

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Záchvatovité přejídání u žen 20-30 let
- nejdůležitější momenty terapie**

Binge eating disorder amongst women between the
ages of 20 - 30
– the most important moments of therapy



Diplomová práce

Autor: Bc. Eva Junková
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Studijní obor: Psychologie
Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze dne 20. 11. 2015

Bc. Eva Junková

Obsah:

I.	Teoretická část.....	5
	1. Úvod.....	5
	2. Poruchy příjmu potravy.....	6
	3. Záchvatovité přejídání.....	10
	4. Léčba záchvatovitého přejídání.....	14
	a) Psychoterapie.....	14
	b) Směry zabývající se poruchami příjmu potravy.....	16
	c) Hlavní druhy léčby poruch příjmu potravy.....	18
	d) Komplexnost terapie.....	18
	e) Postup léčby.....	19
	f) Okruhy léčby.....	22
	g) Fáze léčby.....	29
	5. Uzdravení, relaps a jeho prevence.....	30
	6. Psychiatr, psycholog, psychoterapeut.....	35
	a) Rozdíl mezi psychiatrem, psychologem a psychoterapeutem.....	35
	b) Jak probíhá návštěva u psychiatra, psychologa, psychoterapeuta.....	36
	c) Některé praktické otázky pro posouzení PPP a při léčbě.....	37
	7. Již provedené výzkumy.....	40
II.	Empirická část.....	43
	1. Úvod k výzkumu.....	43
	2. Příprava na výzkum.....	43
	3. Cíl výzkumu.....	44
	4. Metody získávání dat.....	44
	5. Výzkumný vzorek.....	45
	6. Etická úskalí.....	45
	a) Důvěra.....	45
	b) Sřet zájmů.....	46
	c) Ochrana soukromí a osobních dat.....	46

d) Další.....	46
7. Metody zpracování dat.....	47
8. Okruhy pro rozhovory.....	49
9. Výsledky výzkumu I. - nejdůležitější momenty terapie.....	49
10. Výsledky výzkumu II. – prevence relapsu.....	53
11. Diskuze.....	57
12. Souhrn.....	60
13. Závěr.....	61

Literatura a další zdroje

Příloha č. 1 – Zadání diplomové práce

Příloha č. 2 – Abstrakt

Příloha č. 3 – Abstract of thesis

Příloha č. 4 – Rozhovor č. 1

Příloha č. 5 – Rozhovor č. 2

Příloha č. 6 – Výzkumný vzorek v bakalářské práci

I. Teoretická část

1. Úvod

Existuje mnoho lidí, pro něž jídlo není jen nezbytnou součástí každodenního života či prostým potěšením. Stává se pro ně takřka drogou, která nepříjemně ovládá jejich životy.

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažná psychická onemocnění. Stále více upoutávají pozornost jak veřejnosti, tak i odborníků a médií. Záchvatovité přejídání je jedna z poruch příjmu potravy, o které se ještě tolik nenamluvilo (na rozdíl od mentální anorexie či mentální bulimie), ale stále více odborníků se jí začíná věnovat.

Tato práce volně navazuje na mou bakalářskou práci: Hromádková, E. (2013). Záchvatovité přejídání u žen 19-30 let - ovlivňující faktory a spouštěče, ve které jsem se věnovala etiologii onemocnění z pohledu samotných respondentek.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat nejdůležitější momenty terapie z pohledu samotných respondentek a zjištění efektivních preventivních opatření v každodenním boji se záchvatovitým přejídáním. Mým cílem není srovnávání různých psychoterapeutických přístupů, škol či metod. Cílem je získat introspektivní subjektivní pohled samotných klientek psychoterapie. V první části diplomové práce věnuji prostor teoretickým poznatkům o dané problematice, které dávají rámec celému tématu. Pozornost jsem zaměřila na okruhy: Poruchy příjmu potravy, Záchvatovité přejídání, Léčba záchvatovitého přejídání, Uzdravení, relaps a jeho prevence. Dále jsem připojila kapitolu Psychiatr, psycholog, psychoterapeut, ve které pro laiky v krátkosti vysvětluji, jak probíhá sezení u odborníka. Je zde také několik doporučení pro odborníky, kteří v této problematice ještě nemají praxi. Závěr teoretické části je věnován již provedeným výzkumům v této problematice. Druhá část mé diplomové práce patří kvalitativnímu výzkumu, ve kterém celkem 5 respondentek podává subjektivní stanovisko ohledně své terapie a svého pohledu na prevenci relapsu záchvatovitého přejídání.

Ačkoli se poruchy příjmu potravy netýkají pouze žen, je v této diplomové práci používán převážně ženský rod a to z toho důvodu, že respondentkami v empirické části byly ženy.

2. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy tvoří okruh onemocnění, kam patří mentální anorexie (odmítání jídla), bulimie (záchvaty přejídání a zvracení) a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. U těchto onemocnění (zkráceně PPP) jsou typické obavy z tloušťky, manipulace s jídlem sloužící ke snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Jde o psychická onemocnění. To znamená, že chování spojené s nemocí není od určitého stádia člověk schopen ovládat, a tedy se i sám bez pomoci druhých nemoci zbavit. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky (především u anorexie), nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (Hromádková, 2013).

Obecně se dá říci, že o poruchu příjmu potravy se jedná tehdy, když narušené jídelní vzorce začnou mít vážný vliv na psychické a fyzické zdraví člověka (Middleton, 2010).

Mezinárodní klasifikace nemocí (**MKN-10**) a Diagnostický a statistický manuál (**DSM-IV**) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem Poruchy příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální bulimii (MB) a mentální anorexii (MA). Vzhledem k tomu, že velký počet pacientů nenaplnuje některé z diagnostických kritérií, obě příručky se věnují také atypickým, subklinickým, parciálním nebo jinak nespécifikovaným poruchám příjmu potravy.

Mentální anorexie se dělí na nebulimickou (nedochází k opakovaným záchvatům přejídání) a bulimickou (během epizody mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání). Mentální bulimie se dělí na purgativní (pacient pravidelně používá zvracení, laxativa či diuretika) a nepurgativní (pacient jako kompenzační prostředek používá diety, hladovky, intenzivní fyzické cvičení).

Atypické a nespécifické poruchy příjmu potravy podle MKN-10:

Kategorie atypická mentální anorexie (F50.1) nebo atypická mentální bulimie (F50.3) se užívají u pacientů, u nichž chybí jeden či více základních příznaků poruchy, ale které vykazují jinak typický klinický obraz.

Jinak nespecifikované PPP podle DSM-IV:

Podle DSM-IV sem patří případy různé podoby MA a MB, které však úplně nesplňují kritéria typické MA a MB, či případy tzv. „Syndromu nočního přejídání“. Je možné sem zahrnout i opakované epizody přejídání bez hladovek nebo purgativního chování typického pro MB. Jsou to pacienti, kteří se nekontrolovatelně přejídají bez kompenzačního chování. Tento typ záchvatovitého přejídání je často spojen s obezitou či nadváhou. Jak uvádí např. Krch (2005), existuje návrh klasifikovat tuto kategorii jako třetí druh poruch příjmu potravy pod termínem „**Záchvatové přejídání**“ (Binge Eating Disorder = BED).

Navrhovaná definice:

- A. Opakované epizody přejídání, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla
- B. Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:
 - 1. Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
 - 2. Jí, dokud se necítí nepříjemně plný
 - 3. Jí, aniž by pocíťoval hlad
 - 4. Jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho
 - 5. Po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován, cítí se velmi provinile
- C. V souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti
- D. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát do týdne po dobu 6 měsíců
- E. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním

Hranice mezi jednotlivými poruchami příjmu potravy může být velmi tenká. Také hranice, kdy se ještě nejedná o poruchu příjmu potravy a kdy už jde o diagnózu je velmi citlivá. Jak uvádí Middleton (2010), mnoho lidí má potíže s jídlem, ale nikdy se nedostanou tak daleko, aby jim byla diagnostikována porucha příjmu potravy. Jiní mají závažné

problémy, ale nezapadají ani do jedné škatulky poruch příjmu potravy. Největší procento nemocných ale tvoří ti, kteří nevyhledají pomoc. Brání jim v tom pocity studu, viny, strach nebo nerozpoznání nemoci.

Je tedy běžným jevem, že pacient si projde různými etapami a formami poruchy příjmu potravy, zpravidla od restriktivní anorektické fáze po mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání spojené s nadváhou až obezitou. I tento fakt se podílí na obtížné léčbě, velkém procentu relapsů (návratů poruchy po zdánlivém vyléčení) a celkově neuspokojivé statistice úplného uzdravení (Hromádková, 2013).

Middleton (2010) popisuje v kostce **cestu k poruše příjmu potravy**:

V první fázi člověk začne hlídat svou váhu, aby tím řešil své jiné problémy v životě. Uvěří společensky rozšířenému mýtu, že být štíhlý rovná se úspěch a štěstí, že když bude štíhlejší, vše bude jiné. Tato mylná domněnka je u kořenů většiny poruch příjmu potravy. Lidé se zaměřují na jídlo a svou váhu jako na něco, co mohou nebo by měli být schopni ovlivnit. Ostatní jakkoli závažné problémy odsouvají stranou, věří, že hlídání váhy je učiní šťastnější.

Druhou fází jsou limity, které si člověk určí v příjmu potravy. Lidé si nastaví zákazy, co smí a nesmí jíst, vytváří si dietní plány, seznamy zakázaných potravin, počítají kalorie, gramy tuku v potravinách, sami si ordinují hladovky („detox“) či se zkrátka snaží jíst co nejméně. K dodržování těchto pravidel upínají pak své naděje na zlepšení svého života obecně.

Pokud se člověku „daří“ tento dietní plán dodržovat, začne ztrácet na váze a tato rychlá a mocná zpětná vazba ho silně motivuje pokračovat. Potřeba udržovat váhový úbytek a mít „váhu pod svou kontrolou“ se stane příliš silnou. Člověk ignoruje signály svého těla, které je „trápeno“ redukční dietou a žádá si potravu. Zde už se nacházíme na hranici **anorexie**.

Druhá skupina lidí těmto silným pocitům podlehne a ztratí kontrolu nad svým jídelním chováním. Často pak jedí právě to, co si zakazovali a to ve velkých množstvích. To vede k **záchvatovitému přejídání**, které se vyznačuje periodickými ztrátami kontroly a konzumací velkého množství jídla. Tyto záchvaty přejídání jsou spojeny s nesnesitelnými pocity viny, studu, lítosti a sebestenávisti. Po záchvatu si člověk slíbí, že již nikdy nic takového nedovolí a vrátí se do první fáze - omezování se v potravě a snaží se nastavit ještě

přísnější limity. Opakuje tak stejné chyby, záchvaty se zhoršují a celý cyklus se opakuje stále znovu. Záchvaty přejídání se objevují několikrát týdně, následkem čehož člověk neubírá na váze, jak si původně přál, právě naopak. O to víc je sám sebou znechucen, nenávidí své tělo, cítí se bezradný. Příjem potravy je silně spjat s emocemi, s depresí a osamělostí.

Poslední skupina lidí také trpí v kruhu omezování se a přejídání se. Ale emoce po záchvatu přejedení jsou natolik silné, že je přivedou k pokusu udělat cokoli, aby zkonsumované jídlo nezvýšilo jejich váhu. Začnou se pročišťovat, užívat projímadla či jiné léky, zvracet, nebo jakkoli jinak (například každodenním intenzivním cvičením) odčinit záchvat přejedení. Takto se rozvíjí **mentální bulimie**. Ať už je metoda jakákoli, stává se součástí cyklu: držení diety, ztráta kontroly, pročišťování, snaha o znovuzískání kontroly.

Poruchy příjmu potravy ovlivňují chování a prožívání nemocného, ale i životy jejich blízkých. Nemocní popisují, jak jim obyčejné věci, jako je například zvážení se po ránu, mohou zničit celý den. První, co po probuzení udělají je, že jdou na toaletu a poté se při značné nervozitě zvaží. Číslo, které váha ukáže, jim předurčí celý následující den. Buď budou šťastní, sebevědomí nebo demoralizovaní, depresivní. Ovlivní to i jejich pracovní výkon a osobní vztahy (Middleton, 2010).

Lidé s akutní poruchou příjmu potravy se obvykle postupně izolují od svého sociálního okolí. Jejich zvyky se stále více vymykají normálu, tráví myšlenkami a činnostmi okolo jídla, cvičení, dietních plánů, nákupu potravin stále více času. Často prožívají pocity, že jsou oškliví, tlustí, „k ničemu“ a odmítají chodit do společnosti. Oběti poruchy příjmu potravy jsou s rozvíjející se nemocí stále více osamělé a odříznuté od okolního světa. Pokud si nemocný najde nějaké přátele během rozvíjející se nemoci, často jsou to lidé postižení stejně jako on. Jsou pak společníky ve své nemoci, vyměňují si jídelníčky, tipy, deníky, podporují se v nezdravých jídelních návycích. Většinou bývá u pacientů s poruchou příjmu potravy narušen také sexuální život. Negativní mysl se vyhýbá důvěrným vztahům, narušená biochemická rovnováha narušuje také sexuální pud a navíc jsou nemocní znechuceni svým vzhledem (Claude-Pierre, 2001).

Podobně jako u jiných duševních poruch se na etiologii poruch příjmu potravy podílí celá řada faktorů. Neexistuje jediný rozhodující faktor, téměř vždy jde o jakousi konstelaci vlivů rodinných, psychických, sociokulturních a biologických, vlivů nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, apod. „Žádný z těchto faktorů neexistuje izolovaně a k

pochopení etiologie PPP je třeba se snažit porozumět komplexní interakci rozhodujících vlivů, bez zavádějícího vymezování priority.“ (Krch, 2005, s. 79).

3. Záchvatovité přejídání

Jako u všech poruch příjmu potravy se častěji vyskytuje u žen. Avšak zastoupení mužů je u záchvatovitého přejídání mnohem vyšší než u jiných typů PPP. Může se rozvinout v podstatě v jakémkoliv věku. Na rozdíl od jiných PPP se velké míře projevuje až ve starším věku (Hromádková, 2013).

Záchvatovité přejídání není určeno množstvím jídla nebo tělesnou hmotností, ale způsobem, jakým se člověk ve svém životě vztahuje k jídlu, jak se vypořádává s jídlem, potravinami a tělesnou hmotností. (Maloney, Kransová, 1997).

Cooper (2014) uvádí, že v současné době se za záchvatovité přejídání považuje konzumace jídla, pro kterou jsou typické dva rysy – množství snědeného jídla je nepřiměřeně velké a konzumace je doprovázena subjektivním pocitem ztráty kontroly nad tímto jednáním.

Přejídání probíhá téměř ve všech případech tajně. Obvykle k tomu dochází doma, ale i při nákupu potravin nebo cestou mezi obchody či při cestě z obchodu domů.

Častou příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Častým důsledkem pak bývá přibírání na váze, deprese, nespokojenost se sebou samým. Porucha se vyznačuje následujícími body (Hromádková, 2013):

- 1.** Nevyvážené stravování - značné omezování se v jídle (i hladovění) či jednostranný jídelníček se střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst. Takové stavy nejsou výjimečné, naopak se s jistou pravidelností opakují.
- 2.** Po "záchvatu" konzumace potravy přichází fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle ale nedochází ke zvracení (či k jinému kompenzačnímu chování).
- 3.** S nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou a snaha se nejrůznějším způsobem omezovat v jídle.

4. Porucha se častěji rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady.

Příznaky záchvatovitého jednání podle Maloney, Kransové (1997):

- Postižený tajně nakupuje a konzumuje jídlo
- Je zahanbený, když je spatřen při jídle
- Proklamuje dodržování přísné diety, ale jeho váha se neubírá směrem dolů
- Konzumuje neobvykle velké množství jídla
- Často jí i tehdy, když je úplně plný
- Reaguje jídlem na špatné nebo dobré zprávy
- Jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaný, rozzlobený nebo osamělý
- Celý den si plánuje úplně nebo hlavně podle jídla (případně si ho plánuje jako vyhýbání se jídlu)
- Má zvláštní rituály, které se týkají potravin a jídla
- Bojí se zůstat sám s jídlem
- Má silné pocity viny, zahanbení ve vztahu k potravinám a jídlu
- Střídá období těžkého přejídání s obdobím přísné diety
- Neustále se bojí, že bude tlustý

Asi každý člověk se někdy ve svém životě přejedl. Každý jsme zažili příjemné prožitky při stravování. Pokud se přejíme, často toho litujeme, mohou se dostavit pocity viny či hanby. To je v celku přirozené, „normální“. Pro lidi, kteří uvízli v poruše příjmu potravy, se tyto pocity staly něčím mnohem silnějším a je pro ně velmi obtížné se z nich vymanit (Middleton, 2010).

Paterson (2008) uvádí, že více jak 50% nemocných záchvatovitým přejídáním trpí souběžně také depresemi. Patologie záchvatovitého přejídání netkví v tom, že člověk jí víc než by chtěl. Každý člověk se někdy přejí. Podstata je ve vztahu nemocného k jídlu. Nemocní jedí proto, aby přehlušili emocionální bolesti, aby utlumili pocity osamělosti, vzteku, frustrace, smutku či nudy. Po nekontrolovaném přejedení však cítí stud, odpor sami k sobě. Proto své jídelní chování drží v tajnosti. To je uvrhá do ještě větší samoty. Tento způsob vypořádávání se s emocemi přivede člověka do neúprosného kolotoče přejídání.

Záchvatovité přejídání poprvé v roce 1959 popsal obézní pacient Stungard (Silverstone, 2005), tato nemoc však není doménou pouze lidí trpících nadváhou, obezitou. Přejídá se mnoho lidí s „normální“ tělesnou hmotností. (Paterson, 2008).

Chambers (2009) uvádí, že se jedná o nejrozšířenější poruchu příjmu potravy mezi muži a ženami. Paterson (2008) tento fakt potvrzuje a dále uvádí, že jde o nejrozšířenější poruchou příjmu potravy mezi muži, ale také mezi dětmi. Vyskytuje se napříč všemi sociálními vrstvami.

Příspěvek Kviatkovské (2015) z X. Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě přináší tato fakta:

Záchvatovité přejídání je nejčastějším onemocněním patřícím do spektra poruch příjmu potravy. Toto onemocnění se pro svou souvislost s civilizačními nemocemi v poslední době více dostává do zájmu odborné i laické veřejnosti. V MKN 10 se nachází pod diagnózou F 50.4. Jako samostatná diagnóza se záchvatovité přejídání objevilo poprvé v apendixu DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Přesná specifikace této nemoci s přesně vyhraněnými diagnostickými kritérii se nachází v DSM-V. Epizoda záchvatovitého přejídání je definována jako konzumace množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejnou časovou jednotku a za stejných okolností, a je provázená pocitem ztráty kontroly. Záchvat přejedení je typicky provázen větší rychlostí příjmu potravy či pokračováním v jídlu i přes pocit sytosti do pocitu nepříjemného přeplnění až bolesti. Nemocní jí v tajnosti. K stanovení diagnózy je potřebná četnost záchvatů přejedení minimálně jedenkrát za týden po dobu posledních tří měsíců. Jednotlivé epizody záchvatovitého přejídání jsou doprovázeny cravingem, tj. neodolatelným nutkáním ke konzumaci jídla. Craving jako příznak onemocnění lze pozorovat pomocí funkčních zobrazovacích metod a umožňuje tak identifikaci místa, které je za onemocnění zodpovědné. Souvisí s nedostatečnou inhibicí z dorsolaterálního prefrontálního kortexu a s

hyperaktivitou v orbitofrontálním a předním cingulárním kortexu. K charakteristice záchvatovitého přejídání patří pocit studu a znechucení nad sebou samým a svým jídelním chováním. Kombinace studu nemocných, který jim brání přiznat své onemocnění a vyhledat pomoc, a utajování nemoci před nejbližšími, kteří by je mohli v boji s touto nemocí podpořit nebo přivést k odborníkovi, často léta brání v zahájení terapie. Úspěšnost terapie je pak i díky těmto aspektům snižena. V současné době se v léčbě záchvatovitého přejídání používá zejména farmakoterapie, řízená psychoterapie či svépomocná terapie. Pacienti mohou být léčeni během hospitalizace, či v režimu ambulantní péče. Vysokofrekvenční repetitivní magnetická stimulace má potenciál aktivovat mozkovou kůru, která přímo leží pod cívkou (dorsolaterální prefrontální kortex), a inhibovat neuronální aktivitu ve vzdálenějších místech (orbitofrontální a přední cingulární cortex). Tento poznatek nabízí prostor ke zkoumání alternativních možností terapie záchvatovitého přejídání. Při jednorázové aplikaci rTMS bylo již prokázáno i krátkodobé snížení cravingu u pacientů s bulimií a u purgativního typu anorexie.

