

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské výchovy

Simona Müllerová

**Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících - kvalitativní studie**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Öbrink Hobzová

Obor: Sociální pedagogika

**OLOMOUC 2012**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v seznamu literatury veškerou použitou literaturu a další zdroje včetně internetu.

V Olomouci dne 15. března 2012

.....

podpis

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Mileně Öbrink Hobzové za cenné rady a připomínky.  
Poděkování patří i respondentům za jejich ochotu a vstřícnost.

## Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Poruchy příjmu potravy a jejich historie .....</b>	<b>6</b>
1.2 Historie poruch příjmu potravy.....	6
1.3 Mentální anorexie .....	7
1.3.1 Charakteristika mentální anorexie .....	8
1.3.2 Příčiny vzniku mentální anorexie .....	9
1.3.3 Příznaky mentální anorexie .....	10
1.4. Mentální bulimie.....	11
1.4.1 Charakteristika mentální bulimie.....	12
1.4.2 Příčiny vzniku mentální bulimie.....	13
1.4.3 Příznaky mentální bulimie .....	15
<b>2 Důsledky poruch příjmu potravy .....</b>	<b>17</b>
<b>3 Poruchy příjmu potravy ve vztahu k dospívajícím .....</b>	<b>19</b>
3.1 Nebezpečné diety.....	19
3.2 Význam jídla.....	20
3.3 Tělesná hmotnost .....	22
<b>4 Prevence .....</b>	<b>25</b>
4.1 Prevence u dětí a mládeže.....	25
<b>5 Léčba poruch příjmu potravy .....</b>	<b>27</b>
5.1 Léčba mentální anorexie.....	27
5.2 Léčba mentální bulimie .....	28
5.3 Organizace poskytující terapeutickou pomoc v oblasti poruch příjmu potravy .....	29
<b>6 Metoda a cíl výzkumu.....</b>	<b>32</b>
6.1 Výzkumný problém .....	32
6.2 Výzkumný cíl.....	32
6.3 Volba metodologie .....	32
6.4 Charakteristika vybraných jedinců .....	32
6.5 Metoda sběru dat a etické otázky výzkumu .....	32
6.6 Interpretace dat .....	33
6.6.1 Kazuistika č. 1.....	34
6.6.2 Kazuistika č. 2.....	37

6.6.3 Kazuistika č. 3.....	40
6.7 Shrnutí všech tří kazuistik.....	43
<b>Závěr .....</b>	<b>44</b>
<b>Použitá literatura .....</b>	<b>45</b>

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou mentální anorexie a mentální bulimie.

V současné společnosti je toto téma stále diskutovanější. Mentální anorexie a mentální bulimie může postihnout ženy i muže v jakémkoli věku, avšak nejohroženější stále zůstává skupina dospívajících.

Ačkoli veřejnost určité informace o problému má, mnohdy bývají zkreslené nebo neúplné. I v populaci adolescentů často panují zkreslené představy ovlivněné médii, které prezentují štíhlou, mnohdy až extrémně štíhlou postavu jako synonymum zdraví a ideálu krásy. Dospívající si tak vůbec neuvědomují rizika a důsledky těchto nemocí. Proto je nutné jim poskytovat dostatek informací o těchto poruchách - jako základní charakteristiky, projevy, důsledky, možnou léčbu a především prevenci poruch příjmu potravy.

Cílem bakalářské práce je podat základní informace o problematice mentální anorexie, mentální bulimie a prezentovat kvalitativní výzkum. Výzkum obsahuje tři kazuistiky, jež ukazují, jak tuto nemoc prožívají lidé různého věku. Dalším cílem práce je využít poznatky, získané v teoretické části, při realizaci výzkumného šetření.

Bakalářská práce je rozčleněna do šesti kapitol, ve kterých je nastíněna historie mentální anorexie a mentální bulimie, také jsou zde definována a charakterizována tato onemocnění i jejich příznaky, příčiny a důsledky. Dále se zabývá poruchami příjmu potravy ve vztahu k dospívajícím, prevencí poruch příjmu potravy a jejich léčbou. V praktické části se zabývá kvalitativním výzkumem, který obsahuje tři případové studie.

# 1 Poruchy příjmu potravy a jejich historie

## 1.2 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nejsou civilizační choroby, jak se mnozí domnívají. Záznamy o těchto poruchách jsou už z dřívějších století. Ovšem po mnoho staletí nebyly pokládány za primárně patologický jev.

*„V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“ (chuti, žádostivosti), to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal tento termín v užším slova smyslu, jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Stejně jako Hippokrates, i Galén obvykle užíval pojem „asitia“, když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám.“ (Krch, 1999, s. 25)*

Během 12. - 15. století ženy hladověly, aby očistily své tělo od hříchů a pak se prohlašovaly za světice. V 16. století za to byly pronásledovány církví a označeny za posedlé ďáblem. V roce 1694 vyslovil britský lékař Richard Morton první definici mentální anorexie, ale až v roce 1874 lékař královny Viktorie, William Gull, identifikoval a diagnosticky vymezil mentální anorexii a také byl prvně použit termín „anorexia nervosa“ (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

V polovině 19. století se začínají objevovat věrohodné případy mentální anorexie. I císařovna Alžběta Bavorská byla známá svými drastickými dietami, nosila přehnaně utažené korzety a v jejím životopise se uvádí, že měla všechny znaky mentální anorexie. V roce 1930 byl zaznamenán nárůst mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy a vzrůst zájmu o psychoanalýzu poruch příjmu potravy. Všechno vyvrcholilo v roce 1967, kdy se na titulní stranu časopisu Vogue dostala modelka Twiggy, která při svých 170 cm vážila pouhých 41 kg, Od té doby na molech, v soutěžích krásy apod. vystupují stále štíhlejší dívky (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, Krch, 1999).

V roce 1979 Gordon Russell zpozoroval u některých svých pacientek, které trpěly mentální anorexií, specifickou poruchu záchvatovitého přejídání, posléze zjistil že tímto přejídáním trpí i lidé, kteří netrpí anorexií, tím prokázal, že se jedná o jinou poruchu příjmu potravy a zavedl termín „bulimia nervosa“ - silné nutkání se přejídat je spojené s chorobným strachem z tloušťky (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

*„Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie vlastní rozsáhlou historii. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Později filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola.“ (Krch, 1999, s. 29)*

V roce 1979 vznikají první zařízení pro poruchy příjmu potravy a v roce 1980 jsou vymezena kritéria pro mentální anorexii a mentální bulimii, o šest let později D. M. Garner a E. Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie a předpokládají multifaktoriální etiologii, tj. na jejich vzniku se podílí mnoho na sobě nezávislých faktorů. V roce 1987 WHO prohlašuje, že mentální anorexie je důležitým problémem celé světové populace. Od roku 1990 vznikají různé preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

### ***1.3 Mentální anorexie***

V České republice postihuje mentální anorexie přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 - 0,8 %). První příznaky mentální anorexie se objevují mezi 13. - 16. rokem, ovšem v posledních letech se setkáváme se ženami, které onemocněly v dospělém věku nebo naopak s malými děvčátky, kterým ještě nebylo 13 let. Také se dá říci, že mentální anorexie je z 95 % záležitostí žen, u mužů se vyskytuje pouze ojediněle (Krch, 2010).

*„Hlavním znakem nemoci je pokřivený obraz vnímání sebe samého. Anorektičky se nejsou schopny smířit se svou váhou a zaměřují se na drastické diety a až hyperaktivně se věnují sportu, jímž se snaží krom spalování kalorií zahnat i pocity hladu, kterým trpí. Hlad, jímž se doslova zabijí, vyvolává v těle zvyšující se apetit a chuť na jídlo. Aby přežila i tu, dostává se do každodenního kolotoče, kdy si nedopřeje ani chvilku odpočinku. To ji nakonec dostane do pozice, kdy je jídlem a svým vzhledem doslova posedlá a i přes to, že hubne, zdá se jí to absolutně nedostačující.“ (Mentální anorexie [online])*



### 1.3.1 Charakteristika mentální anorexie

Podle Krcha (2010) je mentální anorexie charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Dívky trpící touto poruchou odmítají jídlo ne proto, že by neměly hlad, ale proto, že jíst nechťejí. U nemocných je také možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a vše co se jídla týká, např. někteří hrozně rádi vaří, sbírají recepty nebo se zajímají o složení potravin.

Diagnostická kritéria mentální anorexie:

- aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, pod 85 % normální tělesné hmotnosti s ohledem na výšku a věk;
- strach z tloušťky i přes velmi nízkou váhu;
- u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky;
- rozsáhlá endokrinní porucha zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonadální osu;
- ztráta hmotnosti vyhýbáním se jídlům, po kterých se tloustne (Krch, 2010, Sladká, Představujeme Anabell Aneb... dvě strany těžé mince [online]).

Zde uvádím také zkrácený přehled diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí - zkratka MKN – 10 dle Nováka (2010):

- tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností nebo Queteletův index ( udáváný též pod termínem Body Mass Index) hmoty těla je 17,5 nebo méně;
- snížení váhy si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá pokrmům, „po kterých se tloustne“, a užívá prostředky jako: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení;
- specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky, pacient má zkreslenou představu o vlastním těle a ukládá si za povinnost mít nízkou váhu;
- rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo – pituitární – gonádovou osu,

kteřá se projevuje u ženy jako amenorrhoea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu;

- jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo zastaveny. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

#### **Specifické typy mentální anorexie:**

- nebulimický (restriktivní) typ: u pacientky s mentální anorexií nedochází k opakovaným záchvatům přejídání;
- bulimický (purgativní) typ: během mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání a následnému vypuzování potravy (zvracením, užitím laxativ, diuretik) (Novák, 2010).

### **1.3.2 Příčiny vzniku mentální anorexie**

Mentální anorexie nemá jednoznačnou příčinu, ale podílí se na ní více různých faktorů, proto se hovoří o *bio-psycho-sociální podmíněnosti mentální anorexie*. Mezi příčiny vzniku patří vlivy biologické, psychické i sociální. Nelze jednoznačně určit, která příčina má největší vliv, proto je třeba řešit toto onemocnění jako komplexní problém.

**Biologické faktory** – Krch (2010) uvádí, že stačí být ženou a riziko anorexie je mnohonásobně vyšší. Také tělesná hmotnost může být jedním z faktorů, mnoho dívek není spokojeno se svým tělem, proto se uchylují k různým dietám a přípravkům na hubnutí. Typickým obdobím vzniku poruch příjmu potravy je puberta – v tomto období je člověk zranitelný, hledá sám sebe. A když jsou tělesné změny provázející pubertu považovány jedincem za tloušťku a tento vjem navíc podporuje okolí, pak je spuštění příznaků anorexie bezmála zákonité.

