

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Pavína Očadlíková

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A SOCIÁLNÍ VAZBY

OLOMOUC 2017 Vedoucí práce: PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucí práce. Použila jsem jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne 20. května 2017

.....

Pavína Očadlíková

## Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Soňe Lemrové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace k realizaci praktické části práce.

# Obsah

ÚVOD .....	1
1. Obecné vymezení poruch příjmu potravy (PPP).....	2
2. Mentální anorexie – anorexia nervosa (MA) .....	4
2.1 Historie .....	5
2.2 Diagnóza .....	6
2.3 Epidemiologie .....	8
3. Mentální bulimie – bulimia nervosa (MB).....	10
3.1 Historie .....	10
3.2 Diagnóza .....	11
3.3 Epidemiologie .....	13
4 Záchvatovité přejídání.....	14
5 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy.....	15
6 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy .....	17
6. 1 Biologické faktory.....	17
6.1.1 Genetika .....	17
6.1.2 Sexuální orientace a pohlaví .....	18
6.1.3 Tělesná hmotnost .....	18
6.1.4 Puberta .....	18
6. 2 Psychické faktory .....	19
6.2.1 životní události .....	19
6.2.2 Rodina .....	19
6.2.3 Osobnostní charakteristika .....	20
6.2.4 Kognitivní, emocionální poruchy .....	21
6. 3 Sociální faktory .....	21

6.3.1 Média .....	21
6.3.2 Mediální reklama .....	22
6.3.3 Módní trend.....	22
6.3.4 Sociální učení.....	23
7 Léčba poruch příjmu potravy .....	24
7.1 Hospitalizace a ambulantní léčba.....	24
7.2 Terapie.....	24
8 Prevence .....	27
9 PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
9.1 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu .....	29
9.2 Výzkumný soubor .....	31
9.3 Analýza a prezentace získaných výsledků .....	31
9. 4 Výstup z polostrukturovaných rozhovorů.....	40
Diskuze.....	50
ZÁVĚR .....	55
SEZNAM LITERATURY .....	55

# ÚVOD

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou poruch příjmu potravy, jelikož patří mezi hlavní témata dnešní společnosti. Strava je základním pilířem k udržení života. Výživu potřebují všechny organismy na zemi a i my lidé. Lidé berou stravu i jako určitý rituál společnosti, kdy je jídlo bráno, jako pokrm při oslavách, svatbách, výročí a svátcích.

Dnešní konzumní společností je přijímáno jídlo spíše automaticky a s nahlédnutím do zemí celého světa, kde je jídla nedostatek, bychom si měli začít uvědomovat jeho pravou hodnotu. V některých zemích převládá počet lidí s poruchami příjmu potravy nad obezitou a v některých zase naopak.

V minulosti byla obezita považována za ukázkou blahobytu. Dnes se s obezitou setkáváme spíše u lidí ve středních vrstvách obyvatelstva, kdy je příčinou nesprávné stravování, nedostatek fyzické aktivity a celkový špatný životní styl. Jsou však i případy, kdy je obezita zapříčiněna zdravotními problémy.

Lidé s poruchami příjmu potravy jsou na tom velmi podobně. Ačkoliv se může zdát, že se poruchy příjmu potravy a obezita liší, v obou případech se jedná o určitou patologii ve výživě, které mohou vést k velkým zdravotním komplikacím a v nejhorším případě i předčasně smrti.

V bakalářské práci se bude autorka zabývat poruchami příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání, kdy se zaměřuje především na první dvě nemoci. Na samotném začátku bakalářské práce se zaměřuje na obecný popis výše zmiňovaných dvou nemocí, na jejich historii, diagnózu, epidemiologii, etiologii a patogenezi. V další části bakalářské práce se autorka zabývá příběhy respondentů, kteří trpěli mentální anorexií a mentální bulimií a zkoumá, jaký vliv nemoc měla na jejich sociální vazby.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zkoumání jedinců, jež onemocněli mentální anorexií a mentální bulimií před nemocí, v průběhu a po nemoci a zjistit, jak nemoc ovlivnila jejich život a to jak po stránce zdravotní, tak i v oblasti sociálních vazeb.

# 1. Obecné vymezení poruch příjmu potravy (PPP)

Mezi nejčastější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Některé literatury uvádějí další nespecifické poruchy, jako jsou drunkorexie, ortorexie a další. Uvedené nespecifické poruchy nejsou do současnosti uvedeny v klasifikaci (Papežová, 2010).

Již od prvopočátku měli lidé základní pud obstarat si potravu, aby nezemřeli hlady a s tím také souviselo uspokojení ostatních potřeb od rozmnožovacího instinktu až po osobní seberealizaci. Z potravy získáváme neomezené množství základních živin a tím i energii pro fyzické a psychické zdraví člověka. Pokud organismus nezíská potřebné množství potravy pro správné fungování, mohou se objevit různé obtíže od jednoduchých, jako je například nachlazení, až po závažná somatická, psychická onemocnění (Krch, 1999).

Příznaky poruch příjmu potravy jsou ve svých začátcích nenápadné, díky tomu jsou tyto nemoci snadno přehlédnutelné. Osoba s PPP své problémy nedává najevo, ba naopak snaží se je před ostatními skrývat. V případě, že je osoba obézní a podaří se jí snížit svoji tělesnou váhu na úroveň své normy, je uznávána za své výsledky. Člověka k těmto problémům mohou přivést i špatné stravovací návyky, ale nemusí to znamenat, že trpí poruchami příjmu potravy. PPP mají velmi mnohotvárný průběh, délku doby trvání a zakončení. Nemoc však může dospět až do chronické fáze, kdy mohou nastat vážné zdravotní komplikace vyžadující profesionální, interdisciplinární spolupráci a léčbu, která je však finančně náročná. Léčba je ztížena zatajováním důležitých informací pacienta jak jím samotným, tak i rodinnými příslušníky (Papežová, 2010).

Jedním z nejčastějších důvodů výskytu PPP je období puberty, dívka dospívá a hledá svůj ideál krásy. Další důvodem může být období ženy po porodu, kdy se matka nemůže zbavit svých nadbytečných kil nebo v případě, že si jedinec prošel silně emočním obdobím, jakým může být například rozchod, rozvod, úmrtí blízkého, či jiné citové strádání (Papežová, 2010).

Všechny poruchy příjmu potravy jsou si velmi podobné, jelikož je spojuje nespokojenost jedinců se svým vlastním tělem. Zajímají se přespříliš o svou tělesnou váhu

a zevnějšek, protože mají strach z nadměrné hmotnosti. Zajímají se pouze o sebe a o jídlo a začínají mít sklony k egocentrismu. Z toho důvodu mají časté rozpory se svým okolím a snižuje se počet společenských kontaktů. Jejich nadměrné zacházení s jídlem a vlastním tělem je dostává do krajních situací, které je ohrožují na jejich zdraví a později i na životě (Krch, 2008).

Hlavním rozdílem mezi mentální anorexií a mentální bulimií je v rozličném stravování. V případě mentální anorexie se jedinec snaží omezit jídlo na minimum potravy denně. Nemocní s mentální anorexií jsou schopni sníst pouze kousek zeleniny, což vede k rapidnímu snížení tělesné hmotnosti a s nimi spojenými zdravotními problémy. Naopak pro mentální bulimii je typické chaotické stravování zapříčiněné různými nesprávnými dietami a následně přejídáním. Přejídání má podobu záchvatu, při kterém spotřebují nadměrné množství potravy. Vyústěním těchto záchvatů je nucené zvracení nebo využití léků, které podporují zvracení a průjem (Sládková, 2005).

Nemocné mentální anorexií můžeme považovat za méně schopné sdělovat své emoce, jelikož trpí pocitem strachu a výčitek z jídla. Navzdory tomu však mají pozitivní prožitek díky své vůli a hrdosti z hubnutí. Pacienti s mentální bulimií prožívají stud, osamělost, zoufalství a nenávisť, i když jim jídlo dává pocit spokojenosti (Sládková, 2005).



## 2. Mentální anorexie – anorexia nervosa (MA)

Mentální anorexie je onemocnění projevující se úmyslným snižováním tělesné váhy až podváhou. (Krch, 2008). Dříve byla považována za méně vyskytující se nemoc, avšak dnes je tomu naopak a je stále rozšířenější a to více v západních zemích (Garner, 1993). Osoby s mentální anorexií vědomě odmítají jídlo a popírají, že na něj mají chuť, i když je tomu naopak. (Krch, 1999). Pacienti dělají vše s touhou po štíhlé postavě (Bruch, 1962). Nemocní mentální anorexií často popírají svoji nízkou tělesnou váhu (Garner, 1993).

Mentální anorexií rozdělujeme do dvou základních skupin a to na nebulimický a restriktivní typ. Vašina (2010) však uvádí další formu mentální anorexie a tou je mentální anorexie s bulimickými ataky (bulimický, purgativní typ). Pacienti mají sklony k občasným záchvatům přejídání, které vyústí ve zvracení. Jedná se o závažnější formu mentální anorexie, jelikož pacienti při přejídání prožívají pocit selhání, deprese a viny. Všechny tyto pocity mohou vést k sebepoškozovacím sklonům nebo až k sebevraždě.

Nejčastěji se mentální anorexie objevuje v období mezi třináctým až šestnáctým rokem, kdy se objevuje jako reakce na nárůst tělesné váhy díky dospívání. V poslední době se věk osob s tímto onemocněním neustále snižuje, nebo naopak se zvyšuje počet žen středního věku s onemocněním MA. V zemích západní Evropy postihuje mentální anorexie přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 – 0,8) a počet osob postižených touto nemocí v České republice je na tom velmi obdobně. Příznaky mentální anorexie se mohou objevit na konci puberty až u 6 % dívek, u 4,5 % žen se někdy v životě mentální anorexie vyskytla (Krch, 2010).

Někteří se k hmotnostnímu úbytku dostanou díky svým zdravotním problémům, které mohou být způsobené mononukleózou nebo žloutenkou, nebo kvůli dietě v případě obezity. Tyto hmotnostní úbytky mohou dospět do stádia, kdy se diety stanou samozřejmostí a motivují je k dalším hmotnostním úbytkům (Krch, 2010).

Pacienti i přes jejich podvýživu a vyhublost, neustále dodržují pravidelný režim cvičení, kontrolují svoji tělesnou váhu a nedokáží přijmout skutečnost, že by měli již ze zdravotního hlediska přibrat. Někteří pacienti s MA se chtějí vyléčit, ovšem za podmínek,

že nezmění svůj stravovací režim a nepřiberou ani gram navíc. Jakmile se jejich okolí začne o jejich zdravotní stav zajímat, začnou jedinci s MA své kroky k hubnutí provádět tajně. Jídlo začnou vyhazovat do odpadků, cvičí nejčastěji v noci nebo na jiných místech než doma a to do úmoru. Přání hubené postavy se pro ně stává posedlostí a nemyslí na nic jiného než na hubnutí a jak k tomu dojít co nejrychleji (Krch, 2010).

Krch (2010) ve své publikaci uvádí, že onemocnění mentální anorexie může u některých pacientů trvat až několik let nebo někdy i do konce života a to i přes opakovanou léčbu. Při pobytu v nemocnici pacienti začnou jíst více jídla, avšak při návratu domů se vrací ke svým anorektickým stravovacím návykům, cvičení a zároveň i ke své nízké tělesné váze. Adaptují se zpět do svého předešlého režimu a anorexie se stává způsobem jejich životního stylu. Navyknou si na své hubené tělo, na svůj omezený stravovací režim, na své nálady, myšlení, náladovost a pocity, které jsou vyvolány nedostatkem jídla.

## 2.1 Historie

Již po staletí jsou zaznamenány různé druhy poruch příjmu potravy. Odmítání jídla bylo chápáno jako příznak somatických a psychiatrických poruch nebo syndromů, které však nebyly považovány za patologické jevy. Dodržovali se různé druhy půstů a ostatní sebetrestající se praktiky, které byly součástí mnoha křesťanů. Později bylo odmítání jídla považováno za nadpřirozený jev nebo lidé spekulovali o vlivu ďábla. To neplatilo v případech, kdy jedinec odmítal potravu a prokazoval příznaky známých nemocí, jako byla například tuberkulóza. Až v pozdějších letech začali lidé přemýšlet nad odmítáním potravy jako nad duševní poruchou (Krch, 1999).

Název anorexia nervosa, již naznačuje, že tato porucha je způsobena neurotickou ztrátou chuti k jídlu. Pojem anorexia můžeme nalézt již ve starověkých odborných pramenech. V období antiky se o odmítání potravy mluvilo jako o nedostatku orexis, což znamenalo, že jedinec trpěl pocitem únavy a celkovou apatií. Jedna z nejvýznamnějších osobností tehdejší medicíny, doktor Galén, vysvětloval tento termín jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Při popisu odmítání potravy užíval, společně s Hippokratem, i pojem asitia (nebo „inedia“) (Krch, 1999).

Od počátků se chápání anorexie příliš neměnilo. Jak dnes, tak i v historii se sice neopomíjely emocionální faktory, ale pozornost byla soustředěna především na somatické příčiny, s nimiž jsou spojené poruchy funkce žaludku (Krch, 1999).

Na začátku 19. století nebyla anorexie považována za samostatnou klinickou diagnózu, ale spíše jako příznak žaludečních poruch. V tomto období se ve francouzské literatuře objevuje další termín „nervová anorexie“. Francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert rozlišil dva druhy anorexie: gastrickou anorexií (anorexie gastrique) a nervovou anorexií (anorexie nerveuse). V prvním případě se jedná o poruchu zažívání, kdežto v druhém typu anorexie je odmítání potravy z důvodu, že mozek nevydává signály k chuti na jídlo. Nervová anorexie je doprovázena změnami nálad, melancholií, úzkostí a hněvem (Krch, 1999).

Termín mentální anorexie (anorexia mentale) se stala ve Francii v devadesátých letech devatenáctého století užívaným termínem, avšak současný termín anorexia nervosa poprvé zavedl v roce 1874 britský lékař William Gull (Krch, 1999).

Během dvacátého století začali lékaři (např. Charcot, Dubois, Fenwick, Janet) této nemoci připisovat psychologické příčiny. Roku 1914 se začala anorexia nervosa zaměřovat s hypofyzální nedostatečností. Vyvolalo to v odborných kruzích diskuzi, jež přetrvávala následujících třicet let. Německý patolog Morris Simmonds byl prvním průkopníkem této myšlenky. Psychogenní původ této nemoci popsal Ryl, Berkman, Sheldon a Vanables a to ve třicátých letech dvacátého století (Beumont, 1991).

V druhé polovině devatenáctého století popsal lékař ústavu pro duševně nemocné William Stout Chipley sitiománii, než byla pokládána za sitiofobii (chorobné nechutenství). Všimnul si tohoto jevu u mladých dívek pocházejících z vyšších vrstev společnosti, které na sebe chtěly pomocí hubnutí upoutat pozornost (Krch, 1999).

## **2.2 Diagnóza**

Krch (1999) uvádí diagnostická kritéria podle MKN-10 a podle DSM-IV.

### **Diagnostická kritéria pro AN podle MKN-10 (F 50.0)**

- a) Hmotnost pacienta je pod úrovní 15 % nebo jeho BMI je maximálně 17,5 (kg/m<sup>2</sup>). Pacienti před pubertou nespĺňují nárůst hmotnosti k jejich věku.
- b) Vyhýbání se příjmu potravy se jedinci s mentální anorexií snižuje hmotnost. Tito jedinci záměrně užívají látky, jako jsou: anorektika, laxativa a diuretika. Dále si záměrně vyvolávají zvracení či nadměrně cvičí.
- c) Strach z tloustnutí a zkreslené vnímání vlastního těla má za důsledek stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu, což je optimální nebo cílová hmotnost.
- d) Pokud je endokrinní porucha rozsáhlá, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, může se u žen vyskytnout amenorea a u mužů absence sexuálního zájmu. Menstruace u žen s anorexií je způsobená jen díky užívání hormonální antikoncepce a jiné hormonální léčby. Další možné následky jsou: zvýšení hladiny růstového hormonu, změnu periferního metabolismu, thyreoidního hormonu, zvýšení hladiny kortizolu a výkyvy ve vylučování inzulínu.
- e) Růst je značně opožděn, začne-li nemoc před pubertou. Projevy puberty jsou opožděné, v některých případech se mohou dokonce zcela zastavit. Zastaví se růst, dívkám nerostou prsa a dochází u nich k primární amenoree a u chlapců přetrvávají dětské genitálie. Pokud dojde k uzdravení jedince, ve velké míře dochází k běžnému dokončení pubertálního období s tím, že je menarché opožděna (Krch, 1999).

### **Diagnostická kritéria pro AN podle DSM-IV**

- a) Snaha udržet si nižší hmotnost, než je optimálně stanoveno pro každou věkovou skupinu a výšku. Jde zpravidla buď o záměrné hubnutí, nebo nedostačující nárůst hmotnosti jedince.
- b) Strach i z malého nárůstu tělesné hmotnosti, ztloustnutí a to i přesto, že jsou pacienti vyhublí.
- c) Nesprávné vnímání svého těla, tvaru postavy, tělesné hmotnosti, nesprávné sebehodnocení svého těla nebo odmítání si přiznat svou nízkou tělesnou hmotnost.

d) U žen nedochází minimálně ke třem následujícím menstruačním cyklům za sebou. Pokud se nejedná o primární, sekundární amenoreu (Krch, 1999).

Dle absence či daného chování rozdělují diagnostická kritéria dva typy mentální anorexie (Garner, 1993).

