledat informace a kontaktovat lékaře.

Neexistuje pouze jediný postup v léčbě, který by zaručeně vedl k uzdravení. Pro nemocné je důležité mít představu o tom, jaké jsou možnosti, jaké existují druhy terapie a následně s pomocí odborníka vybrat tu nejúčinnější. Protože to, co je dobré pro jednoho, nemusí být dobré a přijatelné pro ostatní.

Samozřejmě, že nejlepší a nejbezpečnější způsob léčby je vyhledat odborníka, který se přímo zabývá léčbou PPP, což je bez aktivní spoluúčasti nemocného velmi obtížné. Někteří lidé s PPP se po určité době (bohužel někdy velmi dlouhé) dostanou do situace, kdy se léčit musí nebo i chtějí. Důvodem mohou být zdravotní nebo psychické důsledky PPP, zhoršení rodinných či partnerských vztahů nebo touha nemocného začít konečně žít normální život. V té chvíli je velmi důležitá pomoc a podpora okolí a posilování rozhodnutí.

Pro nemocné však může být strach z první návštěvy odborníka téměř nepřekonatelný. V těchto případech lze informace o možnostech odborné pomoci získat i na internetu, kde existují odborné programy (například www.anabell.cz, www.idealni.cz, www.asociaceppp.eu

⁷³ DIETA, Šimoňáková, J., *Příliš štíhlá pro život*, 2011, s. 29

a další). V diskusních fórech si lidé mohou přečíst nebo se i zeptat na zkušenosti ostatních s léčbou PPP.

Záměrně uvádím právě tyto tři internetové stránky, které mají odbornou garanci, protože v případě internetu je třeba být velmi opatrný. Kromě internetových stránek s odbornými informacemi, včetně podpůrných a preventivních programů, existuje bohužel celá řada takových, které naopak poskytují nebezpečné rady a návody. Na různých internetových chatech se nemocní s PPP navzájem podporují v hubnutí, hladovění, různých způsobech vyprazdňování a dalších zdraví ohrožujících praktikách.

Vzniká také svépomocná literatura, svépomocný manuál nebo průvodce. V nich lze nalézt konkrétní návody a postupy, které umožní aktivně s PPP bojovat. Nelze však spoléhat pouze na ně, ale je vhodné je kombinovat s konzultacemi u odborníka.

Další možnou pomocí je návštěva svépomocné skupiny. Ty existují v některých městech České republiky a nabízejí laickou pomoc s určitou odbornou garancí (spolupracují s odborníky). Tato forma léčby může být velmi užitečnou součástí odborného léčebného procesu jak z hlediska vzájemné emoční podpory, tak i stimulace k dodržování zdravých stravovacích návyků, práce na sobě nebo posilování sebevědomí. Pacienti se zde také mohou účastnit různých kurzů, seminářů nebo víkendových pobytů.⁷⁴

Všechny tyto uvedené možnosti jsou pouze prvními kroky na cestě k vyléčení nemocných s PPP. Ve většině případů je totiž nutná i spolupráce s odborníky, tedy psychology, psychiatry nebo psychoterapeuty. V případech těžké podvýživy u nemocných s mentální anorexií, kdy hrozí selhání životně důležitých orgánů, nebo u projevů chronické bulimie, je nezbytná hospitalizace.

5.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s PPP je nutnost stabilizace jejich zdravotního stavu. Nemocniční léčba je v těchto případech z lékařského hlediska nezbytná a v akutním ohrožení života je realizována i proti vůli pacientů.⁷⁵

Takové ohrožení způsobuje:

- U mentální anorexie velká podváha, u mentální bulimie pak každodenní záchvaty přejídání a zvracení nebo zneužívání návykových látek (drogy, alkohol). Pro

⁷⁴ http://www.idealni.cz/kde-a-u-koho-hledat-pomoc+terapie_show.asp?id=1623#ixzz1q6xAmhQR

⁷⁵ KRCH, F. D. a kolektiv, *Poruchy příjmu potravy*, 1999, s. 129

organizmus jsou takové stavy extrémní zátěží, se kterou si neumí poradit, a vznikají následky, které dříve či později vedou k nevratným změnám, případně k úmrtí. U lidí, kteří se zároveň léčí i s jinými zdravotními problémy, je riziko ještě vyšší.

- Těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek. U těžkých depresí je velmi vysoké riziko sebevraždy.
- U dětí odmítání spolupráce s ambulancí. Do 18 let jsou za dítě a jeho léčbu zodpovědní dospělí, kteří ho mají v péči, a pokud se nechce léčit, je jejich povinností v takové situaci i přes nesouhlas dítěte zasáhnout.⁷⁶

Hospitalizace je nutná (zejména u dětí) v případě, že ambulantní péče nevede během dvou, tří měsíců k zásadním změnám. U anorexie restriktivního typu to znamená k úpravě příjmu potravy a postupnému přibírání na váze, u bulimie ke snížení frekvence záchvatů přejídání a zvracení.

Doba hospitalizace bývá podle zdravotního stavu pacienta dva až tři měsíce a je zaměřena nejen na fyzickou stránku nemoci, ale i na psychické problémy způsobené PPP, tedy na takzvanou komplexní péči.⁷⁷

Na péči o nemocného se podílí celý tým odborníků. Psychiatr spolupracuje na zvládnutí psychické krize pomocí psychofarmak. Také se ve spolupráci se somatickými lékaři a zdravotními sestrami stará o zlepšení tělesného stavu, to znamená o léčbu podvýživy a jejich následků.

Psycholog mívá na starosti vstupní psychologické vyšetření, při kterém se zjišťuje aktuální situace nemocného. Také pomáhá při volbě vhodných léčebných postupů (výběr terapie).

O samotné terapeutické programy se starají specializovaní terapeuti, psychologové i psychiatři. Pacienti se účastní jak individuálních pohovorů, tak různých skupin, kde se učí svoji nemoc pochopit a lépe s ní bojovat.⁷⁸

Další možnost pro akutní i doléčovací péči poskytuje denní stacionář, který zahrnuje jak lůžkové oddělení, tak ambulantní část a umožňuje pacientům jednoduší přechod mezi jednotlivými formami léčby. Pacienti docházejí do stacionáře denně v pracovní dny a léčba

⁷⁶http://www.idealni.cz/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a-bulimii+terapie_show.asp?id=1629#ixzz1q6xbWsho

⁷⁷ KRCH, F. D. a kolektiv, *Poruchy příjmu potravy*, 1999, s. 129

⁷⁸http://www.idealni.cz/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a-bulimii+terapie_show.asp?id=1629#ixzz1q6xbWsho

trvá maximálně tři měsíce. Zařízení poskytuje režimovou léčbu, jídelní režim, a to vše bez vytržení pacienta z jeho přirozeného prostředí. Nemocní jsou tak méně stigmatizováni než při pobytu v léčebném zařízení. Při této formě léčby však hrozí riziko, že pacient bude pokračovat v dřívějším způsobu chování v domácím prostředí. Některé pacienty také může každodenní docházení do stacionáře fyzicky i finančně vyčerpávat.⁷⁹

5.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče je poskytována pacientům s PPP podle průběhu jejich onemocnění. Pro nemocné s mentální anorexií s hmotností pod 30 % ideální váhy je ambulantní péče vhodná pouze při dobré motivaci, spolupráci rodiny a krátkém trvání symptomů. Výsledky léčby a váhu je nutné minimálně jednou týdně kontrolovat. U pacientů s nekomplikovanou mentální bulimií není hospitalizace často nutná. Mohou být léčeni ambulantně nebo v denních centrech.

Pro ambulantní léčbu je nutná spolupráce praktických lékařů a psychoterapeutických týmů. Psychologové provádějí cílená psychologická vyšetření, při kterých zjišťují aktuální stav a navrhují další postup léčby. Pacienti docházejí k praktickému lékaři, který musí být o jejich nemoci informován. Nemocným je také doporučena pravidelná péče u internisty. Dostávají informace o adekvátním jídelním režimu a jídelníčku, vedou si jídelní záznamy. Doporučena je také pravidelná psychologická nebo psychiatrická péče ke stabilizaci psychického stavu a prevenci zhoršení jídelní problematiky.⁸⁰

5.3 Terapeutické přístupy

Výběr a koordinace léčby PPP má zásadní charakter. Při výběru vhodného postupu je nutné přihlídnout jak k fázi onemocnění, tak k výsledkům předchozí léčby. Volba vhodného terapeutického programu a psychoterapie se řídí podle motivace pacienta a úrovně, na jaké je schopen pracovat z hlediska zdravotního stavu, a podle zralosti osobnosti a spolupráce rodiny. Zvláště u dětí a dospívajících je nutné přizpůsobit postup rozumovým schopnostem. Psychoterapie bývá většinou dlouhodobá a vyžaduje navázání důvěry mezi klientem a psychoterapeutem.⁸¹