**Sociální a kulturní faktory** - asi nejvýraznějším sociálním faktorem je tzv. „kult štíhlosti“, který v 60. letech odstartovala britská modelka Twiggy, která údajně mentální anorexií také trpěla, při svých 170 centimetrech vážila pouze 41 kilogramů. Podle

Navrátilové (2000) je štíhlost symbol krásy a úspěchu. Velkou roli zde hrají i média, která předkládají dívkám představy, že úspěchu a postavení lze docílit jen štíhlostí. V televizi, v časopisech, na internetu vidíme reklamy na přípravky na hubnutí, modelky a jejich „dokonalá“ těla, módní návrháři si vybírají modelky jen s velikostí 36 a míň. Ovšem média si zřejmě neuvědomují, jak negativně ovlivňují psychiku mladých lidí, zejména dívek, které se chtějí vyrovnat právě těmto, někdy až vychrtlým, modelkám. Rizikovým faktorem jsou také některá povolání např. sportovci, baletky atd.

**Psychické faktory** - také změny v životě představují určité riziko, např. nová škola, stěhování, smrt v rodině - to vše může způsobit stres - odmítání stravy pak může být jedna z reakcí. Odmítáním stravy si člověk může kompenzovat i citové nedostatky (Leibold, 1995).

**Osobnost a další psychické charakteristiky** - dívky s mentální anorexií jsou přizpůsobivé, často to jsou přehnané perfekcionistky a nadprůměrnou inteligencí, ovšem nemající zájem pochopit podstatu nemoci, a tudíž nemají zájem se léčit. Mají negativní sebehodnocení, obavy z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, vztahům a cílům (Krch, 2005, Navrátilová, 2000).

**Rodinné faktory** – vliv rodiny může hrát u dívky při vzniku mentální anorexie velkou roli. Rodiny, kde se vyskytuje člověk s mentální anorexií, trpí nedostatkem komunikace, chybí v nich osobní svoboda a přirozená míra soukromí. Dívka žijící v takové rodině je stále sledována, není jí dovoleno dospět, protože je stále viděna jako nesvéprávné dítě. Rodiče ji přehnaně chrání proti „nebezpečným vlivům“ zvenku, ale její problémy s ní nejsou schopni dostatečně řešit. Své partnerské problémy si pravděpodobně minimálně jeden z rodičů kompenzuje právě na přehnané péči o své potomky (Krch, 1999).

### 1.3.3 Příznaky mentální anorexie

Mentální anorexie má mnoho příznaků. Typické jsou změny v jídelníčku, např. nemocní vynechávají sladká a tučná jídla, mění se jejich jídelní tempo a chování u jídla, hodně pijí nebo naopak nepijí vůbec, jsou více aktivní – chtějí si dát do těla, příliš se zaobírají svou postavou, nosí volné oblečení, aby zakryli svou vyhublou postavu (Krch, 2010).

Avšak ne každý jedinec trpící mentální anorexií musí mít příznaky, podle

současných údajů 44 % pacientů netrpí příznaky onemocnění, 28 % dosáhne neúplné remise, 24 % onemocnění má nepříznivou prognózu (Němečková, 2007).

Mezi fyzické příznaky a projevy patří poruchy spánku, nemocní jsou více unavení, často mívají závratě a mohou trpět anémií. Dochází také ke kožním změnám, jako je vypadávání vlasů, lámání nehtů nebo šupinatá kůže. Ztráta fosforu a draslíku může způsobit ochabnutí dýchacích svalů a může vést až k dýchacímu selhání. Jedinci trpí také poruchou termoregulace, což je následek vymizení tukové tkáně. Dále jsou to problémy trávicího traktu, které se projevují bolestmi břicha a zácpou. U žen může zcela vymizet menstruační cyklus. Z psychických příznaků to mohou být depresivní poruchy, fobické poruchy, dysmorfofobická porucha, somatizační porucha. Důležité je, i když to mnohdy není jednoduché, odlišení mentální anorexie od mentální bulimie (Krch, 2010, Němečková, 2007).

#### ***1.4. Mentální bulimie***

Touto poruchou příjmu potravy u nás trpí každá dvacátá dospívající dívka či mladá žena, většinou v období mezi 15 – 25 rokem. Studie naznačují, že nejvíce ohrožena jsou děvčata, která tráví svůj volný čas hlavně v nákupních střediscích nebo s kamarády, kterým záleží na dokonalém vzhledu (Krch, 2008).

Mentální bulimie je třikrát rozšířenější než mentální anorexie, avšak na první pohled není tak patrná, protože pacienti netrpí podváhou. Tato porucha byla popsána až v padesátých letech minulého století, od devadesátých let je vyčleněna jako samostatná porucha. Stejným rysem chování jako u mentální anorexie je zkreslené vnímání vlastního těla a iracionální chování kolem jídla. Epidemiologické studie u této formy poruchy uvádějí prevalenci v rozmezí 1 – 3 %, častější výskyt nemoci je u adolescentních dívek a mladých žen. Vyskytuje se i u mužů, ale s významně menší četností (Němečková, 2007).

### 1.4.1 Charakteristika mentální bulimie

Tato porucha příjmu potravy je charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání, po nichž následuje vyvolané zvracení, požívání různých laxativ, diuretik a dalších prostředků na hubnutí, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Často dochází ke konzumaci sladkých a tučných jídel, ale nejsou výjimkou ani základní potraviny. Pacientka nedokáže udržet omezování potravy, a tak dochází k záchvatovitému přejídání. Některé bulimičky dokáží sníst až 20 000 kcal, obvykle se energetický příjem pohybuje v rozmezí 1000 – 3000 kcal.

Lidi trpící bulimií charakterizuje také nízké sebehodnocení, výkyvy nálad, mají problémy s impulzivním chováním, objevují se u nich perfekcionistické rysy a bývají závislí na hodnocení druhých (Krch, 2008).

Balch, Phyllis (1998, s. 206) charakterizuje mentální bulimii takto: „*Mentální bulimie je stravovací porucha, charakteristická záchvaty požívání obrovského množství vysoce kaloricky hodnotných jídel, následována vynuceným zvracením za účelem „očisty“ těla od jídla snědeného během záchvatu. Jak jídlo, tak zvracení jsou provozovány v tajnosti. Jde o vážný lékařský a psychologický problém, který může mít vážné komplikace. Bulimie může vést k vážným zdravotním komplikacím, mimo jiné k vředům, vnitřnímu krvácení, hypoglykémii, protrženému žaludku, poškození ledvin, nepravidelnostem srdečního rytmu, zastavení menstruačního cyklu, nízké tepové frekvenci a krevnímu tlaku.*“

#### **Tři základní znaky k určení mentální bulimie:**

- opakující se epizody přejídání;
- opakující se nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání léků a projímadel, zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení;
- nadměrný zájem o vzhled, odráží se od toho i sebehodnocení nemocného (Krch, 2008).

Pro srovnání uvádím **Diagnostická kritéria Mentální bulimie podle MKN – 10 (F 50.2):**

- opakované epizody přejídání - nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;

- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle;
- snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulínem;
- pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle (Krch, 2005).

Mentální bulimie se rozděluje na dva podtypy. Prvním, běžnějším typem, je tzv. vypuzující – po záchvatu přejedení nastává nutnost zkonsumované potraviny z těla vypudit pomocí zvracení, laxativ nebo diuretik. Právě to způsobuje komplikace. Zvracení vyvolané ihned po jídle vypudí z těla asi jen polovinu tuků, protože tuky se rychle ukládají. Zatímco vitamíny se neukládají žádné, což má za následek nerovnováhu v těle.

Druhým typem je tzv. nevypuzující – lze přirovnat spíše k anorexii. Pacienti nemají tendence vyvolávat zvracení ani zneužívat projímadla. Uchylují se k drastickému cvičení a minimálnímu přísunu potravy. Rozdíl mezi anorexií a tímto typem bulimie je, že hladovění nedokáží vydržet (Typy Bulimie, [online]).

### 1.4.2 Příčiny vzniku mentální bulimie

Jako u mentální anorexie, tak ani u mentální bulimie není známa přesná příčina, ale podílí se zde více faktorů. K rozvoji nemoci většinou dochází, když je jedinec vystaven nějakému rizikovému faktoru, jako jsou např. diety či nadváha, nesprávné stravovací návyky nebo společenský tlak (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000).

Zde jsou faktory, které přispívají k onemocnění mentální bulimie:

#### ***Biologické faktory***

Mezi biologické faktory podmiňující vznik a rozvoj mentální bulimie řadíme ženské pohlaví, tělesnou hmotnost a pubertu.

**Ženské pohlaví** – jak již bylo zmíněno, ženy trpí mnohem častěji bulimií či

anorexií než muži. Dle Krcha (2008) je ženské tělo považováno za důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže. V dospívání přibývají ženy hlavně na tělesném tuku, zatímco muži přibývají spíše na svalové hmotě. Vzhled je pro ženy významně důležitější. V dnešní době není se svým tělem spokojeno až 70 % mladých dívek a žen, což vede k nárůstu vzniku PPP.

**Tělesná hmotnost** – rostoucí tělesná hmotnost u žen má za následek nespokojenost s vlastním tělem, tím se zvyšuje nebezpečí v experimentování s hladovkami, redukčními dietami, které mohou být spouštěčem poruch příjmu potravy. Spouštěčem snahy zhubnout bývá často i nevinná poznámka na plnější tvary ženy (Krch, 2008).

**Puberta** – typickým obdobím bulimie a anorexie je období dospívání. V průběhu dospívání si člověk stále výrazněji uvědomuje sám sebe, přemýšlí o sobě, chce být úspěšný. V jeho organismu probíhá řada hormonálních změn, které mohou vést k emoční labilitě a větší podrážděnosti. Stává se více sebestředným a jeho sebevědomí je závislé na tom, co mu řeknou ostatní. S dospíváním jsou spojeny nejenom fyzické, ale i zásadní sociální změny, které s sebou mohou přinášet nejistotu, stres a také nízké sebevědomí, což může snadno vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety (Sladká-Ševčíková, Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Z [online], Krch 2008).

### ***Psychologické faktory***

Řada životních událostí, prožitků, pocitů mohou být rizikovými faktory mentální bulimie. To, co někomu připadá jako „normální“ - neúspěch při studiu nebo zklamání v lásce či hádka s rodiči apod; může být pro někoho, kdo má predispozice ke vzniku onemocnění, fatálním zážitkem.

**Životní události** – různé životní situace jsou často považovány za spouštěcí faktory mentální bulimie. Nejčastěji jsou zmiňovány poznámky na tělesný vzhled, sexuální a jiné konflikty, osobní neúspěch, rodinné problémy nebo odloučení od rodiny, problémy s vrstevníky atd. Podle studií udávaly dívky trpící bulimií častější frekvenci nějaké životní události, jako jsou rodinné či sociální vztahy nebo léčba zdravotních příčin (Krch, 2005).

**Rodinné faktory** – mezi spouštěcí události patří zejména ty, co narušují stabilitu rodinného systému. Riziko zvyšuje také nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, nízké očekávání od rodičů a sexuální a fyzické násilí. Pacientky popisují kritické rodičovské prostředí zdůrazňující donucovací kontrolu, také uvádí vysokou

dotěrnost rodičů, zasahování do soukromí, žárlivost a soutěživost ze strany matky stejně jako svádílost ze strany otce (Novák, 2010).