Nyní si dovoluji shrnout zákonitosti této poruchy (Cooper, 1995; Maloney, Kranzová, 1997).

Během záchvatu je jídlo konzumováno velmi rychle, první pocity bývají velmi příjemné, ty se však po chvíli vytrácí. Přijde ztráta sebekontroly, ještě rychlejší hltání. Již v tuto chvíli mohou přijít pocity viny, hanby, zoufalství, napětí, neklid. I přes to většinou přejídání trvá až do momentu, kdy je člověk tak plný, že se do něj „už nic nevejde“, kdy už ho bolí žaludek. V tu chvíli si člověk plně uvědomí, co „provedl“. Pocity viny, zoufalství, sebenenávisti, pocit vlastní neschopnosti a obrovské výčitky svědomí sílí. Poté přichází potřeba se očistit, zbavit se přebytečných kalorií. Někteří lidé tuto potřebu zaženou, přibývají na váze, jiní se snaží vyvážit jídlo cvičením či nasadí dietu, až hladovku, další zneužívají projímadla či jiné léky. Zde už mluvíme o nepurgativní bulimii. Hranice mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy je velmi tenká, často se typy prolínají.

Záchvat většinou začíná silnou touhou po jídle – silným nutkáním (craving), které lze jen těžko překonat. Při přejídání se jídlo konzumuje velmi rychle, často při sledování televize, aktivitách na počítači, při čtení či jiné aktivitě, aby nevznikl prostor pro uvědomění si svého počínání.

Jak již bylo zmíněno, záchvatovité přejídání se netýká pouze obézních lidí. Avšak obezita je hlavní zdravotní komplikací tohoto onemocnění (Paterson, 2008). Obezita je

chronické onemocnění, které se projevuje nadměrným ukládáním tuku v tukové tkáni. Obezitou se rozumí vyšší stupeň nadváhy (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Obezita přináší mnoho zdravotních komplikací. V oblasti fyziologické je to například vysoký krevní tlak, srdeční onemocnění, astma, vysoká hladina cholesterolu, zvýšené riziko rakoviny, cukrovka, nemoci pohybového aparátu. V oblasti sociální přináší komplikace v mezilidských vztazích, předsudky společnosti, posměch, lítost, nepříjemné situace spojené s nedostatečně velkými prostory, sedadly apod. V oblasti psychické může přinášet řadu psychických potíží, pocity méněcennosti, frustrace, vztek, pocity osamělosti, pocity bezcennosti, deprese. Paterson (2008) ale zdůrazňuje, že obezita jako taková psychické problémy sama nepřináší. Tyto problémy byly v člověku zakořeněny ještě před tím, než se dostala váha na hranici obezity. Obezita tyto potíže umocňuje.

Jak uvádí Papežová (2012), literatura týkající se záchvatovitého přejídání vzniká až v posledních 20 letech a účinnější léčebné metody, kromě kognitivně-behaviorálních programů a farmakoterapie, vznikají jen velmi pomalu.

4. Léčba poruch příjmu potravy

a) Psychoterapie

Psychoterapie je v nejširším slova smyslu léčebné působení psychologickými prostředky na člověka. Je to záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta či klienta. Psychoterapeut se stará o život, jeho smysl, naplnění, vztahy. Pomáhá lidem vyrovnat se s problémy života, najít sama sebe na základě pravdivějšího sebepoznání a seberealizovat se. Styl psychoterapie můžeme dělit na direktivní a nedirektivní. Při direktivní psychoterapii vystupuje psychoterapeut v roli experta a přímo usměřuje jedince, jeho chování, postoje, myšlenky. V nedirektivní psychoterapii působí psychoterapeut jako usměřující činitel jen vzdáleně. Zaujímá neutrální postoj a podněcuje pacienta/klienta ke slovní či emoční produkci. Neuděluje rady ani doporučení. Je v roli průvodce, který spolupracuje s klientem na jeho zakázce.

Formy psychoterapie představují uspořádání a základní rámeček, v němž psychoterapie probíhá. Rozlišujeme individuální (dyadickou) a skupinovou psychoterapii. Skupinová může probíhat v přirozených skupinách (rodina, školní třída, svépomocné skupiny) či

v uměle vytvořených skupinách. Ty mohou být uzavřené (nepřijímají další nové členy) či otevřené (počet členů se může v čase měnit). Zvláštní formou je terapeutická komunita. Psychoterapie může probíhat v rámci hospitalizace či ambulantně, v běhu denního stacionáře, atd.

Prostředky psychoterapie představují konkrétní způsoby práce a postupy, můžeme je rozdělit na práci slovem (terapie rozhovorem), obrazem (práce s fantazií, sny, aj.) a akcí (činnost a nácvik – př. nácvik relaxace, terapie hrou, psychogymnastika, aj.).

Podle použité metody můžeme v psychoterapii dále dělit přístupy na kauzální a symptomatické. Cílem kauzálního přístupu je nalezení a odstranění příčin konfliktu. Jde o časově náročnou formu psychoterapie. Do tohoto přístupu se řadí zejména psychoanalýza, psychoanalytické a psychodynamické směry. Symptomatická forma se snaží odstranit symptomy bez hledání jejich příčin. Využívá sugestivní postupy a nácvikové techniky. Tato forma psychoterapie je časově méně náročná, ale její efekt bývá krátkodobý. Mezi hlavní směry patří například kognitivně-behaviorální psychoterapie.

V praxi se psychoterapie liší v délce a intenzitě (několik let/5 krát týdně/jedno sezení za měsíc), v metodách (volné asociace a jejich interpretace/reflektování toho, co klient řekne/rozhovor zaměřený na určité předem stanovené problémy/nonverbální práce/nácvik určitého chování, aj.), v chování terapeuta (odměřené, neosobní/aktivní/direktivní/terapeut jako vzor, aj.).

Cíle psychoterapie jsou pro všechny směry podobné. Odstranit příznaky, vyřešit aktuální problém, naučit klienta mít symptomy pod kontrolou, naučit jej problémy řešit samostatně, změnit klientův postoj k problémům, případně změnit osobnostní charakteristiky klienta, jeho životní filozofii, jeho chování a prožívání. Obecně jde o zmírnění pocitu utrpení, zvýšení pocitu pohody, vlastní zodpovědnosti, zlepšení sebevědomí.

V moderní psychoterapii dochází stále více k integraci různých postupů a metod. Jde-li o kombinované využívání různých metod bez ohledu na jejich původní teoretické východisko (podle toho, co je v daném případě dle terapeuta nejvhodnější), mluvíme o tzv. eklektické praxi. Na rozdíl od toho tzv. integrativní psychoterapie se pokouší sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího cechu nebo vytvořit teorii jim nadřazenou. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

U psychoterapie je nezbytná aktivní spolupráce pacienta. Důležitý je také terapeutický vztah, který musí být založený na důvěře. Tento typ léčby vyžaduje delší dobu. Může se provádět ambulantně, popřípadě v nemocnici (Vágnerová, 2004).

b) Směry zabývající se poruchami příjmu potravy

Jak uvádí Cooper (2014), v průběhu 80. a 90. let 20. století se rozvíjely metody v léčbě bulimie ve dvou směrech. V USA probíhala snaha prozkoumat úlohu některých léků, především antidepresiv a ve Velké Británii byly vypracovány některé formy psychologické léčby, jejíž účinnost byla hodnocena v klinických studiích. Výzkumná data naznačují, že to, co platí pro bulimii, platí také pro záchvatovité přejídání. Výzkum věnující se těmto otázkám však zatím není dostatečný. Také Jaccobi (2006) uvádí, že psychoterapeutické metody pro léčbu záchvatovitého přejídání jsou odvozené od metod používaných pro terapii bulimie.

Vzhledem k tomu, že u poruch příjmu potravy jde o narušený vztah k vlastnímu tělu, vedlo to k předpokladu, že aplikace terapie pracující s tělem nebo pohybem povede ke zlepšení stavu. Může se jednat o taneční a pohybovou terapii (expresivní terapie), kinesioterapii, terapii zaměřenou na tělo, terapii pomocí masáže, relaxační techniky, fyzickou aktivitu a cvičení, video konfrontaci, techniky pracující se zrcadlem, aj. (Adámková Ségard, M., 2010).

Psychomotorická terapie se realizuje aktivně prováděným záměrným pohybem vedoucím k somatopsychickému ovlivnění jedince - jeho duševních procesů, stavů, jeho osobnosti a jeho sociálních vztahů. Tato somatoterapeutická aktivita pracuje s modelovými cíleně zaměřenými pohybovými programy, které využívají prvky fyzických cvičení, sportu, pohybových her. Cílem je působit na zmírnění či odstranění psychických a psychosomatických obtíží a jejich příčin. Tato terapie se inspiruje psychoterapeutickými přístupy na bázi terapie učení a chování. (Adámková Ségard, M., 2010)

Papežová (2001) ve svém článku shrnující témata 3. Mezinárodní a mezioborové konference o poruchách příjmu potravy popisuje nové psychoterapeutické přístupy. Uvádí, že problematika poruch příjmu potravy stále narůstá, zvyšuje se prevalence, pestrost klinických (atypických) obrazů i procento komorbidit. Přestože v posledním desetiletí výzkumy prokázaly účinnost kognitivně-behaviorální terapie (40–60 %), stále zůstává vysoké procento chronických průběhů (25–35 %), vysoké procento úmrtnosti (5–20 %) a

sebevražednosti (dvakrát vyšší než u ostatních psychiatrických diagnóz). Proto se ve světě hledají nové psychotherapeutické přístupy k poruchám příjmu potravy, které především pracují se zvyšováním motivace pacientek (i rodičů) a zlepšováním terapeutického vztahu.

Nejvíce ze všech psychotherapeutických metod byla podrobená výzkumu účinnosti klasická kognitivně behaviorální terapie (KBT), která vede k vyléčení u bulimie v 40–60%. V 90. letech přišla kritika KBT zaměřené pouze na váhu, tvar těla a zaujetí dietami. Novější formy KBT berou v úvahu motivační otázky a terapeutický vztah, interpersonální vztahy i emoční reakce na emoční ohrožení. Na KBT jsou založené svépomocné manuály, podporované svépomocné aktivity. Jejich vliv na průběh onemocnění je také ještě předmětem výzkumu.

Kognitivně Analytická Terapie (CAT) je již 10 let používána jako terapeutický model v léčbě mentální anorexie a bulimie. Byla vytvořena Anthony Rylem kombinací kognitivně behaviorální terapie s pozorností věnovanou interpersonálním vztahům, především vztahu pacient – terapeut. CAT pomáhá porozumět vztahu terapeuta a klienta, jak se rozvíjí během terapie. Terapeut poukazuje na maladaptivní vztahové vzorce, které si pacientky s poruchami příjmu potravy utvořily.

Dialektická behaviorální terapie (DBT) se původně používala u chronicky suicidálních hraničních pacientů. Tento terapeutický model se začal používat také u žen s psychogenním přejídáním díky předpokladu, že přejídání plní u těchto pacientek stejnou funkci jako sebepoškození u hraničních pacientů, krátkodobou úlevu od nepříjemných, negativních afektů. Tento model je zaměřený na zlepšení ovládnutí afektů. Pacientky se učí, jak se zabavit, zvládat stres, regulovat emoce, jak zvládat interpersonální dovednosti.

Papežová (2001) ještě doplňuje, že nově se rozvíjející terapeutické metody a přístupy jsou většinou modifikací či adaptací přístupů již používaných. V terapii záleží na tom, na jaké úrovni je klient schopen pracovat a co je pro něj nejefektivnější jak z hlediska symptomatiky, tak z hlediska zralosti jeho osobnosti. Zohlednění zralosti osobnosti klienta, adekvátní výběr přístupu terapie a schopnost jej flexibilně měnit podle potřeby klienta, jsou důležitými faktory v práci psychotherapeuta.

Podle Němečkové (2007) je u poruch příjmu potravy obecně nezbytné zachovat komplexní terapeutický přístup – psychotherapie, farmakoterapie, režimová léčba. Základním terapeutickým krokem je zlepšení stavu výživy, nezbytná je také psychoedukace pacienta

samého i jeho rodinných příslušníků. V psychoterapeutických přístupech je v současné době preferovaná kognitivně behaviorální terapie (KBT) s cílem vytvoření změn v postojích pacientek (a pacientů) k jídlu, sobě samé a k vnímání svého tělesného schématu. Novější formy KBT pracují s motivací, interpersonálními vztahy a s emočními reakcemi na ohrožení. Dále je užívána také interpersonální terapie, dialektická behaviorální terapie, kognitivně analytická terapie, psychodynamická a psychoanalytická terapie. Terapie může probíhat formou individuální, skupinové, rodinné psychoterapie či formou svépomocných skupin.

U poruch příjmu potravy je vhodné, aby byla prováděna nejen individuální, ale i rodinná forma terapie, zvláště u mladších pacientek (a pacientů), je-li to možné.

c) Hlavní druhy léčby poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy znamená správné a vyvážené stravování a dlouhodobou práci na vnitřních problémech, které vedly k rozvoji nemoci.

Jak uvádí Krch (2005), v posledních letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických, přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Vedle rostoucího počtu specializovaných forem léčby byly upraveny i hlavní psychoterapeutické přístupy s ohledem na specifika poruch příjmu potravy.

Důležité je posouzení motivace, posouzení zdravotního stavu, vyšetření specifické psychopatologie, terapeutický plán a týmová práce, psychoedukace (Papežová, 2010).

d) Komplexnost terapie

V průběhu terapie poruch příjmu potravy se mohou do popředí dostat různé další problémy a témata, kterými je potřeba se zabývat. Jak uvádí Krch (2005), nejčastěji se v této souvislosti řeší otázky přiměřeného sebeprosazení, sebekontroly nejen v jídlu, ale i v tělesném pohybu, otázky užívání a zneužívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek, deprese, úzkosti, separace od rodiny, sexuální a partnerské problémy, asertivní chování, strategie řešení problémů, rodičovství a další. Některé z těchto problémů je výhodnější řešit odděleně – např. alkoholová či drogová závislost, závažnější emocionální a sexuální

problémy. Po dohodě s pacientem/klientem je třeba předem stanovit terapeutický plán s ohledem na všechny zásadní potíže.

e) Postup léčby

Podle doporučeného postupu při léčbě poruch příjmu potravy (Raboch, 2010) je pro výběr dalších léčebných kroků důležité: detekovat onemocnění (může př. praktický lékař či specialista), stanovit diagnózu a závažnost onemocnění (může pouze psychiatr nebo klinický psycholog).

První, na co se u poruch příjmu potravy hledí, je vážnost somatického zdravotního stavu (obzvláště u anorexie a bulimie). Zde má své místo hospitalizace pacienta/pacientky. Další hledisko, na které se pohlíží je věk pacienta a zda žije s rodinou. Zvláště u mladších pacientů je vhodná rodinná terapie. S přihlédnutím na závažnost onemocnění a osobnostní vyzrálost se může pacient dostat buď do individuální KBT nebo do skupinové edukativní či svépomocné terapie. Pokud jsou přítomny závažnější interpersonální problémy, lze začlenit interpersonální terapii nebo psychodynamickou terapii. V případě potřeby zvažujeme přidání medikace. Léčbu ukončujeme s naplánovanými podpůrnými sezeními (Krch, 2005).

Výběr vhodného terapeutického programu a koordinace léčby má zásadní charakter. Při výběru adekvátního postupu je potřeba přihlídnout k fázi onemocnění, případně k výsledkům předchozí léčby. Například předčasné zařazení do skupinové terapie může mít za následek, že pacientky (místo práce na náhledu) soutěží, vyměňují si nevhodné techniky, typy apod. Postup se tedy mění podle diagnózy, závažnosti somatického a psychického stavu, bezpečnost léčby i případné spolupráce rodiny. Komplexní diferencovaná terapie vyžaduje spolupráci všech angažovaných odborníků – psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů, stomatologů, specialistů v nutričním poradenství, sociálních pracovníků (Papežová, 2010).

- Svépomoc, řízená svépomoc

Tato forma terapie je vhodná u těch pacientů, kteří mají relativně mírné příznaky, a u kterých může dojít ke značnému zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci či edukativní intervence (Krch, 2005).

- Psychoedukace

Psychoedukace je významná na všech stupních léčby poruch příjmu potravy. Jde o poučení pacientů o povaze nemoci, nepříznivých následcích a nevhodnosti diet jako vysoce rizikového chování. Cílem není zastrašovat, ale adekvátně pacienta či rodinu informovat (Papežová, 2010).

- Rodinná terapie

Je léčbou první volby u mladých pacientek a u některých pacientek žijících se svou rodinou. U starších pacientek může být vhodným doplňkem k individuální psychoterapii v případech závažných rodinných konfliktů. Rodinná terapie není základním způsobem léčby poruch příjmu potravy. Podrobné rodinné vyšetření však může být velmi důležité pro porozumění celého problému. Poruchy příjmu potravy mohou odrážet dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině (Krch, 2005).

- Kognitivně-behaviorální terapie (Krch, 2005)

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou poruch příjmu potravy. A to především pro bulimii. Výsledky u pacientek se záchvatovitým přejídáním jsou slibné, dlouhodobá účinnost u této skupiny však zatím zůstává nejasná. Hlavní body KBT jsou:

1. Vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání
2. Pravidelné vážení
3. Změna schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet, zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování)
4. Kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy.
5. Zavedení prevence relapsu

- Interpersonální terapie

Interpersonální terapie (ITP) se nezaměřuje přímo na problémy s jídlem. Léčebný postup je rozdělen do tří fází:

1. Identifikace interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržení problematického jídelního chování
2. Uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto interpersonálních problémech
3. Závěrečná fáze je spojena s otázkami ohledně ukončení terapie.

- Psychodynamická terapie

Základní myšlenky psychoanalytické terapie vycházejí z hypotézy, že prožívání a chování člověka je závislé na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské chování a prožívání ve zdraví i v nemoci. Za terapeuticky účinný je považován vhléd do těchto nevědomých procesů, který je dosažitelný v psychoanalytickém procesu pomocí přenosu, jež se rozvíjí ve vztahu pacienta s terapeutem. Pracuje se s ranými zážitky a zkušenostmi z dětství, pomocí terapeutových interpretací získává pacient vhléd, který umožňuje hlubší psychickou změnu (Krch, 2005).

- Farmakoterapie

Farmakoterapie u poruch příjmu potravy není metodou první volby. Jsou užívána antidepressiva, ovlivňují depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla, nutkavý charakter myšlenek na jídlo. Pro možnost ovlivnění poruch vnímání vlastního tělesného schématu mohou být podávána neuroleptika. Jsou volena atypická neuroleptika pro menší výskyt vedlejších účinků, působení na negativní symptomatologii, obsedantně kompulzivní projevy, kognici a na depresivní projevy. Přechodně bývají na počátku léčby podávána také prokinetika. (Němečková, 2007). Farmakoterapie u poruch příjmu potravy splňuje hlavně tyto úkoly:

1. Regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti
2. Zaměření na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese
3. Odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchami příjmu potravy

f) Okruhy léčby

Jak uvádí Krch (2008), některým podnětům, které spouštějí záchvat přejídání, lze předcházet, s jinými je však potřeba se naučit žít a reagovat na ně jiným způsobem než přejídáním.