⁷⁹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 299 - 300

⁸⁰ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 297 - 298

⁸¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 290 - 291

Typy psychoterapie:

- **Individuální psychoterapie** - středem terapie je klient a jeho zakázka. Klient systematicky pracuje na zakázce, kterou si s psychoterapeutem určili. Odborník se po určený čas věnuje pouze klientovi a to opakovaně, jednotlivá sezení na sebe navazují.
- **Párová psychoterapie** - do terapie vstupují manželé nebo partneři společně a formulují společnou zakázku. Terapeut je podporuje ve společném řešení problému.
- **Rodinná psychoterapie** - léčebnou jednotkou a účastníkem terapie je celá rodina nebo někteří její členové. PPP zde není problémem jednotlivce, ale do určité míry všech zúčastněných. Tento typ terapie se osvědčil především u dětí a dospívajících.
- **Skupinová psychoterapie** - se opírá o předpoklad, že každý člověk, i když není psychicky vyrovnaný, je schopen určitým způsobem posoudit problémy jiných lidí. Jednotliví klienti při této terapii řeší své problémy prostřednictvím skupinové diskuse vedené odborníkem. Skupina jim může nabídnout různé pohledy na jejich problémy, a tím i možnost lépe sobě porozumět. Skupinová terapie je většinou dlouhodobá a vyžaduje pravidelnou účast klienta na skupinových setkáních.⁸²

Různé formy léčby je možné kombinovat. Pokud se jedná o skupinovou terapii, může být zpočátku pro nemocné s PPP méně účinná než individuální. Pacienti jsou často velmi citliví, pokud jde o jejich stravovací návyky a jejich zevnějšek, a není pro ně snadné léčit se ve společnosti jiných lidí. Také bývají zahlceni svými problémy a potřebují více času na povídání. Proto pro ně bývá na začátku léčby vhodnější individuální nebo rodinná terapie.⁸³

Druhy terapeutických přístupů:

- **Kognitivně-behaviorální terapie** - z psychoterapeutických metod je tato terapie úspěšná především u léčby mentální bulimie. Představuje pro pacienta srozumitelnou metodu, která se zaměřuje na konkrétní, pozorovatelné a jasně definované problémy. Opírá se nejen o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie, ale také o dobrou znalost problematiky PPP a práce s ambivalentním pacientem, kterého vede k aktivní a otevřené spolupráci. Jejím cílem je změnit jakýkoliv nezdravý návyk jídelního chování a myšlení. Jedná se o krátkodobější terapii. Obvykle probíhá v rozsahu dvaceti individuálních sezení během pěti měsíců. Na kognitivně - behaviorální terapii

⁸²http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickych-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657#ixzz1q6xSIDOs

⁸³ COOPER, P., *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*, 1995, s. 66 - 68

jsou založeny také svépomocné manuály nebo podporované svépomocné aktivity, které jsou z klinického hlediska účinné.⁸⁴

Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství - je přístupem doporučeným kvalitními léčebnými standardy u nás i v zahraničí. Je určena především pro děti a mladší adolescenty, a právě u adolescentů je účinná při léčbě mentální anorexie. PPP mohou odrážet určité konflikty, disfunkční role a problémy v rodině. PPP tak umožňuje dítěti i rodičům zaměřit pozornost jinam a vyhnout se tak hlavním zdrojům konfliktů. Cílem rodinné terapie je tedy identifikovat a řešit problémy, které u jedince ovlivnily vznik PPP. Párová terapie se potom využívá k řešení partnerských problémů, často u rodičů adolescentních pacientů s PPP a dospělých pacientů.

Nový přístup v péči o nemocné s PPP a jejich rodiny přináší „vícerodinné programy.“ Je to intenzivní psychoterapeutický program pro skupinu složenou z několika rodin pacientů s PPP. Základními cíli této terapie jsou:

- Umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému s rodinami, které jsou v podobné situaci, učit se ze zkušeností ostatních rodin;
- nabídnout rodinám vyjít ze sociální izolace, kam se díky PPP dostaly;
- vytvořit pro rodiny prostředí otevřené pomoci, solidarity a naděje;
- pomoci rodinám vytvořit nové perspektivy, odvrátit jejich pozornost od PPP a pomoci obnovit zdravé a fungující zázemí.

Začlenění vícerodinné terapie do péče o nemocné s PPP je významným obohacením komplexní terapie především u mladších pacientů s mentální anorexií a hodnocení efektivity této terapie přineslo vysoce pozitivní výsledky.⁸⁵

- **Terapie zaměřená na tělo** - nereálné vnímání vlastního těla, vlastních potřeb a hyperaktivita ovlivňují sebehodnocení, sebedůvěru a vnímání vlastní identity, a tím i průběh a prognózu PPP. Terapie zaměřená na tělo obsahuje celou řadu metod, které mohou pomoci nemocným:

- vytvořit si reálnější pohled na své tělo a dosáhnout sebedůvěry;
- pozitivně prožívat vlastní tělo, omezit hyperaktivitu;
- rozvíjet sociální dovednosti, např. při společném nakupování nebo stolování.

⁸⁴ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 292, s. 349

⁸⁵ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 293, 351 - 357

Při výběru vhodné metody je nutné velmi pečlivě posoudit aktuální zdravotní stav pacienta.⁸⁶

V terapii zaměřené na tělo lze využít mnoha různých technik a cvičení, z nichž uvedu pouze některé:

- **Fyzioterapie** - velký význam má terapie zaměřená na uvolnění svalového napětí a rehabilitační cvičení pro vadné držení těla, které rovněž učí nemocné zacházet a hospodařit s vlastní energií.
- **Relaxační cvičení** - autogenní trénink, jóga, progresivní relaxace přispívají k uvolnění, zklidnění, získání kontroly nad vlastním tělem.
- **Dechová cvičení** - slouží k uvolnění a ulehčení vnímání vlastního těla.
- **Masáže** - bývají první rehabilitací při velmi nízké hmotnosti. Jsou to většinou relaxační, aktivační masáže zad a nohou a pasivní mobilizace končetin.
- **Bioenergetika a biosyntéza** - tento přístup učí pacienta znovu vnímat signály vlastního těla, napětí a uvolnění, příjemné a nepříjemné, a vědomě je propojit s emočním prožíváním. Pomocí práce s tělem se nemocní snaží aktivně ovlivňovat kvalitu emočního prožívání.
- **Koncentrativní pohybová terapie** - jejím cílem je prostřednictvím sebevnímání a vnímání okolního prostoru posilovat citlivost smyslů (sluchu, zraku, čichu, hmatu, percepce pohybu).
- **Ergoterapie** - zahrnuje kreativní techniky, kognitivní trénink a trénink sociálních dovedností. Cílem je posílit motivaci pacientů ke změně návyků, řešení problémů, posílit a najít vlastní přednosti, nadání, zájmy a schopnost vrátit se do zaměstnání nebo ke studiu. Součástí této terapie jsou například nákupy jídla, pohyb ve společnosti (návštěvy kulturních akcí, restaurací), pomoc při stolování a další.
- **Arteterapie** - je prostředkem k vyjádření emocí prostřednictvím výtvarného projevu. To, jak si pacient vybírá výtvarné prostředky, přistupuje k zadanému tématu a následné výtvarné zpracování, odráží změny jeho stavu během léčby.⁸⁷

⁸⁶ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 293, 359 - 361

⁸⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 293, 362 - 367

Terapie zaměřená na vnímání vlastního těla v kombinaci s režimovou terapií a psychoterapií tvoří nezbytný komplexní program pro léčbu PPP.

- **Farmakoterapie** - přestože bylo zkoušeno množství psychotropních látek (antidepresiva, atypická i konvenční antipsychotika, látky povzbuzující chuť k jídlu), žádná z těchto látek není jednoznačně účinná, aby zcela převážila riziko nežádoucích účinků a působila i bez psychoterapie. Účinnost antidepresiv byla prokázána při prevenci relapsu mentální anorexie, u bulimie jsou antidepresiva účinná při snižování frekvence záchvatů přejídání a zvracení. Farmakoterapie je v léčbě PPP využívána jako podpůrná léčba v kombinaci s nutričním poradenstvím, psychoterapií a režimovou terapií.⁸⁸

Každý člověk je jiný a každému může pomoci jiný druh terapie, případně kombinace terapií. Je důležité, aby nemocní věděli, že PPP lze úspěšně léčit a ten, kdo jde do léčby naplno, má velkou naději, že se uzdraví. Na druhé straně neexistuje žádné jednoduché řešení nebo lék. Proto je léčba náročná a trvá déle, než by si všichni zúčastnění přáli.

5.4 Sociální pedagogika

Na závěr bych se chtěla zmínit o možnostech využití práce sociálních pedagogů při pomoci nemocným s PPP.