**Emocionální faktory** – u pacientek s poruchou příjmu potravy se častěji vyskytují depresivní a úzkostné stavy. 40 % mentálních bulimiček splňuje kritéria depresivní poruchy. Většina depresivních a úzkostných stavů je spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Bulimičky provází pocity bezcennosti, pocity selhání kontroly nad jídlem. Taktéž negativní nálada může vyvolávat cyklus přejídání a pročišťování, pacientky se tak snaží snížit úzkost, výsledkem jsou ale pocity viny a deprese (Krch, 2005).

**Osobnost a další psychické charakteristiky** – jádrem patogeneze jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy. Ještě před propuknutím onemocnění trpí pacienti nedostatkem sebedůvěry, přecitlivělostí, chtějí být dokonalí, nacházíme u nich perfekcionistické rysy. Také impulzivita je jedna z možných vysvětlení pro záchvatovité jednání. Impulzivita je spojená i se zneužíváním návykových látek (Papežová, 2010, Sladká-Ševčíková, Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Z [online]).

### ***Závislost na psychoaktivních látkách***

Impulzivita, oslabení sebekontroly a nezdrženlivost, to jsou psychické charakteristiky, které se vyskytují v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek poruch příjmu potravy. V praxi se setkáváme hlavně s kombinací mentální bulimie a abúzu alkoholu. Jak alkohol, tak mentální bulimie narušují psychický i sociální život, vedou k izolaci a podvádění (Sladká-Ševčíková, Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Z [online]).

### **1.4.3 Příznaky mentální bulimie**

Mentální bulimie a její příznaky či projevy jsou zpočátku velmi nenápadné. Může se objevit kolísání nálad, přecitlivělost, podrážděnost, nevhodné stravovací návyky. Základním příznakem jsou záchvaty přejídání provázené následným zvracením spojené s užíváním přípravků na hubnutí a různých projímadel, tohle všechno způsobuje řadu obtíží, které mohou ohrožovat život a kvalitu života jak jedince, tak lidí v jeho okolí. K fyzickým projevům patří únava, kazivost zubů, praskání zubní skloviny u stoliček, trvalá bolest v krku. Při užívání projímadel může dojít k poškození svalů na stěnách střev,



krvácení z konečníku, častá je plynatost a průjem. K dalším příznakům patří svalové křeče z nedostatku draslíku, padání vlasů, žloutnutí kůže (Krch, 2008).

Další příznaky mentální bulimie:

- neobvyklý zájem o svou váhu;
- panický strach ze ztloustnutí;
- deformované vnímání tělesné váhy, rozložení tuku a tvaru těla;
- trvalé hubnutí;
- tajné přejídání;
- vynucované zvracení;
- nepřiměřené užívání projímadel;
- nadměrné cvičení, jogging;
- nepravidelný menstruační cyklus nebo vynechávání menstruace;
- vyhýbání se přátelům a rodině;
- podrážděnost, deprese a úzkostné stavy;
- období únavy, mdlob a závratí (Bulimie [online]).

## **2 Důsledky poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy způsobují celou řadu komplikací, ovšem většina pacientek popírá jakékoli problémy. Mnohé zdravotní komplikace se vyskytují jak u dívek s mentální anorexií, tak u dívek s mentální bulimií, protože tyto dvě poruchy příjmu potravy spolu úzce souvisí (Krch, 1999).

Zde jsou nejčastější zdravotní důsledky poruch příjmu potravy:

### **Kardiovaskulární komplikace**

Téměř u 90 % pacientů s poruchou příjmu potravy se setkáváme s kardiálními problémy. Nejčastější komplikace je snížení tepové frekvence, a to na méně než 60 úderů za minutu, což je způsobeno snížením metabolismu, další komplikací je hypotenze - pod 90/60 mmHg, která vzniká jako důsledek chronického snížení objemu tělních tekutin a ortostatických změn, vede až k závratím a náhlým ztrátám vědomí (Krch, 1999).

### **Renální komplikace**

Mohou se objevovat až u dvou třetin anorektiček. Z poruch elektrolytové rovnováhy je nejčastější hypokalémie, což je snížení hladiny draslíku v krvi pod 3,8 mmol/l, hyponatrémie - pokles koncentrace sodných iontů v krvi pod 135 mmol/l, hypochlorémie - pokles koncentrace chloridů v krvi pod 98 mmol/l. U čtvrtiny anorektických pacientů se setkáváme s hypomagnezemií, což je snížená hladina hořčíku, která bývá doprovázena obtížně odstranitelnou hypokalcémií - snížená hladina vápníku a hypokalémií - snížená hladina draslíku vyžadující doplňování hořčíku (Krch, 1999).

### **Gastrointestinální komplikace**

Gastrointestinální komplikace jsou známým příznakem zejména u mentální bulimie. U bulimických pacientů se v 20 – 50 % setkáváme s benigním zduřením parotických slinných žláz. Objevují se ale také u mentální anorexie i jiných případů chronické podvýživy (Krch, 2005).

V dutině ústní dochází k erozi zubní skloviny a zuboviny na linguálních površích předních zubů horní čelisti, to je způsobeno pravidelným zvracením nebo konzumací velkého množství citrusových plodů a šťáv - výsledkem je zvýšená citlivost na teplo (Krch, 1999).

Dlouhodobé nadužívání projímadel vede k řadě nežádoucích gastrointestinálních, ale i mimostřevních komplikací. Mezi mimostřevní komplikace patří dehydratace při ztrátě tekutin střevem, elektrolytové abnormality, již zmíněná hypochloremie, hypokalemie, hypokalcemie, hypomagnezemie, dále to jsou alergické reakce a otoky. Užívání projímadel může také snižovat vstřebávání současně užívaných léků (Papežová, 2010).

### **Kosterní komplikace**

Mentální anorexie má vliv na dozrávání kostí nebo se může vývoj kostí i zcela zastavit. Pacient také může trpět osteomalacií, což je způsobeno nedostatkem vitamínu D, častěji se však vyskytuje osteoporóza – řídnutí kostí (Krch, 1999).

### **Hematologické komplikace**

U některých pacientek s mentální anorexií se vyskytují změny krevního obrazu a kostní dřeně a jejich závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Konkrétně se můžeme setkat s anémií - chudokrevností, sníženou sedimentací erytrocytů nebo leukopenií, což je snížený počet bílých krvinek. Realimentace však zpravidla vede k rychlé úpravě všech hematologických změn (Krch, 1999).

Poruchy příjmu potravy s sebou nenesou jen zdravotní, ale i psychické a sociální problémy, které Krch (2002) shrnuje následovně:

Nálada pacientů s poruchami příjmu potravy je silně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly, na začátku nemoci bývají anorektičky plné síly a jsou velmi aktivní, postupem času a s úbytkem váhy jsou však stále více depresivní a podrážděné. Narůstá úzkost a nejistota, klesá sebevědomí a i malé problémy se jim zdají neřešitelné. Vzdává se potřeba sebekontroly nejen v oblasti jídla, ale i v jiných oblastech života, často se objevuje potřeba uklízet, mít vše srovnané, urovnané nebo se například vzorně starat o zvířata. V myšlenkách se neustále zabývají jídlem, snadno se přejí nebo naopak mají pocity hladu nebo chuť na sladké, neustále myslí na jídlo a ztrácí schopnost rozeznat pocity hladu, sytosti či chuti - tyto pocity se stávají velmi relativními a nelze se na ně spolehnout. U pacientů se také snižuje zájem o okolí a narůstá zájem o sebe sama (egocentrismus), snižuje se zájem o sex a o vše, co není spojeno s jídlem. Jedinec se uzavírá do sebe a přibývá konfliktů s okolím (Krch, 2002).

### 3 Poruchy příjmu potravy ve vztahu k dospívajícím

Nejrizikovějším obdobím vzniku mentální anorexie a mentální bulimie je právě období dospívání. Nejčastější výskyt těchto poruch je mezi 14 – 18 rokem, ovšem podle posledních údajů se věk dětí a dospívajících snižuje. Častěji tyto poruchy zaznamenáváme u dívek, ale objevují se i chlapců, a to v poměru 10:1. V České republice má 15 % dívek některé z příznaků mentální bulimie a 6 % dívek má příznaky mentální anorexie a půl procenta jí trpí (Papežová, 2010).

V období dospívání dochází ke změnám v proporcích lidského těla. Zatímco chlapci přibývají na svalové hmotě, dívky přibývají především na tukové hmotě a vzdalují se tak „ideálům“ dnešního světa módy. Kolem 60 % dívek není spokojeno se svým tělem a 30 % patnáctiletých dívek už drží redukční dietu (Krch, 2005).

#### 3.1 Nebezpečné diety

Diety jsou v dnešní době velmi populární. Na internetu i v různých časopisech najdete návody, jak snížit svou hmotnost už během pár týdnů, také nabízejí různé přípravky, pilulky, čaje, koktejly, polévky, náplasti, které slibují snadné a rychlé snížení hmotnosti. Ale po vysazení těchto prostředků se obvykle vrátí původní hmotnost nebo se může přibrat i nějaké to kilo navíc. V poslední době se stala velmi oblíbenou dietou tzv. redukční dieta. Je to způsob, jak lze za pomoci úpravy jídelníčku i celkově životního stylu dosáhnout své „vysněné váhy“.

Avšak redukční dieta by měla být krátkodobou záležitostí, protože při jejím dlouhodobém držení se zvyšuje riziko vzniku mentální anorexie a mentální bulimie až osmkrát. Asi 30 % redukčních diet přejde během jednoho až dvou let v patologickou dietu. U 20 % až 30 % takovýchto „dietám“ se mohou plně nebo částečně rozvinout poruchy příjmu potravy, zvláště mentální anorexie nebo mentální bulimie (Krch, F. D. Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí [online]).

*„Redukční diety hrají klíčovou roli ve všech poruchách příjmu potravy (v případě mentální bulimie a přejídání vůbec). Mnoho lidí se mylně domnívá, že diety jsou jen přiměřenou reakcí na přejídání. S dietou však roste nejen hlad, ale i pozornost věnovaná jídlu a oslabují se možnosti kontroly v jídlu. Lidské pocity jsou relativní, a tak i běžné jídlo*

*v malé porci může být po období hladovění pocíťováno jako přejedení.“ (Marádová 2007, str. 17)*

Pokud se člověk rozhodne hubnout pomocí přísných diet, měl by si uvědomit jejich následky, jak na fyzickém, tak na mentálním zdraví. Lidé, kteří neustále drží diety jsou více ohroženi depresemi, stresem, mohou trpět nedostatkem sebevědomí, diety také způsobují úbytek svalové hmoty, a proto se člověk lehce unaví i po méně náročné práci. Pokud opravdu člověk potřebuje zhubnout, měl by správnou dietu určit a sestavit specialista na výživu nebo lékař (Proč diety nefungují a proč jsou dokonce nebezpečné [online]).

