

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Klára Suchanová

Rizikové faktory v dospívání dívek vedoucí k poruchám příjmu potravy

Olomouc 2024

vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze pod odborným dohledem vedoucího práce. Čerpala jsem z literatury a ostatních pramenů uvedených v seznamu citovaných zdrojů.

V Olomouci dne 24. března 2024

.....

Poděkování

Mé poděkování patří především doc. PhDr. Mgr. Tomáši Čechovi, Ph.D., za vedení, trpělivost a ochotu, jenž mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval. Dále bych ráda poděkovala respondentkám, které mi poskytly informace k vypracování praktické části práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Poruchy příjmu potravy.....	7
1.1 Historie poruch příjmu potravy	8
1.2 Mentální anorexie.....	9
1.3 Mentální bulimie	11
1.4 Záchvatovité přejídání	12
1.5 Nespecifické formy poruch příjmu potravy	13
1.5.1 Orthorexie.....	13
1.5.2 Drunkorexie	14
1.5.3 Bigorexie.....	14
1.5.4 Pica syndrom	15
2 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy	16
2.1 Individuální psychologické a biologické faktory	16
2.1.1 Vývojové faktory v období puberty a dospívání.....	16
2.1.2 Ženské pohlaví	17
2.1.3 Genetická výbava.....	17
2.1.4 Temperament a emocionalita	17
2.1.5 Sebekontrola a sebevědomí.....	18
2.1.6 Důležité životní situace	19
2.1.7 Stres	19
2.2 Rodinné determinanty	20
2.2.1 Rodina.....	20
2.2.2 Výchova a stravovací návyky v rodině.....	21
2.3 Sociokulturní determinanty	22
2.3.1 Ideály krásy v historii	22
2.3.2 Vrstevníci	23
2.3.3 Redukční diety.....	24
2.3.4 Sport.....	24
2.3.5 Média.....	25
2.3.6 Barbie	26
3 Léčba poruch příjmu potravy.....	27
3.1 Ambulantní péče	28
3.2 Hospitalizace	28

3.3	Nutriční péče	29
3.4	Psychoterapie	29
3.4.1	<i>Kognitivně behaviorální terapie</i>	30
3.4.2	<i>Rodinné terapie</i>	30
3.4.3	<i>Psychodynamická psychoterapie</i>	30
3.4.4	<i>Skupinová terapie</i>	30
3.4.5	<i>Psychofarmakoterapie</i>	30
3.5	Svépomocné skupiny.....	31
3.6	Centrum Anabell	31
3.7	Prevence	31
4	Dospívání	33
5	Empirická část.....	35
5.1	Cíl výzkumu	35
5.2	Výzkumné otázky.....	35
5.3	Design výzkumného šetření	35
5.4	Výzkumná metoda.....	36
5.5	Výzkumný vzorek a charakteristika respondentů	36
5.6	Etika a průběh výzkumu.....	38
6	Analýza získaných dat	39
6.1	Působení rodiny	39
6.2	Mentální disharmonie a sociální prostředí adolescenta.....	45
6.3	Cesta k uzdravení	52
6.4	Dopady nemoci na kvalitu života.....	57
6.5	Poselství zkušenosti.....	61
7	Diskuse	63
	Závěr.....	65
	Seznam použité literatury.....	67
	Seznam použitých zkratk.....	70
	Příloha	72

Úvod

V současné době se spousta lidí setkává s duševním onemocněním, která se značně podepisují na kvalitě jejich životů. Jedním z nich jsou i poruchy příjmu potravy. S ohledem na popularizaci sociálních sítí a zvýšení povědomí společnosti o psychických problémech, se stále více lidí svěřuje, že si touto poruchou procházeli či procházejí, díky čemuž se poruchám příjmu potravy dostává patřičné pozornosti. Přes to, že se problematika poruch příjmu potravy objevuje již stovky let a je tak častým tématem mnoha publikací, stále není úplně jisté, co nemoc vyvolává. Vzhledem k mnoha provedeným studiím od odborníků, které se poruchami příjmu potravy zabývají, lze předvídat rizikové faktory, které pravděpodobnost zrodu choroby zvyšují, avšak i tak se nedá s přesností určit, jaká příčina je ta klíčová. S ohledem na to jsem se rozhodla věnovat právě těmto rizikovým faktorům a mířit především na adolescenci dívek, kdy je jejich emoční stabilita nejvíce zatížena. Využiji tak kvalitativního výzkumu, jenž si klade za cíl zachycení prožívání emocí u jednotlivých respondentek, které si poruchou příjmu potravy prošly.

V první části bakalářské práce se zaměřím na teoretickou část, kde budu charakterizovat problematiku poruch příjmu potravy. Zmíním zde historii nemoci a její formy, včetně nesespecifických typů poruch příjmu potravy a diagnostických kritérií. Dále se pokusím podrobně popsat rizikové faktory, které vznik poruch příjmu potravy podněcují. Také vysvětlím možnosti léčby a popíši konkrétně její formy a vhodnou prevenci. V neposlední řadě definuji i období dospívání, k jehož období se téma práce primárně vztahuje.

Druhá část pak obsahuje empirickému šetření. Nejdříve popíši metodologii a samotný výzkum včetně výzkumných otázek. Jako metodu výzkumu jsem zvolila typ kvalitativní, konkrétně formu polostrukturovaného rozhovoru. Během výzkumu oslovím respondentky, které si v dospívání prošly nějakou z forem poruchy příjmu potravy a mohou tak retrospektivně sdělit jejich zkušenosti. Jejich výpovědi poté analyzuji otevřeným kódováním, díky kterému následně vytvořím kategorie a zmíním úryvky z rozhovorů, jež se k daným tématům vztahují. Práci uzavírám závěrečné shrnutí výsledků empirického výzkumu a závěr.

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) tvoří široké diagnostické spektrum a patří k závažným psychiatrickým onemocněním. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se rozlišují dvě základní diagnózy a to mentální anorexie, mentální bulimie a dále jejich nespecifické formy. Charakteristickými prvky je narušené jídelní chování a negativní vnímání vlastního těla. Tyto příznaky dále mohou doprovázet další tělesné, psychologické i sociální následky (Papežová, 2010). Zdravotními důsledky, které mohou pacienty s PPP doprovázet je velká řada. Patří mezi ně například zpomalení funkce střev, srdeční obtíže spojené s arytmií, nízký krevní tlak, řídnutí kostí, chudokrevnost či poruchy funkce ledvin. Nedostatek živin může vést i k selhání ledvin či osteoporóze. Dále se vyskytují poruchy spánku, nevolnosti a nepravidelná či úplně vynechávající menstruace. Dlouhodobé trýznění těla hladem může vést i ke smrti (Švédová, Míčová, 2010). Jednou z častých příčin úmrtí spojených s PPP je i vědomé ukončení svého života neboli spáchání sebevraždy (Papežová, 2010). Častá je také komorbidita s dalšími psychiatrickými poruchami, mezi kterými se nejčastěji objevují poruchy osobnosti, různé druhy závislostí nebo depresivní a obsedantně kompulzivní poruchy (Raboch, Pavlovský, 2021).

Toto onemocnění se definuje především nezdravým vztahem člověka k jídlu, kdy nemocným neslouží jen jako palivo a biologická potřeba. Dochází k určité závislosti na jídle, dotyčný o něm neustále přemýšlí a vnímá ho jako náplň svého života. Kolem jídla se točí celý den nemocného, je mu přizpůsoben jeho denní režim. Typickým znakem všech druhů poruch příjmu potravy je také strach z tloustnutí. Při každé možné chvíli se postižení zaobírají tím, co a kdy budou jíst, kolik má jaká potravina kalorií, jak se vymluvit před ostatními proč nejí či naopak z jakého důvodu jí více, než je běžné (Krch, 2008).

PPP dotyčným způsobují trýznivé stavy, kdy nemocné vedou k izolaci od společnosti, úzkostem či depresím. S tím se pojí i posedlost vzhledem, konkrétně hmotností a kontrolou, jak jejich tělo vypadá, vytrvale se snaží svou tělesnou váhu snížit či ji alespoň nezvyšovat. Častokrát se také prolínají různé druhy PPP nebo na sebe navazují (Hansenová, 2019). Mimo sociální problémy vede PPP i k psychologickým dopadům, mezi které se řadí omezení zájmu pouze na diety a cvičení, obsedantní systém rituálů a zavedených pravidel, nedůvěru v sebe ale i ostatní či poruchy koncentrace. Objevují se tak i studijní neúspěchy nebo ekonomické problémy, které mohou eskalovat až do krádeží jídla či peněz (Raboch, Pavlovský, 2021). PPP se vyskytují v jakémkoli věku, od útlého dětství až po dospělost, nejčastěji se s nimi však lidé setkávají v období adolescence a mladé dospělosti. U pacientů s nízkým věkem jsou následky PPP závažnější, neb zasahují do celkového vývoje. Může tak docházet k pozdějšímu nástupu

puberty, dehydrataci, menšímu vzrůstu anebo k často objevující se neplodnosti. PPP se mnohem více stávají problémem současné doby a tím se dostávají do popředí diskutovaných problematik (Papežová a kol. 2010) Existují také takzvané screeningy, které lidem napomáhají stanovit, zda se u nich nerozvíjí problém s poruchami příjmu potravy. Jeden z těchto nejznámějších testů je Scoff test. Ten obsahuje pět otázek týkající se pocitů, zkušeností a myšlenek ohledně stravování a váhy. Pokud dotyčný odpoví alespoň na tři z otázek jako na pravdivé, je pravděpodobné, že se u něj rozvíjí nebo již rozvinula porucha příjmu potravy a je na čase ji řešit. Dalším známým pomocníkem ke zjištění přítomnosti PPP je test Renfrewova centra, který vypadá obdobně jako test Scoff, avšak obsahuje více otázek a odpovídá se na ně pouze ano nebo ne (Bronnikova, 2018).

1.1 Historie poruch příjmu potravy

O problematice poruch příjmu potravy se zmínil Hippokrates již v 5. století před naším letopočtem, kdy je označil pojmem *asithia*. Dochovány jsou i zmínky ze 14. století o první ženě, která dobrovolně zemřela hladu. O tu se údajně měla starat Sv. Kateřina. Žena měla nádor v prsu a úporný zápach z jejích odumírajících tkání ji zamezoval cokoli pozřít. Pro potlačení tohoto odporu hnis z tkání vypila a následně se jí měl zjevit Ježíš Kristus (Papežová, 2010).

V období středověku se pústy týkaly silně věřících křesťanek, které byly přesvědčeny, že omezeným či úplně odmítavým postojem k příjmu potravy dosahují udržení boží pomoci. Vzhledem k tomuto úsudku římskokatolická církev výrazně redukovala počet svatých, čímž začaly přirozeně klesat i ženy držící půst. Ve stejné době se začaly postíci se dospívající dívky nazývat „zázračnými pannami“. Ty však již nepřicházely s účelem boží pomoci, i tak na sebe ale upoutaly mezinárodní pozornost a lidé je podivně uctívali. Sjíždělo se za nimi nespočet poutníků, vysoce postavených mužů a dokonce králové, aby je obdarovali svými dary. V dnešní době bychom tento projev vnímali jako mentální anorexii, v dávných dobách si však i lékaři mysleli, že jde o zázrak, proto také začali využívat pojem *anorexia mirabilis* (Krch a kol., 2005).

S prvním lékařským popisem mentální anorexie je spojován Richard Mortonov, jenž v roce 1694 popsal onemocnění psychického původu, při kterém jistá dívka a chlapec úmyslně odmítali potravu. (Raboch, Pavlovský a kol. 2021) Jiné zdroje však uvádí, že až kolem druhé poloviny 19. století se mentální anorexii dostalo opravdové diagnostice jakožto psychické poruše, kdy ji v roce 1874 identifikoval William Gull. Díky němu se pak termín mentální anorexie dostává do podvědomí lidí. (Krch, a kol., 2005) V roce 1908 přichází módní návrhář, Paul Poiret, s návrhem šatů, jenž zdůrazňují siluetu těla pod šaty. Do té doby svrchní ošacení

postavu spíše zahalovalo. O deset let později se zavádí pojem kalorie a také se hojně začínají využívat osobní váhy na měření hmotnosti (Krch, Švédová, 2013).

V České republice se v roce 1963 začal věnovat tématu mentální anorexie autor František Faltus a roku 1977 vydal publikaci s názvem „Řekni mi, co jíš“. O šest let později pak založil Jednotku specializované péče pro nemocné trpící PPP na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, jenž se stala první takovou ve střední a východní Evropě. (Papežová, 2010) Od šedesátých let také vysoce narůstá problematika PPP a stávají se tak významným tématem společnosti. Vzhledem ke zvýšenému vlivu médií jsou publikovány i příběhy lidí s tímto onemocněním, internet je místem podpory a informací, ale bohužel i vznikem proanorektických blogů (Krch, Švédová, 2013).

Kolem osmdesátých let britský psychiatr Gerald Russell přichází s termínem *bulimia nervosa* a nemoc popsal jako „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí*“ (Russel 1979 cit. dle Papežové, 2010, str. 23). Koncem devadesátých let řada autorů publikovala mnoho článků a publikací na téma PPP. Vývoj této problematiky se ubíral hlavně do poznávání etiologie a dalších forem poruch příjmu potravy (Papežová, 2010).

V současných letech se problematice PPP zabývá hlavně profesorka Hana Papežová, přední odborník František David Krch a docentka Jana Kocourková (Papežová, 2010).

1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) nebo také *anorexia nervosa* je nejznámější poruchou příjmu potravy, projevující se úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, kdy dotyčný vědomě drží své tělo v dlouhodobém stavu výrazné podváhy. Toto snižování váhy je nemocnými dosahováno pomocí extrémního či úplného omezení příjmu potravy nebo nadměrnou fyzickou aktivitou. Objevuje se však rovněž zneužívání laxativ či úmyslné zvracení (Krch, 2013).

Výzkumy uvádí, že až 95 procent osob trpících mentální anorexií sčítají ženy ve věku 12-18 let. Zbýlých 5 procent pak tvoří muži, především ti, kteří vykonávají profese, u kterých je důležitá estetická stránka člověka. Příkladem jsou tanečníci, krasobruslaři, sportovci či žokejové (Krch a kol, 2005).

Nemocní trpící anorexií si svou poruchu často neuvědomují, či si ji nechtějí přiznat. Nemají náhled na svou nezdravou hmotnost, naopak usilují o její snížení a z každého ubývajícího gramu na váze pocítují radost (Krch, 2013). I přes popírání jsou často tak vyhublí, že je problém takřka nepřehlédnutelný. Okolí může začít vnímat jejich omezený výběr jídel,

zhoršení kvality vlasů a kůže může působit šedivým dojmem. Častým důvodem, proč na společných akcích či rodinných setkání nejedí je pak výmluva, že již jedli či že mají zažívací potíže. (Jelínek, a kol., 2023).

Zhruba jedna třetina lidí s anorexií přiznala, že se po nějaké době začali přejídat (Krch, 2008). Tato skutečnost je potvrzena i studií z roku 1944, která zjišťovala, jaký vliv má hladovění na lidské tělo. Při tomto výzkumu zvaném „Minnesotský experiment“, jehož iniciátorem byl doktor Ancel Keys, se zkoumaným mužům během šesti měsíců podávali pokrmy v poloviční velikosti jejich obvyklých denních porcí. Nejen, že došlo k poklesu o průměrně 25% jejich váhy, docházelo také k výskytu náladovosti, pesimismu a zájmu o mezilidské vztahy. Po ukončení projektu se většina z účastníků začala přejídat, aniž by k tomu dříve měli sklony (Papežová, 2010).

Diagnostická kritéria MA

Mentální anorexie se nalézá v desáté revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódovým označením F50.0. Pro stanovení této diagnózy pak musí být přítomné všechny uvedené příznaky:

- 1) Tělesná hmotnost je udržována minimálně o 15 % pod normou Body Mass Indexu (BMI) udávaného též jako Gueteletův index.
- 2) Snižování váhy způsobované samotným pacientem záměrným vyhýbáním se jídlu a užíváním jednoho nebo několika z uvedených prostředků: vyvolávané zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání léků snižující chuť k jídlu či laxativ a nadměrná fyzická aktivita.
- 3) Psychopatie, kdy přetrvává strach z nárůstu tělesné váhy, zkreslená, vtíravá představa o svém těle v negativním smyslu (Novák, 2010).
- 4) Amenorea projevující se absencí menstruace u žen a ztrátou sexuálního zájmu. Pokud však pacientka užívá hormonální antikoncepci, nemusí být toto kritérium splněno. (Krch, Švédová, 2013) Snižené libido se pak objevuje i u mužů spolu s potencí. Mohou se také zjistit zvýšené hladiny kortizolu či růstového hormonu, změny metabolismu thyreoidního hormonu nebo odchylky ve vylučování inzulínu (Novák, 2010).

Typy mentální anorexie

Krch (2005) dělí mentální anorexii na dva různé typy:

Restriktivní (nebulimický) typ MA – Pacientka nezvrací, nevyužívá kompenzačního chování v podobě nadměrného cvičení a také neprožívá záchvaty přejídání.

Purgativní (bulimický) typ MA – Během onemocnění MA dochází k opakovaným záchvatům přejídání, které následně pacientka kompenzuje cvičením, zneužíváním projímadel či účelově zvrací. Rozdílem od mentální bulimie je však velmi nízké procento tělesné hmotnosti a splnění dalších kritérií charakterizující mentální anorexii.

Ve spojení s mentální anorexií je důležité také zmínit, že rozlišujeme i takzvanou atletickou anorexii (*anorexia athletica*). Ta je popisována jako snaha o maximální sportovní výkon, při níž pacient rovněž využívá snížení příjmu potravy, jenž doprovází ztrácení hmotnosti jako pomoc k lepším sportovním výsledkům. (Kasper, 2015) Mezi další netypický případ patří mentální anorexie atypická, vyznačující se tím, že chybí jeden z uvedených příznaků z diagnostických kritérií. Často se však tento typ bagatelizuje natolik, že se dostatečně neřeší a postupem času může přejít v anorexii se všemi uvedenými příznaky (Jelínek, a kol., 2023).

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie neboli *bulimia nervosa* (MB) je oproti mentální anorexií méně známá, avšak o nic méně závažná a dokonce se v populaci objevuje častěji nebo vyústí právě z anorexie. Vzhledem k tomu, že lidé trpící bulimií mají váhu zpravidla v normě, není na první pohled jasné, že je dotyčný nemocný. Mentální bulimie je charakteristická nekontrolovatelnými záchvaty, kdy jedinec sní velké množství jídla. Po těchto záchvatech přichází nesnesitelný pocit viny, který se dotyční snaží potlačit vyvolávaným zvracením, požitím projímadel, dlouhým cvičením či hladověním (Navrátilová, a kol., 2000). Vyznačuje se taktéž neustálými myšlenkami a neodolatelnými chutěmi na jídlo současně s každodenním zaobíráním se svou hmotností. Právě proto, že jedinec má potřebu svou váhu mít pod kontrolou, jsou kompenzace následnou součástí přejídání (Jelínek, a kol., 2023). V dlouhodobém měřítku tak lze vypěstovat návyk, který vyústí v to, že i běžné jídelní chování se přemění na záchvat přejedení, který je následně doplněn kompenzačním chováním. Množství jídla se tak během záchvatu může lišit, avšak u nemocného přetrvává pocit přejedení (Krch, 2008). O bulimii pak hovoříme v případě, kdy jsou záchvaty pravidelné alespoň dvakrát týdně po dobu nejméně tří měsíců (Bronnikova, 2018).

Hlavními znaky je zvýšené nadýmání, pocity únavy, reflux či vyšší kazivost zubů, které má za následek zvracení, jenž leptá zubní sklovinu žaludečními kyselinami. (Jelínek, a kol., 2023) K nepříjemným důsledkům zvracení se řadí i otoky slinných žláz a nízká hladina draslíku v těle zvaná hypokalemie, jenž způsobuje nepravidelnost srdečního rytmu. (Krch, 2008) Současně s tím bylo také prokázáno, že u bulimiček a bulimiků se často vyskytuje nadužívání alkoholu nebo experimentování s jinými návykovými látkami (Jelínek, a kol., 2023).

Diagnostická kritéria MB

Bulimie se v MKN-10 nachází pod kódovým označením F50.2. Pro určení diagnózy mentální bulimie pak musí splňovat všechny tyto příznaky:

1. Neustálé zabývání se jídlem a nepřekonatelná chuť po jídle, střídavé epizody přejídání s konzumací nepřírodně velkých dávek potravy v rámci krátké doby.
2. Pokoušení se potlačit chuť na jídlo některým z těchto uvedených způsobů: zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání anorektik, diuretik či thyreoidních preparátů.
3. Psychopatologie spočívající v chorobném strachu z přibírání, kdy si dotyčný určí svůj vymezený váhový práh, jenž je dle lékařů zdravý nebo optimální. Často je před MB v anamnéze pacienta diagnostikována mentální anorexie. (Novák, 2010)

Krch (2008) uvádí tři základní kritéria.

1. Opakující se epizody se záchvaty přejídání.
2. Neustálá a nepřiměřená kontrola hmotnosti, strach z přibírání, který dotyčný kompenzuje zvracením, zneužíváním léků ke snížení hmotnosti či nadměrným cvičením.
3. Nízké sebevědomí, nereálné vnímání vlastního těla a s tím související nadměrný zájem o svůj vzhled a hmotnost.

Typy mentální bulimie

U mentální bulimie rozlišujeme dva specifické typy:

Purgativní typ – Značí se využíváním purgativních metod kompenzace, nemocný si vyvolává zvracení, zneužívá laxativ a projímadel či jiných preparátů.

Nepurgativní typ – Nemocný drží hladovky, používá nadměrné fyzické aktivity pro vyrovnání záchvatu přejedení (Novák, 2010).

1.4 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité nebo také psychogenní přejídání je, stejně jako u předchozích typů PPP, dáno negativním vztahem k jídlu a nenávisti vlastního těla (Papežová, 2003). Přes to, že zatím není vedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ukazuje se, že je nejvíce rozšířeným typem PPP. Jako mentální porucha je záchvatovité přejídání diagnostikováno tehdy, pokud se u jedince neobjevují jiné formy PPP a také má velmi přísná kritéria k určení diagnózy. Častým případem však je, že záchvatovité přejídání vzniká právě po propuknutí anorexie či bulimie, kdy je jejich přidruženou či přechodnou fází (Jelínek, a kol., 2023). Nemocný na sebe klade vysoké nároky, může docházet k držení různých nízkokalorických diet, které se následně zvrhnou v záchvaty přejídání.