PPP jsou poruchami, s nimiž se nemocní potýkají ne dny a měsíce, ale většinou roky a někdy i po většinu svého života. Jídlo a myšlenky na něj se stávají jediným smyslem jejich života a často kvůli tomu ztratí úplně všechno. Rodinu, partnera, školu, přátele, koníčky, zdraví. Pokud se odhodlají nebo jsou donuceni k léčbě, často tráví dlouhou dobu v nemocnici, psychiatrické léčebně nebo v péči psychologů. Návrat zpět do společnosti bývá velmi těžký. Problémem se pro nemocné stávají naprosto obyčejné situace. Jít do společnosti, do kina, sportovat, jít si samostatně nakoupit. A právě v této oblasti resocializace vidím možnost využití práce sociálních pedagogů. Mohou například pomáhat při vyřizování běžných záležitostí – invalidního důchodu, přerušení, ukončení nebo znovuoobnovení studia, pomáhat v oblasti pracovního uplatnění. Dále je možná pomoc lidem při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím – například podpora pro komunikaci v běžných mezilidských vztazích, podpora v zapojení se do společnosti (kino, divadlo, nákupy).

⁸⁸ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 377 - 384

6 PREVENCE

K rozvoji poruch příjmu potravy přispívá tolik faktorů, že je nezbytné, aby prevence byla komplexní. Musí zahrnovat všechny faktory, ať už rodinné, sociální, biologické, emoční nebo jiné. Bohužel tím, jak se zvyšuje vliv médií nejenom na mladou generaci, je stále obtížnější vytvořit účinnou a kvalitní prevenci. Na prevenci se musí podílet všichni a měla by být systematická a dlouhodobá.⁸⁹

Základ prevence spočívá především v rodině. Rodiče stávající i budoucí by měli dostávat informace o významu správné výživy, učit se méně mluvit o váze a více se snažit, aby se doma jedlo zdravě a cvičilo. Rodina by se také měla častěji scházet u společného, příjemného stolování. Je zcela neúčinné poučovat děti a dospívající o zdravých stravovacích návycích a rizicích PPP, pokud nejsou současně poučeni i jejich rodiče.

Fraňková s Dvořákovou také zdůrazňují, jak důležité je učit děti od malička poznávat vlastní tělo, jeho části, rozměry, funkce a potřeby tak, aby byly psychicky připraveny na změny, ke kterým dochází v průběhu růstu a především dospívání. Děti by měly chápat, že to, co se s jejich tělem děje, je normálním výrazem zákonitého procesu. Tím by se mohlo zabránit vývoji pokřiveného pohledu na tělesnou hmotnost a poruchám ve vnímání svého těla. Prevence PPP by měla začít již v předškolním věku⁹⁰

Papežová zdůrazňuje, že: *„Prevence je nezbytná součást odborné péče. Vyžaduje spojení výzkumu rizik a preventivních programů jednotlivých oborů, aby omezené prostředky byly efektivně využity. Je nutné využít multimédia a více zkoumat jejich dopad na výskyt onemocnění. Nestačí pouze posuzovat poznatky cílové populace. Většinou se preventivní programy zaměřují na zvyšování znalostí a povědomí o onemocnění, ale to je nedostačující. Je potřeba změnit postoje k PPP, a to dokážou pouze některé programy. Velmi málo programů skutečně vede ke změnám jídelního chování a to by měl být do budoucna hlavní cíl. Propagace anorexie (pro-ana stránky), prevence a společenské kontakty a další aktivity se u dospívajících stále více přesouvají na webové stránky. Preventivní opatření se musí přizpůsobit těmto trendům.“*⁹¹

Bohužel kvalitní preventivní program s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a dospívajících je v této oblasti velmi vzácný. Pokud hovoříme o prevenci drog

⁸⁹ HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, 2003, s. 51 - 52

⁹⁰ FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*, s. 2003 - 227

⁹¹ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s.314 - 315

a alkoholu, tak většina lidí připouští škodlivost jejich užívání pro dětský organizmus, ale v oblasti PPP je argumentace mnohem obtížnější. Zdravý životní styl je komerčně často zneužíván především v reklamách pro děti a orientace na vzhled spojený s úspěšností a zdůrazňování nebezpečnosti obezity vede k podpoře nejrozumnějších diet. Dodržování zákonů v oblasti PPP je nutné sledovat stejně jako propagaci kouření a alkoholu. Odborníci na tyto skutečnosti poukazují, snaží se spolupracovat se zákonodárci a u konkrétních nebezpečných reklam se pokouší i o nápravu. Bohužel často neúspěšně, protože svá tvrzení musí přesvědčivě jednoznačně dokázat a média zase chtějí zaujmout za každou cenu.⁹²

Prevence u nás také není jednotná. Angažují se v ní různé organizace a ve školách prevenci organizuje především Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

Jako konkrétní preventivní programy mohou uvést například práci Centra pro poruchy příjmu potravy na 1. LF UK a VFN Praha, které spolu s dalšími šesti evropskými zeměmi vytvořilo preventivní program na internetu. Tento program se jmenuje PRO-YOUTH a poskytuje informace o onemocnění, možnost hodnotit vlastní problémy a možnost podle typu obtíží vyhledat konkrétní pomoc (například na internetu formou chatování s odborníky). Tento projekt má podporu ministerstva a Centrum pro poruchy příjmu potravy kontaktuje jednotlivé školy a sportovní organizace. Účinnost tohoto programu bude muset Centrum hodnotit a prokázat kvalitním výzkumem.⁹³

V praxi se Centrum pro poruchy příjmu potravy soustředí na práci s rizikovými jedinci, populací a na rizikové prostředí. Prevenci přizpůsobuje nejen zralosti populace, prostředí, ale i znalostem pedagogů a dalších spolupracovníků.

Další, podle mého názoru velmi záslužnou činnost na poli prevence vykonává organizace Anabell. Je to Občanské sdružení, které vzniklo v roce 2002. Nabízí pomoc a podporu lidem, postiženým i ohroženým PPP, hledat východiska k řešení problémů, spojených s nevhodným stravováním.

V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech – v Brně, Praze (s dislokovanými pracovišti v Příbrami a Mladé Boleslavi), Ostravě, Bratislavě a v Plzni. V roce 2010 Anabell otevřelo další Kontaktní centrum v Olomouci.⁹⁴

⁹² PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 311 - 314

⁹³ DIETA, Šimoňáková, J., *Příliš štíhlá pro život*, 2011, s. 29

⁹⁴ <http://www.anabell.cz/>

V rámci prevence zrealizovalo Kontaktní centrum Anabell Brno v letech 2009 - 2011 projekt PPP (Podpora profesionální prevence), který byl zaměřen na specializované vzdělávání pedagogů a metodiků prevence Jihomoravského kraje v oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Cílem projektu bylo rozšíření schopností pedagogů a metodiků prevence v systému dalšího vzdělávání. A to především:

- Orientovat se v problematice poruch příjmu potravy a v oblasti zdravých stravovacích návyků podle nejnovějších poznatků lékařské vědy prostřednictvím aktivního přístupu k tvorbě vlastních metodických listů;
- umět podle těchto metodických listů zpracovat a prezentovat srozumitelnou a interaktivní formou problematiku PPP žákům a studentům základních a středních škol/gymnází;
- umět rozpoznat rizikové faktory onemocnění u žáků základních a studentů středních škol/gymnází, jako nejčastěji zastoupené rizikové skupiny pro vznik nemoci.⁹⁵

Mimo to Anabell organizuje semináře primární prevence PPP, ale i osvětové přednášky především pro žáky základních škol, studenty středních škol a gymnází, VOŠ, vysokých škol a další organizace.

Obsahem takového semináře jsou informace o dané problematice, výukové spoty, dokumentární snímky, interaktivní hry, diskuse, práce se sebevědomím, apod. Jednotlivá setkání na sebe tematicky vzájemně navazují a logicky se doplňují (výživa, sebevědomí, poruchy příjmu potravy).⁹⁶

Pro kvalitní prevenci je důležité flexibilně měnit techniky prevence. Prevence nezahrnuje pouze boj proti riziku reklam, komerčních kampaní, proti zvyšujícím se nárokům, ale také předávání pozitivních hodnot mladé generaci, které by mohly ovlivnit jejich sebehodnocení a orientaci na jiné životní hodnoty, než je pouze zevnějšek a bohatství. Je nutné naučit děti samostatně hodnotit, srovnávat, vybírat co je podstatné a naučit je vytvářet zdravý a bezpečný hodnotový systém. Měly by se také učit hájit svoje názory, rozhodovat se a nést následky svých rozhodnutí. My bychom měli jejich názory respektovat a podporovat, umět je pochválit bez výhrad, vytvářet atmosféru důvěry a komunikovat s nimi.⁹⁷

⁹⁵ <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/edicni-a-edukacni-centrum/projekt-ppp-podpora-profesionalni-prevence>

⁹⁶ <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha/nase-sluzby/programy-primarni-prevence>

⁹⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 2010, s. 313 - 314

Má-li být prevence skutečně účinná, musí se stát součástí života každého z nás a musíme ji integrovat do všech oblastí naší kultury.