### **Specifické typy:**

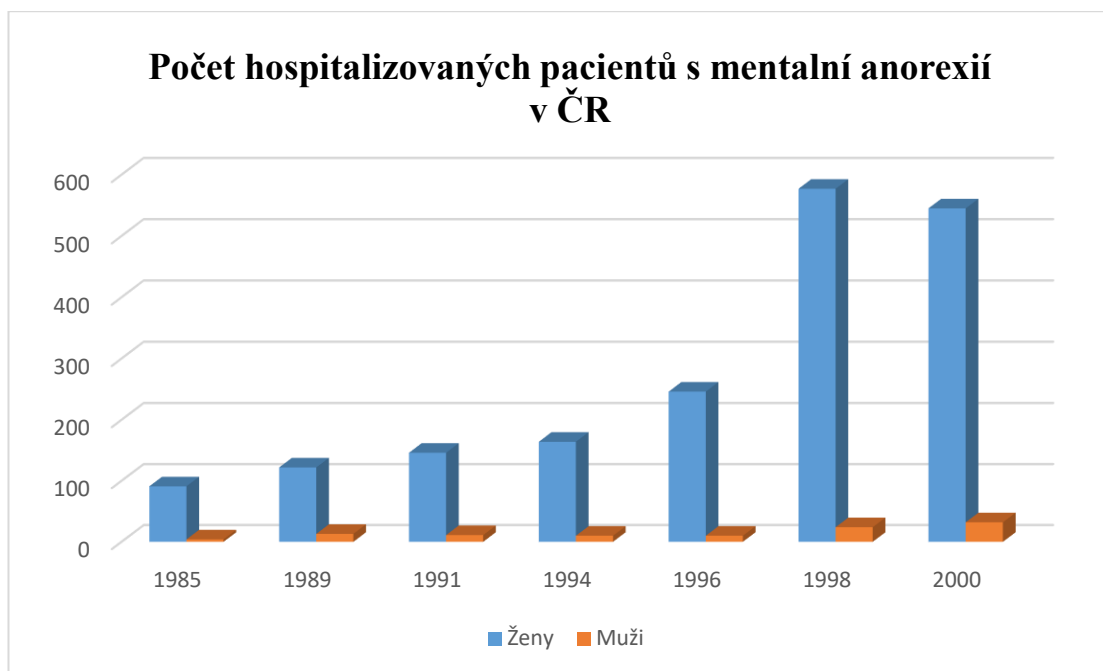
- a) **Nebulimický (restriktivní) typ** - u tohoto typu mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání
- b) **Bulimický (purgativní) typ** - u tohoto typu mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999).

Osoby s purgativním typem mentální anorexie jsou často pacienti, kteří mají sklony k impulzivité, depresím jsou často sociálně dysfunkční a obvykle pocítují citovou tíseň. Kdežto osoby s restriktivním typem mentální anorexie bývají pacienti, kteří inklinují k perfekcionismu a jsou často introvertní (Garner, 1993).

## **2.3 Epidemiologie**

Rozsáhlé pozorování prevalence a incidence mentální anorexie ukazuje, že se tato nemoc projevuje nejčastěji ve věku adolescence a to častěji u dívek než chlapců. Avšak nástup nemoci můžeme pozorovat již v předpubertálním období nebo v období středního věku. Tato nemoc se stává stále častějším onemocněním (Hoek, 1991).

V dnešní době mentální anorexie postihuje pacienty všech vrstev obyvatelstva. V dřívějších dobách však převládala myšlenka, že postihuje výhradně vyšší vrstvu obyvatelstva (Gowers a McMahon, 1989). Výskyt poruch příjmu potravy nezávisí, zda pacient žije ve městě, či na venkově. Je známo, že sportovci a jedinci, kterým štíhlá postava pomůže k lepším sportovním výsledkům, jsou náchylnější k poruchám příjmu potravy (Rather a Messner, 1993).



**Graf č. 1:** Graf znázorňující stav pacientů s mentální anorexií v ČR od roku 1985–2000 (statistický odbor MZ ČR) – (Krch, 2005).

### 3. Mentální bulimie – bulimia nervosa (MB)

Mentální bulimie je nemoc, při které jedinec trpí chorobným strachem z tloušťky a přehnanou kontrolou tělesné váhy. Vyznačuje se záchvaty přejídání, které může vést k vyvolanému zvracení. Krch (2003) uvádí 3 základní znaky mentální bulimie k určení diagnózy. Prvním znakem je záchvatovité přejídání. Jde o nezvladatelnou ztrátu kontroly nad jídlem, kdy není zcela důležité množství zkonsumované stravy. Pacienti většinou zkonsumují o trochu větší porci jídla než by chtěli nebo nejsou zvyklí na větší množství jídla například kvůli předešlé mentální anorexii. Více jak polovina osob s mentální bulimií uvádí, že měla i mentální anorexii. Druhým znakem je nadměrná kontrola tělesné váhy. Bulimičky také kromě vyvolaného zvracení využívají různé látky na podporu zvracení nebo průjmu a dodržují různé diety, které podporují nadměrným cvičením.

Bulimie s anorexií spolu velmi souvisejí a spojuje je spousta prvků, jako například strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se snaží zhubnout nebo si aspoň váhu udržet. Pacientkám s mentální anorexií se daří hubnout nebo udržet svoji váhu avšak lidé s mentální bulimií začnou více jíst, to má za následek zklamání sama ze sebe, deprese, úzkosti a pacientky se snaží opět zhubnout. Využívají k tomu různé drastické a i nezdravé diety. Spousta z nich sáhne i po drsnějších metodách jako je například užívání projímadel nebo nucené zvracení, které může být snadné, pokud jim není dobře po množství stravy, které zkonsumovaly. Pacientky si mohou na tento špatný způsob stravování vytvořit návyk. *„Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček.“ (Krch, 2003, str. 18).* Třetím znakem je sebehodnocení pacienta s mentální bulimií, které závisí na zvýšeném zájmu o tělo a tělesnou váhu. Přibližně jedna třetina osob s mentální anorexií se začne časem přejídat a spadají do nemoci mentální bulimie (Krch, 2003).

#### 3.1 Historie

Slovo boulimos použil již Hipokrates, což znamenalo odlišný, nezdravý hlad. Tento termín používali i Aristofanes, Xenofon a další antičtí autoři, kteří slovo boulimos chápali jako zvláštní formu hladu (Krch, 1999).

Slovo bulimia pochází z řeckého „bulimos“ což označovalo člověka „který má hlad jako býk“. Dr. Gerald Russell poprvé použil označení bulimia nervosa v článku, který publikoval roku 1979. Tento termín použil po pozorování bulimičky Marlene Boskind-Lodahl k popisu příznaků dalších třiceti pacientů. Dr. Gerald Russel navrhnul tři základní kritéria mentální bulimie. Prvním kritériem považoval nekontrolovatelnou touhu se přejídat. Druhým kritériem je snaha o ztrátu tělesné váhy, jenž se snaží podpořit nuceným zvracením a užíváním látek na podporu průjmu nebo zvracení. Třetím kritériem je tzv. chorobný strach z tloušťky (Krch, 1999). Chorobný strach z tloušťky je typickým znakem mentální bulimie. Může jím být strach sníst více jídla, strach ze sladkého jídla, strach ze snídání, strach z jídla v restauraci nebo strach se najíst. *„Jako každý jiný strach roste z pozorností, kterou mu věnujete, a s kroky, o které před ním ustupujete.“ (Krch, 2003, str. 26).*

Psychiatrická diagnóza mentální bulimie byla objevena teprve nedávno, ale historie ovšem začíná mnohem dříve. Hladovění i přejídání jsou zde od počátku lidského bytí, avšak přejídání bylo na rozdíl od hladovění rozšířeno pouze mezi privilegovanými vrstvami obyvatelstva (Krch, 2005).

Termíny bulimarexie a hyperorexie byly nahrazeny termínem, jenž se užívá i dnes a to bulimie. Americká psychiatrická komora zařadila mentální bulimii v roce 1980 do DSM-III. Kritéria byla však roku 1987 v rámci revize DSM-III-R zpřísněna (Krch, 1999).

## **3.2 Diagnóza**

Krch (1999) uvádí diagnostická kritéria podle MKN-10 a podle DSM-IV.

### **Diagnostická kritéria pro BN podle MKN-10 (F 50.2)**

- a) Přejídání, které se opakuje minimálně dvakrát do týdne a po dobu tří měsíců, v němž je v krátkém časovém úseku spořádáno velké množství potravy
- b) Neustálé zaobírání se jídlem a zároveň chuť na jídlo.



c) Užívání způsobů, které brání přibírání a to například nuceným zvracením, užíváním látek které vyvolávají průjem a zvracení, užívání léků podporující hubnutí, střídání období hladovění, diabetici mohou vynechávat inzulin.

d) Usilování o nižší hmotnost než je běžná a neustálý strach z tloustnutí (Krch, 1999).

### **Diagnostická kritéria pro BN podle DSM-IV**

a) Přejídání, které se opakuje (binge eating) – epizodu záchvatovitého přejídání vyznačujeme:

1) Během krátkého časového úseku zkonsumují více jídla než je obvyklé.

2) Pocity ztráty kontroly (například, že nemohu přestat jíst nebo rozhodnout o množství potravy, kterou zkonsumuji).

b) Užívání kompenzačních prostředků k hubnutí, nebo zabránění růstu tělesné váhy a to nuceným zvracením, užívání léků na podporu zvracení nebo průjmu, držení diet nebo hladovek a přílišné cvičení.

c) Po dobu tří měsíců vyskytující se nejméně dvě epizody záchvatovitého přejídání.

d) Sebehodnocení, které závisí na tělesné váze a tvaru postavy.

e) Nevyskytuje se pouze během epizod mentální anorexie (Krch, 1999).

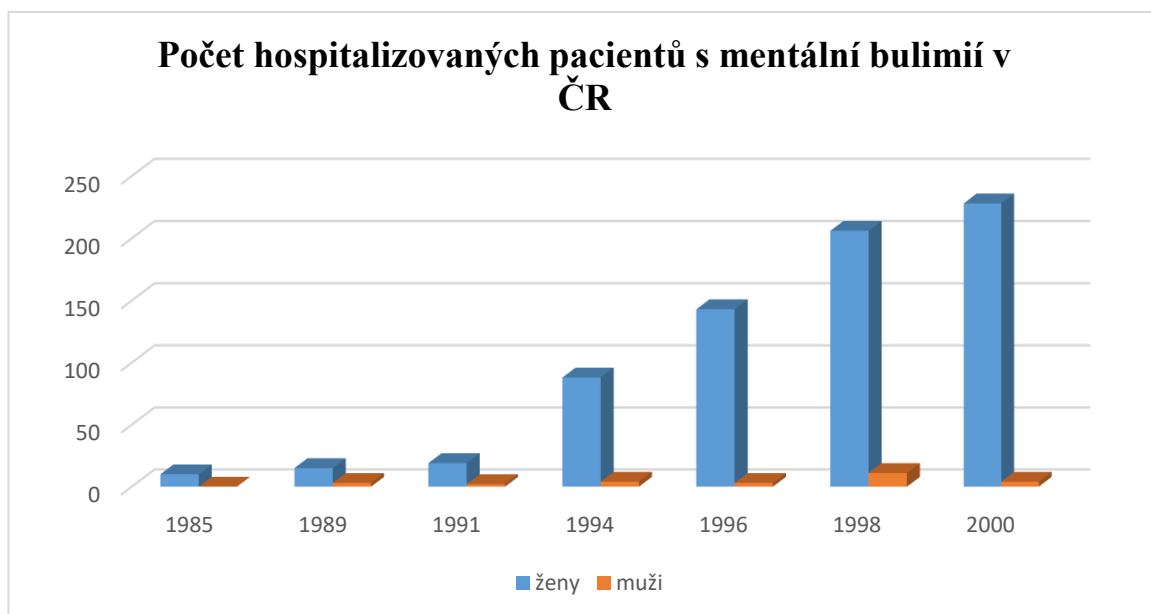
### **Specifické typy:**

**Purgativní typ:** vynucuje si zvracení bez užívání látek, které podporují průjem nebo zvracení k zabránění nárůstu tělesné váhy.

**Nepurgativní typ:** využívá různých diet, či hladovek a nadměrné fyzické zátěže v podobě intenzivního cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 1999).

### 3.3 Epidemiologie

Od roku 1979 se diagnostická kritéria mentální bulimie několikrát změnila, proto jsou tyto kritéria mnohdy rozdílná. I přes všechny rozdíly je záchvatové přejídání nejtypičtějším rysem mentální bulimie. Podíl počtu jedinců trpících mentální bulimií je u žen mezi 1% a 1,5% a u mužů 0,4%. Nejvíce rizikové pro onemocnění mentální bulimie jsou ženy ve věku od 15 až do 40 let, avšak mohou se vyskytovat i u žen starších 40-ti let (Woodside, 1995).



**Graf č. 2:** Graf znázorňující stav pacientů s mentální bulimií v ČR od roku 1985–2000 (statistický odbor MZ ČR) – (Krch, 2005).

## 4 Záchvatovité přejídání

Jednou z dalších poruch příjmu potravy kromě mentální anorexie a mentální bulimie je záchvatovité přejídání. Nemoc postihuje jak ženy, tak i muže bez ohledu na věk, avšak u žen se vyskytuje častěji. Záchvatovité přejídání spočívá v abnormálním požívání jídla, i když člověk nepocítuje hlad. Na rozdíl od lidí s mentální bulimií si nevyvolávají záměrně zvracení. Záchvatovité přejídání může být i proloženo stavy, kdy pacient trpí hladovkou nebo stavy nutkavého přejídání, které se po dobu určitého časového intervalu opakuje minimálně dvakrát do týdne. Záchvat vyvolává negativní pocity, jakou jsou vina a zahanbení přičemž ze spořádaného jídla nemají žádné potěšení. Na rozdíl od mentální bulimie ve většině případů ke zvracení nedochází (Liniebox, 2017).

### **Zdravotní následky záchvatovitého přejídání:**

- nadváha, obezita
- diabetes
- srdeční problémy, vysoký a nízký krevní tlak
- problém tělesné mobility a kloubního aparátu
- může zapříčinit mentální anorexii, mentální bulimii
- citová labilita (Liniebox, 2017)

Léčba se podobá terapii mentální bulimie, avšak u záchvatovitého přejídání se koncentruje na epizody přejídání. Tato léčba spočívá v odbourání pocitů osamělosti, úzkosti, deprese a dopomáhá ke zvládnutí stresu. Podstatná je také celková úprava stravování, aby nedocházelo ke zvyšování tělesné váhy, které je pro tuto poruchu příznačné (Liniebox, 2017).

## 5 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy

Mezi další formy související s poruchy příjmu potravy řadíme ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Tyto poruchy patří mezi nové a méně známé, avšak stejně nebezpečné jako mentální anorexie, mentální bulimie nebo záchvatovité přejídání (Bratman, 2018).

### Ortorexie

Ortorexie je porucha, kterou lze chápat jako manickou obsesi se zaměřením na zdravé stravování. Na rozdíl od mentální anorexie, kde je kladen důraz na kvantitu stravy, se lidé s touto poruchou zabývají kvalitou jejich stravování. Lidé trpící ortorexií se nesnaží zhubnout, ale zaměřují se konzumaci kvalitních potravin. V roce 1997 použil tento termín Steven Bratman, který později vydal knihu s názvem *Health Food Junkies* (Narkomani zdravého jídla) (Bratman, 2018).

Ortorexie se nejdříve projevuje zcela latentně. V prvopočátku má osoba s touto poruchou potřebu dělat něco pro své zdraví, vyhledává produkty ze zdravé výživy, hledá informace ohledně produktů, z čeho se vyrábějí a jak ovlivňují jeho zdraví. Začne se vyhýbat „nezdravému“. Stravu neustále více kontroluje, což může vyústit v nedůvěru, že jsou potraviny dostatečně zdravé. Počet vyhovujících výrobků se neustále zmenšuje, jelikož ani bio-potraviny nemusí být pro pacienta dostatečně zdravé. Postupně se začne zajímat o to, kdo je vyrobil, zda potraviny nebyly znečištěny špatným ovzduším atd. (Bratman, 2018).

Podobně jako u onemocnění mentální anorexie trpí pacienti depresemi, úzkostmi a musí na jídlo permanentně myslet. Začínají se zajímat pouze o stravu a zanedbávají své přátele, rodinu, koníčky a to vše může vyvrcholit v pocity osamění a izolaci od svého okolí (Bratman, 2018).

### Bigorexie

Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy si pacient klade vysoké nároky na svoje tělo, fyzickou zdatnost a tělesné proporce. Typickým znakem je nadměrné posilování a konzumace zejména bílkovinné potravy pro větší nárůst svalové hmoty. Někteří užívají umělé doplňky stravy a látky pro větší růst svalů. Bigoretici mají větší tělesnou hmotnost

kvůli vysokému příjmu energie a svalovému růstu. U pacientů hrozí sociální izolace, jelikož stejně jak je tomu u ostatních poruch příjmu potravy, ztrácí společná témata s ostatními lidmi a většinu času věnují posilování ve fitcentrech (Kulhánek, 2014).

### **Drunkorexie**

Jedná se o opakované snižování příjmu kalorií z potravy, kvůli možnosti požití většího množství alkoholu. Tvrdý alkohol obsahuje poměrně mnoho kalorií, proto pacienti trpí pocity úzkosti kvůli přibírání na váze. Drunkorexií trpí z větší části ženy ve věku 18 – 24 let, ale výjimkou nejsou ani muži. Alkohol se bez jídla vstřebává v trávicím traktu daleko rychleji a účinněji. Do jater se může dostat za méně než 15 minut a odtud do krevního oběhu. Nebezpečí hrozí kvůli rychlému a silnějšímu působení alkoholu na organismus. Kombinace alkoholu s energy-drinkem je pro lidské tělo krajně ohrožující a to zejména z důvodu, že dochází ke zrychlení srdeční činnosti a krevního tlaku a zároveň potlačuje pocit únavy. Ohroženi jsou zejména lidé s kardiovaskulárními problémy nebo hypertenzí, u kterých může nastat kolaps (Kulhánek, 2014).

## 6 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Je spousta hypotéz ohledně příčin vzniku poruch příjmu potravy, avšak žádné studie nepotvrdily obecnou platnost některé z nich. Kromě redukčních diet nelze určit žádný určitý etiologický faktor nebo příčina, která by se projevovala u většiny pacientů s poruchami příjmu potravy. V případě mentální anorexie a mentální bulimie se mohou objevit nespecifické rizikové faktory, jež jsou příčinou i u ostatních duševních poruch. Každý jedinec je individuální a odlišný, a proto i příčiny vzniku budou u všech pacientů různé. S tím souvisí i individuální přístup k léčbě (Krch, 1999).

Příčiny poruch příjmu potravy mohou být například biologické, psychologické, sociální. Tyto základní faktory se mohou vyskytovat samostatně, ale u většiny případů se stává, že působí negativně více faktorů zároveň. (Garner, 1993).