Rozdílem od klasického přejedení je v množství jídla a v časovém intervalu, kdy pozření obrovské porce jídla probíhá během krátké doby, zpravidla do dvou hodin (Papežová, 2003).

Nemocný nejí primárně proto, že má hlad, nýbrž pro uspokojení emocionálních potřeb či vypořádání se se stresovými situacemi. Po záchvatu přichází pocit studu, viny a znechucení nad sebou samým. To vyústí v další držení nesmyslných hladovek, které opět vedou k záchvatům. Lidé trpící záchvatovitým přejídáním jí zhruba až dvakrát rychleji, než je standard, běžné je i kradení potravin ostatním, schovávání se s jídlem či pojídání již vyhozených zbytků (Papežová, 2003). Mezi další typické příznaky záchvatovitého přejídání může být reakce jídlem na dobré či špatné zprávy, neustálé strachování se zvýšení tělesné váhy, pocity zahanbení pokud je dotyčný spatřen při jídle, rituály spojené s konzumováním potravin či strach z toho, že bude dotyčný s jídlem sám (Maloney, Kranz, 1997). Psychogenní přejídání vede k nadváze či obezitě, neboť nedochází ke kompenzačnímu chování jako je tomu u bulimie, hranice mezi těmito dvěma druhy PPP je však velmi tenká, častokrát se nemocný uchýlí ke zvracení či užití projímadel, čímž se dostává k diagnóze mentální bulimie (Papežová, 2003).

Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání

Záchvatovité přejídání není sice vedeno v MKN-10, ale zmiňuje se o něm Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti. Příznaky jsou popsány následovně:

1. Opakované epizody přejídání bez pocitu hladu, ve velké rychlosti a množství až do absolutní plnosti.
2. Absence kompenzačního chování.
3. Nemocného doprovází sociální izolace, nenávisť k sobě samému, výčitky (Jelínek, a kol., 2023).

1.5 Nespecifické formy poruch příjmu potravy

1.5.1 Orthorexie

Orthorexie (*orthorexia nervosa*) se definuje jako patologická závislost na čisté a zdravé stravě, kdy daný jedinec vylučuje určité potraviny, které považuje za nevhodné a nezdravé. Na rozdíl od anorexie se však nemocní nezabývají tím, kolik jídla přijmou, ale tím, jakou má kvalitu. Nemusí tedy docházet k nízkému procentu tělesné váhy, avšak vyskytuje se negativní smýšlení o potravinách a perfekcionismu k vlastnímu tělu (Martykánová, Piskáčková, 2010). Orthorexie, kterou poprvé popsal lékař Steven Bratman v roce 1997, tak zatím nebyla zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí, neb je právě leckdy zaměňována s formou atypické

mentální anorexie (Jelínek, a kol., 2023). Orthorektici si zakládají na zdravém jídle a zajímají se o způsob zpracování či úpravy kupovaných potravin. Člověk s touto nemocí je tedy schopen v obchodě strávit klidně i hodiny nákupem potravin, který by běžně trval jen pár desítek minut (Jelínek, a kol., 2023). Mnohokrát tíhnou i k vyznávání určitých jídelních subkultur jako je například veganství, fruktariánství, vyznavači syrové stravy či whole food (Beránková, 2010). Jejich motivací je absolutní kontrola nad svým vlastním zdravím, což ale vede k obsedantnímu chování. To ze začátku nemusí ihned působit negativně, neb jedinec má pocit, že může řídit svůj život a okolí jej často obdivuje za jeho silnou vůli jíst zdravě (Krch, Švédová, 2013).

Svoji nemoc si tak zpravidla neuvědomují, věří, že konají v nejlepší zájmu pro své tělo. (Martykánová, Piskáčková, 2010). Kvůli své posedlosti a odmítavému chování k jiným pokrmům, než připraveným jimi samými se dostávají do sociální izolace, neb stravování se v restauračních zařízeních nebo kdekoli jinde, než doma, je pro ně nepřipustné (Jelínek, a kol., 2023). Během onemocnění dochází k postupnému omezování většiny potravin, někdy pacient dojde k závěru, že všechno jídlo je špatné, přestává jíst úplně a přechází do anorexie (Martykánová, Piskáčková, 2010).

1.5.2 Drunkorexie

Drunkorexie neboli alkorexie je onemocnění, kdy dochází k nahrazování jídla alkoholem. Projevuje se opakovanou redukcí příjmu potravy s cílem snížení celkového příjmu energie, aby pak nemocný mohl vypít více alkoholu, který má obecně vyšší energetickou hodnotu. Vzhledem k tomu, že alkohol neobsahuje důležité makroživiny, má tak dotyčný jejich nedostatek a může docházet k podvýživě (Petrová a Šmídová, 2014). Nebezpečí této nemoci spočívá také v tom, že pokud se v žaludku nenachází žádná potrava, která by měla za důsledek zpomalení vstřebávání alkoholu, dochází k rychlejšímu stavu opilosti. Dotyčný pak zvrací či má dokonce otravu alkoholem, která v nejhorším případě může vést i ke smrti (Ministerstvo zemědělství, nedatováno).

1.5.3 Bigorexie

Bigorexie, jinak známá také jako „Adonisův komplex“, občas bývá označována za opačnou anorexii. Spočívá v narušeném vnímání vlastního těla, ne z pohledu toho, že by dotyčný byl nešťastný, že je objemný, naopak si připadá drobný a slabý. Poruchou trpí nejčastěji muži (Beránková, 2010). Nemocní často dobře znají kalorické hodnoty jídel, které jedí, proto se snaží konzumovat hlavně ty potraviny, které jim pomohou co nejrychleji efektivně nabrat svaly (Bronnikova, 2018). Z toho důvodu pak dotyční tráví spoustu času v posilovně, užívají různé doplňky stravy, přejídají se a může se u nich objevovat i zneužívání anabolických steroidů

(Papežová, et al., 2010). Užívání anabolických steroidů pak může představovat i velké riziko poškození zdraví. Vzhledem k tomu, že jsou tyto látky nelegální, neexistuje u nás žádný relevantní výzkum potvrzující výskyt této poruchy (Beránková, 2010). Nadbytečný příjem stravy konzumované za účelem tvorby svalů může být spojen s tím, že přemíra svalovina přetěžuje kosti a klouby. Nadměrné cvičení poté ústí k nedostatku regenerace a poškození pohybového aparátu (Martykánová, Piskáčková, 2010). Kvůli upřednostňování fyzické aktivity před společenskými setkání trpí také sociální život dotyčného, neb ztrácí kontakt s blízkými osobami v důsledku nemoci. Vynechání tréninku v postiženém vyvolává extrémní úzkost a pocit selhání (Papežová, a kol., 2010).

1.5.4 Pica syndrom

Pica syndrom, někdy též nazýván pikacismus, je spojován s touhou po pojídání látek či věcí, které původně nejsou určeny k jídlu. Vyskytuje se například jako následek některých psychických nemocí, ale může se objevit i u těhotných žen nebo u různých etnických či sociálních skupin. Porucha často postihuje děti, ale může trvat až do období dospělosti, dotyční také mohou trpět mentálním postižením. Příkladem je třeba pojídání vlasů, nehtů, průmyslových výrobků (mýdlo, papír, vata...) či přirozeně se vyskytujících předmětů v přírodě (tráva, písek...) (Kasper, 2015).

Některé studie tvrdí, že příčinou tohoto syndromu může být také deficit určitých minerálních látek, například železa či zinku. Požívání nejedlého materiálu však může vést k různým zdravotním komplikacím, jako jsou otravy, střevní obstrukce, dušení či parazitární infekce (Holm, 2019).

2 Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy

Rizikovými faktory vedoucí k rozvoji poruch příjmu potravy může být nespočet, většinou se spojí více těchto determinantů, které zvyšují pravděpodobnost onemocnění. Je však důležité opomenout, že neexistuje specifická příčina PPP, některé determinanty jsou však společné pro většinu z nich.

2.1 Individuální psychologické a biologické faktory

Existuje zde mnoho faktorů, o nichž se předpokládá, že mohou hrát v rozvoji poruch příjmu potravy významnou roli. Některé z nich vycházejí z osobnosti člověka, jiné pak zahrnují i získávané zkušenosti tvořící se v kontextu určitého prostředí. Ty pojímají například různá traumata, která dotyčné v životě potkala (Novák, 2010). V oblasti biologických determinantů ovlivňujících vznik poruch příjmu potravy je několik aspektů, jenž se dá považovat za důležité. S tím souvisí i vývoj a tělesné změny, k nimž dochází hlavně v období adolescence (Papežová, a kol., 2010).

2.1.1 Vývojové faktory v období puberty a dospívání

Dospívání je považováno za typicky nebezpečný věk pro vznik poruch příjmu potravy (Krch, 2004). V tomto náročném období stres může zapříčinit spuštění patologického jídelního chování (Raboch, Pavlovský, 2021). Pubertu totiž doprovází negativní emoce, k čemuž jsou dále přidružené hormonální výkyvy a v neposlední řadě tělesné změny (Krch, 2004). Ty jsou mnohdy pro dospívající psychicky náročné, a hlavně dívky se s nimi často nedokáží vyrovnat nebo se bojí, že se jim nebudou moci přizpůsobit. Mezi charakteristické fyziologické změny se v čase dospívání řadí počátek menstruačního krvácení, přibírání váhy a tvarování postavy. Zmíněné problematiky mohou v dospívajících dívkách vyvolat pocity nejistoty, zda budou dostatečně atraktivní, neb v tomto věku dávají velkou pozornost tomu, co si o nich ostatní vrstevníci myslí (Novák, 2010). Častým pozorovaným jevem je pak porovnávání, kdo je více hubenější a hezčí, což jen podporuje soutěživost a touhu po dokonalejším vzhledu (Krch, 2004).

V ohledu k vývojovým faktorům v tomto období se objevují názory autorů, že vznik MA může zapříčinit i strach a obavy z dospělosti. Dívky se také mohou při počátku puberty, tedy mezi 11-12 rokem, začít izolovat od vrstevníků, což vzniká dobrovolně či jsou jimi vyloučeny (Novák, 2010).

2.1.2 Ženské pohlaví

Dle Krcha (2008) je nebezpečí vzniku PPP u žen mnohonásobně vyšší, než je tomu u mužů. Vysvětlení tkví v tom, že pro ženy hraje vzhled a postava v životě důležitější roli, než je tomu právě u opačného pohlaví.

Důvodem může být také to, že ženské tělo se během dospívání a života celkově více mění, což především adolescentní dívky vnímají velmi negativně na rozdíl od chlapců (Krch, 2004). Tělo se mění a připravuje se na těhotenství a mateřství. Dívky tak získávají ženské tvary, s čímž souvisí i nabírání hmotnosti, a to je pro ně velmi psychicky náročné vzhledem k tomu, jak vysoké nároky jsou na ženské proporce kladeny.

2.1.3 Genetická výbava

S jakou genetickou výbavou se na svět lidé rodí je ovlivňuje po celý život. V otázce poruch příjmu potravy také hrají roli, avšak ne takovou, že by nemoc přímo způsobily, spíše se jedná o vrozené predispozice k tomu, aby porucha propukla. K tomu u dotčeného musí dojít k prolnutí více sfér, jež ho celoživotně obklopují. Mezi ně lze zařadit zděděnou citlivost, menší odolnost vůči stresu, úzkostnost či intenzivnější prožívání negativních emocí (3pe, nedatováno). Podíl genetických faktorů je v číslech udáván jako 50-90 % co se týče anorexie a 35-83 % u bulimie (Raboch, Pavlovský, 2021).

Bylo také odhaleno, že pokud se u jednoho z jednovaječných dvojčat objeví porucha příjmu potravy, je velká pravděpodobnost, že se rozvine i u druhého dvojčete. Dochází tak k zamyšlení, zda není porucha předávána vlivem genetické informace z rodiče, avšak dá se to vysvětlit i společným sociálním a rodinným prostředím, které na dvojčata působí. Současně s tím je zjištěn v rodinách osob, u kterých se objevuje porucha příjmu potravy, zvýšený výskyt depresí. To může vést k domněnce, že tento dědičný sklon k depresím je schopen přispívat i k PPP. Dosud však neexistuje jasná souvislost mezi těmito psychickými onemocněními, lze tedy tuto skutečnost vysvětlit jedině z psychologického pohledu. Pokud má někdo rodiče s depresí, je pravděpodobné, že se u něj rozvine nízké sebehodnocení, a to může způsobit větší náchylnost ke vzniku poruch příjmu potravy (Cooper, 2014).

2.1.4 Temperament a emocionalita

Stres a negativní nastavení mysli jsou často uváděné předcházející či doprovodné jevy při poruchách příjmu potravy. Při experimentálních výzkumech bylo potvrzeno, že lidé, kteří jsou v pozitivním naladění uvádí, že se cítí tělesně lehčeji než lidé, jimž byla nálada snižována. Při vysoké úrovni negativní emocionality se lidé cítí nespokojeně a tím i méně atraktivní, při

čemž se tyto jevy vzájemně doplňují (Novák, 2010). Pokud se k těmto skutečnostem přidruží ještě vrozené osobnostní předpoklady, pravděpodobnost propuknutí poruchy příjmu potravy je o to vyšší. Vrozenou predispozicí se konkrétně dají popsat specifické aspekty našeho nervového systému, mezi které lze zařadit zejména dědičnou část osobnosti, čímž je právě temperament (3.pe.online).

Na rozdíl od dětí, které prožívají jeden emocionální zážitek za druhým a nechávají mu volný průběh, jsou lidé v dospělosti učeni některé emoce schovávat. S tím souvisí popírání strachu a negativních pocitů, jenž jsou ve společnosti nepřijatelné. Sem se může řadit i emoce spojená se smutkem či zlost. Takto dlouhodobě potlačované pocity vyvolávají v dotyčném tlak, fyzické a psychické napětí, nervozitu nebo podrážděnost. S tlakem se pak lidé vyrovnávají různě, jednou možností jsou i formy poruch příjmu potravy.

U anorexie se označují přidružené rysy osobnosti úzkostnost, perfekcionismus a vyhýbavé chování. Velmi častou komorbiditní nemocí je pak obsedantně kompulzivní porucha či separační úzkost. Mentální bulimie je spojována s emoční labilitou, depresivními náladami a impulzivitou (Krch, Švédová, 2013). Přidruženou nemocí k bulimii pak může být sociální úzkost a u pacientů se záchvaty přejídání se zvýšeně vyskytuje hraniční porucha osobnosti (Papežová, 2010).

2.1.5 Sebekontrola a sebevědomí

Dívky v dospívajícím věku mají často nutkání mít nad sebou a svým životem kontrolu proto právě nacházejí útěchu v kontrole jídla, postavy a váhy, což jim dává pocit jistoty (Novák, 2010).

Hansenová (2019) ve své knize naopak zmiňuje, že pohled na poruchy příjmu potravy jako na psychologický problém, kdy se jedinci snaží touto nemocí vypořádat s jinou psychickým trápením, není tak úplně pravdivé. *„Jsem přesvědčena o tom, že toto velmi rozšířené vnímání bulimie coby komplikovaného problému, který nemocným pomáhá naplnit emoční potřeby, je přinejlepším jen chabá hypotéza.“* (Hansenová, 2019, str. 8).

Důraz kladen hlavně na dokonalost, který v posledním desetiletí ve světě panuje, negativně ovlivňuje především jedince v době adolescence. Hodnotí se hlavně vnější znaky a materiální věci, ať už jde o vzhled, či značku telefonu nebo bot. Rází se heslo, že čím atraktivnější člověk je, tím více výhod může mít. Vzhled však není určením vysokého sebevědomí, záleží na daném jedinci, jak sám sebe vnímá. Všeobecně platí, že lidé dávají pozornost spíše negativním věcem, proto i při pohledu na sebe hledají nedostatky a odchylky,

čímž snadno dochází k pocitu méněcennosti. Vybudované sebevědomí nadále ovlivňuje i vyrovnávání se s negativními emocemi a práci v obtížných situacích. Pokud jedinec nemá dostatečné sebevědomí, nemusí umět fungovat v běžných podmínkách a více zátěžové okolnosti jsou pro něj neskutečně stresující (Jelínek, a kol., 2023).

2.1.6 Důležité životní situace

Vznik PPP je často spojován s krizovými životními událostmi v životě člověka. Vysoce rizikovým faktorem se ukazuje prožití si sexuálního zneužití, které je neodmyslitelně traumatizujícím zážitkem. Studie v USA a Velké Británii prokázaly až 25% podíl sexuálního zneužití na případný vznik poruch příjmu potravy (Novák, 2010). Některé ze studií vychází také z toho, že sexuální zneužití nese riziko i dalších psychiatrických diagnóz, a proto je zde i větší nebezpečí vzniku PPP (Papežová, 2010).

Mezi velmi důležité životní změny se řadí i rozvod rodičů či potýkání se s větším osobním neúspěchem. K nepříjemným vzpomínkám, které lidé s poruchami příjmu potravy uvádí, patří i nevhodné poznámky na vzhled jedince či situace, kdy se dotyčný za své tělo stydí (Krch, 2004). Krch (2005) uvádí, že situace spojené s těmito životními událostmi mohou být podceněné nebo naopak přeceněné.

Většinou se však nejedná o jednu negativní událost, nýbrž o opakované vystavení traumatickým zážitkům. Pozornost odborníků se ale neřídí pouze tím, kolikrát nepříjemnou situaci jedinec zažil, ale rovněž se zabírají tím, co prožil (Papežová, 2010).

Veškeré tyto negativní události spojené s dlouhodobým a intenzivním stresem mohou vyústit v poruchy příjmu potravy, kdy dotyčnému slouží jako únik před emočním dopadem duševních traumat (Papežová, 2003).

2.1.7 Stres

I když je stres běžnou součástí našich životů a v mnohých situacích slouží jako pomocník, jeho nadbytek je velice škodlivý. Pokud se člověk stresuje v dlouhodobém časovém měřítku, automaticky ho doprovází negativní pocity. Je tak více ohrožen psychickými nemocemi, mezi které mimo jiné patří i poruchy příjmu potravy (Krch, a kol., 1999). Stres může ovlivnit i chuť k jídlu a současně trávení, u dětí je to pak mnohem intenzivnější pro jejich emoční nezralost (Novák, 2010).

Albers (2017) uvádí, že stres není emocí, nýbrž příznak našich negativních pocitů jako je například zlost, která vychází z našeho vnímání zátěžového faktoru než ze stresoru samotného. Rozlišuje tři fáze stresu, kdy první fází je poplach. Ta nastává ve chvíli, kdy člověk pociťuje

strach či ohrožení a jeho tělo přechází do režimu boje nebo útěku. V tuto dobu se také uvolní hormony adrenalin a kortizol, které jedinci napomáhají konat. Po pominutí bezprostředního ohrožení nastává fáze odporu, kdy se tělo snaží přizpůsobit vystavěné stresové situaci a po odeznění stresu se tělo začne obnovovat. Pokud však stres neodezní a nadále trvá, člověk se dostává do fáze vyčerpání. Ta pak způsobuje vyšší riziko onemocnění a potlačuje imunitní obranu.

2.2 Rodinné determinanty

Novák (2010) ve své knize zmiňuje, že je přesvědčený o návaznosti rodinné problematiky na poruchy příjmu potravy. Spojením vlivu kultury a rodiny, jenž na jedince působí, může dojít k rozvoji poruchy příjmu potravy, neb poskytují nejčastější okolnosti k jejich vzniku. Rodinní příslušníci často obdivují sebekontrolu nemocných a nevědomky chválí štihlou, které je ale docíleno nezdravým jednáním. Tato podpora přetrvává do chvíle, kdy se již pacient stává extrémně vyhublým a porucha příjmu potravy je již rozvinutá.

2.2.1 Rodina

Základním bodem fungování rodiny je vzájemná spolupráce a především komunikace. Tam, kde chybí kladný emoční vztah a pocit bezpečí, může chybět i klid v jídelní situaci. (Novák, 2010) Vliv rodinných příslušníků a blízkých, jenž se podílejí na výchově a vyrůstání jedince je nedílnou součástí při rozvoji jeho osobnosti (Jelínek, a kol., 2023).

Rodiče často chtějí, aby jim děti vynahradily to, co oni sami nezvládli nebo si to nemohli dopřát, proto své potomky, byt nevědomky, tlačí k úspěchu. Paradoxně však přehnaná starost a nadšení rodiče pro věc či činnost může u dětí vyvolat opak. V jejich hlavě může docházet k dedukci, že pokud tu danou věc neudělá nebo neuspěje, rodič jej nadále nebude mít rád. Dalším příkladem může být finanční náročnost volnočasových aktivit, kdy dítě ví, že tato činnost stojí spoustu peněz, a proto se přemáhá a hodiny kroužků plní i přes svou nechut'. Pohyb pak již nemusí přinášet zdraví a radost, ale naopak strach z výkonu nebo i nenávisť. Rodiče mají také velký vliv na sebevědomí svých dětí, což podporují nebo shazují svým chováním k nim. Obecně platí, že lidé mezi sebou méně komunikují, netolerují se a nerespektují názory druhých. To, z pozice rodiče k dítěti, může vážně narušit jejich vztah a také vztah dítěte k sobě samému. Rodič urputný a tlačící na výkon či poslušnost svého potomka opět sráží jeho vlastní sebepojetí. Dítě se tak neustále snaží o co lepší výsledky, aby dokázalo, že je dost dobré (Jelínek, a kol., 2023).

Při dospívání se adolescenti chtějí odpoutat z vázanosti na rodinu, což se může odrazit v problémech ve vztazích s rodinnými příslušníky. V tu dobu dospívající může dokonce vnímat vše, co rodiče říkají, jako negativní a zpochybňovat to. Emancipace pak většinou nevede k

destrukci rodinných citových vztahů, nýbrž k autonomii jedince a vyhledávání jiných vazeb, především vrstevnických, které zdroj rodičovské opory nahrazují. Vztah k matce v tomto období bývá charakteristický hlavně z pohledu nadměrné péče a kontroly, kdy se pubescenti snaží z této pozice omezovaného jedince uniknout. Jelikož matky bývají více citově založené, na nezájem svých potomků mohou reagovat s pocity nevděku. Ve vztahu matky s dcerou pak vzniká vzájemná rivalita, kdy dívky mají potřebu zdůraznit své ženství a kvality a matka v dceři stále vidí dítě a je k ní kritická. Co se týče vztahu otce a dcery, ten bývá v dospívání spíše chladný. Otec neví, jak se k dceři chovat a jednat s ní, při čemž ho uvádí do rozpaků, že již není malým dítětem. U některých otců však chování může přijít do druhotných projevů, kdy se promítá do žárlivosti na vrstevnické cítele dcery (Vágnerová, Lisá, 2021). S ohledem na poruchy příjmu potravy je však vztah mezi dcerou a matkou, či sestrou, o něco důležitější než s mužskou rolí v rodině. Jde především o předávání určitých vzorců chování, kdy v případě, že se matka či sestra dívá do zrcadla s nechtutí, drží neustálé diety a sama o sobě pochybuje, je vysoce pravděpodobné, že dcera či mladší sestra toto chování bude brát jako normální a odrazí se to v náhledu na ní samotnou (Jelínek, a kol., 2023).