### **3.2 Význam jídla**

Jídlo má v našem životě nezastupitelný význam. Není to jen něco, čím zaženeme hlad, ale jídlo nám do těla dodává potřebné vitamíny, je výživou pro naše tkáně, ovlivňuje naše zdraví, a také nám dodává potřebnou energii.

Nejdůležitějším zdrojem energie jsou sacharidy. Tvoří více než polovinu energetické hodnoty potravy. Při vyčerpání sacharidových zásob dochází k vyčerpání organismu, naopak při zvýšené konzumaci sacharidů dochází k ukládání tuku a může to směřovat i k obezitě. Proto by se měl energetický příjem z potravy rovnat celkovému energetickému výdeji (Sacharidy [online]).

Stravovací návyky si vytváříme už v dětství, proto by měli rodiče dohlížet na to, co jejich děti jedí, protože rodiče jsou víceméně jejich vzorem a děti si z nich berou ať už dobrý či špatný příklad. S rostoucím věkem by mělo dítě o výživě rozhodovat samo a mělo by si osvojovat poznatky o stravě. Strava určená dětem a dospívajícím by měla obsahovat vše, co je důležité pro jejich zdravý růst a vývoj organismu, a také by měla být pestrá, pravidelná a dostatečná. K tomu by nám mohla pomoci pyramida vyvážené stravy, je to doporučení ke správné skladbě stravy.

Obrázek č. 1 Potravinová pyramida [online]



*„Na základně jsou vyznačeny potraviny, které by děti měly jíst nejčastěji, čím výše jsou potraviny umístěny, tím méně by jich mělo v jídelníčku být. Na vrcholu jsou pak ty, které bychom měli my i naše děti jíst spíše výjimečně. Nejčastěji by se v jídelníčku měly objevit ty potraviny, kterých je na obrázku nejvíce – tedy ty, které jsou v dolním „poschodí“. Čím je pak daná skupina potravin výše, tím méně jsou pro děti vhodné. Obecně pro všechna poschodí pyramidy platí, že potraviny, které jsou v rámci jednoho poschodí více vlevo, jsou vhodnější než ty, které jsou uprostřed nebo dokonce napravo.“*  
(Potravinová pyramida [online])

*„Výživa je pro dítě důležitá nejen z hlediska růstu a tělesného vývoje, ale proces krmení hraje velkou roli také v psychickém vývoji... Dítě tak v procesu krmení navazuje vztah s pečující osobou. Zkušenost z uspokojování základních potřeb a navázání bezpečného vztahu s pečující osobou formuje celoživotní postoj dítěte ke světu a rozhoduje o tom, zda dítě vnímá okolí jako bezpečné nebo nejisté“ (Papežová, 2010, s. 134).*

U dětí se mohou objevit poruchy příjmu potravy - např. odmítání jídla, které je způsobeno tím, že dítě je zaměřeno na hraní a na jídlo prostě nemá čas. Také vybíravost v jídle je u dětí velký problém, může být dána tím, že dítě má „strach z nového“, anebo si vždy vybírá z velkého množství jídla a pak už „neví co by“. Může se stát, že člověk si oblíbí nějakou potravinu tak, že se z toho pak stane závislost, ale to už jde o poruchu vztahu k jídlu, protože člověk už neovládá jídlo, ale jídlo ovládá člověka (Papežová, 2010).

Ale jídlo nemá jen význam biologický, ale také psychologický. To co jíme, ovlivňuje naši psychiku a funguje to i naopak, to jak se cítíme, ovlivňuje náš jídelníček. V dnešní době se ve značné míře objevují tendence modulovat náladu jídlem. Lidé „zajídají“ stres, nejčastěji konzumací vysoce energeticky bohatých jídel, především sladkostí. Na druhé straně je masově rozšířen strach z nadváhy vedoucí k dodržování nejrůznějších diet a s tím související preference tzv. light potravin atd. (Hrachovinová 2004).

### ***3.3 Tělesná hmotnost***

Každý člověk, který se zajímá o svou tělesnou hmotnost, by měl respektovat několik základních zásad týkajících se tělesné hmotnosti. Tyto zásady je důležité zmiňovat zejména při rozhovoru s dospívající mládeží, jelikož tohle téma je pro některé osoby dost choulostivé.

Normální je, že tělesná váha roste s věkem. Přirozený vzrůst tělesné hmotnosti je nejznačnější v průběhu dospívání. Pokud měl člověk sklon k nadváze v dětství i dospívání, je pravděpodobné, že i tělesná hmotnost bude spíše v horním rozmezí normy a vyšší, než je průměr. Normální tělesnou hmotnost nelze přesně spočítat (Krch, 2003).

Existuje několik způsobů jak stanovit „optimální“ tělesnou hmotnost. Tyto způsoby se liší jak náročností, tak přesností. Nejpoužívanější způsob je výpočet Queletova indexu nebo také nazýván Body Mass Index (BMI).

BMI – Body Mass Index je používán k určení podváhy, nadváhy nebo obezity, je nejjednodušším orientačním výpočtem pro posouzení optimální tělesné hmotnosti jedince. BMI porovnává výšku a hmotnost člověka a určí, zda váha je v normě či nikoliv. Tato metoda je určena pro běžnou populaci. Obtížně se určuje u sportovců, dětí, těhotných a kojících matek. Používá se u dospělých, jeho doporučené hodnoty však nejsou v dětském věku směrodatné (Fořt, 2001).

Vzorec BMI:

tělesná hmotnost (kg)

BMI = -----

tělesná výška (m)

Následující tabulka rozřazuje váhové kategorie. Tabulka je určena věkové kategorii od 18 let.

Obrázek č. 2 - tabulka Body Mass Index (Kalousková, Kunešová, 2008)

<b>Klasifikace</b>	<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Riziko komplikací</b>
Podváha	< 18,5	vysoké
Normální váha	18,5–24,	průměrné
Nadváha	25,0–29	mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30,0–34,9	střední
Obezita II. stupně	35,0–39,9	vysoké
Obezita III. stupně	≥ 40	velmi vysoké

Komplikace, nebo také důsledky podváhy (BMI < 18,5), jsou téměř totožné s důsledky poruch příjmu potravy, které jsou popsány ve 2. kapitole Důsledky poruch příjmu potravy.

Kalousková, Kunešová (2008) uvádí tyto komplikace hrozící při obezitě (BMI >30):

- metabolické komplikace - inzulinorezistence – hyperinzulinemie – porucha glukózové tolerance – diabetes mellitus, poruchy metabolismu lipidů,



hyperurikemie, zvýšená koncentrace fibrinogenu a PAI-1 (zejména u androidní obezity);

- kardiovaskulární komplikace - ischemická choroba srdeční ve všech svých projevech, hypertenze, snížená kontraktilita myokardu – systolicko-diastolická dysfunkce – srdeční selhání, arytmie a náhlá smrt, cévní mozkové příhody, tromboembolická nemoc a varixy;
- respirační poruchy - Pikwickův syndrom, syndrom spánkové apnoe;
- endokrinní poruchy - hyperestrinismus (při zvýšené aromatizaci androgenů na estrogeny v tukové tkáni), hyperandrogenismus u žen, hypogonadismus u mužů s těžkou obezitou, hyperkortizolismus s poruchou supresibility sekrece kortizonu, snížená sekrece růstového hormonu, změněná aktivita sympatoadrenálního systému;
- gynekologické komplikace - poruchy menstruačního cyklu a infertilita, zvýšený výskyt karcinomu ovaria, cervixu dělohy, endometria a prsu (vliv hyperestrinismu), komplikace v těhotenství a při porodu, záněty;
- gastrointestinální komplikace - hiátová hernie a gastroesofageální reflux, steatóza jater, cholelitiáza, cholecystitida, pankreatitida;
- chirurgické a ortopedické komplikace - horší hojení ran, kýly, úrazy, degenerativní onemocnění kloubů a páteře, zejm. gonartróza a coxartróza;
- kožní komplikace - ekzémy, mykózy, strie, celulitida, hypertrichóza, hirsutismus;
- psychosociální komplikace - společenská diskriminace, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy.

## 4 Prevence

Prevence je zaměřena na předcházení nežádoucích jevů a provádí se buď u jedince, nebo u celé společnosti. Prevence rizikového chování se dělí na primární, sekundární a terciální.

### Primární prevence

Cílem primární prevence je zabránit vzniku nemoci. Uplatňují se především aktivity podporující zdravý životní styl nebo odstraňující rizikové faktory, např. nekouřit, nepít nadměrné množství alkoholu (Machová a kol. *Výchova ke zdraví*, 2009).

### Sekundární prevence

*„Základem sekundární prevence je časná diagnostika nemoci a účinná léčba. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím. Řadí se sem i ty preventivní prohlídky, jejichž smyslem je zjistit rané stadium nemoci již v jejím počátku.“*  
(Machová a kol. *Výchova ke zdraví*, 2009 s. 15)

### Terciální prevence

Cílem terciální prevence je omezit následky nemoci i její důsledky na nejnižší míru (Machová a kol. *Výchova ke zdraví*, 2009).

#### 4.1 Prevence u dětí a mládeže

Dle Marádové (2007) se dá předcházet poruchám příjmu potravy vhodným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty. Základ prevence spočívá v rodině, ale i škola by měla využít všech svých možností.

Co může pro prevenci udělat škola:

- poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy;
- vést žáky ke zdravým stravovacím návykům;
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole;
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování (Marádová, 2007).

Preventivní opatření pro rodiny dle Mužíka (2007):

- Odměna a trest pomocí jídla by neměla být častá. Namísto toho by měla být důležitá jiná funkce jídla, třeba společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu.
- Dítě bychom neměli nutit za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by mít možnost dojídat se sladkostmi, čímž dítě zjistí, že pokud se pořádně nenají, bude mít hlad.
- U jídelního stolu by nemělo docházet k hádkám. Dítě by si totiž velmi rychle mohlo společné stolování spojit s nepříjemnými zážitky a mohlo by se začít jídlům záměrně vyhýbat.
- Rodiče by neměli před dítětem držet dietu, která vede k hubnutí, pokud takovou dietu dodržují, neměli by o ní mluvit. Neměli by také před dětmi zdůrazňovat své úspěchy nebo neúspěchy v hubnutí.
- Rodiče by se neměli hanlivě vyjadřovat na adresu lidí s nadváhou, aby tak v dětech nevybudili neúměrnou fobii z těchto nemocí.
- Rodiče i učitelé by měli děti pečlivě připravit na změny, které s sebou přináší období puberty.

## 5 Léčba poruch příjmu potravy

### 5.1 Léčba mentální anorexie

U léčby mentální anorexie neexistuje jeden zaručený postup, který vede k uzdravení, proto je dobré mít nějakou představu o tom, jaké jsou druhy léčby. Léčba může být ambulantní - je snazší, tedy pokud není nemoc diagnostikována až v pokročilém stádiu nebo jde-li o atypickou formu nemoci, kdy ještě nejsou naplněna všechna kritéria (např. dívka usiluje o štíhlost, ale zatím příliš nezhubla).