7 PRAKTICKÁ ČÁST

Ve výzkumné části bakalářské práce bych se chtěla zabývat osobními zkušenostmi lidí s mentální anorexií a mentální bulimií a životními změnami, které u nich nastaly v důsledku těchto onemocnění.

7.1 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu

Výzkum, který jsem pro svou bakalářskou práci zvolila, se zakládá na kvalitativním šetření.

Jak uvádí Hendl: „*Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Kvalitativní výzkum je orientován na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků.*“⁹⁸

V případě kvalitativního výzkumu lze tedy ke sběru dat využít celou řadu metod a jednou z nich je i rozhovor (interview). Tuto metodu, konkrétně rozhovor s otevřenými otázkami, jsem měla v úmyslu použít k získání dat pro svoji bakalářskou práci. Vytvořila jsem schéma okruhů otázek, které jsem chtěla s dotazovanými probrat.

Rozhovor jako metodu sběru dat jsem mohla použít pouze v jednom případě. Ostatní respondentky odmítly osobní setkání a souhlasily pouze s písemnou formou odpovědí. Jejich přání jsem respektovala a použila metodu dotazníku se zachováním stejného schématu okruhů otázek jako v případě osobního rozhovoru. S jednou z dívek jsem měla možnost zkontaktovat se telefonicky a poskytnout jí tímto způsobem veškeré informace, týkající se zaslání dotazníku. Své odpovědi mi formulovala písemně. Se třemi dívkami jsem byla pouze v písemném kontaktu, a to prostřednictvím e-mailu.

Jádro mého rozhovoru, respektive dotazníku, tvořila čtyři hlavní témata, která se vztahovala k důležitým životním obdobím dotazovaných dívek a žen. Každé z těchto témat bylo rozvinuto dílčími otázkami.

⁹⁸ HENDL, J., *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*, 2008, s. 61

- **Život před nemocí** - k tomuto tématu se vztahovaly otázky týkající se rodinného zázemí, vztahu k jídlu a vlastnímu tělu v dětství a dospívání, doby rozvinutí nemoci a co bylo podle jejich názoru příčinou nemoci.
- **Život s nemocí** - otázky v tomto tématu se týkaly kvality života s nemocí, zdravotních problémů a následného průběhu léčby.
- **Vliv nemoci na vztahy** – otázky byly zaměřené na to, zda o nemoci vědělo okolí dotazovaných a jak nemoc ovlivnila vztahy, ať již s rodinou, partnery nebo jiné sociální kontakty. Také mě zajímalo, zda se jim při léčbě dostalo nějaké podpory ze strany okolí.
- **Současnost** – poslední téma se týkalo současného zdravotního stavu respondentek, jejich vztahu k sobě samé a svému tělu, a zda jsou v kontaktu s lidmi, kteří prošli stejnou nemocí.

Cílem mého výzkumu bylo na základě výpovědí dotazovaných zjistit, co bylo u nich příčinou vzniku mentální anorexie a bulimie, ukázat jak nemoc ovlivnila kvalitu jejich života a to jak v kontextu zdraví, tak i sociálních vazeb. To znamená ukázat dopady na společenský, partnerský, rodinný nebo profesní život nemocných.

7.2 Výběr respondentů

Nalézt respondenty pro můj výzkum bylo poměrně složité. Lidé s poruchami příjmu potravy svou nemoc velmi často a dlouho tají, a pokud najdou odvahu se léčit, je to pro ně natolik intimní záležitost, že i s lékaři, či terapeuty navazují kontakty velmi obtížně a pomalu.

Rozdíl je rovněž v tom, v jakém stádiu nemoci se člověk s PPP nachází. Lidé, kteří svůj problém již překonali, jsou většinou schopni o něm celkem otevřeně hovořit. Ti, kteří teprve procházejí léčbou, mají velký problém navázat kontakt a bavit se o své nemoci bez zábran. Nezřídka trvá mnoho sezení, než se psychologovi podaří navázat důvěrný vztah a přimět klienta ke vzájemné komunikaci. Stejně to bylo i v mém případě. Nemocní se se mnou odmítali setkat z různých důvodů, nejčastěji však ze studu.

Své respondenty jsem zkoušela hledat mezi známými, zveřejnila jsem výzvu na stránkách zabývajících se poruchami příjmu potravy (www.idealni.cz) a také chodila do organizace Anabell, která se snaží pomáhat lidem s PPP.

Pro výzkum se mi nakonec podařilo získat pět žen a dívek. Tři z nich se ozvaly na moji výzvu na internetu. Zde jsem stručně popsala téma mé bakalářské práce, cíl výzkumu a uvedla na sebe kontakt. Odepsaly mi čtyři dívky, z nichž tři byly ochotny poskytnout mi potřebné informace. Ani jedna z respondentek nesouhlasila s osobním setkáním. Komunikace tedy probíhala prostřednictvím e-mailu. Domluvily jsme se na písemné formě odpovědi. Vypracovala jsem výše zmiňovaný dotazník s polostrukturovanými otázkami, na které mohly odpovídat podle svého uvážení.

Čtvrtá respondentka je příbuzná mé kamarádce. Ani ona nesouhlasila s osobním setkáním, ale zkontaktovaly jsme se telefonicky. Touto formou jsem ji poskytla veškeré informace a nakonec se i ona rozhodla pro písemné odpovědi.

Poslední ze zúčastněných je moje známá. S tou jsem vedla osobní rozhovor, při kterém jsem použila stejné otázky jako u všech výše uvedených dívek. Vzhledem k tomu, že již deset let žije aktivním životem (bez bulimie) a je to velmi společenský a otevřený člověk, neměla žádné zábrany o své nemoci hovořit. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon a následně přepsán.

7.3 Analýza a prezentace získaných výsledků

Výzkumný vzorek tvoří pět dívek a žen, z nichž většina si přála zůstat v anonymitě. Dříve než přejdu k samotné analýze dat, uvádím některé údaje o jednotlivých respondentkách, které považuji za důležité. Jedná se o stručné informace týkající se věku, diagnostikované poruchy, výšky, hmotnosti (současné/nejnižší) a povolání.

Tabulka 2: Základní údaje o respondentkách

Jméno	Věk	Diagnostikovaná porucha	Výška/váha Nejnižší váha	Zaměstnání/studující
MARTINA	17	Anorexie	160/45/39	Studentka SZZ
DANA	23	Anorexie	172/58/37	Studentka VŠ
MAGDA	43	Anorexie i bulimie	170/60/48	Daňový poradce
LUCIE	20	Anorexie	170/45/44	Studentka VŠ
ZUZKA	21	Anorexie i bulimie	168/58/45	Studentka VŠ

V další části práce se chci věnovat analýze dat, která jsem získala dle výše popsané metodologie. Struktura analýzy dat bude probíhat podle zvolených výzkumných otázek a na konci každého tematického okruhu zpracuji vyhodnocení.

Život před nemocí – rodinné zázemí, vztah k jídlu a vlastnímu tělu, propuknutí nemoci

Martina popisuje své dětství jako nešťastné. Matka byla alkoholička, otec cholerický workoholik. Navíc se v posledních pěti letech zásadním způsobem změnil zdravotní stav prarodičů, o které se Martina stará. Babička trpí Alzheimerovou chorobou, dědeček cukrovkou a prodělal infarkt myokardu. V rodině se vyskytly i deprese.

S jídlem v dětství neměla žádné problémy, ráda a hodně jedla, vždy byla hubená a nepřibírala. Svě tělo neřešila, byla spíš takový chlapecký typ, co běhá po lese a hraje si v blátě.

Nemoc u ní propukla v 7. třídě. Za možnou příčinu udává špatné vztahy s otcem a matkou a také neschopnost se smířit se svým dospíváním a změnou těla.

Dana vyrůstala jako jedináček jenom s matkou. Na dětství má moc hezké vzpomínky, ale když jí bylo 11 let, matka si našla nového partnera a za dva roky se jim narodila dvojčata.

Pokud jde o jídlo a vztah k vlastnímu tělu zhruba do 13 let neměla žádné problémy.

Ve 13 letech velmi rychle vyspěla, spolužačky se jí posmívaly, že je tlustá a neměla by tolik jíst. Podle svých slov tím hodně trpěla, proto přestala chodit na obědy a vyhazovala svačiny. To je podle ní jeden z důvodů propuknutí mentální anorexie. Jako další důvod udává pocit osamění, protože si jí po narození sourozenců doma nikdo nevšímal. Matka po porodu také neustále držela diety a Dana měla dojem, že povídání si o hubnutí a zdravé stravě jsou jediné chvílky, které tráví společně.

Magda je z pětky oslovených nejstarší. Svoje dětství popisuje jako poklidné, normální, byla samotářka. Když jí bylo 14 let, rodiče se rozvedli a matka se znovu vdala. S otcem se přestala stýkat, s matkou si nerozuměla a s otčímem měla velmi špatné vztahy. Snažila se uniknout z domova, a tak se těsně po maturitě vdala a brzy se jí narodily dvě děti. Vdaná byla 20 let, manžel byl hodný, ale podle ní to byl více než manželský vztah, vztah dcery a otce. Manžel se o všechno postaral, vyřídil, zařídil, postavil dům.