### 6.1 Biologické faktory

Nedostatek stravy způsobuje mnoho biochemických změn, které se mohou objevovat i u deprese. Nízká hladina neuropeptidu Y, cytokiny a endogenní opiáty snižují pocit hladu. To způsobí u žen, ale zřídka i u mužů ztrátu chuti k jídlu a potřebu jíst. Pocit hladu pomalu mizí až do úplného vytracení (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

#### 6.1.1 Genetika

Důkaz, že mentální anorexie je zapříčiněná genetikou získáváme studiem dvojčat téhož pohlaví. Dvojčat jak dizygotických, tak monozygotických. Touto studií se dovídáme, že je možné, aby mentální anorexie byla dědičná. Jedná se však o poruchu, při které se těžko určuje, jakým způsobem se přenáší na další generace. Těžko se dá určit z jaké části je porucha založená na genetice (Holland et al., 1988).

Genetický základ může být jednou z příčin zranitelnosti jedince. Díky osobnostním rysům a sklonům k obezitě mohou být zapříčiněny radikální diety a špatné stravovací návyky (Garner, 1993).

### **6.1.2 Sexuální orientace a pohlaví**

Poruchy příjmu potravy postihují častěji ženské pohlaví a to až desetkrát více než pohlaví mužské a to z důvodu, že pro ženské pohlaví hraje tělo podstatně významnější roli v životě nežli u mužů. Přesto že dívky i chlapci začínají pociťovat odlišnosti ve vnímání svého těla již v mladším školním věku je nejzranitelnějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy období puberty a adolescence. V uvedených obdobích narůstají proporce a to především fyzické s tím souvisí nabírání tělesné hmotnosti. U dívek se mezi osmým až šestnáctým rokem zvýší jejich BMI z 16 na 19, což může vyvolat různé psychické problémy, jelikož v dnešní době jsou kladeny vysoké nároky na ženy spojené s ideálem krásy a to především skrz jejich hmotnost a tělesné proporce (Krch, 1999).

### **6.1.3 Tělesná hmotnost**

V případě, že lidé přibývají na své váze, může se u nich objevit nespokojenost se svým tělem. Tento jev je typický zejména pro ženy a dívky různé věkové kategorie, jelikož mají větší předpoklady k přibírání více než muži. Největší předpoklady mají však dívky během puberty a dospívání, které přibírají na tělesném tuku. Chlapci naopak přibírají na svalové hmotě. Dívky jsou tak více náchylné k hazardování se svým tělem a to díky různým typům diet a hladovek. Proměnlivost tělesné hmotnosti může být pro organismus stejně nebezpečné jako obezita (Krch, 2008).

### **6.1.4 Puberta**

Mezi nejrizikovější období pro vznik poruch příjmu potravy patří puberta a adolescence. V období puberty a dospívání je sebevědomí člověka labilnější než u jiných vývojových období, proto jsou lidé více citlivější na sociální vnímání a více zranitelnější. Kvůli hormonálním změnám charakteristickým pro tato období, mohou lidé pociťovat negativní emoce. Během dospívání se dívkám i chlapcům mění jejich tělesné proporce, avšak dívky mohou být k těmto změnám více citlivé, jelikož se mohou stát předmětem různých někdy i vulgárních narážek. Nastává tehdy i období, kdy mají potřebu vrátit se zpět do dětství a mají potřebu mít opět chlapecké proporce. Avšak nejen dívky se snaží napodobit svému ideálu krásy, ale i chlapci touží dosáhnout svalnatého těla. Obě dvě inspirace mohou

znamenat pro dospívající jisté nebezpečí, nebo riziko vzniku poruch příjmu potravy (Málková, Krch, 2001).

## **6. 2 Psychické faktory**

Mnoho odborníků na téma poruchy příjmu potravy se domnívá, že pacienti již před nemocí trpí emocionální nestabilitou, avšak žádná studie tuto myšlenku nepotvrzuje, jelikož jsou emocionální vzorky pacientů hodnoceny až v průběhu či po nemoci, nikoliv před, tudíž je velmi obtížné určit, zda se jedná o psychologickou příčinu (Garner, 1993).

### **6.2.1 Životní události**

Krizové životní období či negativní událost často zapříčiní vznik mnoha psychických i somatických onemocnění. Je tomu tak i u poruch příjmu potravy, kdy až dvě třetiny dívek s tímto onemocněním tvrdí, že nemoci předcházela nějaká důležitá životní událost. Událostí se uvádí individuálně spousta, ale nejčastěji spojené s poruchami příjmu potravy jsou pocity osamělosti, deprese, úzkosti, šikany, stres, úmrtí v rodině a partnerské či rodinné problémy (Krch, 2008).

Pacienti mnohokrát uvádějí různé nářky a negativní hodnocení na jejich vzhled a častokrát sdělují různé osobní či rodinné problémy. Je velmi složité usoudit, jak velkou hrají tyto události v pacientově životě roli a zda se jedná jednoznačně o důsledek či příčinu (Krch, 2008).

### **6.2.2 Rodina**

Rodinu považujeme za tvůrce hodnot zejména kulturních hodnot, které se podílí na vzniku sebehodnocení a očekávání. V našem případě PPP rodina zajišťuje důležitou funkci utváření osobnosti a vnímání jedince jako krásného, sebevědomého člověka, spokojeného ve vlastním těle (Krch, 2008).

Rodina tedy může zapříčinit negativní vnímání svých tělesných proporcí a může dát impuls k následným projevům nemoci spojené s poruchami příjmu potravy. Důležité je přímé i nepřímé působení matky na dítě v souvislosti s postojem ke svému tělu a obavy



z nadváhy. Matka nepřímým způsobem ovlivňuje postoje dítěte k jídlu, pokud drží často různé diety a neustále si hlídá svoji tělesnou váhu. Rodina by měla zajišťovat funkce při vytváření jídelních návyků (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Dalším rizikovým faktorem může být perfekcionistická matka. Otec není výjimkou, avšak většinou pacienti uvedli případy, kdy se jednalo o matku, která kladla vysoké nároky na dítě, málo chválila a neoceňovala snahu dítěte. Mnoho pacientů uvedlo nedostatek projevených citů od své matky. Častým rizikovým faktorem, který uvádí odborné literatury je i obvykle kritický komentář v rodině, který je směřován na stravu, tělesný vzhled, váhu, či obezitu (Krch, 2010).

Z mnoha výzkumů nám také plyne, že problémy v rodině mohou mít vliv na poruchy příjmu potravy. Často lidé trpící mentální anorexií nebo bulimií byli vystaveni velkému tlaku svých rodičů. Rodiče vyvíjeli tento tlak především, aby své děti vedli k lepším akademickým či sportovním výkonům, aniž by brali ohled na jejich schopnosti nebo dovednosti. Pacienti také uvádí časté konflikty se svými sourozenci. Problémem může být také onemocnění některého z rodičů, což může narušit soulad v rodině, hádky mezi rodiči nebo povídání si o sexualitě dříve než dítě sexualitu samo chápe (Papežová, 2010).

### **6.2.3 Osobnostní charakteristika**

U pacientů trpící mentální anorexií a mentální bulimií bývá osobnostní charakteristika odlišná, avšak u většiny propuká pocit méněcennosti a nedostatku sebedůvěry. Lidé s mentální anorexií jsou většinou vytrvalí, mají silnou vůli tam, kde ji nepotřebují, jsou také více sebekritičtí, ale sami se kritiky obávají. Kritika je znejistí a berou ji jako projev nepřátelství. Uzavírají se tedy do sebe a více se kontrolují. Někteří jedinci mohou být také tvrdohlaví, citově nevyzrálí. Naopak lidé s mentální bulimií mají nízké sebevědomí, jsou si nejistí jak v životě, tak i ve vztazích, vyhledávají autoritativní typy lidí. Těmto lidem také chybí sebekontrola a často i neschopnost sebeovládání (Vašina, 2010).

## **6.2.4 Kognitivní, emocionální poruchy**

Kognitivní a emocionální poruchy bývají zpravidla prvotním faktorem mentální anorexie. Tito lidé trpí představou, že hmotnost, tvar postavy, touha po hubnutí jsou jediným faktorem, který určuje hodnotu a postavení ve společnosti (Garner, 1993).

U mentální bulimie pacienti skrývají své problémy před rodinou a přáteli a mohou se jim proto stranit. Stydí se za sebe a převládá u nich pocit viny. Pro tyto pacienty je také problém při různých setkání v podnicích, kde se setkávají s jídlem a je obtížné tajit kompenzační chování následované po přejedení (Cooper, 1995).

## **6.3 Sociální faktory**

Být štíhlý v naší kultuře znamená být krásný a úspěšný, proto lidé již v prvopočátku poruchy či nemoci touží po úspěchu, jak ve sportu, tak v soukromém životě. Mnohdy mají vysoké nároky i partneři či partnerky na své protějšky (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

### **6.3.1 Média**

V dnešní uspěchané době mají média velký vliv na vývoj jedince. Počínaje televizi, přes internet, noviny, módní průmysl a jiné, je rozšířený názor, že již mírná nadváha je společensky nepřijatelná a hlavně nepřitažlivá. Se štíhlostí pak bývá subjektivně spojováno i samotné vnímání krásy. Štíhlost neboli vyhublost jako taková je v médiích značně přeháněná. Místo toho se zdravým stravovacím návykům a omezování se v jídle věnuje pouze malé procento médií. Média zejména utočí na ženy a přesvědčují je, že pouze štíhlá žena je ta krásná, úspěšná a spokojená (Krch, 2010).

Tak jako v jiných odvětvích, tak i v našem případě lidé podléhají tlaku médií, kde vidí pouze krásné, štíhlé modelky, herečky, moderátorky. Vytvářejí si tak nerealisticky a zkreslený názor, že štíhlá znamená krásna, úspěšná a snaží se jím tedy vyrovnat. Úspěch však nespočívá v tělesných proporcích. Mnoho žen vůbec netuší, že tyto modelky, které jsou placeny za svou štíhlou postavu a vzhled, mnohdy samy bojují s poruchou příjmu potravy (Hall, Cohn, 2003).

Velmi důležitým médiem je internet. Možnosti komunikace jsou takřka neomezené a vyhledávání nejrůznějších diet a to i drastických, je velmi snadné. Dívky si prostřednictvím sociálních sítí předávají rady jak nejrychleji zhubnout. Existuje již spousta blogů, které se přímo zabývají hubnutím a mladé dívky si zde předávají rady a zkušenosti s nebezpečnými dietami. Dokonce se vzájemně podporují a jsou pyšné, když vydrží celé dny nejíst. V mnoha případech se jedná o diety již několikrát upravené a proto velmi škodlivé. Člověk, který by chtěl či měl držet dietu by se vždy měl poradit se svým lékařem. Na internetu se můžeme také dočíst od mnoha dívek, které sledovaly pořady, či četly v časopisech o možném nebezpečí poruch příjmu potravy, že mnohdy to byl pro ně návod jak hubnout, i když tyto pořady, či články měly mít výchovný nebo preventivní charakter (Krch, 1999).

### **6.3.2 Mediální reklama**

Reklama jako taková má za úkol vyvolat v člověku falešnou představu o tom co jedinec potřebuje, aniž by tato představa měla dopad negativní důsledek. V reklamě se dovíme, že lze velmi snadno a za krátkou dobu změnit své tělesné proporce pouze nákupem určitého produktu. Pro spotřebitele je velmi obtížné před nákupem daného produktu rozpoznat, zda reklama není klamavá (Krch, 1999).

V médiích se s těmito reklamami na rychlé hubnutí setkáváme dennodenně. Proto se nemůžeme divit, že děti v předpubertálním období již mají zkreslené představy o stravovacích návycích (Málková, Krch, 2001).

### **6.3.3 Módní trend**

V každém období a v každé kultuře je pojem „krása“ vnímán odlišně. Vznikající ideální normy jsou ve velké míře nevšimavé k různorodostem lidí a k podmínkám, kde žijí. Pod vlivem těchto novodobých ideálů někteří lidé připomínají sériové výrobky, či karikatury. Tím ztrácejí svoji jedinečnost a směřují k povrchním znakům nesplnitelného ideálu (Málková, Krch, 2001).

### **6.3.4 Sociální učení**

Již Bandurova teorie sociálního učení z roku 1977 nabádá, jakým způsobem mohou ženy dosáhnout štíhlé postavy a motivaci k držení diet. Bandurova teorie má řadu argumentů k přiznání záporné úlohy ve vzniku poruch příjmu potravy médiím (Novák, 2010).

## **7 Léčba poruch příjmu potravy**

Mentální anorexie i mentální bulimie charakterizujeme jako poruchy chování, kdy se pacient dobrovolně rozhodne pro hladovění, proto i léčba by měla být založena především v přesvědčení, že stravovací návyky pacienta jsou nevhodné, či dokonce zdraví nebezpečné. Důležité jsou první dva kroky léčby a to změna tělesné hmotnosti pacienta a změna stravovacích návyků pacienta. Mnoho pacientů si léčbu začne samo upravovat podle svých vlastních představ a to nejlépe s minimálním nárůstem hmotnosti. Lékaři mají za to, že pokud dospělý člověk trpí podvýživou, tak je pro něj ambulantní léčba nedostačující a měl by vyhledat speciální pracoviště, kde bude zahrnuta individuální péče, skupinové, ale i rodinné terapie, psychologické poradenství, nutriční poradenství (Guarda, 2007).

### **7.1 Hospitalizace a ambulantní léčba**

Stav pacientů s poruchou příjmu potravy je ze zdravotního hlediska velmi vážný, proto jsou tito pacienti hospitalizováni. Hlavním cílem této léčby je stabilizovat pacienta a následně jej hospitalizovat. Poté pacient nastupuje na konkrétní druh léčby, zpravidla formou terapie. Hospitalizace je časově, ale i finančně náročný druh léčby. Pokud se však pacienta povede uzdravit, tak se zajisté tato léčba vyplatí (Garner 2005).

Ambulantní léčba se nejčastěji uplatňuje u pacientů, kteří nereagují na další psychologickou léčbu nebo u pacientů s chronickými stavy. Mnozí pacienti již prošli mnoha druhy léčby, ale jejich stav stále není stabilní. Cílem této léčby tedy je dosáhnout tělesné a psychologické stability člověka. (Garner, 2005)

### **7.2 Terapie**

Častou formou léčby mentální anorexie nebo mentální bulimie jsou terapie. Mezi asi nerozšířenější řadíme: individuální terapie, rodinné terapie, skupinové terapie, interpersonální a psychodynamické terapie, kognitivně-behaviorální terapie (Garner, 2005)

## **Individuální terapie**

Není mnoho studií zabývajících se tímto typem léčby. Největším problémem individuální terapie je, že v studiích nejsou hlášené hmotnosti příbytků a většina z těchto studií nemá žádné pokračování.

Publikovaná data tedy jen těžko můžeme interpretovat. Lze však ze zjištěných údajů s jistotou určit, že u dospívajících bývá nárůst hmotnosti vyšší než u dospělých osob a to díky starostlivosti rodičů (Guarda, 2007).

## **Skupinová terapie**

Tato terapie je velmi rozšířená a je zahrnuta v mnoha léčebných programech. Pacienti vidí, že nejsou sami, kdo má problém, vzájemně si předávají zkušenosti a mohou se podporovat. Tento druh terapie uplatňujeme jak v denních stacionářích, tak při hospitalizaci. Jedinou nevýhodou u skupinové terapie při hospitalizaci je, že přicházejí stále noví pacienti a nelze tedy vytvořit uzavřenou skupinu (Garner, 2005).

## **Rodinná terapie**

Tato forma terapie se projevila jako vhodnější při prevenci ztráty hmotnosti než individuální terapie. U pacientů, kteří netrpěli nemocí déle, jak tři roky došlo k opětovnému nabytí menstruačního cyklu a ke snížení poruch příjmu potravy. To ovšem neplatilo u pacientů s chronickým onemocněním a u dospělých (Guarda, 2007).

## **Kognitivně-behaviorální terapie**

Tento druh psychoterapeutické metody převládá spíše u mentální bulimie, ale je jedna z nejčastěji používaných metod v případě poruch příjmu potravy. Jedná se o srozumitelnou metodu zaměřující se na konkrétní, definované problémy. Kognitivně-behaviorální terapie se opírá o dobrou znalost poruch příjmu potravy a vyplývá z učení kognitivní psychologie. Pacienta vede k aktivní a otevřené spolupráci. Cílem této terapie je odstranit, či pozměnit nezdravý návyk příjmu potravy a pozměnit i pacientovo myšlení k stravovacím návykům. Zpravidla probíhá ve dvaceti individuálních sezeních po dobu pěti

měsíců. Jedná se tedy o poměrně krátkodobou terapii a to je její výhodou. Z klinického hlediska jsou také účinné svépomocné aktivity, či svépomocné manuály (Papežová, 2010).

### **Terapie zaměřená na tělo**

Z důvodu špatného a nereálného vnímání vlastního těla, mají pacienti často problém se sebedůvěrou, sebehodnocením, sebpřijetím, proto tato terapie obsahuje spoustu metod, které mohou špatné vnímání vlastního těla upravit a pomoci tak nemocným. Pomocí terapie zaměřené na tělo vytváříme pacientovi zpět reálný pohled na své tělo a tím podporujeme jeho sebpřijetí a rozvíjíme sociální dovednosti. Metody je důležité zvolit pečlivě dle naléhavého zdravotního stavu pacienta (Papežová, 2010).

U tohoto druhu terapie můžeme využít mnoho cvičení a technik jako jsou například: masáže, relaxační cvičení, fyzioterapie, dechová cvičení, koncentrativní pohybová terapie, arteterapie, ergoterapie, farmakoterapie, dramaterapie (Papežová, 2010).

## 8 Prevence

Z důvodu velkého množství rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy, by měla být prevence komplexní. Vždy musí zahrnovat všechny faktory a to rodinné, biologické, sociální, emoční a jiné. Díky tlaku médií na mladou generaci je čím dál tím obtížnější vytvořit účinnou prevenci. Na prevenci se vždy podílejí všichni a musí být dlouhodobá a soustavná (Hall, Cohn, 2003).