Změny by se měly týkat nejen bezprostředních příznaků souvisejících s jídlem a jídelními návyky, ale především by měly vycházet z pátrání po kořenech problémů. Neúspěšnost boje s poruchami příjmu potravy ukazuje, že za problémy nestojí jen jídlo samotné, i když se to tak na první pohled může zdát, ale celá řada individuálních psychologických problémů. Jejich ignorování a soustředění se pouze na zvládání příznaků může po čase problémy s jídlem opět vrátit, a to i v mnohem větší síle.

Podle většiny svépomocných příruček a manuálů, např. Fairburn (1995), Papežová (2012), Švédová (2012) by se měla léčba týkat těchto okruhů:

- **Jídelní režim**

- Vedení jídelních záznamů

Sledování jídelního režimu je první krok na cestě ke změně. Používají se standardní formuláře, do kterých si pacientky zapisují co, v jakém množství snědly a vypily, na jakém místě a jaké u toho měly pocity, jaké události tomu předcházely. Dále se k jídlům zaznamenává, zda se jednalo o tzv. „zakázanou potravinu“ či zda pacientky měly pocit, že jde o nepřiměřené množství a zda následovalo nějaké kompenzační chování (př. hladovění, cvičení). Jídelní záznamy pomohou vidět realitu, kde člověk dělá chyby, co přejídání předchází, jaké jsou jeho spouštěče.

- Sestavit nový jídelní plán

Jde o to, naučit se jíst pravidelně a kontrolovaným způsobem, podle zásad zdravého stravování. Zde je namístě poradit se s odborníkem, aby složení jídla bylo vyvážené a dodávalo tělu všechny potřebné živiny. V této fázi je důležité jíst podle připraveného plánu, ne podle hladu. Mnohé pacientky mají v tomto bodě, kdy se mají vzdát diet a jíst normální jídla včetně svačin a večeří, hrůzu z přibírání na váze. Zde je na místě motivovat pacientku a pracovat na odstranění neadekvátního strachu z tloušťky.

Jedno z pravidel stravovacího režimu hovoří o stravování 5 – 6 krát denně (po 2 až 4 hodinách). Pokud je toto pravidlo dodržováno, je zajištěn plynulý příjem energie a tělo nemá potřebu ukládat zásoby „na horší časy“. Tento způsob

stravování minimalizuje možnost přejídání se v odpoledních a večerních hodinách a inklinaci ke konzumaci potravin s vysokým glykemickým indexem (Hřivnová, 2014).

- Zrušit diety

„Většina lidí trpících záchvatovitým přejídáním se souběžně snaží držet dietu za účelem zhubnutí. Diety zpravidla záchvatovitému přejídání předcházejí. Zároveň jsou ale pochopitelnou odpovědí na přejídání, protože obava z váhového přírůstku vede k omezování příjmu potravy.“ (Cooper, 2014, str. 20). Přestat s držetím diet a začít „normálně“ jíst je první, snad ten nejtěžší krok k překonání chybného cyklu poruch příjmu potravy. Je to těžké, protože se člověk musí vzdát naděje, kterou s nimi spojoval, tj. že omezení příjmu potravy vyřeší ostatní problémy v jeho životě.

Jíst normálně znamená vybírat si jídlo podle chuti, ale zároveň se snažit jíst zdravě. Někdy se snažit zahrnout určité potraviny, např. jistý počet porcí ovoce a zeleniny denně. Nic si nezakazovat, ale některé věci jíst mnohem méně než jiné. Jíst 5x denně. Reagovat na hlad přiměřeným najedením se. Někdy se přejíst, někdy jíst méně, ale nechat tělo, aby se s tím přirozeně vyrovnalo. Někdy jíst v reakci na nudu nebo jiné emoce. Užívat si jídlo ve společnosti, občas jíst v restauraci, s přáteli.

Normální příjem potravy neznamena počítání kalorií, gramů tuků, přehnané pročitání obalů, než něco můžete sníst, vyhýbání se nebo úplné vynechávání některých jídel. Normální příjem potravy není spojen s pocity viny a obavami z toho, co jste snědli nebo co jíte. Neznamena to používat jídlo k regulaci vlastních pocitů, ani potřebu si všechno jídlo připravit sami či jíst potají nebo výhradně o samotě (Middleton, Smith, 2010).

Agars (2008) uvádí, že v první řadě člověk musí akceptovat fakt, že dietní chování (vynechávání jídel, neadekvátně malé porce, vyhýbání se určitým jídlům) udržuje poruchu příjmu potravy a vede k nekontrolovanému přejídání.

• **Emoce**

Emocemi je obdařen každý člověk, mezi ty základní patří radost, smutek, strach, zlost, překvapení a odpor. Ne každý člověk je vyjadřuje stejně nebo si

uvědomuje, že zrovna tuto emoci aktuálně prožívá. I když si člověk své pocity neuvědomuje, určují jeho jednání a prožívání. Někdy své pocity potlačujeme záměrně, ne v každé situaci je vhodné emoce otevřeně a naplno vyjádřit. Pokud si je však neuvědomujeme, protože jsme je kdysi potlačili např. pod vlivem výchovy, můžeme být každodenně ve vztazích k druhým i k sobě motivováni silou těchto potlačených pocitů. Jednáme pak pod vlivem pocitů viny, strachu projevit zlost, abychom neztratili lásku druhých. Nejde o to, impulzivně vyventilovat hněv, žárlivost či závist, ale naučit se tyto emoce rozpoznat, připustit si je a zpracovat je. Tím, že o nich člověk ví, ztrácí na své síle. Když si emocionální reakci připustíme, pozorujeme ji a rozumově ji zpracujeme, můžeme ovlivnit vznikající pocit. Je tedy důležité pocity nepotlačovat a naučit se prožívat i ty nepříjemné (Švédová, 2012).

- **Funkce nemoci**

Paterson (2008) ve své svépomocné příručce doporučuje ještě před zahájením léčebného programu ujasnit si, jaké všechny funkce nemoc v životě člověka zastává, co pro člověka znamená, co mu přináší. Příkladem může být:

- Blokování traumatických vzpomínek
- Nemoc udržuje rodinu pohromadě
- Chrání člověka od dospělosti a zodpovědnosti
- Chrání člověka před dospělými mezilidskými vztahy
- Pomáhá člověku poradit si se vztekem, při čemž ho míří na sebe a nemusí se konfrontovat s druhými lidmi
- Díky nemoci se člověk cítí něčím jedinečný
- Přejídání ochromuje těžké emoce a prožívání
- Nemoc způsobuje to, že lidé kolem nemocného o něj mají strach, zajímají se o něj
- Nemoc je součástí identity
- Rozptýlení od životních problémů
- Výmluva pro sociální izolaci

- **Tělo**

- Negativní body image

Jak uvádí Novák (2010), body image je obsáhlý pojem zahrnující fyziologické, psychologické a sociologické komponenty. Jde o postoj jedince ke svému tělu, jeho velikosti, tvaru, estetice. Jak člověk vnímá své vlastní tělo, jak o něm přemýšlí a co k němu cítí, má široký dopad. Negativní body image zahrnuje tělesnou nespokojenost a nesprávné vnímání svého těla, typické je přecenění hmotnosti.

Nespokojenost s vlastním tělem, jeho nepřijetí, vnímání těla jako nepřítele nebo něčeho nadbytečného a negativního, to je ústředním tématem a projevem poruch příjmu potravy. Způsob, jakým vnímáme a hodnotíme své tělo, odráží naše obecnější mínění o sobě samém. Ke zkreslení tělesného zážitku dochází hlavně tehdy, když se člověk zaměřuje na negativní stránky svého vzhledu a nevěnuje pozornost stránkám pozitivním. Negativní vnímání vlastního těla může být také následkem nepřiměřeného perfekcionalismu, který je pro poruchy příjmu potravy typický. Často nespokojenost s vlastním tělem pramení z celkové nejistoty člověka a jiných negativních emocí. Je nezbytné ptát se, co je skutečným aktuálním problémem, kvůli kterému se cítíme špatně. Je důležité naučit se znát své tělo, přijmout ho, soustředit se na jeho pozitivní stránky a také se o něj přiměřeně starat, pečovat o něj, reagovat na jeho potřeby.

- Iluze tloušťky

Krch (2008) poukazuje na to, že mnoha ženám, které nejsou spokojeny s vlastním tělem a drží diety, připadá, že jsou tlusté vždy, když snědly o něco víc, než jsou zvyklé nebo než by chtěly. Pocity plnosti vnímají velmi negativně. Často mají pocit, že se přejedly, i když jedly normálně. Pocit tloušťky dominuje mezi ostatními negativními pocity a spontánně se objevuje i tehdy, když se cítí smutné či z nějakého důvodu pochybují samy o sobě. Tloušťka, které se tolik bojí, pak snadno přichází. Pocit sytosti vnímají jako přejedení, následně na to se pak snadno opravdu přejí s myšlenkou „teď už je to jedno“. Pokud své tělo vnímají jako ošklivé a tlusté, budou ho trápit dietami a přejedení dříve nebo později přijde.

- Vážit se přiměřeně

Je vhodné se vážit jednou týdně. A to pravidelně v předem stanovenou dobu. Časté vážení zvyšuje míru znepokojení a zaujetí vlastní hmotností. Člověk, který se neváží vůbec, se zase trápí úvahami o své skutečné hmotnosti.

- **Perfekcionismus**

Perfekcionismus a nereálné nároky na sebe sama jsou jedním ze stěžejních témat v léčbě poruch příjmu potravy. Odborníci poukazují na nutnost omezit toto osobní nastavení při léčbě poruch příjmu potravy. Papežová (2012) ve své publikaci dále uvádí rozdíly mezi těmi, kdo se snaží něčeho dosáhnout a těmi, u kterých už jde o perfekcionismus:

Zdravé úsilí něčeho dosáhnout	Perfekcionismus
Dávám si cíle, kterých mohu dosáhnout	Dávám si příliš vysoké, nereálné cíle
Stanovuji si cíle podle svých přání	Dávám si cíle podle očekávání druhých
Dávám si rozmezí přijatelných výsledků (40 vede ke spokojenosti, ale i 30 stačí)	Dávám si absolutní cíle (buď perfektně 40, jinak jsem hrozná, neschopná)
Mám radost z dosaženého cíle	Cítím se nespokojená a jsem sebekritická, i když uspěji
Věřím, že moje hodnota závisí na více faktorech, nejen na výkonu	Vlastní cenu vidím jen ve výkonu
Neztrácím při selhání svou identitu	Selhání vede ke ztrátě sebeúcty
Radost z úspěchu vede ke zvýšení sebedůvěry	Své úspěchy shazují, sebedůvěra je nedostatečná
Poučím se z neúspěchu	Zveličuji své neúspěchy
Chci vyzkoušet nové věci, bez strachu, že to bude vypadat divně	Mám strach z nových věcí a chyb, abych nevypadala špatně

„Perfekcionismus nespočívá v tom, dělat věci co nejlépe, ale ve snaze dosáhnout nemožné dokonalosti ve všech oblastech života, mít dokonalou postavu, práci i vztahy. Tyto nereálné požadavky na sebe a někdy i okolí většinou vedou k pocitům nedokonalosti a zklamání, také někdy k neschopnosti dokončit projekty a dnes „populární“ prokrastinaci.“ (Papežová, 2012, str. 117).

- **Sebeúcta**

Podle Nováka (2010) je nízká sebeúcta nejspíš jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících dietní chování a rozvoj, udržování a léčbu poruch příjmu potravy. Člověk s nízkou sebeúctou výrazněji reaguje na kritiku vlastní osoby, vykazuje častější fluktuaci nálad a nestabilní sebepercepci. Je citlivější a ovlivnitelnější ostatními lidmi. Jsou pro něj zásadní informace, jak ho vidí druzí lidé. „Ženy, kterým chybí pocit sebeúcty, se přestávají vnímat jako subjekt s vlastními pocity, právy a přáními. Prázdnotu po chybějící sebeúctě nahrazuje kritika, která zachovává alespoň nějaké (byť velmi negativní) vědomí existence. Trestáním se sebekritikou, které zde sehrává úlohu obranného mechanismu, se kontinuity zbavená psychika snaží dopátrat příčiny své prázdnoty, když najednou zjišťuje, že důvodem je její bezcennost.“ (Novák, 2010, str. 20).

Sebeúcta je úcta k sobě, ke svému niternému já, láska a důvěra k celé své bytosti. Díky ní můžeme realizovat své sny a zvládat životní výzvy. Na sebeúctě je zapotřebí neustále pracovat. Je důležité přiznat si, pochopit a odpustit si chyby, být k sobě upřímný a poznávat sebe sama, své vlastní já. Hodnota člověka není v tom, jak vypadá, kolik vydělává, jak moc pracuje, jestli jste nejlepší. Je nezbytné zmírnit nerealistická očekávání a příliš tvrdé sebehodnocení.

Cooper (2014) doporučuje chovat se k sobě samé jako ke své nejlepší kamarádce. To, co mohu odpustit jí, mohu odpustit i sama sobě.

Nízké sebevědomí má za následek nadměrné srovnávání se s okolím, nadměrný zájem o tělesný vzhled. To vede k omezování se v jídle, dietám. Redukční dieta pocit štěstí nepřinese, člověk se uchyluje k jídlu. Pocity přejezení při nedodržení dietních požadavků přecházející ve skutečné přejídání. Přicházejí obrovské pocity viny, sebenenávisti, vlastní neschopnosti, osamocení, zoufalství a další depresivní příznaky. Sebeúcta klesá pod bod mrazu (Málková, 2001).

- **Vztahy k druhým**

Vztahy s druhými lidmi bývají poruchou příjmu potravy velmi negativně ovlivněny. Na první místo se dostává vztah k jídlu, ne vztah k sobě nebo k druhým lidem. Vztahy bývají formovány studem, strachem z odmítnutí, tím, co si o člověku budou myslet druzí. Často se u pacientek objevuje potřeba, aby je měl každý rád i za cenu popření sama sebe. Cílem je být si s druhým člověkem rovnocenným partnerem

a dbát nejen na jeho, ale i na své vlastní potřeby. Je tedy podstatné naučit se vyjadřovat svá přání, mluvit o sobě, kritizovat konstruktivně a kritiku také přijímat. Je-li kritika nepodstatná, naučit se jí nevšímat. Jestliže na nás někdo útočí či nás uráží, je problém na jeho straně, ne na naší. Lidé se negativně vyjadřují, když si nevěří či neumí vyjádřit své pocity. Dále je podstatné nenechávat si nic důležitého pro sebe, mluvit o tom, neuzavírat se, projevovat svůj názor, který se nemusí líbit všem. V neposlední řadě je důležité naučit se nebát vyjadřovat své pocity (Švédová, 2012).

Paterson (2008) doporučuje kromě psaní jídelních záznamů také psaní deníku, ve kterém člověk popisuje denní situace a pocity s nimi spojené. Z těchto záznamů pak lze vysledovat, které oblasti člověka nejvíce trápí, a na kterých je potřeba pracovat (rodina, zaměstnání, partnerský vztah).

- **Aktivity a volný čas**

- Relaxace, odpočinek

Nejrozšířenější je Jacobsonova progresivní relaxační metoda a Schulzův autogenní trénink. Dalšími metodami jsou například Biofeedback nebo dechová cvičení, která jsou zaměřená na snižování dechové frekvence, zvýšení břišního dýchání a prodloužení výdechu. Cílem není jen regulace dýchání, ale ulehčení vnímání vlastního těla.

- Masáže

Pozitivní výsledek masáží je ve snížení stresu, úzkosti, snížení tělesné nespokojenosti a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu. (Adámková Ségard, M., 2010). Účelem je nejen relaxace, ale také vnímání svého vlastního těla.

- Cvičení

Cvičení je v současné době doporučováno pro svůj příznivý vliv na zdraví. Nadměrné cvičení se však může stát náhradou za přejídání. To pak posiluje myšlenky na potraviny, hmotnost, tvar těla. Nelze tedy doporučit žádné cvičení, kterým se pacientka zabývá hlavně kvůli snaze zhubnout nebo vynahradit přejídání. Cílem je cvičit pro radost a pro to, že je to dobré pro naše tělo.

„Platí, že to, co pomohlo jinému, nemusí pomoci tobě. Každý člověk je jedinečný a stejně tak individuální je i proces léčby. Ale stojí za to vyzkoušet všechny možnosti nebo se jimi inspirovat.“ (Švédová, 2012, str. 12). Lidé se liší také v tom, kolik pomoci potřebují. Někdo je schopen se uzdravit vlastními silami bez pomoci zvenčí, jiní potřebují odbornou pomoc.

g) Fáze léčby

Před začátkem léčby je potřeba se zamyslet nad tím, zda má člověk ve svém životě podmínky pro léčbu. Zda je dostatečně motivován a zda ve své aktuální životní situaci unese změny, které léčba přináší. Pro začátek léčby nejsou vhodné například situace, kdy člověk nastupuje do nové práce, čeká ho stěhování, rozvod či jiné zásadní změny (Agars, 2008).

Nyní si představíme fáze léčby podle Švédové (2012). Prvním nejdůležitějším krokem k uzdravení je **přiznat si problém**. Znamená to uvědomit si, že něco s tím, jak člověk jí, jak se chová a cítí, není v pořádku. Zpočátku tato myšlenka přichází a odchází, rychle se mění i několikrát během dne. Je těžké s onemocněním cokoliv udělat, dokud si člověk plně neuvědomí, že má problém. S tímto prozřením se však může dostavit silná úzkost z toho, co s tím. Vyléčit se znamená přestat se zvracením, hubnutím, hladověním, přejídáním. To obnáší skutečně velký vnitřní boj se strachem. Z toho, co se stane, když člověk přestane s navyklym chováním, které na jednu stranu velmi škodí, na druhou stranu ale přináší uspokojení a pomáhá zapomenout na jiné problémy.

Fáze rozhodnutí se pro léčbu, následuje poté, co na pomyslných ručičkách vah převáží nevýhody poruchy příjmu potravy nad výhodami. Většinou se člověk k léčbě rozhodne po marných pokusech sám nemoc zvládnout. Již si uvědomuje svůj problém a chce ho řešit.

Po rozhodnutí se pro léčbu musí následovat **akce** – tedy konkrétní vyhledání pomoci, zahájení léčby. Zde si dovolím navázat stadii léčby podle Papežové (2012):

- úprava váhy
- boj s jídelními problémy
- pochopení vlastní osobnosti, rysů a těžkostí.

To jsou jednotlivé kroky vedoucí ke změně. Je důležité mít na paměti, že přirozenou součástí léčby je také **relaps**.

5. Uzdravení, relaps a jeho prevence

Obvyklá definice **uzdravení** je návrat k normálu. V očích člověka s poruchou příjmu potravy to může znamenat návrat k tomu, jak se cítil předtím – zarmoucený, nešťastný a navíc bez možnosti kontroly své váhy. Proto je představa uzdravení obtížná. Definice návrat k normálu je riskantní, protože svádí k zaměření na viditelné záležitosti (jídlo, váhu) a ne na to, jak se člověk vlastně cítí. Je samozřejmé, že uzdravení nesouvisí pouze s úpravou váhy, ukončením záchvatů a pročišťování. Na tyto problémy je vhodné se zaměřit na začátku, obzvláště pokud způsobují závažná tělesná poškození.

Uzdravení je proces, který odkrývá důvody, pro které pacient/klient používá jídlo jako prostředek, jak se vyrovnat se zátěží, a rovněž jeho/její pohled na sebe sama a svůj život. Pro uzdravení je nezbytné naučit se nahlížet na věci jiným způsobem a osvojit si strategie, které člověku pomohou v kontextu jídla či emočního fungování (Middleton, Smith, 2010).

Relaps je opětovné objevení příznaků po uzdravení se z poruchy příjmu potravy. Znamená to rozpoznat kognitivní, emoční a vztahová rizika relapsu a stanovit strategie k jejich překonání (Papežová, 2010).

