

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální patologie a sociologie

## **Příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie**

Bakalářská práce

**Autor:** Nikola Petrová  
**Studijní program:** B7507 - Specializace v pedagogice  
**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence  
**Vedoucí práce:** PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Nikola Petrová

**Studium:** P131354

**Studijní program:** B7507 Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence

**Název bakalářské práce:** **Příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie**

**Název bakalářské práce AJ:** Causes of anorexia nervosa and bulimy nervosa

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy v kontextu rizikového chování v adolescenci. Teoretická část práce se věnuje vymezení rizikového chování v adolescenci a jeho projevům. Dále se práce zabývá poruchami příjmu potravy, především však mentální anorexií a mentální bulimií, jejich vymezením, výskytem, prevencí, příčinami vzniku, léčbou a důsledky. Praktická část je zaměřena na faktory podílející se na etiologii poruch příjmu potravy. Výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor, kazuistika.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4. KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7. KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9. KOCOURKOVÁ, Jana et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5.

**Garantující pracoviště:** Katedra sociální patologie a sociologie,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Lucie Špráchalová

**Datum zadání závěrečné práce:** 12.2.2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné připomínky a poskytnuté konzultace.

## **Anotace**

PETROVÁ, Nikola. *Příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 54 s. Bakalářská práce

Práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy v kontextu rizikového chování v adolescenci. Teoretická část práce se věnuje vymezení rizikového chování v adolescenci a jeho projevům. Dále se práce zabývá poruchami příjmu potravy, především však mentální anorexií a mentální bulimií, jejich vymezením, výskytem, prevencí, příčinami vzniku, léčbou a důsledky. Praktická část je zaměřena na faktory podílející se na etiologii poruch příjmu potravy. Výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor, kazuistika.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, rizikové chování v adolescenci

## **Annotation**

PETROVÁ, Nikola. *Causes of anorexia nervosa and bulimy nervosa*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 54 pp. Bachelor Degree Thesis.

The work is dealing with multicasual etiology of eating disorders in the context of risk behaviour syndrome in adolescence. The theoretical part is dealing with risk behaviour in adolescence and its manifestation. Then the work is about eating disorders, mainly anorexia nervosa and bulimy nervosa, its definition, incidence, prevention, causes, treatment and consequences. The practical part is focused on factors which are involved in the etiology of eating disorders. Research methods: half structured interview, case studies

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimy nervosa, risk behaviour in adolescence

## Obsah

Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Rizikové chování v adolescenci	11
1.1 Vývojové změny v adolescenci	11
1.2 Rizikové chování a syndrom rizikového chování v adolescenci	13
1.3 Vybrané projevy rizikového chování	15
2 Poruchy příjmu potravy	19
2.1 Výskyt poruch příjmu potravy	20
2.2 Mentální anorexie	22
2.3 Mentální bulimie	24
2.4 Obezita	25
2.5 Prevence, důsledky a léčba	27
3 Příčiny poruch příjmu potravy	31
3.1 Biologické a osobnostní faktory	31
3.2 Rodinné faktory	34
3.3 Sociální a kulturní faktory	35
3.4 Životní události	38
4 Multikauzální etiologie PPP	39
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	39
4.2 Výzkumná metoda	40
4.3 Výzkumný vzorek a procedura	41
4.4 Kazuistika 1	41
4.5 Kazuistika 2	43
4.6 Kazuistika 3	44
4.7 Kazuistika 4	45
4.8 Shrnutí šetření	47
Závěr	49
Seznam použitých zdrojů	50
Seznam příloh	54

## Seznam zkratk

BMI	Body mass index
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EDNOS	Eating disorders otherwise specified (Jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy)
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PPP	Poruchy příjmu potravy
SRCH-D	Syndrom rizikového chování v adolescenci
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



## Úvod

*„V bohatých západních společnostech je štíhlost většinou spojována se štěstím, úspěchem, mladistvostí a společenskou přijatelností. Nadváha je spojována s leností, nedostatkem vůle a ztrátou kontroly. Pro ženy je ideálem štíhlá postava. Pro muže je ideálem štíhlá a přiměřeně svalnatá postava. Nekonformnost vůči štíhlému ideálu má celou řadu negativních společenských důsledků. Nadváha (jak u mužů, tak u žen) je vnímána jako fyzicky neatraktivní a je asociována s dalšími negativními charakteristikami.“ (Grogan, 2000, s. 15)*

Poruchy příjmu potravy jsou závažným a stále častěji diskutovaným onemocněním, které postihuje především dívky a mladé ženy, kterým ve své práci budu věnovat pozornost. Poruchami příjmu potravy však mohou onemocnět ženy ve všech věkových kategoriích, výjimku netvoří ani muži, jejichž počet stoupá.

Důvodem pro zvolení tohoto tématu bakalářské práce byla právě aktuálnost problému. Zdravý životní styl a ideál štíhlosti žen jsou v moderním světě ústředním pojmem, který ovlivňuje mnoho žen a dívek. Přibývá jedinců, jejichž snahou je dosáhnout štíhlosti spojené s malým či skoro žádným energetickým příjmem. Na druhé straně je aktuální také nárůst mladých lidí s obezitou či nadváhou, s čímž souvisí sedavý způsob života a nulová sportovní aktivita. Ve svém životě jsem se setkala s dívkami, které poruchou příjmu potravy onemocněly, a ráda bych touto prací upozornila na závažnost onemocnění a významný podíl sociálního prostředí a médií na rozvoj této nemoci.

Bakalářská práce je volně rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce se věnuje rizikovému chování v adolescenci se zaměřením na užívání návykových látek, sexuální chování, sebepoškozování a nezdravé stravovací návyky. Adolescence je jedním z nejvýznamnějších období, kdy dochází k biologickým, psychologickým a sociálním změnám. Právě v tomto věku může dojít v případě nepříznivých okolností k rozvoji problémového a rizikového chování. Práce se dále zabývá poruchami příjmu potravy, především však mentální anorexií a mentální bulimií, které patří mezi nejznámější a nejvíce vyskytované formy poruch příjmu potravy, jejich vymezením, výskytem, prevencí, léčbou a důsledky. Podstatná

část práce se věnuje multikauzální etiologii poruch příjmu potravy, která hovoří o kombinaci psychologických, sociálních a genetických dispozic jedince. Mezi významné rizikové faktory lze zařadit nepříznivé rodinné prostředí, kterému přiřkládám velkou váhu v rozvoji poruch příjmu potravy, dále se jedná o osobnostní rysy, nízké sebevědomí, perfekcionismus, depresivitu, vliv sociálního prostředí, životní události a v neposlední řadě vliv médií.

Cílem empirické části práce je zmapování multikauzální etiologie poruch příjmu potravy a života s touto nemocí. Jako výzkumná metoda kvalitativního výzkumného šetření je použita kazuistika. Výzkumný soubor je vytvořen záměrným výběrem osob, které onemocněly mentální anorexií nebo mentální bulimií.

# 1 Rizikové chování v adolescenci

Adolescence jako termín je odvozen z latinského „adolescere“ (dospívat, dorůstat). V psychologii se pojem adolescence často zaměňuje s označením dospívající. V sociologii a pedagogice se preferuje označení mládež.

Macek (2003, s. 9) označuje adolescencí období přibližně od 15 do 20 (22) let. Adolescenci rozděluje do tří základních fází: časná adolescence (10 – 13 let), střední adolescence (14 – 16 let) a pozdní adolescence (17 – 20 let).

## 1.1 Vývojové změny v adolescenci

Adolescence je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. Počátek adolescence je spojován s plnou reprodukční zralostí, v jejímž průběhu je obvykle ukončen tělesný růst. Pro ukončení adolescence biologická kritéria nehrají tak významnou roli, důležitější jsou kritéria psychologická, např. dosažení vlastní autonomie, případně sociologická, jako je přijetí role dospělého, a pedagogická, kdy se jedná o ukončení vzdělávání a získání profesní kvalifikace. Z ontogenického hlediska je jejím základním znakem dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní rozvoj a sociální učení. Macek (2003, s. 9 – 10)

Podle Kocourkové (2008, s. 38) se v období adolescence mění vztahy k rodičům, vrstevníkům i k sobě samému. Vývoj vlastní identity („kdo jsem“) vede k nalezení sama sebe jako svébytné osoby, která má stálé cíle, profesní orientaci, přátelství, sexuální vztahy, morální hodnoty, skupinovou příslušnost, je schopná nezávislého života a realistického sebehodnocení. Dochází k separaci adolescenta z primární rodiny. Komplikovaná separace (negativní reakce rodičů na separaci, upjatost na rodiče) může přetrvávat v podobě tzv. hostilní závislosti, kdy adolescent na jedné straně rodiče odmítá a na druhé se od nich nedokáže odpoutat. V adolescenci se rozvíjejí hluboké vztahy, postupně se přikládá vyšší význam párovému přátelství, na rozdíl od puberty, kdy jsou preferovány vrstevníci stejného pohlaví. Sexualita se v tomto období vyvíjí, dochází k prohloubené integraci pohlavní identity (jsem muž nebo žena), reaktivity (schopnosti prožívat sexuální vzrušení a orgasmus) a objektivní preference.

Macek (2003, s. 17) specifikoval verzi vývojových úkolů pro období adolescence. Berme ohled na to, že tyto úkoly se hodí pro evropskou a severoamerickou kulturu, v jiných společnostech by mohly být zcela odlišné.

- Přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a pohlavní role.
- Kognitivní komplexita, flexibilita a abstraktní myšlení – schopnost aplikovat intelektový potenciál v běžné každodenní zkušenosti.
- Uplatnění emocionálního a kognitivního potencionálu ve vrstevnických vztazích, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví.
- Změna vztahů k dospělým (rodičům a dalším autoritám) – autonomie, popř. vzájemný respekt a kooperace nahrazuje emocionální závislost.
- Získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k určitým jistotám, které s ní souvisejí – k volbě povolání, k získání základní profesní kvalifikace, k ujasnění představ o budoucí profesi.
- Získání zkušeností v erotickém vztahu, příprava pro partnerský a rodinný život.
- Rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti – tj. získání kompetence pro sociálně zodpovědné chování.
- Představa o budoucích prioritách v dospělosti – důležitých osobních cílech a stylu života.
- Ujasnění hierarchie hodnot, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu a životu (světový názor).

Některé z předešlých úkolů jsou příznačné pro období adolescence, respektive v tomto období začínají, jiné by v tomto období měly končit (např. vývoj abstraktivního myšlení). Adolescence je velmi citlivým obdobím, ve kterém dochází k velkým změnám jak na úrovni osobnostní, tak vztahové. Je to období, ve kterém je výskyt experimentování s riziky na vyšší úrovni.

## 1.2 Rizikové chování a syndrom rizikového chování v adolescenci

Adolescence je velmi citlivé období pro rozvoj tzv. problémového a rizikového chování.

Rizikové chování v adolescenci je pojmem vývojové a sociální psychologie, ale také i sociální pedagogiky, kriminologie a dalších, proto je zde velká nejednotnost terminologie a je vyžadován mezioborový pohled.

Sobotková (2014, s. 40) chápe pojem „rizikové chování“ jako nadřazený k pojmům problémové, asociální, antisociální a disociální chování. Dolejš (2010, s. 9) pojem rizikové chování definuje jako „...*chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí a/nebo pro společnost.*“

Pelcák (2015, s. 61) mluví o tzv. nové morbiditě mládeže. V moderní společnosti stále více dospívajících podstupuje riziko dobrovolně a jejich věk se snižuje. Tento fenomén je hlavní příčinou mortality v tomto vývojovém období.

Vymezení činností spadajících do rizikového chování není přesně vymezené. Například MŠMT Strategie primární prevence 2013-2018 (Národní strategie primární prevence dětí a mládeže na rok 2013-2018, online) označuje za rizikové chování následující projevy:

- Interpersonální agresivní chování - agrese, šikana, kyberšikana (a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií), násilí, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie.
- Delikventní chování ve vztahu k hmotným statkům – vandalismus, krádeže, sprejství a další trestné činy a přečiny.
- Záškoláctví a neplnění školních povinností.
- Závislostní chování - užívání návykových látek, netolismus, gambling.
- Rizikové sportovní aktivity.
- Rizikové chování v dopravě.
- Spektrum poruch příjmu potravy.

- Negativní působení sekt.
- Sexuální rizikové chování.

Rizikové chování bývá velmi často účelové a funkční a pomáhá řešit aktuální problémy – zvýšení sebevědomí, sebedůvěra, zapojení se do skupiny vrstevníků a jiné. Experimentování s rizikovými způsoby chování je v současné době považováno za součást vývoje a většinou je takové chování dočasné a později zcela vymizí.

Je důležité uvědomit si, že obecně nelze nahlížet na rizikové chování pouze negativně. V období dospívání je typické hledání identity, kterou lze najít právě pomocí rizikového chování, proto i toto chování může být vnímáno do jisté míry pozitivně. Pozitivum rizikového chování je zmiňováno v souvislosti se zvýšením sebevědomí adolescenta, osamostatněním, získáním respektu a utvářením vztahů mezi vrstevníky.

WHO považuje adolescenty za samostatnou rizikovou skupinu, pro kterou je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče. Na základě toho byl ustanoven termín „syndrom rizikového chování v adolescenci“ (SRCH-D), který je charakteristický jako soubor příznaků vznikajících na stejném podkladě. Zahrnuje tři oblasti, které se navzájem kombinují, usnadňují vznik a mají společné příčiny:

- 1) Zneužívání návykových látek – vykazuje dlouhodobě nepříznivý vývoj, klesá věk uživatelů a zvyšuje se procento dívčí populace.
- 2) Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje – maladaptace, poruchy chování, agrese, delikvence, kriminalita, sociální fobie, sebepoškozování a suicidalita.
- 3) Rizikové chování v oblasti reprodukční – předčasný pohlavní život, předčasné rodičovství, časté střídání partnerů, pohlavní nemoci. (Sobotková, 2014, s. 45)

Zmíněné tři okruhy rizikového chování se vzájemně prolínají. Jeden příznak může být spouštěčem příznaků dalších, např. alkohol může vést ke snížení sebekontroly ve střídání sexuálních partnerů či ničení majetku.