Měl by se obnovit odpovídající energetický příjem, dbát na pravidelnou stravu, poskytnout základní informací o fungování těla a také je důležité poskytnout psychologickou podporu. Pokud tato snaha nevede k úspěchu, měl by být jedinec vždy doporučen k další léčbě psychologicko-psychiatrické. U vážných případů, kdy jsou jedinci ohroženi na životě, dochází k hospitalizaci (Stárková, 2005).

Dle Leibolda (1995) by mělo být léčení této nemoci celkové, to znamená jak psychické, tak i somatické, aby se mohly vyléčit příčiny i následky mentální anorexie.

**Hospitalizace** – okamžitá pomoc při ohrožení života, rodina či přátelé by měli věnovat pozornost některým příznakům, které ještě nesignalizují ohrožení života, ale činí žádoucí urychlenou léčbu. Mezi takové příznaky patří mdloby, sklon ke křečím, snížení hmotnosti pod 40 kg a podobné.

V nemocnici jsou pacientům podávány infuze s výživnými roztoky a roztoky s elektrolyty. Když je pacient mimo ohrožení života, podávají se životně důležité látky injekčně, a až je tělo normalizováno, tak je zavedena plnohodnotná dostatečná výživa.

**Psychoterapie** – u psychoterapie je nutné počítat s delší dobou léčení.

Klasické terapeutické metody – opírají se hlavně o zpytování podvědomí podle S. Freuda a jeho následovníků. V minulosti se ukázaly jako účinné, ovšem v poslední době přibývá nových postupů, které ve srovnání s klasickou terapií vynikají svým rychlým účinkem.

**Hlubinné psychoterapeutické rozhovory** - „*Cíleně vedený rozhovor pomáhá pacientům poznat sama sebe a porozumět si a pomocí naučených postupů změnit své chování.*“ (Leibold, 1995 s. 105)

**Psychoanalýza** – spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých

příčin psychických komplexů, pacient hovoří o svých myšlenkách, pocitech a snech. Terapeut je analyzuje a ve srozumitelné formě vrací zpět pacientovi, tím pacient dospívá k velkému sebepoznání.

**Behaviorální terapie** – nepátrá po podvědomých příčinách, ale začíná s odnaučováním nesprávných a ve výuce správných jídelních návyků. Pacient se učí nový smysluplný postoj k jídlu a poté mění i chování v oblastech života, jejichž problémy zaháněly pacienta do nemoci (Leibold, 1995).

*„Postoje pacientek k léčbě bývají přinejmenším ambivalentní. Uvádí se, že poruchy příjmu potravy mají charakter závislosti a změnit patologické chování i vnitřní postoje k jídlu a vlastnímu tělu je stejně těžké, jako je tomu u pacientů, kteří jsou závislí na návykových látkách.“* (Kocourková, Koutek Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků [online])

## **5.2 Léčba mentální bulimie**

Léčba mentální bulimie je velmi náročná a musí se při ní komunikovat s rodinou.

P. J. Cooper (1995) zmiňuje hlavní typy léčení podle výsledků studií zabývajících se léčbou mentální bulimie.

**Antidepresiva** – studie ukázaly, že antidepresiva mají opravdu pozitivní vliv na pacienty – snížila se častost zvracení a užívání laxativ, ovšem nedávný výzkum ukázal, že tento způsob léčby má velmi vážná omezení, má pouze omezený účinek, proto se od tohoto druhu léčby upustilo.

**Psychologické léčení** – zejména kognitivní behaviorální terapie – jedná se o krátkodobou psychoterapii, která je specificky upravena pro pacienty s mentální bulimií. Cílem léčby je pomoci pacientkám získat zpět kontrolu nad jídlom a hmotností. Účinnost měla velmi dobré výsledky.

**System odstupňované péče** – první stupeň je založen na svépomoci – pacientkám se nejprve dostane péče na nejnižší úrovni a pak se postupuje stále vzhůru a péče je stále intenzivnější.

Lehkou formu mentální bulimie je možné zvládnout pomocí rodiny či blízkých

přátel. Existuje mnoho svépomocných příruček, kde je přesný plán, jak se smířit se svým tělem a opět začít normálně jíst, také jsou k dispozici různá setkání pro lidi s poruchami příjmu potravy. V pokročilejším stádiu už obvykle nestačí jen pomoc rodiny, ale je nutné se obrátit na odborníka (Poruchy příjmu potravy – Bulimie[online]).

Hospitalizace je nutná, pokud je ohrožen život pacienta. Toto ohrožení nastává na základě špatných stravovacích návyků, pokud má jedinec každodenní záchvaty přejídání a zvracení, takovéto stavy jsou pro organismus extrémní zátěží a mohou vést až ke kolapsu, pak je nutné pacienta hospitalizovat a uměle vyživovat (Maloney, Kranzová, 1997).

Nebezpečné jsou také deprese. Ty se projevují apatií, plačtivostí, uzavřením se do sebe a mohou vést až k sebevraždě. Hospitalizace je také vhodná, pokud není ambulantní léčba účinná. Vhodná je také psychoterapeutická péče, časté postupy jsou:

- Psychodynamická terapie – pacient trpí psychotraumatizací nebo posttraumatickými stresovými poruchami a podobně.
- Interpersonální terapie – jinak také vztahová terapie například mezi partnery, podobná rodinné terapii.
- Rodinná terapie - první volba mladších pacientů, je zaměřená na rodinu, vztahy v ní a na negativní změny, a již zmiňovaná kognitivně-behaviorální terapie (Kulhánek, Základní druhy terapie [online], Krch a kol. 2005).

### ***5.3 Organizace poskytující terapeutickou pomoc v oblasti poruch příjmu potravy***

**Zde je přehled některých institucí, které poskytují terapeutickou i poradenskou pomoc.**

#### **Občanské sdružení Anabell**

*„Hlavním cílem Občanského sdružení Anabell - pro nemocné anorexií a bulimií - je pomoci lidem trpícím poruchami příjmu potravy, jejich rodinám a blízkým, dále podpora rozvoje osvěty zvýšením povědomí o těchto poruchách, hlavně ovlivněním společnosti a podpořením potřebného rozvoje osvětové medicínské klinické základny (iniciuje vznik*

*specializovaných pracovišť*).“ (Koncepce a strategie rozvoje organizace [online])

Cíle sdružení jsou především:

- poskytnutí odborného poradenství;
- zprostředkování odborné pomoci;
- podpora pro rodiny a přátele;
- zprostředkovávat veřejnosti dostatek informací o poruchách příjmu potravy.

Sdružení bylo založeno v roce 2002 a od roku 2004 spolupracuje s Magistrátem města Brna. Aktivně se zúčastňuje různých projektů a také projektové programy realizuje. Má sídlo v Brně a v současnosti poskytuje služby také v Praze, Ostravě, Plzni, Olomouci i v Bratislavě. Občanské družení Anabell má také své webové stránky, kde je možné se dozvědět více o poruchách příjmu potravy, jsou zde i kontakty na poradny a literatura, která se vztahuje k poruchám příjmu potravy (Anabell [online]).

### **STOP PPP**

Informační centrum STOP PPP se sídlem v Domažlicích nabízí svépomocné skupiny, nutriční poradenství, psychoterapii a zážitkové programy, jako je například arteterapie. Také vytváří různé preventivní programy, které mají přiblížit problematiku poruch příjmu potravy a poskytnout kontakty na odbornou pomoc (STOP PPP [online]).

### **Terapeutická skupina v Praze**

Psychoterapeutická skupina zaměřená na léčbu mentální anorexie a mentální bulimie. Preferují integrativní přístup a základní metodou je rozhovor a vztah (Kontakty na odbornou pomoc [online]).

### **Psychiatrická klinika VFN a LF UK**

Psychiatrická klinika je akreditovaným pracovištěm ve svém oboru, poskytuje komplexní a diagnostickou péči. Součástí kliniky je také Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Je zde stacionář pro pacienty od 17 let, kteří mají BMI menší než 16, dále je tu lůžkové oddělení pro pacienty od 18 let a nabízí také ambulantní léčbu (Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy [online]).

Psychiatrická klinika LF UK nově nabízí také **skupinový psychoterapeutický program** pro pacienty s poruchou příjmu potravy.

#### **Hlavní cíle programu:**

- Informovat a vzdělávat v problematice duševního zdraví, zdravého životního stylu a poruch příjmu potravy.
- Pomáhat mladým lidem včas u sebe rozpoznat projevy problémového a rizikového chování.
- Poskytnout uživatelům tipy, jak mohou pomoci sobě nebo ostatním.
- Nabízet vrstevnickou podporu prostřednictvím internetové platformy ProYouth a působit tak proti rozvíjení poruch příjmu potravy nebo souvisejících problémů.
- Zprostředkovat klientům přístup k řádné lékařské péči (Skupinový psychoterapeutický program [online]).

#### **Psychiatrická klinika FN Brno**

Psychiatrická klinika poskytuje léčebnou i preventivní péči. Poruchám příjmu potravy je zde věnována pomoc na několika úrovních. Poskytuje specializovaný psychoterapeutický program za hospitalizace, jedná se o uzavřené skupiny. Dětsí pacienti jsou hospitalizováni na pedopsychiatrickém oddělení a je též možnost ambulantní péče ve specializované ambulanci. O pacienty v metabolickém rozvratu pečuje Jednotka intenzivní psychiatrické péče s možností dalšího ambulantního vedení ve specializované poradně (Zdravotní péče[online]).



## **6 Metoda a cíl výzkumu**

### ***6.1 Výzkumný problém***

Tato praktická část se zabývá výzkumným problémem: Jaké jsou příčiny a následky u poruch příjmu potravy, konkrétně u mentální anorexie a mentální bulimie.

### ***6.2 Výzkumný cíl***

Cílem je zmapovat tři konkrétní příběhy lidí, kteří trpěli poruchou příjmu potravy, jejich boj s nemocí, příčiny nemoci i to, jak se cítili. Také chci poukázat na to, že se tyto nemoci nevyhýbají opravdu nikomu vzhledem k věku i pohlaví.

### ***6.3 Volba metodologie***

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu – nabízí silnější vhled do lidské reality a jeho cílem je především porozumět lidem v konkrétních sociálních situacích. Výzkum obsahuje tři kazuistiky lidí různého věku a pohlaví (Gavora, 2000).

### ***6.4 Charakteristika vybraných jedinců***

Předmětem výzkumu byli tři jedinci - chlapec ve věku 21 let, dívka ve věku 16 let a žena ve věku 31 let, kteří trpěli nebo trpí poruchou příjmu potravy. Nejedná se jen o období dospívání, ale také časné a střední dospělosti.

### ***6.5 Metoda sběru dat a etické otázky výzkumu***

Pro výzkum byla použita metoda interview. Na úvod jsem měla připravených pár otázek, pak se respondenti rozhovořili a já se už jen doptávala na nejasnosti. Rozhovory jsem nahrávala a poté si dělala poznámky a na základě tohoto jsem zpracovala kazuistiku.