Polanská (2007) popisuje, že u nemocného poruchou příjmu potravy by mělo uzdravení znamenat dosažení a udržení uspokojivých změn ve fyzické, emoční a sociální oblasti a přiměřené stravovací návyky bez chování vedoucího ke snížení váhy. U poruch příjmu potravy často uzdravení nebývá definitivní, některé vzorce chování a postoje týkající se příjmu potravy jsou silně zakořeněny i ve společnosti, ve které žijeme. Držení diet, pozornost zaměřená na vzhled a hmotnost se stávají normou. Proto je relaps u poruch příjmu potravy častý, a to až v 50 % případů. Nemusí to však znamenat, že se nemoc objeví znovu v plné síle, mohou se objevit jen některé její příznaky. Relaps je přirozenou fází léčby a je proto důležité se na něj připravit již v průběhu terapie. Úspěšná léčba předpokládá zvládnutí relapsu nebo jeho předcházení – prevenci.

Relaps může upozorňovat na to, že nedošlo dostatečně k zažití nových jídelních návyků, k přijetí vlastního těla a hmotnosti, která může být odlišná od „ideálu krásy“, nedošlo k oddělení prožívání emocí a řešení stresových situací od jídla, nedošlo ke změně

myšlenek a postojů k sobě či druhým, jako je například touha po dokonalosti či snaha vyhovět všem (Švédová, 2012).

Polanská (2007) dále uvádí **prevenci relapsu** v bodech:

- Udržení optimální hmotnosti
- Přiměřený a pravidelný jídelní režim
- Přiměřený pohyb
- Terapie narušeného tělesného schématu, tzn. vnímat správně své tělo, mít ho rád a vážit si ho. Naučit se s ním žít.
- Realistické očekávání – nevzdávat se, pokud nejde v léčbě vše dokonale
- Zvládání stresu – naučit se reagovat na stres jinak než přejídáním a hladověním.
- Léčba všech příznaků poruchy příjmu potravy trvá i několik let – nebát se začít znovu.

K relapsu poruchy příjmu potravy dochází nejčastěji ve **stresových obdobích**, proto je důležité naučit se stresu předcházet:

- Poznat sám sebe
- Umět přijmout a využít své kladné i záporné stránky
- O problémech komunikovat otevřeně, nepotlačovat a neskrývat své pocity
- Pravidelně odpočívat
- Dodržovat jídelní a pohybový režim
- Nedělat vše dokonale, za každou cenu

Krch (2008) upozorňuje na **rizika spojená s pitím alkoholu** či se závislostí na jiných návykových látkách. „Alkohol je součástí různých diet, i když zároveň oslabuje sebekontrolu a odhodlání omezovat se v jídle. Mnoho bulimiček začalo pít proto, že „zapíjely“ chuť k jídlu. Alkohol také snižoval jejich strach z tloušťky. Alkohol v kombinaci se sníženým příjmem potravy je však dvojnásob nebezpečný, protože v koncentrované formě dodává vyhladovělému tělu chybějící energii. U mladých dívek a hladovějících se tak poměrně velmi rychle vytvoří závislost na alkoholu. Alkohol „pomáhá“ také tam, kde dříve pomáhaly

hladovky a přejídání. Stává se z něj prostředek, jak na chvíli uniknout samotě, pocitům viny nebo nudě.“ (Krch, 2008, str. 174).

Nešpor (2007, s. 43) před alkoholem a jinými návykovými látkami doslova varuje: „Velmi důležité je varovat nemocné, kteří trpí poruchami příjmu potravy, před jinými formami návykového chování, zejména před alkoholem a jinými návykovými látkami. Riziko vzniku závislosti v pravém slova smyslu je u nich totiž podstatně vyšší.“

Jak Krch (2008) dále doporučuje, je dobré si pročíst své jídelní záznamy a pohlédnout na množství alkoholu. Pokud se alkohol vyskytuje často či ve větší míře nebo záchvat přejídání přichází po alkoholu, bylo by vhodné ho na nějaký čas úplně vynechat. To platí i pro případ, pokud člověk pije proto, aby se nepřejídal či aby překonal nepříjemné pocity. Stejný problém může být i kouření, káva a jiné návykové látky. Život bez přejídání, podobně jako život bez alkoholu, se může zdát zpočátku prázdný. Je potřeba začít postupně naplňovat ta místa v životě, která byla dosud obsazena přejídáním nebo alkoholem.

Uzdravit se z poruchy příjmu potravy především znamená naučit se stravovat správně, tedy dodržovat zásady správné výživy, nepřejídat se ani nehladovět. Zapomenout na počítání kilojoulů, vážení potravin a držení diet, stolovat v klidu, nevyčítat si jídlo.

Desatero uzdravujících se podle Polanské (2007):

1. Jsem jedinečná bytost a jsem dokonalá taková, jaká jsem.
2. Mám se ráda.
3. Mám ráda lidi kolem sebe.
4. To, co si o mně myslí druzí, je jejich problémem.
5. Mám právo vyjádřit svůj vlastní názor.
6. Mám právo na odpočinek a nicnedělání.
7. Mám právo svobodné volby.
8. Mám právo na odbornou péči.
9. Mám právo říct „nic se neděje“, když se nedaří.
10. Jsem zodpovědná za své zdraví.

Cooper (2014) uvádí další konkrétní rady:

- Omezit zásoby potravin, nakupovat malé množství, na nákup chodit s nákupním seznamem a nikdy ne hladová (nebo chodit na nákupy v doprovodu)

- Během jídla nedělat nic jiného, nekoukat se na televizi, apod.! Jíst pomalu, jen naplánované množství
- Mít určené místo k jídlu (jiné než kde probíhaly záchvaty)
- Opatrně s alkoholem, může být spouštěčem či náhradou za jídlo
- Považovat každý moment dne za samostatnou jednotku, vyvarovat se tak myšlenky „Už jsem to pokazila, tak se na to dneska můžu vykašlat úplně“.
- Nenechávat jídlo na očích, ani zbytky
- Mít se komu svěřit
- Mít po ruce seznam záchranných činností pro situace, kdy přichází chuť (efektivní je zaměstnat ruce, pasivnější aktivity nejsou účinné, neměly by to být neoblíbené povinnosti)

První pomoc při záchvatech přejídání podle Göckela (2008):

- když vás přepadne nutkání k jídlu, zkuste se zamyslet, na kterém jídle byste si opravdu skvěle pochutnali
- přesně toto jídlo si obstarajte a jezte, jak nejpomaleji to jen půjde
- soustřeďte se na chuť a konzistenci potravy
- při jídle se koncentrujte na to, co cítíte, a jestli už můžete přestat jíst, nebo ještě ne
- při jídle nečtěte ani se nedívejte na televizi.

Krch (2008) nabízí několik rad **pro blízké přátelé a rodinu**. Samo přátelství může být největší pomocí. Je vhodné chovat se k dotyčnému „normálně“, nenutit se do role terapeuta či rodiče. Pro nemocného může být cenné si jen tak popovídat, zajít do kina či zatancovat. Pomůžete mu tak překonávat osamělost, zvykat si na „normální“ svět. Pokud se vám něco nelíbí, můžete to říci. Nenuťte však nemocného hovořit o věcech, o kterých mluvit nechce. K takovým tématům se násilně nevracejte. Vyslechněte ho, nebojte se říci svůj názor, ale problém neznevažujte, nezlehčujte.

Rodina by se neměla dle Krcha (2008) soustředit jen na nemocného člena, ale přehlížet problém také není dobrou volbou. Vzájemné obviňování, výčitky, poučování, jsou většinou způsobené strachem o nemocného. Avšak jsou nefunkční. Opět zde platí, chovat se k dotyčnému jako k „normálnímu“ člověku. Projevovat zájem o nemocného i v jiných oblastech, než je jídlo a problémy s ním spojené, soustředit se na pozitivní stránky života a

drobné úspěchy. Sami se nepřejídat, nehladovět, nenosit domů zbytečné sladkosti a jiné pochutiny. Členové rodiny by neměli připomínat nemocnému, jak vypadá, jak jí, nevyptávat se, jestli to už zvládl, nezkoušet ho, nesnažit se dotyčnému jeho nemoc vymluvit, nehledat nové argumenty.

Černá (2012) ve své příručce, která vychází z praxe, uvádí kromě jiného několik konkrétních rad pro partnery nemocných žen. V první řadě, partner nemocné by se neměl snažit převzít zodpovědnost za léčbu své partnerky. Partner si často neví rady a může ve své snaze co nejdříve pomoci a vyřešit problém třeba i nevědomky převzít iniciativu. Jediná cesta k vyléčení však vede přes převzetí vlastní zodpovědnosti samotnou nemocnou a její vlastní iniciativa k léčbě. Není vhodná neustálá kontrola nad tím, co partnerka sní či nesní, kolik váží. Partner by neměl určovat, kdy smí partnerka jíst, kolik je málo a kolik je moc, zakazovat jí jídlo či jí stavět do situace, aby se cítila provinile, že něco jí nebo nejí. Je lepší, když se partner s nemocnou partnerkou domluví, jaká pravidla by jí vyhovovala, co by jí pomohlo. Je důležité mluvit o svých pocitech, obavách. Nejen partnerka má právo mluvit o svých pocitech. Také partner má právo vyjádřit svůj strach o partnerku, že se cítí bezmocný, že si neví rady apod. Partner by měl zůstat v roli rovnocenného partnera a nebrat na sebe roli terapeuta či zachránce. Neměl by zapomínat také na své potřeby a koníčky. Mohlo by se stát, že v dobré víře pomoci partnerce, by raději zůstal s ní, aby měla podporu, což by mohlo vést k závislosti partnerky a pasti pro partnera. Nemocná se musí naučit čelit situacím, které běžný život přináší, včetně toho, že se někdy například ocitne sama doma a přijde na ní nepřekonatelná chuť se přejíst. Namísto toho je vhodné mluvit s citem o situacích a pocitech otevřeně, ale zároveň si držet své vlastní hranice a nenechat se (byť může jít o nevědomý proces) nemocí či partnerkou vydírat.

Jak píše Papežová (2012), každý může na cestě ke zdraví uklouznout. Důležité je znát nebezpečí relapsu, vrátit se znovu k novým pravidlům, nevzdávat to. Znovu najít motivaci. Sám nebo s pomocí někoho, komu člověk důvěřuje, kdo jeho problému i jemu samotnému rozumí. Porucha příjmu potravy je Achillovou patou, která se může kdykoliv znovu projevit, obzvláště v době stresu a náročných situací.

„Rozhodnutí získat pomocníka a s vynaložením opravdového úsilí se pokusit překonat poruchu příjmu potravy je velmi statečné. Každý, kdo se takto rozhodne, si zaslouží uznání, podporu a povzbuzení. S přispěním pomocníka má postižená osoba dobré vyhlídky na významné zlepšení.“ (Cooper, 2014, str. 161).

6. Psychiatr, psycholog, psychoterapeut

a) Rozdíl mezi psychiatrem, psychologem a psychoterapeutem

V laické společnosti se můžeme setkat s nejasnostmi ve vymezení pojmů psychiatr, psycholog, psychoterapeut. Rozdíly mezi těmito profesemi můžeme najít například na internetových stránkách www.idealni.cz, které poskytují mnoho užitečných informací o poruchách příjmu potravy. Mimo jiné je zde velmi srozumitelnou formou vysvětlen právě rozdíl mezi výše zmíněnými profesemi.

Tyto profese nestojí proti sobě, naopak, v ideálním případě se doplňují a společně hledají cesty k uzdravení nemocného. Psychiatr má medicínské vzdělání, je absolventem všeobecného lékařství na některé z lékařských fakult (titul MUDr.) a je oprávněn předepisovat léky (v případě poruch příjmu potravy např. antidepresiva). Psycholog je absolventem magisterského studia na filosofické fakultě (titul Mgr. či PhDr.), nemá tedy medicínské vzdělání, nemůže předepisovat léky. Nabídne klientovi dostatek času k tomu, aby společně hledali řešení situace. Psychoterapeut absolvoval psychoterapeutický výcvik, který ho poté opravňuje dělat psychoterapii, nesmí užívat označení psycholog (nemusí mít tedy žádný vysokoškolský titul, nebo ze zcela jiného oboru). Psychiatr i psycholog může (a často to tak bývá) absolvovat psychoterapeutický výcvik a být zároveň psychoterapeutem.

Volba odborníka je velice důležitá. Pokud si nemocný s dotyčným psychiatrem/psychologem/psychoterapeutem lidsky „nesedne“, pokud nemocnému nevyhovuje styl práce dotyčného odborníka, je v pořádku vyhledat někoho jiného. Vždy je ale dobré si položit otázku, „Co konkrétně mi nevyhovuje?“. Pokud se jedná o obranný mechanismus, strachu z otevření některých problémů, pak je lepší i o tomto strachu hovořit.

b) Jak probíhá návštěva u psychiatra, psychologa, psychoterapeuta

Prvním krokem bývá vyhledání kontaktu na odborníka a telefonické objednání se na první konzultaci. Při telefonickém rozhovoru klient nepopisuje svůj problém do hloubky, pokud odborník potřebuje nějaké informace již v této fázi, zeptá se. Při prvním telefonátu by se měl pacient/klient dozvědět informace, jako je místo a čas konzultace, zda se ho ujme nejprve jiný pracovník (např. v poradnách to bývá sociální pracovník), časová a finanční

náročnost, způsob platby, zda potřebuje nějaké doporučení apod. Pokud se klient nemůže na smluvený termín ze závažných důvodů dostavit, může se bez dlouhého vysvětlování telefonicky přeobjednat. V krajních případech se může stát, že i odborník musí ze závažných důvodů konzultaci přeobjednat. V takovém případě bude pacienta/klienta telefonicky kontaktovat.

Na sezení je vhodné přijít o několik minut dříve. Může se stát, že klient bude chvíli čekat. Po příchodu do místnosti se odborník představí, nabídne místo k sezení a pacienta/klienta pobídne vhodnou otázkou. Není třeba se obávat toho, že člověk neví, jak začít. Pokud nedokáže pacient/klient schopen říci nic, i s těmito situacemi odborník počítá. Pomůže klientovi se postupně rozprávět (pomoci mohou otázky týkající se například, jakou měl cestu, zda pracoviště dobře našel apod.). Pokud se na prvním sezení nepodaří klienta rozprávět, může se to povést na příštím sezení, zde je na místě trpělivost.

Na prvních sezeních se klient dovídá, jak léčba probíhá, jaké jsou možnosti a hranice léčby, jaká jsou pravidla sezení, jak často bude na terapii docházet, jakým způsobem bude léčbu hradit, apod. Odborník se od klienta dovídá, s jakým problémem přichází, na jaké zakázce budou společně pracovat. Dále se o dotyčné/m dovídá základní informace (rodinná, sociální, zdravotní anamnéza), aby mohl na problematiku nahlížet ze širšího kontextu. Vždy je prostor pro klientovy otázky.

„Je možné, že se přechodně Vaše obtíže zhorší, je to způsobeno tím, že začínáte řešit věci, které byly dlouho schované, a může být bolestivé se s nimi vyrovnávat. Tato fáze však přejde do další, kdy Vám bude lépe a, budete cítit zlepšení. Zkuste tedy vytrvat a neodcházet z terapie dříve, než může začít pozitivně působit.“ (www.idealni.cz, 15.10, 16h).

Má-li klient k léčbě či ke svému psychiatrovi/psychologovi/psychoterapeutovi nějaké výhrady, je důležité je s odborníkem sdílet. Odborník zpětnou vazbu využije pro další spolupráci. Léčba je dobrovolná, pacient ji může kdykoliv ukončit. Je však dobré tento krok s odborníkem konzultovat. Společně mohou odhalit skryté pohnutky klienta a předejít tak zbytečnému střídání mnoha terapeutů. Odborník zbytečně léčbu neprodlužuje.

Psychiatr, psycholog a psychoterapeut jsou vázáni mlčenlivostí. To znamená, že vše, s čím se pacient odborníkovi svěřil, včetně jeho identity, zůstane jen mezi nimi. Výjimkou jsou zákonem dané ohlašovací povinnosti. Se souhlasem pacienta může odborník problém konzultovat se svými kolegy.

c) Některé praktické otázky pro posouzení PPP a při léčbě

Podle Papežové (2010) lze doporučit konkrétní otázky:

- Začátek konverzace o jídelním chování

„Můžeme spolu probrat Vaše jídelní zvyklosti?“ „Váš příjem potravy mi dělá starosti. Můžeme se podívat na Váš typický jídelníček?“

- Posouzení motivace ke změně jídelního chování

„Můžete posoudit na škále od 0 do 10, jak je pro Vás důležité změnit Váš příjem potravy?“ „Co by mohlo způsobit, aby se pro Vás změna stala důležitější?“ „Můžete na škále 0 až 10 posoudit, jak si věříte, že jste schopna/schopen změnit svoje jídelní návyky?“ „Co by Vám pomohlo, abyste si víc věřil/a?“

„Co pozitivního Vám přináší současný způsob stravování?“ „Co Vám na něm vadí?“ „Co by Vám přinesla změna současného způsobu příjmu potravy?“ „Co byste změnou stravování naopak ztratil/a?“

„Jak by se změnil Váš život, kdybyste nemusel/a trávit tolik času myšlením na jídlo?“

„Zdá se, že Vaše jídelní návyky jsou opravdu pro Vás velmi důležité a pomáhají Vám prožít a zvládnout celý den.“

- Příčiny a následky patologického jídelního chování

„Cítíte někdy, že ztrácíte kontrolu nad způsobem, jak jíte?“ „Jak často se to stává? „ „Kdy je největší riziko, že se přejíte?“

„Někdy se lidé přejídají a zvracejí, když jsou rozčilení, ve stresu, smutní nebo úzkostní, je taková situace nebezpečná i pro Vás?“

„Jak se cítíte před přejídáním?“ A po záchvatu přejídání?“

„Jak Vaše jídelní způsoby ovlivňují Vaší schopnost fungovat během dne?“ „Cítíte se unavený/á?“ „Máte problémy se soustředěním?“

„Někdy lidé musí na svůj způsob stravování myslet celý den a nemohou se soustředit na nic jiného. Stává se Vám to také?“

- Alternativy k přejídání

„Když cítíte nutkání se přejíst, co byste mohl/a udělat jiného?“ „Pomyslete na aktivity, které byste mohl/a dělat v situaci, kdy je největší riziko, že se přejíte.“

- Změny negativního myšlení

„Kdo od Vás vyžaduje, abyste byl/a perfektní?“ „Kdo ovlivňuje způsob, jakým o sobě přemýšlíte?“ „Co můžete kontrolovat Vy?“

Jako nejčastější chyby v léčbě Papežová (2010) uvádí:

- Rady, přednášení a argumentování

Takové postupy vypovídají o tom, že ve vztahu „hraje“ terapeut o moc. Vhodnější je pozitivní postoj terapeuta s důvěrou v pacienta, že je schopen udělat si vlastní úsudek a rozhodnutí ohledně změny chování. Aktivně klientovi naslouchat a dát mu možnost, aby na důsledek svého chování přišel sám. Dávání rad a argumentů staví terapeuta do nereálné role, že všechno ví. Je na místě pacienta podpořit s důvěrou, že on sám ví, co je pro něj nejlepší.

- Příliš mnoho vynaložené energie

Jedná se o situaci, kdy terapeut nerovnoměrně vkládá do léčby více času a energie než pacient. Většinu času mluví sám, snaží se přijít na informace, které má získat od pacienta, a pak s ním diskutuje o jeho malé aktivitě v léčbě. Používá při tom především uzavřené otázky, na které pacient odpovídá pouze ano či ne nebo otázky, na které již předem zná odpovědi. V takovém případě je dobré se zamyslet nad tím, co terapeuta vede k tomu, aby přebíral aktivitu v léčbě a „vytlačoval“ z ní pacienta. Namísto uzavřených otázek je vhodné zařadit více otevřených otázek, které dávají pacientovi prostor rozhovořit se.

- Otevřená frustrace z nespolupráce pacienta

Může nastat situace, kdy je terapeut frustrován nedostatečnou spoluprací pacienta. V takovém případě by si měl dát pozor na otevřené sdělování takové frustrace, jako je přerušování pacienta, když má terapeut dojem, že se pacient opět vymlouvá, či dokonce

zívání a zvedání očí. Takové jednání léčbu nevylepší. Terapeut by měl namísto toho s respektem a otevřeností zkoumat důvody nedostatečné spolupráce. Možná jen pacient potřebuje znovu objasnit aspekty, které jsou pro změnu důležité nebo posílit terapeutický vztah či svou roli v něm. Pacient dosáhne terapeutických změn lépe, pokud se bude na stanovení terapeutických cílů aktivně podílet.