### 1.3 Vybrané projevy rizikového chování

Ze zmíněných projevů rizikového chování se budu ve své práci zabývat těmi, dle mého názoru, nejrozšířenějšími - nadměrným užíváním návykových látek (tabák, nelegální drogy, alkohol), rizikovým sexuálním chováním, sebepoškozováním a experimentem s jídelním chováním.

#### *Užívání návykových látek*

Užívání návykových látek s sebou vždy přináší jistá rizika. Tato rizika jsou mnohonásobně vyšší, pokud se jedná o dítě či dospívající osobu.

Nešpor (2008, s. 258) uvádí specifická rizika návykových látek u dětí a dospívajících v porovnání s dospělými. Ke zmíněným bodům patří vyšší riziko těžkých otrav, rychlejší vývoj závislosti, zaostávání v psychosociálním vývoji, vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. Návykové problémy se u dospívajících pojí častěji s dalšími komplikacemi, jako selhávání v životních rolích, trestná činnost a další.

K nejčastěji užívaným návykovým látkám mezi českými adolescenty patří cigarety, alkohol a marihuana. Na základě Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011, na které se podílí Psychiatrické centrum Praha, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Lékařské informační centrum, bylo zjištěno, že:

Denně kouřilo v roce 2011 celkem 25 % šestnáctiletých, z nich bylo 8 % silných kuřáků, kteří vykouřili denně 11 a více cigaret. Rozdíly mezi chlapci a dívkami byly malé (27,2 % chlapců, 24,2 % dívek). V užívání alkoholických nápojů se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva, u děvčat vína a u obou pohlaví vzrostl výskyt pravidelné konzumace destilátů a tzv. alkopops (alkoholizovaných limonád). Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů. Nejčastěji uváděnou nelegální drogou jsou stále konopné látky (42,3 % uvedlo alespoň jednu zkušenost v životě). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem

(10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %), amfetaminy (2,0 %), heroinem (1,4 %) a kokainem (1,1 %) byly mezi studenty méně časté. (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách v r. 2011 (ESPAD) - výsledky české části studie, online)

### ***Rizikové sexuální chování***

K rizikovému sexuálnímu chování lze zařadit pohlavní styk bez ochrany, promiskuita neboli střídání sexuálních partnerů, anonymní styk (styk s neznámým partnerem), krvavé sexuální praktiky, v neposlední řadě anální styk a prostituce, u kterých je přenos viru HIV mnohem pravděpodobnější.

Dle Hamanové (2014, s. 247) k nejzákladnějším motivacím pro intimní život v pubertě patří následující: tlak vrstevníků, partnera nebo médií, dospívající sexem řeší svoji mentální osobní nesnáze, především absenci citového vztahu, ale často také nedostatek sebedůvěry a sebevědomí, i přestože mnozí dospívající cítí svou nezralost pro pohlavní život, uchylují se k pohlavnímu životu, aby nebyli pro ostatní „nenormální“.

Od roku 1993 probíhá v České republice každých pět let výzkum sexuálního chování populace. Na základě jeho výsledků dochází nejčastěji k prvnímu pohlavnímu styku mezi 17. a 18. rokem života. V roce 1993 mělo pohlavní styk před 15. narozeninami 5,2 % chlapců a 2 % dívek. (Hamanová, 2014, s. 245)

Marková (2006, s. 156 – 160) společně s kolegy provedla výzkumnou studii zaměřenou na sexuální a partnerské zkušenosti mužů a žen mladšího dospělého věku. Dále vytvořili šest typů sexuálních biografií na základě jejich rizikovosti – nesexuální, vztahově vzdálené, monogamní, seriálně-dlouhé, seriálně-krátké a promiskuitní. Do skupin s vysokým rizikem v chování bylo zařazeno 243 respondentů z celkových 324. Pro porovnání pouhých 6 mužů bylo zařazeno do kategorie monogamních a do této skupiny bylo zařazeno 42 žen. Jak z výzkumu vyplývá, nejtypičtější pro tuto věkovou kategorii jsou seriální biografie, tedy takové chování, ve kterém se vyskytuje střídání sexuálních partnerů a nedůsledné používání spolehlivé ochrany. Naopak nesexuální biografie jsou na ústupu.



## ***Sebepoškozování***

Za sebepoškozování je považováno chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 73)

V širším pojetí lze ke způsobům sebepoškozujícího chování zařadit také zneužívání alkoholu, léků a drog, kouření, hladovění, přejídání se, škrábání až do krváčení, sebe-zanedbávání, ale také tělo modifikující techniky, kam se řadí piercing, tetování, kosmetická chirurgie apod. Na základě tohoto rozdělení lze vyvozovat, že poruchy příjmu potravy mohou být považovány za sebepoškozující chování (například vypuzování u mentální bulimie, hladovění u mentální anorexie).

Sebepoškozování se objevuje ve všech věkových kategoriích. Mezi adolescenty se jedná především o dívky ve věku kolem 14 let. V současné době je sebepoškozování také spojováno se subkulturami mládeže, jako jsou emo a gothic.

Mnoho studií potvrzuje výraznou provázanost mezi záměrným sebepoškozováním a mentální anorexií a bulimií. Až 73 % poškozujících se jedinců má současně problémy s příjmem potravy. Sebepoškozování je vnímáno jako rychlý způsob uvolnění psychické tenze, nepříjemných pocitů studu a frustrace, což může být pro jedince s poruchami příjmu potravy motivující. (Kriegelová, 2008, s. 94 – 95)

## ***Nezdravé stravovací návyky a nedostatečný pohyb***

Nezdravé stravovací návyky se odráží na jedné straně v nárůstu výskytu celého spektra poruch příjmu potravy, ale také v nárůstu obezity na straně druhé. Obezita představuje závažný zdravotní problém, který se nedaří preventivními opatřeními redukovat. Experimentování s jídlem není v období adolescence ojedinělé, a tak vznikají nové diagnózy spojené se stravováním, jako například ortorexie (patologická posedlost zdravou stravou), bigorexie (závislost na posilování a zneužívání potravinových doplňků či anabolických látek) nebo drunkorexie (opakovaná redukce příjmu potravy nahrazovaná pitím alkoholu). Mezi adolescenty nalezneme také mnoho příznivců vegetariánství, veganství či raw stravy. Jedna forma rizikového jídelního chování může přecházet v druhou.

Dianne Neumarková-Sztainerová se spolupracovnicí publikovala v roce 2012 studii založenou na desetiletém sledování adolescentů a dospěla k závěru, že nezdravé jídelního návyky a diety predikují nárůst hmotnosti v následujících letech. (Papežová, 2014, s. 315-316)

*„V populaci současných dospívajících má cca 15 % nadváhu (váhu mezi 90. a 97. percentilem hmotnostně-výškového poměru) a cca 7 % je obézních (váha nad 97. percentilem hmotnostně-výškového poměru). Tato čísla se v průběhu posledních dvaceti let zdvojnásobila.“* (Kabíček, 2014. s. 330)

Nejenom nezdravé stravovací návyky, ale také pravidelný pohyb je problémem současné dospívající populace. Značný vliv na pokles úrovně fyzické aktivity dospívajících mají počítač a televize, u kterých jsou schopni strávit celé hodiny. Na druhé straně se aktivní adolescenti vystavují vědomě nebezpečí úrazu. Správné sportovní a bezpečnostní vybavení je podmínkou ke snižování četnosti a závažnosti úrazů při sportu.

## 2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou velmi diskutovaným tématem současné, moderní doby. Přibývá jedinců, jejichž snahou je dosažení štíhlosti spojené s malým či skoro žádným energetickým příjmem, jedinců, kteří mají strach z tloušťky, a u kterých je vnímání vlastního těla narušeno. Je známa i řada případů mentální anorexie či mentální bulimie v historii.

Už ve 2. století popisuje příznaky mentální anorexie Galén. Ve středověku ženy hladověly, aby odčinily své hříchy a umlčely své hříšné tělo. V 16. století bylo hladovění posuzováno mnohem přísněji než obezita a vyhublé ženy byly považovány za posedlé ďáblem. V roce 1874 zavedl lékař William Gull pojem anorexia nervosa. Pojem bulimia nervosa poprvé použil Gerald Russell až v roce 1979. (Krch, 1999, s. 24-30)

Grogan (2000, s. 142) tvrdí, že: „... *termín poruch příjmu potravy se obvykle užívá k označení takových schémat jídelního chování, která se vymykají normálu. Mezi ně patří přísné omezování příjmu potravy (mentální anorexie) a pravidelné záchvaty přejídání, následované pročišťováním, obvykle za pomoci vyvolaného zvracení, užívání laxativ nebo úporného cvičení (mentální bulimie).*“

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace se PPP řadí do kategorie „Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory“ a zahrnují dva syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. MKN-10 dále nabízí diagnózy atypické mentální anorexie (F50.1.) a atypické mentální bulimie (F50.3.). Tyto kategorie se užívají u pacientů, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy. V praxi se můžeme setkat s pacientkami, které přes nízkou tělesnou hmotnost mají pravidelnou menstruaci. Samostatná kapitola „Poruchy příjmu potravy v dětské a rané adolescenci“ je přizpůsobena zvláštní problematice dětských pacientů. Pro picu (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu) nebo psychogenní ztrátu chuti k jídlu a další nespecifikované poruchy je určena kategorie „Jiné poruchy jídla“ (F50.8.). Oproti MKN-10 nerozlišuje DSM-IV atypické případy mentální anorexie a bulimie. DSM-IV

zařazuje do kategorie „Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“ (EDNOS) poruchu zvanou „syndrom nočního přejídání“, který je příznačný nespavostí a nočním přejídáním a je spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Osoby trpící touto poruchou si často stěžují na neschopnost přestat jíst, ale jen vzácně hovoří o hladu. (Krch, 2005, s. 15-17)

Lidé postižení jakýmkoli druhem PPP se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Nadměrná sebekontrola v jídle a dietní omezení se stávají každodenní samozřejmostí a přinášejí uspokojení. Nemocní trpí strachem z tloušťky. Tento strach však většinou popírají a tvrdí, že jen chtějí jíst zdravě. Strach z tloušťky je spjat se zkreslenou představou o vlastním těle. Nemocní neustále sledují určité partie svého těla a nadhodnocují jejich proporce. V této souvislosti se mluví o tzv. narušeném vnímání vlastního těla. (Krch, 2002, s. 22-24)

Zatímco anorektičky si dokáží udržet velmi nízkou tělesnou hmotnost, která nás upoutá na první pohled, vzhled bulimiček není odlišný od zdravé populace, a proto se dívkám trpícím mentální bulimií daří svou nemoc skrývat před okolím. Ač by se mohlo zdát, že mentální anorexie a bulimie jsou odlišné nemoci, obě spolu úzce souvisí. Důležité je také zmínit názor řady odborníků, kteří hovoří pouze o jedné nemoci, která se může vyskytovat ve dvou formách. V této souvislosti Krch (2007, s. 321) zmiňuje, že *„klinický obraz se ve 30 až 40 % případech anorexie mění v bulimický a více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v anamnéze. U velké většiny bulimiček předchází přejídání období diet.“*

## **2.1 Výskyt poruch příjmu potravy**

PPP jsou po astmatu a obezitě třetím nejčastěji se vyskytujícím zdravotním problémem dospívajících dívek a mladých žen. Onemocnění se týká i mužů, ale v mnohem menším zastoupení. Tento fakt je hlavním důvodem, proč se ve své práci orientuji právě na mentální anorexii a bulimii u žen a dívek.

„Ve vyspělých zemích pozorují významný nárůst mužů s anorexií, kdy se uvedený poměr mění na 1:12. Prognózy dokonce předpokládají, že za deset až dvacet let bude připadat jeden muž s touto nemocí na pět stejně postižených žen.“ (Janebová, 2006, s. 80-81)

Marádová (2007, s. 9-10) uvádí, že mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka (6 %) v České republice, mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1 % mladých dívek. První příznaky mentální anorexie se nejčastěji objevují ve věku od třinácti do dvaceti let, příznaky jsou však v některých případech zaznamenány i u dětí mladších 10 let. Mentální bulimie obvykle postihuje jedince mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Pro porovnání Němečková (2007, s. 155) uvádí, že prevalence mentální anorexie je 0,5–1,0 %, v případě mentální bulimie se jedná o rozmezí mezi 1 až 3 %. Začátek onemocnění je typický pro věkové období adolescence, nejčastěji ve věku kolem 17 let, ale vyskytnout se může jak u dívek mladších, tak i u žen starších.

Následující tabulka je převzata od Hadaše (Archiv závěrečné práce Lubomír Hadaš FSS D-PS PSS kombin, online) a zobrazuje distribuci PPP z celosvětového hlediska. Lze z ní vyčíst, že PPP jsou převážně záležitostí vyspělých zemí a bohatších společenských vrstev.

Tabulka 1 - distribuce PPP z celosvětového hlediska

<b>Charakteristika</b>	<b>Mentální anorexie</b>	<b>Mentální bulimie</b>
<b>Výskyt ve společnostech</b>	převážně v ekonomicky vyspělých zemích	převážně v ekonomicky vyspělých zemích
<b>Výskyt ve společenských vrstvách</b>	převážně ve středních a vyšších vrstvách	ve všech vrstvách
<b>Etnická determinace</b>	převážně u bělochů	převážně u bělochů
<b>Pohlaví</b>	převážně u dívek a žen (90-95 %)	převážně u žen (podíl nejasný)

<b>Věk</b>	převážně u dospívajících a mladších dospělých	převážně u mladších dospělých; částečně u dospívajících
<b>Vývojový trend</b>	výskyt pravděpodobně stoupá	mírně stoupá

## 2.2 Mentální anorexie

Existuje mnoho pohledů na vymezení mentální anorexie. Jedním z nich je pohled MKN-10 (2006, s. 144), dle které je mentální anorexie „...*porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.*“

Podle Krcha (2005, s. 16) termín anorexie však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí. Dále tvrdí, že anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť k jídlu, ale protože jíst nechtějí.