2.2.2 Výchova a stravovací návyky v rodině

Mezi časté charakteristiky rodin, ve kterých se PPP vyskytují je nedostatek empatie a potřeba silné kontroly nad chováním a vzhledem dítěte. Vyrůstání v takovýchto rodinách je plné komentování chyb v chování či poznámek k vnějšku dospívajícího a opomíjení dopadu tohoto nesprávného reagování na jedince. Výchova také nemusí být plnohodnotná, hlavně co se týče komunikace, adolescenti tak často poruchami příjmu potravy například volají o pozornost svých rodičů (Krch, 2010).

Negativní je ale i naopak přehnaná péče a zvýšený zájem o jídlo, kdy rodiče dávají dítěti přílišnou pozornost, což taktéž nemusí přispívat k jeho zdravému postoji ke stravování (Novák, 2010).

Co se týče jídelních návyků, ty se v rodině dítě učí již od narození. Odporovává je od dospělých, především tedy svých rodičů, a proto přejímá i jejich nezdravé stravovací zvyky (Sladká-Ševčíková, 2006). Důležitým prvkem může být i význam společných jídel. Ty mohou plnit rovněž funkci výchovnou, kdy se děti učí chování a jídelním způsobům. Spolu s tím napomáhají udržovat rodinné tradice a rituály. Při společném jídle tak dochází ke komunikaci mezi členy, nejčastěji při večeři, kdy si povídají, co kdo přes den prožil a utužují tak jejich mezilidské vztahy (Novák, 2010). Konkrétně držení diet, přejídání se či pouhá nepravidelnost stravování u rodičů může vést k poruchám příjmu potravy u dítěte. Dítě by mělo pochopit, že

jídlo je výhradně určeno k výživě a určité potraviny jsou brány jen jako pochutina nikoli jako plnohodnotný pokrm (Sladká-Ševčíková, 2006).

2.3 Sociokulturní determinanty

2.3.1 Ideály krásy v historii

V dobách minulých se tělesné ideály zachycovaly pomocí umění. Jedním z nejznámějších objevených artefaktů, oslavujících tělesné ideály, byla soška Věstonické Venuše. Ta byla nalezena mezi Dolními Věstonicemi a Pavlovem a je vyobrazena jako žena s širokými boky a velkými prsy, což bylo symbolem plodnosti a ženství. Ženské tělo mající tyto prvky se v minulých dobách oceňovalo, protože se věřilo, že taková žena dokáže porodit silné a zdravé potomky, čímž zaručí přežití člověka jako druhu (Jelínek, a kol., 2023).

S vývojem člověka a jeho poznatků se také měnila pestrost stravy, kterou konzumoval. Začaly se objevovat nové druhy potravin a také docházelo k rozšíření možností způsobů jejich úpravy. Nastaly rovněž rozdíly ve společnosti a postavení lidí. Chudí strádali, zatímco bohatí a mocní si neomezeně dopřávali. Na obrazech o pár stovek let později se pak šlechta vyobrazuje jako obézní jedinci, což se v tu dobu považovalo za důkaz bohatství a ideálem ženské krásy.

Změna přišla s císařovnou Alžbětou Bavorskou, které se říkalo Sisi. Ta byla posedlá svým vlastním tělem, chodila na dlouhé procházky, které kombinovala s gymnastikou a měla velmi omezený příjem potravy. Každý den se třikrát denně vážila a měřila své míry, jenž si následně zapisovala do deníku a hodnoty pak porovnávala. Na svých 172 cm vážila pouhých 44 kg. Sisi svým úzkým pasem a širšími boky ztělesňovala představu dokonalosti té doby a její vyzáblé tělo se stalo módním trendem. Tohoto času sice termín PPP ještě neexistoval, lze však předpokládat, že touto nemocí tehdejší císařovna trpěla a ovlivnila další své následovnice (Jelínek, a kol., 2023).

Dalším příkladem kulturních postojů ke kráse bylo masové rozšíření korzetů, jenže se rozmohlo k dosažení štíhlého vzhledu. Naneštěstí to ale vedlo i k poškození orgánů a páteře (Novák, 2010).

V polovině 20. století se symbolem krásy stává Marilyn Monroe, která byla známá pro svůj úzký pas, odbarvené vlasy a výrazný make-up (Novák, 2010).

I když byla Marilyn brána jako dokonalá a většina žen se ji chtěla přiblížit, ona sama to tak nevnímala, neb v její biografii se můžeme dočíst, že se považovala za nedostatečnou (Jelínek, a kol., 2023). Kolem roku 1960 přišla další vlna vyzáblých ideálů, kdy se do popředí dostává modelka, herečka a zpěvačka Lesley Lawson, známá pod přezdívkou Twiggy. Ta

přinesla skoro chlapeckou image pro své krátké vlasy, velké oči a velmi mladistvý vzhled. Trend se z hubenosti přesunul do vyhublosti. Ženy se tak začaly bát jídla, pohlížely na něj jako na nepřítele a vyhýbaly se určitým potravinám, protože věřily, že se usazují do boků. Mezi zakázané potraviny patřilo tučné maso a omezovala se konzumace ovoce jen na dopoledne. Tyto mýty byly později vyvráceny, místo nich se začaly vyřazovat sacharidy a lepek. Znamé osobnosti rozšiřovaly dezinformace o nebezpečnosti těchto potravin a jejich způsobu ukládání tuků, proto trend v hubenosti nadále pokračoval (Jelínek, a kol., 2023).

Na začátku 21. století byla za dokonalou ženu považována dáma elegantní a vzdělaná, avšak nesměla být vzdělaná moc, aby nezahanbila pány ve svém okolí. Současně měla být domácí hospodyní, jenž se postará o manžela a děti, při čemž jedinou zábavou bylo pořádání večírků o páté. O pár desítek let později tento ideál stále přetrvával, avšak bylo toho ještě daleko více, co musela dáma stíhat, začínajíc od dobrovolnické práce po trávení večerů pletením svetrů pro celou rodinu. Dnešní žena k tomu všemu musí být oslnivě krásná a pokaždé dokonale upravená. Pokud tento dar nedostane od přírody, uchyluje se k plastickým operacím a úpravám pod rukami lékařů (The Beastess, 2017).

Až v posledních letech se v médiích a na sociálních sítích setkáváme s problémem duševních poruch, do nichž spadají i poruchy příjmu potravy. Mnoho slavných sportovců, modelek, hereček či jiných celebrit přiznávají, že se s nemocí potýkali, čímž v lidech vyvolávají pocit, že nejsou tak dokonalí, jak se může zdát. Lidé si začínají více uvědomovat, že krása je pomíjivá a vnímají důležitěji své fyzické a psychické zdraví (Jelínek, a kol., 2023).

2.3.2 Vrstevníci

V každém období života jedinec patří do nějaké skupiny či kolektivu, která je dalším významným faktorem ve vývoji jeho identity. Pokud jde o dítě, dostává se do kontaktu s reálným světem, kde se mu již nedostává ochrany z rodiny a je nuceno naučit se komunikovat či řešit konflikty samo (Jelínek, a kol., 2023).

Hlavně v období dospívání se jedinci zaměřují na své vztahy s vrstevníky, kteří ovlivňují jejich názory, chování a zájmy. Tento vliv je na počátku období adolescence nejvyšší a s postupem času s přibývajícím věkem klesá. Dospívající pak více nad názory přemýšlí, neberou je ihned za své a snaží se sebevymezit (Vágnerová, Lisá, 2021). Jedinci, kteří se vymykají normálu a jsou nějak odlišní se často dostávají do terče posměchu ostatních. K němu se mohou přidat posměšky ohledně jeho vzhledu, chování nebo dovedností. Tyto situace však adolescent nemusí správně zvládnout a je možné, že si slova od vrstevníků začne brát k srdci,

což se v budoucnu může projevit strachem, komplexy, úzkostmi nebo jinými psychickými poruchami (Jelínek, a kol., 2023).

Jelikož je pro dospívající vrstevnická skupina klíčová, dokáže také uspokojovat jejich mnohé psychické potřeby. Mezi ty patří například potřeba stimulace společnými zážitky, jistota a bezpečí anebo požadavek být akceptován a přijat. Tyto skupiny pak mívají svá vlastní pravidla a ideály. Pokud by tedy dospívající uznával jako vzor někoho, s kým ostatní neimponují, reagovali by s velkým nesouhlasem. Takovými idoly pak bývají různí sportovci, zpěváci či jiné známé osobnosti nebo uznávaní spolužáci (Vágnerová, Lisá, 2021). V tuto chvíli tedy do života dospívajícího vstupuje srovnávání se s ostatními vrstevníky či zvolenými idoly, které na jedince negativně působí.

2.3.3 Redukční diety

V současné době se diety stávají nedílnou součástí životního stylu většiny lidí. Držení nekončících diet může vést k nálepce věčného dietáře, který celý život bojuje s váhou a nedokáže zhubnout či si váhu udržet. Ženy, které často podstupují různé diety, jsou nejčastěji ženy s nízkým sebevědomím, poruchami spánku, podrážděností či nepravidelnou menstruací. Při překonání chutí a snížení váhy se dotyčná cítí pod kontrolou, je na sebe hrdá a naopak při neodolání pokušení se obviňuje a klesá její sebeúcta (Novák, 2010). Držení diet také negativně ovlivňuje vztah k jídlu obecně, kdy dotyčný, který se radikálně omezuje, má výrazně vyšší chuť na potraviny, které si zakázal. Poměrně mnoho diet funguje na extrémním snížení přijatých kalorií, což má právě za následek nutkavou potřebu se přejíst a doplnit tak všechny kalorie, které se tělu odeprěly. Takovéto nepřiměřené snižování příjmu pak také vede ke zpomalení metabolismu

Mezi nejznámější diety řadíme například dietu Low-carb, při které se co nejvíce omezují sacharidy. Opakem je pak dieta Low-fat, u níž naopak sacharidy tvoří velkou část příjmu, ale naopak se omezují tuky. Za zmínku stojí také diety podle krevních skupin, půsty, paleo a raw strava.

2.3.4 Sport

I když je sport jedním z nejlepších rekreačních aktivit, je považován za jeden z nebezpečných faktorů PPP. Je to hlavně z důvodu rizikového prostředí, kde dochází k důrazu na úspěch, kontrolu hmotnosti a panuje zde velká konkurence (Novák, 2010).

Paulík (2006) zmiňuje, že v dnešní době je sportovní výkon velmi ovlivněn psychikou jedince a neustále se vyskytuje soutěživost mezi dalšími sportovci, ale i ve vztahu mezi dotyčným samotným.

Především u sportů, kde je kladen nárok na nižší hmotnost vzhledem k lepším sportovním výkonům, mezi které řadíme například vytrvalostní běhy, bojové sporty nebo gymnastiku, je tlak obrovský (Nickols, nedat.). Při vrcholovém sportu je rizikovým faktorem nátlak od trenérů či jiných osob dbající na vzhled a štíhlost dotyčného. K tomu lze připočítat vysokou úroveň fyzické aktivity, která je mnohdy až neúměrná a s případným nedostatečným příjmem potravy pak dochází ke snižování váhy.

Velká část trenérů učí sportovce poznatkům o počítání kalorií a dbají na reprezentativní vystupování svého svěřence. Sportovci pak vyplývá, že jediná věc, kterou může kontrolovat, je jeho váha (Novák, 2010).

2.3.5 Média

Vyobrazování ideálů štíhlých žen v médiích je u dívek provázeno závistí, pocity zlosti a tělesné nespokojenosti. Média jsou neustále obviňována za zkreslování reality, neb modelky či celebrity jsou vyobrazovány jako velmi štíhlé, čímž nereprezentují normalitu (Novák, 2010).

V časopisech se odjakživa vyskytují články s tipy na nejrychlejší zhubnutí a nejlepší diety a fotky žen jsou vždy perfektní bez jediné vady na kráse. Stejně je to pak u filmů či seriálů, kde jsou hlavními postavami dokonalí lidé s dokonalou vizáží. Za zmínku stojí také soutěže miss, kde jsou odjakživa určené ideální míry soutěžících.

Reklamy jsou propracované do nejmenších detailů a často je v nich využíván photoshop. Retušují se tak všechny věci, které grafici nechtějí, aby v reklamě byly vidět, nebo naopak do objektu něco přidají. Mužům se tak zvětšují svaly a rozkrok a ženám se vyhlazují vrásky, zužuje pas a stehna a zvětšují se rty. Konečný produkt proto může působit dokonale, i když realita je jiná. Zároveň se ženy v reklamách často vyobrazují jako sexuální objekty, k čemuž se bohužel přidávají i reklamy s mladými dívkami, které jsou ukazovány ve stejném světle jako dospělé ženy. Muži jsou naopak ukazováni jako ti dominantní a nezranitelní (Říhová, 2015).

Pokud člověk nesleduje televizní pořady či nečte časopisy, dostává se i tak do konfrontace s prezentovanou nutností být štíhlý v podobě billboardů na každém rohu či jen při konverzaci s kamarádkami, které jsou ovlivněny médii (Papežová, 2010).

V současné době je však za nejvyužívanější masové médium považován internet, který využívají miliony lidí po celém světě. Vliv internetu na psychický stav dětí a adolescentů je však diskutabilní, sčítá pozitivní i negativní ohlasy. Velké procento dětí, které se cítí osaměle totiž nahrazují svou osobní sociální bublinu právě kamarády z internetu. Současně s tím internet

představuje i příležitost vzdělávací, kam lze zařadit i učení se cizích jazyků a sebe prezentaci, ale rovněž nácvik programování či vytváření webových stránek (Ševčíková, a kol., 2014).

Negativní stránka věci je snadnější útok na oběť pomocí kyberšikany, méně pohybu a také vytrácení zdravého respektu k druhým, který se na sociálních sítích takřka nevyskytuje.

Zajímavostí jsou také takzvané pro-ana a pro-mia blogy, které podporují mentální anorexii či bulimii. Zde se dobrovolně schází dívky s PPP a sdílí své zkušenosti s tímto onemocněním. Popisují, jak dosáhly své vysněné postavy, která má však ke zdraví daleko. Jsou tak inspirací pro rychlé hubnutí, avšak s nebezpečným průběhem a možným vznikem PPP.

2.3.6 Barbie

K pomyslné dokonalosti patří světoznámá panenka Barbie, kterou v roce 1959 uvedla na trh společnost Mattel. Od té doby je považována jakýsi celosvětový symbol krásy (3pe, 2022). Barbie má však nerealistické tělesné proporce, mezi které patří extrémní vyhublost, vysoká postava a také velmi dlouhé nohy a vosí pas. V porovnání s běžným člověkem by panenka nemohla správně udržet rovnováhu právě kvůli nepřiměřeným fyzickým rozměrům (The Beastess, 2017). To si ale i tak našlo své obdivovatele, kteří se snaží docílit podobné vizáže. Absolvují tedy drastické diety a hladoví či dokonce podstupují různé plastické operace. Tato posedlost dostala název „Barbie syndrom“. Ten označuje velkou touhu mít fyzický vzhled jako právě zmiňovaná panenka a řadí se tak do dysmorfické poruchy, kdy dotyčný nereálně smýšlí o svém těle a může vést k poruše příjmu potravy. V roce 1963 byla dokonce k jednomu z doplňkových oblečků na panenku Barbie přiložena knížka s názvem „Jak zhubnout“ a po otočení zde stálo „Nejez“. Tato kniha pak byla i součástí kompletu, kde se nacházela například váha s trvale nastavenou hodnotou 50 kg. Taková váha by pro ženu, která by dle tělesných proporcí Barbie měřila kolem 175 centimetrů, spadala do kategorie podváhy a splňovala by i kritérium mentální anorexie (3pe, nedatováno).

3 Léčba poruch příjmu potravy

Nejzásadnějším krokem na počátku léčby je uvědomění a přiznání si problému. U poruch příjmu potravy je časté, že nemocným sice porucha ubližuje, ale podvědomě se ji nechtějí zbavit, protože se bojí konfrontace a nemožnosti kontroly. Současně mají nepředstavitelný strach z toho, že přiberou, a tak buď samy sebe přesvědčují, že problém není tak velký, či že to zvládnou samy (Švédová, 2012). Proto bohužel ani v případech, kdy se nemoc zachytí včas, není zaručen úspěch a úplné vyléčení. Nehledě na skutečnost, že nemocní sami od sebe včas nepřichází a okolí si poruchy často všimá až dosti pozdě, neb jsou zaneprázdněni prací či jinými povinnostmi. Pravdou však je, že dospívající s touto poruchou jsou velmi vynalézaví, a tak, i když by se mohlo zdát, že to rodiče musí rozpoznat, dotyčný je schopen vymyslet různé výmluvy, které dokážou nemoc dosti dlouho skrývat (Jelínek, a kol., 2023). První fáze přiznání si nemoci a vůle ji vyřešit tak může trvat velmi dlouhou dobu. Návyky, které dotyčného doprovázely, je potřeba rozpustit, protože nejen, že mu škodí, ale v případě poruch příjmu potravy právě navozují i pocit uspokojení (Švédová, 2012). Poruchy příjmu potravy také mohou být spojeny se závislostí na jídle či určitých potravinách. U látkových závislostí je možného uzdravení dosáhnout pomocí úplné abstinence, to však u závislosti na jídle není možné. Nápomocné tak může být pouze vyřazení potravin, které u dotyčného způsobují záchvaty přejedení a současně s tím i být ve spojení s odborníkem na výživu (Jochmannová, Kimplová a kol., 2021).

Když už se nemocný rozhodne pro léčbu, je to chvíle, kdy pochopí, že porucha má více nevýhod než benefitů. Mnoho jedinců však nepodnikne žádnou akci a jen přecházejí v tomto okamžiku, i přes to, že si uvědomují, že chtějí změnu. Pokud už opravdu začnou podnikat některé kroky směrem k vyléčení, je velmi náročné vytrvat a nevzdávat to při selhání, která bohužel i při léčbě přicházejí. V takových chvílích je vhodné připomenout si, jaké výhody vyléčení má. Mezi ty se řadí zlepšení psychického a fyzického stavu, pravidelná strava, smysluplné zaplnění volného času, přijmutí svého těla, nalezení vnitřní svobody či získání optimální hmotnosti. S tím se samozřejmě pojí velké úsilí a každodenní práce na sobě samém, člověk se musí naučit zpracovávat emoce a řešit nastalé situace v klidu (Švédová, 2012).

Léčba však není náročná jen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Proto se v mnoha případech doporučuje i rodinná terapie, protože rodina může mít velký vliv na rozvoj onemocnění. Papežová a Hanusová (2012) popisují určité znaky chování, díky kterému mohou rodiče rozpoznat, že je jejich dítě nemocné. V první řadě je to hubnutí dítěte nebo naopak opakované výkyvy váhy. Dotyčný se často obléká do volného oblečení, vynechává jídlo či si

místo něj dává jen kávu nebo dietní nápoje. Uzavírá se do sebe, nepobývá moc času s přáteli, je náladový, plačtivý, tráví dlouhou dobu v koupelně nebo na toaletě a je fyzicky hodně aktivní. Může zvracet či se u něho nalézají projímadla, krájí jídlo na malé kousičky a postrkává ho na talíři sem a tam nebo si s ním hraje, ale nejí ho.

Prvním krokem, který by rodina měla s nemocným podstoupit je návštěva praktického lékaře. Ten zhodnotí situaci, zdravotní stav a doporučí další léčbu vhodnou pro konkrétní případ (Papežová, Hanusová, 2012).

3.1 Ambulantní péče

Ambulantní léčba může být pro nemocného první volbou, jak problém s poruchou příjmu potravy řešit. Naopak ale je také volena lidmi, kteří ambulanci využívají jako následnou volbu po jiné formě léčby. Ambulantní péče funguje na základě pravidelného docházení k praktickému lékaři či pediatrovi, který poté určí další léčbu a doporučí vhodné odborníky. Mezi ty nejčastěji patří psycholog či psychiatr (Krch, 2007). Také existují specializované ambulance na poruchy příjmu potravy, které poskytují psychologické vyšetření, mapují otázku jídelních návyků a snaží se zjistit, jaké faktory ovlivňují nemoc u konkrétního jedince a jak je řešit (Papežová, 2018).

3.2 Hospitalizace

Ve chvíli, kdy je stav pacienta s poruchou příjmu potravy velmi vážný a významně ohrožuje jeho zdravotní stav, je potřeba jej hospitalizovat (Papežová, 2018). Může k tomu dojít právě za předpokladu, že jsou velké somatické komplikace či třeba nebezpečí sebevraždy (Raboch, Pavlovský, 2021). Hospitalizací se tak rozumí pobyt v nemocnici v lůžkovém zařízení, kde je neustále přítomen lékař a zdravotní sestry. Tato forma léčby je však finančně i časově velmi náročná, mnoho nemocných ji tedy volí jako poslední možnost, když ostatní formy nezabírají. Nemocní jsou hospitalizováni na oddělení pediatrie, psychiatrickém anebo interním oddělení. Vždy záleží na stavu pacienta a jeho možnostech péče (Papežová, 2018). V pokročilých stádiích poruchy jsou pak dotyční léčeni pomocí infuzí, které jim do těla dodávají potřebné živující roztoky s elektrolyty. V případě potřeby jsou také podávány léky na srdeční činnost, které stabilizují krevní oběh. Až po optimalizaci tělesné stránky je přistoupeno k vyšetření a je zahájena léčba (Leibold, 1995). Po propuštění je však nadále doporučována dostatečně dlouhá následná péče (Raboch, Pavlovský, 2021).