- Přílišné přejímání zodpovědnosti za pacienta

Je přirozené, že terapeuta těší, když se jeho pacientovi v terapii daří. V praxi se ale můžeme setkat s tím, že se terapeut stává nadměrně kontrolujícím, pečujícím, že je k dispozici v každé situaci, nebo že se potýká s pocitem „Když nepomůžu já, tak už nikdo.“ Na úspěšnosti léčby se podílí mnoho faktorů a mnohé jsou mimo terapeutovu kontrolu. Je velmi důležité, aby terapeut neodvíděl své vlastní sebehodnocení pouze na základě pokroku v léčbě pacienta. Profesionál neléčí lidi, aby se sám cítil lépe. Cílem je pacientovo zlepšené zdraví.

- Jednání podle předpokladů

Po zkušenostech s mnoha pacienty se stejnými problémy může terapeut objevit mnoho společných rysů a poté může mít tendenci podle nich automaticky jednat s dalšími pacienty. Ale i padesátý pacient s tou samou nemocí potřebuje individuální přístup a jedinečný terapeutický vztah. Není tedy vhodné jednat rychle, jako by terapeut pacientovi potíže už předem znal a věděl, co se děje a bude dít. Každý pacient potřebuje prostor a šanci, aby svému terapeutovi popsal své pocity, obavy a chování sám.

- Ztráta hranic

Udržení hranice mezi profesním a osobním životem může být někdy velmi obtížné. Duální vztah vzniká, když má terapeut vedle terapeutického vztahu s pacientem ještě vztah jiný. Je neetické vzít do terapie někoho, s kým už má terapeut jiný vztah (například svého známého, svého bankovního poradce či fyzioterapeutku), protože pak vzniká konflikt zájmů. Do terapie se míchají jiné další zájmy a motivy, což celý proces komplikuje, až znemožňuje. Problém může nastat také v momentě, kdy se vedle terapeutického vztahu rozvíjí také vztah přátelský. Terapeut by měl tyto tendence uvědomovat a pracovat s nimi. Rozhodně je

nevhodné, aby se terapeut s pacientem vídal mimo terapeutická sezení – například na společenských akcích. Ačkoli může být obtížné odmítnout například účast na svatbě, je na terapeutovi, aby udržel hranice terapeutického vztahu a pacientovi citlivě celou věc vysvětlil. S hranicemi také souvisí sdělování osobních informací terapeuta o sobě samém. Je důležité si tyto hranice stanovit předem, kolik a jaké informace bude terapeut svým pacientům sdělovat. Pokud bude mít pak tendenci tyto hranice překračovat, měl by se zamyslet nad tím, co ho k tomu vede. Pokud si neví terapeut rady, je na místě využít možnosti supervize.

7. Již provedené výzkumy

Cooper (2014) uvádí, že studie léčby bulimie a přejídání prostřednictvím antidepressiv ukázaly, že pacientům pomáhají, frekvence záchvatů klesá v průměru o 50 až 60%. Další výzkumy však odhalily, že antidepressiva nemají žádný vliv na sklony pacientů k dietám, které jsou důvodem sklonu k přejídání, což je závažné omezení. Další závažným zjištěním bylo, že v mnoha případech nejsou účinky antidepressiv trvalé. Dochází k recidivě, ať už pacient nadále užívá antidepressiva či nikoli. Oproti tomu účinnost KBT má překvapivě krátkodobé výsledky. Ukázalo se, že v 90% dochází ke snížení frekvence záchvatů přejídání a po absolvování KBT dvě třetiny pacientů s přejídáním přestanou. Tato forma léčby také významně snižuje sklony k držení diet a intenzitu obav o tělesnou hmotnost a tvar těla. Dosud však není k dispozici dostatek výzkumných zjištění týkajících se dlouhodobých účinků KBT. Další formy psychoterapie jako behaviorální psychoterapie, psychoedukační léčba, fokální psychoterapie (např. interpersonální psychoterapie a podpůrně-expressivní terapie) nejsou účinnější než KBT. Také se prokázalo, že individuální terapie má lepší výsledky než skupinová. Výzkumy dále prokázaly, že lidé, kteří používají svépomocný manuál bez asistence další osoby, prospívají méně než ti, kteří k němu využívají také vnější pomoc.

Většina dostupných studií a výzkumů se zaměřuje především na účinnost jednotlivých směrů, např. KBT či DBT.

- Telch, Christy F.; Agras, W. Stewart; Linehan, Marsha M. (2001):

Tato studie hodnotila použití dialektické behaviorální terapie (DBT) přizpůsobené pro záchvatovité přejídání (BED). Ženy z lůžkového oddělení (N = 44) byly náhodně rozděleny do skupiny DBT nebo do kontrolní skupiny. Ženy ze skupiny DBT prokazovaly výrazné

zlepšení ve stravovací patologii ve srovnání se ženami z kontrolní skupiny. U 89% z nich se zastavilo přejídání na konci léčby. Závěry ve změnách hmotnosti či změnách po emocionální stránce nebyly významné. Tyto výsledky podporují další výzkum DBT v léčbě záchvatovitého přejídání.

- Carol B. Peterson a James E. Mitchell (1999):

Tento výzkum na léčbu poruch příjmu potravy se zaměřil především na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) a interpersonální psychoterapii (IPT). Četné studie prokázaly, že KBT je užitečná při zmírňování příznaků bulimie a záchvatovitého přejídání. Kromě toho bylo zjištěno, že KBT má vyšší efekt nebo srovnatelný s jinými formami psychoterapie při snižování příznaků bulimie. Předběžné výsledky ukazují, že KBT a IPT mají podobné výsledky v léčbě bulimie a záchvatovitého přejídání. Antidepresiva jsou také užitečné při léčbě těchto poruch, ale jsou méně pravděpodobně zodpovědné za remisi než KBT. Předběžné studie naznačují, že kombinace psychoterapie a fluoxetinu může být užitečná při prevenci recidivy.

- Krch FD., Csémy L. - Ambulantní léčba mentální anorexie a bulimie; praktické zkušenosti z léčby, pohled pacientů s odstupem jednoho až pěti let (2015):

Na X. Mezinárodní interdisciplinární konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě v Praze představil Krch výsledky sledování skupiny 96 pacientek starších 15 let (osloveno bylo celkem 184 nemocných; návratnost 52,2 %), které alespoň 4× navštívily ambulanci jednotky specializované péče pro PPP PK VFN a zaslaly vyplněný dotazník. S odstupem jednoho až pěti let od poslední konzultace více než 90 % dívek s bulimií a více než 70 % dívek s anorexií už nenaplněvalo žádné ze základních kritérií poruchy. Čtyři pacientky dříve léčené s anorexií přešly do bulimie a jedna bulimička do anorexie.

Výsledky léčby na základě subjektivního hodnocení respondentek: 64 % pacientek s anorexií a 79,5 % s bulimií odpovědělo, že jsou vyléčeny z PPP. Zcela zdravých po tělesné a psychické stránce se cítilo 38 % pacientek. Jen necelých 10 % uvedlo, že mají stále problémy s jídlem, nebo že se jejich situace v tomto směru zhoršila. Nejméně u třetiny respondentek přetrvávají určité psychické obtíže i po překonání nejzávažnějších problémů s jídlem. 28 % pacientek dříve léčených s anorexií a 35 % s bulimií se v současné době léčí pro nějaké psychické problémy, mezi kterými převažuje anxiózně depresivní symptomatika. Pět dotazovaných uvedlo, že mělo v posledním roce problémy s alkoholem. 21 pacientek z

96, které odpověděly na dotazníkové šetření, stále ještě splňovalo některé příznaky mentální anorexie nebo bulimie. Třetina z nich se po skončení ambulance s PPP, léčila ještě na jiném místě. Většina z těchto 21 nemocných se kromě s poruchou příjmu potravy následně léčila ještě s jinými psychickými problémy. Naopak ze sedmdesáti respondentek, které uvedly, že jsou již vyléčené, a nesplňovaly kritéria PPP, navštěvovala psychologa nebo psychiatra jen necelá čtvrtina z nich.

Většina nevléčených pacientek (62 %) navštívila ambulanci méně často než 10x, zatímco 62 % pacientek, které uvedly, že se cítí být vyléčené, byla v ambulanci častěji než 10x. Je tedy pravděpodobné, že počet návštěv zvyšuje pravděpodobnost úspěšné léčby, ale také zároveň odráží míru spolupráce pacienta a kvalitu terapeutického vztahu. Nevléčené pacientky byly častěji z neúplné rodiny (45 %: 29 % vyléčených) a častěji se v jejich rodině (33,3 %: 23,1 %) vyskytovala psychiatrická zátěž.

II. Empirická část

1. Úvod k výzkumu

Můj výzkum začal v roce 2014. Volně navazoval na kvalitativní výzkum v mé bakalářské práci (Hromádková, 2012), ve kterém jsem se věnovala etiologii záchvatovitého přejídání z pohledu respondentek. Ve výzkumu pro diplomovou práci jsem se zaměřila na terapii a prevenci relapsu z pohledu respondentek. Využila jsem již navázaných kontaktů s respondentkami z předchozího výzkumu. Náš vztah byl již založen na vzájemné důvěře.

2. Příprava na výzkum

Nejprve bylo potřeba formulovat výzkumný problém, vytyčit si cíle výzkumu, nastudovat vhodnou odbornou literaturu, definovat výzkumné otázky, vytvořit celkový metodologický rámec výzkumu. V další fázi domluvit a provést s respondentkami rozhovory, přepsat a analyzovat rozhovory. Bylo nutné se zabývat některými etickými otázkami, celý výzkum si dobře časově naplánovat. První rozhovor jsem si „na nečisto“ zkusila na své známé, abych měla představu, jak časově náročné rozhovory a zpracování dat bude, abych se ujistila, zda jsem schopná získat relevantní informace. Zde jsem zjistila, že celý rozhovor zabere více času, než jsem předpokládala a mohla jsem tak respondentky na tento fakt dopředu upozornit.

Časový plán:

1. Fáze: studium odborné literatury, zmapování již provedených výzkumů
- 2 měsíce
2. Fáze: Vyhledání a kontaktování účastníků, příprava struktury rozhovorů
- 1 měsíc
3. Fáze: Rozhovory s respondentkami
- 1 měsíc
4. Fáze: Vyhodnocování dat
- 2 měsíce

3. Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je podrobně prozkoumat nedůležitější momenty terapie z pohledu nemocného člověka a prozkoumat individuální nástroje prevence relapsu.

Domnívám se, že proniknutí do těchto subjektivních zkušeností a zážitků je důležitým pilířem pro prevenci relapsu a také může přinést inspiraci nejen odborníkům zabývajících se touto problematikou, ale i lidem, kteří se potýkají s touto nemocí.

Mým konkrétním cílem je tedy zmapovat individuální poznatky respondentek, jaké momenty v jejich terapii byly efektivní, významné či zlomové. Shromáždit subjektivně důležité faktory, které podle dívek souvisí s jejich úspěšnou léčbou, a těmto faktorům porozumět. Další fází je prozkoumání individuálních efektivních nástrojů prevence relapsu z pohledu samotných respondentek.

4. Metody získávání dat

Ke svému výzkumu jsem zvolila polostrukturované rozhovory tváří v tvář. Vzhledem k tomu, že jde o velice citlivé a intimní téma, bylo potřeba navodit atmosféru důvěry, bezpečí. Dalším důvodem byla možnost reagovat na respondentky, dotazovat se jich na více podrobností, vidět jejich neverbální reakce a moci tak např. počkat, než se respondentka uklidní a bude moci hovořit dále. Předem jsem si připravila osnovu rozhovorů, abych měla jistotu, že prohovoříme všechny body, které jsou pro můj výzkum potřebné. Rozhovory jsem si se souhlasem respondentek nahrávala na diktafon a v průběhu jsem si dělala poznámky, abych měla přehled, jaká témata jsme již probraly.

5. Výzkumný vzorek

Jako výzkumný soubor jsem zvolila tuto skupinu: ženy ve věku 20 až 30 let. Z původně zamýšleného souboru osmi respondentek jsem pracovala s pěti ženami. Jako metodu výběru výzkumného vzorku jsem použila metodu záměrného (úcelového) výběru. Pro účely této práce jsem volila pro mne nejnadhěji dostupnou skupinu. A to respondentky, které se účastnily výzkumu v mé bakalářské práci (Hromádková, 2012) a zároveň podstoupily či stále navštěvují nějakou formu léčby, psychoterapii. Věkové složení

odpovídá ženám, se kterými jsem si předem domluvila spolupráci. Výzkumný vzorek z bakalářské práce je k dispozici v příloze č. 6.

Konkrétněji jsem dělala rozhovory s těmito respondentkami:

1. Eliška - 29 let, 2 děti, vdaná, vyučená kosmetička, na mateřské dovolené
2. Kateřina - 30 let, bez dětí, svobodná, studuje VŠ humanitního zaměření, pracuje jako asistentka
3. Nikola - 20 let, bez dětí, svobodná, pracuje jako recepční
4. Veronika - 23 let, bez dětí, svobodná, studuje VŠ
5. Barbora - 26 let, bez dětí, svobodná, SŠ, novinářka

6. Etická úskalí

a) Důvěra

Od důvěry se odvíjí kvalita získaných informací. Přejídání je velmi citlivé téma. Aby mohly respondentky mluvit o takto niterných tématech, bylo potřeba navodit atmosféru důvěry. Respondentky měly možnost si vybrat místo a čas, kde budou rozhovory probíhat, aby se cítily co nejpohodlněji. Volila jsem sezení „přes roh“. Podle mého názoru je to nejvhodnější rozmístění pro rozhovor nad tak citlivou problematikou. Hned na začátku jsem jim představila výzkum, informovala je, jak bude rozhovor probíhat, aby nebyly v průběhu ničím zaskočeny.

b) Střet zájmů

Jelikož se s respondentkami znám (lépe řečeno jsem se v minulosti znala) i mimo okruh výzkumu, bylo potřeba se zamýšlet také nad otázkou střetu zájmů. Bylo potřeba si uvědomit a nastavit hranice rolí výzkumník – respondent. Tyto hranice během rozhovorů reflektovat a udržovat.

c) Ochrana soukromí a osobních dat

Data získaná od respondentek jsem použila výhradně pro výzkum této práce. S jejich souhlasem jsem změnila jejich jména. Respondentky byly předem informovány, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím.

d) Další

Další problém, se kterým jsem se musela vypořádat, byl ten, abych rozhovor nevedla jako terapeutický rozhovor, ale jako výzkumný rozhovor. Ze své praxe (sociální pracovník, frekventant psychoterapeutického výcviku) jsem zvyklá na terapeutický rozhovor. V rozhovorech s respondentkami jsem se nedokázala držet jen stanovených témat. Obzvláště v momentech, kdy respondentky hovořily o nejniternějších a nejbolestivějších tématech. Ze své podstaty jsem musela projevovat upřímnou empatii. Proto jsem pro rozhovory potřebovala více času. Potřebovala jsem získat relevantní informace pro svůj výzkum, ale zároveň jsem potřebovala mít dobrý pocit z rozhovoru. Bylo pro mě nezbytné, aby respondentky neodcházely z rozhovorů s pocitem, že rozhovor proběhl příliš chladně, že byly jen využity pro výzkum. Potřebovala jsem, aby odcházely s pocitem, že se svěřily člověku, který je chápe, neodsuzuje, rozumí jejich počínání a cítí jejich bolest a zároveň abych měla jistotu, že jsme probraly všechna témata, která byla potřebná pro můj výzkum. Maximálně jsem se snažila o empatickou neutralitu.

7. Metody zpracování dat

- Přepis rozhovorů a písemných záznamů do PC; systematizace dat:

Audiozáznam jsem převedla do textové podoby. Kontrolu transkripce jsem provedla opakovaným poslechem. Poté jsem provedla redukci transkripce záznamu – vynechala jsem všechny části rozhovoru, které nesdělovaly žádnou potřebnou informaci (úvodní pozdravy, různá přerušení např. objednávka pití v kavárně, aj.).

Příklad rozhovorů je v příloze č. 4 a 5.

- Příprava dat pro analýzu, kvalitativní empirické zkoumání textů, analýza dat:

Pro samotnou analýzu jsem si text předem připravila pomocí barvení textu. Každému okruhu pro rozhovor jsem přiřadila konkrétní barvu a barevně jsem označila pasáže, které se tématu týkaly. K částem textu jsem přiřadila kódy – klíčová slova:

1. Aktuální stav
2. Diagnóza
3. Psychoedukace
4. Terapeutický plán
5. Jídelní záznamy
6. Spouštěče
7. Změna stravovacího režimu
8. Podpora širšího sociálního okolí
9. Vztah k druhým lidem
10. Traumata z dětství
11. Sebevědomí, vztah k sobě
12. Vnímání vlastního těla
13. Práce s emocemi
14. Úloha nemoci
15. Zdravý životní styl
16. Farmakoterapie
17. Aktivity a volný čas
18. Prevence relapsu
 - a) Situace při nákupu potravin
 - b) Situace během jídla

- c) Situace v restauraci
 - d) Raut, dovolená s typem stravování all- inclusive
 - e) Rodinné oslavy a návštěvy
 - f) Mít se na koho obrátit
 - g) Organizace času a místa
 - h) Situace, když záchvat přejedení přichází
 - ch) Situace, když se nepovede zvládnout záchvat přejedení
 - i) Rizika alkoholu a jiných návykových látek
 - j) Osobní nastavení a postoje
19. Doporučení těm, co se záchvatovitým přejídáním bojují

Všechny přepisy byly důkladně přečteny. Poté proběhlo otevřené kódování textů, čemuž předcházelo vytvoření seznamu kódů. Následně proběhlo třídění a zkoumání materiálů s cílem identifikovat podobné sekvence, pravidelnosti a obměňující se jevy vztahující se ke stejnému tématu. Poté shlukování s cílem vytvořit přehled nejdůležitějších a nejčastěji se opakujících množin tvrzení vztahujících se k jednotlivým obecnějším kategoriím, dále štěpení neboli dimenzionalizace kategorií za účelem odhalení možných kombinací znaků, zjišťování, ve kterých ohledech se mohou lišit jevy patřící do stejné kategorie.

8. Okruhy pro rozhovory

1. Aktuální stav
 - Kontrola nad jídlem, ne/přítomnost záchvatů, diet, kontrola váhy
2. Průběh terapie
 - Začátek, konec/pokračování, zakázka
3. Co konkrétně bylo v terapii podstatné pro boj s přejídáním

4. Prevence relapsu
 - Co pomáhá, co škodí
5. Doporučení těm, kteří s nemocí bojují

9. Výsledky výzkumu I. – nejdůležitější momenty terapie

Všech 5 respondentek uvedlo, že nejdůležitější pro ně bylo **začít, připustit si problém**. Další důležitý moment pro ně byl, když byla jejich nemoc někým **pojmenována/detekována/diagnostikována**. 3 respondentky konkrétněji uvádějí, že se jim ulevilo. „*Do té doby jsem měla pocit, že je to jen moje vina, že mám jen slabou vůli, že jsem k ničemu, když ani neumím korigovat jídlo. Ale když mi paní doktorka řekla, že jde o vážnou nemoc, která vyžaduje léčbu, ulevilo se mi, už jsem na to nebyla sama. A najednou jsem měla pocit, že na sebe musím být opatrná, když jsem tedy nemocná.*“ (Příloha č. 5 - Rozhovor 2).

4 respondentky považují za další důležitý moment **stanovení terapeutického plánu a jídelního plánu**, stanovení jasných kroků, jak bude terapie probíhat. Jasná struktura léčby jim vnesla do jídelního i osobního života řád. Pouze respondentka, docházející k psychoanalyticky orientované psychoterapeutce tento pocit nepopsala.