Diagnostická kritéria nejsou pevně vymezena a lze nalézt různé odlišnosti v pohledech MKN-10 a DSM-IV, proto zmíním oba přístupy k těmto nemocem.

#### Diagnostická kritéria podle MKN-10:

- A) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI ( $17,5 \text{ kg/m}^2$ ) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B) Snížení hmotnosti si způsobuje samotný tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků, které vyprovokují zvracení: užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u žen, které užívají hormonální antikoncepci.
- E) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna. (Krch, 2005, s. 16-17)

#### Diagnostická kritéria podle DSM-IV zahrnují:

- A) Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
- B) Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C) Narušené vnímání vlastního těla, nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D) U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechávání menstruace. (Krch, 2005, s. 17)

Rozlišují se dva typy mentální anorexie. Restriktivní typ (tzv. nepurgativní typ), při kterém se nevyskytují záchvaty přejídání nebo zvracení. Jedinci jen dodržují velmi přísné diety nebo hladovějí. Pro typ záchvatovitého přejídání (tzv. purgativní typ) jsou charakteristické záchvaty přejídání nebo zvracení.

### 2.3 Mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie neexistuje jednotná definice pro určení mentální bulimie. MKN-10 (2006, s. 145) označuje mentální bulimii jako „*syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie, trvající od několika měsíců po několik let.*“

Krch (2005, s. 18) označuje mentální bulimii poruchu charakteristickou opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Dále Krch (2008, s. 27) zmiňuje, že množství jídla snědeného během záchvatu přejedení se může pohybovat od 1000 až 3000 kcal, v některých případech se jedná až o 20 000 kcal.

Kritéria pro diagnostikování mentální bulimie u MKN-10 se nepatrně liší od kritérií uvedených v DSM-IV, pro porovnání uvádím opět obě. Pokud jedinec nesplňuje všechna diagnostická kritéria, jedná se o tzv. atypické případy mentální bulimie.

Mezi diagnostická kritéria podle MKN-10 patří:

- A) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C) Snaha potlačit výkrmný účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období



hladovění, užívání léků typu anorektik, diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.

D) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

(Krch, 2005, s. 19)

DSM-IV popisuje následující diagnostická kritéria:

A) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání charakterizuje:

1) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.

2) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).

B) Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.

C) Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.

D) Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.

E) Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

(Krch, 2005, s. 19)

Stejně jako u mentální anorexie rozlišujeme purgativní typ, který se vyznačuje pravidelným vyvolávaným zvracením, zneužíváním laxativ, diuretik nebo klystýru. Nepurgativní typ používající přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení tak, aby došlo ke kompenzaci kalorického příjmu

## 2.4 Obezita

Obezita je nejvýstižněji definována nadměrným množstvím tuku ve vztahu k ostatním tkáním organismu. Poslední desetiletí jsou mnohé oblasti světa charakterizovány nárůstem obezity, která postihuje všechny věkové kategorie. Obezita

se navíc vyskytuje u stále nižších věkových skupin. V současné době se obezita stává globálním problémem, jelikož se vyskytuje nejenom v průmyslově vyspělých zemích, ale také v tzv. zemích třetího světa a tranzitních zemích. České republice patří přední místo v prevalenci obezity mezi ostatními evropskými státy. (Fraňková, 2013, s. 148)

V lidovém pojetí je obézní ten, kdo je tlustý, tedy osoba, která má značnou tukovou vrstvu. Stravování ve fastfoodech, sedavý typ zaměstnání, nedostatek pohybové aktivity, to vše přispívá k tomu, že obezita je jedním z problémů moderní společnosti. Současné studie ukazují, že genetické faktory mají vyšší význam pro vznik obezity, než se dříve předpokládalo. Na druhé straně obezita působí na dospívající jako stigma. Proto mnoho mladých dívek, žen i mužů se snaží různými dietami zbavit přebytečných kil, za které by mohli být společností hodnoceni negativně.

Dlouhé sledování televize koreluje se vzestupem tělesného tuku a přispívá k rozvoji dětské obezity. Podle některých výzkumů až v šedesáti procentech její incidence. Během delšího sledování televize děti i dospělý obvykle konzumují množství nutričně nevhodných potravin a pamlsků. (Fraňková, 2013, s. 234-244)

Obézní děti a dospívající mají většinou snížené sebehodnocení, objevují se častěji problémy s vrstevníky, kterými bývají odmítáni a na které mohou reagovat agresivně. Vývoj osobnosti je často nevyvážený, s infantilními rysy a zvýšenou závislostí na blízkých osobách. Frustraci si obézní lidé mohou kompenzovat opět nadměrným příjmem potravy či snahou o redukci hmotnosti, která může vést až k mentální anorexii či mentální bulimii. (Koutek, 2008, s. 279-280)

Nejrozšířenějším způsobem určování obezity je na základě indexu tělesné hmotnosti – BMI body mass index (viz vzorec 1). Hodnota BMI se vypočítá tak, že se tělesná hmotnost v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky v metrech.

$$BMI = \frac{\text{hmotnost } v \text{ [kg]}}{\text{výška}^2 \text{ } v \text{ [m]}} \quad (1)$$

Typické hodnoty pro mírnou obezitu jsou považovány od 30 do 35, střední obezitu od 35 do 40, osoby s BMI vyšším než 40 trpí morbidní obezitou. Ideální hodnota BMI se pohybuje od 18,5 do 25.

Koutek (2008, s. 277) upozorňuje na problémy spojené s určováním obezity. Podle něj BMI index nepostihuje individuální rozdíly v konstrukci skeletu, rozdělení tělesného tuku apod. Proto k posouzení obezity preferuje změření kožní řasy na předloktí, které zhodnotí výšku nadbytečného kožního tuku. Dále je důležité odlišit obezitu primární od obezity sekundární, která je spojená s dalším onemocněním (například organické onemocnění CNS).

## **2.5 Prevence, důsledky a léčba**

Kvalitní preventivní program s dlouhodobým vlivem na hodnotový systém dětí a adolescentů je v této oblasti vzácný. Na rozdíl od prevence drog a alkoholu, kde je většina populace ochotná připustit škodlivost jejich nadužívání zejména pro dětský organismus, v oblasti PPP je argumentace mnohem obtížnější. (Papežová, 2010, s. 312)

Věk dívek postižených jakoukoli formou PPP se snižuje, a proto by měla být primární prevence zaměřena nejpozději na období dospívání. Rodina i škola by měly dětem poskytnout informace o PPP tak, aby jim byly schopny předcházet. V rámci nespecifické prevence by měly děti být vedeny ke zdravým stravovacím návykům, aktivnímu pohybu, zdravému sebevědomí. Na druhé straně je však důležité předejít stigmatizaci obézních lidí a najít střet mezi dvěma extrémy - obezitou a vyhublostí.

Podle Papežové (2010. s. 312-313) by měla být prevence v oblasti PPP řízena podobně jako u kouření a alkoholu. Média, internet a televize mohou být jednou z hlavních příčin vzniku PPP, na druhou stranu mohou sloužit jako ideální pomocník pro prevenci PPP. Boj s propagací anorektického životního stylu na internetu řeší odborné společnosti po celém světě (např. rušení webových stránek). Internet také slouží k předávání pozitivních hodnot mladé generaci a poskytování potřebných informací pomocí odborných článků a videí.

Například MŠMT vydalo Metodické pokyny zaměřené na prevenci sociálně patologických jevů u dětí, které lze aplikovat také na oblast PPP a obezity. Problematika PPP byla také ukotvena v Rámcově vzdělávacím programu pro základní vzdělávání v oblasti „Člověk a zdraví“ a „Výchova ke zdraví“.

Na základě závěrů projektu EAT v roce 2009 vyšla doporučení, jak pracovat v klinickém prostředí, školách a dalších zařízeních v prevenci proti obezitě a PPP u adolescentů:

- Snažte se zabránit nezdravým dietám, a naopak podporujte jídelní a fyzickou aktivitu, která může být dlouhodobá.
- Pracujte na pozitivním vnímání vlastního těla.
- Podporujte častější a příjemné společné rodinné stolování.
- Podporujte rodiny, aby méně mluvily o váze a snažily se, aby se doma jedlo a cvičilo zdravě.
- Předpokládejte, že dospívající s nadváhou zažívají šikanu a mluvte o tomto problému s vrstevníky a jejich rodinami. Doporučení zdůrazňuje nutnost pomoci adolescentům a jejich rodinám méně se zabývat váhou a více postupnými změnami chování. V útlém dětství prevence spočívá v edukaci matek o významu správné výživy dětí. (Papežová, 2010, s. 314)

Mentální anorexie a bulimie jsou závažná onemocnění, která poznamenají jedince i jeho okolí po zbytek života a mohou vést až k smrti. V některých případech, jako například u deprese a nejistoty, je diskutabilní, zda se jedná o příčinu či o důsledek PPP.

Krch (2010, s. 44) řadí ke zdravotním důsledkům nedostatečné výživy a vyhublosti u mentální anorexie například zvýšenou citlivost na chlad, suchou, zažloutlou, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení, vypadávání vlasů, zvýšenou kazivost zubů, zpomalení funkce střev (zácpa), celkovou svalovou únavu, poruchy spánku, nepravidelnou menstruaci, snížení libida, odvápnění kostí, srdeční obtíže (arytmie, bradykardie) apod. U mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta. Nejčastější psychická porucha, která vede k smrti, je právě mentální anorexie. Onemocnění končí smrtí u 3 – 8 % postižených.

Zdravotní rizika spojená s mentální bulimií jsou podobná jako v případě mentální anorexie. K důsledkům často uměle vyvolávaného zvracení bulimiček patří otoky slinných žláz pod čelistí, narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Velmi nebezpečnými, až smrtelnými mohou být léky, které uměle vyvolávají zvracení. (Krch, 2008, s. 36)

Obecně PPP narušují společenský život i psychickou pohodu nemocné. Dochází ke snížení zájmu o navozování společenských vztahů, k opovrhování přátel a rodiny a přibývání konfliktů, na které nemocná reaguje přecitlivěle a hystericky. V jiných případech se posiluje závislost nemocné na jejím okolí. Chování postižených může vést až k sociální izolaci, která patří k nejtěžším stresovým činitelům, které se mohou vyvinout až ve vážné psychické poruchy. Zpočátku bývají anorektičky velmi aktivní a živé, s postupným ubýváním na váze je jejich nálada depresivní a podrážděná. Zhoršuje se jejich celková intelektová výkonnost a schopnost řešit problémy, mají sklon k černobílému vidění světa, jejich pracovní tempo a pohotovost se zhoršuje. (Krch, 2010, s. 47-50)

Terapie může být v mnoha případech obtížná. Problémem může být negativní postoj anorektických pacientek nebo rodičů k léčbě.

Marádová (2007, s. 19) navrhuje tři vzájemně provázané léčebné postupy u PPP:

- 1) léčba poškození organismu v důsledku dlouhodobé podvýživy, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.,
- 2) psychoterapie, která nemocnému poskytne možnost pochopit příčiny a další okolnosti jeho onemocnění,
- 3) psychoterapie, zaměřená na změnu stravovacích návyků a životního stylu nemocného.

Hlavním cílem lékařské péče je úprava příjmu jídla a odstranění stavu podvýživy. V některých případech je nutná hospitalizace (i proti vůli pacienta). Farmakologická léčba je pouze doplňková, slouží k úpravě dílčích problémů, např. deprese nebo úzkosti. Při psychoterapii lze použít různé metody individuální

(především kognitivně behaviorální) i skupinové. Nezbytná je terapeutická práce s rodinou, bývá indikována rodinná psychoterapie (popř. partnerská). Příbuzní potřebují získat náhled na situaci k pochopení, že PPP nejsou zlozvyk a že apelování na zdravý rozum nemá smysl. Užitečné jsou svépomocné skupiny rodin nemocných PPP, které mohou poskytnout emoční podporu a informace získané z vlastních zkušeností. (Vágnerová, 2014, s. 436 – 437)

### 3 Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje řada teorií o příčinách vzniku PPP. Na základě mnoha studií je zastáván tzv. multikauzální přístup, který hovoří o kombinaci psychologických, sociálních a genetických dispozic jedince. Podle odborníků neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. Většina psychických problémů, se kterými je možné se u těchto nemocných setkat, jsou spíše důsledkem než příčinou.

Marádová (2006, s. 13-14) hovoří o důsledku vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.

Pro porovnání jsou v příloze A uvedeny hlavní rizikové faktory dle Hadaše, které ovlivňují vznik mentální bulimie a mentální anorexie.

Ve své práci se zmíním o biologických, psychologických faktorech a faktorech sociálních a společenských, na které bude především zaměřena pozornost.

#### 3.1 Biologické a osobnostní faktory

V moderní době je na ženy kladen důraz na štíhlou postavu. Je zřejmé, že pohlaví je jedním z nevýznamnějších faktorů pro rozvoj PPP. Pacientek s mentální anorexií je v průměru desetkrát více než pacientů, u mentální bulimie je zastoupení žen dvacetkrát vyšší.