V České republice se nachází dvě pobytová zařízení, jenž se na poruchy příjmu potravy specializují. Pro nezletilé pacienty je možnost hospitalizace ve Fakultní nemocnici v Motole

nebo při Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice. Osoby starší osmnácti let se pak mohou nechat hospitalizovat na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy na Jednotce péče specializované přímo pro PPP v Praze. V průběhu léčby se zde kombinují individuální a skupinové terapie, denní režim je uzpůsoben klientele a využívá se psychofarmakoterapie (Starostková, 2018). Čekací doby na hospitalizaci s PPP jsou však, vzhledem k omezenému množství zařízení v ČR, velmi dlouhé. (Švédová, Mičová, 2010).

3.3 Nutriční péče

Nutriční tým tvoří skupina zdravotních sester, lékařů a terapeutů, jenž pracují v nemocnici a poskytují zde nutriční péči. Ta spočívá ve vytipování pacientů s malnutricí, což je stav zhoršené výživy, ať už v důsledku nedostatku energetických zásob organismu, nedostatku vitamínů, proteinů či jiných stopových prvků, ale současně i jejich přebytek. Malnutrice je tak u pacientů s poruchou příjmu potravy velmi častá kvůli jejich podvýživě, ale i naopak nadváze, která může vzniknout nadměrným příjmem jedné nebo více živin (Kohout, Kotrlíková, 2005). Nutriční terapie má tak za cíl bezprostřední pomoc pacientům, navození normálního stravovacího režimu a naprosté odstranění somatických a psychologických následků malnutrice. Běžným postupem se stanovuje cílová váha a její konkrétní ideální nárůst za týden, jenž odborníci pravidelně sledují. V extrémních případech, kdy pacient nespolupracuje či je výrazně podvyživen, se přistupuje na parenterální výživu, tedy přes infuze do žil (Raboch, Pavlovský, 2021). Samozřejmostí by však měla být spolupráce s dalšími odborníky, neb PPP jsou především psychiatrické etiologie, proto je nutné zainteresovat i psychologa či psychiatra (Papežová, 2010).

3.4 Psychoterapie

Psychoterapie řeší problémy spojené s psychikou, ať už jde o vztahovou problematiku či nízké sebehodnocení k prevenci dalších relapsů. Základem je vztah mezi terapeutem a pacientem, který by měl adekvátně spolupracovat na řešení jeho problémů. Každá terapie tak vychází z individuálně navozené léčby, kdy se posuzuje závažnost psychického stavu pacienta, průběh onemocnění, jeho motivaci k léčbě, dostupnost těchto podpůrných programů ale i rodinné a sociální podmínky (Raboch, Pavlovský, 2021). Obecnými tématy psychoterapie pak jsou rodinné a partnerské vztahy, osobní rozvoj a hledání identity, negativní sebehodnocení, sexuální problematika, oblast závislostí a kontrola emocí (Krch, Švédová, 2013).

3.4.1 Kognitivně behaviorální terapie

Ukazuje se, že v případě závislostí a problémů s návykovým chováním se kognitivně behaviorální terapie (KBT) využívá nejčastěji (Jochmannová, Kimplová, 2021). Ta zahrnuje různé přístupy jako je například psychoterapie zaměřená na zlepšení tělesného pojetí a sebedůvěry, trénink asertivního chování, pomoc ke změně patologického postoje k jídlu či negativních myšlenek a pocitů o sobě samém (Krch, Švédová 2013). Například u mentální bulimie se metoda KBT osvědčila natolik, že britský psychiatr Christopher Fairburn se svými spolupracovníky vytvořil schéma, které obsahuje následující body léčby: 1) vedení si záznamů o jídle, záchvatech přejedení, myšlenek a pocitech, jenž záchvat mohly vyvolat, 2) pravidelné vážení, 3) změna schématu jídelního chování, 4) kognitivní restrukturalizace neboli zvrácení vzorců negativních myšlenek s cílem změnit navyklé chyby, 5) zahájení prevence relapsu (Krch a kol., 2005).

3.4.2 Rodinné terapie

Tato metoda terapie zahrnuje do procesu léčby celou rodinu pacienta. Je velmi účinná hlavně v případech dětí a adolescentů s PPP žijící se svou rodinou v jedné domácnosti. Pokud se v rodině vyskytují konflikty, je často nezbytnou podmínkou úspěšné léčby (Krch, Švédová 2013). Může být také pouze doplňkem k terapii individuální (Krch a kol., 2005).

3.4.3 Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie napomáhá jedinci pochopit hlubší příčiny vzniku onemocnění a to i včetně nevědomých souvislostí. Terapie by měla vést ke změně osobnosti a osobnímu zrání (Krch, Švédová, 2013).

3.4.4 Skupinová terapie

Metoda skupinové terapie se týká velkého procenta pacientů s PPP a to hlavně z důvodu, že je často využívána v nemocniční léčbě (Krch a kol., 2005). Setkání se koná v ordinaci psychologa a většinou se jej účastní šest nebo dvanáct klientů. Dochází zde ke skupinové diskusi a sdílení potíží s nemocí, kdy klienti mají pocit, že na problém nejsou sami. Forma léčby skupinovou terapií se však doporučuje až po překonání nejhorších stavů PPP (Krch, 2004).

3.4.5 Psychofarmakoterapie

U pacientek, u kterých během či po léčbě nadále pokračují depresivní stavy, se využívají antidepresiva. Hlavně při zvyšování váhy mohou být jedinci úzkostní a vnímat vlastní tělo velmi negativně. Při výrazné obsedantní či psychotické symptomatice se tak podávají malé dávky neuroleptik, které tyto pocity potlačují. Krátkodobě lze podávat i léky nazývané anxiolytika, které odstraňují úzkost, jenž se například před jídlem může u nemocného dostavit.

Kombinací psychofarmak a řízených psychoterapeutických programů tak lze dosahovat lepších výsledků léčby (Raboch, Pavlovský, 2021).

3.5 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny se vyznačují především společným problémem zúčastněných. kdy pozitivně působí na dotyčné z pohledu toho, že na nemoc nejsou sami. Skupiny jsou založeny na vzájemné pomoci mezi členy. Rovněž pomáhají s hlubším porozuměním problematiky a možnostmi řešení.

Často jsou prvním místem, kam se jedinec s PPP vydá či mohou sloužit jako doplněk k další formě léčby. Svépomocné skupiny bývají často součástí zdravotnických či sociálních služeb, ale mohou vzniknout i iniciací samotných nemocných nebo jejich rodin, tudíž jsou sezení vedená i laiky (Krch, Švédová, 2013).

3.6 Centrum Anabell

Centrum Anabell je organizací mimo zdravotnictví, jenž se v České republice zabývá právě poruchami příjmu potravy. Poskytují odborné sociální poradenství, které směřuje k řešení problémů s PPP a napomáhá hledat další formy léčby a navazující služby. Tam patří například zprostředkování kontaktů na psychiatry či informace o tom, co obnáší hospitalizace. Také se snaží podpořit jedince v mezilidských vztazích a v zapojení se do společenského života. Významnou pomocí je pak i internetové poradenství, které je poskytováno pomocí emailové komunikace s peer konzultanty či také telefonická krizová pomoc, jenž je určena pro klienty v nelehké psychické krizi (Krch, Švédová, 2013). Samozřejmostí je nutriční poradenství, jenž je zpravidla bezplatné. V neposlední řadě poskytují svépomocná setkání ve skupině či různé volnočasové aktivity pro klienty centra. Poradenství se pak mohou účastnit i rodiny nemocných, což pozitivně ovlivňuje průběh léčby (Centrum Anabell, online).

3.7 Prevence

Stejně jako je možné u všech sociálně patologických jevů preventivně zasahovat proti jejich vzniku, je možnost prevence i u poruch příjmu potravy.

Základním kamenem v odvětví prevence PPP je samozřejmě rodina, mnohdy však dítě tráví více času ve škole. Školní prostředí tedy v životě dětí a dospívajících hraje obrovskou roli, čímž se staví do pozice významného vlivu na jejich psychické zdraví. Škola by tedy měla vhodně žáky vést ke zdravému životnímu stylu formou různých programů a pedagogové tak mnohdy mohou napomoci s tím, co doma rodiče v určitých ohledech nezvládají. Preventivní programy by měly obsahovat základní informace o této duševní poruše, příčiny a důsledky

poruch příjmu potravy. Současně by však měly podporovat příjemné sociální klima ve školním prostředí, podporovat zdravé stravovací návyky u dětí a mládeže a v neposlední řadě posilovat zdravé sebevědomí, což je velmi vhodné hlavně v období dospívání. Pedagog ve škole tak může děti velmi pozitivně ovlivnit i třeba v tom, že zabrání šíření předsudků vůči jakýmkoli odlišnostem, aby začaly mít rády sebe, ale i ostatní bez ohledu na vzhledu. Díky tomu lze také žáky naučit pracovat se stresem, kritikou a neúspěchem, což je pozitivním krokem k sebepoznání a přijetí. Ve škole by se žáci měli poučit i o správně složeném jídelníčku, ideálně v hodinách výchovy ke zdraví, kde je učitel seznámí s makroživinami a ukáže jim možnosti, jak se stravovat tak, jak je to pro jejich tělo nejvhodnější. (Švédová, Mičová, 2010)

V rámci prevence je také vhodné, aby si pedagog, rodič, ale i osoby blízké všimaly svého okolí a včas zasáhly. V prevenci a léčbě poruch příjmu potravy je nutné zmínit nejznámější centrum týkající se této problematiky, čímž je občanské sdružení Anabell. Toto sdružení vzniklo v roce 2002 a zajišťuje komplexní služby jako jsou například poradenství a svépomocné skupiny. V neposlední řadě mohou nemocným pomoci s nutričním poradenstvím, poskytují terapie a také telefonickou krizovou pomoc. (Centrum Anabell, online).

4 Dospívání

Za dospívání se považuje období mezi dětstvím a dospělostí, zahrnuje tedy druhou dekádu života, jenž se počítá od 10. do 20. let. V přírodě je proces dospívání zjednodušen, protože je vnímán hlavně podle dozrávání pohlavních orgánů a tím započetí nového období života. Během dospívání dochází k fyziologickým změnám, které jsou podmíněny biologickými faktory, ale současně i ke změnám v rovině psychické a sociální. Je tak obdobím zvýšené zátěže, které je zapříčiněné hormonálními změnami, tělesným dospíváním, ale i rozvojem mozku. Dochází ke zvýšené potřebě osamostatnění se a nezávislosti, kdy toto období především právě dospívající vnímají jako dobu, kterou je potřeba co nejvíce urychlit a být svobodný. Dospívání je však ovlivněno i kulturními zvyklostmi, společenskými podmínkami a z nich poté vyplývají očekávání a požadavky vůči adolescentům. Výrazným charakteristickým prvkem bývá hledání své vlastní identity, nedůvěra v sama sebe, boj o svou pozici či kompetence ve společnosti (Vágnerová, Lisá, 2021).

Dospívání můžeme rozdělit na dvě fáze, první se nazývá ranou adolescencí. Označuje se tak doba mezi 11. a 15. rokem, kdy dochází k pubescenci a hlavní změnou, jenž v tomto období nastává, je tělesné dospívání, které je přímo spojené s pohlavním dozráváním. U dívek dokonce dochází k pubescenci zpravidla o 1 až 2 roky dříve než u chlapců (Langmeier, 1991).

Fyzické změny jsou tak velmi nápadné a díky hormonům vedou k zvýšenému emočnímu prožívání. Pubescent tedy mívá velké výkyvy nálad, začíná se odpoutávat od rodičů a chce se uplatnit hlavně u vrstevníků. Dospívající ale často svým emočním výkyvům sami nerozumí. Často se snaží vyjádřit originalitu či rozlišnost od dospělých, což dávají najevo změnou zevnějšku, zájmů či celkového životního stylu. Rovněž se u nich rozvíjí způsob myšlení a dospívající je tak schopen přemýšlet více hypoteticky a logicky uvažovat. Vrstevníci v období pubescence hrají u dítěte velkou roli, neb dotyčným začíná velmi záležet na tom, co si o něm druzí myslí. Sebevědomí pubescentů je však velmi zranitelné a nedozrálé, je proto velmi snadné narazit na jejich slabinu a poštvat je proti sobě. S tím se pojí vyšší sebekritičnost (Vágnerová, Lisá, 2021).

Druhou fází je poté adolescence pozdní. Ta trvá zhruba od 15. roku věku do 20 let. V této době je již dospívající plně pohlavně vyvinut a může tak docházet k prvnímu pohlavnímu styku. Dochází k většímu důrazu na partnerské vztahy, a to nejen milostné. Dospívající potřebují vědět, že v situaci, kdy se odprošťují od vazeb rodiny, mají podporu od svých vrstevníků, kteří jsou na tom obdobně. Otázka sexuality hraje velkou roli v jejich životě, ale nejsou většinou dostatečně zralí na vážné dlouhodobé vztahy. Naopak přichází experimentování a první velká

pobláznění, která ale zase rychle končí. Velmi podstatnou proměnou jsou více komplexní psychosociální problémy, které utvářejí osobnost a mění se i společenská pozice dospívajícího. Důležitým mezníkem je pak ukončení povinné školní docházky a následný nástup na střední školu či do zaměstnání, které také souvisí s ekonomickou samostatností (Vágnerová, Lisá, 2021).

Některé zdroje ukazují i mezifázi, takzvanou střední adolescenci, která má probíhat mezi 13. až 16. rokem života dospívajícího, jenž od 17. let navazuje na adolescenci pozdní (Lisá, Kňourková, 1986).

5 Empirická část

Empirická část bakalářské práce se bude zabývat charakteristikou a výsledkům získaných dat z kvalitativně orientovaného výzkumu. První část výzkumu se skládá z polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny se sedmi respondentkami. Druhá část pak zahrnuje samotný výzkum, jenž se zaměřuje především na oblast rodiny, sociálního prostředí a dalších rizikových faktorů poruch příjmu potravy. Dále se pojí i s formami léčby a vlivem na život dívek.

5.1 Cíl výzkumu

Úkolem teoretické části bakalářské práce bylo definovat problematiku s pomocí odborné literatury, které se týká tématu práce a následně je porovnat s výstupy z rozhovorů s respondentkami. Hlavním cílem bakalářské práce je vyhodnotit možné souvislosti s rizikovými faktory a poukázat na jejich vliv na vznik poruch příjmu potravy s ohledem na období dospívání.

5.2 Výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat rizikové faktory v dospívání dívek a jejich možný vliv na vznik poruch příjmu potravy. K tomuto jasnému cíli jsem dále stanovila čtyři dílčí otázky.

Dílčí výzkumné otázky:

- Který rizikový faktor je subjektivně nejčastěji pozorován jako příčina rozvoje poruch příjmu potravy?
- Jak došlo k uvědomění, diagnostice a léčbě poruchy příjmu potravy?
- Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na život dívek?
- Jaký vzkaz by respondentky předaly dívkám ve stejné situaci nebo svému mladšímu já?

5.3 Design výzkumného šetření

Pro sběr dat do bakalářské práce jsem vybrala kvalitativní výzkum zpracovaný formou polostrukturovaných rozhovorů. Metoda polostrukturovaného rozhovoru je nejvíce používanou metodou interview, protože na rozdíl od nestrukturovaného rozhovoru má daný postup, kterého se tazatel může držet (Miovský, 2006, s. 159).

Hlavním cílem rozhovoru bylo zachytit danou zkušenost respondentů, jak tyto zažité skutečnosti vnímají a hodnotí s odstupem času.

Polostrukturovaný rozhovor vychází z připravených otázek tazatelem, při čemž je ale možné je v průběhu sběru dat doplnit dle aktuální situace. Vytvořené schéma je vhodnou oporou, které se tazatel může držet a v případě potřeby i změnit pořadí připravených dotazů (Mioviský, 2006, s. 160).

5.4 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila otevřené kódování, která spadá pod kvalitativní výzkum. Základem otevřeného kódování je analytický postup, při kterém dochází k takzvané tvorbě konceptů (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013). Získaná data se analyzují rozbořením věty či odstavce, ke kterému náleží pojem, jenž se výzkumníkovi zdá nejvhodnější a vystihuje dané téma. Tento proces se nazývá konceptualizace. Vytvořené pojmy se nazývají kódy, jenž umožňují případné podobné sekvence, které se v textu objevují, identifikovat obdobně. Díky tomu se opakovaně objevující se problematiky v textu shromáždí pod jedním a tím samým kódem, čímž lze docílit vytvoření příslušných kategorií (Mioviský, 2006, s. 228-229).

5.5 Výzkumný vzorek a charakteristika respondentů

Hlavním požadavkem při výběru respondentů bylo ženské pohlaví, osobní zkušenost s onemocněním poruchy příjmu potravy v dospívání a také, aby jejich věk nepřesahoval 25 let. Výběr respondentů probíhal pomocí Facebookové skupiny „Poruchy příjmu potravy-recovery“ a také jsem oslovila svou blízkou přítelkyni, o níž vím, že se s tímto onemocněním ve svém životě setkala. Celkový počet respondentů sčítal 6 dívek.

Hana - 20 let, mentální anorexie

Hana studuje medicínu a v budoucnu by chtěla dělat na kardiologii nebo být neurochirurgem. Mezi její koníčky patří hlavně pečení, které ji bavilo od mala a jednu chvíli dokonce pekla dorty na zakázku. Miluje procházky a hudbu, příležitostně také hraje na kytaru. V minulosti se rekreačně věnovala bojovým sportům nebo volejbalu, kvůli problémům s jídlom však těchto sportů zanechala. Vyrůstala s oběma rodiči, vztah rodičů ale popisuje místy konfliktní, kdy v jednu chvíli došlo málem k rozvodu. Má o rok starší sestru a nedaleko bydlí i dědeček s babičkou, se kterými trávily se sestrou celé dětství a do dneška jsou v blízkém kontaktu. Aktuálně se nejvíce věnuje své tříleté fence, jménem Sofie, s kterou chodí na procházky a snaží se ji učit poslušnosti.

Hana mi napsala soukromou zprávu na základě inzerátu ve Facebookové skupině „Poruchy příjmu potravy - Recovery“.

Amálie - 18 let, mentální anorexie

Amálii je 18 let a pochází z Liberce. Má velmi ráda sport, hlavně sportovní gymnastiku, již se věnuje od svých 7 let. Sport je pro ni každodenní vášní a je tak nejčastější náplní jejího volného času. Také miluje přírodu a procházky v lese. Žije s o dva roky mladším bratrem, s nímž má velmi blízký vztah. Během dětství a dospívání spoustu času trávila i se svou sestřenicí a bratrancem. Její sestřenice se věnuje biatlonu na vrcholové úrovni, je tak Améliinou motivací, ale zároveň v ni často vzbuzovala potřebu porovnávat se s jejími výkony.

Rozhovor s Amélií mi domluvila její kamarádka Bára, s kterou se zná z atletiky a která se taktéž účastnila výzkumu.

Jarmila - 25 let, mentální bulimie

Jarmile je 25 let, žije v Karlových Varech a studuje doktorát v oboru Kinantropologie. Věnuje se psychologii a to především v oblasti sportu. Vyrůstala ve sportovní rodině a její bratr i ona se závodně věnovali vybraným pohybovým aktivitám. Sama byla několikrát mistryní České Republiky v atletice, které se věnovala dlouhé roky. Ráda tráví čas se svou fenkou a přítelem, nejlépe na dlouhých procházkách či výletech v přírodě. Také se nadále věnuje cvičení, i když s atletikou před pár lety skončila a to hlavně z důvodu problému s bulimií.

Jarmilu jsem poznala v bývalém zaměstnání, kdy mi nabídla svou pomoc s výzkumem.

Bára – 18 let, mentální anorexie

Báře je 18 let a pochází z Českých Budějovic. Má dvě mladší sestry a žije s oběma rodiči. Nyní studuje čtyřletý gympl, kde bude tento rok maturovat. Poté by ráda nastoupila na práva. Baví ji kreativní tvoření, vyrábění a umění. Dříve se věnovala různým sportům, hlavně atletice, ale kvůli anorexii se její vztah k pohybu změnil. Nyní už jen občas rekreačně lyžuje. S anorexií rovněž řešila depresivní stavy, kdy se u ní vyskytovaly i sklony k sebepoškozování.

Bára mě kontaktovala po vystavení inzerátu ve Facebookové skupině „Poruchy příjmu potravy - Recovery“.

Kamila – 24 let, mentální bulimie

Kamila je 24letá dívka pracující jako sestřička v domově se zvláštním režimem, kde je již 5 rokem a práce ji stále naplňuje. Ve volném čase se věnuje svým dvěma psům, s kterými chodí běhat. V neposlední řadě také tráví chvíle se svým partnerem. Do budoucna by ráda nastoupila na vysokou školu a pokračovala ve zdravotnickém oboru, který studovala na střední škole.

Kamila se mi nabídla na zprostředkování rozhovoru prostřednictvím inzerátu ve Facebookové skupině „Poruchy příjmu potravy - Recovery“.

Ema - 23 let, záchvatovité přejídání, orthorexie

Ema je studentkou ekonomiky, která současně pracuje jako účetní v jedné malé firmě v Brně. Když byla na střední škole, konkrétně v maturitním ročníku, její život se začal točit kolem váhy a cvičení a postupně se dostala do problému s jídlem, kdy se u ní vystřídala orthorexie s následným záchvatovitým přejídáním. Od té doby bojuje s negativními myšlenkami ohledně sebe samé a snaží se v tomto tématu vzdělávat, aby mohla pomoci sobě i ostatním. Mezi její koníčky patří cvičení, seberozvoj, kreativní tvoření a také trávení času s jejím psem. Mimo to má staršího bratra a mladší sestru, s kterými vyrůstala ve společné domácnosti s oběma rodiči. Do budoucna by se ráda věnovala problematice PPP a chtěla by organizovat preventivní programy a přednášky o následcích této nemoci.

Ema je kamarádkou mé kolegyně, která mi tuto její přítelkyni doporučila kontaktovat.

5.6 Etika a průběh výzkumu

Pro větší anonymitu a se souladem zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, bylo u respondentek změněno jméno. Všechny další informace jsou ponechány tak, jak byly sděleny.

Účast respondentek na výzkumu byla dobrovolná a všechny souhlasily s využitím poskytnutých informací. Souhlas udělily slovní formou, zároveň jsem se však doptávala, zda povaze výzkumu rozumí a případné dotazy jsem jim osvětlila (Miovský, 2006, s. 280). Všechny respondentky také byly dopředu informovány, že jsou rozhovory nahrávány k následnému využití při přepisu dat. Audiozáznam pak pomůže se zachycením veškerých mluvených dat, současně s odmlkami a silou hlasu, čímž je pro zaznamenatele možné i zpětně objevit souvislosti, které si přímo při rozhovoru nespojil (Miovský, 2006, s. 197).