Slovo interview je anglického původu a skládá se ze dvou částí. *Inter* znamená *mezi* a *view*

znamená *názor* nebo *pohled*. Jde tedy o interpersonální kontakt. Užívá se také pojem rozhovor. Interview zabere delší časový úsek, proto by mělo být prostředí tiché, klidné a nejlépe také izolované od ostatního dění. Není vhodné dělat interview před zrskem dalších osob.

Interview se buď nahrává, nebo se zapisují odpovědi. Zapisování je možno jedním z následujících způsobů:

1. výzkumník zapisuje odpovědi průběžně;
2. výzkumník zapisuje odpovědi po jejím doznění;
3. odpovědi zapisuje pomocník výzkumníka (Gavora, 2000).

V případě tohoto kvalitativního výzkumu bylo interview nahráno na diktafon a pak zpracováno.

## ***6.6 Interpretace dat***

Informace jsem získala formou polostrukturovaného rozhovoru. Otázky pro rozhovor:

Jaké máte koníčky?

Jak byste hodnotil/a své dětství?

Jak byste hodnotil/a Váš vztah s rodiči, se sourozenci?

Kdy propukla Vaše nemoc?

Jaké si myslíte, že byly příčiny nemoci?

Jak na Vaši nemoc reagovala rodina a přátelé?

Jak probíhala léčba?

Jaké byly následky nemoci?

Jak Vaši nemoc vnímáte teď?

### 6.6.1 Kazuistika č. 1

První, který byl ochotný mluvit o své nemoci, je David. Davidovi je 21 let, nyní studuje ekonomiku a management na Masarykově univerzitě. David je hezký a sympatický kluk, je spíše tichý typ. Moc velké ambice nemá, na vysokou školu to „šel zkusit“ spíše kvůli rodičům než sobě. Má spoustu kamarádů, ale ne takových, aby se jim svěřoval se svými problémy. Hodně času tráví u počítače, zejména na sociálních sítích nebo hraje hry, dále ho baví hokej pasivně, florbal aktivně, s kamarády si rádi zajdou na pivo nebo do nějakých klubů.

David bydlí s rodiči a mladším bratrem v bytě. S matkou a bratrem David vychází velmi dobře, ale s otcem nemají moc dobré vztahy. Jeho otec má úspěšnou kariéru, je hodně autoritativní a podle Davida upřednostňuje mladšího syna, který je úspěšnější a bystřejší, proto se David cítil odstrkovaný a také cítil, že ho má otec méně rád. V rodině se vždy dbalo na životosprávu, protože Davidův mladší bratr v dětství trpěl nadváhou. David vždy inklinoval k nadváze, ale snažil se sportovat nebo držel nějaké diety, aby zhubl a vypadal dobře.

DAVID: *„Postavu jsem si vždy hlídal, protože nadváhu tak nějak máme v rodině. Snažil jsem se hodně sportovat, ale moc mi to nepomáhalo, hrál jsem i florbal závodně, ale ani to nepomohlo. Tak jsem začal zkoušet nějaké ty diety.“*

Davidův problém začal, když po delší době jeli na návštěvu k babičce, v té době držel jednu ze svých diet. Vždy, když měli přijet, babička napekla cukroví, upekla kuřata atd. A Davidovi tady začala vadit nadměrná konzumace jídla, protože si chtěl udržet svou váhu.

DAVID: *„Babička mi nabízela pořád nějaké dortíčky nebo chlebičky, zprvu jsem jídlo odmítal s poděkováním, že si vezmu později. Nenutili mě do toho, ale pak jsem si přeci jen vzal, abych neurazil... ale jídlo jsem v sobě prostě nesnesl... tak jsem šel na záchod, dal si prsty do úst a vyzvracel to, abych to ze sebe dostal... a pak mi bylo líp.“*

Takhle u Davida začala mentální bulimie. David třeba i celý den nic nejedl a v noci vyjedl lednici, jindy se nabídl, že udělá oběd pro všechny a snědl ho celý sám a po té to šel vyzvracet. Zprvu zvracel pomocí prstů, pak už mu to šlo automaticky. Byl to neustálý kolotoč, který trval asi rok a půl. Vydržel nezvracet maximálně 4 dny, pak se k tomu opět vrátil.

DAVID: „*Jídlo pro mě bylo hrozně uklidňující, zvláště když jsem byl ve stresu nebo se s někým pohádal. Většinou jsme se hádali s otcem.... zvláště čokoláda, byla to taková moje droga, dokázal jsem sníst i 5 tabulek na posezení, ale pak jsem měl hrozné výčítky, tak muselo jít ven.*“

David se nepřejídal a nezvracel jen tehdy, když trávil víkend s kamarády nebo se svou dívkou. Ta o jeho problémech vůbec nevěděla, dozvěděla se to, až když se David začal léčit.

Davidovu matku překvapovalo, že toho David tolik sní a váhu má stále stejnou, ale zprvu to přikládala tomu, že se věnuje aktivně sportu. Ale pak si všimla, že vždycky po jídle chodí David nejprve na záchod. Pak ho přistihla, jak zvrací.

DAVID: „*Máma kvůli tomu hrozně šilela, snažil jsem se jí to nějak vysvětlit, ale nijak mi to nešlo... musel jsem s pravdou ven.*“

Matka ho donutila jít k praktickému lékaři, kam ho také doprovázela. Lékaři sdělila informace o Davidově problému i to, jaké má David problémy s otcem. Lékař ho poslal k psychologovi, protože si myslel, že jeho problém má zejména psychické příčiny, než že by se jednalo jen o fyzický vzhled. David k psychologovi nejprve vůbec nechtěl a odmítal se na tohle téma bavit. Ale matka na něj neustále naléhala, tak ho navštívil. V té době se to dozvěděla jeho přítelkyně, která pro něj byla stejně jako matka velkou oporou.

David pravidelně navštěvuje psychologa a sám vnímá svou nemoc jako spíše psychickou, kvůli jeho vztahu s otcem. Chtěl být dokonalý, aby si ho otec konečně také všimnul a neupřednostňoval jen jeho mladšího bratra.

Když se jeho otec dozvěděl o tom, že David trpí mentální bulimií, ještě více na něho zanevřel, odmítal s ním komunikovat, pokud s ním mluvil, tak ho jen častoval neustálými urážkami.

DAVID: „*Můj otec je typ člověka, který si zakládá jen na svém egu, nikdo pro něj není dost dobrý a nikdy taky nebude, nepamatují si, že by mě někdy za něco pochválil, nebo že by mi řekl, že mě rád. Nejvíce mě ranilo, když řekl, že mu nezáleží ani na mě a ani na mámě, záleží mu jen na bráchovi, kterého bude vždy ve všem podporovat. I když jeho slova dost bolely, mám ho pořád rád.*“

Když se David začal léčit, potýkal se s těžkými depresemi, měl pocity viny, trpěl nespavostí a neustále myslel na jídlo. Nejhorší pro něj bylo se naučit pravidelně a hlavně málo jíst. Někdy to ovšem nezvládl, zvláště když nikdo nebyl doma. To se přejedl a pak musel okamžitě z domu, aby to celé nevyzvracel.

David měří 186 cm, před mentální bulimií vážil 85 kg, v průběhu nemoci jeho hmotnost spadla na 70 kg, nyní váží 74 kg a váhu si hlídá. Jeho matka se bojí, že pokud si bude takhle hlídat váhu „spadne do toho zase“, a proto neustále kontroluje, kolik toho sní. Davidovi to docela vadí, ale nic jí neřekne, protože si myslí, že už tak má jeho matka hodně starostí.

Následky mentální bulimie byly u Davida zažívací potíže, neustálé pocity na zvracení, změna barvy zubů a poškození zubní skloviny, také se u něj vyskytla vyrážka na ruce. David se léčí půl roku a cítí se lépe, ale na jídlo myslí pořád, jak sám říká, tohle už mu asi zůstane.

DAVID: *„Na jídlo myslím pořád, hlavně když mi není dobře, když mám špatnou náladu, mám chuť si něco vzít, třeba tu čokoládu. Teď už vím, že jídlem jsem jen zaháněl smutek a vnitřní prázdnotu, která tu vždy byla, kvůli již zmiňovanému vztahu s otcem. Protože když jsem tolik jedl, myslel jsem jenom na to jídlo a nic jiného... musím se s tím naučit vyrovnat bez pomoci jídla. Zatím se mi to daří, mám skvělou přítelkyni, která stojí vždy při mně a také mi pomáhá máma i bratr.“*

I přesto, že otec upřednostňuje mladšího bratra, mají David s bratrem bezproblémový vztah. Jak se bratr dozvěděl o jeho nemoci, dával si to částečně za vinu. Věděl, že za Davidovy problémy s příjmem potravy stojí i jeho vztah s otcem, a že by byl David rád na bratrově místě. David ho ubezpečil, že on nemůže za to, co se děje, to je jen mezi otcem a jím. Nyní mají naplánovanou rodinnou terapii, které by se měl zúčastnit i jejich otec, takže se třeba i kromě Davidovy nemoci dají do pořádku i rodinné vztahy.

### **Shrnutí příčin:**

Hlavním spouštěčem mentální bulimie u Davida byl jeho vztah s otcem a jeho neustálé porovnávání Davida s mladším bratrem. Davidovi nešlo jen o fyzický vzhled, i když ten tam hraje také svou úlohu, ale především doufal, že když zhubne, tak otec ocení jeho snahu a vytrvalost. Doufal, že ho konečně za něco pochválí.

U tohoto příběhu hrají podstatnou roli dva důvody. První z nich odpovídá biologickému faktoru, konkrétně se týká tělesné hmotnosti. Druhý důvod by odpovídal rodinným faktorům, oba faktory jsou zmiňovány v kapitole 1.4.2.

## 6.6.2 Kazuistika č. 2

Druhou respondentkou je šestnáctiletá dívka Nela, studentka taneční konzervatoře. Nela měří 175 cm a v době interviu měla 49 kg. Mentální anorexií začala trpět v 15 letech, jednou byla hospitalizována, nyní dochází na terapie. Nela je velmi hezká a komunikativní dívka, která měla spoustu přátel, po vypuknutí nemoci se její přátelé stáhli do ústraní.

Nela bydlí v rodinném domě s rodiči a o dva roky starším bratrem. Matka pracuje jako grafička a domů se vrací převážně až večer. Otec má svou menší stavební firmu a pracuje 6 dní v týdnu, občas jede na služební cesty, kde se zdrží i celý měsíc. Ale i přes vytíženost rodičů panují v rodině dobré vztahy, vzájemná důvěra a respekt. Každý rok společně jezdí na hory i letní dovolenou. Nejvíce si rozuměla s bratrem, vždy spolu dokázali vyřešit svoje problémy. Ve škole byla – jak se sama označila „spíš ten průměr“, ale co ji opravdu bavilo, byl tanec. Proto si také vybrala již v 11 letech taneční konzervatoř. Rodina ji v tom hodně podporovala a na každé její vystoupení si našli čas.