Všech 5 respondentek považuje za zásadní **psaní jídelních záznamů** a jejich následnou analýzu. Ačkoli pro respondentku, která docházela k psychoanalyticky orientované psychoterapeutce, nevycházelo vedení jídelních záznamů přímo z úkolů léčby (z pokynů psychoterapeutky), přesto si tyto záznamy vedla a sama či s terapeutkou je analyzovala. „*Dlouhou dobu jsem si vedla ten jídelní deníček, co jsem si vedla pro tebe, když jsi psala tu první práci. Moc mi to pomáhalo. Dělat si jasno v tom, kdy, kde a proč mám potřebu se přejíst.*“ (Příloha č. 4 – Rozhovor č. 1). Jako další důležité aktivity respondentky uváděly: psaní deníku (každodenních pocitů, událostí, konfliktů, radostí), psaní si cílů (v léčbě a malých životních cílů) a motivačních vět, psaní si poznámek, co člověku pomáhá při každodenním boji s nemocí a vypisování si i všeho rizikového a nefunkčního. K těmto zápiskům se respondentky při léčbě průběžně vracely a stále je revidovaly.

Další důležitý faktor při léčbě záchvatovitého přejídání uváděly dotazované **edukaci**, informace o nemoci, o léčbě, o relapsu. 4 respondentky popisovaly tyto informace jako zcela nezbytné. „*Pak mi hodně pomohlo, když mi paní doktorka vysvětlila, o jakou jde nemoc. Že jí trpí mnoho lidí. Také mi vysvětlila všechny věci kolem. Třeba nejvíc šokující pro mě bylo, že diety způsobují poruchy příjmu potravy. Dost mi to otevřelo oči.*“ (Příloha č. 5 – Rozhovor č. 2).

Zrušení diet a přechod na **zdravý způsob života** s vyváženým jídelníčkem, přiměřeným pohybem a dostatkem odpočinku byl zásadní obrat u všech pěti respondentek. Všechny využily odborné pomoci i v tomto směru (výživový poradce). 2 respondentky uvedly, že zrušení dietního chování a myšlení pro ně bylo velice obtížné. 1 respondentka (docházející na psychoanalyticky orientovanou psychoterapii) návyky dietního chování stále neopustila.

„*T: Takže diety už nedržíš? R: No já nevím. Asi držím. Občas si udělám přísnější režim. Někdy víc cvičím. T: Máš pocit, že máš jídlo pod kontrolou? R: Spíš jo. T: Pořád sleduješ svojí váhu? R: Jo, vážím se každé den. T: A je pro tebe to číslo důležité? R: (posmutní) Vlastně je. Od té doby, co se nepřejídám, jsem zhubla. Je mi tak dobře a nechci se vrátit. T: Máš pocit, že je pro tebe pořád váha, tvůj vzhled hodně důležitá? R: Jo. Bylo období, kdy jsem byla hubená až moc. Že o mě měli lidi v mém okolí starost. Dělal mi to dobře. Je to příjemný konečně slyšet něco jiného, než že mám velké zadek. Že jsem lunt. Že mi lezou kosti. Ale byla jsem z toho mála jídla, hodně cvičení a alkoholu vyčerpaná. Ale líbilo se mi to.*“ (Příloha č. 4 - Rozhovor č. 1).

Všech pět dotazovaných žen se dále shodlo na tom, že klíčové pro ně bylo rozpoznat **spouštěče záchvatů**. Jaké události, pocity záchvatu předcházejí. Jako nejčastější spouštěče uváděly špatně zpracovaný stres, vztahové problémy, samotu, neuspokojené vlastní potřeby, nudu, přetížení, odkládání nepříjemných povinností, nereálně vysoké nároky na sebe sama, nereálné diety, alkohol.

Všech 5 respondentek hovořilo o **práci s emocemi**. Všechny se při své terapii učily emoce rozpoznávat, pojmenovávat, přijímat je jako přirozenou součást sebe, zpracovávat je a vyjadřovat. Dvě respondentky považovaly za zásadní práci s potlačenými emocemi z dětství a dospívání.

Všechny dotazované pracovaly na svých **vztazích k druhým lidem**. Dvě uváděly jako nejdůležitější změnu to, že se snaží nelpět na tom, co si o nich myslí jejich okolí a aby se každému zalíbily. Tři respondentky se učily asertivnímu chování, dávat i přijímat kritiku, vyjadřovat svůj nesouhlas, svůj názor a přání. Jedna dále uvedla, že se učí druhým otevřít, mluvit o sobě, aniž by měla pocit provinilosti nebo nezajímavosti pro své okolí. Další respondentka se se svým trápením svěřila své matce a našla v ní oporu. Velice je to sblížilo, po této blízkosti respondentka celý život toužila.

Zpracování traumatického zážitku popsaly jako zásadní celkem 4 respondentky. Ve dvou případech se jednalo o zraňující komentáře na jejich postavu a to buď ze strany vrstevníků na základní škole spojené se šikanou, nebo za strany rodiče, konkrétně otce. Další dva případy se týkaly zraňujících zážitků z dětství, které primárně s poruchou příjmu potravy nesouvisí. Avšak měly, jak samy dotazované uváděly, zásadní vliv na jejich duševní vývoj, na jejich mínění o sobě sama a vztah k druhým lidem.

Pro 4 respondentky bylo zásadní **pracovat na vlastní sebeúctě**. Uváděly, že se pomocí psychoterapie snažily zmírnit nereálně vysoké nároky na sebe samu, perfekcionismus, výkonnost, příliš tvrdou sebekritiku. 2 dotazované v této souvislosti hovořily o tom, že je pro ně podstatné učit se vyrovnávat s posměšnými komentáři na adresu jejich postavy od sociálního okolí. Jedna z respondentek doporučuje: *„Já jsem si na začátku terapie měla napsat důvody, které mě vedly ke změně. Jídelní záznamy si vedu pořád. Kolikrát jsem měla pocit, že se nikam neposouvám. Ale pak mě terapeutka upozornila na to, že se neumím pochválit za drobné pokroky, že je vidím u druhých, ale u sebe ne. A že drobné chyby vnímám jako úplné selhání. Učím se tedy mít radost z malých pokroků a to mi dodává větší sebedůvěru a radost. Když se podívám na jídelní záznamy na začátku a na ty dnešní, je to pokrok.“* (Rozhovor č. 3)

3 respondentky mluvily o nesprávném **vnímání vlastního těla**. Učily se v rámci terapie poznávat své tělo, přijímat ho takové jaké je, učily se ho mít rády, lépe o něm smýšlet i o něj pečovat. Tyto dotazované také zmínily, že se učí pracovat se sociálním tlakem na ideál štíhlé postavy. Pracují na tom, aby se nesrovnávaly s módními ikonami či jejich reálnými vrstevnicemi, které byly obdařeny podle nich ideální postavou. Snaží se nemít na své tělo nereálné nároky a mít ho rády, i když není zcela perfektní. *„Kamarádky pořád řešily, která kolik váží, co jí a jak cvičí. Vždycky jsem byla ta, která byla nejoplácanější. Dělal jsem si z nich občas srandu, ale v duchu jsem je poslouchala a říkala si, že když nebudu jíst,*

budu vypadat jako ony. Jenže to není reálný. Prostě jsem se narodila s jinou konstrukcí těla a nikdy nebudu vypadat jako ony. Měla jsem na sebe prostě nereálný nároky. A když jsem je nenaplněovala, měla jsem pocit, že jsem neschopná a to mě vedlo zase k tomu, abych se uklidnila – přejedla.“ (Rozhovor č. 5).

3 respondentky se při své terapii zaměřily na to, jakou **úlohu** jídlo v jejich životě hraje. Jakou roli zastává a kdo nebo co by tuto roli mělo zastávat namísto jídla. Například jedna respondentka uvádí, že její obezita (spojená s přejídáním, nevhodnou skladbou potravin a minimem pohybu) jí chránila před okolím jako štít. *„Když jsi tak veliká, nikdo si na tebe tolik netroufne. Moje tělo bylo jako takový štít. Chránilo mě před tím, aby se ke mně nikdo nedostal. Ale zároveň tě to uzavírá do hrozné samoty.“ (Rozhovor č. 4).*

Všechny dotazované změnilly **organizaci volného času**. Věnují se pohybovým aktivitám, tanci, hraní na klavír nebo malování apod. Každá si našla či stále hledá svůj způsob, jak relaxovat a zvládat stres. Jedna respondentka změnila práci, protože pro ni byla příliš velkým stresorem.

Jedna respondentka hovořila také o **motivaci** jako důležitým faktorem terapie. *„Byla jsem hodně skeptická. Myslela jsem si, že jsem k ničemu a že mi nikdo nepomůže. Ale paní doktorka mě neuvěřitelně motivovala. Od začátku do konce. A vlastně pořád. Možná mě naučila, abych motivovala sama sebe.“ (Rozhovor č. 4).*

Jedna z respondentek užívá na přechodnou dobu antidepresiva.

10. Výsledky výzkumu II. – prevence relapsu

Každá respondentka našla své spouštěče záchvatů přejídání a strategie zvládnání těchto momentů. V tomto ohledu hovořily o konkrétních dílčích krocích, které jsem pro přehlednost rozdělila do několika oblastí.

1. Nákup potravin:

- Jídlo nakupovat častěji a méně, nedělat si doma zásoby
- Dát si pozor na „spouštěcí potraviny“

- Na nákup nechodit hladová
- Nákup potravin přes internet (plánovaný, dle seznamu či dohledu někoho dalšího)
- Předem si promyslet nákup, psát si nákupní lístečky a těch se držet

2. Během jídla:

- Vyvarovat se konzumaci jídla u televize, počítače či jiného rozptýlení
- Nandat si na talíř to, co sním, nenosit si na stůl cokoli navíc
- Jíst pomalu, poslouchat své tělo, jíst do polosyta
- Jíst na určeném místě, v pravidelných intervalech
- Nejíst ve stoje, při chůzi, ve stresu, v autě
- Také v práci si udělat čas a prostor na nerušené jídlo
- Naučit se vyhazovat zbytky, nedojídat zbytky po druhých

3. Situace v restauraci:

- Nechodit do restaurace úplně hladová/ý, nevynechávat kvůli tomu jiná jídla
- Předem si promyslet výběr jídla (připravit si i variantu, kdyby vybrané jídlo neměli)
- Jíst pomalu
- Nenechat se strhnout tím, že ostatní ještě jedí, pokud jsem plná/ý, přestanu jíst
- Není povinnost sníst vše, co mám na talíři
- Nejsou vhodné restaurace typu „sněz, co můžeš“

4. Raut, dovolená s typem stravování all-inclusive:

- Nepřicházet hladová/ý, dodržovat před tím, během i poté svůj zdravý jídelní režim
- Nesnažit se ochutnat vše, vybrat si jedno až dvě jídla
- Uvědomit si, kolik by toho člověk snědl v tu dobu v domácích podmínkách
- Vytipovat si jednu lahůdku, kterou si člověk dopřeje
- Soustředit se na jiné aktivity (při rautu konverzaci s druhými lidmi, při dovolené na jiné zážitky – výlety, poznávání místní kultury, apod.)

5. Rodinné oslavy a návštěvy:

- Nepřicházet úplně hladový
- Zabavit se něčím jiným než jídlem (například pomoci s mytím nádobí, pomoc s obsluhou hostů, procházka, práce se dřevem – příprava dřeva k topení, hra s dětmi, prohlížení fotografií, tanec, konverzace)
- Nezůstávat v kuchyni s jídlem sám
- Nebát se zdvořile odmítnout (Děkuji, teď jsem plný, dám si kdyžtak později)

6. Mít se na koho obrátit:

- Nebát se svěřit někomu blízkému (partner, rodič, sourozenec, jiný příbuzný, kamarád/kamarádka, sociální pracovník, kolega v práci)
- V případě potřeby se obrátit opět na odborníka či svépomocnou skupinu

7. Organizace času a místa:

- Neodkládat své povinnosti
- Nebrat si příliš povinností na sebe
- Být ostražitý v místech a v časech, kdy docházelo k záchvatům nejčastěji
- Mít čas na odpočinek a své záliby

8. Když to přichází:

- *Rozeznat fyzický hlad od psychického („Taky mi hrozně pomohlo, že jsem se naučila rozeznávat fyzické hlad od psychického. To jsem někde četla a je to super. Fyzické je jasné, kručí ti v břiše. Prej ho cejtíš pod krkem. Psychické hlad cejtíš nad krkem. Fakt to funguje. Když teda cejtím, že to na mě jde, uvědomím si, že je to nad krkem. Taková ta děsná touha něco sníst, sbíhaj se ti sliny. To se pak zastavím, uvědomím si, že to je jen psychický. A když tomu takhle rozumím, je mnohem jednodušší to překonat.“ (Příloha č. 4 - Rozhovor č. 1).*
- Odložit racionálně snědení chtěné pochutiny o 5-10 minut později (pak už není bažení tak velké a nespustí se po snědení pochutiny celý záchvat)
- Vyhledat něčí společnost (záchvaty ve společnosti někoho dalšího nejsou tak snadné)
- Vyčistit si zuby, vzít si žvýkačku

- Mít v záloze náhradní aktivity (například ruční práce, manikúra, kosmetika, psaní deníku, organizace šatníku, úklid, napustit si vanu, hra na hudební nástroj, třídění fotografií a výroba rodinných alb, aj.)
- Je-li to potřeba, jít ven, na procházku, do parku, do knihovny či kavárny
- Jít do obchodu s potravinami není funkční
- Fyzická aktivita
- *„Vím, že nesmím tu myšlenku nechat žít. Musím jí zarazit hned na začátku. Bud' je to tím, že jsem přes den nemyslela na svoje potřeby, třeba když mám náročný den v práci. Pak si zrekapituluju, co mi chybělo. Když je to odpočinek, udělám si třeba vanu a hýčkám se. Když je to tím, že jsem neodreagovala stres, zacvičím si. Když je to tím, že se nudím, jdu se něčím zabavit. Ono je těžké dávat někomu rady, co má dělat. Každý má asi ty spouštěče jiné. Každý si musí přijít na to sám, co mu chybí. A musí přijít na to, jakým jiným způsobem než jídlem si to může nahradit nebo dosytit.“*
(Příloha č. 5 - Rozhovor č. 2).

9. Když se to nepovede:

- Nevyčítat si to, zapomenout na výčitky a černé myšlenky, nahradit je slovy „Nic se neděje“, „To nevadí“ a pokračovat ve zdravém a pravidelném stravování
- Nesnažit se to vycvičit, nevynechávat kvůli „uklouznutí“ další jídla (netrestat se hladověním)
- Je-li potřeba, vrátit se k psaní jídelních záznamů a pocitů během dne a jejich následné analýze
- Pokud nějaký postup nefunguje, je nutné ho opustit a zkusit něco jiného

10. Alkohol a jiné návykové látky:

- Nenahrazovat jídlo alkoholem nebo cigaretami
- Po alkoholu se může vyskytnout snížená sebekontrola

11. Osobní nastavení a postoje:

- Nehledat viníka a oběť, namísto toho hledat řešení problému
- Přijmout minulost se všemi se všemi úspěchy i neúspěchy, odhalit traumatické zážitky, odpustit sobě i druhým, ale dále se soustředit na přítomnost a budoucnost

- Soustředit se na pozitivní stránky života i sebe sama
- Hledat priority jinde, než v oblasti jídla a vlastní postavy

Konec rozhovorů s respondentkami byl věnován otázce, co by doporučily lidem, kteří se záchvatovitým přejídáním bojují. Všechny dotazované doporučují, aby se ti, kdo se s touto poruchou příjmu potravy potýkají, obrátili na něčí pomoc. *„Aby neváhaly a na někoho se obrátily. Aby v tom nezůstávaly samy. Jinak se v tom utopěj. Ať přestanou blbnout s dietama. Ať na sobě hledaj ty hezký stránky. Že jsou krásný takový, jaký jsou. A ať si sebe vážej. Ono se to hrozně lehko řekne, ale je strašně těžký tohle změnit.“* (Příloha č. 4 - Rozhovor č. 1). *„Rozhodně, aby vyhledali odborníka. Nejhorší na té nemoci je ta příšerná samota a pocit, že mi nikdo nemůže rozumět. Tak to totiž není.“* (Příloha č. 5 - Rozhovor č. 2).

Jiná respondentka uvedla: *„Hlavně, to nevzdávejte. Všechno nejde změnit mávnutím kouzelného proutku. Je to dlouhá cesta, ale každý malý úspěch vás posílí a posune o kousek dál. A když se vám to zase nepovede, nevadí. Nikdo nejsme dokonalý a nikdo to po nás ani nemůže chtít. Ani my samy.“* (Rozhovor č. 4)

Jak je zmíněno v teoretické části této práce, léčba poruch příjmu potravy je dlouhodobá záležitost a uzdravení často nebývá definitivní. 2 respondentky stále v psychoterapii pokračují, 2 jsou v kontaktu se svépomocnou skupinou, 1 již terapii ukončila.

11. Diskuze

Z dosažených výsledků výzkumu vyplývají jasná doporučení, co je při léčbě záchvatovitého přejídání funkční a co ne, a to přímo z pohledu samotných žen, které se s touto poruchou příjmu léčily či stále léčí. Dále výzkum přinesl konkrétní poznatky pro prevenci relapsu této nemoci získané na základě zkušenosti léčených žen.

Jako nejdůležitější momenty léčby záchvatovitého přejídání vnímaly respondentky následující:

- Připustit si problém

- Pojmenování/detekování/diagnostika nemoci
- Stanovení terapeutického a jídelního plánu
- Psaní jídelních záznamů (a dalších písemných záznamů: deník, psaní si cílů a motivačních vět, psaní si poznámek, co je v léčbě funkční a co ne)
- Edukace, informace o nemoci
- Zrušení diet a přechod na zdravý způsob stravování a života obecně
- Detekce spouštěčů záchvatů přejídání
- Práce s emocemi
- Práce na sociálních vztazích
- Zpracování traumatických zážitků
- Práce na vlastní sebeúctě
- Práce na zdravém vnímání vlastního těla
- Rozpoznání, jakou nemoc hraje úlohu v životě dotyčného člověka
- Efektivnější organizace volného času
- Motivace

Každá z respondentek si musela na počátku připustit, že má problém, se kterým potřebuje odbornou pomoc. Poté, co se rozhodly pro léčbu, následovalo zahájení léčby, což odpovídá fázím léčby podle Švédové (2012).

Domnívám se, že respondentky podrobně popsaly všechny důležité okruhy v léčbě poruch příjmu potravy, které uvádí svépomocné příručky - např. Fairburn (1995), Papežová (2012), Švédová (2012): Jídelní režim, emoce, funkce nemoci, tělo, perfekcionismus, sebeúcta, vztahy k druhým, aktivity a volný čas. Každá našla své specifické spouštěče záchvatů přejídání a každá musela hledat efektivní nástroje, které jim pomáhají v každodenním boji s touto poruchou příjmu potravy.

Ačkoli jsem se chtěla původně vyhnout srovnávání jednotlivých terapeutických směrů, ráda bych zmínila, že léčba respondentky, která docházela do psychoanalyticky

orientované psychoterapie, se mi nezdála příliš efektivní. Dotazovaná se v terapii zabývala především traumatickým zážitkům ze svého dětství a dospívání, avšak terapie postrádala specifické kroky, které jsou dle mého názoru nezbytné při léčbě poruch příjmu potravy. Jako je například změna jídelních návyků, odklon od dietního chování, práce s negativním vnímáním vlastního těla apod. Respondentka sice minimalizovala záchvaty přejídání, ale podle mého názoru se dostala na hranici anorexie a její užívání alkoholu vnímám jako rizikové a ohrožující.