Snahu o vyhublost u žen si autoři vysvětlují několika způsoby. Mentální anorexie může souviset s odmítáním ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své ovládající matky, či odmítáním dospělé ženské role, ženského těla a sexuality. Feministicky orientovaní autoři se domnívají, že anorektická snaha po štíhlosti je přehnaným projevem, jak dosáhnout ženskosti. (Krch, 2004, s. 15)

S ženským pohlavím je také spojen menstruační cyklus, který je považován za jeden z determinantů PPP. Dle Krcha (2005, s. 62-63) může nepravidelnost menstruačního cyklu předcházet počátkům anorexie. Jedná se o 10 – 20 % případů, při kterých amenorea (vynechání minimálně dvou menstruačních cyklů) předchází

poklesu tělesné hmotnosti. Frekvence bulimických záchvatů bývá dávana do souvislosti s menstruačním cyklem, počátky potíží jsou také spojovány s užíváním hormonální antikoncepce.

Obdobím typickým pro rozvoj PPP je dospívání. Mentální anorexie je výsledkem obav z fyziologických a psychických změn v pubertě. I když významné rozdíly ve vnímání vlastního těla byly zjištěny už i u chlapců a dívek mladšího školního věku. V období dospívání dochází k rychlému tělesnému růstu s rostoucí tělesnou hmotností. Rychlý přírůstek váhy může pro některé dospívající dívky znamenat hrozbu z neschopnosti kontrolovat svou hmotnost. Naopak chlapci se v době dospívání především přibližují maskulinnímu ideálu krásy.

Dospívající jsou sociálně vnímavější, zranitelnější. V tomto období se formuje vlastní Já, uvědomování sebe sama ve srovnávání s ostatními. Vnitřní nejistota dívek v tomto věku je spojena se zvýšenou sebekritikou, náchylností k depresím, nízkým sebevědomím a sklonem k PPP. Podle výzkumů dívky, které se již někdy snažily zhubnout a neuspěly, mají nižší sebevědomí než ty, které o to neusilovaly. (Krch, 2005, s. 63-64)

Lidé, kteří mají nízkou sebeúctu, výrazněji reagují na kritiku vlastní osoby, jsou citlivější a ovlivnitelnější informacemi o tom, jak je vidí ostatní lidé. Sebeúcta u dívek velmi úzce souvisí s oceňováním fyzického vzhledu. Jak člověk vnímá, hodnotí vlastní tělo, co k němu cítí, má široký dopad na jeho život (na povahu jednání s lidmi, pocity pohody a nepohody). Významným rysem pacientek s PPP je sebenenávist. Ženy a dívky se přestávají považovat za subjekt s vlastními pocity, právy a přáními. Prázdnotu po chybějící sebeúctě nahrazuje sebekritika a trestání, které sehrávají roli obranného mechanismu. (Novák, 2010, s. 20-21)

PPP mají vysokou míru komorbidit. U pacientek se uvádí výskyt některé psychiatrické poruchy až v 97 % případů. Z toho se v 94 % jedná o poruchu nálady (především unipolární depresi). U mentální anorexie jsou příznaky podobné jako u depresivní poruchy – pokleslá nálada, snížená energie, ochuzení zájmů a sociální izolace. Deprese je zde důsledkem hladovění, nikoli komorbidní depresivní poruchou. V 56 % případů se jedná o některou úzkostnou poruchu a u 22 % se vyskytuje



zneužívání návykových látek. Ve studii Jordana a kol. se u pacientek s mentální anorexií vyskytovala častěji deprese, úzkost a obsedantně kompulzivní porucha, zatímco u pacientek s mentální bulimií byla častější bipolární afektivní porucha a abúzus návykových látek. (Theiner, 2011, s. 105-107)

Zátěž a negativní nálada jsou často uváděny jako doprovodný či předcházející jev PPP. Pacientky s mentální bulimií se snaží zlepšit svou náladu jídlem, avšak používají praktiky, které nevedou ke zvyšování hmotnosti. Bulimičky nakonec ale zjišťují, že záchvaty přejídání jsou mimo jejich kontrolu, začnou se cítit provinile, což u nich vyvolává negativní emoce. Zvracení jim poté ulehčuje pocity viny. Pacientka s mentální anorexií dosahuje emocionálního uspokojení alespoň tím, že dokáže čelit hladu a hubne, i přestože štíhlost pro ni není nikdy dostatečná. Anorektička zažívá pocity pýchy a nadřazenosti, ale zároveň strachu z opětovného nabrání hmotnosti. (Novák, 2010, s. 18-20)

S mentální bulimií je kromě depresivních příznaků spojována především impulzivita, projevující se příznačným přejídáním, promiskuitou, krádežemi nebo nezdrženlivostí vůči psychoaktivním látkám. Tyto příznaky jsou blízké hraniční osobnosti, která je často spojována s bulimií. K dalším osobnostním rysům zmiňovaným v souvislosti s PPP patří hysterie, egocentrismus, hypersenzitivita, narcistická porucha osobnosti a sociální fobie. (Krch, 2004, s. 16)

Na základě řady výzkumů je typická anorektička popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchů, perfekcionistka, která lpí na rigidním dodržování nejenom dietních pravidel, ale také na společenských a rodinných hodnotách. Orientace na výkon a adolescentní soutěživost je hnacím motorem anorektiček k dosažení „dokonalejší postavy“. Anorektičky vykazují vyšší míru neuroticismu, introverze a úzkosti, mají nižší sebehodnocení a sebevědomí, objevuje se u nich vnitřní nejistota. U mentální anorexie se mluví o spojitosti s obsedantně kompulzivní poruchou, jejíž výskyt se u anorektických pacientek objevuje mezi 27 – 81 % případů. (Krch, 2005, s. 71-75)

### 3.2 Rodinné faktory

V souvislosti s PPP často hovoříme o rodinné resilienci, která je charakterizována jako dynamická rovnováha mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi. Resilience rodiny je proměnlivou charakteristikou, na kterou působí protektivní faktory, kam řadíme rodinnou kohezi, flexibilitu rodinných rolí a vztahů, srozumitelnou a otevřenou komunikaci všech členů rodiny, schopnosti, dovednosti a ochota řešit a zdolávat konflikty i krizové situace a shoda v pojetí smyslu a úkolů rodiny, ale také faktory rizikové – nízký socioekonomický příjem, chronicky působící negativní podmínky (změny životního stylu, nemoci, rozpory), traumatizující události, proměnlivost nároků současné společnosti. (Šolcová, 2009, s. 68)

Hadaš (Archiv závěrečné práce Lubomír Hadaš FSS D-PS PSS kombin, online) v souvislosti s resiliencí rodiny mluví tzv. o rodině bez chronické symptomatologie. Přesný opak platí pro rodiny s chronickou psychosomatickou symptomatologií. Typické charakteristiky jsou uvedeny v příloze B.

Krch (2004, s. 15) připomíná v souvislosti s rozvojem mentální bulimie následující rodinné rizikové faktory: afektivní porucha, alkoholismus, obezita v rodině, deficit rodičovské péče v dětství spojený se spory a neshodou v rodině, zanedbáváním a fyzickým nebo sexuálním zneužíváním. Avšak nedostatky v rodičovské péči se vyskytují i u pacientů s depresí, závislostí na alkoholu a osobnostní poruchou. Výsledky jiné studie dokazují, že není rozdíl mezi nemocnými s PPP a nemocnými s jinou duševní poruchou, pokud jde o úroveň kontaktu rodičů s dítětem, rodičovská očekávání, zneužívání a alkoholismus v rodině.

Jiné studie dokazují, že v rodinách, v nichž se objevují PPP, je nedostatečná komunikace v rodině, členové nesdělují své pocity a názory, chybí rodičovská péče. Objevují se nízká či naopak vysoká očekávání rodičů, vyskytuje se absence rodičovské kontroly a láskyplného vztahu k dítěti, ale v některých případech se objevuje i sexuální a fyzické zneužívání. V rodinné anamnéze se častěji objevuje

deprese, alkoholismus, emoční poruchy a sociální izolace. Rodiny jsou zaměřeny na kariéru a třídní postup, výkon a pracovní morálku. (Novák, 2010, s. 22-27)

Rodiče pacientek v mnoha případech zdůrazňují, že jejich výchova je lepší než výchova jiných rodičů, na své dítě jsou patřičně hrdí, jelikož nikdy neodmlouvalo, nezlobilo a nosilo výborné známky ze školy. Rodiče od pacientky očekávají příliš a je spíše oceňována jako někdo, kdo by mohl učinit život rodičů uspokojivější a naplněnější. Náchylnost k PPP je také ovlivněna prezentací ženského pohlaví v rodině. K osvojení genderové ambivalence dochází tehdy, když dívka cítí, že být ženou je negativní. Pro mnohé dívky je zklamáním, že rodiče nedostatečně oceňují jejich snažení, nebo je oceňují méně než druhého sourozence. Rodiče mají zpravidla nadměrný zájem o vzhled, diety a krásu. Rodinné stolování v rigidní formě (stejný čas, striktní pravidla) a chaotické formě (cizí lidé, hluk, vyřizování telefonátů) mají také vliv na vznik PPP. (Novák, 2010, s. 22-27)

Otcové pacientek jsou popisováni jako přísní, nezúčastnění, autoritativní. Dcery a otcové se v bulimistických rodinách shodují v pocitech vyloučení a izolace v rodině. Anorektické dívky se mohou v případě špatného emočního pouta s matkou cítit vázané otcovým očekáváním. Snaží se být mužům rovné, a to potlačením feminity a prokázáním intelektu a prací. Vztah matky s dcerou je ve velkém procentu nepřátelský. Matky jsou náročné, perfekcionistické, hyperkritické, žárlivé, necitlivé, často orientované na výkon, kariéru a frustrované ve svých ambicích, stažené do sebe a nespokojené s fungováním vlastní rodiny. Domnívají se, že jejich dcery by měly více zhubnout a hodnotí je jako méně atraktivní. Matka držící dietu není nebezpečná jen jako vzor, který dcera napodobuje, ale taková matka hlídá i příjem svých dětí a je přehnaně kritická k postavě svého dítěte. (Novák, 2010, s. 22-27)

### **3.3 Sociální a kulturní faktory**

*„Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí, která je klíčovým rysem poruch příjmu potravy, je koncentrovaná v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je ideálním zaoblený tvar, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout.“* (Novák, 2010, s. 35-36)

Ženy žijící ve společnostech ovlivněných západní kulturou jsou vystavovány tlaku na dodržování diet a štíhlost postavy ze všech stran. Některé anorektické dívky jsou idealizované, protože dosáhly něčeho, co je pro většinu žen nedostupné.

Jak už bylo mnohokrát řečeno, adolescent přikládá velký význam názorům ostatních, především kamarádů a rodiny. Dívky přebírají chování (dietní chování, důraz na štíhlost) a postoje od svých vrstevníků, proto nevinné kamarádké škádlení cílené na postavu dívky může vést až k fatálním důsledkům.

Významný podíl na rozvoji PPP mají reklamy a sdělovací prostředky. Problém médií spočívá v tom, že k ovlivňování může dojít také nepřímou formou, kdy i pouhé zobrazování bulimického nebo dietního chování může konzumenty podnítit k takovému jednání. Účinek médií je ještě mnohonásobně posílen, pokud jsou dívky v časopisech nebo televizi zobrazovány jako sociálně žádoucí. Dívku s narušeným body image (postoj jedince k tělu) a zaujatou vlastním tělem odrazující články neodpudí, ale naopak inspirují.

Novák (2007, s. 400) zveřejnil studii z prostředí internetu, ve které zjišťoval souvislost příznaků PPP a přitažlivosti štíhlého ideálu zobrazovanou v médiích. Prokázalo se, že média zobrazující ženský ideál štíhlosti jsou pro dnešní ženy nositeli žádoucích hodnot a norem. Na základě výsledků bylo zjištěno, že ženy ve věku mezi 15-20 lety a ženy s nižším BMI vykazují vyšší přichylnost ke štíhlému ideálu. Každopádně nelze však tvrdit, že vyobrazování štíhlých žen v médiích má za následek výskyt PPP. Může naopak dojít k znechucení z médií a odporu ke štíhlým celebritám. Nebezpečí vzniká teprve tehdy, když konzumentky médií začnou považovat štíhlé postavy za přitažlivé.

Novák (2010, s. 59) ve své knize následujícím příkladem dokazuje, že realita zobrazovaná v médiích ani zdaleka neodpovídá skutečnosti: „*Průměrná Američanka měří 161 cm a váží 68,95 kg. Bělošky však svému ženskému ideálu připisují výšku 170 cm, váhu 49,9 kg a konfekční velikost S. Ačkoli tento ideál nereprezentuje průměrnou Američanku, odpovídá ženám zobrazovaným v mediích.*“

Média mají déle podíl na tzv. sexualizaci potravy, tedy přisuzování sexuálního významu potravě nebo jejímu zobrazování v sexuální kontextu. Odborníci srovnávají postoje k sexualitě společnosti padesátých let 20. století a současným nátlakem ke zdrženlivosti v jídle u dívek v posledních desetiletích. Podle způsobu jídelních návyků se ženy označují za „hodné“ a „zlé“, podle toho, zda se přejídají či odolávají svým chutím, podobně jako při věrnosti či promiskuitním chování. Sexuální motivy objevující se v reklamách na jídlo mohou být jedním z důvodů, proč některé ženy například konzumují „špatnou a zlou“ čokoládu potají. (Novák, 2010, s. 67-68)

Dalším propagátorem abnormální štíhlosti jsou tzv. pro-anorektické weby sdružující dívky trpící PPP, které se nechtějí vyléčit, ale jsou na svou štíhlost pyšné a plně se nemoci přizpůsobují. PPP pro ně nepředstavují život ohrožující chorobu, ale spíše životní filozofii. Weby tohoto typu poskytují dívkám dostatek informací, návodů a tipů, jak zhubnout. Společně s mizejícími kilogramy získávají silnou podporu podobně smýšlejících dívek z celého světa. Dívky jsou ubezpečovány ve správnosti svého rozhodnutí zhubnout a dostávají potřebný pocit sounáležitosti a jsou posilovány v odhodlání vytrvat. Kyberprostor tedy představuje ideální prostředí pro osamělé dívky, které ve svém blízkém okolí nenacházejí pochopení. Pro-anorektické weby představují velké riziko především pro dívky, které jsou ovlivnitelnější sociálním prostředím, obtížněji zvládají či zvládaly období puberty či dospívání a jsou nespokojeny se svým životem. (Novák, 2010, s. 69-72)

Nejznámější pro-anorektický web je spravován dívkou Lizzy ze San Franciska a nese název Cerulean Butterfly (Blankýtný motýl). Web byl založen v roce 2004 a získal si mnoho příznivců po celém světě. Podle Lizzy má být její web místem, kde dívky naleznou porozumění, zaženou osamělost a mohou se svěřit. Jak Lizzy uvádí na úvodní straně svého webu, dříve se jednalo o silně pro-anorektický (pro-ana) web, který má v současné době podobu spíše pro-reálného (pro-reality) webu, jejímž úkolem je informovat široké okolí o PPP, ale také nabídnout podporu těm, kteří trpí PPP a nejsou připraveni se léčit, i těm, kteří se potýkají se sebepoškozováním, závislostmi, depresí nebo bipolární poruchou. (Cerulean Butterfly, online)

### 3.4 Životní události

Události, které se nám stanou, ovlivňují zbytek našeho života jak negativně, tak pozitivně. Podle řady výzkumů je vysoká spojitost mezi nepříznivými životními událostmi a vznikem PPP.