Prevence poruch příjmu potravy by měla spočívat hlavně v rodině. Rodiče by měli klást důraz na význam správné výživy, jak vlastní, tak svých dětí. Důraz by měl být kladen především na zdravé domácí jídlo a pohyb. Poučovat o stravovacích návycích a rizicích poruch příjmu potravy by se neměli jen děti, ale zároveň i jejich rodiče (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Je důležité, aby se děti už malička začaly učit poznávat své tělo, jeho funkce, rozměry, části a tak dále. Měly by být poučeny o změnách, které nastanou během puberty, a mělo by jim být vysvětleno, že jde o běžný fyziologický proces. Již děti v předškolním věku by měly být poučeny o poruchách příjmu potravy (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Prevence je důležitou složkou odborné péče. Pro prevenci je nezbytné spojení studií rizik a preventivních programů. Nutné je využívat média a zaměřit se více na jejich dopad na výskyt mentální anorexie a mentální bulimie. Zpravidla preventivní program směřuje k zvýšení znalosti o nemoci, ale to není úplně dostačující. Opravdu jen hrstka programů směřuje ke změnám stravovacích návyků. To by si však měly klást za hlavní cíl všechny preventivní programy. Prevence by měla do budoucna směřovat více na webové stránky a sociální sítě, jelikož v současné době mládež zde tráví spoustu svého volného času (Papežová, 2010).

Centrum poruch příjmu potravy pracuje s jedinci, kteří mají předpoklady k těmto onemocněním a na jedince žijící v rizikovém prostředí. Prevence musí být přizpůsobena současné době, věkové kategorii, práci pedagogů a ostatním pracovníkům, kteří spolupracují na prevenci poruch příjmu potravy (Anabell, 2018).



Jednou z nejznámějších organizací, která se zabývá prevencí je zajiště organizace Anabell. Toto občanské sdružení vzniklo v roce 2002 a zabezpečuje poradenství a pomoc lidem trpícím tímto onemocněním, ale i lidem ohroženým, kteří se snaží svůj problém řešit.

Občanské sdružení Anabell zajišťuje zdravotnické a sociální služby v Kontaktních centrech, které se nachází v Praze s přidruženými pracovišti v Mladé Boleslavi a Příbrami, dále v Brně, Ostravě, Plzni a Bratislavě. Pro mě nejbližším Kontaktním centrem je v Olomouci od roku 2010 (Anabell, 2018).

## 9 PRAKTICKÁ ČÁST

Ve výzkumné části bakalářské práce se autorka zaměřuje na osobní zkušenost respondentů s mentální anorexií a mentální bulimií, kdy měla možnost nahlédnout do života respondentů, kteří měli poruchy příjmu potravy, popsat vývoj a průběh nemoci.

Jako první popisuje dívku, jež trpěla mentální anorexií s častými příznaky mentální bulimie. Dále popisuje druhou dívku, které nemoc mentální anorexie přerostla v průběhu léčby v mentální bulimii a třetím respondentem je muž, který měl mentální anorexií.

### 9.1 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu

V praktické části bakalářské práce se autorka rozhodla pro kvalitativní výzkum.

Cílem kvalitativního výzkumu, který používá induktivní formy vědeckých metod, formy rozhovorů a kvalitativního pozorování je generování hypotéz, získávání a popisování zvláštností případů a rozvíjení teorií. Kvalitativní výzkum by měl probíhat v přirozených podmínkách sociálního prostředí a měl by být orientován na terénní výzkum. Plány výzkumu se rozvíjejí, proměňují a přizpůsobují okolnostem, proto můžeme říci, že mají pružný charakter (Hendl, 2008).

Cílem výzkumu v bakalářské práci je srovnání teoretických poznatků, uváděné v odborné literatuře, které se věnují tématu poruch příjmu potravy s realitou a praktickými zkušenostmi tří respondentů, zjistit příčinu mentální anorexie či mentální bulimie a poukázat, jak nemoc ovlivnila jejich životy a to hlavně z hlediska sociálních vazeb.

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

*Jaký dopad mají poruchy příjmu potravy na sociální vazby člověka?*

#### **Vedlejší výzkumné otázky:**

*VVO1: Zda na propuknutí nemoci měla nebo mohla mít vliv sociální interakce?*

*VVO2: Změnil se v průběhu nemoci vztah s rodiči? Pokud ano, pozitivně či negativně?*

*VVO3: Zda je možné zvládnout nemoc s poruchami příjmu potravy bez pomoci odborníka?*

*VVO4: Zda je nutné dodržování správně nastavených pravidel po vymizení příznaků poruch příjmu potravy?*

Kvalitativní výzkum obsahuje spoustu výzkumných metod, které můžeme při práci uplatnit. Autorka se rozhodla sbírat data pomocí rozhovorů, při kterých měla s respondenty možnost osobního kontaktu a tázala se předem připravenými otázkami. Zvolila polostrukturovaný rozhovor formou předem připravených otázek a několika doplňujících otázek.

Rozhovory se odehrávaly na neutrální půdě, byla ve dvou případech a kavárna a v jednom případě na žádost respondentky v domácím prostředí. Rozhovory probíhaly vždy pouze za účasti tazatele a účastníka.

Před započítím samotného rozhovoru byl každému respondentovi předestřen účel výzkumu a všichni respondenti byli ujištěni o jejich anonymitě.

Po uvolněném úvodu a odeznění nervozity respondenta autorka poukázala o způsobu nahrávání rozhovoru za pomocí diktafonu. Všichni respondenti s nahráváním rozhovoru souhlasili. Každému s respondentů byla objasněna práva s pořízením záznamu na diktafon a to: samotný respondent zůstane v anonymitě a dále právo respondenta na odmítnutí odpovědi na položenou otázku. Následně bylo přistoupeno k samotným rozhovorům, které trvaly v rozmezí 20-30 minut.

Otázky respondentům byly kladeny v předem připraveném pořadí. Jako první byly kladeny otázky osobnostního charakteru, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání, partnera a následně byly kladeny respondentům otázky zaměřené na rodinné prostředí. Jako poslední byly kladeny otázky směřující k samotné nemoci poruch příjmu potravy, její vznik, průběh a léčbu.

Výzkum obsahuje výpovědi třech respondentů v podobě kazuistik, z nichž většina chtěla zůstat v anonymitě.

## 9.2 Výzkumný soubor

Před analýzou dat autorka uvádí tabulku, kde jsou aktuální informace o respondentech týkajících se věku, poruchy, výšky, hmotnosti a povolání.

### Základní údaje o respondentech/kách

Jméno	Věk	PPP	Výška/váha	Zaměstnání
Tereza	25	anorexie + bulimie	168cm / 54kg	mateřská dovolená
Adéla	24	anorexie + bulimie	165cm / 53kg	učitelka v MŠ
Martin	30	anorexie	180cm / 75kg	Stevard

V druhé části se autorka věnuje analýze dat, které získala z výše uvedené metodologie. Struktura analýzy dat jsou kazuistiky získané z polostrukturovaných rozhovorů.

## 9.3 Analýza a prezentace získaných výsledků

### Kazuistika č. 1 (Tereza)

Tereze je 25 let. Již je to 9 let, co úspěšně bojuje s mentální anorexií. Bydlí s manželem ve svém bytě a momentálně je na mateřské dovolené.

Narodila se 30. 7. 1992 jako neplánované druhé dítě. Na dětství Tereza vzpomíná ráda, avšak zůstává v ní spousta negativních vzpomínek, které jsou stále velmi silné. Vyrůstala v úplné rodině, v níž zdánlivě ze začátku vše klapalo.

Matka se vdala ve svých 19ti letech a do dvou let poté počala obě dvě děti. Otec, ačkoliv měl rád obě děti, svůj volný čas trávil více se starším sourozencem a Tereza tak zůstávala častokrát s matkou sama doma. Její starší bratr byl již od útlého věku upřednostňován oběma rodiči a s otcem trávil mnohem více času než Tereza. Začala si toho všimnat čím dál tím více a vyvolávalo to v ní pocity nejistoty a snahy o sebeprosazení. Respondentka uvádí, že zhruba v jejich 10 ti letech u rodičů začaly gradovat vzájemné hádky, které párkrát vyústily i v agresivní chování. Rodičovské hádky se objevovaly čím dál častěji a oba sourozenci jim denně přihlíželi.

Tereza měla s matkou dobrý vztah, ale nikdy s ní nemluvila o svých problémech, co ji trápily například ve škole, nebo o problémech, jako byla její nadváha. Tereza ve svých 10ti letech vážila okolo 60kg a trápila ji obezita. Díky tomu se mnohokrát setkávala s posměchem ve škole, jež prvotně nebrala vážně, ale ve skutečnosti ji to velmi trápilo a cítila se méněcenná. Sama respondentka uvádí, že prvním impulzem k mentální anorexii byl prázdninový seriál vysílaný v létě roku 2003, jehož hlavní hrdinka díky zpočátku utajované anorexii a bulimii dosáhla své vysněné váhy a stala se oblíbenou v kolektivu. Dívka v seriálu velmi zhubla a jak sama respondentka dnes už trpce popsala: „měla krásnou postavu a pamatuju si ty krásné vlasy, ale nakonec stejně skončila na psychiatrii.“ Tato dívka byla v tu dobu pro respondentku Terezu velkým vzorem. Tereza zprvu zkoušela párkrát jídlo vyzvracet, z čehož zpočátku měla dobrý pocit, protože věděla, že nepřibere. „A ono to opravdu fungovalo!“ říká dnes rozpačitě Tereza. Ale hubnutí nešlo tak rychle, jak by si představovala, a navíc zvracení nebylo na všech místech možné. Rozhodla se proto pro radikální snížení počtu kalorií v jídle. Omezila cukry a její jídelníček byl na každý den předem naplánovaný. Každý večer jasně věděla, co bude druhý den jíst a kolik její jídlo bude mít kalorií. Každým dnem se počet kalorií snižoval, až dospěla do stádia, kdy snědla pouze kousek pečiva a kousek ovoce k tomu. Tento stav trval téměř 2 měsíce a po tuto dobu shodila více než 10 kg. Pro respondentku je dnes zarážející, že rodiče si všimli této změny až po 2 měsících, a to až po upozornění dalších členů rodiny. Záměrně odmítala jídlo s výmluvou, že od 17 hodiny už nejí. Pokud byla donucena něco sníst, šla okamžitě jídlo vyzvracet. I přes

nucení rodičů k jídlu odmítala stravu jíst, jelikož se jí líbila její vyhublost a hubnutí se stalo její posedlostí.

V tu dobu ji začali již rodiče vyhrožovat, že skončí v ozdravovně, nicméně ona nebrala tyto výhrůžky vážně a řešením pro ni bylo, že odmítání jídla začala před okolím tajit. Tereza se s váhou dostala až na 37 kg.

Její rodina si začala uvědomovat vážnost situace a matka navštívila s dcerou obvodní lékařku a ta se nad jejím stavem zděsila. Dala jí poslední možnost přibrat zpět alespoň na 45kg a chodit pravidelně, každý týden, na převážení. Tereza využívala svoji kreativitu k vymýšlení různých předmětů, díky nimž zvyšovala uměle svou váhu. Věděla, že předmět musí být dostatečně těžký, ale zároveň dostatečně malý na to, aby se mohl schovat do podprsenky, například těžká matice od otce z dílny. Mezi další techniky, které využívala před kontrolou váhy u lékaře, patřilo neskutečné množství vody, které dokázala vypít za krátký okamžik a ona sama věděla, že tím dokáže nabrat 0,5 kg až 1 kg. Dlouho to však neutajila a po vyhrožování lékařem, že bude muset zůstat v nemocnici „na kapačkách“ respondentka skutečně postupně během roku přibrala na 45kg. Rodiče si už mysleli, že je z toho venku. Tereza ale stále bojovala s nespokojeností sama se sebou a svou váhou. Občasné stavy nekontrolovatelného přejídání, jež téměř vždy vyústily v následné zvracení, či extrémní sportování, trvaly téměř 4 roky. Tu dobu si Tereza pamatuje, jak se vše točilo jen kolem její váhy. Pokud byla hubená, byla relativně spokojená sama se sebou. Pokud se přejedla či její váha maličko poskočila směrem nahoru, stala se pro své okolí nesnesitelnou a uzavírala se před celým světem. Dokonce byla schopna hodiny a hodiny trávit večer v posteli se zrcadlem a „terorizovat“ si vlastní obličej ve formě mačkání akné, aby v myšlenkách přišla na něco jiného než jen na svoji váhu.

Tento stav se zmírnil až v době, kdy si našla svého přítele, který jí věnoval pozornost, měl ji rád a dával ji najevo, jak je krásná. Až tehdy Tereza pocítila, jaké je to být opravdu šťastná a že někomu na ní skutečně záleží. Terezin partner byl aktivní sportovec a jeho postava byla, jak sama říká, téměř dokonalá. „I tehdy ale nastaly chvíle, kdy jsem si myslela, že nejsem dostatečně hubená, tak jak by si mě partner zasloužil.“ Proto někdy trpěla velkými depresemi. Snažila se to již řešit zdravým životním stylem, ale ne vždy se to povedlo, a ještě někdy sáhla po jednoduchém zvracení či hladovění, které si však posléze velmi vyčítala. To

vše se odrazilo na jejich vztahu s přítelem, který tyto její výkyvy nálad nechápal. To vše vyústilo téměř až k jejich rozchodu. To byl bod zlomu, kdy si Tereza uvědomila, že se musí změnit.

Dlouho ji trvalo, než pochopila, jak důležité je mít se ráda a jak se správně stravovat a udržovat v kondici tím správným způsobem. Dodnes se Tereza stravuje zdravě a společně se svým dnes už manželem oba rádi sportují. Po zdravotních problémech způsobených mentální anorexií a bulimií je jejich malý syn velkým zázrakem a sama respondentka je moc vděčná právě svému manželovi za to, že tato životní etapa je už minulostí, i když na závěr dodává: „Z toho se člověk nikdy nedostane úplně.“

### **Závěrečné zhodnocení a prognóza**

V případě Terezy je patrné, že bylo nutné pro zvládnutí jejího problému spolupracovat s odborníky. V současné době jsou příznaky její nemoci plně vymizelé, avšak s jistotou nelze konstatovat, že se nemoc nevrátí, neboť vše záleží na dodržování správně nastavených pravidel a v neposlední řadě bude velkou úlohu hrát míra stresu, který je pro současnou společnost tak typický.

### **Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi:**

Na základě informací, jenž autorka od respondentky Terezy získala, doporučuje následující náměty pro praxi:

1. Problémy s příjmem potravy nastaly při nástupu na druhý stupeň základní školy. Je tedy nutné informovat personál škol o tomto rizikovém období a uskutečnit preventivní opatření jako jsou přednášky a besedy.
2. Důležité je prohlubovat znalosti o poruchách příjmu potravy celé veřejnosti.

### **Kazuistika č. 2 (Adéla)**

Adéle je dnes 24 let. Bydlí se svým dlouholetým přítelem v jejich bytě. Její zaměstnání je učitelka v mateřské škole a dále se intenzivně věnuje masérské činnosti, alternativní medicíně a výživovému poradenství. Je to již 10 let, kdy úspěšně bojovala s mentální anorexií.

Narodila se jako druhá dcera ze tří sourozenců. S oběma sourozenci má blízký vztah, přičemž vztah se starší sestrou je velmi intenzivní. Z tohoto důvodu byla její starší sestra jedna z prvních, která zaznamenala náznaky poruch příjmu potravy. Své dětství respondentka Adéla popisuje jako idylické. Vyrůstala v úplné rodině ve dvougeneračním domě, kde s rodinou bydleli i prarodiče. Do jejího dětství neodmyslitelně patřila i nejlepší kamarádka Pavlína, která s ní vyrůstala a také prožívala období „Anny“ jak respondentka nazývala a dodnes nazývá nemoc anorexii. Rodina spolu trávila mnoho společného a volného času jako například dovolená u moře nebo lyžování na horách.

Respondentka ve svých 14ti letech začala pozorovat na svém těle změny v podobě ženských tvarů, což jak sama uvádí, nijak zvlášť neřešila. Zvýšila svoji sportovní aktivitu pravidelnou jízdou na kole, začala si všimnout, že i přes běžné stravovací návyky, klesla její tělesná hmotnost. Byla sama se sebou spokojená, jelikož shodila několik kilogramů. Zásadním obdobím byly vánoční svátky, kdy se jednoho dne probudila a nemohla ustát na vlastních nohou. Její tělo bylo ochablé a vyčerpané a nebyla jí jasná příčina, jelikož se tyto příznaky objevily náhle. Rodiče se rozhodli odvézt respondentku do nemocnice v blízkosti bydliště. Zde jí provedli potřebná vyšetření, která konkrétně nic neodhalila, avšak především její starší sestra s rodiči trvali na odbornějších vyšetřeních, která později naznačovala známky virového onemocnění. Při její výšce 165 cm vážila 53 kg, což lékař shledal za normu dle výpočtu BMI a nic nenasvědčovalo tomu, že by měla trpět nějakou poruchou příjmu potravy. Po uzdravení respondentka stále ubývala na hmotnosti, což se jí zalíbilo a při hmotnosti 53 kg se rozhodla shodit ještě další dva kilogramy. Postupně se její váha snížila na 42kg a stále nebyla spokojená se svým tělem. Líbil se jí pocit prázdného břicha a vystouplých klíčních a pánevních kostí, na kterých se jí tvořily odřeniny od kalhot. Pohybové aktivity a veškerou potravu si zapisovala do svého deníku, kde měla přesně rozepsaný a vypočítaný příjem kalorií na každý den. Jídlo si plánovala velmi pečlivě a minimálně den předem. Jakákoliv odchylka od naplánovaného jídelníčku byla nežádoucí. Respondentka měla v době nemoci vše naplánované a v souladu s jejím řádem a to jak ve stravě a cvičení, tak i ve škole. Do školy si začala veškeré povinnosti plnit s týdenním předstihem a ve všem měla řád a pořádek. V období nemoci respondentka našla velkou zálibu ve vaření a obzvlášť ráda sledovala, jak ostatní jedí. Na jídlo měla velkou chuť, ale nemohla ho sníst více, než si sama předem sepsala a proto nutila jíst svoji kamarádku, která i přesto, že neměla pocit



hladu, musela jídlo sníst. Sama respondentka pak sledovala každé sousto, které kamarádce podstrčila, jako by ho jedla ona sama. Dalším z projevů mentální anorexie bylo pojídání bylinných rostlin z květináčů kvůli zahnání pocitu hladu. Nad stravou dokázala přemýšlet několik hodin denně a vymýšlela, co si dát například na večeři jestli slupky od jablka nebo šťávu z pomeranče. Vše podřizovala povolenému rozpočtu příjmu kalorií. Jediné co respondentku zajímalo, bylo jídlo.