Výzkum probíhal od října 2023 do ledna roku 2024, kdy byly jednotlivé rozhovory realizovány. Vzhledem k citlivosti probíraného tématu a ve většině případů velké vzdálenosti byly rozhovory vedeny online formou z domova respondentek, aby se cítily pohodlně a v bezpečí. Časová náročnost rozhovorů byla různá, od 15 do 75 minut.

S ohledem na možné vyvolání nepříjemných vzpomínek spojených s citlivým tématem práce jsem k respondentkám přistupovala ohleduplně a dávala jsem jim dostatečný prostor na zamyšlení se nad otázkami. Respondentky byly několikrát seznámeny s tím, že pokud nebudou chtít na nějaké dotazy odpovídat, mají plné právo tuto možnost využít.

6 Analýza získaných dat

Pomocí otevřeného kódování jsou vytvářeny jednotlivé kódy. Seznam těchto kódů pak napomáhá k vytvoření kategorií, takzvané kategorizaci. V analýze by se pak měl objevovat nejméně jeden odstavec textu ke každému z těchto konceptů, jenž se vztahují k určenému tématu. Pojem otevřené kódování tak lze chápat jako „*nastavení výzkumníka, který je v této fázi analýzy otevřen objevování nových významových jednotek a utváření dalších konceptů*“ (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, s. 49). Názvy kategorií by měly být dostatečně abstraktní, ale zároveň logicky poukazovat na to, čeho se týkají. Je proto vhodné, aby názvy byly poutavé a originální tak, aby okamžitě přivolaly pozornost čtenáře a zachovaly větší autenticitu. Následuje rozvíjení vlastností a dimenzí těchto pojmenovaných kategorií, kdy vlastnosti představují charakteristické znaky kategorií. Dimenzemi je myšleno umístění vlastností na pomyslné škále. Během této analýzy je nacházeno spoustu konkrétních vlastností, jenž znázorňují určitý jev za daných podmínek (Miovský, 2006, s. 229).

Analýzou otevřeného kódování jsem v datech vyhledala jednotlivá témata, ke kterým jsem připojila konkrétní kódy. Při kategorizaci, při které se tyto dílčí pojmy seskupily, jsem získala následující kategorie:

- Působení rodiny
- Sociální prostředí adolescenta
- Mentální disharmonie
- Cesta k uzdravení
- Dopady nemoci na kvalitu života
- Poselství zkušenosti

6.1 Působení rodiny

První kategorií, která se v rozhovorech vyskytovala velmi často, je vliv rodiny. Většina z respondentek zmiňovala, že se jich otázka rodiny v rámci vlivu na vznik poruchy příjmu potravy týká a že vnímají působení rodičů či příbuzných jako faktor, který u nich nemoc pomohl vyvolat.

Výchova a pozornost rodičů

Výchova je neodmyslitelně velmi důležitým faktorem při utváření osobnosti dítěte a ovlivňuje jeho celý život. Jedním z problémů, které z dat rozhovorů vyplynulo, byla nejednotnost výchovných praktik od obou rodičů, při čemž každý z nich zastával ve výchově jiný postoj.

Respondentka Amálie v rozhovoru řekla: „*Mamka byla poměrně dost přísná, takže nám hodně věcí zakazovala, tatka byl trošku benevolentnější.*“

Respondentka Kamila uvedla něco obdobného: „...*můj tatka byl vždycky ve stínu mámy, protože on nikdy neměl žádný nějaký jako velký slovo u nás, ani se o to úplně nesnažil, protože věděl, že oproti mamce to nemá smysl.*“ Z uvedeného vyplývá, že u obou respondentek je hlavou rodiny matka, při čemž otec je dívkami vnímán jako laskavější, avšak nemající příliš velký vliv na chod domácnosti.

Také bych ráda poukázala na skutečnost, že u poloviny respondentek se ukazuje, že nemají s otcem vytvořený příliš velký citový vztah a nejsou s ním tolik spojeni, jako s matkou. Respondentka Hana v návaznosti na to zmiňuje: „...*můj vztah k tátovi je dost vzdálený, nerozumím si s ním.*“

Respondentka Ema se vyjádřila: „... *k tomu tátovi jsem neměla moc blízko...*“

Respondentka Jarmila v kontextu vztahu s otcem uvádí následující: „... *já jsem ve třinácti tátovi přišla na první nevěru... a nikdy jsem to jako nikomu neřikala a dusila jsem si to tak jako v sobě a byla jsem na tátu vlastně furt hrozně jako permanentně našťvaná...*“ Dále uvádí, že se otec choval jinak ve společnosti cizích lidí, než doma. „... *vždycky to jako vypadalo, že táta je ten jako mílius na veřejnosti... a když byl nějaký problém, tak máma byla ta, která se vždycky jako ozvala a která za mě jako kopala.*“

Respondentka Bára popisuje vztah s otcem v období dospívání jako dramatický: „*On je táta dost cholerickéj, takže když jsem byla v pubertě, tak jsme měli hodně jako neshody bouřlivý a byly tam velký hádky...*“

V rozhovoru s Emou se ale vyskytla i zmínka o vážnoucí komunikaci s matkou, je tedy otázkou, zda záleží přímo na tom, s kým z rodičů si dospívající více rozumí a s kým méně, spíše se zdá, že je to velmi subjektivní pojem. Respondentka Ema ve vztahu k matce říká: „... *i s tou mamkou jsem neměla nějak důvěrný vztah...*“

I přes to, že se respondentky zmiňovaly o těchto skutečnostech, dále většina z nich popsala, že na jejich dětství a dospívání vzpomínají dobře a vnímají ho jako běžné.

Respondentka Hana o výchově v její rodině řekla: „... *měly jsme kvalitní zázemí, měly jsme okolo sebe lidi, jako u kterých jsme věděly, že jsme u nich v bezpečí a že fakt můžeme kdykoliv přijít.*“

Obdobně na otázku dětství a výchovy reaguje i respondentka Bára: „... *dětství bych řekla, že bylo úplně normální... Hodně jsme cestovali s rodičema a pořád cestujeme.*“

Respondentka Amálie o svém dětství vypráví: „*Musím říct, že jsem měla, a mám pořád, skvělý vztah s rodičema.*”

Respondentka Ema taktéž odpověděla: „... *my jsme jezdili každý rok k moři, na výlety, k babičce na chatu, takže furt něco. Vlastně na to vzpomínám celkem hezky.*“

S ohledem na skutečnost, jak moc rodiče svými výchovnými postupy zasahují do života adolescenta je vhodné přiblížit i fakt, že ne vždy se rodiče ve výchově dostatečně angažují. Polovina respondentek se shoduje v tom, že jim zájem rodičů mnohdy chyběl, a proto možná inklinovali k některým projevům chování, aby na sebe upoutaly pozornost.

Respondentka Jarmila zmínila, že s bratrem neměli od rodičů dostatek pozornosti: „*Byli jsme oba takový jako dost jedináčci, že jo, když se to tak jako vezme...*“ Ta vzhledem ke své kariéře ve sportu zažívala nedostatek pozornosti pravidelně: „... *mě chybělo asi dost jako nějaký i povídání si o tom, jak se cejtím, co se děje...*”

Respondentka Ema zmiňuje absenci otce v dětství: „... *když jsem byla úplně malá, tak táta moc doma nebyl, o vše se starala mamka...*“ V pubertě se situace změnila, ale jak již bylo zmíněno výše, vztah s otcem si nedokázala zpětně vybudovat.

S pozorností od rodičů také souvisí upřednostnění sourozenců, které uvádí respondentka Bára: „*V pubertě jsem tak nějak jako pocítovala, že mají moji rodiče radši moje mladší ségry... tam jsem se poprvý cítila tak nějak odstrčená.*“

S podobnou zkušeností se setkala i respondentka Hana: „*Ségra taky měla nějaké problémy zdravotní... A v té době hodně pozornost vlastně rodičů a všech, byla na straně ségry.*”

Tlak na výkon a srovnávání

Mnohdy se stává, že si rodiče své nesplněné sny a touhy snaží promítat do svých potomků, na které pak mají vysoké nároky a ti nevědomky trpí. Respondentky se s tímto ve své rodině bohužel setkaly, což na ně nemělo kladný vliv.

To pocíťuje i respondentka Kamila, která uvádí: „... *mamka na mě měla vždycky velký nároky. Já jsem se s tím nikdy nedokázala úplně dostatečně popasovat podle toho, jak ona by si to představovala.*“ Vnímá, že nesplňuje to, co po ní její matka vyžadovala, čímž se umocňuje pocit, že matku zklamala: „...*moje mamka tím, že je inteligentní vysokoškolačka a tak, tak prostě po mně chtěla vlastně totéž, což já jsem jí úplně nesplnila.*“

Respondentka Jarmila: „...*tím, jak jsme jako byli hodně výkonnostně i zaměřená rodina... tak to bylo i v tý rodině nějak hrozně přirozený bejt zaměřený jako na nějaký výkony a výsledky.*“

Respondentka Hana zmiňuje tlak od rodičů vzhledem ke školním úspěchům: „...*měla jsem v hlavě zabudované, že jako rodiče by chtěli, abych měla dobré výsledky...*“

V otázce nátlaku na výkon z pozice rodičů lze taktéž zmínit srovnávání dítěte rodičem, při čemž nejčastější kámen úrazu bývají v čemkoli více úspěšní sourozenci či nadaní příbuzní.

Respondentka Ema se k tématu vyjádřila následovně: „...*jsem byla srovnávaná s bráchou, protože já jsem měla dost těžkou pubertu a fakt jsem dělala problémy ve škole a tak, tak to vždycky jsem si vyslechla, že jako brácha tohle nedělal, že proč si z něj neberu příklad, a tak. No a ségra je zase lepší, co se týče učení, takže pak mamka říkala třeba jako, že se hezky učí, že já takové známky neměla.*“

Současně s tím je důležité, aby dospívající měl vhodný vzor v rodině, který ho navede správným směrem a bude k němu vzhlízet. Ne vždy je tento vzor od členů z rodiny kladný, což vede k osvojení nebezpečných návyků dítětem.

K tomuto tématu se vyjadřuje respondentka Amálie: „...*moje mamka byla vždycky trošku při těle... A vím, že nikdy nebyla moc spokojená s tím, jak vypadá ona, tak jsem si spíš já jako sama říkala, že vlastně nikdy nechci bejt tlustá.*“ Zároveň si uvědomuje, že od dětství vnímala jako ztělesněný ideál svou sestřenicí. Uvádí: „...*jednoho dne ta moje sestřenice, která závodně dělá biatlon, ... říkala, že byli u sportovní doktorky a tam jim řekli, že jestli chce dělat vrcholově sport, tak musí shodit nějaký kila, že prostě jako na ten sport je moc tlustá. Při čemž já jsem vždycky k ní vzhlížela prostě, že je krásná, štíhlá, nikdy nebyla při těle...*“

Respondentka Ema to cítí obdobně se svou sestrou: „...*ségra, která se hodně věnuje fitness a zdravému životnímu stylu, hodně na sobě pracuje a vypadá dobře, tak se s ní taky srovnávám, to je jasný.*“

Respondentka Hana popisuje situaci se svou sestrou stejně: „...*ona jako sledovala taková ta jako videa na posilování a tak... A že začne jíst zdravě... a já si pamatuji, jak, jak mi vlastně v hlavě běželo „ty jo, ale ona jako jí taky hrozně málo a asi bych jako měla nějak zredukovat to své jídlo, protože když jako ségra jí zdravě, tak asi si tu postavu nějakým způsobem hlídá, takže bych jako měla taky.*“

Z těchto úryvků je tedy zřejmé, že ženské vzory v rodině, ať už matka, sestra či vzdálenější příbuzní jsou pro dívky v období adolescence velmi důležité pro vytváření zdravých postojů ke své osobě. V případě, že má tato dotyčná osoba negativní hodnocení sebe samé a dává to najevo před dospívající dívkou, je pravděpodobné, že tyto názory od svého vzoru převezme a bude se vnímat stejně.

Stravovací návyky

Kulturu stravování se dítě učí v rodině od raného dětství, pozoruje návyky rodinných příslušníků a přebírá jejich zvyky. Pokud tedy rodiče nastaví určitá nepsaná pravidla, která potomek musí dodržovat, je nepochybně možné, že si je převezme i do dospělosti.

Jedno z nejčastějších pravidel, jež se v rozhovorech objevovalo, byla nutnost dojídat. Tento návyk je zmiňován ve všech realizovaných rozhovorech, je tedy zřejmé, že je to rozšířený zvyk v mnoha rodinách.

Respondentka Hana se k tomu vyjádřila následovně: *„... u nás to často probíhalo vlastně tak, že jsme museli sedět... dokud to nesníme, tak jsme museli zůstat v kuchyni...“*

Respondentka Amálie odpověděla: *„Největší problém vidím v dojídaní, jelikož jsem teďka zvyklá prostě dojídat úplně a neumím doteď rozlišovat úplně pocit hladu a zároveň sytosti.“*

Respondentka Jarmila také v rozhovoru zmínila, že se u nich doma muselo vše dojídat a má s tím problém do nynějška: *„... já už i cejtím, že už jako mám plný břicho a stejně to dojím a pak mi je fakt hrozně špatně.“*

Stejnou zkušenost s dojídaním má z dětství také respondentka Bára: *„Když prostě jsem něco nedojedla, tak to bylo, jako že bych to měla ještě dojíst...“*

Respondentka Kamila uvedla s příkladem i skutečnost, proč se domnívá, že tomu tak v rodině bylo. *„Určitě věty typu jako „dokud to nesníš, neodejdeš od stolu“ a tak, jsem slyšávala docela často. Ale nebylo to myšleno zle, spíš to bylo myšlený z toho důvodu, že ačkoliv peníze, jako co se týká našich, tak nebyla jako o ně nouze, ale chtěli, abych si všeho jakoby nějakým stylem vážila a to včetně jídla.“*

Respondentka Ema se k tématu vyjádřila následovně: *„Jo určitě to dojídaní, to jako vnímám i doteď, že i když jsem třeba už plná, tak to jídlo na talíři vždycky prostě dojím a to mi jako dost vadí, že neumím moc poznat hlad.“*

Další časté zvyky, jenž se v rodinách u jídelního stolu vyskytují se týkají konzumace sladkých potravin či jiných zavedených pravidel.

Respondentka Ema uvedla: *„...u nás se jedlo pokaždý ve stejný čas, nehledě na to, jestli máš nebo nemáš hlad, takže i teď, když bydlím s přítelem, tak vždycky plánuju, že jako se najíme v těch dvanáct a on že se nají, až bude mít přece hlad. To mi jako až on vlastně ukázal, že je to hloupost, do té doby jsem to úplně jako nevnímala, prostě jsem tak byla naučená. Jinak sladké se mohlo, ale spíš tak jako za odměnu...“*

Respondentka Hana se zmínila o nutnosti dojíst jídlo, aby si mohla dopřát sladkost: „Často tam jako zaznívaly nějaké jako věty, jako, „jestli nesníš oběd, tak pak si nevezmeš tu čokoládu“ a tak.“

Respondentka Bára ke konzumaci sladkostí uvádí: „... mamka jako kolikrát řekla, že se furt cpu tím sladkým nebo takhle... bylo mi to tak nějak jedno, jenže jako ve výsledku mě to pak asi jako hodně ovlivnilo...“

Z výpovědi vyplývá, že tyto pravidla dospívajícím utkví v paměti a mají pak mnohdy potřebu je plnit i ve své vlastní domácnosti přes to, že v nich ani nevidí vyšší smysl. Zvyk z rodiny je však silnější a často si člověk ani neuvědomí, že to nemusí být jediná cesta, jak se stravovat.

Připomínky na vzhled

V problematice poruch příjmu potravy se dotyční většinou setkávají s negativním hodnocením jejich vnějšku, při čemž nejbolestivější připomínky často přichází od těch nejbližších. S tímto se setkaly skoro všechny respondentky, které zažívaly komentování jejich vzhledu hlavně od členů rodiny a dodnes na to vzpomínají.

Respondentka Hana nejdříve k tématu uvedla: „... hodně řešili vlastně to, že jsem hubená, ale nebyly to jako nějaké velké narážky... A potom vlastně klasicky se ségrou jsme jako měly na sebe navzájem narážky...jako nemyslela to špatně bych řekla, ale spíš to jako ve mně potom později začlo hlodat a začla ta nemoc potom celá...“

Respondentka Kamila se s připomínky od matky setkává stále: „... hlavně máma, že bych měla cvičit a tak... I teď mám 48 kilo a peru se s bulimií... Tak mi i takhle občas mamka řekne, když se potkáme, že ty volný kalhoty jsou fajn, že se v tom ta postava schová a že je dobře, že teďkon už mám soudnost. Takže tak. Ale to jsou takový běžný narážky od ní.“

Respondentka Bára vypověděla o zkušenosti s komentováním vzhledu naopak se svým otcem: „... on je hodně sportovně založenej a nikdy se třeba úplně nebál říct, jako třeba, že jsem přibrála... úplně nedbá na to, že raní city, ale říká prostě to, co si myslí.“

Také respondentka Ema se s touto problematikou potýká doted': „... hodněkrát jsem se s tátou třeba chytla, že mi komentuje nohy a břicho a že jsem jako zase zhubla nebo naopak říkal, že jako budu tlustá, když tohle a tohle sním... A z mámy strany si vzpomínám, že mi celý dětství říkala, ať zatáhnu břicho, že jako ať stojím rovně, že mám velký zadek po ní a takový.“

Dvě z respondentek vzpomínají i na komentování postavy cizích lidí svými blízkými. Respondentka Hana v návaznosti na to zmiňuje následující: „... často jako mivali narážky spíš

na ostatní. Když šla třeba jako paní, co měla nadváhu tak jako říkali, že ta jako nevypadá vůbec dobře a tak, takže spíš na ostatní.“

Velmi podobnou zkušenost popisuje respondentka Ema, kdy připomínky na vzhled ostatních míval její otec: „... často taky komentoval ostatní, třeba v televizi, když byl někdo silnější, tak jako je urážel a to teda mi bylo taky nepříjemný, protože jsem si říkala, že pokud je třeba ta paní tlustá, tak co si třeba jako říká o mě a tak...“

Nevhodné poznámky na něčí vzhled se dle výpovědí respondentek na člověku negativně podepisují, ať už se jedná o komentování cizích lidí či o rodinné příslušníky.

6.2 Mentální disharmonie a sociální prostředí adolescenta

Termín mentální disharmonie popisuje nerovnováhu v psychickém stavu dotyčného, jenž se u osob s poruchou příjmu potravy vyskytuje. V této situaci narušení mentální pohody je jednoduché upadnout k projevům úzkosti, deprese a jiných psychických potíží.

Typické osobnostní rysy

Některé vlastnosti jsou charakteristické pro období dospívání a potýká se s nimi většina adolescentů. V rozhovoru jsem využila příklady některých osobnostních vlastností, které se u nemocných s poruchami příjmu potravy zmiňují a přispívají k propuknutí nemoci. Konkrétně mezi ně patřily vlastnosti, které se nacházejí v tabulce v prvním řádku. Druhý řádek pak ukazuje, které z respondentek se s daným rysem osobnosti u sebe setkaly.

Perfekcionismus	Kritický pohled na ostatní	Emoční nestabilita	Introverze	Impulzivita	Zaměření na výkon
Hana Amálie Jarmila Bára Ema	Amálie Ema	Hana Amálie Jarmila Ema	Amálie Bára Ema	Hana Amálie Ema	Amálie Jarmila Bára Kamila Ema
Netrpělivost	Závistivost	Sociální úzkost	Depresivní nálady	Nízké sebevědomí	Vyhýbavé chování
Jarmila Ema	Amálie Kamila Ema	Amálie Jarmila Ema	Hana Amálie Bára Kamila Ema	Hana Amálie Jarmila Bára Kamila Ema	Amálie Jarmila Ema

Těchto vlastností se většinou u respondentek vyskytovalo více zároveň a vzájemně se doplňovaly, ráda bych tedy detailněji zmínila některé z nich.

Nejvíce vyskytující se osobnostní prvek bylo nízké sebevědomí. Všech šest respondentek potvrdilo, že se s narušeným sebehodnocením potýkalo či nadále potýká. Respondentka Hana vysvětluje, jak ji například nízké sebevědomí provází celý život. *„Tak u mě to bylo asi i to že jsem se, že jsem nikdy neměla vlastně zdravý vztah k sobě. Nikdy jsem jako nestála sama za sebou, spíš, spíš jsem se neměla ráda, než, než abych měla nějaké vysoké sebevědomí.“*

Mezi nejčastější rys objevující se u respondentek patří i perfekcionismus. Respondentka Bára o něm říká: *„Rozhodně mě vystihuje teda perfekcionismus, což je fakt někdy jako až extrémní.“*

S perfekcionismem se dle výpovědí potýkají všechny další respondentky, kromě Kamily, která se s perfekcionismem setkávala spíše ze strany matky.

Ve výpovědích se značně objevovala také emoční nestabilita a vztahovačnost, které se vykazovaly urážlivostí, výbuchy vzteku či častým pláčem. Respondentka Hana uvedla: *„Byla jsem taková i jako hodně nestabilní, no, takové dost výbuchy, ať už výbuchy vzteku nebo jako fakt pláč...“* Dále Hana uvedla, že si s těmito projevy emocí neuměla poradit, což je typické právě pro období adolescence. *„... jsem jakoby úplně neuměla často zpracovat ty pocity, co jsem měla uvnitř sebe.“*

Respondentka Amálie popisuje svou zkušenost: *„...od mala mi mamka, a celkově rodina, vždycky říkali, že jsem jako hrozně citlivá a že prostě, že se mi jako nemůže nic říct, protože cokoliv mi řeknou, tak se mě to dotkne...“*

V neposlední řadě se dívky podělily o zkušenost s depresivními náladami. Respondentka Hana vzpomíná na situaci, kdy zneužívala větší množství benzodiazepinů, konkrétně lék Rivotril. *„...jsem ho brala ve větším množství a často jsem, nebo dvakrát jsem vlastně jako jela do nemocnice s tím, že jsem se bála, že jsem si toho vzala až moc.“* Udává však, že tímto krokem nechtěla docílit sebevraždy, ale ulevení od negativních myšlenek.