Na základě řady výzkumů bylo zjištěno, že množství nepříjemných zkušeností je přímo úměrné k riziku vzniku PPP. Pozornost výzkumníků se však nesoustředí jen na to, kolik toho zkoumaní prožili, ale i na to, co prožili. Pacientky s mentální anorexií i mentální bulimií měly podobné množství negativních zážitků, ale pacientky s mentální anorexií buď prošly rok před onemocněním častěji zážitky, které nějak ohrozily jejich cudnost, tedy vyvolaly stud nebo znechucení ve spojení se sexualitou, nebo zažily ve své rodině častější chronické problémy se sourozencem, v tomto kontextu se může jednat o znovuzískání rodičovské pozornosti. (Pavlová, 2010, s. 40-41)

## 4 Multikauzální etiologie PPP

Výzkumná část práce je zaměřena na faktory podílející se na etiologii PPP s využitím případových studií, tzv. kazuistik, osob, které onemocněly mentální anorexií nebo mentální bulimií. Případová studie patří mezi přístupy kvalitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. (Hendl, 2016, s. 46) Gavora (2000, s. 142) dodává, že hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Během pozorování nebo hned po něm se dělají krátké záznamy, které se potom analyzují. Výzkumník se snaží vysvětlit jevy očima zkoumaných osob a ne na základě svých vlastních názorů, očekávání a tradic.

Data využitá v kazuistikách byla získána pomocí polostrukturovaného interview. S ženami proběhl buď osobní rozhovor nebo rozhovor s využitím moderních komunikačních technologií (např. Skype). Otázky pokládané ženám se týkaly především jejich života, dětství, rodinných a vrstevnických vztahů, dále se jednalo o otázky související s jejich onemocněním mentální anorexií nebo bulimií.

### 4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Jak už název práce napovídá, šetření je zaměřeno na život žen před onemocněním a po něm, a to především na rizikové faktory, události či situace v životě, které jsou považovány za zlomový okamžik v onemocnění. Cílem výzkumného šetření je zmapování rizikových faktorů, které byly příčinou rozvoje PPP a popis života s mentální anorexií nebo mentální bulimií.

Na základě cíle výzkumu byly vysloveny následující výzkumné otázky:

- Má rodinné prostředí vliv na vznik a rozvoj PPP?
- Mají média vliv na vznik a rozvoj PPP?
- Existuje souvislost mezi osobnostními charakteristikami, vznikem a rozvojem PPP?
- Podílí se deprese na vzniku a rozvoji PPP?

- Mohou být stresové a zátěžové situace jedním z faktorů podílejících se na vzniku a rozvoji PPP?

## 4.2 Výzkumná metoda

Jak už bylo v předchozí kapitole zmíněno, k dosažení výzkumného cíle budou vytvořeny případové studie, tzv. kazuistiky, které budou zkonstruovány na základě polostrukturovaného interview, které jsem s ženami osobně vedla.

*„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případě studie sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“* (Hendl, 2016, s. 102)

Interview je výzkumnou metodou, která se vyznačuje interpersonálním kontaktem. Nejčastěji se jedná o kontakt tváří v tvář, v současné době se používá i telefonický rozhovor. Interview umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. Můžeme sledovat i některé vnější reakce respondenta a podle nich potom pohotově usměrňovat další kladení otázek. Úspěšnost interview závisí na navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřeného vztahu (tzv. rapport). (Gavora, 2000, s. 110)

Interview může být strukturované, polostrukturované nebo nestrukturované. Strukturované interview znamená, že otázky jsou pevně dány, jedná se v podstatě o ústní dotazník. Na druhé straně nestrukturované interview umožňuje volnost v otázkách a odpovědích. Mezi těmito dvěma druhy je polostrukturované interview, u kterého se respondentovi nabídnou alternativy odpovědí, ale poté se ještě od respondenta žádá objasnění nebo vysvětlení. (Gavora, 2000, s. 111)

V interview se používají otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Prostředí, ve kterém se uskutečňuje interview, musí být tiché, klidné, nejlépe izolované od jiného dění. Přítomnost jiných lidí může navodit nežádoucí reakce až odmítnutí respondenta spolupracovat s výzkumníkem. (Gavora, 2000, s. 111)



### **4.3 Výzkumný vzorek a procedura**

Výzkumný vzorek byl složen ze čtyř informantek, které trpěly mentální anorexií nebo bulimií. Tři z těchto žen jsou již vyléčeny, jedna je v počátcích léčení. Výzkumný vzorek byl vytvořen záměrným výběrem uskutečněným na základě určení konkrétních znaků, těch, které jsou důležité pro dané zkoumání.

Pro výběr výzkumného vzorku byla použita následující kritéria. Věk nad 18 let, který jsem považovala za dostatečný pro nadhled nad nemocí, tím pádem schopnost hovořit objektivně o nemoci. Osoby ženského pohlaví, které zastupují větší procento nemocných. V případě žen se jedná o dostupnější vzorek v porovnání s muži trpícími PPP a je zde vyšší pravděpodobnost spolupráce a ochoty podílet se na šetření. Velmi důležitým kritériem, které jsem zvolila pro výběr, byla možnost osobního setkání. Z těchto důvodů bylo šetření uskutečněno právě se čtyřmi informantkami. Pro zachování anonymity byla změněna jejich křestní jména. Dvě z oslovených žen znám osobně, další dvě jsem oslovila prostřednictvím sociálních sítí a setkala se s nimi. Ve třech případech se jednalo o osobní rozhovor. U jednoho z případů byl rozhovor veden s využitím programu Skype, jelikož tato žena žije v současné době v zahraničí.

### **4.4 Kazuistika 1**

Evě je 25 let, bydlí s matkou nedaleko Karlových Varů. V rámci celoživotního vzdělávání studuje dálkově psychoterapii, dříve studovala na Univerzitě J. A. Komenského, ale kvůli onemocnění musela studium přerušit. Nyní je v invalidním důchodu.

Od svého narození žije sama s matkou, sourozence nemá. Matka s otcem nikdy nežila. Matka pracuje jako zdravotní sestra. S matkou mají velmi důvěrný vztah. Jsou na sebe oboustranně fixované. Matka je pro ni největší oporou a vzorem. S otcem má dobrý vztah, vídají se nepravidelně, několikrát do roka. Své dětství popisuje jako spokojené. Matka byla samoživitelka, i přestože neměli moc peněz, dělala vše pro svou dceru. Když matka pracovala, Eva byla u svých prarodičů. S těmi se i nyní navštěvuje několikrát týdně. Školní výsledky měla výborné.

Eva byla úspěšnou sólovou mažoretkou. Denně docházela na několikahodinové tréninky, víkendy trávila na republikových i mezinárodních soutěžích. Trenéři kladli vysoké nároky na dobrou postavu, proto si vždy dávala pozor na to, co jí.

Již od 13 let trpí depresemi. Její deprese se začaly prohlubovat po ukončení střední školy, kdy nemohla najít práci, a také se objevily finanční problémy v rodině. Když jí bylo 23 let, rozhodla se řešit své deprese hladověním. Chtěla se hladověním zabít s tím, že pokud by se jí to nepovedlo, alespoň zhubne pár kil. *„Jediný řešení sem viděla v tom se prostě zabít, ale byla sem na to moc velké srab, tak sem zvolila tuhle cestu.“* Nikdy se nepokusila o sebevraždu jiným způsobem.

Před rokem strávila 3 měsíce na psychiatrii na oddělení pro osoby s poruchami příjmu potravy v Praze. Pobyt zde považovala pouze za výkrmnou. V listopadu 2015 byla hospitalizovaná na jednotce intenzivní péče a po dvou týdnech odešla na reverz domů. Eva je na začátku svého léčení. Její současná hmotnost je 32 kg při 164 cm – hmotnost, při které by stále měla ležet na JIP. *„Sáhla sem si na dno... skoro sem se dvakrát zabila a mě z toho vždycky někdo vytáhl. Než žít s takovými následky a v takovém bahně, tak je možná lepší zkusit zabojovat žít normálně... Je to ale peklo, úplně to člověka změní. Z mojí předchozí osobnosti nezbylo nic, nutím se teď vytvářet úplně něco nového. Zároveň se mi ale líbila ta výdrž, se kterou sem zvládla se dostat tak nízko jako nikdo. Byla sem na sebe opravdu pyšná, že sem to dotáhla tak daleko... ale i zklamaná, že sem to nedotáhla až do konce.“*

Kvůli nemoci je v invalidním důchodu, ale svůj zdravotní stav popisuje jako „docela dobrý“. Nejnižší hmotnosti, které Eva dosáhla, bylo 25 kg. S 36 kg ještě tancovala na mistrovství světa. Menstruaci nemá již několik let. Trpí zácpou.

*„No, vlastně se udržuju při životě, i když nechci. Zatím ani nevím, proč to dělám. Doufám jenom, že někdy v budoucnu ten důvod uvidím. Asi kvůli mamce (odmlka) nebo prostě jen nejsem schopná to svoje hladovění dotáhnout do konce.“*

Eva se se svým příběhem dělí na svém facebookovém profilu, ráda by se v budoucnu věnovala pomoci lidem s poruchami příjmu potravy. V příloze C je k vidění jeden z příspěvků, které Eva sepsala.

## 4.5 Kazuistika 2

Haně je 20 let, v současné době studuje na Univerzitě Hradec Králové, obor Cizí jazyk pro cestovní ruch. Bydlí v malé vesnici v Královéhradeckém kraji společně se svými rodiči a sestrami. Do svých 5 let žila u prarodičů v sousední vesnici společně s rodiči a sourozenci. Důvodem k přestěhování byly neshody mezi prarodiči a otcem Hany.

Hana pochází z úplné rodiny. Její matka je kuchařka ve školní jídelně, otec pracuje jako řidič nákladního auta v místní firmě. Je prostředním dítětem, má starší a mladší sestru. Sestry považuje za své nejlepší kamarádky. Vztah s matkou je velice kladný, svěřuje se jí se svými tajemstvími. Vztah s otcem je problémový. Neudržují žádný kontakt, komunikují spolu prostřednictvím matky. Otec se nezajímá o školní výsledky, neví, kdy má narozeniny, je zaměřen na peníze. Hana si nepamatuje konkrétní moment, kdy přestala se svým otcem komunikovat. Nejvíce jí vadí, že otec matce, sestrám i jí stále nadává, uráží je a nepodporuje. „*Prostě je to jen někdo, kdo s náma žije pod jednou střechou. Beru to tak, že tátu nemám... Přála bych si, aby si máma našla jinýho chlapa.*“ Hana se s prarodiči z otcovi strany už přes rok nestýká. S prarodiči ze strany matky udržuje pozitivní vztah, navštěvuje je každý víkend a tráví u nich prázdniny. Cítí se v jejich přítomnosti příjemněji než doma u rodičů. Ve škole dosahovala průměrných výsledků.

První pokusy o redukci hmotnosti začaly na základní škole v 9. třídě, kdy po každém jídle šla jezdit hodinu na rotopedu, což v součtu znamenalo 4 – 5 hodin denně. Hana chtěla shodit pár přebytečných kil. Často se v rodině setkávala s poznámkami na její tělo („*seš holka krev a mlíko*“, „*seš vyžraná*“). Rodina z otcovi strany odsuzuje tlusté lidi. Babička je posedlá zdravou stravou a hubnutím, má doma několik cvičících přístrojů. Hana četla články na internetu o hubnutí, bulvární články o celebritách. Později vyhledávala webové stránky s radami, jak schovávat jídlo, jak rychleji hubnout. Ve druhém ročníku na střední škole začaly být problémy závažnější, kdy při 161 cm vážila 35 kg a přestala menstruovat. Veškeré jídlo vyhazovala. Když cokoli snědla, objevovaly se výčitky svědomí a brečela. Každý den několik hodin tajně cvičila, než přišli rodiče z práce. Pokud neměla možnost cvičit nebo jidla víc,

než chtěla, následující den cvičila dvakrát víc. Několikrát užila i projímadlo. V té době se u ní začaly projevovat známky deprese.