Úbytek váhy a s tím spojené změny rodina zaznamenala ihned, avšak ve škole si spolužáci a kamarádi všimli změn až po besedě na téma poruchy příjmu potravy, kterou ředitelka základní školy uspořádala. Na besedě respondentku oslovila její spolužačka s tím, že popis nemoci mentální anorexie odpovídá jí. Váha respondentky se dostala až na 42kg z původních 53kg. Starší sestra byla přesvědčena o tom, že se jedná o mentální anorexii, ačkoliv ji respondentka oponovala a k lékaři dobrovolně jít nechtěla. Dne 10. 3. 2008 poprvé navštívila odborného lékaře specializovaného na poruchy příjmu potravy, který ji doporučil psát si během léčby deník, do kterého si měla zapisovat veškeré jídlo a s léčbou spojené úspěchy či neúspěchy. Během léčby byla největší oporou matka, která s ní nemoc intenzivně prožívala a navštěvovala s ní terapie. Chystala jí veškerou stravu a to nejen do školy, kdy záměrně připravovala veškeré pokrmy na živočišných tucích, aby zvýšila příjem kalorií, přičemž respondentka žila v domnění, že konzumuje „fitness stravu“. S otcem měla problémy komunikovat a to především kvůli její náladovosti a podrážděnému chování. Později respondentku své ukvapené chování mrzelo, avšak chtěla ochránit svou „Annu“, jak uvádí svůj „domeček“, do kterého nechtěla nikoho pustit.

Mentální anorexie trvala u respondentky přibližně okolo jednoho roku, léčba však mnohem déle. Dlouhou dobu nemohla jíst bez toho, aniž by musela počítat kalorie a jak sama uvádí, je těžké bojovat s někým, ale ještě těžší je bojovat sama se sebou, což v době léčby musela. Byla přesvědčena, že všichni jsou proti ní a její „Anně“, nikomu nebyla schopna vysvětlit, jak je obtížné jíst, že jí to způsobovalo fyzickou bolest.

V současnosti je to již 10 let od nemoci a respondentka se cítí ve svém těle dobře. Dokázala se naučit jíst téměř cokoliv, ráda sportuje se svým přítelem, který ji ve všem podporuje. Naučila se mít se ráda a je přesvědčena, že je důležité svému tělu naslouchat, jelikož ono si samo řekne, co je pro něj nejlepší.

## **00Závěrečné zhodnocení a prognóza**

V případě Adély může autorka konstatovat, že sociální interakce zde nehrála žádnou roli ve vztahu k jejímu onemocnění ba naopak, byla to sama respondentka, která svým přístupem k vlastnímu tělu zapříčinila postupný rozvoj mentální anorexie a ani ona sama nebyla sto svůj problém bez odborníků zvládnout a to i přes to, že měla podporu těch nejbližších. Boj nad zákeřnou nemocí respondentka Adéla vyhrála a zůstalo ji několik vzpomínek, dále dva deníky, oblečení, parfém, CD, které v období mentální anorexie využívala a dnes jsou uschované v černé plastové krabici, kterou více jak 4 roky neotevřela až do doby jejich rozhovoru.

### **Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi:**

1. První problémy u respondentky nastaly na základní škole. Autorka doporučuje zaměřit se na prevenci poruch již na základní škole. Vhodným způsobem jsou přednášky a besedy pro studenty.
2. Prohlubovat znalosti poruch příjmu potravy a jejich dopadech na život člověka široké veřejnosti.

### **Kazuistika č. 3 (Martin)**

Martinovi je 30 let a je to již 9 let, co trpěl mentální anorexií. Momentálně se vrátil zpět do ČR. Pracoval 4 roky jako stevard pro přední leteckou společnost.

Narodil se 29. 10. 1987 jako druhé dítě. Na dětství má Martin hezké vzpomínky. Vyrůstal se svým starším bratrem a s oběma rodiči. V dětství s bratrem příliš nevycházel. Jeho bratr byl na základní škole a střední škole šikanován, a když přišel domů, vybíjel si zlost na svého mladšího bratra Martina. Proto až do jejich dospívání spolu měli poměrně dost konfliktů. S rodiči měl však velmi blízký vztah a jak sám respondent uvádí, měl milující rodiče, kteří by se pro něj rozdali. V současnosti s bratrem velmi dobře vychází a to i přesto, že se vidají méně kvůli cestování.

V podstatě od narození až do svých jednadvaceti let trpěl obezitou a ačkoliv miloval sport a tanec, nemohl tyto aktivity naplno vykonávat kvůli nadměrnému příjmu potravy,

kteřá zapříčinila obezitu. Často slýchal urážky na jeho osobu a posměšky jak ve škole, tak i od kamarádů, což pro něj nebylo jednoduché. Snažil se držet různé drastické diety, bral prášky na hubnutí, snažil se sportovat, avšak nic nezpůsobilo viditelný úbytek hmotnosti. Styděl se před ostatními kamarády sundat tričko, nechodil na bazény, koupaliště, nejezdil k moři, snažil se tak vyhnout jakémukoliv místu, kde by byla odhalena jeho postava. Velkým mezníkem pro něj byl kamarádský vztah s dívkou, se kterou trávil mnoho času, ten však přerostl v hlubší city k ní a rozhodl se jí své city sdělit. Respondent byl zklamaný, když se nesetkal s kladnou reakcí své kamarádky a ještě více ho mrzelo, když s ním kamarádka ukončila veškerý kontakt. Měl pocit, že přišel o vše. Do svých jednadvaceti let neměl partnerský vztah a jeho neopětované vyznání lásky ho posunulo k rozhodnutí, že na sobě chce pracovat.

Přestal jíst. Dnes již Martin tvrdí, že šlo o radikální řešení situace a to z důvodu, že do této doby se jeho váhu nepodařilo změnit. Byl natolik zarmoucený, že trpěl nechutenstvím k jídlu a to dopomáhalo jeho změně. Za nějaký čas dospěl do stádia, kdy mu stačil denně jeden pomeranč a krajíc chleba a po dvou týdnech nezdravě nízkého příjmu kalorií si tělo na malé množství potravy zvyklo. I přesto, že Martin snědl malé množství potravy denně, měl čím dál tím větší pocity výčitek z každého sousta, které snědl. V tu dobu si neuvědomoval, že by mohl mít nějakou poruchu příjmu potravy, jelikož byl konečně po svých jednadvaceti letech hubený a zároveň i spokojený s výsledky, které nastaly. Během čtyř měsíců snížil svoji tělesnou hmotnost o 35kg.

„Změnu mé okolí začalo vnímat hlavně v mém chování a odmítání stravy a později až bylo hubnutí očividné, tak i vizuální proměny. Rodina i kamarádi mě v mém rozhodnutí udělat změnu podporovali, jelikož věděli, s jakými posměšky a s jakým nepřijetím vlastního těla jsem musel bojovat“. V respondentovi se však neodehrávaly jen ty kladné pocity z proměny, ale bohužel i ty negativní v podobě výčitek každého sousta navíc. Jeho proměnou stoupl i sebevědomý a cítil se fyzicky velmi dobře. Začal si plnit své sny v podobě tancování a sportu, který mu již nedělal problémy a vizuální vzhled způsobil pozitivní ohlasy žen a Martin se cítil úspěšným až do momentu, kdy mu jeho máma sdělila, že by se měl stravovat „normálně“, že je jeho hubená postava již přes příliš. Tento fakt si uvědomil ve chvíli, když se viděl na fotografii. Jak sám uvádí: „propadlé lícní kosti, byl jsem jen kost a kůže“. Upravil svůj jídelníček a začal více sportovat. Začal nabírat na svalech a

jeho jídelníček byl více „zdravější“. Lékaře navštěvoval v podobě pravidelných kontrol tělesné hmotnosti a jeho největší podporou byli rodiče.

### **Závěrečné zhodnocení a prognóza**

U Martina je nutné taktéž konstatovat, že sociální interakce byla hlavním spouštěčem mentální anorexie, která se mu podařila zvládnout za pomoci odborníků avšak nutno dodat, že v současné době nevykazuje přímo příznaky mentální anorexie, ale jeho striktní úprava jídelníčku, která se stala jeho životním stylem je natolik urputně dodržována, že by se mohlo jednat až o jistou patologii. Existuje spousta potravin, které by si s chutí dopřál, ale následné výčitky mu jejich konzumaci nedovolují. Nemoc mu kompletně změnila život a přes všechno negativní s ní spojené je ve své podstatě rád, že tato změna nastala.

### **Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi:**

1. Je třeba si uvědomit, že poruchami příjmu potravy mohou trpět i muži, i když je to méně obvyklé než u žen. Autorka doporučuje se zaměřit na znalosti a prevenci poruch příjmu potravy i u mužů.
2. Prohlubovat informace o poruchách příjmu potravy a jejich dopadech na život člověka.
3. Věnovat pozornost správnému stravování a zabránit tak obezitě.

## 9. 4 Výstup z polostrukturovaných rozhovorů

Pomocí odpovědí z polostrukturovaných rozhovorů, autorka zároveň dostala odpovědi na následující body.

### 1. Kterou z PPP si trpěl/a?

Tereza	Mentální anorexie + mentální bulimie
Adéla	Mentální anorexie + mentální bulimie
Martin	Mentální anorexie

Z této tabulky vyplývá, že všichni respondenti měli onemocnění mentální anorexie. U jedné respondentky se objevily i příznaky mentální bulimie, avšak ji nebyla přímo diagnostikována. A u další respondentky mentální anorexie vyústila v mentální bulimii, což bývá častý jev u pacientů tohoto typu onemocnění. U třetího respondenta mužského pohlaví se projevila mentální anorexie.

### 2. V kolika letech se nemoc začala projevovat?

Tereza	V 10 letech
Adéla	Ve 14 letech
Martin	Ve 21 letech

U respondentky Terezy se nemoc poprvé projevila v jejích 10ti letech, kdy docházela na první stupeň základní školy a již v té době trpěla obezitou a tuto skutečnost si začala uvědomovat díky posměškům svých spolužáků. Stejný problém měl i respondent Martin, který trpěl obezitou již od svého dětství, a do svých 21 let se mu nepodařilo snížit tělesnou

hmotnost na optimální váhu. Až díky radikálním dietám, které později způsobily onemocnění mentální anorexie, se mu podařilo dosáhnout tíženého výsledku. U respondentky Adély se nemoc začala projevovat ve 14ti letech, kdy si chtěla udržet nízkou tělesnou hmotnost, která byla způsobena virovým onemocněním.

Z tabulky vyplývá, že onemocnění vzniká nejčastěji v období puberty a adolescence, kdy se u jedinců projevují fyziologické změny, poznává sám sebe a je náchylnější k reakcím blízkého okolí, kamarádů a spolužáků ve škole. Výsledky autorčina výzkumu se shodují s teoretickou částí bakalářské práce.

### 3. Co bylo prvotním příčinou nemoci?

Tereza	Velká tělesná hmotnost + prázdninový seriál, kde se dívka stala oblíbenou díky tomu, že zhubla + posměch spolužáků
Adéla	Úbytek tělesné hmotnosti kvůli virovému onemocnění
Martin	Obezita + chtěl změnit své tělo

U dvou respondentů byla příčina poruchy příjmu potravy obezita. Respondentka Tereza chtěla svoji tělesnou váhu snížit kvůli posměškům spolužáků ve škole. Prvotním impulzem byl prázdninový seriál, kde hlavní hrdinka trpěla obezitou a následně snížila tělesnou hmotnost a tím začala být ve svém okolí, ve škole oblíbenou a úspěšnou. Respondentka se nechala hlavní hrdinkou inspirovat. Respondent Martin měl podobné důvody jako Tereza. Často se stával kvůli obezitě terčem posměšků svých kamarádů a spolužáků. Dalším silným impulzem byla životní situace, která pro něj byla zlomová po psychické stránce, která mu zapříčinila nechutenství k jídlu. U respondentky Adély prvotní příčinou byl úbytek tělesné hmotnosti během virového onemocnění, přičemž následně si hmotnost chtěla udržet.

Ze získaných informací je patrné, že příčinou onemocnění je většinou vliv sociálních faktorů, které respondenty ovlivňují jak z hlediska posměšků kamarádů a spolužáků, tak i z hlediska kritických poznámek z členů rodiny, médií, apod. Dalšími vlivy jsou biologické faktory a psychologické, které mohou zapříčinit poruchy příjmu potravy například kvůli negativní životní události.

Získaná data z výzkumu potvrzují příčiny vzniku poruch příjmu potravy, které autorka uvedla v teoretické části.

#### 4. Změnil se v průběhu nemoci vztah s rodiči? Pokud ano, pozitivně či negativně?

Tereza	Změnil v negativním slova smyslu, hlavně s matkou
Adéla	Změnil hlavně s otcem (časté konflikty kvůli jídlu)
Martin	Výrazně nezměnil - podporující rodiče

V případě respondentky Terezy byl vztah s oběma rodiči poněkud chladný již před nemocí, právě proto si respondentčiných změn všimli, až po úbytku na váze 10kg. V průběhu nemoci se vztah ještě zhoršil a to i díky podrážděnému chování respondentky. Respondentka Adéla vyrůstala od raného dětství v idylické rodině, avšak i u ní došlo ke změně v chování, což mělo za následek časté konflikty hlavně s otcem, který se chtěl o dceru zajímat, ale respondentka reagovala podrážděně, což jí později bylo líto. Její matka s ní sdílela veškeré problémy spojené s nemocí a byla pro ni psychickou oporou. Podobně tomu bylo i u třetího respondenta, který měl velmi dobrý vztah s oběma rodiči od samého dětství, a v průběhu nemoci mu byli oporou. Jeho matka byla první, která ho upozornila, že je již poněkud vyhublý a měl by přestat s hubnutím, ačkoliv se tento názor respondentovi nelíbil a bránil se mu, později i on uznal, že měla jeho matka pravdu.

Ve všech případech se díky nemoci změnilo chování respondentů. Začali být více podráždění, citlivý, afektovaní, cholericí, sobečtí, a podobně. To vše mělo za následek konflikty s rodiči, které probíhaly u každého respondenta odlišně. Ve všech případech se rodiče snažili respondentům pomoci vyléčit se z nemoci, ať už u některého více či méně, avšak tato snaha měla opačný efekt. Respondenti si byli jisti, že žádnou pomoc nepotřebují a reagovali na rodiče negativně. Až po určité době léčby uznali, že měli rodiče pravdu a pomáhali jim oprávněně.

Výsledky výzkumu ukazují, že v průběhu nemoci se vztahy mezi nemocnými a jejich rodiči změnili a z většiny případů negativně, což potvrzuje skutečnost, že nemoc má vliv na sociální vztahy.

### 5. Ztratil/a jsi v době nemoci někoho blízkého?

Tereza	Málem svého přítele, teď už manžela.
Adéla	Ne
Martin	Spíše ne – negativní ohlasy na získané sebevědomí, které bylo před nemocí podprůměrné

Respondentka Adéla uvedla, že „naštěstí“ nikoho blízkého neztratila a za to vděčí především své vstřícné rodině a blízkému okolí, že i přes všechny nepříjemnosti spojené s jejím chováním v nemoci ji neopustili a zůstali oporou. U respondenta Martina došlo ke změně chování a to díky získanému sebevědomí, které bylo zapříčiněné hubnutím. S tím souvisí jeho vzhled, to znamená, že začal být více atraktivní pro ženy, a i celkově pro své okolí. Jeho chování a vzhled u některých lidí vyvolalo negativní ohlasy. V případě respondentky Terezy její chování velmi ovlivnilo vztah se svým přítelem, který v období její nemoci netušil, čím vším si Tereza prochází. Tereza byla častokrát na přítele podrážděná, kvůli výčitkám z potavy nebo hladovění s čímž ji přítel nedokázal pomoci a vznikali mezi



nimi konflikty. I přes všechny problémy spojené s nemocí spolu zůstali a v současnosti jsou již 3 roky manželé.

Všichni respondenti v době nemoci změnili své chování, ale u žádného z nich nedošlo ke ztrátě blízkého člověka či rodinného příslušníka. I přes všechny problémy spojené s poruchou příjmu potravy, které byly pro respondenty i jejich rodiny a blízké přátele vyčerpávající společně nemoc překonali.

Výzkum potvrzuje, že jsou sociální vazby velmi důležité pro respondenty v období nemoci a to z důvodu podpory a pomoci zvládnout nemoc překonat.

## 6. Jak probíhala léčba?

Tereza	Domácí léčba + pravidelná kontrola tělesné hmotnosti u lékaře + přítel
Adéla	Domácí léčba + pravidelné sezení u psychologa + rodina
Martin	Domácí léčba + pravidelná kontrola tělesné hmotnosti u lékaře + rodina a přátelé

V případě respondentky Terezy léčba spočívala v pravidelných návštěvách lékaře, který jí pravidelně kontroloval tělesnou hmotnost. Respondentka Adéla, na popud rodiny, navštívila svého obvodního lékaře, od kterého dostala doporučení k psychologovi, kterého každý týden navštěvovala a psala si deník, který obsahoval její úspěchy i neúspěchy ve stravování. Respondent Martin docházel obdobně jako respondentka Tereza ke svému obvodnímu lékaři na měření tělesné hmotnosti. U všech respondentů měla velký vliv na léčbu rodina a přátelé, jež byli velkou oporou a motivací k uzdravení.

Dle výzkumu bylo pro léčbu důležité udržování vztahů s rodinou či přáteli, což potvrzuje vliv sociálních vztahů.