V dětství ani v dospívání neměla s jídlem problémy a o svém vztahu k tělu v té době rovněž nepřemýšlela.

Změna nastala až po narození dětí, kdy hodně přibrala. Snažila se nejíst, cvičit, k tomu starost o dvě děti a domácnost. Před 20 lety se o poruchách příjmu potravy ještě nemluvílo. Cítila se unavená, vyčerpaná, lékař jí dal vitamíny. Situace trvala si rok, potom se na nějaké oslavě přejedla a následně vyzvracela. Anorexie u ní přešla do bulimie. Tehdy viděla příčinu ve snaze zhubnout, v dietách, ale dnes si myslí, že jídlo byla berličkou, která jí pomáhala přežít jiné problémy. Především neurovnaný vztah s matkou a nespokojenost v manželství.

Lucie charakterizuje svoje zázemí jako bezproblémové, žila s rodiči a mladší sestrou. Rodiče jsou podle ní úžasní, do Luciiných 15 let s nimi neměla žádné konflikty.

Do té doby neměla ani se svou postavou žádný problém. Oba rodiče jsou hubení a ona byla po nich. Byla hezká, zdravá, hubená holka, která ráda sportovala a milovala sladké.

Anorexie u ní propukla v 15 letech, po nástupu na SŠ. Neumí si to vysvětlit, neměla problémy doma ani ve škole, se spolužáky si rozuměla. Najednou se jí zdálo, že je tlustá, tak přestala jíst. Začala vyhazovat jídlo a celé dny hladověla.

Zuzka má staršího bratra, ale podle ní na ně rodiče nikdy neměli čas. Mají společnou firmu, které věnují všechno a jsou velmi úspěšní. Jako manželé spolu mají hezký vztah, ale děti vždy byly na vedlejší koleji. Zuzka se s bratrem za pomoci babičky vychovávali sami. Rodiče je nikdy fyzicky ani nijak jinak netrestali, snažili se jim vše dopřát – oblečení, zájmové kroužky, nejnovější spotřební elektroniku, ale na společné dovolené byli jednou.

Pokud jde o vztah k jídlu a vlastnímu tělu v dětství a před nemocí, tak nikdy neměla dostatek sebevědomí, stále si připadala tlustá, toužila vypadat jako modelky z časopisů.

Anorexie u ní propukla asi v 16 letech. Okolí jí sice přesvědčovalo o tom, že je hezká, ale ona si tak nepřipadala, našla si přítele a pro něho chtěla být dokonalá. Dělal všechno, co dělal on, začala i sportovat, i když na sport není příliš šikovná. Zhubla na 45 kg. Přítel se s ní přesto rozešel. Už neměla pro koho hubnout, tak se začala přejídat. Bylo jí špatně a trpěla výčitkami, a proto začala zvracet. Tak z anorexie sklouzla do bulimie. Myslí si, že příčinou její nemoci bylo její nízké sebevědomí, které vedlo k držení diet, touze zhubnout. Jako další možnou příčinu vidí i nezáměr svých rodičů o její život, nedokáže se jim svěřit, hledat u nich pomoc.

Dílčí vyhodnocení

V tomto tematickém okruhu jsem nejprve věnovala pozornost tomu, jak si respondentky samy vysvětlují vznik své nemoci a příčiny, které k ní vedly.

Všech pět shodně uvedlo jako jednu z příčin **nespokojenost s vlastním tělem** a **touhu být štíhlejší**. Kromě Zuzky, která se trápila svým vzhledem i v dětství, ostatní dívky s jídlem a vnímáním vlastního těla neměly žádné problémy. Ke změně došlo u Martiny, Dany a Lucie až s nástupem puberty, v případě Magdy až po porodu.

Martina chtěla zhubnout, protože nebyla schopna přijmout fyzické změny svého těla. Stejný problém měla i **Dana**, která rychle vypsela a navíc se musela potýkat s posměšky svých spolužaček. **Magda** nebyla spokojena se svojí váhou po narození dětí. **Lucie** se najednou v 15 letech zdálo, že je tlustá. **Zuzka** měla vždy nízké sebevědomí, připadala si tlustá od dětství a zhubnout chtěla především kvůli svému příteli.

Za další příčinu nemoci Martina, Dana, Magda i Zuzka shodně uvádějí **problémy rodinné**.

Martina trpěla od malička narušenými vztahy v rodině. Otec je cholerik a matka alkoholička. **Dana** žila celé dětství s matkou sama, a tak se cítila osamělá poté, co si její matka našla nového partnera a narodili se její sourozenci. **Magdiny** rodiče se v době jejího dospívání rozvedli a ona ztratila kontakt s otcem a přestala si rozumět s matkou. V 18 letech se vdala, ale ani v manželství nebyla šťastná. **Zuzka**, ač měla úplnou rodinu, od dětství trpěla nepřítomností a nezájmem rodičů.

Jak jsem již uvedla v teoretické části své práce, je zavádějící zjednodušovat problém PPP pouze na tělo, duši či společnost nebo hledat jenom jednu příčinu vzniku nemoci. PPP totiž nejsou jenom způsobem řešení jednoho problému nebo pouze odpovědí na nějaký traumatický zážitek. Téměř vždy se jedná o propojení více faktorů, ať již rodinných, sociokulturních, genetických, biologických nebo nepříznivých životních událostí. To se stalo i v případě mých respondentek.

Dospívání je obtížné životní období. Je spojeno s hledáním vlastní identity, vyrovnáváním se s fyzickými změnami. Ve spojení s dalšími faktory jako je traumatizující událost (rozpad rodiny u Magdy), frustrace z nedostatku lásky a citu ze strany rodičů (Zuzka), problematické rodinné a partnerské vztahy (Martina, Dana, Magda, Zuzka), posměšky okolí (Dana) a hazardování s dietami a hladovkami (všechny respondentky) může být „spouštěcím mechanismem“ PPP.

Život s nemocí – změna kvality života, zdravotní problémy, průběh léčby

Martina uvádí, že jedla pouze 300 kJ denně a několik hodin cvičila. Trpěla nespavostí nebo se jí naopak neustále chtělo spát, ale nedokázala odpočívat, byla nervózní. Přípravy do školy jí trvaly hodiny, nebyla schopna se soustředit. Hodně se starala o malou sestru a prarodiče, nikam nechodila, stáhla se do sebe.

Měla obrovské zdravotní problémy. Na půl roku ztratila menstruaci, lámaly se jí nehty i vlasy, trpěla chudokrevností, dělaly se jí otlaky – když ležela, měla kosti na kůži. Zhoršila se jí srdeční činnost, špatně dýchala, její tělo kolabovalo.

Léčila se a stále léčí ambulantně u psychiatra a psychologů. Matka jejího přítele je dietní sestra a připravuje jí jídelníčky, přítel je jí oporou při jídle – sedí u ní, hlídá ji, aby jedla a po jídle nezvracela.

Dana přestala téměř jíst a každé ráno a večer cvičila, všude chodila pěšky. Zhubla na 41 kg, toho si všimla učitelka v tělesné výchově a zavolala do školy matku. Dana ji uchlácholila tvrzením, že jí normálně a zhubla cvičením. Matka ji přesto začala kontrolovat, zda snídá a večeří. Tak začala zvracet. Ve 14 letech měla 37 kg, dostala virózu a dětská lékařka Danu poslala na psychiatrii. Byla tři měsíce hospitalizovaná. Potom se snažila držet, jedla, ale s přechodem na střední školu přišel stres a problémy s anorexií začaly znovu - hubnutí, nadměrné sportování, pobyty v nemocnici. Tak to bylo celé dospívání. Když jí bylo kolem dvaceti let, potkala svého současného přítele a z nemoci se postupně dostala.

I Dana měla velké zdravotní problémy. Ztratila menstruaci, byla unavená, stále jí bylo zima, padaly jí vlasy. Po zvracení se jí začaly kazit zuby, několikrát omdlela.

Léčila se na dětské psychiatrii, chodila k psychologovi, několikrát byla hospitalizovaná v nemocnici.

Magda měla rok anorexii, která přešla do bulimie. Tou trpěla deset let. Zpočátku byla na mateřské dovolené a stěží zvládala péči o děti a domácnost, jídlo a zvracení. Po nástupu do zaměstnání začala kouřit a měla i problémy s alkoholem. Zjistila, že když se napije, tak nepotřebuje tolik jíst a navíc jí alkohol pomáhal zvládnout deprese. Naštěstí změnila místo a s pitím dokázala přestat.

Také Magda uvádí zdravotní problémy způsobené PPP. V období anorexie trpěla únavou, vyčerpáním, lámaly se jí nehty, měla špatnou pleť. S bulimií trpěla velkými depresemi, problémy se zažíváním, nespavostí, kazily se jí zuby.