Hana si svůj problém uvědomovala, ale nikomu se nesvěřila. Líbil se jí pocit, že hubne, a byla na sebe pyšná. V této době psala básničky, povídky a vedla blog. Na Hanin problém jako první upozornily spolužačky, které vše oznámily třídní učitelce. Ta si pozvala matku do školy. Matka již v té době měla podezření o PPP. Hana při konfrontaci s matkou a třídní učitelkou svůj problém přiznala a společně se domluvily na návštěvě psychologa. Hana navštívila psychologa pouze jednou a ze sezení předčasně odešla. Rozhodla se svůj problém řešit sama s podporou rodiny – především matky. Začala pravidelně jíst pod dohledem matky nebo starší sestry. Zkontaktovala také dívku, která žila u nich ve vesnici a úspěšně se vyléčila z mentální anorexie. Sdílela s ní své pocity a přijímala rady jak bojovat s nemocí.

Hana se považuje za vyléčenou z mentální anorexie. Se svým tělem ale není spokojená. Nedodrhuje žádnou dietu, často sportuje. Vztahy v rodině zůstaly nezměněny. O její nemoci se v rodině nemluví.

#### **4.6 Kazuistika 3**

Daniele je 23 let, studuje na Univerzitě Hradec Králové, obor Sociální patologie a prevence. Mezi její zájmy patří cestování, čtení knih, hudba a poslední rok pravidelně cvičí. Za svůj život se stěhovala jedenáctkrát. Již rok a půl bydlí se svým dědou a jeho přítelkyní v Hradci Králové.

Do svých 10 let bydlela s oběma rodiči, kteří se pak rozvedli. Do 19 let bydlela s matkou. Matka během těchto let vystřídala několik partnerů. Daniela má 7 letého bratra. Když Daniele bylo 19 let, vyhodila ji matka z domu. Hlavními důvody byly dlouhodobé neshody s matkou i s jejím novým přítelem. Daniela jejího nového přítele nesnášela a on ji také ne. Rok bydlela sama v Ústí nad Orlicí. Matka ji finančně ani psychicky nepodporovala. Daniela pracovala a denně dojížděla do Brna na vysokou školu – bylo to psychicky náročné a se školou musela skončit. Odstěhovala se na půl roku do Anglie, kde pracovala. Poté bydlela rok sama a pracovala. Před rokem a půl jí její děda nabídl, aby s ním bydlela a mohla tak studovat.

Svoje dětství považuje za spokojené. Její rodiče vlastnili letní kemp a hospodu. Otec matku podváděl. Matka o všem věděla, ale přehlížela to. S rodiči se téměř nestýká. S matkou a bratrem se navštěvují pouze několikrát do roka při oslavách. Svého otce neviděla už 13 let. Otec Daniely byl ve vězení za neplacení alimentů. Před třemi měsíci se Daniela rozhodla kontaktovat svého otce, od té doby spolu několikrát volali.

O letních prázdninách v 15 letech, kdy potkala svou první vážnou známou, se rozhodla drasticky zhubnout. Toto rozhodnutí vzniklo ze dne den. Její rodina měla vždy kladný vztah k jídlu. Daniela našla způsob, jak se přejídat, ale netloustnout. Byla na sebe hrdá. „*Měla sem pocit, že sem objevila Ameriku.*“ V počátcích zvracela po přejedení, později zvracela po každém jídle. Sama má pocit, že v této době vygradovalo vše, co se dělo – stěhování, napjaté vztahy v rodině, nový přítel matky.

Daniela si přesně nepamatuje, po jak dlouhé době se její matka dozvěděla o jejím problému. Daniela chtěla, aby ji ostatní litovali, používala mentální bulimii jako výmluvu na všechno, co se jí nedařilo. Po neúspěšných pokusech Daniele pomoci se matka rozhodla přihlásit Danielu do léčebny. Daniele v té době bylo 18 let. Byla hospitalizována na tři měsíce v Praze na psychiatrii. Pobyt považuje za nepřínosný, terapie jí vůbec nemohly. Několikrát zvracela v průběhu léčení. Dva týdny po propuštění opět začala zvracet. Byla více opatrná, aby matka nic nepoznala.

Daniela naposledy zvracela v létě. Nyní má pocit, že je všechno za ní. Potýká se se zdravotními problémy - reflux jícnu, snížená imunita. Nejvíce jí pomohla její trenérka, se kterou začala spolupracovat před rokem. Ta jí ukázala, jak správně jíst a hubnout. Díky novému příteli si Daniela uvědomila, že i ona má svou cenu.

#### **4.7 Kazuistika 4**

Adéle je 25 let a necelé dva roky žije se svým přítelem v Hradci Králové v domě jeho rodičů. Pracuje ve školce pro autistické děti jako asistentka pedagoga a studuje na Univerzitě Hradec Králové, obor Sociální patologie a prevence v dálkové formě. K jejím koníčkům patří fitness, lyžování, cyklistika, čtení, vaření.

Adéla žila se svými rodiči do svých 14 let, kdy se rodiče rozvedli a ona žila se svou matkou a o dvanáct let mladší sestrou. Svě dětství popisuje jako složité, rodiče se často hádali. Matka s otcem se vzájemně podváděli. Otec byl žárlivý, citově chladný, zlý. Měla z něj velký respekt až strach, neměla nikdy pocit, že ji má otec rád, přehnaně ji kontroloval. Vztah s matkou charakterizuje jako na horské dráze. Na jedné straně byla matka milující osobou, na stranu druhou ji popisuje jako hysterku, která ji psychicky týrala. Rozvod rodičů byl vyhrocený. Adéla i její sestra byly zatahovány do problému rodičů, cítila se jako jejich rukojmí. Matka vyhrožovala, že spáchá sebevraždu tak, aby ji našla Adéla nebo její sestra. Jednou se o to dokonce pokusila, Adéla ji našla a zachránila jí život. Rodiče pracují u policie. Nyní se s matkou vídá velmi často, Adéla se jí snaží vše vnitřně odpustit. S otcem se vidí jen několikrát do roka, jejich vztah je chladný. Rozvod rodičů Adéle vytvořil velkou nedůvěru v muže.

Anorektické myšlení měla Adéla už od dětství. Matka a otcova matka držely diety a hladovky a kontrolovaly Adélu, aby neztloustla. V 17 letech ve třetím ročníku na gymnáziu se Adéla zúčastnila soutěže krásy, zároveň měla problémy se svým současným přítelem a objevily se také problémy doma, kdy si matka našla nového partnera, se kterým se s Adélou nesnášeli. Začala se přejídat a následně i zvracet. Články o mentální bulimii ji motivovaly zvolit tuto cestu hubnutí, jelikož věřila, že dokáže mít vše pod kontrolou. *„Každý den sem začínala s předsevzetím zhubnout.“* Celý den nejedla nebo jen zeleninu, ale nikdy to nevydržela. Přejídala se především v noci, zvracela ráno v době, kdy matka odešla do zaměstnání, nebo ve škole o hodinu na toaletách. Užívala projímadla a glycerinové čípky. Trpěla depresemi, stupňovaly se její výbuchy vzteku. Po roce na její problémy upozornil její současný přítel.

Adéla začala docházet na ambulantní léčení a terapii v Hradci Králové jednou za 14 dní, později jedenkrát týdně. Léčba nepřinášela žádné výsledky a Adéla se rozhodla skončit. V té době pracovala v centru péče o duševní zdraví a studovala prezenčně na Univerzitě Hradec Králové, rozešla se s přítelem a z pocitu samoty se začala opět přejídat. Trpěla depresemi a užívala antidepresiva, která zapíjela alkoholem. Během dvou let přibrala 30 kilogramů. *„Fakt sem se nenáviděla. Protože z normální holky byl tlustoch, co vážil 90 kilo... Vypadala sem fakt otrěsně... Představ*

*si, 90 kilo, akné, nateklej obličej se slinnejma žlázama... Klasickej bulimickej obličej.... Zkažený zuby, deprese a častokrát sem byla zfetovaná práškama... Jo a taky sem dost pila.“ Zlomový moment nastal, když dostala výpověď v práci. Rozhodla se docházet opět na terapii k jiné lékařce, podařilo se jí zhubnout prvních 12 kilogramů a získat práci letušky.*

Od února 2014 pravidelně cvičí a stravuje se zdravě. Její současná hmotnost se pohybuje kolem 58 kilogramů. Stále dochází na terapii, ale neužívá žádné léky. Sama se charakterizuje jako osoba, která má sklony k závislostem a nedokázala by nezneužít léků. Její největší oporou je její současný přítel. Adéla se učí mít se ráda a vážit si sama sebe. Chtěla by se věnovat nutričnímu poradenství a trenérství.

#### **4.8 Shrnutí šetření**

Na základě dat, která byla získána z empirického šetření, se pokusím o závěrečné shrnutí a zodpovězení výzkumných otázek.

Velmi významným faktorem v rozvoji PPP a tím nejzásadnějším u všech čtyřech informantek bylo nepříznivé rodinné prostředí, které pramenilo z neshod v rodině, rozvodu či absence jednoho z rodičů. Dotazované ženy pociťovaly absenci hlubších vztahů mezi rodinnými příslušníky, nízkou podporu ze strany rodičů, neschopnost komunikace a sdělování emocí či názorů. Na druhé straně byl na ženy vyvíjen tlak ze strany rodičů k dosažení mimořádných výkonů.

Zkoumané osoby byly ve svém chování ovlivněny médii, ve kterých nacházely rady, nové informace a podporu. Ženy se srovnávaly se vzory, ideály krásy, které jsou zprostředkovávány právě médii, především však televizí, internetem a časopisy.

Osobnostními charakteristikami, které se podílejí na vzniku PPP u zkoumaného vzorku, byly zjištěny perfekcionismus, kritičnost, nízké sebevědomí a sebehodnocení, zranitelnost, snížená sebedůvěra a zaměření na výkon a úspěch. S těmito charakteristikami také úzce souvisejí narážky na vzhled v období dospívání, které byly zmiňovány nejčastěji právě v reakci na měnící se tělo. Kritické poznámky směřovaly především ze stran rodičů, prarodičů či vrstevníků. Tyto poznámky pak ještě více umocnily kritické vnímání vlastního těla.

V souvislosti se vznikem onemocnění je důležité se zmínit také o negativní náladě a depresích, které jsou často uváděny jako doprovodný či předcházející jev PPP. Toto tvrzení se potvrdilo u tří ze čtyř informantek, které trpěly depresemi před nebo během onemocnění.

U všech dotazovaných žen z mého šetření byla prokázána přímá souvislost mezi vznikem PPP a stresovou životní situací v jejich životě. Jednalo se především o rozvod rodičů, ztrátu zaměstnání a neúspěchy v osobním životě.



## Závěr

Rozvoj PPP úzce souvisí s rizikovým chováním v adolescenci. Jedním z těchto projevů může být také experiment v oblasti jídelního chování, dále také užívání návykových látek, rizikové sexuální chování, sebepoškozování a jiné. Další kapitoly teoretické části obsahují stručnou charakteristiku a diagnostiku jednotlivých druhů PPP, mezi které patří mentální anorexie, mentální bulimie a obezita. Pro obě poruchy je příznačný nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a nadměrná snaha o dosažení štíhlosti a její udržení. Vzhledem k rozsahu práce nebyla prevenci, důsledkům a léčbě PPP věnovaná větší pozornost. I přestože otázka prevence a léčby je velmi důležitá, není předmětem mé práce.

Stěžejní částí práce byla zaměřena na etiologii PPP. V souvislosti s příčinami PPP hovoříme o tzv. multikauzálním přístupu, který je charakteristický kombinací psychologických, osobnostních, sociálních a biologických dispozic jedince. Podle mého názoru nejvýznamnější vliv na rozvoj PPP má rodina a média. K biologickým faktorům lze přiřadit ženské pohlaví, které souvisí s odmítáním ženské role, dále také rizikový adolescentní věk, typické osobnostní charakteristiky jako jsou nízké sebevědomí, sebekritika, perfekcionismus, zaměření na výkon a úspěch. Tlak médií a sociálního prostředí a ideál krásy jsou dalšími faktory, které mohou zapříčinit vznik či rozvoj PPP. V souvislosti s rozvojem PPP se také často hovoří o rodinné resilienci, rodinných jídelních zvyklostech, problémech v komunikaci v rodině a určitých charakteristik rodičů. Dle názoru odborníků však neexistuje žádná specifická příčina PPP, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení.

Empirická část práce obsahuje případové studie, které byly vytvořeny na základně polostrukturovaného interview vedeného se čtyřmi ženami, které onemocněly PPP. Cílem této části práce byl popis rizikových faktorů, které jsou příčinou PPP, popis události či situace v životě žen, které jsou považovány za zlomový okamžik v rozvoji onemocnění, a popis života s PPP.

Závěry mého šetření potvrdily tvrzení odborníků o multikauzální etiologii PPP, tedy názoru, že se na rozvoji a vzniku PPP podílí více faktorů – osobnostní, psychologické a sociální.

## Seznam použitých zdrojů

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. s. 142. ISBN 978-80-262-0062-8.

DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 189. Monografie. ISBN 978-80-244-2642-6.

*Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

FRAŇKOVÁ, Slávka a DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. s. 256. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

FRAŇKOVÁ, Slávka, PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. s. 302. ISBN 978-80-246-2247-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. s. 207. ISBN 80-85931-79-6.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. s. 184. Psyché. ISBN 80-7169-907-1.

HAMANOVÁ, Jana. *Rizikové chování dospívajících v sexuální oblasti*. In: KABÍČEK, Pavel a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. s. 236-250. ISBN 978-80-7387-793-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. s. 437. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANEBOVÁ, Radka. *Sociální problémy z aspektu gender*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. s. 106. Texty k sociální práci. ISBN 80-7041-512-6.