## 7. Jaké zdravotní problémy nemoc způsobila, které přetrvávají do teď?

Tereza	Pořád řeší jídlo, snížená pravděpodobnost početí
Adéla	Pořád řeší jídlo, sportuje
Martin	Pořád řeší jídlo, sportuje, hlídá svoji váhu

Respondentka Tereza se v průběhu nemoci potýkala s psychickými problémy, které způsobovaly výčitky ze zkonsumované potravy a samozřejmě nemoc poznamenala i fyzickou stránku těla. Kvůli nedostatku vitamínů, které Tereza nepřijímala z potravy, se jí výrazně zhoršila pleť, začaly ji vypadávat vlasy, třepit nehty a narušil se jí menstruační cyklus. Dlouhou dobu trvalo, než se tělo vrátilo do původního stavu a tyto problémy zapříčinily sníženou pravděpodobnost početí. U respondentky Adély byly problémy zapříčiněné mentální anorexií velmi obdobné. V době nemoci zaznamenala zhoršení pleti, nehtů, vlasů a díky propadlému břichu měla do krve odřené pánevní kosti od kalhot. Časté modřiny ze cvičení do vyčerpání a pocitu chladu kvůli nedostatku podkožního tuku nebyly výjimkou. Ze ztráty menstruace se později vyvinuly i další problémy. Doba rekonvalescence jak po psychické stránce tak i po fyzické trvala dlouho. Respondent Martin závažné problémy nepocítil. Úbytek váhy mu spíše dopomohl k lepším tělesným výkonům a cítil se fyzicky lépe, proto nedostatky na pleti a vlasech přehlížel. V dnešní době uvádí, že mu žádné problémy nezůstaly, právě naopak zůstala mu jeho váha, kterou si drží v rámci optimální tělesné hmotnosti, se kterou je respondent spokojený, s tím také souvisí změna jeho jídelníčku. Martin se stravuje zdravě, vyhýbá se smaženému, tučnému jídlu a při ochucení těchto potravin má stále pocit výčitek.

Všichni respondenti se dodnes potýkají se změnou svého jídelníčku, která není již tak radikální jako v době nemoci, ale neustále se snaží stravovat zdravěji. Respondentka Tereza neustále vymýšlí nové recepty, jak pro sebe tak i pro svého manžela, jelikož se snaží oba stravovat zdravě a aktivně sportovat. Respondentce Adéle trvalo dlouhou dobu, než

přestala mít výčitky z jídla a než přestala při každém jídle počítat kalorie. Dnes se však aktivně věnuje výživovému poradenství, alternativní medicíně a maserské činnosti, což poukazuje na to, že se stále zabývá stravováním, ale tentokrát již zdravému. S přítelem sportují a rádi ochutnávají nová jídla. Adéla si díky mentální anorexii a nynějšímu způsobu života uvědomila, jak je důležité se o své tělo starat a mít se ráda. Jak sama respondentka uvedla, neznamená, že když se dostanete na standardní váhu, jste zdraví, právě tehdy začíná boj sama se sebou a vy se znovu učíte žít ve vlastním těle.

Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že poruchy příjmu potravy natolik zasáhnou životy nemocným, že je velmi obtížné se problémů zbavit a i přes dlouhodobou léčbu se jedinci neustále zajímají o jídlo, o fyzické aktivity a celkově o své tělo.

### 8. Momentální stav a kvalita života?

Tereza	V současné době bez příznaků
Petra	V současné době bez příznaků
Martin	V současné době bez příznaků

Všichni respondenti jsou již bez příznaků. U respondentky Terezy je to již 15 let od prvotního náznaku nemoci tudíž je mentální anorexie již minulostí. S manželem si udržují zdravý životní styl a i přes ztíženou možnost otěhotnění mají dnes čtyřměsíční miminko. Respondentka Adéla začala hubnout ve svých 14ti letech, což znamená, že je to již 10 let od onemocnění mentální anorexií. Dnes je již zdravá a poskytuje poradenství ohledně zdravé výživy ostatním lidem. Respondent Martin je již po devíti letech od propuknutí nemoci zdravý, udržuje si optimální tělesnou hmotnost a je spokojený sám se sebou.

Výsledky výzkumu ukazují, že většina jedinců je v současné době bez příznaků, avšak nesmíme opomíjet, že mentální anorexie patří mezi nejvíce smrtelná psychická onemocnění.



## **Závěry výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký dopad mají poruchy příjmu potravy na sociální vztahy člověka. Autorka použila techniku polostrukturovaných rozhovorů a poté z nich vytvořila kazuistiky na základě, kterých autorka zjistila, že poruchy příjmu potravy mají negativní vliv na sociální vztahy. Neblahý dopad mají zejména na rodinné vztahy, partnerské vztahy a vztahy s vrstevníky.

Z výzkumu je patrné, že spouštěčem nemoci byly ve dvou případech negativní ohlasy na postavy respondentů od svých vrstevníků a v jednom případě byla spouštěčem nemoci sama respondentka, která svým přístupem k vlastnímu tělu zapříčinila postupný rozvoj mentální anorexie.

## **Shrnutí**

V práci jsou uvedeny tři kazuistiky, které autorka provedla pomocí polostrukturovaného rozhovorů se dvěma ženami a jedním mužem, kteří si prošli mentální anorexií a mentální bulimií a nad nemocí již zvítězili.

Kvalitativním výzkumem bylo zjištěno, že porucha příjmu potravy u dvou respondentů ze tří byla zapříčiněna sociální interakcí ať už v rodině nebo v širším kolektivu. Byla základním spouštěčem příznaků diagnostikovaných nemocí spojených s poruchou příjmu potravy. U těchto nemocí hraje nezaměnitelnou roli přístup nejbližšího okolí a jejich snaha o podporu a pochopení nemocného. Samotná porucha příjmu potravy zasahuje do vzájemných vztahů a tyto ovlivňuje, jak negativně tak pozitivně, což nám ukazuje na příkladu respondentů, kdy u dvou respondentů došlo k narušení vztahu s jedním s rodičů a pouze u jednoho respondenta nemoc vztah s rodiči nikterak neovlivnila, ba naopak. Na otázku zda lze zvládnout nemoc s poruchami příjmu potravy bez pomoci odborníků bylo výzkumem prokázáno, že ani u jednoho z respondentů by zvládnutí samotné nemoci bez zásahu odborníka nebylo možné. Na otázku dodržování správně nastavených pravidel i po vymizení příznaků poruch příjmu potravy bylo zjištěno, že u všech tří respondentů je nutné nastavení a dodržování pravidel zejména v oblasti stravování, ze kterého si však respondenti dokázali vytvořit součást jejich životního stylu.

U jednoho z respondentů však vyvstala otázka, zda jím nastavený striktní životní styl zejména v oblasti stravování nevykazuje známky jisté patologie.

V poslední době autorka kromě svých respondentů vyslechla mnoho příběhů či internetových diskuzí lidí s poruchami příjmu potravy a zjistila, že není možné nalézt konkrétní příčiny vzniku těchto onemocnění, jedná se totiž o komplex více problémů, které mohou být jak psychické, tak fyzické a u každého jsou příčiny individuální. Společné jsou však dopady na životy nemocných či jejich rodin a nejbližších.

Poruchy příjmu potravy jsou obzvláště nebezpečná psychická onemocnění, která se musí důkladně léčit. Nemocní musí však sami chtít se léčit a pochopit, že jsou nemocní. Nepomůžou jim prosby ani slzy ze strany okolí, potřebují především podporu a důvěru. Neodmyslitelným pomocníkem je i interdisciplinární tým odborníků, kteří se podílejí na léčbě poruch příjmu potravy.

## Diskuze

Praktická část výzkumného šetření obsahuje tři kazuistiky vypovídající o životě respondentů před, během a po nemoci, jenž byly realizovány pomocí polostrukturovanými rozhovory.

**Hlavní výzkumná otázka: „*Jaký dopad mají poruchy příjmu potravy na sociální vazby člověka?*“**

Tyto rozhovory ukázaly na problémy poruch příjmu potravy, čímž byl zodpovězen hlavní cíl autorčina výzkumu, že poruchy příjmu potravy mají negativní dopad na sociální vazby člověka s onemocněním tohoto typu, což potvrzuje publikace (Papežová, 2010), kde autorka poukazuje na jisté narušení sociálních vztahů a to konkrétně na partnerský vztah, rodinné vztahy a snížení pracovního uplatnění.

U respondentů měla nemoc negativní dopad zejména na vztahy s rodiči, pouze u jednoho se vztahy v rodině naopak zlepšily a to díky podpoře ze strany rodičů. Výzkum koresponduje s poznatky jiných autorů (Novák, 2010), kteří také uvádí, že nemoc má vliv na sociální vztahy, které se následně přenáší i do partnerských vztahů, kdy je na partnera vyvíjen velký nápor na zvýšenou toleranci, která vychází z důsledku prodělané a diagnostikované poruchy příjmu potravy.

Krch (2008) uvádí, že poruchy příjmu potravy způsobují časté rozpory se svým okolím a ubývá počet kontaktů.

Z celkových výsledků výzkumu lze konstatovat, že poruchy příjmu potravy mají negativní dopad na sociální vazby člověka.

**VV01: „*Zda na propuknutí nemoci měla vliv sociální interakce?*“**

Výsledky autorčina výzkumu potvrzují vedlejší výzkumnou otázku, že na propuknutí nemoci měla vliv sociální interakce zejména u dvou respondentů, kde byl vliv sociální interakce přímo spouštěčem onemocnění. V případě jedné respondentky nastal problém již v rodinných vztazích, což mělo vliv na propuknutí nemoci.

Problémy v rodině mohou mít vliv na poruchy příjmu potravy, jak uvádí ve své publikaci Papežová (2010), že lidé s poruchami příjmu potravy byli častokrát vystaveni velkému tlaku svých rodičů a častokrát se vyskytovaly konflikty se svými sourozenci a to již před nemocí.

Výzkum toto tvrzení potvrzuje, jelikož respondentka uvádí konflikty v rodině a i výše zmiňované konflikty se svým sourozencem. Pouze v případě jedné respondentky nehrál tento vliv roli, ba naopak byla to sama respondentka, která svým negativním přístupem ke svému tělu a sobě samotné zapříčinila propuknutí nemoci.

Z celkových výsledků výzkumu lze tvrdit, že na propuknutí nemoci měla z většiny vliv sociální interakce.

**VV02: „Změnil se v průběhu nemoci vztah s rodiči? Pokud ano, pozitivně či negativně?“**

V případě dvou respondentů se vztah s rodiči změnil a to negativně. Obě respondentky uvádí změnu vztahu, která je zapříčiněna změnou v jejich chování. U respondentky Adély došlo ke změně chování, což mělo za následek časté konflikty s otcem, jelikož na jeho otázky reagovala díky hladovění podrážděně. Tvrzení potvrzuje ve své publikaci Krch (2010) kde tvrdí, že jsou nedostatkem jídla vyvolávány negativní pocity, náládovost, negativní myšlení a pacienti často trpí depresemi, což může mít za následek ztrátu sociálních vztahů.

V případě respondentky Terezy se vztah s matkou příliš nezměnil, ale nemoc měla vliv na vztah s otcem, jelikož měla pocit, že otec upřednostňuje staršího bratra. Jak uvádí Novák (2010) dívky většinou trpí pocity méněcennosti, jelikož rodiče často neoceňují jejich snahu, nebo jsou dívky oceňovány méně než jejich bratr.

U respondenta Martina nedošlo k výrazným změnám ve vztazích v rodině. Krch (2008) popisuje ve své publikaci rodinu, jako důležitý faktor při zajišťování funkce utváření osobnosti, jedince jako sebevědomého člověka, který je spokojený ve svém těle.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že vztah s rodiči se v průběhu nemoci změnil a to z většiny případů negativně.



**VV03: „Zda je možné zvládnout nemoc s poruchami příjmu potravy bez pomoci odborníka?“**

Dle výsledků šetření je patrné, že pro zvládnutí problémů s poruchami příjmu potravy bylo nutné spolupracovat s odborníky a to ve všech případech respondentů. Autorka díky svým zkušenostem z praxe v centru Anabell, zabývající se poruchami příjmu potravy zjistila, že je velmi obtížné se sám vypořádat s příznaky nemoci bez pomoci odborníků.

Je složité nalézt příčinu vzniku onemocnění, jelikož se jedná o komplex více problémů, jež jsou u každého člověka individuální, a proto je nutné při léčbě dbát na komplexnost celkové léčby. Krch (1999) ve své publikaci uvádí, že kromě redukčních diet nejsou známé konkrétní příčiny, které by se projevovaly u všech pacientů s poruchami příjmu potravy, každý člověk je individuální a odlišný a s tím také souvisí i individuální přístup.

Výzkumné šetření potvrzuje, že u všech případů bylo nutné kontaktovat odborníka na tuto problematiku, jak doporučuje centrum Anabell, což je centrum podporující osoby s poruchami příjmu potravy. Guarda (2007) popisuje, že lékaři doporučují, aby jedinec trpící podvýživou vyhledal speciální pracoviště, ve kterém bude zahrnuta individuální péče, skupinové ale i rodinné terapie, psychologické a nutriční poradenství.

U všech respondentů byla doporučena pravidelná ambulantní léčba, kde se dle Garnera (2005) poskytují nejčastější formy léčby v podobě terapií pro mentální anorexii a mentální bulimii, mezi něž patří individuální, rodinná, skupinová, interpersonální a psychodynamická terapie a nejčastější je kognitivně-behaviorální terapie.

**VV04: „Zda je nutné dodržování správně nastavených pravidel i po vymizení příznaků poruch příjmu potravy?“**

V současné době jsou příznaky nemoci všech respondentů zcela vymizelé, avšak nabízí se otázka, zda se poruchy příjmu potravy nemohou vrátit. Krch (2008) ve své publikaci uvádí, že za podmínek dodržování správně nastavených pravidel, nejen ve

stravování, ale i v psychicky náročných situacích, se pravděpodobnost opětovného výskytu příznaků poruch příjmu potravy minimalizuje. Výzkumné šetření svými výsledky odpovídá na otázku dodržování správně nastavených pravidel i po vymizení příznaků poruch, z kterého je patrná nutnost dodržování pravidel zejména v oblasti stravování, ze kterého si však respondenti dokázali vytvořit součást jejich životního stylu. U jednoho z respondentů však vyvstala otázka, zda jím nastavený striktní životní styl zejména v oblasti stravování nevykazuje známky jisté patologie.

Bylo zaznamenáno několik limitů výzkumného šetření, jež mohly ovlivnit výsledky. Hlavním limitem autorka vnímá vyhledávání respondentů, jelikož mnoho z nich se o problémech nechce svěřit. V případě autorky, která se zaměřovala na sociální vztahy i po nemoci, oslovila respondenty, jež jsou několik let po léčbě, a přesto vnímala v některých částech rozhovorů bariéru a to z důvodu toho, jak uvádí Papežová (2010) pacient i po léčbě může vykazovat známky jistých příznaků onemocnění. Dalším limitem může být nálada, která respondenta v době rozhovoru ovlivňuje na tolik, že nemusí být otevřený otázkám rozhovoru. Je důležitý i výběr místa v době rozhovorů. Respondent by se měl cítit bezpečně a příjemně. Klíčovým limitem ve výzkumném šetření je příjemná atmosféra mezi autorkou a respondenty.

Již v době výzkumného šetření se autorka zamýšlela nad možnostmi, jak by se dané výsledky daly využít v praxi. Jedná se hlavně o praktické poznatky. Ve výzkumu se osvědčila technika polostrukturovaného rozhovoru, jelikož se mohla v průběhu rozhovoru doptat na další otázky, což vedlo k nestrojenému rozhovoru mezi autorkou a respondenty a dle výpovědí respondentů na ně tento rozhovor působil velmi přirozeně a více se otevřely ve svých odpovědích.

Autorka doporučuje prohloubit povědomí široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy o jejich dopadech na život člověka a na sociální vztahy, o možnostech pomoci lidem trpících poruchou příjmu potravy, informovat prostřednictvím médií a letáků, které zahrnují i možnosti, jak se obrátit o pomoc. Důležité je zabývat se prevencí problematiky již na základních školách. Jak tvrdí Papežová (2010) prevence je důležitá složka odborné péče a je nezbytně důležité spojení rizik a preventivních programů a je nutné využívat média se zaměřením na dopad a výskyt mentální anorexie a mentální bulimie.

Prací věnující se problematice poruch příjmu potravy je mnoho, avšak autorka se zaměřila na práce, které zkoumají příčiny vzniku poruch a dopady na život člověka a jeho sociální vazby. Příkladem je bakalářská práce (Havelková, 2017), která se zaměřuje na dopady poruch příjmu potravy. Autorka zde zmiňuje vliv sociálních vztahů na onemocnění. Tato skutečnost byla potvrzena i u všech tří respondentů, kdy průběh nemoci byl ovlivněn sociální interakcí.

Další prací, která se věnuje tématu poruch příjmu potravy (Slavíčková, 2011) se zaměřuje na hlavní dvě poruchy a to mentální anorexii a mentální bulimii a sociální důsledky. Tato bakalářská práce poukazuje na vliv sociálních vztahů před nemocí a na negativní dopady na sociální vztahy po nemoci.

## ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou velmi smutnou oblastí lidského zdraví, neboť jsou to právě mladí lidé, kterých se to nejvíce týká. První reakcí okolí takového jedince na skutečnost, že dotyčný trpí některou formou poruchy příjmu potravy je zděšení, údiv, lítost a následuje otázka „proč“. Snaha o vysvětlení proč lidé začnou trpět poruchou příjmu potravy, sahá hluboko do historie, ač nikdo nedokázal takový jev pojmenovat. Již ve druhé polovině devatenáctého století se začínají objevovat věrohodně popsané případy mentální anorexie a stále více rostla snaha o zjištění příčin takového chování.

Jednoznačnou odpověď na otázku, proč se vůbec vyskytuje porucha příjmu potravy, a proč nejčastěji u mladých lidí pravděpodobně nenajdeme, avšak z praxe a z řady výzkumů vyplývá, že je to právě rodina, která nejčastěji zapříčiní výskyt prvních příznaků poruch příjmu potravy, a proto kvalita rodiny a zdravé sociální vazby v ní jsou důležitým faktorem v prevenci vzniku takových poruch. Rodina zásadním způsobem ovlivňuje utváření osobnosti dítěte a následně i mladého člověka a jsouli právě zde jakýmkoliv způsobem vzájemné vazby narušovány vzájemně nebo některým z členů rodiny, může to mít zásadní vliv na vývoj nemoci poruchy příjmu potravy. Nedostatek vzájemných citových vazeb, nevhodný výchovný styl, upřednostňování některého člena rodiny, nezaměstnanost rodičů, sociálně ekonomický status rodiny, existenční nejistota, počet dětí v rodině, úplnost rodiny, alkoholová i nealkoholová závislost v rodině mnohdy podněcuje vznik prvních příznaků, které mnohdy vyústí až samotné nemoci spojené s poruchou příjmu potravy. Je nutno konstatovat, že první příznaky poruch příjmu potravy u mladého jedince mohou být tzv. „voláním o pomoc“ ve vztahu k rodičům. Naše společnost se snaží vznik různých nemocí spojených s poruchou příjmu potravy alespoň eliminovat, ale ne vždy je tento boj úspěšný a závažnější formy takové nemoci mající znaky až patologické pak na sebe nenechají dlouho čekat.