S depresivními epizodami se setkala i respondentka Bára, která však popisuje i znaky sebespoškození: *„... co se týče třeba jakoby nějakých těch depresivních nálad, nebo takhle, tak dřív ještě před anorexií, třeba nějak kolem tak nějak v 15, 16, 17 let jsem měla jako problém se sebespoškozením a měla jsem jako takový sebevražedný hodně sklony a takhle.“*

Se sebespoškozením se setkala i Ema a Kamila, ty však zmínily tuto problematiku jen okrajově. Dle mého názoru se však poruchy příjmu potravy obecně dají vyložit jako forma

sebeпоškozování, při které dotyční trápí své tělo, ačkoli to nemusí být jejich primárním účelem. Mnohdy však může být toto duševní onemocnění i útekem od jiných psychických poruch, což zmiňuje i respondentka Bára, která popisuje, že sebeпоškozování nejspíše za poruchu příjmu potravy vyměnila. *„Nevím, nechci jako říct, že jsem to vyměnila za jako anorexii, ale jako v podstatě jo a teďkon už je to jakoby v pohodě.“*

Odpovědi od respondentek se často v otázce psychického zdraví shodovaly a ukázalo se, že jejich osobnostní rysy hrály v rozvoji poruchy příjmu potravy značnou roli. Přes to, že každá z dívek měla projevy mentální disbalance individuální, je velmi pravděpodobné, že souhrn více rizikových vlastností člověka je vstupenkou pro psychická onemocnění, ať už se jedná přímo o poruchy příjmu potravy či jiné duševní potíže.

Mentální disharmonii u dospívajícího také může negativně ovlivnit sociální prostředí tohoto jedince. Není překvapením, že to, s kým se člověk stýká a čím se obklopuje na něj určitým způsobem působí, což v období adolescence platí dvojnásob.

Vrstevníci, okolí a porovnávání se

Vrstevnícké vztahy jsou pro lidi jakožto společenské bytosti nezbytností, mnohdy však mohou působit i destruktivně na psychické zdraví jedince. Nemusí jít vyloženě o šikanu ze strany spolužáků či spolupracovníků, stačí nevhodné poznámky či pomluvy.

Respondentka Ema zmiňuje komentování její postavy vrstevníky jako jeden z faktorů, který na ni v dospívání měl negativní vliv. *„Myslím si, že hodně mě poznamenalo to komentování pořád nějak té mé postavy ať už vrstevníky, tak rodinou...“* U Emy se objevila i výše zmíněná šikana vrstevníky ve formě zesměšňování. *„... na základce jsem byla taková prostě kulatější, neřekla bych jako nějak tlustá, ale silnější, než byl standart a holky mi to tam dávaly jako dost najevo, že si ze mě třeba dělaly srandu a tak.“* Zároveň uvádí, že vnímala velký rozdíl v tom, jak se k ní chovalo okolí, když později zhubla. *„Ono i pak když jsem ve čtvrtáku zhubla, tak je to hrozný, ale strašně moc jsem pocítila to, jak se najednou všichni semnou bavili a byla jsem oblíbenější jen proto, že jsem byla hubenější...“*

Myslím si, že negativní poznámky na postavu člověka se sklony k depresivním náladám, jenž Ema měla, velmi zasáhnou a těžko se s nimi srovnává.

Respondentka Hana se také setkala s připomínkami na svou postavu a vzpomíná, jak to vnímala. *„... ve škole mi spíš říkali, že jsem jako hubená, ale já to brala tak... že jako mám něco, co ostatní nemají, že jako jsem hubená a ostatní mi to říkaj jen proto, že mi to závidí.“*

Podobnou zkušenost má Jarmila, která vypověděla, že také nesnášela dobře, když ji někdo lichotil a vyjadřoval se o její postavě. „... *všichni přesně komentovali moji postavu a já jsem vlastně nebyla úplně okej s tím, že mám 62 kilo. Vždycky pak jsem se zpětně koukala, když jsem třeba pak měla 70, si říkám, já prostě támhle o 8 kilo lehčí a stejně mi to jako vadilo prostě a úplně jsem si říkala, co bych teď jako za to dala.*“

Je tedy na pováženu, zda i pozitivní komentování vzhledu nemůže vyvolat zkreslené představy o sobě samém. V kombinaci s nízkým sebevědomím a emoční nestabilitou to konkrétně u Hany způsobilo opačný efekt, než nejspíše její okolí zamýšlelo.

Zajímavostí je, že se u dvou respondentek vyskytovaly podobné výpovědi, jenž se týkaly potřeby dokazovat něco druhým. U respondentky Hany šlo například o reakci na to, že její spolužačky řešily její možný problém s jídlem za jejími zády s metodikem prevence. „... *já jsem si vlastně řekla, že jestli si jako myslí, že já mám problém s jídlem, tak teď jim jako ukážu, jak ten problém s jídlem doopravdy vypadá.*“

Respondentka Amálie taktéž uvádí tuto potřebu, která se týkala především toho, že chtěla ostatním dokázat, že zvládne takové výkony, jako oni, když na sportovní škole neměla podobné výsledky. „... *na konci roku bylo takový velký zkoušení všech našich nějakých fyzických schopností... jsme měli třeba udělat prostě 60 sedů lehů, no a prostě já jsem jich udělala 20. A já jsem se cítila fakt jakože, protože všichni to udělali a já jsem byla jako aha, dobře, takže já to teda neudělám, neumím to... A to mě strašně začalo vadit, tak jsem prostě doma si řekla, OK, tak já vám prostě do příštího roku ukážu, že ty sedy lehy udělám. Tak jsem prostě každý den třeba dělala, já nevím, třeba klidně 500 sedů lehů.*“

Potřeba dokazovat druhým a porovnávání se s nimi je dle mého názoru velmi úzce propojena. Adolescenti vnímají popularitu mezi vrstevníky jako stěžejní, proto se snaží být ve všem nejlepší a vynikat. Pokud však dospívající vnímá své odchylky a má sklony k emoční nestabilitě, nezdravému sebevědomí či depresivním náladám, je možné, že má pocit, že není dost dobrý.

Respondentka Ema uvádí porovnávání se jako jeden z faktorů vzniku poruchy příjmu potravy. „... *porovnávání se klasicky se spolužačkami, kamarádkami...*“

Respondentka Amálie popisuje, jak měla potřebu srovnávat se svou spolužačkou. „*Měla jsem tam spolužačku, která jako závodně plavala a ta měla dvoufázový tréninky prostě třeba šestkrát týdně. A mě to jakoby bylo... prostě bylo vidět, že má třeba břišáky, že prostě je namakaná a hubená a já jsem se s ní porovnávala a prostě mrzelo mě to.*“

Přes to, že jídelní návyky udává dítěti a dospívajícím především rodina, občas se projeví i vliv přátel. Toto popisuje respondentka Bára, která se zmiňuje o své kamarádce. „... *kamarádka furt říkala „ne, to já už jíst nemůžu, toto nemůžu, to nesním, to mi nechutná, já tohle nejím, nejím tohle, nejím tamto“ a mě začalo prostě připadat divný, že mě jako všechno chutná a že mám jídlo fakt ráda. Takže jsem jako začala blbnout a vymýšlet si, že tohle nejím, tohle mi nechutná a takhle, až to prostě došlo k tomu, že jsem v podstatě jako jedla fakt málo a skoro vůbec.“*

Hubnutí a diety

Především v období dospívání se dívky setkávají s velkými změnami na svém zevnějšku, neb se stávají ženami. To je však pro mnohé dospívající nepříjemné a necítí se ve svém těle dobře. Díky dietám se tak často snaží shodit nabraná kila, která se u nich v adolescenci objevila. Pokud ale dotyčná nezná základy zdravého stravování a začne držet dietu v takovém stylu, že omezí jídlo na minimum, pravděpodobně ji to napomůže sklouznout k problému s jídlem.

Respondentka Jarmila k tomuto říká: „... *jako v nějakých patnácti jsem podle mě držela nějakou první dietu...“*

Respondentka Bára měla také zkušenost s hubnutím, kdy se snažila být pro sebe „dokonalá“. „... *jsem chtěla být jakoby pro sebe dokonalá.“*

Respondentka Ema popisuje svůj neustálou snahu o hubnutí. „*Já jsem se vlastně neustále snažila o nějaký diety...“*

Média

Problematika porovnávání se v dnešní době sociálních sítích projevuje mnohem více, než tomu bylo dříve. Dostupnost aplikací, na kterých se prezentuje dokonalost se rozmohla natolik, že ovlivňuje mladou generaci a bohužel napomáhá právě i vzniku poruch příjmu potravy.

Média jako negativní faktor vnímá respondentka Kamila i respondentka Ema. Ema se vyjádřila následovně: „... *tam se člověk porovnává úplně neskutečně, každá druhá fotka na Instagramu je polonahá holka a když někdo sdílí nedej bože realitu, že má špiček, tak mu tam omezení píšou, že jako ať zaleze, že tohle nikdo vidět nechce a tak, tak je to takový těžký no. Nebo jak byly ty pořady Amerika hledá topmodelku, tam měla holka 50 kilo a už jí říkali plussize.“*

Respondentka Hana uvedla: „... *často i na těch, i na těch sociálních sítích vlastně vidíš ty lidi, kteří jsou jako spíše hubení. Nebo jako nechci to říkat, že jsou spíše hubení, ale jako chápeš, jak to myslím asi. A vlastně často tam vidáš... člověka, co je jako štíhlejší, než že by tam byl jakoby člověk při těle.“* Zkušenost má především s aplikací Instagram, Facebook, ale i s vyhledávačem Google. „... *já si pamatuju, že jsem si jako... hledala fotky, kde jsou ty slečny*

jako mega hubené. Vždycky jsem si to vyscreenovala a pak jsem se na to koukala a říkala jsem si „hele až budeš vypadat jako takhle, tak bude všechno dobrý. Budeš mít obdiv ze všech stran.“ A to, myslím, jakože taky hrálo hodně velkou roli, bohužel.“

Podobné popisuje i respondentka Jarmila, která na internetu rovněž vyhledávala rady a tipy ohledně stravování, jenž ne vždy byly pravdivé. „... dřív jsem to jako řešila, že prostě tady tahle atletka vypadá tak a tahle sem dává ten jídelníček... A taky sociální sítě prostě pro mě přesně byly takovej ten rychlej sběr jako informací, o jídle, které jsem se úplně jako neověřila a kterým jsem jako věřila.“

Na respondentku Báru měly sociální sítě naopak pozitivní vliv. I když je využívala obdobně jako respondentka Jarmila, sledovala spíše kontent podporující zdravý životní styl. „... co se týče ještě těch sociálních sítích, tak to fakt jako nemám pocit, že by mě nějak ovlivňovaly, já jsem se spíš na Instagramu třeba koukala na ty videa, kde jako propagují, že se má pořádně jíst, než na nějaké vychrtlé holky nebo tak.“

Média tedy dle rozhovorů představují nejen hrozbu, ale i inspiraci. Záleží však na tom, jak se dotyčná osoba k této inspiraci postaví, všeho moc škodí a je potřeba dbát na logické uvažování, uvědomit si, že na sociální sítě může kdokoli nahrát jakýkoli obsah a ačkoli se může zdát, jako dokonalý, ne vždy se to musí rovnat realitě.

Rizikové záliby či povolání

Během života se člověk věnuje spoustu činnostem, ať ve smyslu zábavy či práce. Pokud je však tato činnost psychicky náročná a zahrnuje nátlak na výkon, úspěchy či na vzhled dotyčného, je vysoce pravděpodobné, že se to odrazí na jeho psychickém stavu.

Konkrétní rizikovou zálibou či prací, která je jednou z nejoblíbenějších vůbec, je sport. Především, pokud se dotyčný věnuje sportovní aktivitě v rámci vrcholového nebo závodního směru, je vystaven riziku zvýšeného nátlaku na úspěch.

Respondentka Jarmila, která se dlouhé roky věnovala vrcholově sportovní atletice na otázku, který rizikový faktor dle ní nejvíce přispěl k rozvoji poruchy příjmu potravy, uvedla právě sport. „Určitě trenéři, jakože sociální prostředí, atletika, trenéři, no.“ Často se také zmiňovala o svých trenérech, kteří na ní měly zvýšené nároky a vzpomíná, jak to vnímala. „... pamatuju si přesně jako moment, když jsem vlastně jako slyšela první poznámku. A to jsem ale neslyšela přímo, ale jako zprostředkovala mi jí máma, kdy vlastně jeden trenér, my jsme byli na závodech, já jsem tam něco vyhrála a on mi hrozně jako gratuloval... A pak šel přesně jako za roh a řekl tam „Hej, ty hrozně vyrostla prdel.“ A moje máma mi to jako přišla říct, že něco

takovýho o mě řekl.“ Jarmila dále popisuje skutečnost, jak v ní sportovní prostředí i nyní vyvolává projevy nemoci. „... *přihlásila jsem se na své první crossfitový závody a najednou v tý hlavě zase cvaklo... Takže opravdu cejtím, že to závodní jako prostředí je pro mě jako takovej hezkej spouštěč.*“

Obdobnou zkušenost má i respondentka Bára, která se rovněž věnovala atletice. „... *rozhodně měla vliv i atletika, protože tam jsou všichni hubení a já chtěla být jako oni, mít lepší výsledky. Když jsem tu atletiku dělala, tak pro mě v té době byl symbol krásy jako fakt vychrtlost.*“

Respondentka Amálie, která navštěvovala základní školu zaměřenou na sport uvedla: „...*jedna z dalších věcí, který mě hodně moc ovlivnily, tak bylo, že já jsem na základce vlastně šla na druhou stupeň do sportovní třídy, kde nás bylo 20 děcek, který všichni dělaly nějaký sport, ať už víc vrcholově nebo míň. Měli jsme prostě třeba 6 hodin tělocviku týdně a byli jsme prostě hodně jako směřovaný na ten sport.*“

Další rizikovou činností, která se v rozhovorech objevila, byl modeling. Konkrétně jej jako rizikový faktor zmínila respondentka Kamila: „*Určitě modeling...*“

Z výpovědi je zřejmé, že prostředí, ve kterém je nutné vidět výsledky a pracovat na tom, aby byly pokaždé o něco lepší či aby si dotyčný držel neustále dobrou fyzickou formu, je velmi nebezpečné.

Období Covidu

S poohlédnutím na rok 2019, kdy začala pandemie Coronaviru se u mnoha lidí rozmohlo domácí cvičení, zdravé vaření a celkově prospěšnější životní styl. Zároveň toto období velmi postihlo psychické zdraví značné části populace z důvodu omezení společenského života a izolace od vnějšího světa. K této problematice se v rozhovorech vyjádřily dvě respondentky, které Covid zasáhl i z pohledu rozvoje poruchy příjmu potravy.

Respondentka Hana uvádí: „...*v únoru myslím 2020 nebo března... se jako zavřely školy a zůstali jsme doma. A to já jsem jako nesla hodně špatně. Nejedla jsem skoro vůbec nic, protože jsem jako přirozeně neměla ten výdej... zůstávala jsem doma, prostě ani do té školy jsem nemohla chodit, takže ta moje jako radost z toho, že jako jsem v té škole a hlavně, že tam mám ty lidi, kteří mě jako v tom podpoří, že mi pomůžou, tak ta moje radost jako úplně klesla. Já už jsem, já už jsem neměla z ničeho radost, z ničeho, neměla jsem takové ty nástroje k tomu, abych mohla být šťastná.*“ Je tedy zřejmé, že nedostatek sociálních interakcí Haně zhoršil psychický stav a začala více propadat do problému s anorexií.

Respondentka Amálie se o období Covidu vyjádřila: „... *najednou byla Corona a my jsme museli být doma v karanténě a já jsem si říkala, co teda doma jako budu dělat. No a koukala jsem na internet a na Instagramu na mě vykoukla Pamela Reif... A já jsem si prostě vybrala ten nejsložitější program, což bylo prostě, že jste třeba, já nevím, že jste třeba každý den doma jeli jako hodinu cvičení. No a do toho jsem začala jíst jako hodně zdravě. A ono když takhle každý den cvičíte, tak prostě začnete hubnout, ale tím, že jsem hubla pomalu, tak si toho okolí moc nevšimalo. Jenže postupně to začalo jít do takovejch extrémů...*“ Amálii nuda v karanténě přiměla více cvičit a věnovat se zdravějšímu stravování, jenž podpořilo hubnutí a to ji dovedlo až k anorexii.

6.3 Cesta k uzdravení

Každé psychické onemocnění se dříve nebo později musí začít řešit. V problematice poruch příjmu potravy se nemocní často setkávají s tím, že mají pocit, že poruchu zvládnou samy nebo že ještě není tak závažný, aby vyhledali pomoc.

Uvědomění a diagnostika

Před uvědoměním si, že má člověk problém, často předchází fáze popření. Dotyčný nevnímá své chování jako rizikové a nemá potřebu nic měnit, naopak problém ještě více prohlubuje či v něm setrvává. Po této fázi může přijít právě stádium uvědomění a pochopení, že to, jak se dotyčný cítí a co prožívá, není normální a měl by s tím něco dělat.

Něco obdobného popisuje i respondentka Hana: „*Já jsem si to asi uvědomila v 16, v 17 letech. Ale teď zpětně vím, že to začínalo jako mnohem dřív, že to začínalo už na základce.*“ Hana poté navštívila s maminkou svou praktickou lékařku, kde měla proběhnout její 17letá prohlídka. „... *Já jsem v lednu teda měla preventivku v 17 letech a tam jako moje praktická věděla, že jsem zhubla a že mám problém s jídlem, to jsem jí teda řekla, ale jako nechala to tak.*“ Ta však situaci patřičně neřešila a až v dubnu stejného roku se Hana s matkou opět u lékařky objevily, kdy již doktorka zasáhla. „... *když mě viděla a když jsem se postavila na váhu, tak mi, tak mi napsala jako žádanku na hospitalizaci.*“

Respondentka Amálie říká o chvíli, kdy si uvědomila, že má s jídlem problém následovně: „... *ona (matka) tam dělala nějaký jako toust... já jako, že to prostě jíst nebudu... No a to mě prostě seřvala takovým stylem, že jsem do školy šla prostě o půl hodiny dřív. Brečela jsem, teď jsem jela tou tramvají... já jsem tam extrémně složila. A řekla jsem si aha dobře, tak to je konec, teďka prostě musím s tím začít něco dělat.*“ Diagnostika anorexie u ní však proběhla mnohem dříve, než si byla schopna problém přiznat. „... *jsem byla na té patnáctileté prohlídce,*

tak mi ta doktorka diagnostikovala, že prostě hele máš poruchu příjmu potravy, prostě máš anorexii, tak se prostě buďto jako začneš jíst nebo tě pošlu jako do psychiatrický léčebny.“

Respondentka Jarmila si bod uvědomění přesně nevybavuje, avšak zpětně vnímá, že i když si poruchu příjmu potravy dlouho nepřiznala, tak se s ní už nějakou dobu potýkala. „... takhle zpětně mi to jako docvakává úplně přesně, že jo, ale v tu dobu, kdy to bylo, tak popravdě vůbec nevím.“ Jarmila také vzpomíná, že pravé uvědomění přišlo až v moment, kdy se v bulimii pohybovala již několik let. „Mě to začlo dotejkat... to bylo 2020, to jsem věděla, že to úplně jako není oukej chodit zvracet po jídle...“ K diagnostice u lékaře u ní však nikdy nedošlo, až po několika letech svou situaci řešila na psychoterapeutickém výcviku a u výživové poradkyně: „... nebyla jsem nikdy nikde. Protože jsem vlastně nechtěla přiznat, že jako mám problém. Já jsem byla ráda, že jsem to jako přiznala nějak tý svý terapeutický skupině na tom výcviku a že jsem to pak vlastně řešila s výživářkou.“

Respondentka Bára si naopak občas i nyní nechce svou nemoc přiznat a přesvědčuje sama sebe, že problém neměla. „Tak to je takový hodně sporný, protože na jednu stranu, někdy jako i třeba teď mám ještě pocit, že nikdy, že jsem jako nikdy neměla problém s jídlem a že je to vlastně úplně normální, i když na druhou stranu prostě vím, že ne, takže úplně nějaký takový bod uvědomění asi nikdy nenastal.“ Bára se k diagnostice anorexie dostalo díky jejím rodičům, kteří ji dovedli k praktické lékařce. „K diagnostice došlo teda tak, že to naši zjistili, když jsme byli na dovolené v létě... já jedla jenom jako jedno jídlo denně ... Takže takhle to naši zjistili, pak jsme přijeli domů a vzali mě k naší normálně dětskéj doktorce, která jako tam v podstatě vyslovila tu diagnózu. „

Respondentka Kamila má také zkušenost s tím, že si diagnózu přiznala až později, co nemoc propukla. „Kolem 16 let a to jsem si to jako úplně připustila, že aha, tady je fakt problém.“ Diagnostika ji však byla provedena o několik let dříve. „Já nevím, kolik mi mohlo bejt, tak kolem 13, 14 v psychiatrický léčebně.“

Respondentka Ema rovněž přispívá k tématu uvědomění si až po čase: „Já jsem si to vlastně uvědomila až jako za nějakou dobu, co ten problém už propukl, protože v době, kdy jsem jako hodně cvičila a hlídala si, co jím, tak jsem byla vlastně hubenější a nikdo mi moc neřekl, že jako je to špatně.“ K diagnostice u ní však také, stejně jako u Jarmily, nikdy oficiálně nedošlo, především z důvodu, že trpěla záchvatovitým přejídáním, které není zavedeno v klasifikaci nemocí (MKN-10). „... vlastně byla jsem u psychologky a tam jsem ji to říkala, tak se ptala, jak dlouho to trvá a jak to probíhá a uznala, že jako jo, že to prostě porucha příjmu potravy je.“

Ve všech výpovědích tedy bylo zřejmé, že uvědomění a následné přiznání si problému s jídlem ve formě poruchy příjmu potravy je pro dotyčné velmi těžké a někdy trvá i několik let, či celý život, než to nemocní přijmou.

Úskalí léčby

Během léčby se respondentky setkaly s mnoha způsoby, které jim nevyhovovaly a nebo naopak s těmi, jež jim výrazně pomohly s vykročením tím správným směrem.