V oblasti prevence relapsu se respondentky zabývaly těmito tématy:

- Situace při nákupu potravin
- Situace během jídla
- Situace v restauraci
- Raut, dovolená s typem stravování all-inclusive
- Rodinné oslavy a návštěvy
- Mít se na koho obrátit
- Organizace času a místa
- Situace, když záchvat přejedení přichází
- Situace, když se nepovede zvládnout záchvat přejedení
- Rizika alkoholu a jiných návykových látek
- Osobní nastavení a postoje

Jak je uvedeno v teoretické části této práce, relaps je přirozenou součástí léčby. Úspěšná léčba předpokládá zvládnutí relapsu nebo jeho předcházení. Respondentky očividně na prevenci relapsu při své léčbě intenzivně pracovaly a každá má svůj vlastní originální plán, „co dělat, když to na člověka přijde“. Dotazované také uváděly, jaké strategie se jim neosvědčily a bylo zde otevřeno i téma alkoholu a jiných návykových látek, jež jsou v léčbě poruch příjmu potravy rizikové, např. dle Krcha (2008). Domnívám se, že tyto poznatky mohou být inspirací pro ty, kteří se záchvatovitým přejídáním bojují a svůj „seznam“ teprve tvoří. Samozřejmě nejde o návod, díky kterému se člověk naprosto vyléčí.

Každý člověk je jiný, každý potřebuje individuální přístup a musí si sám vyzkoušet, jaké preventivní nástroje jsou v jeho životě funkční.

Polanská (2007) popisuje, že u nemocného poruchou příjmu potravy by mělo uzdravení znamenat dosažení a udržení změn ve fyzické, emoční a sociální oblasti a přiměřené stravovací návyky bez chování vedoucího ke snížení váhy. Zde musím opět konstatovat, že u respondentky docházející do psychoanalyticky orientované psychoterapie, dle mého názoru, tyto změny nenastaly.

Závěr rozhovorů s respondentkami byl věnován otázce, co by poradily těm, kteří se záchvatovitým přejídáním bojují. Z odpovědí vyplynulo jedno stěžejní doporučení, aby se tyto lidé obrátili na odbornou pomoc. Což považuji za základní krok. Ale chápu, že pro ty, kteří se s touto nemocí potýkají, to může být nelehké rozhodnutí. Věřím, že tento vzkaz od žen, které si prošly stejnými útrapami, může být impulzem odbornou pomoc vyhledat.

Subjektivní názory a doporučení respondentek jsou vesměs shodné s poznatky načerpané z odborné literatury v teoretické části této práce. Cílem výzkumu nebylo objevit něco úplně nového, ale přinést subjektivní poznatky o léčbě a prevenci relapsu od samotných léčených žen. Jako limitující vnímám fakt, že respondentky stále v léčbě pokračují či mají příliš malý časový odstup od ukončení. Podle mého názoru by časový odstup mohl přinést více poznatků, doporučení. I přes to se domnívám, že práce přinesla nosné informace, které mohou být užitečné jak pro odbornou veřejnost, která se zabývá léčbou poruch příjmu potravy, tak pro laickou veřejnost, která se s touto nemocí potýká či s ní přišla do kontaktu ve svém sociálním okolí.

Tato práce, jak již bylo zmiňováno, navazuje na mou bakalářskou práci, ve které bylo hlavním tématem etiologie záchvatovitého přejídání. Po prozkoumání terapie a prevence relapsu by mohlo být dalším navazujícím tématem pro výzkum například doporučení pro rodinu a blízké nemocných záchvatovitým přejídáním či doporučení pro primární prevenci této nemoci.

12. Souhrn

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila „Záchvatovité přejídání u žen 20-30 let - nejdůležitější momenty terapie“. Diplomová práce navazuje na mou bakalářskou práci:

Záchvatovité přejídání u žen 19-30 let - ovlivňující faktory a spouštěče. Po prozkoumání etiologie této nemoci jsem považovala za přínosné, zaměřit se na léčbu a prevenci relapsu záchvatovitého přejídání.

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat nejdůležitější momenty terapie z pohledu samotných respondentek a zjistit efektivní preventivní opatření v každodenním boji se záchvatovitým přejídáním. Cílem bylo tedy získat introspektivní pohled samotných klientek psychoterapie.

V první části práce jsem věnovala prostor rešerši odborné literatury - teoretickým poznatkům o dané problematice, které dávají rámec celému tématu. Tato teoretická část je strukturována do sedmi kapitol. Po úvodu jsem se zaměřila na téma poruch příjmu potravy obecně, poté jsem se snažila čtenáři přiblížit konkrétní poruchu příjmu potravy - záchvatovité přejídání. Dále jsem věnovala pozornost teoretickým poznatkům v oblasti léčby záchvatovitého přejídání a prevenci relapsu. Připojila jsem také kapitolu, v níž se čtenář – laik doví, jak probíhá sezení u psychologa a jaký je rozdíl mezi psychologem, psychiatrem a psychoterapeutem. V této kapitole se také nachází několik praktických rad pro začínající terapeuty. Na konci teoretické části jsem se věnovala několika již proběhlým výzkumům v dané problematice.

Druhá část mé diplomové práce patří kvalitativnímu výzkumu, ve kterém celkem 5 respondentek podává subjektivní stanovisko ohledně své terapie a svého pohledu na prevenci relapsu záchvatovitého přejídání. Tato část diplomové práce je členěna do deseti kapitol, ve kterých popisují přípravy na výzkum, cíle výzkumu, metody získávání dat, dále popisují výzkumný vzorek, etická úskalí a metody zpracování dat. Poté následuje přehled okruhů pro rozhovory a v neposlední řadě výsledky výzkumu. Výsledky kvalitativního výzkumu přinesly podrobné informace o tom, jaké momenty v léčbě záchvatovitého přejídání byly pro respondentky zásadní a podrobná doporučení, jak předcházet relapsu této nemoci.

13. Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou závažná psychická onemocnění. Počet nemocných stále stoupá, léčba je obtížná. Každá individuální zpráva o nemoci přispívá k vyšší společenské informovanosti.

V závěru bych ráda shrnula informace, které výzkum přinesl. Jelikož šlo o kvalitativní výzkum, nemohu předložit obecně platná zjištění. To ani nebylo mým cílem. Cílem bylo zmapovat nejdůležitější momenty terapie z pohledu samotných respondentek a zjistit efektivní preventivní opatření v každodenním boji se záchvatovitým přejídáním. Shromáždit subjektivně důležité faktory v léčbě a prevenci záchvatovitého přejídání.

Hlavními dosaženými výsledky výzkumu této práce jsou konkrétní doporučení, co je při léčbě záchvatovitého přejídání důležité, funkční a co ne, a to přímo z pohledu samotných žen, které se s touto poruchou příjmu léčily. Dále výzkum přinesl konkrétní poznatky pro prevenci relapsu této nemoci získané na základě zkušenosti léčených žen.

Jako nejdůležitější momenty terapie záchvatovitého přejídání byly sesbírány tyto poznatky:

- Začít, připustit si problém
- Pojmenování/detekování/diagnostika nemoci
- Stanovení terapeutického a jídelního plánu
- Psaní jídelních záznamů (a dalších písemných záznamů: deník, psaní si cílů a motivačních vět, psaní si poznámek, co je v léčbě funkční a co ne)
- Edukace, informace o nemoci
- Zrušení diet a přechod na zdravý způsob stravování a života obecně
- Detekce spouštěčů záchvatů přejídání
- Práce s emocemi
- Práce na sociálních vztazích
- Zpracování traumatických zážitků
- Práce na vlastní sebeúctě
- Práce na zdravém vnímání vlastního těla
- Rozpoznání, jakou nemoc hraje úlohu v životě dotyčného člověka
- Efektivnější organizace volného času
- Motivace

Při sběru dat týkajících se subjektivního doporučení pro prevenci relapsu záchvatovitého přejídání byly sesbírány konkrétní poznatky v těchto oblastech:

- Situace při nákupu potravin
- Situace během jídla
- Situace v restauraci

- Raut, dovolená s typem stravování all-inclusive
- Rodinné oslavy a návštěvy
- Mít se na koho obrátit
- Organizace času a místa
- Situace, když záchvat přejedení přichází
- Situace, když se nepovede zvládnout záchvat přejedení
- Rizika alkoholu a jiných návykových látek
- Osobní nastavení a postoje

Závěr rozhovorů s respondentkami byl věnován otázce, co by poradily těm, kteří se záchvatovitým přejídáním bojují. Z odpovědí vyplynulo jedno stěžejní doporučení, aby neváhali vyhledat odbornou pomoc.

Literatura a další zdroje:

- Adámková Ségard, M. (2010). *Psychomotorická terapie*. Praha: European Science and Art Publishing & Asociace.
- Agras, W. S. (2008). *Overcoming Your Eating Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Claude-Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma.
- Cooper, J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání. Jak se uzdravit*. Olomouc: VOTOBIA.
- Cooper, J. (2014). *Bulimie a záchvatovitě přejídání. Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Černá, R. (2012). *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Brno: Anabell.
- Dušek, K., Večeřová – Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Fairburn, Ch. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press.
- Fraňková, S., Odehnal, J., Pařízková, J. (2000). *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio.
- Göckel, R. (2008). *Místo činu lednička. Když se z jídla stane problém*. Praha: Práh.
- Hromádková, E. (2013). *Záchvatovitě přejídání u žen 19-30 let - ovlivňující faktory a spouštěče*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
- Hřivnová, M. (2014). *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chambers, N. (2009). *Binge Eating. Psychological Factors, Symptoms And Treatment*. New York: Nova Science Publishers.
- Jaccobi, C. Paul, T., Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

- Kviatkovská, K., Albrecht J., Papežová H. (2015): *Záchvatovité přejídání v DSM-V a nové formy léčby*. X. Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě, (19, 20). Získáno 13. 11. 2015 z http://site11.lukassykora.cz/sites/default/files/Abstrakta_ppp.pdf
- Krch, F. (2008). *Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Krch, F. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Málková, I., Krch F. (2001). *SOS nadváha*. Praha: Portál.
- Middleton, K., Smith, H. (2010). *First Steps Out of Eating Disorders*. Oxford: Lion Hudson.
- Miovský M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál.
- Němečková, P. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. *Psychiatrie pro Praxi* 2007; 4: 155–157.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM.
- Papežová, H. (2001). *Nové terapeutické přístupy na 3. Mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy*. *Psychiatrie pro Praxi*, 2001; 4.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Paterson, A. (2008). *Beating Eating Disorders Step By Step*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E. (1999). *Psychosocial And Pharmacological Treatment Of Eating Disorders: A Review Of Research Findings*. *Journal of Clinical Psychology*. Volume 55, Issue 6, pages 685–697.
- Polanská, M., Sladká Ševčíková J., Švédová, J. (2007). *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. Ostrava: O.s. Anabell.
- Raboch, J. (2010). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU.

- Silverstone, T. (2005). *Eating Disorders And Obesity*. Amsterdam: IOS Press.
- Švédová, J. (2012). *Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci*. Brno: O.s. Anabell.
- Švédová, J. (2012). *Jak se v sobě neztratit*. Brno: Anabell.
- Telch, Christy F.; Agras, W. Stewart; Linehan, Marsha M. (2001). *Dialectical Behavior Therapy For Binge Eating Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 69, Dec 2001, 1061-1065.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- World Health Organization (2006) *MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- www.idealni.cz.

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Školní rok: 2015/2016

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Záchvatovité přejídání u žen 20-30 let - nejdůležitější momenty terapie**

Autor práce: **Bc. Eva Hromádková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Počet stran a znaků: 62 stran, 118 804 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 36

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá typem poruch příjmu potravy – záchvatovitým přejídáním. Zaměřuje se na otázku nejdůležitějších momentů terapie z pohledu samotných respondentek a zjištění efektivních preventivních opatření v každodenním boji se záchvatovitým přejídáním. V teoretické části jsou uvedeny základní informace, které jsou nezbytné pro porozumění výzkumného tématu. Empirická část se zabývá zkoumáním subjektivního pohledu nemocných dívek na nejdůležitější momenty jejich terapie a na efektivní opatření v prevenci relapsu. Použitými metodami získávání dat jsou polostrukturované rozhovory.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, záchvatovité přejídání, psychoterapie, relaps

ABSTRACT OF THESIS

Title: Binge eating amongst women between the ages of 20 and 30 - the most important moments of therapy

Author: Bc. Eva Hromádková

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 62 pages, 118 804 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 36

Abstract:

The thesis deals with a type of eating disorder – binge eating. It is focused on the question of the most important moments in the therapy of respondents viewed themselves and finding effective preventive measures in their daily struggle with binge eating. The theoretical part provides basic information that is necessary for an understanding of the research topic. Empirical part of thesis examines the sick girl subjective view on the most important moments of their therapies and effective measures in preventing relapse. The methods used to obtain the data are semi-structured interviews.

Key words: Eating disorders, binge eating disorder, psychotherapy, relapse

Respondentka: Kateřina - 30 let, bez dětí, svobodná, studuje VŠ humanitního zaměření, pracuje jako asistentka

T: Kát'o, sešly jsme se tady po třech letech, abychom spolu udělaly další rozhovor. Jsi připravená?

R: Ano.

T: Budu se zase držet nějaké osnovy, ale cokoliv ti bude připadat důležitý, sem s tím.

R: Dobře.

T: Domluvily jsme se, že si budu rozhovor nahrávat, abych si nemusela všechno zapisovat a mohla se soustředit. Je to v pořádku?

R: Jasně.

T: V minulém rozhovoru jsme spolu probíraly hodně témat.

R: Jó, byl to masakr (směje se).

T: Řešily jsme vznik tvojí nemoci, průběh, spouštěče.

R: Taky můj jídelní deníček, můj život. Od narození, prostě všechno.

T: Dneska bych se ráda zaměřila na tvojí terapii. Jaký momenty v ní vnímáš jako stěžejní, co pro tebe bylo nejdůležitější v boji proti přejídání. A taky pomoci čeho se ti daří držet jídlo na uzdě.

R: Dobře.

T: Nejdřív mi pověz, jak to máš s jídlem dneska?

R: No, řekla bych, že v pohodě.

T: (mlčí)

R: No jako je to pro mě pořád téma, ne že ne. Ale tak nějak jsem se, myslím, stabilizovala. Během terapie jsem se ještě dost přejídala. Ale pak to postupně klesalo. Teď mám takovej

svůj režim. Snažím se jíst zdravě, pravidelně a cvičit. Občas vynechám večeři, dám si místo toho třeba víno, občas mě honěj chutě se pořádně nacpat, ale žádnéj velkej záchvat. A když si dopřeju, třeba na nějaký rodinný oslavě, tak se za to pak netrestam hladověním.

T: Takže diety už nedržíš?

R: No já nevim. Občas si udělám přísnější režim. Někdy víc cvičim.

T: Máš pocit, že máš jídlo pod kontrolou?

R: Spíš jo.

T: Pořád sleduješ svoji váhu?

R: Jo, vážim se skoro každěj den.

T: A je pro tebe to číslo důležitý?

R: Vlastně je. Od tý doby, co se nepřejídám, jsem zhubla. Je mi tak dobře a nechci se vrátit.

T: Máš pocit, že je pro tebe pořád váha, tvůj vzhled hodně důležitá?

R: Jo. Bylo období, kdy jsem byla hubená až moc. Že o mě měli lidi v mym okolí starost. Dělal mi to dobře. Je to příjemný konečně slyšet něco jinýho, než že mám velkej zadek. Že jsem lunt. Že mi lezou kosti. Ale byla jsem z toho mála jídla, hodně cvičení a alkoholu vyčerpaná. Ale líbilo se mi to.

T: Káťo, tohle nemůžu nechat bez povšimnutí. Ale ráda bych to probrala mimo tenhle výzkumnej rozhovor. Můžeme se k tomu potom vrátit?

R: Tak jo.

T: Zkusíme se teď vrátit k tvojí terapii. Můžeme začít tím, kdy jsi nastoupila do terapie?

R: Na podzim roku 2012.

T: A docházíš tam ještě nebo jsi skončila?

R: Teď na jaře budu končit.

T: Takže to budou dva a půl roku.

R: Jo. Dva a půl roku jednou tejdně. Mazec!

T: Jaký z toho máš celkově pocit?

R: Že to bylo moje nejlepší rozhodnutí v mém životě!

T: (mlčí)

R: Že jsem to pro sebe měla udělat už dávno. Pomohlo mi to pochopit spoustu věcí, který se ve mně děly, odžít si bolavý věci, pofoukat rány. Pomohlo mi to se tak nějak postavit na svoje vlastní nohy. Ale ještě před tím bylo pro mě hrozně důležitý, že jsem si připustila, že mám fakt problém. A že ho musím řešit s něčí pomocí. To jsem si uvědomila díky tomu našemu rozhovoru.

T: To jsem ráda. Byla jsi u nějakýho specialisty na poruchy příjmu potravy?

R: Ne, byla to asi normální psychoterapeutka.

T: A probíraly jste tvůj vztah k jídlu?

R: Jo, hodně. Ale nebylo to každodenní téma.

T: A s jakou zakázkou jsi tam přišla?

R: Jako co jsem chtěla vyřešit?

T: Ano, na začátku jste si asi říkaly, s čím přicházíš, co od terapie očekáváš.

R: No, já jsem měla v sobě hroznej zmatek. Po tom našem rozhovoru se mi rozvířily starý věci. Chtěla jsem si ujasnit, co se mi v životě, hlavně teda v dětství stalo, jak mě to ovlivnilo a ovlivňuje do teď. A Veronika, to je moje terapeutka, se ptala, jak mě to ovlivňuje teď. Tam jsem řekla, že mám problém s jídlem. Takže o tom od začátku věděla.

T: Takže jste se nezaměřily jen na poruchu příjmu potravy.

R: Ne. Já jsem cejtla, že když budu řešit jen jídlo, tak nevyřeším ten pravej problém. Ten, co je vevnitř a jídlem jenom probublával ven. Chápeš?

T: Chápu.

R: Takže jsme vzaly můj život od začátku. Nejdřív to bylo hrozně náročný. Po každý hodině jsem musela jet domu a lehnout si do postele. Hrozně jsem brečela, bolela mě hlava, břicho. Byla jsem vyčerpaná. Probíraly jsme postupně všechny členy rodiny a můj vztah k nim,

zážitky s nima. Veronika mi dávala hodně zpětný vazby. Co z jejího pohledu bylo pokřivený. Taky mi dávala hodně podpory. Bylo pro mě hrozně důležitý, že chápala, jak mi bylo. Cejtla se mnou. Nic nezlehčovala. Tolik jsem tam toho vybrečela.

T: Muselo to být hodně náročný.

R: Jo, to teda bylo. Ale zároveň hrozně očištný. To se blbě popisuje. To se musí zažít.

T: Chápu.

R: Kdyby to její kanape mohlo mluvit, co všechno si vyslechlo od všech lidí (směje se)

T: Ležela jsi při terapii na kanapi?

R: Jo, Veronika mi to nabídla a mě ani nenapadlo něco namítat. Bylo to fajn. Byla jsem víc sama se sebou, nemusela se soustředit na to, jak se tvářím já nebo ona. Ona mi seděla za hlavou. Slyšela jsem jenom její hlas a pohyby.

T: Když se teda zaměříme na původní rodinu a dětství, co bylo pro tebe v terapii důležitý?

R: Odkrýt ty bolavý místa s někym, kdo je pofouká. Rozmotat všechny emoce s tím spojený, který se mi v průběhu času totálně zamotaly. Když jsem si je postupně pojmenovávala, ubíralo jim to na síle.

T: Mluvily jste taky o tvym vztahu sama k sobě?

R: No jéje (směje se). Zjistila jsem, že potřebuju bejt perfektní. Ne pro sebe, ale pro ostatní. Kolikrát jsme narazily na to, že si připadám pro ostatní málo zajímavá, a že bych si měla sama sebe víc vážit. Vždycky jsem se jí zeptala, a jak se to jako dělá? Jak si člověk má z ničeho nic začít sám sebe vážit? Ani nevim, jak se to stalo, ale myslim, že jsem na tom mnohem líp. Nejsm na sebe tak přísná. Dokážu si říct, že nemusim bejt perfektní, že mám právo si taky odpočinout, něco neudělat, soustředit se sama na sebe.

T: Máš o sobě teď lepší mínění?

R: Určitě.

T: Čim to je?

R: Já myslim, že mi pomohlo, že jsem překonala všechny ty bolesti. Veronika mi dávala najevo, že to, co jsem musela v dětství prožívat, bylo sakra těžký. A já to zvládla. To mě

posílilo. Taky mě podporovala v tom, že jsem dost chytrá na tohle a támhleto. Třeba na to, abych dostudovala. Mírnila mě v mojí přísný sebekritice.