Nela měla vždy štíhlou postavu, aniž by musela hodně cvičit nebo držet diety jako její spolužačky.

NELA: „*Některým holkám profesoři říkávali běžně, že jestli, nezhubnou, nebudou moct tancovat. Mě vždy postavu chválili, aniž bych pro to musela něco dělat.*“

Avšak s přicházejícím obdobím puberty se začalo její tělo zakulacovat. Ona tomu nevěnovala pozornost, ale její okolí si toho všimlo a hned padaly narážky typu, že jestli se sebou nebude něco dělat, „bude mít zadek jako kombajn“. Tyhle narážky a posměšky už Nela jen tak nepřešla a začala cvičit a zdravě jíst, ale ani po pár týdnech nezpozorovala žádné změny, proto začala zmenšovat porce jídla.

NELA: „*Chtěla jsem, aby moje postava byla jako předtím... denně jsem běhala a posilovala, ale ta ručička na váze se ani nepohnula. Moje váha byla pořád stejná... tak jsem začala míň jíst, až jsem úplně vynechala obědy i večeře. Ze začátku jsem mívala hrozný hlad, ale pak už jsem si na to zvykla.*“

Po nějakém čase si jejího hubnutí všimli ve škole, kde ji za to spolužačky chválili, jakou má pevnou vůli, když dokáže tak zhubnout. Profesoři to zase tak moc nevnímali, protože na konzervatoři bylo hodně štíhlých holek. Doma se jí dařilo tělo maskovat volným oblečením a jedla jen, když byl někdo doma, aby si rodiče ničeho nevšimli. Přestala se stýkat s kamarády. Také přestala komunikovat se svým bratrem, který měl podezření, že má Nela nějaké problémy, ale ona o tom odmítala mluvit.

NELA: *„Pořád se mě vyptával, jestli nemám nějaké problémy... vždycky jsem ho poslala do háje... vlastně pak naše jediná komunikace byly hádky... možná kdybych mu to řekla tehdy, mohlo to dopadnout jinak, ale myslela jsem si, že by to jako chlap ani snad nepochopil... Teď vím, že za ním můžu přijít kdykoli a hlavně s čímkoli a vždycky se to pokusíme společně nějak zvládnout.“*

Nela omezila jídlo na minimum, hodně cvičila jak ve škole, tak i mimo ni. Postupem času, jak šla dolů kila, šla dolů i fyzická výkonnost, v hodinách, které byly zaměřeny na tanec, se Nela často omlouvala, že jí není dobře, protože byla bezproblémovou studentkou, nikdo tomu nevěnoval zvláštní pozornost. Její tělo tuhle zátěž ale dlouho nevydrželo a v hodině moderního tance zkolabovala. Byla převezena na JIP psychiatrické kliniky, kde jí byla diagnostikována mentální anorexie.

NELA: *„Bez jídla jsem byla hrozně vyčerpaná a slabá, byla mi pořád zima, měla jsem úplně fialové ruce... Ten den, kdy mě přivezli do nemocnice, si moc nepamatuju, už od rána mi bylo špatně, ale do školy jsem šla, protože jsme měli nacvičovat novou choreografii. První sestavu jsem ještě odtancovala, ale při druhé se mi začala točit hlava, udělalo se mi černo před očima a dál si nic nepamatuju... až pak nemocniční pokoj, spoustu hadiček a také mámin ustrašený obličej.“*

Na tomto oddělení ležela několik dní, poté chodila jedenkrát týdně na kontroly. Její matka se z toho psychicky zhroutila. Kladla si to celé za vinu, protože i když spolu dobře vycházely, nevšimla si, jak je na tom Nela špatně. Po propuštění z nemocnice byl Nele oporou hlavně její bratr, kamarádky se stáhly a matka, která trávila teď více času doma, ji neustále kontrolovala a starala se, aby měla plnohodnotnou stravu. To pro Nelu bylo ještě horší, ačkoli byla ráda, že její matka je více doma, ale rozhodně ne za těchto okolností.

Nela si nejprve odmítala připustit, že je nemocná, ale když její rodiče přišli s tím, že by pro ni bylo nejlepší školu opustit, protože by to fyzicky a především psychicky

nemusela zvládat nebo do toho opět spadla, navštívila Nela psychologa a začala chodit na terapie.

NELA: *„Když rodiče přišli s tím, že bych měla odejít ze školy, uvědomila jsem si, že tanec je to jediné, co chci opravdu dělat, a od toho mě neodradí ani ta pitomá anorexie, ale vím, že nebude lehké ji překonat.“*

Když se začala léčit, měla deprese, cítila úzkost a strach z toho, co bude dál, trpěla pocity viny za to, jaké trápení způsobila rodině.

NELA: *„Vím, že jsem rodiče hodně zklamala a jsem jim vděčná, že mě tak podporují a snaží se mi to co nejvíce ulehčit.“*

Nela dochází dál na terapii a pravidelné prohlídky, její stav je relativně stabilní. Snaží se pravidelně jíst, ale ne tolik, kolik by měla. Do jídla se musí nutit, ale kvůli tomu, aby se opět mohla vrátit k tanci, chce udělat vše, co bude v jejích silách. Paradoxní na tom je, jak sama říká, že tanec ji do toho pekla dostal a tanec jí pomáhá znovu začít normálně žít.

Následky mentální anorexie u Nely byly deprese, lámání nehtů, zhoršená kvalita vlasů a následné vypadávání, zimomřivost, přestala se stýkat s kamarády a chodit s nimi ven a také přestala komunikovat s rodinou.

Před mentální anorexií Nela vážila 56 kg, po převezení do nemocnice měla jen 40 kg. Nyní pravidelně jí a dostala se na 49 kg, ale pořád je to málo, aby se mohla opět vrátit do školy a naplno se věnovat tomu, co ji baví nejvíc. Zatím zcela vyhráno nemá. K tomu, aby byla úplně zdravá, musí ujit ještě dlouhou cestu, ale po malých krůčcích se jí to daří.

### **Shrnutí příčin:**

U Nely sehrála podstatnou roli taneční konzervatoř, ve které se preferuje štíhlá postava. Sama také připouští, že se jí líbí model štíhlé až vyhublé postavy. Zastává názor, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší. Takže hlavní příčinou lze označit sociální a kulturní faktor, který je popsán v kapitole 1.3.2.



### 6.6.3 Kazuistika č. 3

Třetí respondentka, která byla ochotná se sejít, se jmenuje Aneta. Je jí 31 let a nyní je na mateřské dovolené. Aneta je spíše tichý a samotářský typ, mezi její záliby patří plavání, jízda na kole, procházky se svou dcerkou a čtení historických románů.

Aneta měla bezproblémové dětství, s rodiči nikdy neměla problémy a se vším se jim mohla svěřit. Má dva sourozence, starší sestru, se kterou vychází moc dobře a mladšího bratra, s ním se moc nevidá, protože bydlí v zahraničí.

Aneta v 19 letech začala chodit s Petrem, po šestileté známosti, kdy si myslela, že už se dobře znají a vědí o sobě všechno, se za Petra vdala. Koupili si vlastní byt a plánovali rodinu. Jejich vztah byl prakticky ideální, jak tvrdí sama Aneta.

ANETA: „*Ty první dva roky byly úžasné, opravdu jsme se měli rádi a vše plánovali společně, nepamatuji se, že bychom se spolu někdy pohádali.*“

Po dvou letech Aneta otěhotněla, na miminko se oba těšili. Aneta měla bezproblémové těhotenství, v sedmém měsíci začala hodně přibírat, přibrala 25 kg, ale říkala si, že po porodu dá ty přebytečná kila dolů. Po porodu jí zůstalo ještě 15 kg, ale nijak to neřešila, avšak Petrovi to začalo vadit.

ANETA: „*Když jsem přijela s malou z porodnice, začal se Petr chovat divně, myslela jsem, že mu vadí, že se kvůli malé moc nevyspí, ale on mě ubezpečil, že to mu opravdu nevadí, že s tím se musí počítat, když máme miminko. Tak jsem to nechala být s tím, že si jen musí zvyknout na tu novou roli otce, ale po nějakém čase jsme se začali hádat kvůli úplným hloupostem, vůbec jsem nevěděla co se děje... až jednou, když jsme měli jít se známými na večeři, mi to došlo... Chtěl, abych si dala šaty, které mi koupil, než jsem otěhotněla. Už tenkrát mi byly dost těsné, takže bylo jasné, že teď se do nich nenarvu vůbec. Když jsem mu to řekla, reagoval na to se slovy, že teď se nevejdu do ničeho a měla bych s tím něco dělat. Hodně se mě to dotklo, vím, že jsem přibrala a nebyla tak štíhlá jako dřív, ale nikdy by mě nenapadlo, že by to Petrovi mohlo tolik vadit, myslela jsem, že mě rád proto, jaká jsem a ne jen proto, jak vypadám.*“

Aneta se rozhodla, že zhubne, ne ani tak kvůli sobě, ale kvůli Petrovi. Začala se opět věnovat svým koníčkům, což byla jízda na kole a plavání, dceru jí obvykle hlídala sestra nebo kamarádka, protože její rodiče bydleli dost daleko. Také si upravila jídelníček

a doma začala vařit jen zdravá a vyvážená jídla.

Když přijeli na návštěvu k matce, všichni jí chválili její postavu. I Petr se k ní začal chovat líp, i když už to nebylo jako předtím, ale opět spolu vycházeli. Aneta ovšem věděla, že ještě pořad není na své původní váze, tak chtěla ještě zhubnout. Myslela si, že pokud bude mít tak štíhlou postavu jako předtím, bude i její vztah s Petrem jako na začátku jejich manželství. A právě tady začaly první Anetiny problémy s mentální anorexií.

Aneta přestala jíst postupně večeře a pak i obědy, když se Petr zeptal, proč nejí, odůvodňovala to tím, že ona už jedla předtím. Často si také jídlo naložila na talíř a nimrala se v tom, dokud Petr neodešel od stolu. Po několika týdnech zhubla 10 kg. Myslela si, že to Petr ocení, ale ten jí nevěnoval moc pozornosti. Když nebyl v práci nebo s kamarády, tak byl s dcerkou na procházce. Jejich vztah byl v krizi, ale to Aneta zprvu vůbec nevnímala, protože se, jak sama říká, příliš zaobírala svým tělem. Jejich konverzace byly převážně hádky, aby jim předešli, přestali spolu zcela komunikovat. Petr také někdy přespával jinde než doma, většinou u kamarádů. Anetu takhle situace natolik rozhodila, že přestávala jíst úplně, neměla na jídlo vůbec chuť.