- KABÍČEK, Pavel a kol. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. s. 154. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. s. 156. Folia practica; sv. VI. ISBN 80-85824-51-5.
- KOCOURKOVÁ, Jana. *Vývojová období dětství a dospívání*. In: HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. s. 34-41. ISBN 978-80-7367-404-5.
- KOUTEK, Jiří. *Obezita v dětském a dorostovém věku*. In: HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. s. 277-280. ISBN 978-80-7367-404-5.
- KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. s. 127. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. s. 235. Rádci pro život. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi*. Praha: 2004. s. 14-16. ISSN 1213-0508.
- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 255. Psyché. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi*. Praha: 2007. 4(10). s. 320-322. ISSN 1214-8687.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 195. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. s. 174. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 144. ISBN 80-7178-747-7.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 32. ISBN 978-80-86991-09-2.

MARKOVÁ, Dagmar. Sexuálne správanie a jeho rizikové aspekty. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, ed. a SMUTEK, Martin, ed. *Riziková mládež v současné společnosti: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí konané pod záštitou projektu PHARE 2003 RLZ - opatření 2.1 Program podpory aktivit zaměřených na integraci sociálně znevýhodněných obyvatel ve spolupráci Královéhradeckého kraje a katedry sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. s. 155-162. ISBN 80-7041-044-2.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: 2007. 4(3). s. 155-157. ISSN 1213-0508.

NEŠPOR, Karel. *Návyková rizika u dětí a dospívajících* In: HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. s. 285-306. ISBN 978-80-7367-404-5.

NOVÁK, Michal. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy?. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2007. 103(8). s. 393-401. ISSN 1212-0383.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. s. 105. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. s. 424. ISBN 978-80-247-2425-6

PAVLOVÁ, Barbara. *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. In: PAPEŽOVÁ, Hana. ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. s. 36 – 49. ISBN 978-80-247-2425-6.

PELCÁK, Stanislav. *Vybrané problémy rizikového chování v adolescenci*. In: HOFERKOVÁ, Stanislava. *Acta sociopathologica II*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 53 – 71. ISBN 978-80-7435-577-6.

SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. s. 147. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. s. 102. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3.

THEINER, Pavel. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: 2011. **12**(3). s. 105-107. ISSN 1213-0508.

Internetové zdroje:

*Anorexie, Self Harm, Bulimia, Eating Disorders & Mental Illness Support – Cerulean Butterfly*. [online] Cerulean Butterfly [cit. dne 04. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.ceruleanbutterfly.com/>.

*Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách v r. 2011 (ESPAD) - výsledky české části studie* [online] Vláda České republiky [cit. dne 08. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/tiskova-konference-20--unora-2012---espad-93013/>

HADAŠ, Lubomír. *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie* [online]. Brno, 2007 [cit. 31. 3. 2016]. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Jiří Mareš. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/55290/fss\\_d/](http://is.muni.cz/th/55290/fss_d/).

*Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018*. [online] MŠMT ČR [cit. dne 08. 04. 2016]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>

## **Seznam příloh**

Příloha A – Rizikové faktory pro mentální bulimii a mentální anorexii

Příloha B – Charakteristiky rodin s chronickou symptomatologií

Příloha C – Příspěvek na facebookovém profilu informantky (Kazuistika 1)

Příloha D – Rozhovor s informantkou (Kazustika 4)

**Příloha A – Rizikové faktory pro mentální bulimii a mentální anorexii (Hadaš, 2007, online)**

<b>Obecné rizikové faktory</b>	být ženou	
	být v období dospívání nebo rané dospělosti	
	žít v ekonomicky vyspělé společnosti	
<b>Individuálně-specifické faktory</b>	premorbidní charakteristiky osobnosti	nízká sebedůvěra
		sklon perfekcionismus (platí zejména pro mentální anorexii, méně pro mentální bulimii)
		úzkostnost a úzkostné poruchy
		obezita (platí zejména pro mentální bulimii)
		časná menarché (platí zejména pro mentální bulimii)
	rodinné faktory	výskyt poruchy příjmu potravy u některého člena rodiny
		deprese u člena rodiny
		obezita u člena rodiny (platí zejména pro mentální bulimii)
		abúsus návykových látek u člena rodiny, zejména abúsus alkoholu (platí pro mentální bulimii)
	premorbidní zkušenosti a zážitky	nepříznivé rodinné zázemí (zejména vysoká očekávání, konflikty v rodině; omezené kontakty s rodinou)

		kritické poznámky členů rodiny, přátel, známých k jedincově způsobu stravování, jeho vzezření, tvaru těla, jeho váze
		společenské tlaky (lidí ve škole, v zaměstnání, ve volném čase) na to, aby byl jedinec štíhlý
		jedincovo experimentování s dietami
		sexuální zneužívání jedince



**Příloha B** – Charakteristiky rodin s chronickou symptomatologií (Hadaš, 2007, online)

<b>Struktura, řád a vzájemné vztahy:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• struktura a řád rodiny nemají jasný charakter</li><li>• nedostatečně stanovené hranice</li><li>• nepropustné hranice</li><li>• nedostatečně definovaná hierarchie v rodině</li><li>• vztahy mezi jednotlivými členy jsou velmi těsné a svazující</li><li>• pouze deklarovaná blízkost a svoboda</li></ul>
<b>Postoje, emoce, priority:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• emoční blízkost hraničící s připoutáním</li><li>• důraz na výkon místo na emoční blízkost</li><li>• lpění na nepodstatných detailech a nedostatečný nadhled</li><li>• nedostatečná, nebo naopak přehnaná zodpovědnost</li><li>• nedostatek pocitu sounáležitosti</li><li>• absence úcty a vzájemného porozumění</li><li>• nedostatek vzájemné tolerance</li><li>• nedostatečná schopnost odpouštět</li><li>• nedostatečná sebedůvěra jednotlivých členů</li></ul>
<b>Způsob komunikace, zvláštnosti chování:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• emočně prázdná komunikace</li><li>• nedostatečná komunikace založená spíše na sarkasmu a špičkování</li><li>• výborně rozvinuté obranné mechanismy bránící skutečnému setkávání se jednotlivých členů rodiny</li><li>• schopnost opakovat stále stejné vzorce chování</li><li>• chybění rodinné introspekce a snahy po změně</li><li>• rigidita celého systému</li></ul>

**Příloha C** – Příspěvek na facebookovém profilu informantky (viz s. 41).  
Pro zachování anonymity není se souhlasem informantky uveden zdroj.

*„Drazí přátelé, chtěla bych vyzkoušet a využít sílu Facebooku. Je možné, že vzbudím plno odporu a nepochopení a vysloužím několik nepěkných přezdívek, ale ráda bych něco zdůraznila. Buď čtěte nebo v klidu přeskočte. V tomto příspěvku se vlastně vůbec nejedná o mě, ale abych splnila účel toho, co chci sdělit, musím jít s vlastní kůží „na trh“.*

*Nestydím se za to, kdo jsem nebo kdo jsem byla. Nebo spíš – nestydím se to přijmout. Vím, že vše, co se v životě děje, má svůj smysl, tak proč se tvářit, že to neexistuje? Dlouhé měsíce jsem věnovala obrovské množství úsilí a energie do něčeho, co mi nepřineslo nic než ztráty, přičemž ztráta váhy je to nejmenší. Ztratila jsem soudnost, ztratila jsem zájem, nadšení, přátelé, i kontakt s rodinou kvůli dlouhým hospitalizacím, ztratila jsem důvěru a zřejmě jsem ztratila i svoji cenu. Někdy potřebujete pěstí mezi oči, abyste se probudili. Na samém dně se odehrálo něco, co stěny facebooku nepojmou a já se podruhé narodila a rozhodla se využít energii a sílu současné situace druhým směrem. Cítím, že je potřeba udělat něco užitečného, a i když je nejdůležitější (a zároveň nejtěžší) pomoci sama sobě, je nezbytné snažit se pomoci ostatním. Nevím, kam až sahají moje možnosti něco takového uskutečnit, ale i malý krok a malá zkouška je lepší než sedět s rukama v klíně.*

*Co tím chci říct? Chci pomoci nejen dívkám a chlapcům s poruchami příjmu potravy, ale také „pomoci“ společnosti pochopit tento problém víc. To, jak popisují problém média a knihy ani ze čtvrtiny nevykreslí skutečnost, kterou si nakonec doopravdy člověk projde, pokud s tímto problémem bojuje. Média nám nutí „škatulky“, z nichž vlastně vyjde jen jeden zobecněný pohled: „Anorexií trpí holky, co nemají rozum, nemají hodnoty a chtějí být hubené jako modelky. Přitom stačí se jenom najíst.“ Netvrdím, že jsem spolkla moudrost světa, a proto teď všechno vím. Ale pravda je taková, že jsem za poslední rok poznala tolik odlišných příběhů, tolik odlišných přístupů k nim, a tolik odlišných názorů, že opravdu považuji za důležité o tomto problému mluvit, pokud o to bude zájem. Proto jsem se rozhodla začít jakýsi vlastní „projekt“. Nevím, jak dalece to můžu já sama dotáhnout a jaký by to mohlo mít*

*dopad, také nevím, kolik z vás si nejspíš bude klepat na čelo. Ale víte co? Je mi to jedno. Je mi to jedno, protože důležitost mého rozhodnutí cítím tak hluboce, že vím, že dělám správnou věc, i kdybych to měla jen zkusit a nemělo by se to povést.*

*Na závěr bych chtěla zdůraznit, že já znovu vyrůstám, znovu se učím a znovu objevuji. A je to neuvěřitelně těžké, ale zároveň neuvěřitelně krásné. Však také platí – kdo z nás to má v životě jednoduché? Nikdo. Každý máme problém a každý svádíme různě závažné boje každý den. Já ale díky tomu vidím věci, které jsem možná předtím neviděla, a moc bych si přála, aby je viděli i ostatní. A co jsem tímto dlouhým příspěvkem chtěla říct? Chci rozšířit povědomí veřejnosti o této problematice. Chci dodávat sílu podobně nemocným. Chci, aby společnost pochopila, že problém těchto lidí nespočívá až tak úplně jen v jídle. Chci, aby co nejméně nemocných poznalo ten pocit nového zrození své osobnosti.*

*Chtěla bych pracovat na prevenci na základních, středních školách a výchovných zařízeních, pokud o to bude zájem. Chci tu sílu využít tím správným směrem, a to vše podpořit vlastními reklamními prospekty, které se mi snad podaří zrealizovat. Proto sdílejte, pokud budete chtít, a nezapomínejte mít oči otevřené..“*

**Příloha D** – Rozhovor s informantkou na základě kterého byla vytvořena kazuistika (viz s. 45).

Datum: 24. 3. 2016

Délka záznamu: 41:56

Místo: kavárna

Onemocnění: mentální bulimie

Tazatel: *„Kdyby se objevilo něco, na co nebudeš chtít odpovídat nebo ti bude nepříjemný se o tom bavit, tak řekni jo? A přejdeme to, jo?“*

Dotazovaný: *„Jo, v pohodě.“*

Tazatel: *„Tak ... jako první bych se tě zeptala, kolik ti je, jestli studuješ nebo pracuješ.“*

Dotazovaný: *„Takže je mi 25 let a pracuju ve školce pro autistický děti jako asistentka pedagogika a, no, dálkově studuju prvním rokem Sociální patologie a prevenci... Už podruhé.“* (smích)

Tazatel: *„Jakto že podruhé?“*

Dotazovaný: *„No já sem to už studovala od roku 2010 až do února 2014. Myslim. Pak sem to přerušila kvůli práci, a když sem se chtěla vrátit, tak sem musela prostě zpátky do prváku.“*

Tazatel: *„Ty jo... A jaký sou tvoje koníčky?“*

Dotazovaný: *„Hlavně fitness. Pak taky kolo, lyže, politika a taky ráda čtu... jo a taky psychologie a psychiatrie a vaření a péče o přítele.“* (smích)

Tazatel: (smích) *„Takže bydlíte spolu?“*

Dotazovaný: *„Jojo.“*

Tazatel: *„Jak dlouho už spolu ste? Jinak teda bydlíte v Hradci, že jo? A v Hradci si taky vyrůstala?“*

Dotazovaný: „Jo, sem z Hradce. Dva roky sem sice bydlela v Praze, ale sem už rok a půl zpátky... a právě tak dlouho sem s Honzou. Bydlíme v Kuklenách a v rodinném baráku jeho rodičů, kterej Honza se svým tatškou přestavěl na takový dvě samostatný bytové jednotky.“

Tazatel: „A od malička bydlelas s oběma svejma rodičema? A máš nějaký sourozence?“

Dotazovaný: „No... od malička sem žila s tátou a mámou v Hradci. Když mi bylo 12, tak se narodila moje ségra Gabča a pak dva a půl roku potom se rodiče rozváděli a táta se znova oženil. Pak si udělal ještě dva syny, kterejm je teďka šest a osm. Tak nějak.“

Tazatel: „A jaký bylo tvoje dětství? Jakejs měla vztah s rodičema?“

Dotazovaný: (smích) „Nooo... dětství bylo dost složitý, rodiče se hodně hádali. Táta je děsně žárlivej a máma je hysterka. Z táty sem měla v dětství vždycky velkej respekt... řekla bych ... no... až strach. Mámu sem vždycky šíleně milovala, ale často mě psychicky týrala. Asi nevědomky... Já si nemyslim, že záměrně.“

Tazatel: „No... co se týče taťky, jak se k tobě choval? Byly aj nějaký spory mezi váma dvěma nebo všechno se týkalo jen jich a vás do toho nezatahovali?“

Dotazovaný: „Jako oni mě zatahujou do svých sporů až dodneška. Táta je poměrně citově chladnej člověk. Nikdy sem neměla pocit, že by mě měl rád.“

Tazatel: „Můžu z toho teda pochopit, že tě taťka... jak to říct... kritizoval a nechválil?“

Dotazovaný: „To néé. Ale byl prostě citově hodně odtazitej, někdy i zlej... ale neponižoval mě. Spíš mě přehnaně kontroloval a tak. To schazování bylo spíš ze strany mamky.“

Tazatel: „Jak se k tobě mamka chovala?“

Dotazovaný: „Bylo to jak na horský dráze. Na jednu stranu byla milující, ale hrozně se bála, že budu někdy tlustá... No, a když měla ty svoje hysterické výbuchy, neváhala