T: A dokážeš si to dneska najít v sobě?

R: Jo. Občas ještě mám nějaký záchvěvy. Ale už k sobě nemluvim tak hnusně. Víš, takovým tím vnitřním hlasem. Říkám sama sobě, Kát'o, to neva, místo toho Ty seš ale kráva. Rozumíš?

T: Rozumím.

R: Polevila jsem. Jako z těch nároků. A taky už mám v sobě kus Veroniky (směje se).

T: Co tím myslíš?

R: Vždycky, když v sobě řeším nějaký problém, představuju si, že jsem u Veroniky a přesně vim, co by mi řekla nebo na co by se mě zeptala. A tak jí v duchu odpovídám.

T: Takže sama sobě terapeutem?

R: Jo (směje se). To mě taky posiluje. Pomáhá mi to mít v sobě víc jasno, v emocích, potřebách a tak. Pak můžu i svému okolí říct, co potřebuju. Je to úlevný. Učím se říkat, co se mi líbí a nelíbí, co prožívám. A nejen ty hezký emoce, ale i ty negativní. Ty jsem nikdy neuměla moc vyjadřovat a pak se mi tam vevnitř kumulily. A pak jsem byla jak papiňák a už nevěděla, která emoce kde vznikla a byl v tom hroznej maglajs.

T: Takže jsi se naučila líp pracovat se svejma emocema?

R: Rozhodně. Ale pořád se to ještě učím. Kolikrát se mi stane, že cejtim, že se mi něco nelíbí, že mě něco zraňuje. Ale až s odstupem času mi dojde, co to bylo.

T: Vnímáš nějakou změnu v tvých vztazích s lidma?

R: Určitě. Jsem trochu víc otevřená. Už se nepotřebuju za každou cenu zalíbit.

T: Pracovaly jste nějakým způsobem s tvým vztahem k jídlu?

R: Dlouhou dobu jsem si vedla ten jídelní deníček, co jsem si vedla pro tebe, když jsi psala tu první práci. Moc mi to pomáhalo. Dělat si jasno v tom, kdy, kde a proč mám potřebu se přejíst. Občas jsem to přinesla na terapii a rozebraly jsme to. Ale spíš jsme pátraly po tom, co způsobuje pocity, který mě vedou k přejídání než co aktuálně s tím. Psala jsem si i deník

z terapie. Udělala jsem si tam seznam spouštěčů. Který situace jsou pro mě rizikový, čemu se mám vyhýbat. Snažím se líp si organizovat čas. Najít si čas na sebe, na příjemný věci, nebýt ve stresu, a když už nějaký je, udělat si čas na jeho odreagování. Pro mě je nejlepší nějaká fyzická aktivita. Takže udělat si čas na cvičení.

T: Ještě mi pověz, co ti pomáhá v tom, aby ses nepřevedla, když to na tebe přijde?

R: Obecně mi pomáhá mít jídelní režim. Jíst zdravě, vyváženě, menší porce a častěji. Do toho pohyb. A odpočinek je hrozně důležitý. Když jsem nevyspalá a přetažená, mám pak větší chuť, tělo chce energii. Navštívila jsem výživový poradce, ten mi ukázal co a jak. Vyměnit diety za zdravější způsob života je základ. Pomáhá mi vyhýbat se starým zvykům. Jako třeba nanosít si jídlo k telce nebo počítači. Když třeba vím, že budu po práci sama doma a mohlo by to přijít, tak se cestou stavím na kafi, tam si dělám něco na počítači nebo si čtu a jedu domů, až když vím, že tam nebudu sama, nebo když už vím, že jsem v pohodě. Taky mi hrozně pomohlo, že jsem se naučila rozeznávat fyzický hlad od psychickýho. To jsem někde četla a je to super. Fyzický je jasnější, kručí ti v břiše. Prej ho cejtíš pod krkem. Psychický hlad cejtíš nad krkem. Fakt to funguje. Když teda cejtím, že to na mě jde, uvědomím si, že je to nad krkem. Taková ta děsná touha něco sníst, sbíhají se ti sliny. To se pak zastavím, uvědomím si, že to je jen psychický. A když tomu takhle rozumím, je mnohem jednodušší to překonat. Pak jsou to takové drobnosti. Jako třeba si nandat na talíř to, co mám sníst. Nenosit si k němu další věci, abych měla na výběr, nebo co kdybych si chtěla přidat. A když dojim, musím to hned uklidit. Jídlo skončilo a teď se dělá něco jinýho. Nebo nechodit nakupovat hladová, to je past. Neodkládat nepříjemný povinnosti. Soustředit se na hezký věci v životě.

T: A co alkohol a cigarety?

R: Nó. To taky. Večer si dám skleničku, zakouřím si a jsem v pohodě. Nebo když jsem dlouho v práci a honí mě mlsná, tak si jdu zakouřit a jsem v pohodě.

T: (mlčí)

R: No já vím, že to nejsou zrovna zdravý náhražky. Ale tyhle neřesti jsem měla i při přejídání. Tak co.

T: Teď tady nejsem od toho, abych to nějak hodnotila. Můžeme se k tomu vrátit po rozhovoru. Pověz mi, kdybys měla shrnout v bodech, co pro tebe v terapii bylo nejdůležitější v boji s přejídáním, co by to bylo?

R: Připustit si problém. Požádat o pomoc. Pak rozhodně rozebrání věci z dětství a dospívání, který mě bolely a ovlivňovaly. Pak práce na tom, vážít si víc sama sebe, mít se ráda taková, jaká jsem. I nedokonalá. Terapie mě pak vedla k tomu, abych měla víc život ve svých rukou. Jo, něco mě v dětství bolelo, ale jaký život budu žít, za to jsem zodpovědná já sama. Jaký si to udělám, takový to bude. Práce na tom, vnímat svoje emoce, umět je popsat, porozumět jim. A taky je ventilovat. Zpracovávat. Najít si ventil. Mimoch jsem začala chodit na tréninky thajského boxu. Pro vybití vzteku je to fakt paráda.

T: To je super. Ještě nějaký body, co ti pomohlo?

R: Rozeznávat fyzické hlad o psychickýho. Vnímat únavu.

T: Takže víc poslouchat své tělo?

R: Jo! Ale tak nějak ve spojení s psychikou. S emocema.

T: Co ještě?

R: Já myslím, že základ je odkrýt původ a pak pracovat na tom, aby si člověk vážil sám sebe. Aby se měl rád i se svejma nedokonalostma. Od toho se pak odvíjí všechno.

T: Je ještě něco, co bys třeba doporučila holkám, který bojujous s přejídáním?

R: Aby neváhaly a na někoho se obrátily. Aby v tom nezůstávaly samy. Jinak se v tom utopěj. Ať přestanou blbnout s dietama. Ať na sobě hledaj ty hezký stránky. Že jsou krásný takový, jaký jsou. A ať si sebe vážej. Ono se to hrozně lehko řekne, ale je strašně těžký tohle změnit.

T: Sebeúctu?

R: Jo.

T: Káťo, moc ti děkuju za tvoje odpovědi.

R: Rádo se stalo.

Respondentka: Barbora - 26 let, bez dětí, svobodná, SŠ, novinářka

T: Báro, sešly jsme se tady po třech letech, abychom spolu udělaly další rozhovor. Domluvily jsme se, že si budu rozhovor nahrávat.

R: S tím nemám problém.

T: Díky. Budu se zase držet nějaké osnovy, abych nezapomněla na něco důležitého. Kdyby tě ale cokoli v průběhu napadlo, sem s tím.

R: Dobře.

T: Minule jsme řešily vznik tvojí nemoci, průběh, spouštěče. Dnes se zaměříme na tvojí terapii. Které momenty vnímáš jako zásadní pro léčbu záchvatovitého přejídání. A co ti pomáhá se nevracet ke starým návykům.

R: Dobře.

T: Ještě než začneme mluvit o terapii, chci se tě zeptat, jak jsi na to s jídlem, se záchvaty přejídání dnes?

R: Myslím, že se můžu pochválit, že jsem ušla kus cesty. Žiju dnes o poznání jinak. Snažím se jíst zdravě a vyváženě. Cvičím. Moje záchvaty se stávají mojím 13. komnatou, ale už si nežijí svým způsobem života. Ale bez terapie bych to asi nezvládla.

T: Je pro tebe pořád důležitá tvoje váha, postava?

R: Důležitá je, ale ne nejdůležitější.

T: Jak často se třeba vážíš?

R: Jen jednou týdně, tak mi to poradili.

T: Můžeme tedy začít tím, kdy jsi do terapie nastoupila, jak dlouho si v ní byla nebo ještě pokračuje?

R: Začala jsem docházet k paní doktorce XY 20. srpna 2010. Vzala mě jen s týdenním čekáním. Dnes už docházím jen do svépomocné skupiny.

T: Jak to probíhalo?

R: Na začátku jsme si řekly takové ty širší informace, o mě, o mé rodině, zaměstnání, nemocích a podobně. Potom jsme přešly k potížím, kvůli kterým jsem jí vyhledala. Moc se mi ulevilo, když mi paní doktorka řekla, že to, s čím bojuju, je vážná porucha příjmu potravy, a že je dobře, že jsem přišla.

T: Ulevilo se ti?

R: Ano. Nevím, jak to popsat. Měla jsem pocit, že mi konečně někdo rozumí. A tím byl ten kámen o půlku lehčí. Do té doby jsem měla pocit, že je to jen moje vina, že mám jen slabou vůli, že jsem k ničemu, když ani neumím korigovat jídlo. Ale když mi paní doktorka řekla, že jde o vážnou nemoc, která vyžaduje léčbu, ulevilo se mi, už jsem na to nebyla sama. A najednou jsem měla pocit, že na sebe musím být opatrná, když jsem tedy nemocná.

T: Rozumím.

R: Pak mi hodně pomohlo, když mi paní doktorka vysvětlila, o jakou jde nemoc. Že jí trpí mnoho lidí. Také mi vysvětlila všechny věci kolem. Třeba nejvíc šokující pro mě bylo, že diety způsobují poruchy příjmu potravy. Dost mi to otevřelo oči. Dokonale mi popsala, jak probíhají záchvaty a jak se u nich člověk cítí. Měla jsem pocit vysvobození. Že v tom nejsem sama, a že mi někdo rozumí. Hned po prvním setkání jsem šla za mámou. Všechno jsem jí řekla. Chtěla jsem se jí svěřit už dávno, ale nevěděla jsem, co jí mám říct. Paní doktorka mi pojmenovala to, co jsem chtěla říct.

T: A jak na to reagovala tvoje máma?

R: Nejdřív byla trochu v šoku. Měla o mě strach. Ale pak jsme si povídaly a povídaly a hrozně nás to sblížilo.

T: To mě těší.

R: Jo, mě taky. To je to nejvíc, co jsem mohla dostat.

T: Dostat od koho nebo čeho?

R: Od života. Od mámy. Říkám si, že jestli moje nemoc byla cesta k mojí mámě, stálo to za to trápení.

T: Probíraly jste to pak s paní doktorkou?

R: Mluvily jsme o tom. Ale to pro mě nebylo tak cenný, jako ten zážitek blízkosti s mamkou. Teď se pravidelně navštěvujeme a hodně si povídáme. Paní doktorka mi dala do života informace a řád. Stanovila celý plán léčby. Vedla jsem si jídelní záznamy a deník. To jsme spolu analyzovaly. Pomohla mi sestavovat zdravý jídelníček. Zapojila jsem cvičení. Ze začátku jsem měla tendence to s cvičením přehánět, ale ona mě vždycky usměrnila. Vysvětlila mi, že jde o strach z tloušťky, a že bych byla zase na špatné cestě. Cvičit musím pro radost, pro odreagování, pro vyčištění hlavy. Můžu tvarovat postavu, ale nesmím tím žít.

T: Chápu.

R: Taky mi pomohla víc mluvit o tom, co cítím. Nejen o tom mluvit, ale i chápat, co se se mnou děje.

T: Práce s emocema?

R: Ano. A také na mém sebevědomí. Snažím se míň myslet na to, co si o mě myslí lidi. Snažím se nebýt na sebe tolik přísná, jako jsem bývala. Paní doktorka mi občas dávala domácí úkoly. Třeba jsem měla za úkol si každé ráno do zrcadla říct nahlas o sobě 3 pěkné věci. Ze začátku to vůbec nešlo. Tak mi paní doktorka poradila, ať si představím, že mluvím ke své nejlepší kamarádce.

T: A pomohlo to?

R: Ze začátku to bylo takové divné. Nepřirozené. Ale pak mě to začalo bavit. Zlepšovalo mi to náladu. Dnes už si to říkám v duchu a třeba se na sebe jen usměju.

T: To je hezké. Jaké další úkoly ti pomohly?

R: Cvičily jsme asertivitu. Jak někoho odmítnout, aniž bych z toho měla výčitky svědomí. Jak si o něco říct.

T: Jaké další změny pro tebe byly důležité?

R: Kromě změny stravování a cvičení jsem si našla záliby, které mi dělají dobře. Začala jsem zase hrát na klavír, uklidňuje mě to. Nebo si něco pro sebe namaluji. Víc se zaměřuji na to, co mě v životě těší, co mi dělá radost. Míň se vídám s lidmi, kteří mi ubírají energii. Neříkám, že jsem je ze svého života vypustila úplně, ale alespoň jsem kontakt s nimi omezila, což je u mě veliký pokrok.

T: Ještě něco tě napadá? Jaké kroky v léčbě byly důležité?

R: Důležité je mít se rád. Mít ráda i své nedokonalé tělo. Smířit se s tím, že nebudu vypadat jako ta či ona. To se stále učím. V dnešní době to není lehké.

T: Co není lehké?

R: Nesrovnávat se s okolím, nepodlehnout trendům, že být štíhlý znamená úspěch ve všech oblastech života, že držet dietu je normální a žádané.

T: Chápu. A stává se ti ještě někdy, že máš chuť se přejíst?

R: Určitě. Už ne tak často a tak silně, ale aspoň jednou týdně ano.

T: Co v takových chvílích děláš?

R: I na tom jsme s paní doktorkou pracovaly. Já se hlavně snažím žít tak, aby k tomu vůbec nedocházelo. Snažím se myslet na svoje potřeby, na to, abych odreagovala stres, na to, abych efektivně strukturovala svůj den.

T: Snažíš se vyhnout spouštěčům?

R: Přesně tak. To bylo pro mě klíčové. Když jsme s paní doktorkou dávaly dohromady mapu spouštěcích událostí.

T: No ale, když už to přijde?

R: Pak vím, že nesmím tu myšlenku nechat žít. Musím jí zarazit hned na začátku. Buď je to tím, že jsem přes den nemyslela na svoje potřeby, třeba když mám náročný den v práci. Pak si zrekapituluju, co mi chybělo. Když je to odpočinek, udělám si třeba vanu a hýčkám se. Když je to tím, že jsem neodreagovala stres, zacvičím si. Když je to tím, že se nudím, jdu se něčím zabavit. Ono je těžké dávat někomu rady, co má dělat. Každý má asi ty spouštěče jiné. Každý si musí přijít na to sám, co mu chybí. A musí přijít na to, jakým jiným způsobem než jídlem si to může nahradit nebo dosytit.

T: To je hezky řečeno. Co ještě ti pomáhá předcházet uklouznutí?

R: Nějaká aktivita. Ale určitě není dobré se zaměstnat tím, že půjdu udělat nákup potravin domů. To pak člověk nahází do košíku úplně všechno. Když mám doma plnou ledničku a špajzku, dráždí mě to. Tak si raději nedělám velké zásoby jídla. Nakupuji po malých várkách

a častěji. Také si pro jistotu dělám seznam jídla, které chci koupit a moc se nerozhlížím, co by mě zaujalo, co mají nového. Na své jídlo si musím udělat klid a čas. Snažím se nejíst za chůze, v autě, když řídím, v práci za běhu. Mám k jídlu určená místa, kde si na to udělám čas a prostor. Nenosím si na stůl více potravin, abych měla na výběr, ale jen to, co sním. Nepouštím si k jídlu ani televizi, ani počítač, jako jsem to dělala dřív. To člověka tak rozptýlí, že ani nevnímá, co už všechno snědl, jakou to mělo chuť a ani neví, že je plný. Když dojím, zvednu se od stolu a uklidím nádobí. Také jsem se naučila vyhazovat zbytky. Když cítím, že jsem najedená, přestanu jíst a zbytek buď schovám do lednice, nebo vyhodím. To jsou takové drobnosti. Člověk si na ně ale asi musí přijít sám. Každý jsme jiný.

T: To máš pravdu. Ale i přes to, je něco, co bys doporučila lidem, kteří s touto nemocí bojují?

R: Rozhodně, aby vyhledali odborníka. Nejhorší na té nemoci je ta příšerná samota a pocit, že mi nikdo nemůže rozumět. Tak to totiž není.

T: Báro, moc ti děkuju za tvoje odpovědi a za tvou otevřenost.

R: Doufám, že to třeba někomu pomůže.

Výzkumný vzorek

Jako výzkumný soubor jsem zvolila tuto skupinu: ženy ve věku 19 až 30 let. Z původně zamýšleného souboru patnácti respondentek jsem pracovala s dvanácti ženami. Jako metodu výběru výzkumného vzorku jsem použila metodu záměrného (účelového) výběru.

Pro účely této práce jsem volila pro mne nejsnadněji dostupnou skupinu. Ženy trpí poruchami příjmu potravy častěji než muži a jako ženě se mi s nimi snadněji navazuje kontakt, důvěra. Věkové složení odpovídá ženám, se kterými jsem si předem domluvila spolupráci. Volila jsem již plnoleté respondentky, abych se vyhnula problematice souhlasu rodičů.

Šlo o moje letité cvičenky (5+2 jejich kamarádky, které sice nechodí pravidelně cvičit, ale účastní se cvičících víkendů) a klientky z neziskové organizace (2), se kterými jsem si předem domluvila spolupráci. Další část respondentek (3) mi pomohli najít kolegové z psychologického výcviku SUR, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty.

Ženy musely splňovat následující kritéria:

- Opakovaně se přejídat, při čemž v krátkém čase konzumují velké množství jídla
- Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:
 - 1- Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
 - 2- Jí, dokud se necítí nepříjemně plný
 - 3- Jí, aniž by pocíťoval hlad
 - 4- Jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho
 - 5- Po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován, cítí se velmi provinile a nešťastně
- V souvislosti se záchvaty přejídání se objevují nepříjemné pocity
- K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát do týdne po dobu 6 měsíců

- Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným zvracením, zneužíváním projímadel, laxativ či diuretik

Každá z nich je jedinečná bytost, má své důvody pro přejídání, má svůj bohatý vnitřní svět a všechny mají můj obdiv za to, s jakou otevřeností a zodpovědností k mému výzkumu přistupovaly.

Konkrétněji jsem dělala rozhovory s těmito respondentkami:

6. Eliška - 26 let, 1 dítě, svobodná, vyučená kosmetička, na mateřské dovolené
7. Káťa - 27 let, bez dětí, svobodná, studuje VŠ humanitního zaměření, pracuje jako asistentka
8. Hanka 1 - 30 let, bez dětí, svobodná, vystudovala VŠ, zaměstnání: audit
9. Radka - 28 let, 1 dítě, rozvedená, vyučená kadeřnice, kadeřnice
10. Markéta - 30 let, 2 děti, vdaná, střední zdravotnická škola, zaměstnání: laboratoř
11. Zuzka - 30 let, 2 děti, vdaná, prodavačka
12. Tereza - 28 let, 1 dítě, svobodná, studuje VŠ, na mateřské dovolené
13. Hanka 2 - 19 let, bez dětí, svobodná, studuje střední školu
14. Nikola - 19 let, bez dětí, svobodná, studuje střední školu
15. Veronika - 20 let, bez dětí, svobodná, studuje VOŠ
16. Bára - 23 let, bez dětí, svobodná, ZŠ, novinářka
17. Linda - 29 let, bez dětí, svobodná, maturita, OSVČ