Porucha příjmu potravy zejména u mladých lidí je ovlivňována mnoha působícími faktory. Jde například o celkovou úroveň společnosti a její kulturu. Nelze opomenout ani faktory jako je právě počet osob s poruchou příjmu potravy ve společnosti a efektivní a kvalitní práce lékařů, psychologů i psychoterapeutů. Nemoc poruchy příjmu potravy u mladých lidí je také ovlivňována samotnou osobností postiženého, což také můžeme řadit

mezi faktory. Je třeba rozlišit okruh takových osob i jejich společenské postavení. Pacienti, kterým byla diagnostikována některá forma poruch příjmu potravy, jsou většinou schopni utajovat své skutečné příznaky i své související chování.

Je zřejmé, že preventivní programy a opatření v této oblasti zdraví by se neměly zaměřovat jen na určité rodiny, ale měly by být uplatněny napříč všemi společenskými vrstvami, všude tam, kde citové či jiné projevy mladého člověka nám naznačují výskyt některých z negativních faktorů v jejich rodinách.

Pozitivní vývoj celé naší společnosti je možný tehdy, když rodina, jako základní článek společnosti bude dostatečným základem a důležitým předpokladem zdravého vývoje mladého člověka a tím i celé společnosti, což bude mít přirozený dopad na snižování počtu zejména mladých lidí s tímto onemocněním. Ochrana zejména mladých lidí před poruchami příjmu potravy je výsledkem pokroku společnosti v chápání sebe sama.

Není jednoduché shrnout všechny získané informace na pár stránek, zejména jedná-li se o tak závažné téma, kterým je porucha příjmu potravy vyskytující se právě u mladých lidí. Je nutná snaha o navázání kvalitní vzájemné spolupráce mezi pacientem a odborníkem a fabulace některé ze základních informací tady není na místě. Zde v této oblasti je spolupráce více než nutná.

## SEZNAM LITERATURY

BEUMONT, P. J. V. *The history of eating and dieting disorders*. Clinics in Applied Nutrition. 1991, 1, s. 9-20.

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: VOTOBIA, 1995.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1.

GARNER, D. M. *Pathogenesis of anorexia nervosa*. The Lancet. 1993, 341, 8861, s. 1631-1635.

GOWERS, S.; McMAHON, J. B. *Social class and prognosis in anorexia nervosa*. International Journal of Eating Disorders. 1989, 1, 8, s. 105-110.

GUARDA, Angela S. *Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles*. Physiology & Behavior. 2007.

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychopradna. ISBN 80-86517-60-8.

HAVELKOVÁ, I. *Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na život člověka*. Brno, 2017. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOEK, H. W. *The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care*. Psychological Medicine. 1991.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F. D. *Epidemiologie poruch příjmu potravy*. In: Krch, F. D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy. Vydání 2*. Praha, Grada, 2005.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024721309.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
- LOCK, J.; LE, G. D.; AGRAS, W. S.; DARE, C. *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*. New York: Guilford Press, 2001. 270 s. ISBN 157230-836-2.
- MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001, 240s. ISBN 80-7178-521-0.
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Luboš SOBOTKA a Eva ČEŠKOVÁ. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 8085912333.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- RATHER, G.; MESSNER, K. *Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study*. *Psychological Medicine*. 1993, 23, s. 175-184.
- SLAVÍČKOVÁ, B. *Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie*. Zlín, 2011. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Eva Machů, Ph. D.
- VAŠINA, L., *Základy psychopatologie a klinické psychologie*, 2010.

WOODSIDE, D. B. *A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current Problems in Pediatrics*. 1995, 25, 2, s. 67-89.

WORLD HEALTH ORGANISATION. MKN – 10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize*. 2. aktualizované vyd. Praha: Bomton agency, 2008. p. 221- 222. ISBN: 978-80-904259-0-3.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize - Tabelární část* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2017. [cit. 2018-03-20]. ISBN 978-80-7472-168-7.

### **Odborné časopisy:**

Měsíčník Psychologie dnes, Sládková, I. Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných, 2005, str. 24-25.

### **Webové stránky:**

*Anabell* [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

*Linebox* [online]. Brno, 2011-2017 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <https://www.liniebox.cz/clanky/zachvatovite-prejidani/>.

*Orthorexia: Steven Bratman* [online]. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/>.

### **Článek z webu:**

HOLLAND, A. J.; SICOTTE, N.; TREASURE, J. *Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis*. Journal of Psychosomatic Research. 1988, 32, 6, s. 561-571.

KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. *Idealni.cz* [online]. 2014 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>.



## **ANOTACE**

Jméno a příjmení: Pavlína Očadlíková

Název práce: Poruchy příjmu potravy a sociální vazby

Název v angličtině: Eating disorders and social ties

Vedoucí práce: PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.

Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Speciální pedagogika – dramaterapie

Rok obhajoby: 2018

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, sociální vazby

Anotace práce: Bakalářská práce zkoumá sociální vztahy před nemocí, během nemoci a po nemoci. Vymezuje poruchy příjmu potravy, příčiny a následky poruch příjmu potravy a pojednává o vlivech nemoci na sociální vazby jedince. Zjišťuje dopad, který mají poruchy příjmu potravy na život člověka. Seznamuje s kasuistikami dívek a jednoho muže, kteří trpí nebo trpěli anorexií či bulimií. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují sociální vazby.

## **SUMMARY**

Name and surname: Pavlína Očadlíková

Title: Eating disorders and social ties

Supervisor: PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.

Institute: Institute of Special Education Studies, Faculty of Education, Palacký University  
Olomouc

Specialization: Special Education

Year of defence: 2018

Key words: Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, social ties

Summary: The bachelor thesis examines social relationships before illness, during illness and after illness. It defines eating disorders, causes and consequences of food intake disorders, and discusses the effects of illness on the individual's social ties. It detects the impact of eating disorders on human life. It acquaints her with the casuistics of girls who suffer or suffer from anorexia or bulimia. The aim of this bachelor thesis is to find out how eating disorders affect social ties.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – přepsaný rozhovor z diktafonu s respondentem č. 1

Příloha č. 2 – přepsaný rozhovor z diktafonu s respondentem č. 2

Příloha č. 3 – přepsaný rozhovor z diktafonu s respondentem č. 3

## **SEZNAM ZKRATEK**

PPP – poruchy příjmu potravy

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha č. 1 - Respondent č. 1

#### 1. Popiš sama sebe, jak se jmenuješ, kolik je ti let a tvé bydliště.

„Jmenuji se Tereza a je mi 25 let. Bydlím se svým manželem v bytě.

#### V období PPP jsi bydlela?

„V období, kdy jsem měla PPP, tak jsem bydlela u svých rodičů v rodinném domě na malé vesnici.“

#### Jaké je tvé nejvyšší vzdělání? A jaké je tvé zaměstnání?

„Studovala jsem v Brně vysokou školu, ale momentálně jsem na mateřské dovolené, takže nejsem v zaměstnání.“

#### 2. Popiš své dětství, jak na něj vzpomínáš, co sourozenci a rodiče? Vyrůstala jsi s oběma rodiči?

„Na mé dětství vzpomínám ráda, ale jsou tam i negativní momenty, na které nezapomenu. Naši měli nejdříve spokojené manželství, i když mě měla mamka celkem brzo. Měla 19 let, když se vdávala a v druhém roce počala hned 2 děti, nás s bratrem. Mám tedy staršího sourozence, kterého naši vždy upřednostňovali a já jsem to dost pociťovala už jako malá. Brácha měl nové hračky, oblečení a já jsem vše nosila po něm. Brácha jezdil s taškou na výlety a já jsem zůstávala s mamkou doma. Rodiče se pak začali hádat a nebylo vůbec příjemné tomu přihlížet. Hádky párkrát vyústily v agresi. V pozdějším věku se rozvedli, ale to už jsem bydlela u svého přítele, dnes už manžela.“

#### 3. Předcházel tvé nemoci nějaký konkrétní zážitek? Pamatuješ si, kdy to začalo? Kdy jsi poprvé věděla, že je něco jinak?

„Ano, přesně si vybavuji, jak to asi začalo. Jak jsem už řekla, bývala jsem často sama s mamkou doma o prázdninách a sledovala různé seriály. Jedním z nich byl seriál, který jsem se mimochodem nedávno snažila dohledat, ale nevzpomněla jsem na jeho název. Byl o jedné

dívce, která začala hubnout pomocí odmítání jídla (anorexie) a zvracení (bulimie) a stala se tak krásnou a oblíbenou ve svém kolektivu kamarádu a ve škole. Pamatuji si, že měla krásnou postavu a také si ty krásné kudrnaté vlasy, ale nakonec stejně skončila na psychiatrii, to už jsem v tom ale jela taky. Tak jsem si řekla, že se zkusím taky vyzvracet, párkrát jsem to udělala a ono to opravdu fungovalo. Uvědomovala jsem si, že to není ten správný způsob hubnutí, ale vždycky si říkala, že to mám pod kontrolou a mě se nemůže nic stát. To, že je něco v nepořádku jsem si uvědomila například, když jsem později zvracela nějaké jídlo a mezi zvrátky uviděla nitky krve.“

#### **4. Jak nemoc probíhala? Zkus popsat průběh nemoci, a co jsi díky ní omezovala a naopak?**

„Vše začalo tím, že jsem se párkrát vyzvracela a viděla jsem ihned výsledky. To mi ale nestačilo. Začala stravu vědomě odmítat za účelem hubnutí. Všechno fungovalo a já jsem byla se sebou čím dál více spokojenější. Za dva měsíce jsem shodila 10kg a viděla jsem, že to jde dál, a že když budu chtít, shodím ještě víc a taky jsem stále víc toužila hubnout.“

#### **Kdy si toho všimli tví rodiče?**

„Rodiče si všimli až po těchto dvou měsících, že výrazně hubnu, ale mysleli si, že je to mým novým životním stylem, že jsem začala zdravě jíst a sportovat. Začala jsem odmítat jídlo úplně všude, na rodinných oslavách, na posezení s kamarádkami, v restauracích apod.“

#### **Omezovala ses nějak i v restauracích?**

„Ano, ale byla jsem nervózní, když jsem musela jít do restaurace, kde všichni jedli a já i přesto, že jsem měla velký hlad, jsem si nedala ani sousto, ale o to víc jsem na sebe byla hrdá. Už večer jsem přemýšlela nad tím, co budu zítra jíst a kolik kalorií za ten den sním, pokud to bylo více, než jsem potřebovala, dala jsem si více kilometrů běhu nebo jsem to prostě vyzvracela. Před ostatními jsem si vymýšlela různé výmluvy, proč si jídlo nedám, například, že už od 5hod nejím apod.“

#### **Kdo si toho všiml jako první?**

„Moje tety (jedna je zdravotní sestra) si na rodinných oslavách začaly všimnout, že je něco v nepořádku, upozornily na to i mé rodiče a ti mi začali vyhrožovat ozdravovnou a psychiatrií. Z nich jsem ale nikdy neměla velký respekt. Jediným východiskem bylo, moje odmítání potravy tajit a to zpočátku nebylo moc těžké. Začala jsem pro mě přichystané jídlo různě schovávat nebo vyhazovat, aby vše naznačovalo tomu, že jím. Přitom jsem snědla pouze kousek pečiva a malý kousek ovoce. V té době jsem měla při své výšce 168 cm 37kg.“

### **Kdo to začal s tebou prvně řešit?**

„Rodiče, ale nebrala jsem jejich vyhrožování vážně, ale jednoho dne mě mamka vzala k doktorce a ta se zděsila, co všechno dělám špatně, že musím jíst a od té doby jsem musela chodit na pravidelné kontroly, kde mě vážila a promlouvala mi do duše, že pokud nepřiberu tak budu muset do ozdravovny. Začala jsem vymýšlet různé figle, jak vážit u doktorky víc, ale vlastně nepřibrat. Věděla jsem, že u doktorky si můžu ponechat podprsenku a kalhotky, tak jsem začala shánět předmět, který je dostatečně malý, aby se vešel do podprsenky, ale zároveň co nejvíce těžký. V tatčkově dílně jsem hledala tak dlouho, než jsem našla železnou matici, která byla malá a těžká. Nebo jsem se přepíjela vodou a kefirem těsně před kontrolou u doktorky, protože jsem věděla, že tím 0,5 až 1kg přiberu a ne nadlouho. Pamatuju si, jak jsem přitom bývala nafouklá a vůbec mi nebylo dobře.“

### **Změnila se tvá váha v průběhu lékařských kontrol?**

„Váha se bohužel tenkrát pro mě zlepšila, jelikož jsem začínala mít strach z toho, že bych musela někam na léčení, byla bych odloučená od rodiny a všech kamarádů. Moje váha se dostala na 45 kg, tak jak chtěla doktorka a mamka s tatškou si mysleli, že jsem z toho už venku a nebrali mě už v potaz. Opak je pravdou trápila jsem se snad ještě víc, jelikož jsem přibrala, neměla jsem svoji vysněnou postavu, i když jsem byla pro druhé stále vyhublá. Začala jsem trpět depresemi a neskutečnými stavy zklamání sama sebe. Kolikrát jsem se strašně přejedla a pak to šla vyvracet a z toho jsem se najedla zdravě, šla si zaběhat 15km a neměla jsem potřebu zvracení.“

### **Jak dlouho tento stav trval?**

„Tento stav trval snad 4 roky, vše se točilo jen kolem jídla, byla jsem zavřená přede všema a před vším. Pokud jsem se přejedla, dokázala jsem sedět před zrcadlem a několik hodin si terorizovat svůj obličej, kdy jsem si mačkala akné, abych aspoň chvíli myslela na něco jiného než na svoji váhu.“

#### **6. Kdy si tvé okolí (kamarádi) začalo všimnout změny?**

„Jak už jsem říkala, rodina si toho všimla po těch 10kg, ale je pravda, že jsem byla vážně obézní. Ve škole si toho spolužáci začali všimnout poměrně brzo a přestala jsem slyšet posměšky na moji tloušťku, což bylo příjemné. Myslím, že jsem v tom období byla ve škole docela úspěšná a tvrdě jsem si šla za svým a to ve všem.“

#### **7. Jak daleko to zašlo?**

„Dostala jsem se na váhu 37 kg při výšce 168cm.“

#### **Uvědomuješ si nějaký moment, kdy sis sama řekla, že už je to vážně moc a musíš s tím přestat?**

„Ano, občas jsem dostala strach, například když jsem zvracela krev, měla problémy s menstruací a poté při výhrůžkách rodinou a i lékařkou, kdy jsem nechtěla někam odjet a ukázat před ostatními svoje slabé stránky, to jsem nemohla dopustit.“

#### **9. Kdy jsi poprvé navštívila lékaře? Byla jsi donucena nebo si šla dobrovolně?**

„Přesně nevím kdy, ale dobrovolně jsem rozhodně nešla.“ (smích)

#### **10. Ztratila jsi tenkrát z blízkého okolí někoho důležitého kvůli nemoci?**

„Téměř svého nynějšího manžela, tehdejšího přítele a v té době jsem si ani nerozuměla se svojí rodinou, přišlo mi, že mě nikdo pořádně nechápe.“

#### **11. Jaký byl vztah s rodiči během nemoci?**



„Jak už jsem zmínila, ne moc dobrý, hlavně tedy s mamkou, ke které jsem nikdy neměla velký respekt, a s otcem jsme zase o takových věcech vůbec nemluvili, jen výhružky typu půjdeš do ozdravovny, nebudeš mít děti, jsi jak z koncentráku atd.“

## **12. Jaký je vztah s rodiči dnes?**

„Určitě to náš vztah částečně poznamenalo, ale určitě je už 100% lepší. Teď, když už mě něco trápí nebo na mě vidí, že se chovám jinak, zpozorní a berou mě víc vážně. Vždycky si mysleli, že já jsem ta tvrdá, že zvládnou všechno, ale každý člověk potřebuje vyslechnout a někdy i poradit, což se tehdy nestalo, ale dnes už se o to alespoň snaží.“

## **11. Brání ti nemoc v něčem i dnes?**

„Pořád beru jídlo až moc, jak říká můj manžel, vážně. Snažím se jíst zdravě a brát stravu jako způsob energie pro naše tělo. To, co mu dáváme, tak se k nám ono chová a to i po psychické stránce. Někdy, pokud jdeme do restaurace a přejím se, nemám ze sebe dobrý pocit, ale vždy si řeknu, že to je jen jednou a nic se nestane.“

## **Podporuje tě manžel ve správném stravování?**

„Manžel mě vždycky moc podpoří, a pokud vidí, že mám tendence „bouchat“ bezmyšlenkovitě nesmysli, prohodí vždy nějakou prűpovídku, která mě od toho odradí. Já už před ním nechci už selhat, hlavně před naším synem.“

## **12. Jak vnímáš své tělo?**

„... Před otěhotněním jsem ho neměla nikdy moc ráda. Pokud jsem cvičila, viděla jsem na sobě výsledky a cítila se lépe, ale nikdy ne na 100%. Až v rámci těhotenství jsem si uvědomila, jaký je naše tělo zázrak a co musí vydržet. Teď si ho o mnoho více vážím a po porodu nad tím už nemám ani moc času přemýšlet. I když ten pohled do zrcadla není takový, jak bych chtěla, dalo mi mého syna a to si vždycky opakuji.“

## **13. Co ti nemoc vzala a naopak co ti dala?**

„Vzdala mi téměř 5 let bezproblémového dětství. Také dva roky partnerství nebylo vůbec jednoduché, ale myslím, že mě to jako člověka dost posílilo. Umím si dnes vážit maličností, radovat se z každého dne, kdy je mi dobře. Také si myslím, že umím o mnoho více vnímat své tělo a uvědomuji si, že to jak se k němu budu chovat, to mi také vrátí.“

## **Příloha č. 2 - Respondent č. 2**

### **1. Popiš sama sebe, jak se jmenuješ, kolik je ti let a tvé bydliště.**

„Jmenuji se Adéla, je mi 24 let a bydlím s přítelem v Bytě.“

### **Jaké je tvé vzdělání a nynější zaměstnání?**

„Studovala jsem pedagogickou školu a teď pracuji jako učitelka v mateřské škole a zároveň se věnuji masérské činnosti, alternativní medicíně a výživovému poradenství.“