Magdě je dnes 43 let a uvedla, že v době jejího mládí bylo velmi málo informací o PPP. Léčila se sama, chtěla to zvládnout nejen kvůli sobě, ale i dětem. Hodně četla, v knížkách hledala pomoc, začala chodit do jógy. Zde potkala psychologku, která se věnovala i alternativním způsobům léčby. Magda zjistila, že právě tento přístup jí vyhovuje. Začala se věnovat a stále se věnuje meditaci, různým relaxačním technikám, chodí na kurzy sebepoznávání.

Lucie vyhledávala na internetu pro-ana blogy, kde se inspirovala, jak být hubenější, stále studovala kalorické tabulky apod. K tomu přidala cvičení. Každý den jezdila dvě hodiny na rotopedu a další hodinu strávila cvičením. Bylo jí špatně, byla unavená, podrážděná. Zhubla na 44 kg. Nic nezvládala, dokázala jenom ležet, když se zvedla, točila se jí hlava. Přesto ještě v sobě našla sílu na cvičení. Přestala téměř jíst, maximálně snědla dvě rajčata za den. Všichni se na ni zlobili, rodiče byli zoufalí. Zkoušela kvůli nim přibrat, ale pokud se najedla, trpěla depresemi a začala zvracet. Přesto se jí podařilo přibrat na 50 kg. K depresím přibývalo sebepoškozování. V posledním roce znovu zhubla na 45 kg. Ví, že váží málo, chtěla by to změnit kvůli rodičům a hlavně kvůli svému příteli. Neví, jak si s tím poradit. Neumí se už normálně najíst, neví, jak má vypadat běžná porce jídla, již ani neví, kolik by měla správně vážit.

U Lucie se objevily zdravotní problémy typické pro mentální anorexii. Únava, vyčerpání, nízký krevní tlak, chudokrevnost, problémy s pleť, lámavost nehtů, vypadávání vlasů, mdloby.

Na nátlak rodičů se do 18 let léčila na psychiatrii a docházela k psychologovi, vše bez výraznějšího zlepšení. Na doporučení dětské lékařky byla jednou hospitalizována v nemocnici. Poslední dva roky nevěří, že jí odborníci mohou pomoci, takže se nikde neléčí.

Zuzka s bulimií zápasí stále a podle jejích slov je život s nemocí hrozný. Anorexií trpěla asi rok, držela hladovky, cvičila a vážila 45 kg. Zoufale potřebovala něčí pomoc, ale neměla to komu říct. Po rozchodu s přítelem se začala přejídat a zvracet. Jídlo ji uklidňovalo, nemusela myslet na to, že ji nikdo nemá rád, nikomu na ní nezáleží. Zvracela až 7x denně, doma byla stejně pořád sama, takže o tom nikdo nevěděl. Potom se rozhodla, že se z toho zkusí sama dostat, úplně se jí to sice nepodařilo, ale frekvenci zvracení snížila. Obávala se, že pokud bude ve stresu, mohla by se nemoc vrátit. Znovu začala žít s bývalým přítelem, byli spolu tři roky a Zuzka s jídlem neměla problémy. Před časem se ale definitivně rozešli, musela se odstěhovat z jeho bytu, našla si podnájem. Domů se vrátit nechce, rodičům to

nevadí, finančně ji stále zabezpečují. Pro Zuzku je současný život velmi těžký, nezvládá jídlo, bulimie se vrátila.

Zuzka přiznává zhoršující se zdravotní problémy. Když trpěla anorexií, byla velmi unavená, vyčerpaná. Ale následkem bulimie se jí rychle kazí zuby, padají jí vlasy, zhoršila se jí kvalita pleti, trpí otoky v obličeji a těžkými depresemi.

Se svými problémy se nikdy u odborníků neléčila. Stále to zkoušela a zkouší zvládnout sama. Vyhledávala informace na internetu a při problémech s bulimií před třemi lety používala knížku se svépomocným programem.

Dílčí vyhodnocení

Cílem této části výzkumu bylo ukázat dopady PPP na život respondentek, a to především z pohledu zdravotních komplikací.

Všechny uvádějí drastické snížení příjmu potravy na minimum a zvýšení výdeje, tedy pohybové aktivity trvající několik hodin až do naprostého vyčerpání. To také způsobilo u všech dotazovaných velké váhové úbytky a s tím spojené zdravotní problémy, a to jak psychické, tak i fyzické. Ve dvou případech (Magda a Zuzka) se z anorexie vyvinula mentální bulimie s několikrát denně opakovaným zvracením.

Martina, Dana a Lucie trpěly nebo stále trpí mentální anorexií a objevily se u nich fyzické i psychické problémy typické pro tuto nemoc.

Ztráta menstruace (Martina, Dana), padání vlasů (Martina, Dana, Lucie), lámavé nehty (Martina, Lucie), chudokrevnost (Martina, Lucie), mdloby (Dana, Lucie), únava, vyčerpání (Dana, Lucie), otoky, dýchací a srdeční problémy (Martina), zimomřivost, zvýšená kazivost zubů (Dana), nízký krevní tlak, problémy s pletí (Lucie), nespavost (Martina).

Z psychických problémů uvádějí dívky nervozitu, nesoustředěnost (Martina), deprese a sebepoškozování (Lucie).

Magda trpěla a **Zuzka** stále trpí mentální bulimií. I na nich zanechala nemoc zdravotní a psychické následky.

Zvýšená kazivost zubů (Magda, Zuzka), zažívací problémy (Magda), padání vlasů, zhoršená kvalita pleti, otoky v obličeji (Zuzka), nespavost (Magda).

Magda přiznává v důsledku bulimie i závislost na alkoholu a obě (Magda, Zuzka) trpěly těžkými depresemi.

I přes všechny uvedené závažné zdravotní komplikace **Zuzka a Lucie** nehledají pomoc u odborníků. Zuzka se o to nepokusila nikdy, Lucie na nátlak rodičů (psycholog, psychiatr, hospitalizace), ale lékařům už nevěří. Obě se snaží bojovat samy, zatím bez úspěchu.

Martina také nemá vyhráno, ale léčí se ambulantně na psychiatrii a u psychologa, dietní setra jí připravuje jídelníček.

Dana prodělala hospitalizace v nemocnici, léčbu u psychiatra i psychologa a zdá se, že zatím nad anorexií vítězí. Tři roky je v pořádku.

Nejlépe se daří **Magdě**, která žije bez bulimie již deset let. Léčila se převážně sama, pomohla jí jóga, meditace, relaxační techniky, později i psycholog.

Vliv nemoci na vztahy-rodinné, partnerské a jiné, podpora okolí při léčbě

Rodiče **Martiny** o její nemoci vědí, ale odmítají cokoli dělat, jakkoliv jí pomoci. Matka se o ni nezajímá, otec jí řekl, že je blázen. Svěřila se několika dobrým kamarádkám, z toho jedna rovněž trpěla anorexií. O nemoci také ví její přítel a jeho rodina.

Nemoc Martině zásadně ovlivnila vztahy. Podle svých slov se odcizila všem lidem, vyhýbala se přátelům, s partnerem se téměř rozešla, protože již nebyl schopen zvládat každodenní boj o pohyb a každé sousto.

Vztahy s partnerem se zlepšily, stále ji on i jeho rodina podporují a pomáhají jí. Kromě nich má velkou oporu i ve svých kamarádkách, kterým se svěřila.

O **Daniných** problémech věděla její matka, nevlastní otec a později i její přítel.

Podle Dany anorexie ovlivnila hlavně její sociální vazby, protože v podstatě nezažila normální, bezstarostné dospívání. Téměř nikam nechodila, takže přišla o většinu svých přátel, nezažila studentské lásky. To se změnilo až s nástupem na vysokou školu.

Velkou oporou při léčbě jí byla její rodina – matka i nevlastní otec. I když si v dospívání myslela, že je jim lhostejná a nemají na ni čas, ví, že se mýlila. Oba se její nemocí trápili a snažili se jí pomáhat a podporovat ji. V současné době Daně pomáhá i její přítel, který ví o její minulosti a dává na ni pozor, aby jedla pravidelně.

Magda zpočátku své problémy tajila, později se svěřila manželovi. Ten jí bohužel nechápal, nedokázal jí pomoci a nesnažil se ji podporovat. Po vyléčení o své nemoci řekla dětem.

Manžel byl v době Magdiny nemoci velmi pracovně vytížený a změn v jejím chování si nevšímal. S matkou a nevlastním otcem již dříve nevycházela nejlépe, takže ani zde nevidí extrémní zhoršení vztahů. Přiznává, že se ani nesnažila vztah s manželem nebo rodiči zlepšit. Vzhledem k bulimii na to neměla sílu. Také s přáteli v té době kontakty nerozvíjela a zůstávala převážně doma s dětmi. Z jejího pohledu jsou to právě děti, které v době nemoci nejvíce zanedbávala. I když s nimi byla často, nedokázala se jim věnovat, chovat je, hladit, mazlit se s nimi. Odháněla je od sebe, aby mohla jíst a zvracet.