Jejího hubnutí si všimla její sestra, která ji vzala k lékaři, a ten jí diagnostikoval mentální anorexii. Doporučil jí navštívit psychiatra, ale Aneta odmítla. Přemluvila sestru, ať Petrovi nic neříká, že to zvládne sama. Sestra ji ovšem kontrolovala, jestli jí, kolik toho sní a také s ní chodila na pravidelné kontroly k lékaři. Zdálo se, že se její stav zlepšuje, alespoň po té fyzické stránce, protože po té psychické byla Aneta na dně. Petr s ní komunikoval jen o tom, co se týkalo dcery, anebo se hádali. Aneta začala mít podezření, že ji manžel podvádí a to se za několik měsíců potvrdilo. Petr měl milenkou a Anetu to opět vehnalo do spárů mentální anorexie. Petr se o její nemoci dověděl od Anetiny matky, která mu to řekla v domnění, že by mohl Anetě pomoci z nejhoršího, ale pro Petra to spíš byla „taková propustka“, protože jak on sám řekl, s bláznem on žít nebude. Aneta už toho měla dost a tak se i s dcerou přestěhovaly k rodičům.

Během její nemoci měla problémy s nespavostí, trpěla těžkými depresemi, často omdlávala, vypadávaly jí vlasy, neustále se klepala zimou, zhoršila se jí kvalita pleti a měla problémy se srdcem.

Na pravidelné prohlídce lékař zjistil úbytek váhy a poslal ji k opět k psychiatrovi, tentokrát Aneta neodmítla a navštívila ho. Anetě tyto návštěvy velmi pomohly.

ANETA: „*Po dlouhé době jsem se mohla někomu svěřit... měla jsem pocit, že to zvládnou, že budu zase ta normální holka, kterou jsem bývala... Hodně jsme také mluvili o Petrovi a našem rozpadlém vztahu, o příčinách, které nás rozdělily a kupodivu jsem přišla na to, že za to, že to tak skončilo nemůžu jen já.. A také jsem konečně byla natolik silná, abych požádala o rozvod.*“

Aneta pomocí návštěv psychiatra vyřešila své problémy s Petrem, ale mentální anorexie se zbavit nedokázala. Jen myšlenka na to, že by měla přibrat, ji děsí. Nyní při svých 169 cm váží 48 kg. Dochází na terapie a také na pravidelné lékařské prohlídky. Anetu tahle nemoc hodně změnila, dříve byla velmi komunikativní a společenský typ a měla hodně přátel. V průběhu nemoci se přestala stýkat s přáteli, uzavřela se do sebe a jediná, s kým dokázala komunikovat, byla její sestra a matka, které pro ni v tom nejhorším byly velkou oporou.

Aneta teď bydlí u rodičů, kteří jí pomáhají s dcerou, s manželem jsou v rozvodovém řízení a on o dceru nejeví žádný zájem. Aneta doufá, že se z mentální anorexie dokáže vyléčit, už kvůli své dceři a také rodině, protože ví, že jim tím vším ubližuje.

ANETA: „*Snažím se jíst pravidelně a normální porce a vždycky, když se mi to podaří, jsem na sebe pyšná, ale někdy, zvlášť když jsem v depresi nebo musím řešit nějakou stresovou situaci, se na jídlo nemůžu ani podívat... Můj nejšťastnější den bude ten, kdy si se svou dcerou dám v cukrárně dort nebo třeba zmrzlinu, a opravdu si ji spolu vychutnáme a já přitom nebudu myslet na to, kolik má kalorií, kolik je tam tuku a podobně.*“

### **Shrnutí příčin:**

Aneta nikdy neměla problém se svojí postavou, začalo to až po rozhovoru s jejím manželem. Aneta se snažila zhubnout zejména kvůli němu, myslela si, že její váha je hlavní příčina jejich hádek. Ale nebylo tomu tak a ona si to uvědomila pozdě, pak už z toho kolotoče nešlo ven a nejde to doteď.

Mezi hlavní příčiny Anetiny nemoci mohou patřit psychické faktory a osobnost a další psychické charakteristiky, které jsou obsaženy v kapitole 1.3.2.

## ***6.7 Shrnutí všech tří kazuistik***

V praktické části této práce jsou uvedeny tři kazuistiky. Pro dokreslení teoretické části, byly vybrány kazuistiky odlišné věkové kategorie i pohlaví. Všem třem respondentům vzala nemoc fyzické zdraví i jakousi psychickou vyrovnanost. Nikdo z nich netrpěl nadváhou, takže vůbec nebylo nutné přistoupit k tak razantnímu kroku, jako bylo omezování jídla. Následky těchto nemocí budou přetrvávat i do budoucnosti, zejména ty psychické. Jedinci jsou si vědomi svého zdravotního stavu, a buď jsou zcela zdraví, nebo alespoň stabilní, což je také určitý pokrok. V případě mentální anorexie a mentální bulimie nelze popřít, že se jedná o vážné onemocnění, které postihuje jak organismus a psychiku, tak i společenský život jedince. Nemoc jim ale ukázala, že kolem sebe mají lidi, kteří je mají rádi a jsou ochotni pro ně udělat cokoli, aby jim pomohli.

## **Závěr**

Tato práce nám nabídla základní informace týkající se poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie. Celá práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se věnuje historii poruch příjmu potravy, následující část se věnuje charakteristice mentální anorexie a mentální bulimie a jejich příčinám. Jednotlivé nemoci jsou zde definovány, také jsou zde uvedeny příznaky a možné příčiny i faktory těchto nemocí. V další kapitole bakalářské práce jsou popsány důsledky mentální anorexie a mentální bulimie, které způsobují celou řadu komplikací nejen zdravotní, ale i psychické a sociální. Další kapitoly se věnují tématu poruch příjmu potravy ve vztahu k dospívajícím, upozorňují na nebezpečí diet, na vhodné stravovací návyky, je tu také věnována pozornost tělesné hmotnosti a Body Mass Indexu, který se používá k určení podváhy, nadváhy nebo obezity. Je zde také tabulka, která rozřazuje váhové kategorie. Dále je v práci rozebíráno téma prevence a prevence u dětí a mládeže. Poslední kapitolou teoretické části je léčba poruch příjmu potravy a možnosti terapie a jsou tu uvedeny některé organizace, které poskytují poradenskou a terapeutickou pomoc a jejich charakteristika.

Praktická část obsahuje tři kazuistiky jedinců, kteří trpěli poruchou příjmu potravy. Zatímco teoretická část se věnovala základním poznatkům o poruchách příjmu potravy, zejména u dospívajících, kteří jsou nejvíce ohroženi těmito onemocněními, cílem praktické části bylo dokreslení a ucelení teoretické části. Zjišťuje také možné příčiny vzniku onemocnění a jeho důsledky a poukazuje na to, že poruchami příjmu potravy nemusí trpět jen dospívající, ale že se tato nemoc nevyhýbá ani mladším či starším jedincům.

## Použitá literatura

1. BALCH, J. F. *Bible předpisů zdravé výživy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1998. 572 s. ISBN 80720-5637-9.
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
3. FOŘT, P. *Obezitě odzvoněno*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 224 s. ISBN 80-7202-930-4.
4. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
5. HRACHOVINOVÁ, T. *Interní medicína pro praxi. Výběr jídla mladých žen ve vztahu onemocnění diabetes mellitus 1. typu a poruchou příjmu potravy č. 3*, 2004. ISSN - 1212-7299
6. KALOUSKOVÁ, P. KUNEŠOVÁ, M. *Medicína pro praxi. Obezita – stále podceňovaná nemoc č. 1*. 2008. ISSN - 1214-8687
7. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 170 s. ISBN 978-80247-2130-9.
8. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9
9. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
10. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
11. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
12. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Granit, 1993. 236 s. ISBN 80-85805-12-X.
13. LEIBOLD, G. *Mentální Anorexie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
14. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 80-7044-768-0 .

15. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
16. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
17. MUŽÍK, V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole. Příručka pro učitele*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN: 978-80-7315-156-0.
18. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady: praktická doporučení: osobní zkušenosti 1. vyd.* L. Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN-10: 80-85912-33-3.
19. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 1. vyd.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
20. NĚMEČKOVÁ, P. *Psychiatrie pro praxi. Poruchy příjmu potravy. č. 4.* 2007. ISSN – 1213-05.
21. PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
22. STARKOVÁ, L. *Pediatric pro praxi. Poruchy příjmu potravy – Psyche a soma, č. 1.* 2005. ISSN – 1213-0494.

## **Použité internetové zdroje**

1. Anabell [online] [cit. 2.4. 2012 ]. Dostupné na internetu: <http://www.anabell.cz/>
2. Bulimie [online] [4. 1. 2012]. Dostupné na internetu: <http://priznakynemoci.cz/bulimie/>
3. Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy [online] [2. 4. 2012] Dostupné na internetu: <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/psychiatricka-klinika/odborne-ambulance/stacionar-poruch-prijmu-potravy/>
4. Kocourková, Koutek Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků [online] [cit. 24.3. 2012]. Dostupné na internetu: <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?id=3120>

5. Kontakty na odbornou pomoc [online] [cit. 7.4. 2012]. Dostupné na internetu: [http://www.idealni.cz/kontakt\\_list.asp](http://www.idealni.cz/kontakt_list.asp)
6. Krch, F. D. Poruchy příjmu potravy – mezi nadváhou a vyhublostí [online] [4.1. 2012]. Dostupné na internetu [http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=38](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=38)
7. Kulhánek, Základní druhy terapie[online] [cit. 30.3. 2012]. Dostupné na internetu [http://www.pppinfo.cz/terapie\\_tisk.asp?id=1624](http://www.pppinfo.cz/terapie_tisk.asp?id=1624)
8. Mentální anorexie [online], [cit. 10. 12. 2011]. Dostupné z internetu: <http://anorexie.ordinace.biz/>
9. Poruchy příjmu potravy – Bulimie[online] [cit. 24.3. 2012]. Dostupné na internetu: <http://www.zaria.cz/clanek/zdravi-a-fitness/poruchy-prijmu-potravy-bulimie/18599/lecba-bulimie/18601>
10. Potravinová pyramida [online] [2.2. 2012]. Dostupné na internetu: <http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/potravinova-pyramida/potravinova-pyramida/>
11. Sacharidy [online] [cit. 2.2. 2012]. Dostupné na internetu <http://www.sacharidy.cz/>
12. SLADKÁ, J.Představujeme Anabell Aneb ... dvě strany téže mince [online] [cit. 10. 12. 2011]. Dostupné z internetu: <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/napsali-o-nas/409-predstavujeme-anabell-aneb--dve-strany-teze-mince>
13. SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Z [online] [cit. 2.1. 2012]. Dostupné z internetu: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>
14. Skupinový psychoterapeutický program [online] [cit. 11:4.2012]. Dostupné na internetu <http://www.asociaceppp.eu/novinky>
15. STOP PPP [online] [cit. 7.4. 2012]. Dostupné z internetu: <http://www.jakomodelka.cz/>
16. Typy Bulimie [online], [cit. 2.1. 2012] Dostupné z internetu: <http://bulimie.ordinace.biz/rozdeleni.php>



17. Zdravotní péče [online] [cit. 11.4. 2012] dostupné na internetu  
<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/psychiatricka-klinika/zdravotnicka-pece/t2299>