*mi říct úplně cokoli, ale fakt úplně... Promiň, že zním tak, jako když všechny obviňuju, ale pořád se na ně děsně zlobím.“*

Tazatel: *„Nene, neberu to tak. Takže...ovlivnil tě nějakým způsobem jejich rozvod?“*

Dotazovaný: *„Určitě... Po rozvodu se mi trochu ulevilo, což mi došlo až časem... Jakože prostě bylo dobře, že se rodiče rozvedli. Ale pořád mi vadí ten způsob, kterým se to stalo... Víš jak... oni nás se ségrou do všechno zatahovali, byli jsme trochu jak ... rukojmí nebo tak něco. Jo, a rozhodně mám velkou nedůvěru v muže.“*

Tazatel: *„Můžeš mi tak nějak přiblížit, co se stalo?“*

Dotazovaný: *„No rodiče se dost hádali, máma vyhrožovala sebevraždou... Dokonce vyhrožovala před náma tátovi, že to udělá tak, abysme ji našly se ségrou... No ... a jednou se o to pokusila a já sem jí strkala prsty do krku, aby to vyzvracela. Taky sem se dozvěděla všechno o jejich intimním životě během těch jejich hádek, protože si vyčetli absolutně všechno... Došlo tam i na facky a takový ty věci.“*

Tazatel: *„Počkej, ségra byla ale hodně malá, že? Takže si v tom byla v podstatě sama. Myslíš, že tě teda jejich rozvod ovlivnil do budoucna?“*

Dotazovaný: *„Rozhodně. Jak sem říkala, že mám velkou nedůvěru v muže, že jo. Prakticky jsem smířená s tím, že mě můj manžel bude jednou podvádět. (smích) A proto radši od přítele nic nezjišťuju, nevyptávám se na nic, nikam mu nelezu, sem s tím prostě smířená.“*

Tazatel: *„Chápu z toho dobře, že taťka mamku podváděl?“*

Dotazovaný: *„Ona i mamka jeho.“*

Tazatel: *„Hmm... A po rozvodu si bydlela s kým?“*

Dotazovaný: *„Zůstaly sme se ségrou s mamkou.“*

Tazatel: *„A jakej máš teďka vztah s rodičema? Vidáte se často?“*

Dotazovaný: *„S mamkou jo. Fakt se hodně snaží... A já se jí snažim nějak vnitřně odpustit. Řekla bych, že náš vztah je celkem takovej normální. No a s tátou... s tím se*

*moc nevidím. Spíš tak...asi tak třikrát do roka. No a jak popsat náš vztah? Takovej dost chladnej, většinou se kvůli něčemu nepohodneme.“*

Tazatel: *„A co se ségrou?“*

Dotazovaný: (úsměv) *„Máme se moc rádi.“*

Tazatel: *„To jsem ráda. A jakej je tvůj přítel?“*

Dotazovaný: (smích) *„ On je pro mě chlap v pravým slova smyslu. Čestnej, zásadovej... Asi jedinej člověk na světě, kterýmu můžu fakt věřit... a podrží mě... Jo, a taky je inteligentní (smích) i přesto, že maká rukama jako elektrikář... Což je dost odlišný od mejch předchozích vztahů. Hrozně si vážím jeho upřímnosti... a taky pro to, že se umí postavit k práci.“*

Tazatel: *„A co ta tvoje podezřívavost... no... je tam? Ztroskotaly právě na tomhle tvoje předešlý vztahy?“*

Dotazovaný: *„Jo, to tak bude vždycky... S prvním přítelem sem byla čtyři a půl roku. Měli sme se fakt moc rádi, ale začala sem mít pocit, že to není ten pravej, a že mi nějak něco utíká. Takže sem se s ním rozešla. Fakt sme se hrozně hádali kvůli mojí žárlivosti. Přiznávám, že sem se neuměla vůbec ovládat... Noo... a pak sem byla vlastně dlouho sama, pak sem měla roční vztah s ženatým chlapem, což mě usvědčilo jenom v tom, že nikomu se nedá věřit. No a než sem potkala Honzu, tak sem měla ještě nějaký dvě kratší známosti.“*

Tazatel: *„Díky... Tak a teďka bych asi už přešla k otázkám ohledně nemoci. Kdy se u tebe začly objevovat první příznaky?“*

Dotazovaný: *„Ježiš... Třetí ročník na gymplu? Jo, to mi bylo 17. Ale popravdě, anorektický myšlení sem měla už od dětství.“*

Tazatel: *„A jaký byly ty důvody? Dokázala bys popsat nějaký ten moment, kterej to vyvolal? Počkej... a proč měla takový pocity už od dětství?“*

Dotazovaný: *„No... prostě... už od dětství. Asi tak od šesti sem měla patologický anorektický myšlení... Máma táty a moje máma mě dost trýznily, abych nebyla tlustá a*

*tak... ale ten největší zlom přišel v těch 17, co sem se zúčastnila soutěže krásy. Vlastně jsem v té době měla poměrně velký problémy s tím prvním přítelem a začaly problémy i doma. Mamka si našla nového přítele. Už třetího. Žádný z těch předešlých mi nevadil, ale tohohle sem fakt nenáviděla.“*

Tazatel: *„A jako objevuje se v tvé rodině obezita? Nebo proč měla mamka s babičkou potřebu tě takhle kontrolovat?“*

Dotazovaný: *„To né. Já sem až do toho roku... 2011, 2012, kdy jsem přibrála, nebyla nijak při těle. Úplně normálka... ale teda pár případů nadváhy a obezity v rodině máme.“*

Tazatel: *„Počkej, počkej (smích)... Vezmeme to trochu popořadě. V 17 ses teda zúčastnila soutěže krásy, což byl důvod, proč si chtěla zhubnout. Je to tak?“*

Dotazovaný: *„No to zase ne. Zhubnout sem chtěla vždycky. Nikdy sem nevnímala svoje tělo nějak pozitivně. Máma a babička neustále držely nějaký hladovky, mluvily o sobě jako o tlustejch. Pořád mi říkaly, že jsem tlustá, a že bych měla zhubnout a tak... Hubla sem, pak se přejídala a tak nějak. V 17 sem se zúčastnila té soutěže a tam se moje mindráky ještě víc prohloubily, začala sem se přejídat a pak i zvracet.“*

Tazatel: *„Takže cesta jak zhubnout bylo zvracení, jo?“*

Dotazovaný: *„Tak nějak. Hodně jsem četla články o dietách, a když sem se dočetla o bulimii, tak mě to lákalo to vyzkoušet... A pak přišly výčitky po přejedení a nebylo co řešit.“ (smích)*

Tazatel: *„Takže tě motivovaly články v časopisech a na netu, i přestožeš věděla o všech negativních následcích?“*

Dotazovaný: *„... No věděla, no... ale pořád sem myslela, že to mám nějak pod kontrolou.“*

Tazatel: *„No... a jak teda vypadal tvůj obyčejnej den?“*

Dotazovaný: *„Takže.... Někdy sem se přejedla v noci, když všichni spali. Ráno sem pak vstala a nikdo nebyl doma, tak sem se pokoušela zvracet. Většinou teda ráno.“*



*Vypila sem litr vody a snažila se ze sebe něco dostat. Sranda je, že každý den sem začínala s předsevtím, že zhubnu. Najedla sem se, a nebo prostě si dala jen zeleninu... Víš jak, nikdy se to nedalo vydržet. Takže sem se přejedla a jídlo muselo ven... Což bylo většinou ještě ve škole o hodině, aby to nikdo nezjistil.“*

Tazatel: *„No... a jak dlouho tohle všechno trvalo, než to někdo zjistil?“*

Dotazovaný: *„Rok. Přišel na to tehdejší přítel.“*

Tazatel: *„Aha. A jak na to přišel? Viděl tě nebo měl jen podezření?“*

Dotazovaný: *„No, já sem trpěla depresema... a taky se stupňovaly moje výbuchy vzteku. No a taky to, že jsem začla hodně času trávit u něj doma a tam sem taky potřebovala někdy zvracet. Sem se pořád vymlouvala, že je mi špatně, že sem něco špatnýho snědla a tak. No a jednou, když sme se opili, tak na mě uhodil a já sem se rozbřečela a všechno mu řekla.“*

Tazatel: *„Co pak následovalo?“*

Dotazovaný: *„Souhlasila sem s návštěvou psychiatria a začla se poprvé léčit.“*

Tazatel: *„A jak vlastně probíhala léčba? Zůstalas doma nebo byla to... hospitalizovaná?“*

Dotazovaný: *„Nene, docházela sem na ambulantní léčení a taky na terapii. První jednou za 14 dní, pak jednou tejdně.“*

Tazatel: *„V Hradci? Myslíš, že ti ta léčba jakýmkoli způsobem pomohla?“*

Dotazovaný: *„Jo v Hradci. První se absolutně minula účinkem. Nasedla mi ta terapeutka a ta psychiatricka neměla moc zkušeností s poruchama příjmu potravy.“*

Tazatel: *„Takžes přešla k jiný... a tam už to bylo užitečnější?“*

Dotazovaný: *„Spíš sem se na to časem vykašlala. Začla sem chodit na vejšku a byla úplně zabraná do školy a práce. Jo... pracovala jsem v centru péče o duševní zdraví u klientů se schizofrenií. Byla sem fakt jak čerstvě zamilovaná. (smích) No... a pak sem se vlastně začla léčit v roce 2012... u jiný doktorky.“*

Tazatel: „*A mezitím si teda pořád zvracela a žádný změny nedosáhla... A o tý váze, zhublas teda díky zvracení?*“

Dotazovaný: „*Ze začátku jo, ale pak jsem přibrala 30 kilo... To bylo mezi rokama 2010 a 2012... Ale první sem i něco zhubla.*“

Tazatel: „*30 kilo se nenabere jen tak. Změnilas nějaký stravování, denní režim nebo tak něco?*“

Dotazovaný: „*Pracovala jsem... a to dost... a chodila do školy každý den. Taky sem se vlastně rozešla s přítelem na konci roku 2010 a začla sem se šíleně přejídat... Občas sem jenom a jenom zvracela, ale spíš se u mě střídaly ty období hladovění a neskutečného přežíraní... hlavně v noci. Měla sem velký deprese a začla sem zneužívat neurol a rivotril.*“

Tazatel: „*Ty jo... A jak... to... na to reagovalo okolí... nebo... jakej si měla ze sebe pocit?*“

Dotazovaný: „*Fakt sem se nenáviděla. Protože z normální holky byl tlustoch, co vážil 90 kilo. Sem se šíleně... zžila s těma schizofrenikama v práci a trávila s nima všechen volnej čas... S kamarádama sem se přestala stýkat. Byla sem buď ve škole... no, i když tu sem taky dost zanedbávala, nebo v práci, nebo sem prostě jedla. Vypadala sem fakt otrěsně... Představ si, 90 kilo, akné, nateklej obličej se slinnejma žlázama... Klasickéj bulimickéj obličej.... Zkažený zuby, deprese a častokrát sem byla zfetovaná práškama... Jo a taky sem dost pila.*“

Tazatel: „*Krom těch prášku, používalas někdy projímadla?*“

Dotazovaný: „*Projímadla jen nárazově, to spíš glycerinový čípky.*“

Tazatel: „*A kdy nastal ten zvrát, že ses rozhodla začít se sebou něco dělat a znova hubnout? To bylo v tý době, kdys začla chodit k druhý doktorce?*“

Dotazovaný: „*No... oni mě vyhodili z práce. Už sem ji fakt nezvládala a chodila sem tam pod lékama. Takže sem se začla léčit u tý druhý doktorky a začla chodit na jinou terapii... Dokonce se mi podařilo do konce roku 2012 zhubnout prvních 12 kilo a taky se mi pak povedlo dostat do letecký společnosti jako letuška... A když sem zjistila, že*

*mě berou, tak sem si prostě řekla, že spláchnu všechny prášky do záchoda... Neuvěříš, jaká to bylo obrovská motivace začít znova.... Byla sem 74 kilová a čistá.“ (smích)*

Tazatel: *„Jo tak, a od té doby jde všechno, jak má?“*

Dotazovaný: *„Ani náhodou. V prosinci 2013, tuším, sem zase vážila 85 kilo. Práce letušky je prostě náročná a to sem ještě chodila s tím ženáčem... Ale obula jsem se do toho a od února 2014 až do teď jedu. (smích) Teďka vážím tak nějak kolem 58 kilo, cvičím a jím jen z krabiček. Lidi mi říkaj, že by je to nebavilo a tak, ale pro mě je to jediný řešení... Jo a taky pořád chodím na terapii... Mám v sobě ještě hodně démonů (smích). Tak tomu říkám.“ (smích)*

Tazatel: (smích) *„Takže všechny prášky zahodilas a nic nebereš?“*

Dotazovaný: *„Žádný léky, s tím jsem fakt skončila. Tak nějak tuším, že mám sklony k závislostem a nedokázala bych je nezneužít. Jednou jsem slyšela ve škole, že... narkoman taky nemůže brát pervitin jen trochu.“ (smích)*

Tazatel: (smích) *„To je přesný. A jaký máš plány do budoucna?“*

Dotazovaný: *„... Naučit se mít ráda sama sebe a vážit si sebe... Hrozně bych se chtěla věnovat nutričnímu poradenství a trenérství. A taky chci mít rodinu a zajistit svým dětem hezký dětství.“*

Tazatel: *„Tak to by ode mě bylo všechno. Docela sme to protáhly. (smích) Myslíš, že je ještě něco, na co sem se nezeptala nebo... co bych měla vědět?“*

Dotazovaný: (smích) *„Hmmm... Moji oba rodiče pracujou u policie.“ (smích)*

Tazatel: (smích). *„Zajímavá informace, dík.“*