Před 20 lety ještě neměla dostatek informací, kam se obrátit o pomoc, tak se snažila dostat z nemoci sama. Později začala chodit do různých kurzů a cvičení a tam dostávala podporu. Manžel byl naopak její změnou překvapený, později se dokonce zlobil, protože

nechápal její proměnu. Snažila se s ním o tom mluvit, ale každý už byl někde jinde. Nakonec se rozešli.

Rodiče **Lucie** se o její nemoci dozvěděli brzy, protože s nimi do svých 15 let měla hezký vztah a žádné problémy s jídlem. Všimli si, že se velmi změnila a výrazně zhubla. O její nemoci ví i kamarádky, věděli to spolužáci i učitelé na střední škole. Všem to bylo jasné, protože byla a je nezdravě hubená. V současné době o jejich problémech ví i přítel.

Lucie s lítostí přiznává, že se výrazně zhoršily vztahy s jejím okolím. S rodiči a přítelem se každý den hádala kvůli jídlu. Všichni jí vyčítají, že nejí a vypadá jako kostra. Rodiče jsou nešťastní. S kamarády se téměř nestýká. Ví, že si zkazila život a touží být zase „normální.“ Je zoufalá, protože celé své dospívání strávila tím, že se zajímala pouze o sebe a o to, jak být hubená. Dala by cokoliv za to, aby s tím nikdy nezačala.

V jejím boji s nemocí ji neustále podporují rodiče i partner. Ten je stále s ní, pomáhá jí a chce, aby byla zdravá.

Zuzka se nikdy svému okolí s problémy s anorexií a bulimií nesvěřila. Píše si pouze anonymně s dívkami na internetu, které mají stejné problémy s jídlem jako ona.

Její vztahy s okolím nebyly ideální ani před nemocí, ale několik kamarádek a známých měla. Teď chodí pouze do školy, s rodiči se stýká minimálně, nemá chuť navazovat partnerské vztahy, je stále sama.

V boji s nemocí ji nikdo nepodporuje, protože o tom nikdo neví. Jedinou její oporou jsou dívky z internetových diskuzí.

Dílčí analýza

Analýzou výpovědí jsem v tomto tematickém okruhu chtěla ukázat, jak PPP ovlivnily sociální vazby respondentek. Tedy dopady na rodinný, partnerský, společenský nebo profesní život.

Martina a Lucie našly odvahu a se svou nemocí se svěřily partnerům, rodičům i přátelům. **Dana** rodičům a partnerovi a **Magda** manželovi, po vyléčení dětem. Pouze **Zuzka** o své bulimii neřekla nikdy nikomu blízkému.

Všechny respondentky potvrzují zásadní změny v sociálních vztazích.

Narušení vztahů s **rodiči** přiznává **Martina** (rodiče to nezajímá, nechtějí jí pomoci) a **Lucie** (je jí to líto, měli spolu hezký vztah, teď jsou rodiče nešťastní, hádají se s ní).

Partnerský vztah se zhoršil **Martině** (téměř se s přítelem rozešli, protože už nezvládal bojovat s ní o každé sousto a pohyb) i **Lucii** (hádali se spolu kvůli jídlu a jak je hubená).

Dopady na **společenský život** (přátelé, známí) mají PPP v případě **Martiny** (odcizila se přátelům, vyhýbala se jim), **Dany** (nikam nechodila, přišla o většinu svých přátel, nezažila normální bezstarostné dospívání), **Magdy** (nerozvívěla vztahy s přáteli, zůstávala doma), **Lucie** (s kamarády se téměř nestýká, celé dospívání strávila tím, že se zajímala pouze o sebe a o hubnutí) i **Zuzky** (měla pár kamarádek, teď nikam nechodí, nemá chuť navazovat partnerské vztahy).

Magda dodnes lituje, jak citově i fyzicky zanedbávala své děti. Kvůli bulimii si s nimi nedokázala hrát, pochovat je, pohládit, mazlit se s nimi.

I přes zhoršené vztahy s rodinou, partnery či přáteli, většina dívek nezůstala na své problémy sama. Mohly a stále se mohou spolehnout na pomoc a podporu rodiny či okolí.

U **Martiny** je to pomoc ze strany partnera, jeho rodiny a několika kamarádek, **Danu** podporuje matka, nevlastní otec a přítel, **Lucii** rovněž rodina a přítel. **Magda** si dokázala pomoci hodně vlastní vůlí, později ji podpořili noví přátelé. Pouze **Zuzka** je stále na všechno sama a myslím, že podpora virtuálních kamarádek z internetu není v jejím případě to správné.

Současnost – zdravotní stav, vztah k jídlu, svému tělu, kontakt s lidmi s PPP

Martina se s anorexií stále ještě léčí, podařilo se jí přibrat, ale podle lékařů je to málo a měla by nabrat ještě alespoň 5 kg.

Ani k jídlu a vlastnímu tělu se jí ještě nepodařilo vytvořit normální, zdravý vztah. Snaží se jíst, ale své tělo nesnáší, pokouší se s tím žít. Propadá zoufalství, ale snaží se bojovat, jak jenom to jde. Nedokáže si sama sebe vážít, podceňuje se.

Stále je v kontaktu se stejně nemocnými dívkami na internetu (www.idealni.cz) a s kamarádkou, která také prošla anorexií.

Dana je tři roky v pořádku, v současnosti nemá žádné zdravotní problémy a doufá, že se anorexie zbavila. Drží se na váze, kterou jí schválili i v nemocnici.

Pokud jde o vztah k jídlu a vlastnímu tělu, tak uvádí, že si postavu hlídá pořád a toho se již asi nikdy nezbaví. Jinak se cítí dobře a o jídle se snaží moc nepřemýšlet.

V kontaktu s lidmi, kteří prošli nebo procházejí stejnou nemocí, není, protože se k minulosti nechce vracet.

Magda říká, že se posledních deset let, kdy žije bez bulimie, cítí výborně. Dělá věci, které ji těší, naplňují ji a pomáhají jí jak po psychické, tak po fyzické stránce.

Vztah k jídlu i vlastnímu tělu má bezproblémový. Jí na co má chuť, jídlo si užívá. K tomu vyvíjí i přiměřenou pohybovou aktivitu. Snaží se dosáhnout rovnováhy ve všech oblastech svého života.

S lidmi, kteří prošli stejnou nemocí, není cíleně v kontaktu. V různých kurzech se občas setkává se ženami, které poruchami příjmu potravy prošly nebo procházejí.

Lucie stále trpí mentální anorexií a její zdravotní stav se nelepší.

S jídlem má neustále problémy. Váží pouhých 45 kg. Ví, že je to málo, ale zároveň se jí líbí, jak je hubená. Pokud přibere kilo, trpí depresemi a má tendence zvracet.

Na internetu se zapojuje na stránkách www.idealni.cz do diskusí a hledá návody, jak se z anorexie dostat.

Zuzka má obavy, že se její zdravotní stav bude zhoršovat, protože znovu zvrací, a to i několikrát denně.

Vztah ke svému tělu a jídlu má velmi negativní. Cítí se odporně fyzicky i psychicky, trpí depresemi. Udržuje písemné kontakty s dívkami s PPP na internetu.

Dílčí analýza

Závěrečný tematický okruh jsem věnovala současnosti a chci ukázat, jak se dívkám daří bojovat se svou nemocí, jaký je jejich zdravotní stav a zda změnily postoj k jídlu a vnímání vlastního těla.

Dana a Magda doufají, že svůj boj vyhrály a anorexie a bulimie se zbavily navždy. Nemají žádné zdravotní problémy, **Magda** má pozitivní vztah k jídlu, ke svému tělu a životu obecně. **Dana** si svou postavu stále hlídá, s jídlem problémy nemá.

Martina, Lucie a Zuzka takové štěstí nemají. **Martina** se sice léčí, ale najít zdravý vztah k jídlu a svému tělu se jí zatím nepodařilo, i když bojuje ze všech sil. **Lucie** se neléčí, stále hledá zázračné návody, kterými by anorexii porazila, ale její stav se nelepší. Podle mého názoru nemá tu správnou motivaci. Jak uvedla v předchozím tématu, chce se vyléčit kvůli rodičům a snoubenci, což určitě není ten nejlepší motiv. Musí chtít jenom ona sama, za sebe, ne kvůli někomu nebo pro někoho. **Zuzka** je na tom velmi špatně. Jak po zdravotní stránce, tak se svým negativním vztahem k jídlu a svému tělu. Navíc nemá nikde žádnou podporu a uzavírá se stále více do své samoty.