### **2. Popiš své dětství, co sourozenci a rodiče? Vyrůstala jsi s oběma rodiči?**

„Může znít poněkud idylicky, tak mé dětství takové téměř bylo. Vyrůstala jsem v rodinném dvougeneračním domě s rodiči, starší sestrou, babičkou, dědou a později i s mladším bratrem. K mému dětství patřila i má nejlepší kamarádka Pája, která s námi také prožívala mé období „Anny“, jak jsem tenkrát Anorexii nazývala. Se starší sestrou mám od malička velmi silný vztah a tak nějak vzájemně vždy vycítíme, že se s tou druhou, něco děje. Mladší bratr se narodil, když mi bylo 11 let a mám ho velmi ráda.“

### **Měla jsi dobrý vztah s rodiči?**

„Ano! S rodiči jsme trávili spoustu času. Jezdili jsme na dovolený k moři i na hory.“

### **3. Předcházel tvé nemoci nějaký konkrétní zážitek?**

„Je těžké přesně lokalizovat konkrétní zážitek, který nemoci předcházel.“

### **Pamatuješ si, kdy to začalo?**

„Anna se do našich životů připletla v roce 2007, bylo mi tedy 14 let. Nemyslím si, že jsem

byla tlustá, snad jen trochu oplácaná. Začala jsem se, jak se říká zakulacovat a dostávat ty „správné“ tvary. Což jsem ale nijak radikálně neprožívala. Pamatuji si však, že jsme s kamarádkou v létě začaly jezdit na kole do vedlejší vesnice a já jsem zhubla nějaké to kilo. Jedla jsem však pořád stejně (všechno). Začala jsem se však cítit dobře. Zhubla jsem přes zadek, nohy a také břicho.“

#### **Kdy jsi poprvé věděla, že je něco jinak?**

„Zlomovým bodem byly Vánoce. Tehdy jsem vážila při výšce 165 cm 53 kg, což není neobvyklé. To samé taky řekl doktor, když mě rodiče odvezli po tom, co jsem se jednoho dne nemohla ráno postavit na nohy, jak mi bylo zle. Podle tabulek jsem však měla ideální váhu. Rodiče a hlavně starší sestra, která si jako první všimla, že je něco v nepořádku, trvali na veškerém vyšetření. Jednalo se zřejmě o ošklivou virózu, která skolila mé oslabené tělo. Avšak i po uzdravení jsem stále hubla. Tentokrát jsem začala mnohem více přemýšlet o tom co a kdy jím. Anorexie tedy propukla ze začátku zcela nevině, přes přirozeně shozená kila se postupně prohlodala až téměř do morku kostí.“

#### **4. Jak nemoc probíhala? Zkus popsat průběh nemoci, a co jsi díky ní omezovala a naopak?**

„Jak jsem již zmínila, první známky nemoci se začaly objevovat v létě, kdy jsem trochu zhubla, ale jídlo jsem zatím ještě neřešila. Zlom nastal v prosinci. Vzpomínám si, jak jsem stála na váze a ručička ukazovala 53kg a padaly mi kalhoty. Řekla jsem si, že když se trochu omezím, můžu zhubnout ještě dvě kila a budu spokojená. Jenomže když máš Anorexiu, nejsi spokojená nikdy! Postupně jsem se propracovala na váhu 42 kg a milovala jsem pocit prázdného břicha a vystouplých klíčních a pánevních kostí, na kterých jsem měla otlačky od pásku od kalhot. (úsměv). Začala jsem si psát deník, do kterého jsem si zapisovala svůj denní příjem kalorií a taky pohybové aktivity.“

#### **Cvičila jsi hodně v období „Anny“?**

„Ano a to dost! Tehdy jsem dokázala cvičit velmi urputně a neustále jsem si přidávala zátěž.“

#### **Plánovala si svůj jídelníček?**

„Ano, jídlo jsem si plánovala velmi pečlivě a minimálně den předem. Vždy mě rozhodila jakákoli změna, která by narušila můj řád. Neměla jsem řád jen v jídle, ale také například ve škole, kde jsem si všechny úkoly dělala s týdenním předstihem a vše měla naprosto srovnané. Mezitím jsem dál hubla. Vzpomínám si, jak ráda jsem pro všechny vařila a obzvláště ráda jsem se dívala, jak ostatní jedí a plnicího panáka jsem si udělala ze své kamarádky, do které jsem cpala jídlo, které bych si tak ráda sama dala. Nebyla to však jediná moje „úchylnka“, například jsem mamce snědla všechny bylinky z květináčů, protože jsem dostala hrozný hlad. Vykolejilo mě například, když mi někdo snědl jogurt, který jsem měla přesně rozpočítaný na porce (dle povoleného počtu kalorií). Dokázala jsem několik hodin přemýšlet, jestli si dám na večeri slupky od jablka, nebo šťávu z jednoho pomeranče. Vše co mě v tomto období zajímalo, bylo JÍDLO.“

#### **5. Kdy si tvé okolí (kamarádi) začalo všimnout změny?**

„Rodina si začala všimnout změny v mém chování téměř hned. Ve škole to chvíli trvalo. Poté, co jsem vážila nějakých 45 kg, uspořádala ředitelka školy besedu na téma: „Poruchy příjmu potravy“. Jedna spolužačka se na mě otočila a říká: „ten popis sedí přesně na tebe“, bylo mi zvláště, protože jsem věděla, že má pravdu.“ (úsměv).

#### **6. Jak daleko to zašlo?**

„42kg“

**Uvědomuješ si nějaký moment, kdy sis sama řekla, že už je to vážně moc a musíš s tím přestat?**

„Momentů bylo spoustu, ale přestat jsem nedokázala!“

#### **7. Kdy jsi poprvé navštívila lékaře? Šla jsi dobrovolně, nebo jsi byla donucena?**

„Lékaře jsem poprvé navštívila v pondělí 10.3 2008. Víím to, protože jsem si začala psát deník, do kterého jsem si podle psychologa měla zapisovat veškeré jídlo, které sním a taky všechny úspěchy, ale i neúspěchy během své léčby. Dobrovolně jsem určitě nešla (smích). Vše bylo na popud mé starší sestry, která si byla jistá, že se jedná o PPP. Já jsem však byla skálopevně přesvědčena, že mi žádný doktor nebude říkat, co mám jíst.“

## **8. Ztratila jsi tenkrát z blízkého okolí někoho důležitého kvůli nemoci?**

„NAŠTĚSTÍ NE!“

## **9. Jaký byl vztah s rodiči v průběhu nemoci?**

„Rodiče samozřejmě má nemoc velmi zasáhla. Vzpomínám si, že maminka často plakala, ale byla silná. Vařila mi obědy do školy a jak později přiznala, vařila na oleji či na sádle, abych měla v jídle o nějaký ten tuk navíc. Já jsem však žila v domnění, že vaří na vodě. (smích). Docházela se mnou i na terapie a vymýšlela zdravé recepty, které bych byla ochotna sníst.“

## **Jaký jsi měla vztah s otcem?**

„No pro tatku bylo těžké se mnou komunikovat, protože jsem byla pořád podrážděná a neustále jsem vyvolávala konflikty. Kdykoliv tedy řekl, že jsem moc hubená, nebo se zeptal, co jsem jedla, vybuchla jsem a neovládala se v tom, co říkám. Často jsem říkala věci, které mě vzápětí mrzely, to vše jen pro to, abych ochránila svoji „Annu.“ Svůj domeček, do kterého jsem nikoho nehodlala pustit.“

## **10. Jaký je vztah s rodiči dnes?**

„S rodiči jsme si velmi blízcí a často se vídáme.“

## **11. Brání ti nemoc v něčem i dnes?**

„Jsem ráda, že dnes mohu říci, že ANOREXIE je pro mě uzavřenou kapitolou. Jediné, co mi po ní zůstalo, je pár upomínkových věcí z onoho období. Nejstěžejnější jsou asi dva deníky, které jsem si psala. Jeden je z období, kdy mě nemoc absolutně ovládala a ten druhý z období léčby... Další je oblečení, které jsem nosila, parfém a CD skupiny Motus, to vše uložené v černé plastové krabici, kterou jsem více než 4 roky neotevřela, tedy až do teď.“ (smích).

## **12. Jak vnímáš své tělo?**

„Mám se ráda! A to vážně. (smích). Trvalo však nějakou dobu, než jsem se naučila neřešit jídlo! Dlouhou dobu jsem nemohla jíst jen tak, bez počítání kalorií. Je to už ale 10 let a já

jím téměř cokoliv a kdykoliv. Cítím se ve svém těle dobře.“

### **Podporuje tě partner v tvém stravování?**

„Ano, partner je mi velkou oporou, rádi sportujeme a taky rádi jíme (smích). Jasně, vždycky je co zlepšovat, ale já mám pocit, že je důležité svému tělu naslouchat, protože ono samo vám řekne, co je pro něj nejlepší.“

### **13. Co ti nemoc vzala a naopak, co ti dala?**

„Naštěstí mohu říci, že mi Anna nevzala nic, tedy nic důležitého. Za to mi dala pořádně zabrat (smích) a ne jenom mě, ale především mým blízkým.“

### **Jak vzpomínáš na období anorexie?**

„...Anorexie, jako taková trvala asi jen něco přes rok, ale nám to připadalo jako celá věčnost. Ne, vážně, je těžké bojovat s někým, ale ještě těžší je bojovat sama se sebou. Vy opravdu v tom období nechápete, co máte dělat jinak, všechno přece děláte NORMÁLNĚ a správně. Jen to ostatní nechápu. Všichni najednou stojí proti vám (tobě a Anně). Nikomu nevysvětlíte, jak hrozně těžké je JÍST! Ono to vážně fyzicky bolí. Nikdy bych nevěřila, kdybych si na vlastní kůži nevyzkoušela, co všechno se může odehrávat v lidské hlavě, jak může někdo, kdo vlastně neexistuje narušit vás jako osobnost. Vaší každodenní existenci, myšlení, emoce, činy. Stane se z vás najednou někdo úplně jiný. Pro vás lepší, pro okolí nemocný. Samotná Anorexie trvala asi jen něco přes rok, léčba trochu déle. Neznamená totiž, že když se dostanete na „ideální váhu“ jste zdraví. Právě tehdy totiž začíná ten boj sama se sebou a vy se znovu **učíte žít ve vlastním těle.**“

### **Příloha č. 3 - Respondent č. 3**

#### **1. Popiš sám sebe, jak se jmenuješ, kolik je ti let a tvé bydliště.**

„Jmenuji se Martin a je mi 30 let. Momentálně jsem se vrátil po 4 letech ze zahraničí, kde jsem měl možnost pracovat jako stevard pro přední leteckou společnost.“

#### **2. Popiš své dětství, co sourozenci a rodiče? Vyrůstala jsi s oběma rodiči?**

„Na dětství vzpomínám v dobrém. Měl jsem a mám milující rodiče, kteří by se za mne rozdali. Mám taktéž staršího bratra. V dnešní době už spolu vycházíme dobře a máme se rádi, avšak naše dětství a dospívání zas tak růžové nebylo. Bratr byl na základní a střední škole šikanován a to si pak vybíjel doma na mě. Proto jsme spolu v mládí poměrně často zápasili.“

### **Jak vnímáš své dětství?**

„V podstatě od narození a celé své dospívání až do jednadvaceti let jsem trpěl obezitou. A právě věk 21 se pro mě stal důležitým životním mezníkem. Mezníkem, kdy se mi svět otočil o 180 stupňů a já začal žít. Už od jakživa, až kam mi paměť sahá, jsem miloval sport a tanec, ale nadměrným příjmem potravy se mi do té doby nikdy nepodařilo zredukovat svou váhu.“

### **Jak ses cítil, když si trpěl obezitou?**

„Trpět nadváhou v tak útlém věku není jednoduché. Často jsem se stával terčem posměšků a urážek, což vedlo k tomu, že jsem se více a více obracel k jídlu. Děti si bohužel neuvědomují, že tím mohou ublížit druhým.“

### **3. Předcházel tvé nemoci nějaký konkrétní zážitek? Pamatuješ si, kdy to začalo? Kdy jsi poprvé věděl, že je něco jinak?**

„V roce 2008 a mi bylo 21 let a celý svůj život jsem se snažil zhubnout. Styděl se před ostatními sundat triko, nechodil na bazény, nejezdil k moři apod. Držel jsem různé diety, bral prášky na hubnutí, sportoval, avšak vše bylo neúspěšné. Ne a ne dostat alespoň kilogram dolů.“

### **Pamatuješ si konkrétní moment?**

„Ano pamatuji, jakoby to bylo dnes, kdy jsem si řekl, že takhle to dál nepůjde a musím něco udělat, změnit. Měl jsem nejlepší kamarádku, se kterou jsme trávili spoustu času. Po nějaké době jsem avšak ucítil, že se mé přátelství mění v něco víc a bylo by možná rozumné jít s pravdou ven. A tak jsem se rozhodl jí sdělit své pocity. Bohužel jsem se nesetkal s kladnou reakcí a doslova ve vteřinách se rozpadlo naše silné pouto a my se přestali vídat.“

### **Jak ses cítil?**

„Cítil jsem, že jsem přišel o vše. Je ti 21 let a doteď jsi neměla žádný vážný vztah (smutný pohled). Byl jsem pro všechny jen ten fajn zábavný kamarád. Říkal jsem si, že takhle dopadnout rozhodně nechci. A právě proto byl pro mne tento rozchod poslední kapkou a já ze dne na den přestal jíst.“

### **4. Jak nemoc probíhala? Zkus popsat průběh nemoci, a co jsi díky ní omezoval a naopak?**

„Zpětně musím uznat, že se jednalo o drastické řešení situace, ale v ten moment, po tolika neúspěšných pokusech, mi to přišlo jako správné řešení. Plný smutku, jsem na jídlo chuť neměl a to mi to dělalo vše snazším.“

### **Jak vypadal tvůj jídelníček?**

„Za den jsem kupříkladu snědl jeden pomeranč a krajíc chleba. Po dobu zhruba 2 týdnů si tělo na množství přijaté potravy zvyklo. I přesto, že jsem v podstatě nic nesnědl, mě čím dál častěji provázely výčitky každého sousta, které jsem snědl.“

### **Uvědomoval sis, že je něco špatně ve tvém stravování?**

„V tu dobu jsem si to rozhodně neuvědomoval, že se jedná o nějakou poruchu či nemoc. Bral jsem to jako součásti hubnoucího procesu. Konečně po 21 letech jsem viděl nějaké výsledky, a proto jsem chtěl víc a víc.“

### **6. Kdy si tvé okolí začalo všimnout změn?**

„Moment, kdy si okolí začalo všimnout změn, ani ne tak vizuální, jako spíš v chování, si myslím byl, kdy jsem si začal odříkat jídlo a celkově jedl méně. Postupem času bylo očividné, že ubírám na váze a v podstatě mne v tom podporovali. Věděli, čím jsem si doposud prošel a jak moc jsem se vždy snažil zchodit. Nikdo avšak netušil, jaký boj se mi odehrává v hlavě. Jak moc trpím se vším, co do sebe dostanu. Byl jsem na sebe pyšný a zároveň jsem nevěděl, jak si pomoci od výčitek, které mne provázely.“



## **7. Jak daleko to zašlo?**

„Během 4 měsíců jsem zhubl okolo 35kg a pomalu se tak ztrácel před zraky ostatních.“

**Uvědomuješ si nějaký moment, kdy sis sám řekl, že už je to vážně moc a musíš s tím přestat?**

(úsměv) „Hubnete, zájem dámského osazenstva se zvyšuje, sebevědomí vám roste a fyzicky se cítíte dobře. Nikdy jsem si nepřipouštěl, že mám nějaký problém. Jenže pak jsem se jednou viděl na fotce a uvědomil si, že je to možná až přes příliš. Propadlé lícní kosti, byl jsem jen kost a kůže. A někdy v tu dobu, možná ještě před tím, si toho všimla i má máma a sama přiznala, abych s tím už přestal a začal se stravovat normálně.“

## **9. Kdy jsi poprvé navštívil lékaře? Byl jsi donucen nebo si šel dobrovolně?**

„Lékaře jsem navštěvoval v podobě kontrol tělesné hmotnosti, ale už si nevzpomenu, kdy přesně to bylo. Donutila mě k tomu máma.“

## **10. Ztratila jsi tenkrát z blízkého okolí někoho důležitého kvůli nemoci?**

„Musím říct, že si neuvědomuji, že bych o někoho blízkého kvůli nemoci přišel. Ba naopak si myslím, že jsem měl v rodině a kamarádech podporu. I když musím přiznat, že jsem se setkal s pár ohlasy, že jsem se změnil.“

## **11. Jaký byl vztah s rodiči během nemoci?**

„Rodiče byli vždy velkou oporou. Určitě se o mě jednu dobu strachovali, ale zároveň si uvědomovali, že jsem si plnil sen a že si tím zcela měním život.“

## **12. Jaký je vztah s rodiči dnes?**

„A to se nezměnilo dodnes. Mohu se na ně s čímkoliv spolehnout. A kdykoliv jsem s něčím potřeboval pomoci v minulosti, byli tam pro mě.“

## **11. Brání ti nemoc v něčem i dnes?**

„Zda mi nemoc v něčem brání i dnes? Řekl bych, že ne. Že se dieta, kterou držím od doby, co se mi podařilo zhubnout, stala životním stylem. A tak by to i mělo být. Přijmout to a nenutit se. Samozřejmě existuje spousta potravin, které bych si s chutí dopřál, avšak vím, jak mé tělo zareaguje, a proto se jich snažím vyvarovat.“

## **12. Jak vnímáš své tělo?**

„S tím souvisí i fakt, že jsem díky tomu poznal dobře své tělo. Víím, jak se zachová, a proto se k němu taky tak chovám. I když už jím v dnešní době pravidelně, stále si dávám velký pozor na to co. A když náhodou sním něco tučného či nezdravého, tak mě i dodnes pronásledují v jisté formě výčitky svědomí.“

## **13. Co ti nemoc vzala a naopak co ti dala?**

„Jak se říká. Vše zlé, je k něčemu dobré. Nemoc mi brala i dávala. Ale pokud musím rozhodnout kde víc, tak mi nakonec dala strašně moc. Mentálně mě posílila. Změnila mi život. Život, o kterém jsem jen snil a chtěl žít. Procestoval jsem půlku planety a na to budu vzpomínat do konce svého života. Nebýt rozhodnutí, že musím něco změnit, bych dnes seděl doma a litoval se.“