Respondentka Ema popisuje, jak u ní probíhala léčba poruchy příjmu potravy a co jí pomohlo. „... *já jsem byla několikrát u psycholožky, vystřídala jsem, myslím, tři... A co mi pomohlo... Jako určitě trochu ta terapie, taky čas, současný přítel, můj pes...*“ Dále však také uvádí, že ji postoj její matky k jejímu problému velmi mrzel. „...*pamatuju si moment, kdy jako jsem to řekla mámě a ona místo podpory řekla, že ji to došlo, když jsem najednou během chvíle zas přibrala. A nikdy jsme se o tom pak už nebavily, to mě hodně ranilo...*“ Ema se také zmínila o tom, jak její okolí přehlíželo její psychický stav jen proto, že neměla podváhu. „... *tím, že jsem jako měla zdravou váhu, po tom, co jsem přibrala po té orthorexii, tak nikoho ani nenapadlo, že bych mohla mít poruchu příjmu potravy, protože je to takovej klasicej jako mýtus, že musíš bejt vyhublá a pak máš problém.*“

Respondentka Jarmila vyjadřuje myšlenku, že ji nejvíce pomohlo ukončit vrcholovou kariéru sportovkyně. „*Skončit s atletikou, to mi nejvíc pomohlo.*“ Rovněž se však setkala s, jí nepříjemným, postavením své matky k nastalé situaci. „... *to bylo jako jedno velký no go... hrozný jako popírání, že to přece není pravda. A to pro mě bylo náročný, že vím, že to nebylo jako popírání jako, že jsem něco takovýho nemohla mít, ale úplně jak jsme spolu měly hodně blízký vztah, tak si myslím, že to spíš bylo o tom, jako „já jsem její máma a já jsem si toho nevšimla, nijak jsem jí nepomohla.“ Ale od té doby to bylo jako hrozný, protože přesně jako jsem zhubla a máma se mě ptala, jestli nemám zase nějaký problém a furt to bylo jako tohle dotazování a to bylo pro mě...*“ Jarmila se taktéž vyjádřila k tomu, jak jsou poruchy příjmu potravy vnímány hlavně z toho pohledu, že jimi trpí pouze dívky s podváhou. „... *když jsem třeba jako mluvila s někým o tom, že jako mám nějaký poruchy příjmu potravy a tohle, tak první co bylo, že se zeptal, jestli jako teda nemám menstruaci. A když jsem řekla, že mám, tak to bylo jako „No, tak to je ještě furt dobrý ne?“ Nebo přesně jako „Ale vždyť máš jako furt těch 69 kilo ne?“*“

Respondentka Amálie si zvolila formu léčby sama. „*Já jsem si vlastně formu léčby zvolila sama, protože jsem se rozhodla, že napíšu na Centrum Anabell... A oni mi napsali, ať si najdu nějakou nutriční terapeutku... A ještě jsem začala, už třeba půl roku předtím, docházet... k psychoterapeutce... No ale musím říct, že nejvíc mi teda ze všeho pomohla ta nutriční*

terapeutka, ke který jsem prostě chodila každých čtrnáct dní. Musela jsem si psát jídelníček prostě, vážila si mě, povídali jsme si o tom... „Také uvádí zmínku k postoji matky: „... co bylo třeba takový jako strašně kontraproduktivní, že mamka prostě tím, že jako se vždycky nějak jako snažila zhubnout, tak prostě ona i v té době, kdy mě furt říkala, „musíš jíst, musíš jíst“ tak prostě stejně třeba ona sama jako pořádně nejedla.“

V úryvcích z rozhovorů se ukazuje, že respondentky při léčbě potřebovaly především podporu ze strany blízkých, které se jim úplně nedostávalo a to hlavně ze stran matek. Myslím si, že je důležité si uvědomit, že problematika poruch příjmu potravy je komplexním problémem a bylo by vhodné ji řešit z více hledisek, třeba i právě z pohledu rodiny, kdy by se léčby a případných terapeutických sezení měly účastnit i rodinní příslušníci a lépe tak pochopit, čím si jejich blízká osoba během nemoci prochází.

Respondentka Hana zmiňuje hned dalších několik forem pomoci, jenž se u ní osvědčily. „Mé okolí hlavně ve škole pro mě bylo jako takovou tou větší oporou...“ Dále se také zmiňuje o svém třídním učiteli, který je zároveň metodikem prevence. „Byl to takový jako člověk, který fakt věděl úplně všechno, co se mi v té hlavě jako honilo a už jsem se mu nebála jako říct cokoliv.“ Svou situaci také řešila hospitalizací, docházením k psychologce a konzultacemi s peer konzultantkou z centra Anabell. Svou zkušenost s hospitalizací Hana popisuje: „... byla jsem hospitalizovaná týden... za mě to teď zpětně jako byla ta největší chyba... jediné, co řešili, tak vlastně jako z toho nic, co jsem jedla, z těch nula procent, po mně chtěli sto s tím, že jsem musela jíst šest jídel denně... Hana dále uvádí, jak se v nemocnici lékaři stavěli k jejímu psychickému stavu: „... tam nikdo neřešil to, jak se mám, jak mi je psychicky a to bylo takové to jako nejtěžší na tom, to mi nejvíce ublížilo, protože v té chvíli jsem měla pocit, že vlastně nikomu nezáleží na tom, jak mi je. A tam mi to teda diagnostikovali. Dali mi potom psychiatra, psychologku... všichni tito odborníci ale vlastně řešili jenom váhu, stejně tak nutriční...“

Respondentka Bára má také zkušenost s hospitalizací. „... hlavní forma té léčby byla to, že jsem nastoupila pak vlastně druhý den do nemocnice... kde mi teda zavedli šest jídel denně samozřejmě... což byl extrémní šok, oproti tomu, kdy jsem jedla třeba prostě šestinu, třeba do té doby dva měsíce v kuse...“ Na umístění do psychiatrické léčebny Bára nevzpomíná v dobrém a má pocit, že ji pobyt zde naopak uškodil. Dále také zmiňuje, co ji podle ní, nejvíce pomohlo. „... upřímně si myslím, že Opařany mi jako nepomohly vůbec a že jsem se tam spíš jako ještě zhoršila... pomohlo mi asi takový to uvědomění, že vlastně... se musím sama prostě vyléčit, že to za mě nikdo neudělá a že nechci celej život prostě takhle žít a bát se jídla a aby se tady můj život točil jenom kolem jídla.“

Vzpomínky na hospitalizaci má i respondentka Kamila, pro kterou toto období nebylo vůbec jednoduché a nechtěla se k němu vyjadřovat. „*Jestli mi léčba pomohla... to se asi úplně říct nedá. V léčbě jsem si prošla docela peklem a to nechci úplně rozebírat.*“ Dále však vyjádřila nesouhlas s tím, jak to s poruchami příjmu potravy ohledně léčby bývá. „*Každopádně mi to dalo jednu věc a to je to, že mi vadí, že se na poruchy příjmu potravy a obecně nějaký psychiatrický diagnózy a tak, že se to prostě diagnostikuje na základě fyzických symptomů.*“

Z výpovědi vyplývá, že ani jedna z respondentek, jenž prožila umístění v psychiatrické léčbě, nevnímá hospitalizaci jako správné řešení. Ukazuje se, že při hospitalizaci je nejčastějším sledovaným údajem především fyzično, tedy váha a to, kolik jídel dotyčný sní místo toho, aby se řešila pravá podstata nemoci, tedy psychické zdraví. Je zřejmé, že pokud měly respondentky zkušenost i s psychologickou pomocí formou terapií, osvědčila se tato metoda mnohem více, než hospitalizování na oddělení v nemocnici. Myslím, že by bylo vhodné trochu více zacílit na terapeutickou část práce na těchto odděleních, při čemž by výsledky a léčba mohli být účinnější.

Relapsy a pocit vyléčení

Bohužel i při léčbě s poruchou příjmu potravy se často u nemocných vyskytují relapsy, kdy se znovu navrátí do starých kolejí a prožívají projevy nemoci znovu. Vzhledem k tomu jsem do rozhovorů připojila i otázku ohledně výskytu relapsů a pocitu vyléčení z poruchy příjmu potravy.

Respondentka Hana se k ní vyjádřila následovně: „*...to bylo tak nějak jakoby nahoru dolů, ale myslím, že někdy na začátku tohoto roku (2023) přišel takový jakoby relaps. A ty Vánoce pro mě byly i takový spouštěč... jsem cítila znovu všechny ty myšlenky, že vlastně, že chci jako zase zhubnout...*“ Když jsem se Hany doptala na to, zda se cítí vyléčená, řekla: „*Vyléčená se necítím, jako vím, že je to stabilizované, že dokážu nějakým způsobem fungovat... Ale vyléčená jakoby nejsem, nebo aspoň za mě.*“

Respondentka Jarmila k otázce relapsu vypověděla: „*... ve chvíli, kdy už jsem si třeba myslela, že jsem jako vyléčená... ale přesně přišel den, kdy jsem si dala dva croissanty, který já miluju, ale snědla jsem je a šla jsem je vyzvracet...relapsy byly hezký no... pak jsme s Ríšou (přítel) jeli na Slovinsko, dali jsme si pizzu a já jsem se mu tam rozbrečela u toho, že to nedám.*“ S úplným vyléčením se bohužel také zatím neztotožňuje: „*... jako já a jídlo... Kámoši jsme, já ho mám fakt jako ráda, ale když třeba nestihám, tak se prostě nenajím a jsem jako s tím dost v pohodě, no... mi přesně přijde, že to jde třeba z extrému do extrému, že buď jsem to musela řešit jako furt, tím, jak jsem prostě perfekcionista, potřebuju mít nad těmahle věcmi kontrolu, tak*

bud' v tom jsem jako all in a kontroluju to celý, anebo jsem jako all out a nesmím to řešit jako vůbec a jím všechno. „

Respondentka Amálie se s relapsem sice nesetkala, ale k otázce, zda se nyní považuje za vyléčenou se vyjádřila: *„Za mě je slovo vyléčená v tadyté nemoci až moc silný slovo, ne že bych si nemyslela, že se člověk nemůže úplně vyléčit, ale myslím si, že pořád tam někde nějaký myšlenky trošku budou, ale hodně jsou jako upozaděný a jsou spíš jako schovaný, vždycky do takovejch těch okamžiků, kdy je člověk hrozně slabej.“*

Respondentka Bára se s relapsy setkala již vícekrát a vyléčená se bohužel také necítí. *„... rozhodně se jakoby vyléčená necítím, protože vážně jako, kolikrát je to fakt ještě těžký. Už teda není takový, že bych se třeba hádala s rodičema o jídlo, nebo že bych jako... Občas jako mám nějaký relapsy, ale není to prostě tak, že bych jedla tak málo, jako v tu dobu, když to bylo fakt nejhorsí. Ale rozhodně se jako stoprocentně vyléčená necítím.“*

Podobně to má i respondentka Kamila, která popisuje svou aktuální situaci: *„Upřímně si myslím, že se toho nezbavím nikdy. Mívám takový jako propady a vzestupy. Většinou to bejvá třeba, já nevím... v rozmezí 2 let, že se prostě objeví nějaká situace, která mě dostane zase do toho stavu, kdy jsem jako v háji. A potom zase se objeví něco, co mě z toho jakoby dostane. Ale teďkonc mám už ten propad přes půl roku, což už je dlouhý a úplně nevím co s tím, ale zatím to zvládám.“*

Stejně je na tom i respondentka Ema, která s poruchou příjmu potravy nadále bojuje. *„...doted' jako nejsem v pohodě a vím to.“*

Z výpovědi z rozhovorů vychází skutečnost, že ani jedna z respondentek se nepovažuje jako uzdravená a cítí, že porucha příjmu potravy je nějakým způsobem stále v jejich životě.

6.4 Dopady nemoci na kvalitu života

Vzhledem k tomu, co vše si respondentky během období poruchy příjmu potravy musely zažívat je zřejmé, že jim i do budoucna tato nemoc něco vzala či na danou sféru změnila pohled.

Vliv na společenský život a pohled na sebe samou

Již jsem zmínila, jak moc nemoc ovlivnila respondentky v jejím průběhu, proto mě zajímalo, jak jejich situace probíhá nyní a jak moc porucha příjmu potravy poznamenala jejich společenský život či vnímání sebe samé.

Respondentka Ema uvádí: *„Rozhodně mám pokroucený ten pohled na sebe a celkově řeším vše, co sním, jak vypadám, zda si o mě někdo nemyslí, že jsem tlustá, a tak. Celý můj den se točí kolem jídla, jak se cítím po fyzické stránce a mám pocit, že když jsem jako trochu při těle, tak jsem podřadná... Je to taková směs pocitů, kdy zároveň vím, že je třeba špatně když se*

pořádne nestihnu najíst, ale pak mě napadne myšlenka, že jako v tom vlastně můžu pokračovat. Nakonec se stejně tedy najím, ale mám takový pocit selhání, nevím, jak to popsát. Mimo negativní pohled na sebe samou zmiňuje i otázku společenského života: „... i když třeba mám jít na nějaký společný rodinný oběd, tak hned koukám, co tam vaří, abych si to naplánovala. Samozřejmě je u Emy také nutnost přepočítávat kalorickou hodnotu jídel a potřeba přijatou energii spalovat: „Taky nějaká pomyslná kalkulačka v hlavě, kdy jídlo není jídlo, ale číslo a samozřejmě nějaká nutková potřeba cvičit, abych spálila kalorie.“

Obdobné vnímání také popisuje respondentka Jarmila: *„... když se cítím nafouklá nebo jsem se hodně najedla, tak myslíš si, že se druhý den ráno normálně nasnídám? Ne prostě, dám si kafe, jdu se projít a pak si třeba dám oběd. Ale vynechávám jídla a furt nad tím jako přemýšlím co, kde, kdy, jak proč.“*

Respondentka Kamila se vyjadřuje především k otázce partnerství a blízkého okolí: *„... společenského život, to je jako složitější, to je strašně moc aspektů. Třeba takovej ten partnerskej a tohlesco, tak to určitě tam ovlivnění je, protože většina chlapů, když tě chce pozvat na rande, je to do restaurace. Samozřejmě já tam nepůjdu, že jo, mě to prostě vadí, vadí mi i do baru na něco takovýdlehého... I vlastně obecně, že prostě s rodinou nebo s kamarádama mi toto dělá velký problém...“*

Respondentka Amálie popisuje to, jak se cítí nyní a co ji porucha příjmu potravy naučila. *„Cítím se jinak teď velmi, velmi spokojeně. Neznamená to ale, že bych nestála občas před zrcadlem a neříkala si „ježišmarja jsem moc tlustá“, ale snažím se to brát hodně jako celek. Říkat si nebo uvědomovat si spíš, co to tělo třeba dokáže a kolik teďka mám energie.“* Zároveň k otázce společenských vztahů s ohledem dopadu poruchy příjmu potravy uvedla: *„... jsem třeba přišla fakt jako o dlouholetý, v té době, kámošky.“* Také vidí změnu doma, u rodiny. *„Co vidím jako šíleně pozitivní, tak je, že jsme třeba od té doby, co jsem jako začala jíst nebo snažím se jíst nějak zdravějc, tak třeba od té doby máme doma mnohem víc zeleniny, ovoce plus třeba kupujeme víc celozrnný pečivo... prostě myslím, že jsem dokázala i trošku tu rodinu jako navést na nějakou zdravější cestu, aby se oni cítili líp. Kromě zlepšení otázky stravovacích návyků v rodině také zmiňuje i lepší vztahy: „No a snažíme se o nějakou prostě teďka jako doma harmonii a je to prostě za poslední ty dva roky fakt úplně změna...“*

Se změnou rodinných vztahů se po poruše příjmu potravy setkala i respondentka Hana, která říká: *„Přišla jsem vlastně o ten vztah se ségrou, teď už ho máme jako částečně zpátky, ale už to jako není, určitě, co to bývalo. Stejně tak s rodiči, jako s mamkou asi ten vztah už máme v pohodě, ale ten byl hodně nalomený, i když vím, že mamka jako měla asi o mě ten úplně největší*

strach, který jako mohla mít. A s tatškou teda už ten vztah úplně jako nemám, což teď jako řešíme dlouhodobě na terapii. “ Dále vnímá také to, že ji nemoc vzala drahocenný čas: *„Celá ta nemoc na můj život měla hrozně velký vliv... Konkrétně teda jako vzalo mi to fakt několik let toho života, kdy jsem po škole běžela domů, abych se mohla zvážit a seděla jsem u té váhy, abych se mohla vážit každých 10 minut... Hana se zmiňuje i ztrátě přátel a ovlivnění dalších aspektů v jejím životě: „Taky mi to vzalo spoustu přátel, ačkoli si jakoby uvědomuju, že to přátelé nebyli, když odešli jakoby v tom nejhorším... Dalo mi to taky to, že bych vlastně, že mám tu možnost pomáhat ostatním v tomto problému... pochopit vlastně mechanismus celé té nemoci. A do budoucna bych chtěla dělat právě přednášky... je hodně náročné to pochopit, dokud to člověk sám nezažije... V neposlední řadě je ráda, že ji rodiče na podporu při léčbě pořídili pejska: „A jestli to mělo ještě nějaký vliv, tak teď máme pejska... hodně tam hrála roli i ta myšlenka rodičů, že vlastně mi pejsek pomůže v té léčbě.“*

Respondentka Bára k tématu říká: *„Porucha příjmu potravy měla vliv na můj život takovej, že jsem si asi jako uvědomila, co je jako v životě důležitý...“* Stejně jako Hana lituje, že ji nemoc připravila o čas, který kvůli PPP trávila výhradně jen doma: *„Jako vzalo mi to asi tak prostě třeba rok a půl života, kdy jsem fakt jako chtěla být jenom doma, abych nemusela jíst ani jsem nechtěla chodit na nějaký akce, protože jsem se bála, že tam bude třeba jídlo a tak...“* Vnímá však i změnu k lepšímu, co se týče vztahů v rodině: *„Pak třeba vztahy s rodičema, jako na jednu stranu to bylo jako hodně špatný, třeba když mě právě poslali do Opařan, to jsem brala jako podraz, i když teď už to jako chápu, mysleli to dobře a myslím, že teď máme o dost lepší vztah, než předtím...“*

Dopady na společenskou stránku života a změna vnímání sebe a pohledu na svět se u respondentek různí, avšak v některých aspektech jsou si podobné. Výplývá rovněž, že přes to, že je boj s poruchou příjmu potravy velmi náročný, může dotyčného i lecos naučit a dovede ho k poznání, co je v životě skutečně důležité.

Sexuální stránka

Bylo pro mě poněkud překvapením, že se dvě respondentky vyjádřily i k tématu intimní stránky, kterou jim porucha příjmu potravy rovněž ovlivnila. Konkrétně respondentka Jarmila uvedla: *„... jako ve dnech, kdy se cejtím ne úplně hubená, tak jako mít sex s někým, kde je světlo, díky nechci... A nějak se jako odhalovat před svým partnerem nechci, protože mi to jako není příjemný, že mě uvidí, přitom mě viděl horem, dolem, ze všech stran.“*

Respondentka Ema taktéž říká: *„... i teda třeba před přítelem, ačkoli jsme spolu už 5 rokem, tak se před ním stydím v prádle, protože se necítím dobře sama ve svém těle.“*

Věřím, že tento dopad na sexuální stránku je způsoben hlavně tím, jak samy sebe respondentky vnímají, proto věřím, že pokud se u dívek stabilizuje otázka sebevědomí, je možné, že selepší i jejich intimní život.

Zdravotní komplikace

Nakonec je vhodné zmínit i zdravotní komplikace, které se u dívek kvůli poruchám příjmu potravy objevily. Většina těchto problémů se ukázala až později po propuknutí nemoci, tudíž čím déle si dívky poruchou příjmu potravy procházely (či procházejí), tím více to škodí jejich zdraví.

Respondentka Amálie popisuje ztrátu menstruace, což je jeden z častých příznaků anorexie. „... *já jsem ztratila vlastně na 3 roky menstruaci.*“

Respondentka Jarmila pohlíží na otázku vlivu na zdraví hlavně ze sportovního pohledu. „*Já jsem furt byla hrozně zraněná, když jako stáhnou to do atletiky... Já jsem byla přetrénovaná hodně, ale nedocházelo mi, že je to vlastně i dost kvůli tomu jako jídlu... opravdu mi to nejvíc ovlivnilo zdraví a nějakou skladbu mého těla, že svaly na tom úplně nebyly oukej, protože neměly prostě jako výživu, tak se hodně trhaly při tréninku.*“ Dále však uvádí, že paradoxně v období, kdy měla s bulimií největší problémy, dosahovala těch nejlepších sportovních výsledků. „... *vždycky, když jsem měla největší problémy, tak jsem měla nejlepší výkony. Protože jsem prostě byla jako lehká a cejtila jsem se dobře, že jo, takže trošku víc sebevědomě, všichni mě chválili, jak vypadám hrozně dobře... To bylo fakt skvělý no.*“

Respondentka Kamila se zprvu o své zdravotní stránce nechtěla zmínit: „*Zdraví mi to určitě ovlivňuje, ale to úplně nevím jestli, jestli se mi nějak jako chce říkat...*“ Později však dodala: „...*Asi takový to nejhlavnější samozřejmě úbytek váhy, prostě svalová hmota fuč a najednou neunesíš to, co si unesla předtím, v mojí práci trošičku problém. Dál určitě mám problémy s tlakem, mám problémy s kloubama, ... extrémní vypadávání vlasů. Taky taková ta průhledná kůže třeba kolem očí a tak... třes rukou, nohou, velmi častá záležitost. Artritida, osteoporóza... Vzhledem k tomu, že jsem bulimička, tak samozřejmě často zvracím, mám podrážděnej jícen, občas zvracím krev.*“

Respondentka Ema uvedla: „... *ono pro to tělo není dobrý, že takhle tloustne, takže se mi zvýšil cholesterol a samozřejmě třeba jsem měla víc strií a tak.*“

Na rozdíl od výše zmíněných výpovědí, u respondentky Hany a Báry nedošlo k žádnému výraznému ovlivnění na zdraví.

Z výpovědí je jasné, že zdraví a jeho ovlivnění poruchou příjmu potravy je velice individuální záležitost a i přes to, že se v některých fázích nemoci respondentky ocitly v nezdravých fyzických parametrech, nemusí být u nemocných nutně zaznamenána výrazná odchylka ve zdravotním stavu. To se samozřejmě netýká zdraví psychického, které bylo ovlivněno u všech dívek.

6.5 Poselství zkušenosti

Během prvního rozhovoru s Hanou a jejím vyprávěním o tom, jak by ráda do budoucna pomáhala lidem s podobnými problémy, mě zaujala myšlenka, co by asi díky poruše příjmu potravy vzkázaly ostatním či svému mladšímu já i další respondentky. Z toho důvodu jsem připojila výzkumnou otázku na dodatkovou kategorii zabývající se právě poselstvím mých respondentek a chtěla bych tím ukázat, jak může toto duševní onemocnění přispět k uvědomění a probudit v lidech ochotu pomáhat.

Respondentka Hana odpověděla: „... *Mějte se rádi, vaše tělo a vaše mysl je to jako jediné, co tu pro vás, co tu pro vás vždycky bude. Tělo souvisí hodně s psychikou a psychika souvisí hodně s tělem. A jako všichni jsou krásní, takoví, jací jsou, jací jsou uvnitř. A každý je něčím výjimečný a je fakt fajn si to uvědomovat, mít sebe na prvním místě, i když to může znít jako sobecky, ale člověk musí mít sám sebe na prvním místě, aby mohl potom pomáhat druhým. A vlastně že, když se něco děje, tak to mají řešit... Já bych ráda vzkázala i vlastně lidem, kteří mají někoho takového v okolí, koho trápí jídlo a vlastní postava, vlastní vzhled... Nesuďte ho, nečtěte si informace na internetu, radši si přečtěte nějakou knížku, kde je fakt osobní zpověď člověka, který si tímto vším prošel... A taky bych chtěla říct, že není, není ostuda vyhledat nějakého odborníka, protože je to lékař jako každý jiný... Netrapte se tím, co nemůžete změnit, protože když to nemůžete změnit, tak se tím jenom budete uvnitř trápit. Jo, a ještě najděte si někoho, ke komu máte důvěru, protože to je ta nejcennější věc na světě a mě to hodně pomohlo...“*

Respondentka Kamila říká: „... *asi bych řekla, že nikdy není pozdě se začít léčit a nikdy není špatně říct si o pomoc a nikdy, opravdu nikdy se není za co stydět a člověk by o tom měl mluvit asi nejvíc se svými nejbližšími.*“

Respondentka Bára by ráda vzkázala následující: „... *asi aby si prostě uvědomily, že život není o tom, jako kolik vážíte a kolik jíte. A že vážně, když začnete jíst o něco víc, tak že se vám extrémně zlepší nálada a budete si i vy připadat, nebo aspoň vlastní zkušenost, tak mám, že si připadám líp a hezčí, než třeba, když jsem měla o x kilo míň. Takže rozhodně... aby to nevzdávaly, protože i když to je někdy neskutečně těžký...“*

Respondentka Ema vypověděla: *„Asi at' to nevzdávají, že na to nejsou sami a taky je fajn mít někoho, v kom budou mít podporu a mohou se mu svěřit. A svému mladšímu já... Já vlastně nevím, tím, že se v tom stále plácám, je hloupé říct, že bude všechno dobrý, zároveň v to stále doufám a bojuju, ale je to teda dost, dost těžký. Ale asi spíš takový vzkaz jako, že tu malou zoufalou holku mám ráda, i když jí občas nadávám, ale v hloubi duše jsem na sebe fakt hrdá.“*

Respondentka Jarmila se k otázce vyjádřila: *„Já si myslím, že vzkazovat věci je strašně hezký, ale dokud si ten člověk na to jako nepřijde sám, tak to stejně nemá cenu. Jako zase se obracím zpátky k tomu, že jsem psycholog a pracuju s těmahle lidma a vlastně bych měla, nebo já to vnímám i jako nárok na sebe, že bych měla jako všem pomoci a pomáhat... I mi hrozně jako otevřelo oči to, že chci mít jednou jako děti a chci mít zdravý děti a jednou mi přesně i na výcviku jako řekli, jestli si uvědomuju, že pokud chci mít jako rodinu, tak poruchy příjmu potravy a těhotenství... A to byla taková jako alfa omega, u který jsem si řekla, že já opravdu chci mít jednou rodinu a já opravdu chci mít děti a chtěla bych, aby můj děti se měly rády, chci, aby se na sebe nekoukaly do zrcadla a neříkaly si, že je to dneska fakt blbý, stejně, jako to dělám já. A tohle jako fakt hrozně nechci...“*

Na základě těchto výpovědí je zřejmé, že všechny respondentky jsou velmi empatické a i přes to, že si prožily hrozné chvíle s poruchou příjmu potravy jsou ochotné pomáhat a chtějí svět udělat lepším místem. Většina z nich se věnuje či chce věnovat pomáhající profesi, u čehož je znatelné, že se jedná o dívky s velmi štědrým a hodným srdcem, které by chtěly ostatním předávat něco důležitého a napomoci jim k lepšímu životu.

7 Diskuse

Účelem empirické části práce bylo dojít k odpovědi na obecný cíl práce a zaměřit se i na dílčí výzkumné otázky, které byly stanoveny na počátku výzkumu. Hlavní cíl se zabývá rizikovými faktory, které na dívky působí během dospívání a mohou významně ovlivnit rozvoj poruch příjmu potravy.

Na tento náročný úkol bylo možné odpovědět až po analýze výzkumných dat, jež proběhla formou otevřeného kódování. Byly stanoveny jednotlivé kategorie, které popisovaly konkrétní formy rizikových faktorů, jež se u respondentek vyskytovaly. Klíčovým činitelem se v této problematice ukázal faktor rodiny, který je základním stavebním kamenem u všech dotazovaných. Z výzkumu je zřejmé, že i nevinné poznámky či určité zvyky spojené se stravováním v rodině mohou dospívajícím uškodit v jejich potencionálním vlivu na rozvoj poruchy příjmu potravy.

Značná část respondentek se shoduje, že vliv rodiny, především matky či jiného ženského vzoru v rodině, byl pro ně stěžejní. Záporný pohled na svou tělesnou stránku a nevhodný postoj ke stravování, jež dospívající dívka vidí u svých rodinných příslušníků, ji může velmi ublížit v jejím budoucím úsudku o sobě samé s vidinou, že je normální nemít se rád.

Významným negativním faktorem se také ukázalo sociální prostředí dospívajících dívek, konkrétně vliv vrstevníků z pozice porovnávání či dostupnost médií s nerealistickým materiálem, jež v respondentkách vzbuzoval obdiv, ale také potřebu být stejné nebo ještě lepší. To lze srovnat s nátlakem na výkon a úspěchy, což se objevovalo nejen u sportujících respondentek. K tomu se dále váže držení diet a snaha zhubnout, jež se u respondentek často vyskytovalo, a to i ve velmi mladém věku.

Za důležité zjištění také považuji, že se u všech respondentek naráz objevuje více osobnostních vlastností, které jsou považované za nebezpečné s ohledem na zrod tohoto onemocnění. Jednoznačně tak lze určit, že s poruchami příjmu potravy je spojováno nízké sebevědomí a perfekcionismus. Vypuknutím PPP pak docházelo u respondentek k ještě většímu sklonu k těmto rysům osobnosti, případně se k nim přidaly další negativní vlastnosti.

Jedním z nejvíce vyskytujících se faktorů a nejspíše i tím nejpůsobivějším jsou narážky na vzhled dotyčné, ať už od rodinných příslušníků či právě od vrstevníků nebo partnerů.

Z výzkumu dále vyplývá, že dívky během nemoci nepocítily potřebnou podporu od svých blízkých, která, lze se domnívat, mohla vycházet i z tabuizace psychických onemocnění v rodinách, jež většina respondentek potvrdila.

Dále se ukazuje, že projevy a prožívání PPP bylo u všech respondentek trochu jiné, stejně tak léčba onemocnění, při které každé z nich pomohla jiná forma. K zamyšlení je však fakt, že všechny dotazované i přes podstoupení léčby uvedly, že se doposud necítí úplně vyléčené. Může to tedy vybízet k polemizaci, zda je možné se z této nemoci opravdu jednou pro vždy vyléčit, nebo zda jen vyčkává, až bude moci znovu udeřit. I když u některých respondentek nyní nedochází k akutním projevům poruch příjmu potravy, většina z dotazovaných se i tak shodla, že je nemoc v životě velmi ovlivnila, pozitivně i negativně. Především je znát vliv na společenský život, vztahy v rodině, vnímání svého vlastního já, ale i změny ve zdravotním stavu.

U dvou respondentek, které si neprocházely anorexií, ale jinými formami poruch příjmu potravy, jsem se také potkala s tím, jak moc je zkreslené vnímání poruch příjmu potravy společností, která v rámci široké veřejnosti stále věří tomu, že se toto onemocnění týká pouze lidí s velmi vyhublými rysy a nízkou váhou. To opět potvrzuje fakt, že je na problematiku poruch příjmu potravy pohlíženo především z hlediska fyzického, než psychického. Polovina respondentek se vyjádřila, že s tímto postojem byly konfrontovány i při hospitalizaci, tedy, že nebyl příliš vnímán jejich psychický stav, ale pouze to, zda přibírají na váze a dostatečně jedí.

Nakonec bych ráda dodala, že u všech respondentek se na základě otázky ohledně vzkazu svému mladšímu já nebo dívkám ve stejné situaci objevuje podobná odpověď a to, že by rády svými zkušenostmi pomáhaly ostatním. To považuji za krásné poselství, jež, mimo jiné, porucha příjmu potravy respondentkám přinesla.

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na rizikové faktory, které dívky ovlivňují především v dospívání a zvyšují tak šanci na vznik poruchy příjmu potravy.

V první části jsem zmínila obecnou charakteristiku tohoto onemocnění, seznámila jsem se s historií, také diagnostickými kritérii a formami PPP. Současně jsem charakterizovala možnosti léčby, které se v rámci problematiky poruch příjmu potravy využívají. Nakonec jsem definovala období dospívajícího věku, v němž se nemoc nejčastěji objevuje. Teoretickou část práce jsem vypracovala za pomoci odborné literatury, článků a publikací na dané téma.

V empirické části jsem pak usilovala o poznání, co bývá hlavním klíčovým determinantem, jež vznik poruchy příjmu potravy podporuje. K tomu jsem využila kvalitativního výzkumu, přesněji metodou polostrukturovaného rozhovoru, který jsem dále rozklíčovala pomocí otevřeného kódování. Cíl praktické části byl shodný s názvem práce, tedy pojmenování největšího rizikového faktoru v dospívání dívek vedoucí k PPP.

Z výpovědí vychází, že jako subjektivní příčinu respondentky označily především vliv okolí a vzor v rodině. Rodinné zázemí se v této problematice ukazuje jako klíčové, především postoj matky, která dospívající dívce udává vzor a ideál. Pokud není matka sama se sebou spokojená, je vysoce pravděpodobné, že tuto vlastnost převeze i její dcera a do budoucna bude mít problém se sebevědomím. To samé lze říci o starších sestrách či jiných příbuzných ženského pohlaví, jež v životě dívek hrály větší roli. Držení diet a neustálá potřeba hubnout před očima dospívajících má do budoucna neblahý vliv i na jejich stravovací návyky, které jsou s PPP úzce spjaty. V případě, že tyto ženské vzory měly na dívky vysoké nároky, ať už z pozice vzhledu či dalších záležitostí, je možné, že se díky tomu u respondentek rozvinul perfekcionismus. Ten, kromě jedné respondentky, uvedly jako podílející se faktor na vznik nemoci, všechny dotazované.

S ohledem na perfekcionismus dále vnímám jako velmi důležité osobnostní rysy dotyčných, kdy se u nich objevovalo více rizikových vlastností najednou, což mohlo být dalším spouštěčem tohoto onemocnění. Mezi velmi častou příčinou a negativní vliv na vlastní vnímání také respondentky řadí porovnávání se, ať už s blízkou osobou v jejich okolí či s někým z médií.

Ve výzkumu se neobjevily žádné biologické faktory, neboť tato problematika není dostatečně prozkoumána a samy respondentky nevedly nic, co by se k tomuto determinantu řadilo. Dále také není možné posoudit nevědomé faktory, které na dívky mohly negativně působit, ale neuvědomily si to, či je nevnímaly jako důležité. Výzkum jsem realizovala především jako retrospekci, kdy klientky subjektivně hodnotily faktory, jež je ovlivnily.

Konkrétních příčin, které by se vyskytly u všech dotazovaných, bylo více, je tedy zřejmé, že nelze jednoznačně pojmenovat jeden určitý faktor, který nemoc vyvolává.

Důležitým zjištěním z analýzy dat, které se již týká dílčích otázek, také hodnotím negativní vnímání hospitalizace, kdy se všechny dotazované, které tuto formu léčby podstoupily, shodly, že jim péče nepřišla dostatečná. Myslím, že by bylo vhodné zapracovat na tom, aby poruchy příjmu potravy nebyly vnímány především fyzickými symptomy, nýbrž psychickými a nebyla tak podceňována jejich hrozba přes to, že nemocní například nesplňují veškerá fyzická kritéria.

Výzkum také prokázal, že některé dívky nemoc obohatila, i když si během prožívání vytrpěly mnohé. I tak se veškeré respondentky shodují, že by v tomto ohledu rády pomohly druhým a ukázaly, že se není za co stydět, pokud se s duševním onemocněním potýkají.

Nakonec bych ráda podotkla, že se domnívám, že vyléčení se z poruchy příjmu potravy je velice náročné, což potvrdily i všechny respondentky, které uvádějí, že ani jedna z nich se necítí stoprocentně vyléčena. Věřím, že je nutné dlouhodobě a pravidelně preventivně zasahovat, aby se nemoc opět nerozvinula a to i v případech, kdy má dotyčný pocit, že už je její vztah k jídlu a vnímání sebe samé, lepší.

V rámci toho, že byl zvolen kvalitativní výzkum, který zvládne zachytit subjektivní pocity a zkušenosti respondentů může práce sloužit jako podklad k dalším šetřením na toto téma. Dále by se mohla využít jako nápomoc k vytvoření preventivních programů, jež se zabývají problematice poruch příjmu potravy či prevence duševních onemocnění. V neposlední řadě by se zkušenosti z rodinného prostředí daly zařadit do obecné práce s rodinou, například v rovině rodinné terapie. Nakonec také subjektivně hodnotím, že cíl práce byl splněn a výstup předčil má očekávání, neb mi dvě z respondentek dokonce poděkovaly, že si prostřednictvím výzkumu uvědomily mnohé souvislosti, které jim dříve nedocházely.

Seznam použité literatury

ALBERS, Susan. *Jezte chytře, aneb, Eat.Q.: odhalte moc emoční inteligence při hubnutí*. Přeložila Andrea BAČOVÁ. Olomouc: ANAG, 2017. ISBN 978-80-7554-073-7.

ANABELL. *Služby*. Online. © 2002-2023. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/sluzby>.

[cit. 2023-11-19].

BERÁNKOVÁ, Jana. *Orthorexie a bigorexie – méně známé poruchy příjmu potravy*. Online. Celostní medicína, 12. dubna 2010 Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy/>. [cit. 2023-15-11].

BRONNIKOVA, Svetlana. *Nebojte se jídla: principy intuitivního stravování*. Přeložil Rudolf ŘEŽÁBEK. Praha: Euromedia, 2018. Esence. ISBN 978-80-7549-576-1.

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.

HANSEN, Kathryn. *Jak můj mozek zvítězil nad bulimií: proč jsem byla bulimička, proč tradiční terapie nefungují a jak jsem se uzdravila sama a jednou provždy*. Přeložil Karolína KOUKOLA. V Praze: Rybka Publishers, 2019. ISBN 978-80-87950-58-6.

HOLM, Gretchen. *Everything you need to know about Pica*. Healthline. 2. srpna 2019, aktual. 24. dubna 2023. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pica>. [cit. 2023-21-12].

JELÍNEK, Marian, Iveta FÁROVÁ a Pavlína HLUČKOVÁ. *Zdravé hranice úspěchu: o vnitřním strachu, komplexech a jejich dopadech na psychiku*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3567-7.

JOCHMANNOVÁ, Leona a Tereza KIMPLOVÁ, ed. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2569-2.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Praha: Krigl, 2005. ISBN 80-86912-08-6.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory: Risk factors in eating disorders*. Online. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: Solen, 2004, 5 (1), 15-17 s. ISSN 1335-9584. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/Krch.pdf>. [cit. 2023-21-11].

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Online. *Medicína pro praxi*. 2007, 4 (10): 420–422 s. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>. [cit. 2023-18-12].

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David, ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Příručka pro zdravotníky aneb různé tváře poruch příjmu potravy*. Online. *Občanské sdružení Anabell*. 2013. Dostupné z:

http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf. [cit. 2023-15-12].

LANGMEIER, Josef. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2., dopl.vyd. Praha:

Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0098-7.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Přeložil Lidia BĚHOUNKOVÁ. Praha: Svoboda – Libertas, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

LISÁ, Lidka a Marie KŇOURKOVÁ. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. Praha: Avicenum, 1986. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 08-084-86.

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

MARTYKÁNOVÁ, Lucie a Zlata PISKÁČKOVÁ. Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. Online. *Výživa a potraviny*. Praha, 2010, roč. 65, č. 1, 15-16 s. ISSN 1211-846X. Dostupné z: <https://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2015/09/vyziva-1-2010.pdf> [cit. 2023-15-11].

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MINISTERSTVO ZEMĚDĚLSTVÍ [MZE]. *Výživa a onemocnění*. Online. Dostupné z: <https://www.viscojis.cz/index.php/vyziva-a-onemocneni/poruchy-prijmu-potravy/1055-drunkorexie>. [cit. 2023-21-12].

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Luboš SOBOTKA a Eva ČEŠKOVÁ. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

NICKOLS, Riley. *Eating disorders and athletes*. Online. National non-profit eating disorders organization. Feeding Hope. General Information. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-and-athletes-2/>. [cit. 2023-18-12].

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

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátelé, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAULÍK, Karel. *Základy psychologie osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-7368-157-9.

PETROVÁ, J., ŠMÍDOVÁ S., 2014. *Základy výživy pro stravovací provozy: školní stravování, výživové normy (spotřební koš), dietní stravování ve školní jídelně, zásady správné výživy, výživa dětí, dospívajících, sportujících dětí a adolescentů, seniorů*. Plzeň: Jidelny.cz. ISBN 978-80-905557-0-9.

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Druhé vyd., První dotisk. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4604-6.

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

ŘÍHOVÁ, Petra. *Vliv médií na body image se zaměřením na poruchy příjmu potravy*. Online, diplomová práce. Praha, Fakulta sociálních věd, 2015. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64359/DPTX_2012_2_11230_0_38842_7_0_139170.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2023-19-12]

ŠEVČÍKOVÁ, Anna, a kol. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-210-7527-6.

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Rodina. Online. *Zpravodaj Anabell*, 2006, č. 4, 15-16 s. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_04.pdf. [cit. 2023-03-12].

STAROSTKOVÁ, Dana. Metodika multidisciplinární spolupráce Centra Anabell. Online. *Centrum Anabell*, z. ú, 2018, s. 14. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/metodika2018.pdf. [cit. 2023-10-12]

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál, aneb, Jak si mohu sám/sama pomoci*. Brno: Anabell, c2012. ISBN 978-80-260-4270-9.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MIČOVÁ, Lenka. Manuál pro pedagogy. Online. *Občanské sdružení Anabell*, 2010. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpropedagogy.pdf. [cit. 2024-03-03].

THE BEASTEES. *Dokonalost neznamená štěstí, aneb, Jak neztratit sám sebe*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5728-5.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

3PE. *Barbie. Podívali jsme se jí na BMI a kotníky*. Online. Dostupné z: <https://www.3pe.online/blog/barbie-podivali-jsme-se-ji-na-bmi-a-kotniky#article-content>. [cit. 2023-26-12].

3PE. *Vznik PPP*. Online. © 2022. Dostupné z <https://www.3pe.online/vznik-ppp>. [cit. 2023-11-20].

Seznam použitých zkratk

BMI – Body Mass Index

KBT - Kognitivně behaviorální terapie

MA - Mentální anorexie

MB - Mentální bulimie

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

PPP - Poruchy příjmu potravy

Anotace

Jméno a příjmení:	Klára Suchanová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce	doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Rizikové faktory v dospívání dívek vedoucí k poruchám příjmu potravy
Název v angličtině:	Risk factors in adolescence girls leading to eating disorders
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá determinanty, které mohou působit rizikově na potenciální vznik poruch příjmu potravy především u dívek v období dospívání. Zmiňuje základní i nespecifické formy poruch příjmu potravy, historii a možnosti léčby. Definiuje období dospívání, popisuje jeho projevy po psychické a fyzické stránce. Pro prozkoumání tématu je využito odborné literatury a jiných dostupných zdrojů. Výzkum je analyzován pomocí otevřeného kódování. Závěr práce popisuje výsledky zkoumání.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, rodina, sociální prostředí, adolescence, léčba
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis deals with determinants that may be at risk of developing eating disorders especially in girls during adolescence. It mentions both basic and non-specific forms of eating disorders, history and treatment options. It defines the period of adolescence, describing its manifestations psychologically and physically. Specialist literature and other available resources are used to explore the topic. The research is analysed using open coding. The conclusion of the work describes the results of the examination.
Klíčová slova v angličtině:	Eating disorders, risk factors, family, social environment, adolescence, therapy
Přílohy vázané k práci:	Otázky k rozhovoru
Rozsah práce:	70 s.
Jazyk práce:	Český jazyk

Příloha

Otázky k rozhovoru

1. Které z uvedených vlastností Tě dle Tebe vystihují/vystihovaly před nemocí?
 - Perfekcionismus
 - Kritický pohled na ostatní
 - Emoční nestabilita
 - Introverze
 - Impulzivita
 - Zaměření na výkon
 - Netrpělivost
 - Závistivost
 - Sociální úzkost
 - Depresivní nálady
 - Nízké sebevědomí
 - Vyhýbavé chování
2. Jaké bylo Tvé dětství a dospívání co se týče výchovy a psychického zdraví?
3. Měla Tvá rodina nějaké stravovací zásady? (např. nesmělo se sladké, muselo se dojídat, nic jiného než co máš na talíři nedostaneš apod.)
4. Měla Tvá rodina/blízcí nějaké připomínky na Tvou postavu? Jak Tě ovlivnilo okolí co se týče jídla a pohledu na sebe samou?
5. Kdy sis uvědomila, že máš problémy s jídlem?
6. Které faktory (podle Tebe) měly vliv na vznik PPP?
7. Jak jsi toto období prožívala? (pocity, okolí, rodina, partner, společenský život, zdraví...)
8. Jak u Tebe došlo k diagnostice PPP?
9. Jaké formy léčby jsi podstoupila a co Ti (myslíš) pomohlo?
10. Měla jsi po léčbě relapsy? Cítíš se vyléčená?
11. Jaký vliv měla PPP na Tvůj život?
12. Co bys vzkázala svému mladšímu já nebo dívkám ve stejné situaci?