Shrnutí

Cílem mé bakalářské práce bylo v teoretické části podrobněji přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a v praktické části na základě výpovědí respondentek zjistit, co bylo u nich příčinou vzniku mentální anorexie a bulimie a ukázat, jak nemoc ovlivnila kvalitu jejich života a to jak v kontextu zdraví, tak i sociálních vazeb. To znamená ukázat dopady na společenský, partnerský, rodinný nebo profesní život nemocných.

Ve své práci jsem uvedla pět smutných výpovědí mladých dívek a žen. Některé z nich nad mentální anorexií či bulimií již zvítězily a některé stále ještě, doufám úspěšně, bojují.

Kromě mých respondentek jsem v poslední době vyslechla a přečetla další desítky příběhů a internetových diskuzí lidí s PPP. Také v organizaci Anabell mi bylo umožněno zúčastnit se tzv. „povídacích“ klubů, ve kterých se setkávají dívky s tímto onemocněním. Pátrat po "základní" příčině, která u těchto nemocných vedla k rozvinutí poruch příjmu potravy je neproduktivní, protože téměř vždy se jedná o komplex problémů, hlavně psychického rázu, ale i o neznalost výživových potřeb organismu.

To, co mají poruchy příjmu potravy společné, je závažnost dopadů na životy nejen nemocných, ale i jejich rodin.

Znovu tedy zdůrazňuji, že PPP jsou opravdu nebezpečné nemoci. A jako nemoci se musí i léčit. Pacientům s mentální anorexií nebo bulimií určitě nepomohou žádné nadávky, výhrůžky ani zatracování ze strany okolí. Neplatí ani slzy a prosby. Lidé s PPP musí sami pochopit a chtít – pochopit, že jsou nemocní a chtít se léčit. K tomu potřebují především podporu a důvěru rodiny a okolí, ale často také pomoc všech zainteresovaných odborníků – lékařů, psychologů i sociálních pedagogů.

ZÁVĚR

„Bohužel nikdo nepřišel se zásadní novinkou, pokud jde o mechanismus vzniku poruch příjmu potravy a jejich léčbu. Neexistuje žádné jednoduché řešení, za všechno se musí platit. I za štíhlost a snahu obcházet přírodu.“⁹⁹

Štíhlost i vyhublost je dnes spojována se zdravím, krásou, sebekontrolou a mládím. Problém je v tom, že lidské zdraví, krásu ani spokojenost nelze zvážit ani změřit.

Samozřejmě, že by lidé neměli rezignovat na svůj vzhled, optimální tělesnou hmotnost, pohyb, celkově dobrý zdravotní stav. Druhý extrém, obezita, je také velmi nebezpečný jev, který se týká stále většího počtu lidí. Je tedy nutné, aby se lidé snažili vytvořit si takový životní styl, který nebude negativně ovlivňovat jejich psychické a fyzické zdraví.

Základ je určitě v rodině. Ve výchově ke zdravému stravování a pohybu již od dětství. Škoda, že většina českých rodin si odvykla jíst společně, zhoršila se i kultura stolování, zvýšila se konzumace sladkostí a snížila se pohybová aktivita dětí. Rodiče by měli jít dětem příkladem a vést je ke zdravému životnímu stylu, budovat jejich sebevědomí. Naučit je vnímat své tělo a přijímat všechny jeho změny jako součást zákonitého vývoje.

Aby bylo možné poruchy příjmu potravy nejenom léčit, ale hlavně jim předcházet, je nezbytně nutné, abychom se vyléčili my všichni, celá společnost. A to především ze všech omylů týkajících se diet, módních, ale umělých ideálů i toho, že štíhlost je moderní, žádoucí a je zárukou štěstí a úspěchu. Měli bychom se raději naučit vážit si i jiných hodnot, a to především těch, kterých si většinou vážíme, až když je ztratíme, když se dostaneme na hranici života a smrti. Teprve potom jsme schopni si uvědomit, že zdraví nelze s ničím jiným poměřovat.

⁹⁹ KRCH, F. D., *Mentální anorexie*, 2010, s. 13

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Jejím obsahem je analýza nejenom základních typů onemocnění, a to mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání, ale také atypických forem poruch příjmu potravy jako je ortorexie, bigorexie a drunkorexie. První kapitola teoretické části vymezuje charakteristiku těchto onemocnění. Druhá kapitola se snaží objasnit příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Ve třetí a čtvrté kapitole jsou zahrnuty projevy, průběh a zdravotní, psychické a sociální následky těchto poruch. Pátá kapitola se zabývá možnostmi léčby a druhy terapie. Poslední kapitola je věnována preventivnímu působení.

Praktická část obsahuje výpovědi dívek a žen, které trpí poruchami příjmu potravy. Tyto výpovědi jsou reálné a jsou popsány konkrétními osobami. Pomocí kvalitativního výzkumu, jsem se snažila hledat odpovědi na otázky, co bylo příčinou jejich nemoci a jak jim porucha příjmu potravy ovlivnila jejich život v kontextu zdraví a sociálních vazeb.

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje poruchám příjmu potravy a možnostem jejich terapie. Je zaměřena především na problematiku základních forem, tedy na mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání, ale přibližuje i nespecifické a atypické formy poruch příjmu potravy. Kromě příčin, diagnostiky, příznaků a důsledků poruch popisuje také jejich léčbu a jednotlivé terapeutické postupy. Cílem výzkumu bylo zjistit příčiny vzniku mentální anorexie nebo mentální bulimie u vybraných respondentů a jak jim nemoc ovlivnila život z hlediska zdraví a sociálních vazeb.

ANOTATION

This bachelor thesis concerns eating disorders and possibilities of their therapy. It is focused primarily on the issue of basic forms, i.e. on anorexia nervosa, bulimia nervosa and compulsive eating, however, it also clarifies non-specific and atypical forms of eating disorders. Except for causes, diagnostics, symptoms and consequences of disorders, the thesis also describes their treatment and particular therapeutic methods. The aim of this research was to find out causes of the emergence of anorexia nervosa or bulimia nervosa at selected respondents and how the disease has influenced their lives from the point of view of health and social bonds.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, projevy, průběh, rizika, komplikace, důsledky, léčba, terapie, prevence.

KEY WORDS

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, causes, expression of the disease, disease process, risks, complications, consequences, treatment, therapy, prevention.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 3.vyd. Public promotion, 2008, 251s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [2] CASSUTO, D. A., GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout*, 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 120s. ISBN 978-80-7367-357.
- [3] COHN, L., HALL, L. *Rozlučte se s bulimií*, 1.vyd. Brno: ERA, 2003, 240s. ISBN 80-86517-60-8.
- [4] COOPER, P. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*. 1.vyd. Olomouc: Votobia, 1995, 207s. ISBN 80-85885-97-2.
- [5] DVOŘÁKOVÁ, P. *Já jsem hlad*. 1.vyd. Brno: Host, 2009, 138s. ISBN 978-80-7294-318-0.
- [6] FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
- [7] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008, 408s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [8] JOHNSTONOVÁ, A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny*. 1.vyd. Praha: Rybka Publishers, 2011, 244s. ISBN 978-80-87067-33-8.
- [9] KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 200s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [10] KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010, 264s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [11] KRCH, F. D. a kolektiv *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7
- [12] KŘEPELKOVÁ, M. *Příběh ženy*. 1.vyd. Brno: Ladění, 2011, 68s. ISBN 978-80-254-8981-9.
- [13] LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140s. ISBN 80-205-0499-0.
- [14] MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001, 240s. ISBN 80-7178-521-0.

- [15] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, 152s. ISBN 80-7178-831-7.
- [16] PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 424s. ISBN 978-80.247-2425-6.
- [17] RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, 57 s.
- [18] SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 128 s. ISBN 80-7178-795-7.
- [19] VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: IMS, 2010, 181s.

Odborné časopisy

- [20] Měsíčník Dieta, Maříková, P. *Závislost na zdraví*, 2006, str.46, 47.
- [21] Měsíčník Dieta, Šimoňáková, J. *Příliš štíhlá pro život*, 2011, str. 29
- [22] Měsíčník Psychologie dnes, Sládková, I. *Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných*, 2005, str. 24-25.
- [23] Měsíčník Psychologie dnes, Krch, F. D. *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*, 2006, str. 25.
- [24] Občanské sdružení Anabell, *Stručně o mentální anorexii a mentální bulimii*. Informační leták, 15. 8. 2010.

Internetové zdroje

- [25] <http://www.proti-ppp.estranky.cz/clanky/zachvatovite-prejidani/1.html>
- [26] http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251
- [27] http://www.idealni.cz/kde-a-u-koho-hledat-pomoc+terapie_show.asp?id=1623#ixzz1q6xAmhQR
- [28] http://www.idealni.cz/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a-bulimii+terapie_show.asp?id=1629#ixzz1q6xbWsho
- [29] http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickych-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657#ixzz1q6xSIDOs
- [30] <http://www.liniebox.cz/clanky/zachvatovite-prejidani/>

- [31] <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>
- [32] <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník