

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Pedagogická fakulta**  
**Obor učitelství pro první stupeň**

**Rizikové faktory poruch příjmu potravy**  
**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. Jiří Kressa**

**Vypracovala:**  
**Gabriela Dvořáková**

**České Budějovice, 2012**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích,

Gabriela Dvořáková

Děkuji vedoucímu své diplomové práce Mgr. Jiřímu Kressovi za poskytnutou pomoc a cenné rady při vedení mé práce.

## **ABSTRAKT**

DVOŘÁKOVÁ, G. *Rizikové faktory poruch příjmu potravy*. České Budějovice 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Obor učitelství pro první stupeň. Vedoucí práce Mgr. Jiří Kressa

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, ortorexie, bigorexie, drunkorexie, rizikové faktory, modeling, rozhovor, respondent, případová studie

Práce se zabývá rizikovými faktory poruch příjmu potravy. Teoretická část charakterizuje jednotlivé poruchy spolu s jejich příznaky a následky. Dále teoretická část rozebírá vznik těchto poruch a jejich postupný historický vývoj, který za dobu své existence prošly. Další částí jsou rizikové faktory poruch příjmu potravy a možné způsoby jejich léčby.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na výzkum modelingu jako jednoho z rizikových faktorů poruch příjmu potravy. Tato část se opírá o informace získané prostřednictvím osobních rozhovorů vedených s respondenty z oblasti modelingu a oblastí působící mimo tento obor. Výsledná data jsou zaznamenána pomocí případových studií, tabulek a grafů.

# **ABSTRACT**

## **Risk factors for eating disorders**

**Key words:** eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, orthorexia, bigorexia, drunkorexia, risk factors, modeling, interview, the respondent, a case study

The thesis deals with risk factors for eating disorders. The theoretical part describes the various disorders and their symptoms and consequences. Further theoretical part analyzes of the emergence of these disorders and their gradual historical development, which during its existence passed. Another part of the risk factors for eating disorders and possible ways of their treatment.

The practical part is focused on research of modeling as one of the risk factors for eating disorders. This section is based on information obtained through personal interview conducted with respondents from the field of modeling and acting outside the scope. The resulting data are recorded by means of case studies, tables and graphs.

# Osnova

## **Teoretická část**

Úvod	9
<b>1. Co jsou poruchy příjmu potravy?</b>	<b>10</b>
1.1 Mentální anorexie	11
1.2 Mentální bulimie	13
1.3 Záchvatovité přejídání	14
1.4 Ortorexie	17
1.5 Bigorexie	18
1.6 Drunkorexie	20
<b>2. Historie poruch příjmu potravy</b>	<b>21</b>
2.1 Dějiny mentální anorexie	21
2.2 Dějiny mentální bulimie	24
2.3 Dějiny záchvatovitého přejídání	24
2.4 Dějiny ortorexie	25
2.5 Dějiny bigorexie	26
2.6 Dějiny drunkorexie	27
<b>3. Příčiny poruch příjmu potravy</b>	<b>27</b>
3.1 Individuální faktory	27
3.2 Sociokulturní faktory	28
3.3 Biologické faktory	28
3.3.1 Ženské pohlaví	28
3.3.2 Tělesná hmotnost	29
3.3.3 Menstruační cyklus	29
3.3.4 Puberta	29

3.4 Životní události	29
3.5 Rodinné a genetické faktory	30
3.6 Další rizikové faktory	31
<b>4. Léčba poruch příjmu potravy</b>	<b>32</b>
4.1 Hospitalizace	33
4.2 Ambulantní lékařská péče	33
4.3 Svépomoc a řízená svépomoc	33
4.4 Rodinná terapie	33
4.5 Kognitivně behaviorální terapie	34
4.6 Interpersonální terapie	34
4.7 Psychodynamická terapie	34
4.8 Farmakoterapie	35
<b>5. Panenka Barbie</b>	<b>35</b>
<b>6. Slavné osobnosti s poruchami příjmu potravy</b>	<b>37</b>
<b>Praktická část</b>	<b>42</b>
<b>1. Výzkumné šetření</b>	<b>42</b>
<b>2. Organizace a průběh výzkumného šetření</b>	<b>42</b>
<b>3. Cíl výzkumného šetření</b>	<b>43</b>
<b>4. Charakteristika respondentů</b>	<b>43</b>
<b>5. Výzkumná metoda</b>	<b>43</b>
5.1 Rozhovor	44
5.1.1 Typy rozhovorů	44
5.2 Případová studie	45
<b>6. Otázky pokládané při osobních rozhovorech</b>	<b>47</b>
<b>7. Stručný přehled jednotlivých výpovědí respondentů</b>	<b>48</b>

<b>8. Případové studie</b>	<b>51</b>
<b>9. Rizikové faktory poruch příjmu potravy</b>	<b>64</b>
Závěr	69
Seznam použité literatury	70
Seznam příloh	78
Přílohy	79



## ÚVOD

Diplomová práce pojednává o tématu rizikových faktorů poruch příjmu potravy. Cílem práce je v počátku tvorba důkladného přehledu základních informací a faktů o jednotlivých poruchách, tedy jejich charakteristika, popis ohrožených skupin, historie a postupný vývoj každé nemoci, faktory, jež ovlivňují vznik a rozvoj poruch a výčet následných možných pomoci a léčby a dále promítnutí vlivu poruch příjmu potravy do světa modelingu.

Úvodní kapitola jsem věnovala samotné základní definici poruch příjmu potravy a následnému výčtu poruch, s nimiž se v dnešní době můžeme setkat. Poté jsem všechny jmenované poruchy příjmu potravy charakterizovala a popsala příznaky a následky. Druhá kapitola stručně pojednává o historickém vývoji každé poruchy od jejího vzniku až po současnost. Třetí kapitola je zaměřena na všechny faktory, které mohou být činiteli vzniku kterékoliv z poruch příjmu potravy. Čtvrtou kapitolu jsem věnovala různým možným druhům léčby takovýchto nemocí. Následující, tedy pátá kapitola je zaměřena na panenku Barbie a rozbor jejího možného vlivu na vznik a rozvoj některé z poruch příjmu potravy u dospívajících dívek. Šestá kapitola představuje seznam slavných osobností, které takovýmito poruchami trpěly či dodnes trpí, a krátké ukázky jejich životních příběhů, zároveň se kapitola poněkud podrobněji věnuje životnímu příběhu slavné anorektičky a topmodelky Twiggy a též císařovny Sissy.

Po zmíněných šesti kapitolách následuje praktická část, která zahrnuje výzkum zaměřený na dvě oblasti. První z nich jsou dívky pracující v oblasti modelingu a druhá dívky z jakékoliv oblasti kromě modelingu. Na základě rozhovorů vytvořených přímo podle těchto kategorií budu zpracovávat výsledky, které zaznamenám do podoby případových studií. Výsledkem těchto informací bude výstup, který určí, zda je práce v modelingu rizikovým faktorem a možným spouštěčem poruch příjmu potravy.

Tvorbu mé diplomové práce podpíraly především knižní a internetové zdroje, jejichž obsah jsem srovnávala.

# 1. CO JSOU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY?

Téma poruchy příjmu potravy jsem pro tvorbu své diplomové práce zvolila z důvodu, že se profesně pohybuji ve světě modelingu, který je podle mého názoru jednou z nejrizikovějších oblastí pro vznik a rozvoj některé poruchy příjmu potravy.

*„Pod označením porucha příjmu potravy se skrývá celá řada stavů, které představují širokou škálu zdraví škodlivého stravovacího chování.“* (Benešová, Mičová, 2003, str. 3)

Poruchy příjmu potravy jsou v mnoha směrech výrazným problémem současného světa - jednoduchou a extrémní odpovědí na otázku osobní spokojenosti, hromadného úspěchu i zdraví. (Krch, 1999). Konkrétně se jedná o psychické onemocnění, při němž je jídlo používáno k řešení určitých emocionálních problémů. ([www.icm.cz](http://www.icm.cz))

Hlavní podstatou definice poruch příjmu potravy je abnormální chování ve vztahu k příjmu potravy, které má za následky zdravotní, sociální a psychické problémy. V extrémních případech, tedy pokud není včas zasaženo, ohrožují poruchy příjmu potravy daného jedince na životě. ([telemedicina.med.muni.cz](http://telemedicina.med.muni.cz))

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace dnes existují dvě hlavní poruchy příjmu potravy

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie (Krch, 1999)

Existují ale další poruchy příjmu potravy, jejichž historie je velmi krátká a nejsou tolik známé. Jsou jimi: ([wilhemina.wordpress.com](http://wilhemina.wordpress.com))

- c) záchvatovité přejídání
- d) ortorexie
- e) bigorexie
- f) drunkorexie

## 1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je nejznámější poruchou příjmu potravy. Je charakterizována úmyslným extrémním snižováním tělesné hmotnosti až naprostým odmítáním příjmu jakéhokoliv jídla. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že ho nechtějí. Omezování se v jídle je spojeno se zvýšeným zájmem o jídlo (nemocní na něj myslí, rádi vaří, skladují si recepty apod.) (Krch, 2002)

Mentální anorexií trpí osoby, které své tělo sužují tak přísnými dietami, že ve výsledku váží méně než 85 % své normální tělesné hmotnosti. (Marádová, 2006)

Oběťmi mentální anorexie jsou ve většině případů ženy. (Jackson, 2004) Dle vědeckých výzkumů z celkového počtu osob trpících mentální anorexií přibližně 95 % tvoří ženy ve věku 12–18 let. Jen 5 % postižených jsou tedy muži. Jsou to především ti, kteří vykonávají rizikové profese jako např. tanečníci, manekýni, krasobruslaři či žokejové, pro které je vzhled, štíhlá postava a nízká hmotnost zásadním kritériem.

Tento nepoměr mezi pohlavími týkající se onemocnění mentální anorexií je způsoben především skutečností, že společnost klade na vzhled, hmotnost a postavu žen mnohem větší důraz než na váhu a tělo mužů. (docs.google.com)

Tělesná hmotnost narůstá s věkem, zejména v průběhu dospívání, a tak u dětí mladších patnácti let je důležitějším ukazatelem než BMI hmotnostní přírůstek. Tomu rozumíme tak, že děti před pubertou mohou mít nižší tělesnou hmotnost než je BMI 17,5, a nemusí být rovnou označovány za anorektické. Na druhé straně by však měly v tomto věku přibírat.

U dospívajících dětí může podvýživa zpozdit nebo dokonce zastavit tělesný růst. U dívek se nevyvíjí prsa, u chlapců zůstávají dětské genitály. Vývoj kostí se může zastavit, pokud váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde ke ztrátě menstruace. Děti a dospívající, kteří nejedí, tím tedy riskují, že přestanou růst. Je dobré připomenout, že malý vzrůst naopak zvýrazní dojem tloušťky. (Krch, 2002; Fraňková, 1996)

Mentální anorexie bývá spojována s větším procentem předčasné úmrtnosti než jiná psychiatrická onemocnění. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Masaryk university, Czech republic, 2007)

### **Příznaky mentální anorexie:**

Mezi nejcharakterističtější příznaky této poruchy příjmu potravy bezesporu patří aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, tedy pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk daného jedince. Dalším příznakem je všeobecný strach z tloušťky, přestože má jedinec dostatečně nízkou tělesnou hmotnost.

Dalšími symptomy mentální anorexie jsou deprese, závratě, poruchy soustředění, podrážděnost, těžká nespavost, snížená citlivost v končetinách, neschopnost hojení infekcí, snížená odolnost vůči poranění, to znamená, že se snáze tvoří podlitiny a modřiny.

Osoby trpící mentální anorexií mají také velice nízkou odolnost vůči chladnému počasí z důvodu ztráty přirozené ochranné vrstvy tuku a jejich těla bývají pokryta vrstvou jemného, měkkého ochlupení, jehož úkolem je zřejmě ochrana před chladem namísto chybějící vrstvy tuku.

Jako další známky této nemoci jmenujme nízký tlak, nepravidelný srdeční tep, vysokou náchylnost k selhání srdce, dehydrataci, která může vést až k selhání ledvin, sníženou tělesnou teplotu, zapadlé oči, zašedlou či zažloutlou barvu pleti s tendencí praskat a nekvalitní, suché a lámavé vlasy z důvodu nedostatku bílkovin. (www.icm.cz)

### **Následky mentální anorexie:**

Mezi následky mentální anorexie řadíme srdeční arytmii, bradykardii, tedy zpomalení srdeční tepové frekvence, dále hypotenzi (snížení krevního tlaku pod 90/60) z důvodu silného nedostatku tekutin a narušení rovnováhy elektrolytů v těle, anémii, tedy chudokrevnost, špatnou funkci ledvin, která může způsobit močové kameny či otoky končetin a obličeje, osteoporózu, neboli řídnutí kostní tkáně, z důvodu nedostatku vápníku v těle, neurologické problémy – bolesti hlavy, mdloby, motorické poruchy, zdvojené vidění, gastrointestinální komplikace – křeče v žaludku, snížená pohyblivost žaludku a střev, nevolnosti, zácpa, poruchy schopnosti organismu udržovat svou optimální tělesnou teplotu či poruchy menstruačního cyklu a plodnosti. (Elliot, Place, 2002; lustre.blog.cz)

## 1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakteristická opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je velice relativní. Při této nemoci totiž lidé neustále pocítují strašlivý hlad, bezmála jako hladovějící v období hladomoru. Osoby trpící bulimií se snaží hlad utiřit spořádáním extrémního množství potravy, často snědí i desetinásobek běžné porce. Poté se ale dostaví úzkostlivý pocit a strach z ohrožení štíhlé postavy a z tohoto důvodu se bulimici přinutí spořádané jídlo vyzvracet. Pocit ztráty kontroly nad jídlem, což je příčinou přílišné konzumace jídla, je u tohoto onemocnění významnějším znakem než snědené množství jídla. (www.icm.cz)

Když už se jedinec jednou cítí přejeden, tak se časem začne opravdu přejídat. Tento mechanismus funguje u každého, kdo si stanoví za cíl dlouhodobé dietní omezení. (is.muni.cz)

### **Přejíst se může znamenat:**

- sníst víc, než jedinec chtěl
- sníst víc nebo něco jiného, než je jedinec zvyklý
- sníst velké množství jídla a v nezvyklé kombinaci
- ztrácet kontrolu nad svým chováním během jídla (Krch, 2002)

Dnešní statistiky uvádějí, že s mentální bulimií má co do činění každá dvacátá žena, tedy 5 % ženského obyvatelstva. Ale tato porucha postihuje i muže, i když ti jí trpí až desetkrát méně často. Tato skutečnost se, stejně jako u mentální anorexie, pojí se zaměstnáním. Jak již bylo výše zmíněno, vrcholoví sportovci, žokejové, tanečníci či manekýni jsou v tomto směru ovlivňováni okolím a společností v kladení důrazu na své tělesné proporce podobně jako ženy.

Mentální bulimie u mužů je také velmi úzce spjata s komunitou gayů, kterou výrazně zasahuje. (mladazena.maminka.cz)

### **Příznaky mentální bulimie:**

Charakteristickými znaky mentální bulimie jsou především opakující se záchvaty přejídání následované zvracením, užíváním projímadel, diuretik, intenzivním cvičením či striktní dietou, dále také opakující se nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což mimo vyvolaného zvracení, zneužívání léků a projímadel na odvodnění zahrnuje také nadměrné cvičení, nepřetržitá obava z tloušťky, i přes váhu pohybující se kolem průměrné hmotnosti s možnou nepatrnou odchylkou a s tím spojený vysoký zájem o tělesný vzhled a hmotnost.

Dalším příznakem může být nepřetržitá obava z neschopnosti přestat jíst, obava z příjmu potravy bez následného pročištění či jiné kompenzace, strach ze ztráty kontroly a sebeovládání v souvislosti s jídlem, deprese, pocity viny a odsuzování se po záchvatu přejídání, nepravidelná menstruace, vysoká kazivost zubů zapříčiněná kyselostí zvratků, neobvyčejné výkyvy tělesné hmotnosti, oteklé slinné žlázy neboli napučené tváře, závratě, bolestivost dutiny břišní, nadýmání. (www.icm.cz)

### **Následky mentální bulimie:**

Důsledkem bulimie bývá únava, citlivost na chlad, poruchy spánku, svalová slabost, srdeční arytmie, špatná pleť, vyrážka, dehydratace, záněty slinných žláz, bolesti břicha, zácpa, zvýšená náchylnost k perforaci žaludku neboli jeho proděravění, bolesti v krku, vředy v jícnu, kvůli nimž hrozí až jeho protržení, a také kazivost zubů způsobená častým zvracením. (www.sto-ppp.estranky.cz; Krch, 2000)

## **1.3 Záchvatové přejídání**

Dlouhou dobu neexistovala přesná klinická definice záchvatového přejídání. Dnes definice určuje tuto poruchu jako jídelní epizodu charakteristickou dvěma rysy. Prvním z nich je podle standardních měřítek konzumace obrovského množství jídla. Druhým je provázanost jídla se silným pocitem ztráty sebekontroly. (Cooper, 1995)

Osobu trpící záchvatovitým přejídáním bohužel nikdy s určitostí nepoznáme. Jednoduchým popisem této poruchy je, že celý den nemocné osoby se točí kolem jídla a souvisejí s ním také v podstatě všechny její nejintenzivnější pocity - strach, deprese, pocit viny, očekávání, radost. Konkrétně můžeme záchvat přejídání charakterizovat jako konzumaci extrémně velkého množství jídla během krátkého časového úseku. Osoba trpící záchvatovitým přejídáním ale pokračuje v jídle i poté, co byl hlad utišen, a když nakonec přeci jen jíst přestane, je jí ve většině případů nevolno a cítí se přesycená. Není ale schopna přestat jíst dříve, nežli zkonsumuje své určité kvantum jídla.

Na první pohled se může zdát, že takto nemocný člověk jí poměrně normálně, ale hlavním charakteristickým rysem je, že vztah k jídlu není stanovován pocitem hladu ani požitkem z jídla. Je zcela ovládán pocity úzkosti, strachu, frustrace či zloby.

Při této poruše nenastupuje u dané osoby žádné potěšení či jen uspokojení hladu, ale pocit provinění a hanby. Hanba se objevuje z důvodu neschopnosti nalézt uspokojení jinde, pocit provinilosti souvisí s následky konzumace velkého množství jídla, tedy tloustnutím. Osoby trpící touto poruchou se domnívají, že jejich neschopnost kontroly nad způsobem stravování a množstvím konzumovaného jídla je dokladem, že nejsou schopni zvládat svůj život. Tyto pocity vyvolávají a posilují závist vůči lidem, kteří vypadají, že své stravování zvládají lépe buď z důvodu, že jsou skutečně schopni své stravovací návyky korigovat, či hůře - mohou jíst dle libosti a nepřibírají.

Se záchvatovitým přejídáním velice úzce souvisí také nutkavé dodržování všelijakých přísných diet. A přesto, že takto nemocní jedinci jsou schopni tyto diety dodržovat, v myšlenkách jsou i nadále jídlem neustále přitahováni v momentech stresového vypětí či úzkosti. S omezováním se v konzumaci jídla dle pocitu potřeby ale stoupá riziko přejedení, neboť pokud takováto osoba ztratí přísnou sebekontrolu, přestane se ovládat úplně a pocity viny jsou pak silnější, úměrně přejedení. ([www.kapezet.cz](http://www.kapezet.cz))

Převážně bývají oběťmi této poruchy příjmu potravy ženy, které celkem tvoří 85 % ze všech osob trpících touto nemocí. Záchvatovité přejídání se objevuje u lidí všech věkových skupin, někdy postihne celou rodinu, která tímto způsobem stravování reaguje na určité emocionálně vypjaté chvíle, někdy se tato porucha vyvine pouze u jednoho člena rodiny. Postižení pocházejí z různých sociálních i kulturních vrstev. ([www.icm.cz](http://www.icm.cz))

### **Příznaky záchvatového přejídání:**

Mezi základní symptomy této poruchy řadíme utajované nákupy a konzumace jídla, pocit hanby a trapnosti, pokud je nemocný spatřen při konzumaci jídla, propagaci dodržování přísných diet, přesto, že daná osoba je stále značně obézní (platí jen v případě obézních osob, protože takto nemocní mohou být i štíhlí až velice štíhlí jedinci), konzumaci neobvykle velkého množství jídla najednou či ve velmi krátkém časovém úseku. (Maloney, Kranzová, 1991)

Kromě zmíněné konzumace obrovských porcí je ale příznakem záchvatového přejídání také velice častá konzumace jídla, dále konzumace jídla i přes pocit sytosti či často i přesycenosti, konzumace jídla jako reakce na dobré či špatné zprávy či konzumace jídla v okamžiku nudy, nervozity, frustrace, hněvu či pocitu osamělosti.

Osoby trpící záchvatovitým přejídáním se vyznačují také tím, že si celý den plánují podle jídla či naopak jako „vyhýbání se jídlu“, realizují neobvyklé rituály související s jídlem a jeho konzumací, obávají se zůstat osamoceni s jídlem.

Výčet příznaků bulimie zakončíme jmenováním silných pocitů provinění a zahanbení ve vztahu ke konzumaci jídla, střídáním období extrémního přejídání s obdobími přísné diety a neustálého a neutichajícího strachu z tloušťky.

### **Následky záchvatového přejídání:**

Konečným efektem záchvatového přejídání může být obezita, tedy tělesná hmotnost alespoň o 25 % vyšší než je standardní tělesná hmotnost dle BMI, diabetes mellitus, tedy cukrovka, srdeční problémy, potíže s krevním oběhem a tlakem, vysoká náchylnost k infarktu myokardu a mozkové mrtvici, zvýšené problémy s pohyblivostí a vysoké riziko vyústění choroby v další poruchy příjmu potravy, například anorexii či bulimii. (www.kapezet.cz)



## 1.4 Ortorexie

Porucha příjmu potravy zvaná ortorexie je patologickou posedlostí zdravou výživou. V počátcích se jeví jako neškodné přeorientování se na zdravou stravu. Osoba trpící touto poruchou tedy začne vyhledávat obchody se zdravou výživou a zaměří se na získávání a shromažďování informací o vyrábění bioproduktů. Z toho se ale postupem času stává posedlost a hlavní náplň času.

Postižená osoba začíná mít doslova strach z nezdravého jídla, který neustále roste a zdravé jídlo dopodrobna zkoumá. Těchto zdravých jídel ale v očích nemocné osoby stále ubývá, protože přestávají být dostatečně zdravá, tedy bezpečná. Tím se zužuje jídelníček a nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti, až začíná trpět podvýživou. Stejně jako u jiných poruch příjmu potravy je i u ortorexie pravidlem, že postižený jedinec má nepřetržitou nutkavou potřebu na jídlo velmi často myslet, trpí depresemi a pocity úzkosti, což vede k osamělosti a reálné izolaci, protože tak ztrácí ve společnosti konverzační témata.

Nemocní ortorexií jsou vždy striktně proti uměle hnojeným a geneticky upravovaným potravinám, chemickým konzervantům a barvivům. Zaměřují se především na biopotraviny ze specializovaných obchodů. Radikálně odmítají vše ostatní. Jak již bylo výše zmíněno, seznam „přípustných potravin“ se postupem času stále zužuje, ani všechny bio-potraviny nemusí být v očích nemocného bezpečné. Zkoumají proto jejich výrobce, postupy výroby či zda potraviny nekontaminoval znečištěný vzduch.

Častěji se tato porucha vyskytuje u žen, i když v menší míře, než je tomu u mentální anorexie či bulimie. (wilhemina.wordpress.com)

Alice Angremannová, jedna ze stěžejních světových dietoložek poukazuje na fakt, že zdravý životní styl se stává celosvětovým fenoménem, který produkuje velké množství informací, jež nejsou lidé schopni třídit. Dále dodává, že ortorexie postihuje nejvíce lidi s vyšším vzděláním ve věkovém rozmezí 30 – 40 let se stabilním zaměstnáním a relativně úspěšným životem, kteří mají kvalitní přístup k informacím prostřednictvím internetu či jiných zdrojů. Dle slov Alice Angremannové se v České republice setkal s touto poruchou již každý čtvrtý člověk.

Vyjádření proslulé světové dietoložky doplňuje česká specialista na výživu Jarmila Mandžuková, která dodává, že osoba trpící ortorexií a i její nejbližší okolí většinou pokládají projevy této poruchy jen jako dodržování zásad zdravého stravování.

U velkého množství osob postižených touto nemocí poté ortorexie nenápadně vygraduje do takové podoby, kdy je již nutný zásah lékaře a jeho pomoc.

Ortorexie byla také zmiňována v médiích, například ve spojitosti s přehnaně zdravým životním stylem Julie Roberts, která je v tomto smyslu novináři „používána“ jako odstrašující případ nehodný následování.(www.zijemenaplno.cz)

### **Příznaky ortorexie:**

Jako příznaky ortorexie se nejčastěji uvádí přemýšlení o zdravé stravě více než 3 hodiny denně, tvorba plánů stravování, preferování zdravotní hodnoty potravin před příjemným požitkem z jejich konzumace, pocit uklidnění, pokud je dodržováno zdravé stravování, stále se stupňující přísnost ohledně stravování a dodržování diet, pocit sebeúcty ze zdravého stravování, pohrdání těmi, kdo jí nezdravě, pocit viny či ztráty sebeúcty při porušení naplánované diety, sociální izolace, neustálá nutkavá obava o své zdraví, ochota raději hladovět, nežli pozřít stravu, která je touto osobou považována za nezdravou, správné stravování je v žebříčku hodnot stavěno na první místo, neobvyklé rituály týkající se stravování (jedinec nosí jídlo všude s sebou, váží každou porci, zaznamenává vše co sní apod.) a malnutrice (nedostatečný, přílišný či nevyvážený příjem potravy, zkrátka dlouhodobý stav výživy, který nepokrývá všechny potřeby člověka) nastávající v důsledku nevyhovujícího složení stravy.

### **Následky ortorexie:**

U nemocných ortorexií dochází k vysokému úbytku na váze (až smrt), což je způsobeno především nedostatkem nutričních látek a cukrů, a dalším následkem bývají narušené vztahy s okolím až jejich úplná absence, což vede k naprosté izolaci od společnosti. (is.muni.cz)

## **1.5 Bigorexie**

Bigorexie je poruchou vnímání vlastního těla. V tomto případě nemocný usiluje o dosažení většinou velmi nereálných hodnot ve svých fyzických možnostech a zdatnosti, svých tělesných proporcí. Někdy se o této poruše mluví také jako o variantě

dysmorfofóbie, což je nadměrné řešení a soustředění se na domnělý defekt vzhledu u standardně vypadající osoby. Dalším možným označením je Adonisův komplex, tedy také abnormální zaujetí pro optimální tělesný vzhled a fyzickou zdatnost.

Jedinci trpící bigorexií mají pocit, že jsou slabí a jejich svaly nejsou dostatečně vyvinuté. Tyto pocity jsou pro bigorektiky natolik zásadní, že jsou schopni podniknout a učinit v podstatě cokoli, aby dosáhli vytouženého vzhledu, který se v tomto případě rovná aktérům obálek kulturistických časopisů či hvězdám akčních filmů. Ve většině případů se k této nemoci váže závislost na posilování spojená se zneužíváním především bílkovinných potravinových doplňků a látek, které mají za úkol podporovat svalový růst a ovlivňují metabolismus. Bigoretici mají ale velmi často nadváhu, která je důsledkem vysokého příjmu energie, který vede ke svalovému růstu.

Podobně jako u jiných poruch příjmu potravy i tato nemoc vyvolává sociální izolaci, protože takto nemocné osoby ztrácejí se společností společná témata a před kontakty s okolím dávají většinou přednost například fitcentru. S tím souvisí další negativní dopad této nemoci, a to jsou možné finanční problémy, které jsou bezpochyby příčinou psychických problémů a jejich zdrojem jsou právě nákladná fitcentra a potravinové doplňky. To vše může vést ke značným problémům v zaměstnání až jeho ztrátě. (wilhemina.wordpress.com)

Tato porucha příjmu potravy postihuje na rozdíl od jiných ve většině případů muže. Dle vědců jsou mezi postiženými nejčastěji kulturisté.

### **Příznaky bigorexie:**

Pro bigorexii je typické nadměrné a časté cvičení, ale jen kvůli vzhledu, nikoliv pro potěšení, časté a neustále nespokojené prohlížení se v zrcadle, snaha dosáhnout často nereálného vzhledu filmové hvězdy, požívání nadměrného množství potravinových doplňků (keratinu, steroidu, proteinu), rychlé změny váhy (úbytky), nebezpečné způsoby hubnutí, tedy drastické diety, užívání projímadel a diuretik, což je rostlinná droga, která navozuje zvýšené vylučování vody a elektrolytů v moči, zvracení, příliš financí a času vložených do snahy o dokonalý zevnějšek, neustálé deprese způsobené pocitem, že nemocná osoba nikdy nevypadá dobře, ustavičná potřeba ujišťování o svém vzhledu (is.muni.cz)

## **Následky bigorexie:**

Po onemocnění bigorexií následuje overuse syndrom, tedy poškození pohybového aparátu způsobené dlouhodobým přetěžováním, vysoké přetížení trávicího systému, ledvin, jater z důvodu nevyvážené stravy a užíváním přílišného množství ergogenických prostředků (doplňky výživy, které obsahují vysoké množství bílkovin a aminokyselin), nadměrná tělesná hmotnost, která je způsobená zvýšeným příjmem energie a opět neoddělitelná sociální izolovanost. (wilhemina.wordpress.com)

## **1.6 Drunkorexie**

Drunkorexií je označována porucha, při níž dochází k opakované redukci potravy za účelem snížení příjmu kalorií a možnosti pít tak více alkoholu. Hlavní roli v této nemoci opět hraje nespokojenost s podobou tělesných proporcí a úzkostlivé pocity z přibírání na váze. Základním principem, z něž tato posedlost vychází, je fakt, že alkohol, a to především tvrdý alkohol, je velice kalorický, a proto se drunkorektici zanedbávají ve stravě. Tato porucha také zahrnuje úmyslný zvýšený výdej energie na různých diskotékách apod. kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Drunkorektici pozorně střeží obsah kalorií v jídle, ale také v alkoholických nápojích.

Nejsilnější riziko této nemoci spočívá ve faktu, že alkohol se bez jídla v žaludku vstřebává znatelně rychleji a do jater může doputovat do 15 minut. Efekt alkoholu je tak silnější. Dalším negativním aspektem je nebezpečí plynoucí z míchání alkoholu s energetickými nápoji, které vede k extrémnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti a zároveň snížení schopnosti vnímat únavu. Kolaps organismu je tak velice nasnadě, a to nejen u osob se srdeční vadou či hypertenzí, a nejhorším následkem tak může být i smrt.

Drunkorektici stejně jako osoby trpící jiným typem poruchy příjmu potravy čelí značným psychickým problémům, zažívají pocity úzkosti a nespokojenosti, osamocení a izolace od společnosti. Nemocný člověk bývá často a opakovaně podrážděný z hladu či rychlé opilosti způsobené pitím alkoholu na lačno.

Drunkorexie postihuje spíše ženy, ale ani muži nejsou vůči ní imunní. Podle statistik v americké populaci 30 % dívek ve věku od 18 do 24 let omezuje až zcela vynechává konzumaci jídla kvůli možnosti vypít poté větší množství alkoholu. (wilhemina.wordpress.com)

Tato nemoc byla vyzorována u amerických studentek, které bydlí na internátu. Tyto mladé dívky jsou velice dobře obeznámeny s faktem, že alkoholické nápoje jsou vysoce kalorické, a proto se celodenním půstem zcela nesmyslně snaží připravit své tělo na večerní párty, kdy si mohou bez výčitek dopřát alkohol. (clanky.vareni.cz)

### **Příznaky drunkorexie:**

Drunkorektika lze poznat podle cíleného a úmyslného vynechávání jídla kompenzovaného pitím především tvrdého alkoholu, cíleného kombinování alkoholu s energetickými nápoji a zvýšeného výdeje energie (především tancem na diskotékách) až do úplného vyčerpání a posléze „dobíjení energie“ energetickými nápoji. (www.wellnessnoviny.cz)

### **Následky drunkorexie:**

Ruku v ruce s touto poruchou příjmu potravy jde zvýšený krevní tlak a srdeční činnost a zároveň snížená schopnost vnímat únavu, což mohou být zdroje kolapsu či dokonce až úmrtí, psychické problémy a izolace od společnosti. (www.pppinfo.cz)

## **2. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Dějiny dnes známých poruch příjmu potravy se začaly odvíjet již v dávné minulosti. Konzumace úmyslně zmenšeného množství jídla až hladovění či dodržování přísných diet bylo součástí velkého množství náboženských obřadů a rituálů, protestních činů či odezvou na nepříznivé životní podmínky. (www.hubnuti4you.cz)

## 2.1 Dějiny mentální anorexie

Odpírání potravy představovalo v průběhu historie standardní příznak velkého množství vážnějších tělesných či psychických poruch. Tento symptom sám o sobě řadu staletí nebyl pokládán za nějak chorobný jev, ale jen součást zvláštních praktik zdrženlivých zbožných křesťanů.

Ještě v období středověku byly extrémní půsty standardní v životech řady silně věřících žen. Samy tyto ženy tvrdily, že při životě s velice omezeným příjmem stravy či naprosto bez jakékoliv konzumace jídla je udržuje boží pomoc. Římskokatolická církev právě z toho důvodu v počátku novověku notně redukovala počet svatých a tím začalo přirozeně klesat i množství těchto „postících se svetic“. V té době se začaly objevovat „zázračné panny“, tedy postící se mladé dívky, které už své extrémní odmítání příjmu potravy doslova s božím vnuknutím a pomocí nespojovaly. I přesto na sebe tímto jednáním upoutaly velkou až celonárodní pozornost. Zájem okolí vzrostl natolik, že za dívkami se vydávaly tisíce poutníků, mezi jejichž řadami nechyběli dokonce ani králové a různí další hodnostáři, kteří s sebou přinášeli dary.

Přirozeným důsledkem těchto skutečností byly ale i stále ostřejší a hlasitější otázky soudobé společnosti směřované k lékařům, od nichž byla očekávána přímá odpověď, zda jde o podvod, či zázrak. Mnoho lékařů se tehdy ještě přiklánělo k druhé možnosti. Postupně začaly tuto verzi nahrazovat jiné teorie, z nichž v podstatě nejoblíbenější tvrdila, že lidské bytosti mohou žít z „výživných částic“ obsažených ve vzduchu. Během devatenáctého století se konečně většina lékařů začala přiklánět k názoru, že déletrvající odmítání potravy je naprosto zjevnou známkou choroby a jednoduše nemožné. (Krch, 1999)

Samotnou mentální anorexii lidstvo zná již od 2. století, kdy její příznaky poprvé popsal Galén, což byl jeden z nejznámějších a zároveň nejvýznamnějších starověkých lékařů, avšak spolehlivě popsané konkrétní případy mentální anorexie, jak ji dnes známe, se vyskytly až ve druhé polovině 19. století.

Poprvé byla mentální anorexie definována jako psychická porucha roku 1694 britským lékařem Richardem Mortonem a v roce 1874 ji William Gull identifikoval a diagnosticky vymežil.

Jak již bylo v předchozím odstavci zmíněno, mentální anorexie byla zprvu všeobecně pokládána za duševní poruchu. Roku 1914 ale hamburský patolog Morris Simmonds zjistil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být dávána do spojitosti se „Simmondsovou chorobou“, což je destrukce hypofýzy, tedy podvěsku mozkového. Teprve za zhruba dvacet let bylo zjištěno, že tato hypotéza byla mylná a následně byla tedy zamítnuta.

Ve čtyřicátých letech devatenáctého století byla mentální anorexie znovu objevena jako duševní porucha. Na počátku dvacátého století se zvýšilo množství onemocnění mentální anorexií ve středních a vyšších středních třídách západní Evropy. Nutno říci, že velkou vinu na celé věci měla média. Konkrétně časopisy začaly vydávat návody na zhubnutí a první, kdo touto poruchou příjmu potravy začal trpět, byly modelky, baletky a celebrity.

Vrchol začátku tohoto celosvětového problému nastal zapříčiněním otištění známého módního časopisu Vogue roku 1967, jehož titulní strana byla „zdobena“ naprosto vychrtlou modelkou Twiggy, která při svých 170 cm vážila pouhých 41 kg a v šedesátých letech pomáhala prosazovat módní ideál přehnané vyhublosti. Vrátime-li se do dřívějších dob, pak problém mentální anorexie získal s Twiggy novou dimenzi. Předtím byl počet anorektiček nebo mladých žen téměř konstantní. Okolo jednoho procenta dívek v pubertě propadlo mentální anorexií, dalších tři až pět procent bylo pro jejich vyhublost považováno za ohrožené. Ty ale brzy překročily kritickou dobu, aniž by onemocněly závislostí. Twiggy, anglická manekýna vyhublá téměř až na kost, dokázala ze své zřejmé mentální anorexie udělat výborný obchod. Jistě nebyla jedinou příčinou rozšíření choroby. (Leibold, 1995).

Podoba Twiggy se za ta léta změnila a v současnosti již tak vychrtlá není, ale sama přiznává, že váhu si stále bedlivě hlídá. Pomáhá si denním cvičením a tancem. S odstupem času se již na své zvrácené chování na postu supermodelky dívá s nadhledem. (zivotopis.osobnosti.cz)

Tou dobou již extrémně rychle rostoucí počet nemocných mentální anorexií odstartoval nutné řešení, psychologové veřejně varovali před touto poruchou a začala také vznikat specializovaná střediska pro léčbu této poruchy. Roku 1987 Mezinárodní zdravotnická organizace v rámci OSN WHO dospěla k veřejnému prohlášení, že mentální anorexie je zásadní problém světové populace. (www.pro-ana.ic.cz)

## 2.2 Dějiny mentální bulimie

Dějiny přejídání a následného zvracení jsou v podstatě stejně staré jako historie mentální anorexie. Například při konání římských a poté také středověkých bohatých hostin byl tento styl stravování považován za zcela přirozený. Při takovýchto hodováních se účastníci neomezovali v množství snědeného jídla, a aby mohli pokračovat i po dosažení pocitu sytosti a kolikrát až přesycenosti, polechtali se ptačím brkem v krku a obsah svého žaludku opět vyzvrátili.

Mentální bulimie jako taková má ale z lékařského hlediska svou historii mnohem kratší. Specifickým syndromem byla označena anglickým psychiatrem Bernardem Russelem až v roce 1979 a v roce 1980 se tento syndrom objevil v americké klasifikaci nemocí. Mnoho desetiletí považovali lékaři mentální bulimii za součást mentální anorexie, až roku 1987 byla mentální bulimie označena za samostatnou diagnózu a sjednocena britskou terminologií na mentální bulimii. V tom samém roce prohlásila Světová zdravotnická organizace mentální bulimii za jeden z předních a zásadních problémů světové populace. (is.muni.cz)

## 2.3 Dějiny záchvatovitého přejídání

Dějiny záchvatovitého přejídání se poněkud obtížně mapují. Přestože tato porucha má nepochybně dlouhou historii, dříve se mluvilo jen o anorexii, později bulimii, ale záchvatovité přejídání své místo v historii v podstatě nemá. Již v prvních zmínkách o této poruše se ale dává do souvislosti s držením diet. To dokazuje experiment, který provedl v roce 1950 americký vědec Ancel Keys a jeho kolegové z University of Minnesota, v jehož rámci se podrobili zdraví muži, kterým se nechtělo na vojnu, šesti měsícům konzumace pouze poloviny svých obvyklých porcí. Tato doba se podepsala na jejich tělesné hmotnosti, která se snížila průměrně o 25 %. V závěru pokusu již byli pozorovaní muži velmi náladoví a nejevili žádný zájem o kontakt s okolím či navázání a udržování mezilidských vztahů, přestože tomu tak do počátku experimentu nebylo, a jejich myšlenky se týkaly pouze jídla. Po ukončení pokusu, tedy když bylo zmiňovaným mužům povoleno již normálně jíst, drtivá většina z nich se začala přejídat, přestože před jeho započtím tak nikdy nečinili. (books.google.cz)



## 2.4 Dějiny ortorexie

Tato porucha příjmu potravy je velice mladá, nebo řekněme je známá teprve velmi krátkou dobu. Pojem ortorexie jako označení pro fanatické zaujetí a posedlost zdravou výživou použil poprvé americký lékař Steven Bratman ve svém článku pro říjnové vydání magazínu Yoga Journal roku 1997 a poté o 3 roky později ve své knize Health food Junkies.

Tento lékař původně sám založil komunitu lidí zabývajících se zdravou výživou. Po čase ale dospěl ke zjištění, že přehnané zaobírání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích hraničících s posedlostí, mnohdy až tuto hranici překračujících. Tyto změny měly očividně značně negativní důsledky na tělesné i psychické zdraví členů komunity, a proto ji Bratman nakonec sám rozpustil. (wilhemina.wordpress.com)

Výše zmíněný článek nebo přesněji esej zahrnutá ve vydání magazínu Yoga Journal z roku 1997 od Stevena Bratmana nesla název „Potraviny pro zdravou výživu poruch příjmu potravy“.

Steven Bratman tuto esej zahajuje úvahou nad otázkou, kterou mu jako lékaři praktikujícímu alternativní medicínu pokládají jeho pacienti jako první. A to konkrétně: „zda je možné se všeobecně léčit pomocí diety“. Dle svých slov Bratman vždy pocíťoval jistou nutkavost a povinnost na tuto otázku přikývnout. Dále ale uvádí, že se jeho názor na tuto problematiku trochu změnil a vědomosti s ní spojené značně rozrostly.

V 80. letech byl zmíněný doktor vášnivým zastáncem uzdravení prostřednictvím zdravých potravin. Tento typ léčby používal jak na sebe samého, tak na ostatní. V té době ještě nebyl alternativním lékařem, ale kuchařem a ekozemědělcem. Zkušenosti, které díky těmto povolání získal, tvořily později základ jeho zájmu o alternativní medicínu.

Jako kuchař v jídelně pro zaměstnance byl Steven Bratman povinen uvařit vždy několik samostatných pokrmů najednou, a uspokojit tak protichůdné požadavky svých strážníků. Základem jeho jídelníčku bylo vždy vařit vegetariánská jídla. Malá, ale hlasitá skupina lidí nicméně trvala na servírování masa. Proto, aby vegetariánské jídlo nebylo společnou přípravou ve stejných nádobách s masem kontaminováno, bylo nutné vařit jej v oddělené kuchyni. Kuchaři byli postupem času také nuceni plnit a hlavně rozlišovat požadavky veganů a lakto-ovo-vegetariánů, kteří sice nekonzumují maso ani ryby, ale vejce a mléčné výrobky ano.

Dále Bratman vypráví, že přívrženci makrobiotiky se dožadovali vařené zeleniny, ale ne například rajčat, brambor, papriky či lilku. Někteří z nich také trvali na tom, že budou jíst pouze sezónní ovoce a zeleninu.

Kromě požadavků na konkrétní potraviny a suroviny pro výrobu pokrmů také samozřejmě vznikala přání týkající se způsobu přípravy jídel. Bratman a jeho kuchaři například na vyžádání vařili zeleninu v páře z minimálního množství vody, aby tak nedošlo ke znehodnocení cenných vitamínů. Někteří nadšenci se dokonce permanentně pohybovali kolem kuchyně a pili vodu, která po vaření zeleniny zbyla.

Takovéto informace začaly doktora Bratmana stále více a více zajímat, a to i v jeho volném čase. Uvádí například vzpomínku ze semináře o makrobiotice pana L. z Kushi institutu, kde bezmála 35 posluchačů s obrovskou pozorností a napětím naslouchalo, jak pan L. přednáší o zlu, které přináší mléko. Pan L. vysvětloval, že mléko mimo jiné zpomaluje trávení, způsobuje respirační onemocnění a rakovinu.

Tyto všechny poznatky vedly Stevena Bratmana k založení komunity lidí věnujících se zdravé výživě. Během doby, kdy působil v této komunitě, ale zjistil, jaké změny se na lidech lpících na přehnaně zdravé výživě projeví. Sám prohlašuje, že většina z nejvíce nevyrovnaných lidí, které měl šanci za život poznat, byli právě ti, kteří se věnovali zdravé výživě.

Po projevech naprosté posedlosti a výrazných změnách jak v psychické, tak fyzické stránce osob působících ve zmíněné komunitě zabývajících se zdravou výživou se Steven Bratman rozhodl tuto komunitu rozpustit a jeho názor na léčbu „všeho“ pomocí diety se rapidně změnil.

Na zdravou výživu věří doktor dle svých slov stále, ale jeho nadšení se znatelně zmírnilo. Dieta je velice mocný, ale příliš nejednoznačný a často emocionálně nabitý nástroj. ([www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com))

## 2.5 Dějiny bigorexie

Bigorexie je stejně jako ortorexie a drunkorexie relativně novým typem poruch příjmu potravy. Tato nemoc byla do mezinárodní klasifikace nemocí zařazena až nedávno, protože byla rozpoznána až dlouho poté, co například mentální anorexie a bulimie již ve zmíněné mezinárodní klasifikaci nemocí své místo dávno měly. Hlavním tématem a předmětem studií se tato porucha stala až v polovině devadesátých let 20. století, kdy byla poprvé diagnostikována. ([is.muni.cz](http://is.muni.cz))

## 2.6 Dějiny drunkorexie

Tento typ poruchy příjmu potravy je ze všech nejnovější a o jeho historii tedy ani není co psát. Vznik drunkorexie se týká až konce 20. století. Tato nemoc je tak nebezpečná právě proto, že v dnešní době již pití alkoholu, a to i veřejné, není společností nijak odsuzováno. Také to je důvodem krátké historie této poruchy. Ale ani to není důvodem zákeřnost drunkorexie podceňovat, a to zvláště u dospívajících a mladých osob.

## 3. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Samotné příčiny poruch příjmu potravy bohužel nejsou známy, ale existuje řada faktorů, které jejich vznik značně ovlivňují a provázejí. (zdravi.dama.cz) Tyto faktory spojuje jeden zásadní činitel, kterým je strach, ať už z tloušťky, výsměchu a šikany, odsuzování společností či jako následek nějaké špatné životní zkušenosti. Tento strach mívá za následek nestandardní chování, které je typické pro konkrétní poruchu, již daný jedinec trpí. Takovýchto doprovodných příznaků je spousta a u každé poruchy se většina z nich liší. Společným faktorem ale bývají různé diety. Výzkumní a kliničtí pracovníci, kteří mají dlouhodobé zkušenosti s poruchami příjmu potravy, se dnes shodují v tom, že kromě diet neexistuje žádný specifický faktor, který by se vyskytoval u většiny nemocných a vysvětloval jejich obtíže. (Krch, 1999)

Nyní se pojdme zaměřit na jednotlivé faktory a konkrétní zdůvodnění jejich vlivu na „onemocnění“ tou či onou poruchou.

### 3.1 Individuální faktory

Mezi tyto faktory řadíme zejména všeobecnou touhu po „dokonalosti“. Především dospívající dívky se těžko srovnávají se skutečností, že jejich tělo se mění a nabírá na rozměrech. Zaoblují se boky, rostou prsa, zesilují stehna a pozadí. To vše je bohužel jedním z činitelů majících vliv na zrod nějaké poruchy příjmu potravy. (zdravi.dama.cz)

## **3.2 Sociokulturní faktory**

Jak již bylo výše zmíněno, svou roli při vzniku v podstatě jakékoliv poruchy příjmu potravy zcela jistě hraje rychle se měnící kultura, která v dnešní době oslavuje a zároveň nepřímo vyžaduje až přehnanou štíhlost a umění nadstandardní sebekontroly. V letech již minulých, v nichž panovala obava například z onemocnění tuberkulózou byly v kurzu spíše prostředky na přibírání na váze. Zhruba v 60. letech 20. století, kdy se na předních stránkách módních časopisů začala objevovat již zmiňovaná topmodelka Twiggy s vychrtlou chlapeckou postavou, se ale všeobecná představa o ideální podobě především ženského těla naprosto změnila. Tento kult bohužel trvá dodnes, protože kulturní tlak je v tomto směru vyvíjen neustále.

## **3.3 Biologické faktory**

Do skupiny těchto faktorů spadá více aspektů, které vznik a a postupný rozvoj poruch příjmu potravy ovlivňují. Mezi těmi nejdůležitějšími jmenujme ženské pohlaví, přirozenou tělesnou hmotnost, problémy s pravidelností dostavování se menstruačního cyklu či rizikové období puberty.

### **3.3.1 Ženské pohlaví**

Již v první kapitole, která se zabývá charakteristikami jednotlivých poruch příjmu potravy, je zmíněno, že většina těchto poruch se týká osob ženského pohlaví. Důvod je spojen s kulturními faktory, protože společností je na ženy vyvíjen daleko větší tlak být krásná, dokonalá a především štíhlá než na osoby mužského pohlaví.

### **3.3.2 Tělesná hmotnost**

Riziko vzniku poruchy příjmu potravy, ať už kterékoliv, je spojeno s růstem tělesné hmotnosti, která způsobuje stále větší nespokojenost se svým tělem. To znamená, čím více člověk přibírá, tím větší je pravděpodobnost, že se stane obětí některé z poruch příjmu potravy.

### **3.3.3 Menstruační cyklus**

Celkem málo známá je skutečnost a objev některých autorů zabývajících se poruchami příjmu potravy, že v některých případech nepravidelnost dostavování se menstruačního cyklu předchází počátku anorexie. Poruchy v periodě tedy nejsou jen následkem poruch příjmu potravy, ale také faktorem, který k jejich vzniku může vést.

### **3.3.4 Puberta**

Puberta je v podstatě nejrizikovější období, kdy ke vzniku poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie, může dojít, a opět se pojí především s ženským pohlavím. Zaprvé je na dívky v tomto věku vyvíjen větší tlak mít štíhlou postavu než na ženy v pozdějším věku. Za druhé je puberta obdobím, kdy se ženské tělo mění a jeho křivky se zaoblují, to je bohužel skutečnost, se kterou se většina dospívajících dívek není schopna a ochotna smířit. Z těchto důvodů v tomto období dochází ke vzniku poruch příjmu potravy v největším množství.

## **3.4 Životní události**

Různé, ve většině případů negativní životní události jsou často považovány za rizikové faktory, které poruchy příjmu potravy v podstatě spouští nebo se na jejich vzniku

alespoň významně podílejí. Nejčastěji se jedná o sexuální či jiné konflikty, zásadní životní změny, osobní neúspěchy či problémy v rodině. (Krch, 1999)

Výsledky mnohých výzkumů dokládají, že vznik poruchy příjmu potravy bývá spojen s nějakou životní událostí až u 70 % případů. Takovéto události jako příčiny vzniku poruchy příjmu potravy se většinou liší dle věku nemocné osoby.

V případě dětí může být takovouto spouštěcí situací například rozvod rodičů a další na to navazující okolnosti, například sžívání se s novou partnerkou otce či novým partnerem matky.

Etapa puberty bývá v kontinuitě s vlivem na vznik poruchy příjmu potravy spojována s negativními nárazkami, které se týkají tělesného vzhledu. Jako další stresující faktory v tomto období je možné jmenovat odmítnutí vrstevníky, rozchod s přítelem, přítelkyní či problémy s učením a nutnost opakování ročníku v novém kolektivu.

Poruchy příjmu potravy v dospělosti se většinou týkají ztráty zaměstnání či dlouhodobé nemožnosti nalezení zaměstnání, rozchodu či rozvodu s partnerem, problémů v sexuálním životě, finančních problémů atd. Nejsilnější situací, která může v nějakou z výše jmenovaných nemocí vyústit, bývá smrt blízké osoby, či v případě dívek pohlavní zneužití či potrat. Životní události mající vliv na vznik nějaké poruchy ale nemusí být pouze negativního charakteru, jedná se především o to, že takováto situace je stresová. Může se jednat například také o těhotenství či sňatek. (is.muni.cz)

### **3.5 Rodinné a genetické faktory**

Dle vědeckých výzkumů je dokázáno, že samotný výskyt poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie, v rodině je pro ostatní členy, obzvláště ženského pohlaví, velice zásadním rizikovým faktorem. (Krch, 1999) Tuto skutečnost můžeme spatřit především v rodinách, v nichž matka v dřívější době trpěla poruchou příjmu potravy a stále je zaměřena na udržování štíhlosti a diety. Toto zaměření pak přenáší na své děti. (Sladká-Ševčíková, 2003) Matka nesporně ovlivňuje stravovací návyky své dcery. (Cassuto, Guillou, 2008)

Vztahy mezi členy rodiny, způsob chování a stravování rodiny jsou velice důležitými faktory, které při vzniku poruchy příjmu potravy hrají velice významnou roli. Rodiny,

v nichž se porucha či poruchy příjmu potravy objevují, mívají své charakteristické rysy. Můžeme sem zařadit neschopnost řešit konflikty či vyjadřovat emoce, uzavřenost a nepřizpůsobivost členů dané rodiny.

Důležitým hlediskem je také způsob, kterým rodiče své děti vychovávají. V oblasti týkající se stravování se jedná především o výchovu promítající se do utváření vztahu a postojů dítěte k jídlu a k jejich nutričnímu chování. Zásadní je především postoj matky k tělesným proporcím své dcery, mezi nimi totiž v rodinách bývá nejsilnější pouto a děti jsou vůbec ve většině případů více ovlivňovány matkou než otcem.

Zcela nevhodný způsob výchovy v tomto ohledu je používat jídlo jako nástroj trestu či odměny. Nebezpečným chováním je také nutit své děti vše dojídat. U společné konzumace jídla by se dále neměly řešit spory, například mezi rodiči, a vůbec by se neměly probírat nějaké stresující záležitosti.

Co se týká genetiky jako vlivu na vznik poruchy příjmu potravy, je nutné zmínit, že dědičnost je zcela zřejmým rizikovým faktorem. Obezita je dědičná, to je nesporný fakt a dítě si tedy může vypěstovat strach z obezity v pozdějším věku, pokud ji vidí u svých rodičů.(is.muni.cz)

Švédský psychiatr S. Theander roku 1970 uskutečnil sledování, na jehož základě došel k závěru, že 6,6 % sourozenců 94 pozorovaných anorektiček trpělo mentální anorexií také. O 20 let později psycholog Michael Strober uvedl, že 6,2 % matek sledovaných anorektiček někdy v životě trpělo anorexií a 2 % jejich sester.

Tato čísla dokazují, že rodinné a genetické faktory jsou taktéž predispozicemi pro vznik poruchy příjmu potravy.

### **3.6 Další rizikové faktory**

Mezi další rizikové faktory ovlivňující vznik a následný rozvoj poruch příjmu potravy patří například emocionální faktory, které se projevují depresivními a úzkostnými stavy. Dále jmenujme základní charakteristické rysy osobnosti. Pokud je člověk od přírody zaměřený na dosažení úspěchu či nikdy není se svými výsledky spokojen, představuje to určité, i když menší pojitko s možností vzniku poruchy příjmu potravy. Rizikovým faktorem, který může fungovat jako spouštěcí mechanismus poruchy příjmu potravy,

může být také v minulosti prodělaná těžká nemoc, při níž došlo k úbytku tělesné hmotnosti. Pokud je tento nový stav kladně přijat samotnou osobou, ale také jejím okolím, může tato situace vést k potřebě daný stav udržet. Svou souvislost se jmenovanými poruchami mají samozřejmě také různé psychoaktivní látky, které tedy taktéž tvoří nebezpečné činitele pro vznik některé z těchto nemocí.

Tato onemocnění jsou neustále zkoumána a podrobována vědeckým výzkumům, které mají za cíl zamezit vznik jejich dalších obětí. Stejně tak se postupem času uvádějí i stále nové rizikové faktory. Ale seznam činitelů, který výše uvádím, je pro současnou dobu kompletní. (Krch, 1999)

Pokud bychom chtěli specifikovat rizikové faktory, které ovlivňují vznik poruchy příjmu potravy konkrétně v oblasti modelingu, bylo by zcela jistě nutné zahrnout vliv médií, v nichž bývají tělesné proporce modelek přísně sledovány a kritizovány, a v další řadě soutěživost a konkurenci, která je v této oblasti nemalá a nutí jednotlivé osoby pracující v tomto oboru zacházet se svým vzhledem a především váhou neustále dál a dál.

#### **4. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Osoby trpící některou z poruch příjmu potravy se často ocitají v životě nebezpečné situaci, a přestože nutně potřebují pomoc okolí, většinou nejsou schopni o ni požádat. (Claude-Pierre, 1998)

V posledních letech se znatelně zvětšil počet možných léčebných přístupů využívaných v terapii poruch příjmu potravy. (Krch, 1999)

Zřídka komu z trpících poruchou příjmu potravy se podaří vyléčit se hned napoprvé, cesta k úplnému vyléčení je zdlouhavá a namáhavá a často je třeba mnoho pokusů, než k němu skutečně dojde. (Papežová, 2003) Takovéto obtíže ani nemohou zmizet ihned, jejich léčba vyžaduje vynaložení značného úsilí, z důvodu svého velice silně návykového charakteru. (Hall, Cohn, 2003)



## **4.1 Hospitalizace**

Hospitalizace sama o sobě nepředstavuje způsob léčby poruchy příjmu potravy jako takový. Jejím důvodem je nutnost lékařské stabilizace. Přesto se jedná o důležitý krok v celém procesu uzdravení.

## **4.2 Ambulantní lékařská péče**

Ambulantní lékařská péče se zvažuje a doporučuje v případech chronických a nepoddajných pacientů, kteří již v minulosti neúspěšně absolvovali některé typy léčby a nemají dojem, že psychoterapie by mohla být úspěšná. Tento typ léčby se provádí individuálně i ve skupině v rámci týdenních konzultací a vždy pod lékařským dohledem. (Krch, 1999)

Tento typ péče nemá za cíl vyloženě překonat poruchu příjmu potravy, pouze se snaží navrátit pacienta do tělesné a psychické stability. ([www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz))

## **4.3 Svépomoc a řízená svépomoc**

Ke značnému zlepšení či naprostému uzdravení prostřednictvím prosté svépomoci může dojít u pacientů, kteří mají v podstatě mírné příznaky. (Krch, 1999)

Tito pacienti se ve většině případů dlouhodobě řídí speciální příručkou určenou k léčbě poruch příjmu potravy svépomocí, která zahrnuje konkrétní rady, jak s poruchou bojovat a překonat ji.

## **4.4 Rodinná terapie**

Tento druh léčby je jako první zvažován u mladých pacientů a jiných pacientů, kteří žijí se svou rodinou. Hlavní moc rodinné terapie pro takovéto pacienty spočívá ve skutečnosti, že sdílí domov se svou rodinou, která má odpovědnost za pohodu a zdraví dotyčné osoby. Jsou to právě rodiče, kdo v těchto případech může výrazně podpořit dosažení cíle. ([www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz))

## **4.5 Kognitivně behaviorální terapie**

Kognitivně behaviorální terapie je velice úspěšnou metodou zvláště při léčbě mentální bulimie a anorexie. Doporučuje se především osobám, pro něž není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie, a které mají středně těžké až vážné příznaky.

Kognitivně behaviorální terapie se skládá celkem ze tří fází léčby. První fáze zahrnuje v první řadě poučení pacienta o smyslu léčby a teorii, z níž vychází, poté je pro danou osobu vytvořen pravidelný jídelní režim, který se pojí s velice důležitým bodem, a to vedením záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování či myšlenkách, které takovéto chování vyvolávají.

Ve druhé fázi je důležitá především celková změna schématu jídelního chování.

Poslední fáze je zaměřena především na udržení si dosaženého pokroku i po skončení léčby, protože stav při dokončení této terapie nebývá konečný, ale i poté by se měl dále zlepšovat.

Celkovým cílem této terapie je snaha o oslabení nepřirozeného zájmu o svou hmotnost a tělesné proporce, a tedy i různých diet a jiných způsobů, kterými se pacienti snaží nadměrně kontrolovat svou tělesnou hmotnost. (Krch, 1999; [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz))

## **4.6 Interpersonální terapie**

Interpersonální terapie vznikla jako druh krátkodobé léčby deprese. Celý její proces se dělí do tří fází. V té první jsou nejprve interpersonální problémy, které vedly ke vzniku a rozvoji problémů s jídlem, identifikovány. Druhá fáze je zaměřena na uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto problémech. Závěrečná fáze řeší otázky spojené s ukončením terapie.

## **4.7 Psychodynamická terapie**

Psychodynamická terapie se doporučuje v případech, kdy jiná krátkodobá léčba nebyla účinná. (Krch, 1999) Tato terapie je založena na hypotéze, že lidské jednání je ovlivňováno intrapsychickými procesy a naše chování je určováno nevědomím. Tato

terapie se proto snaží takto nevědomé učinit vědomými a pomáhat vyrovnat se s požadavky společnosti. (www.is.muni.cz)

## **4.8 Farmakoterapie**

Farmakoterapie není u léčby poruch příjmu potravy první volbou. (Raboch, Avers, Praško, Hellerová, 2006) Je založena na užití léků k léčbě poruch příjmu potravy. Jejím úkolem je regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti, zaměření se na depresi jako hlavní pojitko s poruchou příjmu potravy a odstranění tělesných potíží, které s poruchou souvisejí a byly jí vyvolány.

O této léčbě by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, u nichž byl pokus o kognitivně behaviorální terapii neúspěšný. U pacientů s mentální bulimií se ovšem nedoporučuje jako hlavní způsob léčby, například z důvodu možného předávkování léky či vyvoláním jejich vedlejších účinků. (Krch, 1999; www.is.muni.cz)

## **5. PANENKA BARBIE**

Panenko Barbie, tak zvaný „americký sen“, dokonalá dívka, jejíž vzhled jí zajišťuje dokonalý život po boku dokonalého chlapce.

Tato hračka pro malé dívky a modla pro ty dospívající, jak ji známe dnes, vznikla v roce 1959 a jejími tvůrci jsou manželé Ruth a Elliot Handlerovi, kteří své dvě děti pojmenovali Barbie a Ken.

Původně měli manželé Handlerovi firmu na výrobu dřevěných rámců na obrazy. Postupem času přestal Elliot Handler dřevěné odřezky vyhazovat a začal je využívat jako materiál pro výrobu domečků pro panenky, a to byl prvopočátek vzniku Barbie a posléze jejího neméně dokonalého partnera Kena.

Roku 1945 manželé Handlerovi spolu s jejich přítelem Haroldem Mattsonem založili firmu na výrobu panenek, kterou pojmenovali Mattel, vycházejíc ze spojení jmen Mattson a Elliot.

Počáteční inspirací pro tvorbu panenky Barbie jak ji všichni známe, byla její švýcarská předloha panenka Lilly vyrobená z tvrdého plastu, měla krásné boty a šperky a dala se

na ni sehnat spousta šatů. Ruth Handlerová tedy podle tohoto vzoru stvořila panenku Barbie a módní návrhářku Charlotte Johnsonovou pověřila návrhem jejího šatníku.

Panenko Barbie byla v době svého vzniku a naprostým originálem a roku 1958 získala patent. Zanedlouho poté vznikl partner této panenky, který dostal jméno po synovi Ruth a Elliota Ken. A tak se Barbie a Ken stali nejžádanějšími panenkami na hraní pro malé děti, zároveň ale mimoděk také vzorem a ideálem tělesné krásy.

Vzhled Barbie jako dokonale krásné, dokonale štíhlé a stále mladé dívky začal být především dospívajícími dívkami chápán jako měřítko ženské krásy a dokonalé tělesné míry této panenky musely nutně vést ke vzniku poruch příjmu potravy nemalého procenta dívek, jak se také stalo. (barbie.unas.cz)

Barbie se stala prototypem moderní ženy. Mladé vyvíjející se dívky sní o dokonalém životě, dokonalé profesi, kterou spatřují v herečkách, zpěvačkách, královnách krásy, a to se samozřejmě pojí se vzhledem. Barbie je krásná, slavná, úspěšná a nezávislá. Dává tak světu najevo, že jen krásní a dokonale štíhlí lidé mají dnes šanci na úspěch a životní štěstí. A právě dívky, které nemají to štěstí pyšnit se vzhledem a proporcemi jako Barbie, se trápí různými dietami, které většinou vedou k poruchám příjmu potravy, nejčastěji anorexii. (anorexie.unosoft.cz)

Správným krokem, jak špatný pohled na Barbie jako vzor pro ženský vzhled napravit, je zcela jistě kampaň mladé studentky Galie Slayenové, která během týdne „Boje proti poruchám příjmu potravy“ vystavila panenku Barbie s jejími tělesnými mírami v životní velikosti. Barbie se 175 cm na výšku, rovným metrem přes prsa, 45 cm v pase a 84 cm přes boky je „reklamou na anorexii“, ale zároveň rázem již ne tak lákavou představou pro podobu sama sebe. Navíc by podle vědců takovéto tělo ani nemělo šanci například chodit po dvou, protože by se Barbie buď převážila dopředu, následkem neúměrné velikosti prsou a postavy, nebo by se zlomila v pase. Kvůli nepřiměřeně dlouhému krku by si také Barbie musela zvolit, zda bude jíst, či dýchat. (tn.nova.cz)

Panenko Barbie jistě nebyla zamýšlena jako manipulační nástroj a její vzhled je dokonalý pouze proto, že se nejedná o lidskou bytost. Její tvůrci a výrobci by si ale zcela jistě měli uvědomit, že mají v rukou velice citlivý předmět, který přichází do styku s dětmi, jež se nechají snadno ovlivnit. S tím je třeba nakládat velice opatrně.

Přesto je nutné na závěr této kapitoly říci, že vlastnictví panenky Barbie nutně nezpůsobí zrod nějaké poruchy příjmu potravy a na většině dětí hraní si s touto hračkou nezanechalo žádné psychické následky.

## **6. SLAVNÉ OSOBNOSTI S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY**

Z již zmíněných informací je patrné, že slavným osobnostem se poruchy příjmu potravy rozhodně nevyhýbají, ba naopak. Na celebrity je vyvíjen daleko větší tlak vypadat krásně a být štíhlý; i v této oblasti platí, že oběťmi jsou především ženy.

Tuto kapitolu bych tedy proto ráda věnovala několika veřejně známým a velice slavným ženám, které některý typ poruchy příjmu potravy prodělaly. Jmenovitě se budu zabývat známou herečkou Jane Fonda, tragicky zesnulou britskou princeznou Dianou, její snachou a vévodkyní z Cambridge, Kate Middleton, skandály vyvolávající modelkou Kate Moss, zpěvačkou Geri Halliwell, herečkou Calistou Flockhart, modelkou Isabelle Caro, jedním ze slavných hereckých dvojčat Mary Kate Olsen, brazilskou topmodelkou Anou Carolinou Reston, dcerou slavného zpěváka Lionela Richieho Nicol Richie, zpěvačkou Victorií Beckham, herečkou Lindsey Lohan a modelkami českého původu Evou Herzigovou a Petrou Němcovou.

Herečka a oscarová držitelka Jane Fonda je dnes vnímána jako propagátorka zdravého životního stylu, přestože na střední škole prodělala mentální anorexii, bulimii a těžkou závislost na cvičení, tedy bigorexii.

Své zkušenosti s více než jednou poruchou příjmu potravy měla i křehká princezna Diana, která trpěla mentální anorexií a bulimií. V jejím onemocnění zřejmě sehrálo roli více faktorů. Jako ten zásadní jmenujme psychické problémy způsobené životem na očích veřejnosti a nešťastným manželstvím s princem Charlesem.

O poruše příjmu potravy snachy již nežijící princezny Diany, vévodkyně z Cambridge, Kate Middleton se spekuluje již od dob příprav na svatbu s princem Williamem. Ať už je ale pravda jakákoliv, její velmi štíhlá postava se bohužel pro anorektičky stala vysněným vzorem.

Britská modelka, známá především svými drogovými skandály, Kate Moss sama nikdy žádnou poruchu příjmu potravy nepřiznala, několikrát ale byla nařčena, že trpí mentální anorexií.

Bývalá členka americké dívčí hudební skupiny Spice Girls Geri Halliwell byla v době největší slávy tohoto uskupení silnějších a výraznějších tělesných rozměrů. Rozpad skupiny a především s tím spojenou hrozbu ztráty popularity zřejmě psychicky ne zcela unesla, protože v té době začala držet velice přísné diety a posilovat a cvičit tři hodiny denně. Následně přestala jíst v podstatě úplně a cokoli pozřela, vyzvracela. Ze zřejmých problémů s mentální anorexií, bulimií a bigorexii ji podle jejích slov vyvedl porod dcery roku 2006.

Americká herečka, manželka Harissona Forda, známá především jako Ally McBeal, Calista Flockhart nedávno konečně sama přiznala poruchu příjmu potravy, z níž byla již dlouhá léta podezírána. Mentální anorexie si k ní našla cestu prostřednictvím obav ze ztloustnutí. Po svatbě s již zmíněným americkým hercem Harrisonem Fordem se ale prý z této nemoci úspěšně vyléčila.

Velice známou osobností na poli boje s mentální anorexií byla francouzská modelka Isabelle Caro. Isabelle přestala jíst poté, co jí jeden nejmenovaný módní návrhář řekl, že pokud chce ve světě módy uspět, musí shodit 10 kilogramů.

Poté, co se tato modelka dostala na váhu 31 kilogramů při výšce 165 centimetrů, a skončila v nemocnici, kde lékaři bojovali o její život, stala se tváří celosvětové kampaně v boji proti mentální anorexií.

Bohužel Isabelle Caro svůj životní boj prohrála, následkům svého onemocnění podlehl 17. listopadu 2010 ve svých 28 letech.

Mary Kate Olsen, jedna ze známých hereckých dvojčat, neunesla neustálý tlak médií a srovnávání se svou sestrou Ashley, která byla v roce 2003 dle snímku obou sester z pláže označena za tu štíhlejší ze známé dvojice.

Mary Kate tedy ihned nasadila přísnou dietu. Její rychlý váhový úbytek neponechal žádný prostor pro pochyby. Mary Kate Olsen začala trpět mentální anorexií, z níž se několikrát léčila na luxusní klinice v Utahu. Ani v dnes ale stále nemá vyhráno.

Další obětí modelingu se stala brazilská topmodelka Ana Carolina Reston, která držela tak přísnou dietu, že nekonzumovala nic jiného než pouhá rajčata a jablka.

Následkem těchto stravovacích návyků byla rychlá a vysoká ztráta tělesné hmotnosti, která měla za následek váhu 40 kilogramů při výšce 174 centimetrů, a proto Ana skončila v nemocnici s totálním vyčerpáním organismu. Po pár týdnech hospitalizace zemřela na infekci močového měchýře.

Adoptivní dcera slavného amerického zpěváka Lionela Richieho, Nicole Richie se zřejmě roku 2006 začala potýkat taktéž s mentální anorexií. V té době komentoval fotografie její vyzáblé postavy celý svět, Nicole byla ale na svých tehdejších 40 kilo hrdá a tvrdila, že je na své ideální váze. Spekulace o její poruše ale nikdy nebyly jí samou potvrzeny, důležité ale je, že po porodu své dcery se její váha začala normalizovat a dnes vypadá zcela zdravě.

Další členkou dnes již neexistující dívčí skupiny Spice girls, která se trápí hlady, je manželka známého fotbalisty Davida Beckhama, Victoria. Její snaha u udržení statusu módní ikony ji vede k extrémním přísným dietám. Ale i přes to, že na těle této celebrity nenajdete ani gram tuku navíc, nebo možná vůbec žádný, Victoria veřejně prohlašuje, že strašně nenávidí své „hrozně tlusté tělo“. Domněnky o její mentální anorexii potvrdila i slova bývalé chůvy dětí rodiny Beckhamových, která prozradila, že Victoria jí jen pár listů salátu denně a hlad zahání pitím vody s citrónem.

Lindsey Lohan, herečka a takřkajíc profesionální celebrita, psychicky neunesla ztrátu zájmu médií a tuto skutečnost začala řešit hubnutím. K těmto problémům jistě přispěl i velice emocionálně vypjatý rozchod s přítelkyní Samanthou a konečným výsledkem byla ztráta dalších kilogramů z už tak nezdravě hubené postavy. Zdroje z hereččina okolí tvrdí, že Lindsey se už dlouhou dobu udržovala při životě jen pitím lehké Coca Coly.

Lindsey Lohan se podle zveřejněných zpráv z mentální anorexie vyléčila, v té samé době ovšem začala hubnout její mladší sestra Ali, která se živí jako modelka. Na tomto životním příkladu tedy můžeme vidět, jak nebezpečný a rizikový rodinný faktor skutečně je.

Anorexii podle všeho podlely též dvě české modelky světového formátu. Eva Herzigová, která došla svět především díky bujnému poprsí v reklamě na podprsenku Wonderbra, zhubla v roce 2003 tak extrémně, že nebyla víceméně k poznání a o několik let později se ta samá situace opakovala. Přes to ale Eva tvrdí, že její váhové úbytky má na svědomí mnoho práce a hektický životní styl.

Známa česká modelka současnosti Petra Němcová čelí nařčením z mentální anorexie po celou svou kariéru. Ona sama přiznává, že v počátcích své kariéry v modelingu držela přísné diety a užívala projímadla a to vše jen, aby byla žádaná. (prozeny.bleesk.cz)

Již výše jsem zmiňovala příběh světového startu anorexie, který započal se zrodem a úspěchem topmodelky známé pod přezdívkou Twiggy.

Twiggy původním jménem Leslie Hornby, která se narodila 19. září 1949 v anglickém městě Neasden do chudé rodiny kuchařky a truhláře, se v 60. letech 20. století zmocnila hlavních stránek módních časopisů, když se stala první supermodelkou na světě.

Její objevitelem byl londýnský fotograf Barry Lategan, který o ní mluví jako o velice fotogenické kombinaci chlapce a krásné dívky. Snímky Leslie Hornby poté Lategan vystavil v místním kadeřnictví, kde oslovily Deirdru McSharry, reportérku novin Daily Express, které fotografii Leslie otiskly na úvodní straně s doprovodným titulkem „Tvář roku 66“. V té době bylo Leslie 16 let a vážila pouhých 41 kg, to byl ale spolu s výrazem plaché laně kupodivu důvod, proč zaujala módní tvůrce. Během jednoho roku se Twiggy, jak se Leslie Hornby začalo přezdívat, stala nejžádanější a nejlépe placenou fotomodelkou 60. let. Firma Mattel, známá výrobou panenek Barbie, podle jejího vzhledu dokonce vytvořila speciální panenku.

Chlapecká postava Twiggy se stala vzorem mnoha mužů a žen, především dospívajících. A právě tato iluze se stala novým kultem ženského těla, který zastoupil do té doby oslavované urostlejší ženské křivky, kterými disponovala například Claudia Cardinale, Sophia Loren nebo Brigitte Bardot. A právě z tohoto důvodu je start dívčí anorexie ve většině případů připisován právě Leslie Hornby.

Ve svých 20 letech, kdy byla její kariéra na samém vrcholu, se Twiggy rozhodla se světem modelingu skoncovat s prohlášením, že od nynějška se chce věnovat už jen svému butiku a vlastní módní značce. I nadále se všechna její počínání setkávala s úspěchem, zahrála si ve filmu, nazpívala několik hudebních desek. Za svůj herecký a pěvecký výkon ve filmovém muzikálu The Boyfriend z roku 1971 dostala Twiggy 2 zlaté glóby a roku 1981 si zahrála velice úspěšnou roli Lízy Doolittlové v televizní adaptaci My fair lady. Nedávno si dokonce zahrála na Broadwayi.

Z jejího osobního života stojí za zmínku dvě manželství, z nichž první uzavřela 14. června 1977 s hercem Michaelem Witneym, se kterým má jedno dítě. Witney ale



v listopadu 1983 zemřel. 23. září 1988 se Twiggy provdala opět za herce Leigha Lawsons, se kterým žije dodnes.

Twiggy se stále věnuje návrhářství, není již tak vyhublá a paradoxně dnes sama bojuje proti nadměrnému hubnutí a anorexii. ([www.stream.cz](http://www.stream.cz); [www.scarychild.blog.cz](http://www.scarychild.blog.cz); [zivotopis.osobnosti.cz](http://zivotopis.osobnosti.cz))

Další slavnou osobností trpící poruchami příjmu potravy byla slavná císařovna Sissi. Bavorská princezna a později rakouská císařovna, korunovaná maďarská královna a předposlední česká královna Alžběta Amálie Evženie, které bylo již od dětství přezdíváno Sissi, byla jako dítě velice ošklivá a její rodiče, vévodkyně Ludvika a vévoda Max, ji láskou příliš nezahrnovali, právě naopak.

Přestože byla Sissi velice inteligentní, postupem času se u ní začaly projevovat známky dědičného šílenství, například trpěla stihomamem a z toho důvodu se na veřejnosti často nechala zastupovat jednou ze svých dvorních dam. Dále trpěla Sissi panickým strachem ze stáří a extrémní posedlostí svým vzhledem, k čemuž kromě přehnané péče o dlouhé tmavě plavé vlasy patřila i nadměrná kontrola váhy a tělesných proporcí. Sissi při výšce 172 centimetrů vážila bezmála 52 kilogramů, přesto své tělo neustále trápila různými dietami. Tou nejoblíbenější byla konzumace směsi syrových vajec, šťávy z hovězího masa a mléka. Sissi se jako vůbec první panovnice naučila plavat a neustále cvičila a posilovala. Zásadním zlomem v životě panovnice byla sebevražda jejího syna, který se pro nešťastnou lásku zastřelil. V té době dosáhla Sissiina mentální anorexie hrozivých rozměrů, při nichž až několik týdnů vůbec nejedla.

Přesto tato porucha nebyla příčinou Sissiiny smrti, zemřela na následky probodnutí pilníkem, které jí způsobil italský anarchista. ([cs.wikipedia.org](http://cs.wikipedia.org); [bulimie.blog.cz](http://bulimie.blog.cz))

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část mé diplomové práce je postavená na osobních rozhovorech s pečlivě vybranými respondenty. Výběr probíhal na základě podmínky, že dané osoby prodělaly či v současné době prodělávají některou z poruch příjmu potravy. Jejich počet je celkem 10 osob. Prvním krokem bylo vyčlenit ze všech respondentů ty, kteří se profesně věnují oblasti modelingu a ty, kteří se naopak v tomto oboru nijak neangažují. Touto otázkou byl celkový počet respondentů rozdělen na 5, kteří pracují v oblasti modelingu, a zbývajících 5, kteří působí mimo tento obor. V závislosti na těchto specifikacích byl se všemi dotazovanými veden osobní rozhovor, jehož výsledkem je písemný zápis, který byl jedním ze základních podkladů pro tvorbu výstupu prováděného výzkumu, na jehož základě by mělo být dokázáno, zda má či nemá modeling zásadní vliv na vznik a vývoj poruch příjmu potravy.

Na základě těchto rozhovorů byly vypracovány jednotlivé případové studie.

### **1. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ**

Praktická část mé diplomové práce je zaměřena na otázku vlivu práce v oblasti modelingu na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy.

### **2. ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Samotný průběh celého výzkumného šetření byl zahájen jeho přípravou, tedy počáteční organizací. Ta zahrnovala pečlivý výběr při sestavování konkrétních otázek založený na poznacích z teoretické části.

Další fáze již byla prováděna formou přímého sběru informací, a to prostřednictvím vedení osobních rozhovorů s vybranými deseti respondenty, kteří trpí či v minulosti trpěli kteroukoliv poruchou příjmu potravy. Celkový počet těchto respondentů byl rozdělen na část, která působí v oblasti modelingu, a na část, jež s tímto oborem nemá

profesně co do činění. Otázky pokládané v průběhu rozhovorů měly ale v případě obou skupin naprosto identickou podobu. Všech deset rozhovorů je písemně zaznamenáno.

Třetí fáze zahrnovala analýzu dat, které písemný zápis jednotlivých osobních rozhovorů poskytoval. Tato data byla zpracována a zaznamenána do tabulek a grafů. Tato data byla taktéž podkladem pro vypracování jednotlivých případových studií, neboli kazuistik, které jsou taktéž součástí praktické části diplomové práce.

### **3. CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Hlavním cílem výzkumného šetření vedeného jako součást mé diplomové práce bylo zjištění, zda je možné práci v oblasti modelingu považovat za faktor poruch příjmu potravy. Jednoduše řečeno, zda má či nemá profesní působení v tomto oboru zásadní vliv na vznik takovéto poruchy.

### **4. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ**

Vzhledem k danému cíli a tématu praktické části diplomové práce bylo nutné utvořit reprezentativní skupinu z jisté části osob pracujících v oblasti modelingu a zbylé části osob, kteří se v modelingu profesně nepohybují. Toto byla zásadní podmínka pro výběr jednotlivých respondentů. Druhou podmínkou byla samozřejmě skutečnost, že daný jedinec trpí či v minulosti trpěl nějakou poruchou příjmu potravy.

### **5. VÝZKUMNÁ METODA**

Použitými metodami ve výzkumném šetření byly případové studie, jejichž součástí byl rozhovor.

## 5.1 Rozhovor

Pro získání potřebných dat pro tvorbu případových studií byl zvolen dotazník, konkrétně polostrukturovaný.

Pokud chceme či potřebujeme získat informace o názorech, postojích, záměrech, ale například i osobních životních událostech, je právě rozhovor tou pravou metodou, a to především z toho důvodu, že je procesem, jehož zásadním charakteristickým rysem je vysoká interakce mezi tazatelem a respondentem, tedy dotazovanou osobou. (Skutil a kol., 2011)

### **„Výhody:**

- *umožňuje přímý kontakt výzkumníka se zkoumanou osobou, umožňuje volnost a pružnost v kladení otázek, umožňuje dovysvětlit otázky a zároveň požadovat dovysvětlení ze strany respondenta, je možné získat osobní nebo důvěrné informace, je možné sledovat verbální i neverbální reakce respondenta, eliminuje obtíže při psaném projevu.*

### **Nevýhody:**

- *je časově náročný, obtížnější zaznamenání odpovědí, menší soubor respondentů, kvalita informací závisí na kvalitě výzkumníka a na kvalitě informace mezi výzkumníkem a dotazovaným, možnost ovlivnění rozhovoru osobním zaujetím tazatele, obtížnější vyhodnocení.“(Skutil a kol., 2011, str. 89 – 90)*

Rozhovor je jednoduše řečeno přenos zakódované informace mezi tazatelem a respondentem, přičemž tazatel musí tuto informaci dekodovat, tedy pochopit ji ve smyslu, který měl na mysli respondent.

### **5.1.1 Typy rozhovorů**

Rozhovory dělíme na tři typy, může mít podobu strukturovaného, polostrukturovaného či nestrukturovaného rozhovoru.

### **a) Strukturovaný rozhovor**

Při realizaci strukturovaného rozhovoru jsou používány předem připravené otázky a nabídka alternativních odpovědí. V podstatě se jedná o dotazník, ale realizovaný v ústní podobě, pořadí otázek je předem stanovené a neměnné. Tento typ rozhovoru je ze všech tím časově nejméně náročným na realizaci a i jeho finální vyhodnocení bývá ve většině případů jednodušší, než je tomu i jiných typů rozhovorů. Ale i přesto nesmí být podceňována jeho příprava, která musí být precizní. Strukturovaný rozhovor je nejvhodnějším typem rozhovoru pro nezkušené tazatele.

### **b) Polostrukturovaný rozhovor**

Polostrukturovaný rozhovor v podstatě kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem a je zřejmě nejčastěji používán. Otázky jsou sice předem připravené a tazatel se jich drží, ale volně reaguje na podněty ze strany dotazovaného a odpovědi jsou uváděny volně.

### **c) Nestrukturovaný (volný) rozhovor**

Tento typ rozhovoru se svými rysy podobá běžnému rozhovoru s důrazem především na přirozenost hovoru. Realizace nestrukturovaného rozhovoru ale vyžaduje zkušenosti tazatele a jeho vyhodnocení bývá velmi obtížné. (Skutil a kol, 2011)

## **5.2 Případová studie**

Případová studie je přístup spadající do kvalitativního výzkumu a je v podstatě podrobným zkoumáním jednoho konkrétního případu či souboru menšího počtu případů.

Přesná definice případové studie, kterou uvádí pedagogický slovník, zní: „*Výzkumná metoda v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ (např. žák, malá skupina žáků, jednotlivá třída, škola apod.), detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout.*“ (kisk.phil.muni.cz)

Tato metoda kvalitativního výzkumu umožňuje zaznamenání komplexní složitosti, podrobností, vztahů a procesů uskutečňujících se v konkrétním zkoumaném prostředí. Případová studie předpokládá, že detailní zkoumání daného případu umožní lepší porozumění a pochopení jiných, obdobných případů.

Případová studie zjišťuje, jaké jsou charakteristiky konkrétního případu či souboru porovnávaných případů. Snaží se o zjištění většího množství dat od jednoho či malého počtu jedinců. (kisk.phil.muni.cz)

#### **Výhody:**

- Výsledky případových studií jsou většinou srozumitelné pro širší spektrum zájemců a jsou pevně zakotveny v realitě. Výsledky dobře vypracovaných případových studií je možné posléze aplikovat na podobně situace a zkoumané případy. Pro vypracování případové studie není potřeba žádný tým, vypracovává je pouze samotný výzkumník.

#### **Nevýhody:**

- U případových studií je složité provádět ověřování spolehlivosti, protože studie jsou často založeny na subjektivních interpretacích. Výsledky případových studií mohou být často zkreslené pro zaujatost výzkumníka. (Švaříček, Šed'ová, 2007, str. 111 - 112)

Jak již bylo výše zmíněno pro konkrétní případ této diplomové práce, byl zvolen rozhovor, a to rozhovor polostrukturovaný. Výsledná data byla zpracována a zaznamenána v podobě případových studií, jejichž závěr tvoří tabulkové a grafické zpracování získaných informací.

## 6. OTÁZKY POKLÁDANÉ PŘI OSOBNÍCH ROZHOVORECH

V úvodu rozhovoru dotazované osoby uváděly své jméno, současnou výšku, současnou váhu, nejnižší dosaženou váhu a nejvyšší dosaženou váhu.

1.	Pracujete v oblasti modelingu?
2.	Kolik Vám je let?
3.	Jakou poruchou příjmu potravy trpíte/ jste trpěla?
4.	Jak dlouho trvá/ trvala Vaše porucha příjmu potravy?
5.	Kolik let Vám bylo, když se Vaše porucha příjmu potravy objevila?
6.	Měl vznik Vaší poruchy příjmu potravy souvislost s nějakou životní událostí?
7.	Léčila jste se?
8.	Pokud ano, kolikrát?
9.	Jaký druh léčby jste podstoupila?
10.	Myslíte, že léčba byla ve Vašem případě úspěšná?
11.	Domníváte se, že léčba Vaší poruchy příjmu potravy byla konečná a porucha se již v budoucnu neobjeví?
12.	Jak Vás ovlivnila skutečnost, že jste trpěla poruchou příjmu potravy?

## 7. STRUČNÝ PŘEHLED JEDNOTLIVÝCH VÝPOVĚDÍ RESPONDENTŮ

### a) Respondenti pracující v oblasti modelingu

#### 1. Alena

Dívce je dnes 25 let. Před 9 lety, tedy ve svých 16 letech začala trpět mentální anorexií a to celkově na dobu 7 let. Jako primární důvod uvádí, že její rodina měla problém s jejími tělesnými proporcemi a doslova ji označovala za tlustou. Jednou absolvovala léčbu, konkrétně hospitalizaci a to v době, kdy vážila pouhých 36 kg. Celková doba léčby měla v případě této dívky trvání 10 dní. Tuto léčbu uvádí jako neúspěšnou z důvodu chování místního personálu, který ji označoval za blázna. Zásadním krokem ke změně životního stylu byla změna prostředí, odstěhovala se na 3 měsíce do Číny, což dnes považuje za faktor, který zapříčinil její uzdravení. Přesto, že dívka tvrdí, že dnes již zdravá je, nepopírá, že by se mentální anorexie mohla vrátit. Jako hlavní aspekty života, které byly nemocí ovlivněny, dívka uvádí neschopnost navázání vztahu, nemožnost cestování a zábavy a ztrátu dětství a dospívání.

#### 2. Hana

Dívka číslo 2 je dnes ve věku 25 let a ve svých 14 letech se u ní objevila mentální anorexie, která trvala 3 roky. Jako spouštěcí mechanismus své nemoci uvádí touhu být modelkou. Jednou se s touto poruchou léčila, a to zpočátku sezeními s psychologem a psychiatrem, tento typ léčby bohužel nepřinesl kýžené výsledky a z toho důvodu byla dívka hospitalizována v nemocnici, což již své výsledky přineslo, a ona sama dnes uvádí, že je již zcela zdravá, a doufá, že s anorexií již nebude třeba bojovat. Přesto ale dívka přiznává, že následky na ní nemoc zanechala, a to v podobě cvičení, sledování kalorií v potravinách a větší sebekritiky.

#### 3. Radka

Třetí dívka z oblasti modelingu je dnes 26 let a je tomu právě 10 let, co ji začala trápit mentální anorexie, která později přešla v mentální bulimii. Poruchami příjmu potravy



tedy trpěla od svých 16 let a to celé 3 roky. Faktorem, který ovlivnil vznik jejích onemocnění, byla taktéž touha po práci v oboru modeling. V době, kdy tato dívka vážila 32 kg, byla hospitalizována v nemocnici, kde ale sama nespolupracovala, a přiznává, že si veškeré jídlo schovávala do tašky, aby jej nemusela konzumovat. Tuto léčbu tedy uvádí jako neúspěšnou. Dnes ale prohlašuje, že je již zdravá a to díky vlastnímu uvědomění si problému a svépomoci. Sama subjektivně nepřepokládá návrat ani jedné nemoci. Na závěr svého rozhovoru tato dívka uvádí, že nejvíce ji prožití poruch příjmu potravy ovlivnilo tím, že si uvědomila své životní priority.

#### **4. Petra**

Dívka s pořadovým číslem čtyři je v současnosti ve věku 29 let. Ve svých 17 letech onemocněla mentální anorexií a to na 6 měsíců. Jako činitel, který zahájil její problémy s příjmem potravy, uvádí pracovní příležitost v oblasti modelingu, při jejíž příležitosti chtěla působit fyzicky dokonalým dojmem. Jednou absolvovala léčbu, pravidelně docházela na terapie u psychologa. A tuto léčbu své poruchy příjmu potravy považuje za úspěšnou a konečnou, návrat nemoci si nepřipouští a nepovažuje za možný. Dále dívka uvádí, že si sebe díky tomuto negativnímu zážitku více váží, na druhou stranu připouští, že nadměrná sebekontrola a sebekritika ji budou provázet do konce života.

#### **5. Alice**

Poslední, tedy páté dívce z oblasti modelingu je v současné době 22 let a po 2 roky, od svých 16 do 18 let trpěla mentální anorexií, která se později změnila v mentální bulimii. Za důvod, pro něž se u ní tyto poruchy projeví, považuje touhu být modelkou. Jednou se dívka léčila a to rok a půl. Její léčba zahrnovala terapie s psychologem a psychiatrem, psaní deníku, který zaznamenával veškeré potraviny, které během dne konzumovala. Svou léčbu ale nepovažuje za úspěšnou, přesto žádnou další nepodstoupila, a dokonce předpokládá návrat nějaké poruchy příjmu potravy do budoucna. Dodnes dívka neustále myslí na jídlo a jeho kalorickou hodnotu, kterou bedlivě sleduje a počítá, přehnaně cvičí.

## **b) Respondenti působící mimo oblast modelingu**

### **1. Tereza**

První dotazované dívce z oblasti mimo modeling je 33 let a od svých 15 do 20 let trpěla mentální anorexií, z níž se později stala mentální bulimie a také záchvatovité přejídání. Nesporný vliv na vznik jejích poruch měly podle jejích slov fyzický vzhled a tělesné proporce její kamarádky, jíž se chtěla podobat. Jednou podstoupila léčbu a to sezeními u psychiatra. Sama si není jistá, zda byla léčba v jejím případě úspěšná, a vzhledem k tomu je samozřejmé, že má v tomto smyslu strach z budoucnosti. Na závěr dívka uvádí, že se velice striktně hlídá ve stravování.

### **2. Klára**

Dívka s číslem 2 je dnes ve věku 20 let a od svých 15 let trpěla 2 roky mentální bulimií. Za hlavní činitel, který v jejím případě vznik poruchy způsobil, dívka označuje to, jak vnímala sama sebe a svou fyzickou podobu. Uvádí, že byla hodně silná, ale nedokázala si odepřít jídlo, z čehož měla výčitky, a tak se rozhodla začít se zvracením zkonsumovaného jídla. Tato dívka se dohromady léčila celkem dvakrát, poprvé docházela na sezení k psychologovi, ve druhém případě již zasáhl psychiatr. Druhý způsob léčby považuje za úspěšný a nepřipouští možnost, že by se porucha mohla v budoucnu opět projevit. Celý rozhovor dívka shrnuje slovy, že nemoc ji poznamenala na celý život.

### **3. Lenka**

Třetí dotazované dívce mimo oblast modelingu je 24 let. Po 2 roky trpěla mentální anorexií později vyústěnou v mentální bulimii, a to od svých 16 let. Potvrzuje, že vznik jejích problémů se stravováním měla na svědomí konkrétní životní událost, a to negativní ohlasy a poznámky okolí na její tělesnou hmotnost. Jednou se léčila prostřednictvím sezení u psychologa, ale svou léčbu za úspěšnou nepovažuje. Předpokládá tedy, že její budoucnost bude s poruchami příjmu potravy pevně svázána.

#### **4. Martina**

Předposlední dívka je dnes ve věku 23 let a uvádí, že prodělala mentální anorexii, která přešla v mentální bulimii. Nemoci ji provázely od 16 let na dobu 3 a půl roku. Počátek a další posilování problémů se příjmem potravy dává za vinu okolí, které se příliš kriticky vyjadřovalo k jejím tělesným proporcím v době dospívání. Léčbu podstoupila jednou v celkovém rozmezí 1 a půl roku a ta zahrnovala terapii u psychologa a též psychiatra. Léčbu považuje dívka za úspěšnou, ale obává se recidivy. Uvádí, že se hlídá ve stravování a stále pocítuje výčitky, pokud se přejí.

#### **5. Iveta**

Poslední dívka nepracující v oblasti modelingu a zároveň poslední dívka, která se výzkumu účastnila, je dnes ve věku 22 let. Od 15 let trpěla 1 a půl roku mentální anorexií. Prohlašuje, že vznik její poruchy nebyl ovlivněn žádnou životní událostí. Jednou se s nemocí léčila, a to terapií u psychologa. Léčbu považuje za úspěšnou a konečného charakteru, nepovažuje tedy za možné, aby se porucha opět objevila. Nemá pocit, že by ji prodělání mentální anorexie nějakým způsobem poznamenalo do budoucnosti.

## **8. PŘÍPADOVÉ STUDIE**

Zásadní částí celé praktické části této diplomové práce jsou případové studie neboli jednotlivé kazuistiky, které byly vypracovány na základě informací získaných při osobních rozhovorech se všemi deseti respondentkami.

### **Případová studie č. 1**

**Alena, žena, 25 let, diagnostikovaná mentální anorexie**

**Výška 174 cm, současná váha 55 kg**

**Současný BMI: 18,17 (podváha)**

**Nejnižší dosažená váha: 36 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 56 kg**

**Věk vzniku onemocnění: 16 let**

**Délka onemocnění: 7 let**

Alena je 25letá svobodná žena s diagnózou mentální anorexie. Živí se jako modelka.

Od 16 let trpí Alena mentální anorexií. Jako počátek nemoci uvádí období puberty, v němž začala přibírat na váze. V tomto období vážila 56 kg. Tuto skutečnost negativně komentovali její rodinní příslušníci, kteří ji dokonce označovali za „tlustou“. Nevhodné a nepříjemné poznámky na její postavu měli dokonce i spolužáci. Tato skutečnost byla o to nepříjemnější, že Alena zrovna nastoupila do prvního ročníku střední školy, kde pro ni byl kolektiv nový. Alena nastalou situací trpěla natolik, že začala značně omezovat přísun jídla, denně vážit svou tělesnou hmotnost a přeměřovat své míry. Vzhledem k pozitivním ohlasům rodiny na očividné snižování své váhy Alena v redukci svého denního příjmu potravy pokračovala. Modelingem se Alena začala živit ve svých 19 letech s tělesnou váhou 45 kg. Neustálý kontakt s dalšími modelkami, neodmyslitelná konkurence a rivalita nutila Alenu v celém procesu odmítání potravy pokračovat, k čemuž napomohl i hektický způsob života dívek pracujících v tomto oboru. Nejkritičtější bodem průběhu poruchy byla dle slov Aleny doba, o níž sama říká: „Za celý den jsem si dovolila sníst například jen jedno jablko.“ Celá situace došla tak daleko, že Alena po 7 letech, tedy ve svých 23 letech vážila 36 kg.

Sama Alena uvádí: „Mého stavu si v nikdo nevšiml, nebo ho alespoň nijak neřešil.“ Obrovské vyčerpání organismu vyústilo v kolaps, po němž následovala Alenina hospitalizace v nemocnici, kde strávila pouhých 10 dní, které napomohly ke stabilizaci. Poté se Alena sama rozhodla pobyt v nemocnici ukončit pro špatné a nevhodné chování místního personálu, který ji označoval za „blázna“. Alena se rozhodla pro samoléčbu, odstěhovala se na 3 měsíce do zahraničí, konkrétně do Číny. Nevěřila, že sezení u psychiatra by byla v jejím případě nutná, a léčby formou medikamentů se obávala. Na období pobytu v Číně se vzdala práce v modelingu, sestavila si jídelníček, který podle svých slov poctivě dodržovala. Tuto skutečnost Alena označuje za příčinu svého uzdravení a tvrdí, že i dnes zdravá je a mentální anorexie už ji nesužuje, a nepředpokládá možnost, že by došlo k recidivě. Na závěr Alena prohlašuje: „Anorexie mě poznamenala především v neschopnosti navázání

vztahu, nemožnosti vytouženého cestování a zábavy a ztrátě dětství a dospívání v pravém slova smyslu.“ Alena se stále živí prací v modelingu.

Jako hlavní faktor vzniku své anorexie Alena uvádí pohledy a posměšné poznámky své rodiny a spolužáků na adresu své váhy a tělesného vzhledu.

V závěru lze konstatovat hospitalizaci v nemocnici a absenci léčby formou cizí pomoci z důvodu vlastního rozhodnutí. Tvrdí, že samoléčba byla úspěšná, a stravovací návyky, které se v tomto období osvojila, používá dodnes.

## **Případová studie č. 2**

**Hana, žena, 25 let, diagnostikovaná mentální anorexie**

**Výška 175 cm, současná váha: 57 kg**

**Současný BMI: 18,61 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 34 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 60 kg**

**Délka onemocnění: 3 roky**

**Věk vzniku onemocnění: 14 let**

Hana je 25letá žena s diagnózou mentální anorexie, pracuje jako modelka.

Hana trpěla mentální anorexií od svých 14 let. Za počátek své poruchy považuje období dospívání, v němž se spolužačkami ze základní školy pečlivě sledovala tisk týkající se života modelek. V této době Hana začala toužit po životní dráze modelky, na níž se ale necítila dostatečně štíhlá. Z dostupných zdrojů tedy začala zjišťovat ideální tělesné proporce modelky a snažila se jich mermomocí dosáhnout. Z počátku Hana začala omezovat četnost přijímání potravy za den na minimum. Jedla jen pokud to bylo nutné, aby si toho její okolí, především rodiče nevšimli. Každý den Hana sledovala svou váhu a míry a srovnávala je s nalezenými informacemi o mírách modelek. Váha rychle ubývala, až v 16 letech vážila Hana pouhých 34 kg.

Podvyživené postavy si všimla Hanina matka, která neváhala a začala jednat. Hana začala docházet na sezení s psychologem, což ale její matka považovala za neúspěšné. Dalším krokem byla sezení s psychiatrem, který Haně navrhoval léčbu formou předepsání medikamentů, to ale odmítla. Ani tento typ léčby tedy nepomohl a Hana

pokračovala ve svých stravovacích návycích, až byla nutná hospitalizace z důvodu Hanina naprostého fyzického vyčerpání. Následný pobyt v nemocnici Hana považuje za zásadní krok ke změně svého stravovacího režimu a tuto léčbu již považuje za úspěšnou. Dnes Hana uvádí: „Cítím se již naprosto zdravá, nevěřím, že bych se ještě v budoucnu mohla s anorexií potýkat.“ Na závěr prohlašuje: „Prodělání této poruchy mě ovlivnilo v tom směru, že si již vždy budu velice zakládat na cvičení, pečlivém sledování kalorií v potravinách, které konzumuji, a také jsem poznamenána větší mírou sebekritiky, než je přirozené.“ Hana se stále živí jako modelka.

Jako hlavní faktor vzniku mentální anorexie Hana uvádí nespokojenost sama se sebou a touhu stát se modelkou, jejichž míry musí být dokonalé, zapříčiněnou vlivem médií.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa, psychiatra, ale bez požívání jakýchkoliv předepisovaných medikamentů a v poslední řadě hospitalizaci v nemocnici. Hana se dne považuje za zdravou, přestože se nepopírá stálou přítomnost jistých návyků z doby průběhu své nemoci. Například neustálé sledování kalorií a pocit potřeby cvičit.

### **Případová studie č. 3**

**Radka, žena, 26 let, diagnostikována mentální anorexie a mentální bulimie**

**Výška 171 cm, současná váha: 52 kg**

**Současný BMI: 17,78 (podváha)**

**Nejnižší dosažená váha: 32 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 52 kg**

**Délka onemocnění: 3 roky**

**Věk vzniku onemocnění: 16 let**

Radka je žena ve věku 26 let s diagnózou mentální anorexie a pozdější diagnózou mentální bulimie. Radka pracuje jako modelka.

Radka trpěla mentální anorexií od svých 16 let. Za počátek této nemoci považuje ve svém případě období puberty, v němž začala toužit po dokonalých tělesných proporcích, které se bohužel zrovna v tomto období začaly zvětšovat. Tato touha byla podmíněná především skutečností, že Radka se velmi chtěla stát modelkou. V tomto období Radka vážila 50 kg, přesto měla subjektivní dojem, že její váha je příliš vysoká a musí se

snížit. Začala s omezováním přísunu potravy a bedlivým prověřováním všeho, co snědla. Když se ale dle Radčina názoru stále nedostavoval vytoužený cíl a pořád si připadala obézní, začaly se dostavovat výčitky svědomí a vztek. Tyto pocity začala Radka řešit dalším extrémem, tedy kompenzací v podobě přejídání. Protože ale její touhy po práci v modelingu neodezněly a její osobní pocit o své tloušťce přetrvával také, měla Radka pocit, že přemíra jídla, které v zoufalství zkonsumovala, musí zase ven, a proto začala po každém jídle zvracet.

Radčina váha se zmenšovala, přestože v jejích očích tomu bylo naopak. Její stav odhalila kamarádka, která si všimla nepřírozené vyhublosti a značného zhoršení chrupu. V té době bylo Radce 19 let, vážila pouhých 32 kg, a byla proto hospitalizována v nemocnici, kde jí byla diagnostikována mentální anorexie vyústěná v mentální bulimii. Během tohoto pobytu ale nespolupracovala a sama přiznává: „Veškeré donesené jídlo, které jsem měla sníst, jsem z obavy z tloušťky místo konzumace schovávala.“ Tuto léčbu Radka uvádí jako neúspěšnou a zbytečnou. Dále uvádí, že svůj problém si po opuštění nemocnice sama uvědomila a rozhodla se vyléčit svépomocí, při níž začala dodržovat doporučené denní dávky kalorií. Dnes Radka tvrdí: „Nyní jsem již zdravá a nevěřím v možný návrat nemoci.“ Dále prohlašuje, že prožití poruch příjmu potravy ji ovlivnilo kladně a to ve smyslu uvědomění si životních priorit. V modelingu pracuje i nadále.

Jako hlavní faktor vzniku mentální anorexie, kterou později nahradila mentální bulimie, Radka uvádí nespokojenost se svou postavou v období puberty, kdy se její tělesné proporce začaly měnit a zvětšovat a touhu po práci v modelingu.

V závěru lze konstatovat hospitalizaci v nemocnici s odmítnutím pomoci, tedy absenci léčby formou cizí pomoci. Dle Radčiných slov byla úspěšnou léčbou svépomoc.

#### **Případová studie č. 4**

**Petra, žena, 29 let, diagnostikována mentální anorexie**

**Výška 170 cm, současná váha: 49 kg**

**Současný BMI: 16,96 (podváha)**

**Nejnižší dosažená váha: 41 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 50 kg**

### **Délka onemocnění: 6 měsíců**

### **Věk vzniku onemocnění: 17 let**

Petra je 29letá žena, u níž byla diagnostikována mentální anorexie. Živí se modelingem.

Petra trpěla mentální anorexií od svých 17 let. Za počátek svého onemocnění považuje období, v němž se jí naskytla pracovní příležitost v oblasti modelingu, v němž už se profesně pohybovala. V té době vážila 50 kg. Práce v modelingu byla odjakživa Petřiným velkým snem, ale již od dětství byla přirozeně štíhlá, a proto své míry nikdy nemusela až tak bedlivě střežit. Tato pracovní příležitost byla ale pro Petru natolik důležitá a její pravidla pro tělesné proporce ucházejících se modelek natolik striktní, že Petra rapidně omezila příjem potravy. Uvádí, že často nezkonsumovala žádné jídlo až celý týden a neustále hlídala své míry. Vyčerpání ignorovala a v hladovění pokračovala.

Po několika měsících se snížila Petřina tělesná hmotnost na pouhých 41 kg, čehož si všimla její matka. „Souhlasila jsem tedy s nutností léčby a začala se pravidelně účastnit terapií u psychologa, kde jsem si teprve svůj problém uvědomila a pracovala na jeho nápravě,“ uvádí Petra. Dále mluví o léčbě jako o úspěšné a nepředpokládá možné problémy s příjmem potravy i ve své budoucnosti. Na závěr Petra uvádí: „Po prodělané nemoci si sama sebe více vážím, ale jsem touto skutečností ovlivněná ve směru přetrvávající nadměrné sebekontroly a sebekritiky.“ Nicméně s prací v modelingu pokračuje i nadále.

Jako hlavní faktor vzniku své mentální anorexie Petra uvádí potřebu být v modelingu nejlepší podmíněnou konkrétní pracovní příležitostí, která měla velice striktní požadavky na míry modelek, jež se Petra rozhodla splnit.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa, která byla dle Petřiných slov úspěšná a konečná.

### **Případová studie č. 5**

**Alice, žena, 22 let, diagnostikována mentální anorexie a mentální bulimie**

**Výška 175 cm, současná váha 58 kg**

**Současný BMI: 18,94 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 38 kg**



**Nejvyšší dosažená váha: 60 kg**

**Délka onemocnění: 2 roky**

**Věk vzniku onemocnění: 16 let**

Alice je 22letá žena s diagnózou mentální anorexie a pozdější diagnózou mentální bulimie.

Mentální anorexií trpěla Alice od svých 16 let. Počátek své nemoci datuje do doby, kdy nastoupila na střední školu. Jako důvod ale neuvádí problémy ve škole či se spolužáky, ale touhu stát se modelkou. Ve svých 16 letech, kdy se díky pubertě její tělo měnilo, si začala uvědomovat rozdíly mezi svým vzhledem a vzhledem žen z reklam a časopisů. Pod neustálým vlivem těchto skutečností se u ní projevila touha stát se také dokonalou a v té době začala toužit po životní dráze v oblasti modelingu. V této době, tedy ve zmíněných 16 letech, vážila Alice 47 kg. Od té doby se ale její tělesná váha začala rychle a výrazně snižovat. Alice začala pečlivě hlídat, co jí, kolik toho jí, a jak se to projeví na její postavě. „Každý den jsem měřila své míry, vážila se a vše si zapisovala,“ uvádí Alice. Protože se ale její váha nesnižovala, jak si přála, začala porce zmenšovat na minimum či je zcela vynechávat. Postupně ztrácela zájem stýkat se se svými kamarády, až se s nimi přestala vídat na dobro. Přestože do té doby měla dobrý vztah se svými rodiči a sestrou, najednou začala vážnout komunikace i zde. Silné emoce vyvolané velkým vyčerpáním přestala zvládat a ze vzteku na sebe samotnou se naopak začala přejídat a zkonsumované jídlo poté pravidelně zvracet. Za půl roku ztratila Alice na váze natolik, že její váha byla v necelých 17 letech 38 kg.

Rodina si všimla zvláštního chování a naprostého stranění se kolektivu Alice a rozhodla se pro okamžitou léčbu. „Má léčba trvala rok a půl a sestávala z pravidelných terapií s psychologem a posléze i psychiatrem. Zde mi byly diagnostikovány mentální anorexie vyústěná v mentální bulimii,“ popisuje Alice. Součástí léčebného procesu bylo sestavení doporučeného jídelníčku, který měla Alice přesně dodržovat, a zkonsumované potraviny si zaznamenávat do deníku. Psychiatr se rozhodl nepředepisovat Alici žádné medikamenty. Léčba byla řádně ukončena, ale Alice ji nepovažuje za úspěšnou. Přesto, že ví, že její nemoci vyléčené nebyly, rozhodla se žádnou další léčbu nepodstupovat a modelingu se věnuje nadále. Přesto, že Alice se dle svých slov dnes cítí zdravá, předpokládá v budoucnosti recidivu a přiznává, že na jídlo a jeho kalorickou hodnotu neustále myslí.

Jako hlavní faktor vzniku své mentální anorexie a později mentální bulimie Alice uvádí touhu po práci modelky.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa a psychiatra bez užívání medikamentů. Léčba dle slov Alice úspěšná nebyla, žádnou další podstoupit nehodlá.

### **Případová studie č. 6**

**Tereza, žena, 33 let, diagnostikována mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání**

**Výška 167 cm, současná váha 60 kg**

**Současný BMI: 21,51 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 40 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 60 kg**

**Délka onemocnění: 5 let**

**Věk vzniku onemocnění: 15 let**

Tereza je 33letá žena působící jako administrativní pracovnice v nadnárodní společnosti s diagnózou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání.

Mentální anorexií začala Tereza trpět ve svých 15 letech. Jako počátek své nemoci uvádí období svého dospívání, kdy začala přibírat na váze, ale tělo její blízké kamarádky zůstávalo stejné, štíhlé. V Tereze tato skutečnost vzbuzovala touhu vypadat stejně jako kamarádka a zároveň smutek a pocit křivdy a nespravedlnosti. Ve svých 15 letech nerozuměla, proč ona tloustne a musí začít přemýšlet, co jí a v jakém množství, kdežto kamarádka se v konzumaci jídla nemusí nijak omezovat. Jako další příčinu Tereza uvádí rozchod s přítelem, který považovala za následek její měnící se a tedy v jejích očích už nepřitažlivé podoby. Ve svých 15 letech Tereza vážila 48 kg. Poté se ale její váha začala snižovat. Důvodem bylo časté odepírání jídla, které se postupem času změnilo v přejídání a následné zvracení. Tereza se s kamarádkou přestala stýkat a jiné přátele ani nevyhledávala. Neměla potřebu seznamovat se s někým novým. „Do školy jsem chodila jen z donucení a nešťastná a hned po škole jsem spěchala domů, abych se mohla zavřít ve svém pokoji,“ uvádí Tereza.

Tereza trpěla svými poruchami příjmu potravy až do svých 20 let, přesto trvalo celé 4 roky, než začaly být její výkyvy nálad, naprostá nekomunikace s okolím a vyhublá postava podezřelé její rodině. Na skutečnost, že má Tereza problém, přišla její rodina v jejích 19 letech při váze 40 kg. Poté Tereza podstoupila léčbu formou sezení u psychiatra, který jí diagnostikoval mentální anorexii vyústěnou v mentální bulimii, kterou ještě později nahradilo záchvatovité přejídání. Medikamenty jí navrženy nebyly. Přestože léčba je již 13 let ukončena, Tereza říká: „Stále si nejsem jistá, zda byla má léčba úspěšná.“ Z tohoto důvodu se samozřejmě recidivy obává. Uvádí, že se stále ve stravování hlídá, dnes je její váha již stabilní.

Jako hlavní faktor vzniku své mentální anorexie, později mentální bulimie a záchvatovitého přejídání Tereza uvádí touhu vypadat jako blízká přítelkyně a rozchod s partnerem.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychiatra bez užívání medikamentů. Tereza není schopna potvrdit, jestli léčba byla úspěšná.

### **Případová studie č. 7**

**Klára, žena, 20 let, diagnostikována mentální bulimie**

**Výška 163 cm, současná váha 63 kg**

**Současný BMI: 23,71 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 40 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 63 kg**

**Délka onemocnění: 2 roky**

**Věk vzniku onemocnění: 15 let**

Klára je 20letá žena a studentka vysoké školy s diagnózou mentální bulimie.

Mentální bulimií začala Klára trpět ve svých 15 letech v období, kdy se její rodiče rozešli a bylo zahájeno rozvodové řízení. Za hlavní příčinu ale považuje vnímání sebe sama. Klára uvádí, že byla ve svých 15 letech hodně silná, vážila 60 kg. Přestože ze své váhy byla nešťastná a přála si být štíhlejší, nedokázala si odepřít jídlo. Z pocitu provinění tedy po každém jídle začala zvracet. Uvádí, že se jí poté vždy alespoň trochu ulevilo, protože měla pocit, že pro tělo to v podstatě znamená, jako kdyby nic nesnědla.

Za rok ztratila Klára 20 kg, takže ve svých 16 letech vážila 40 kg. Že něco není v pořádku napadlo kamarádku, která si všimla Klářina velkého úbytku tělesné hmotnosti v šatně před tělocvikem. Tuto skutečnost sdělila svým rodičům, kteří Klářinu rodinu ihned informovali. Poté se Klára začala léčit. „Docházela jsem na pravidelná sezení k psychologovi, bohužel se ale ve finále ukázalo, že neúspěšně,“ uvádí Klára. Klářina matka se tedy rozhodla pro další léčbu, tentokrát za pomoci psychiatra. Tato léčba již byla dle dnešních Klářiných slov úspěšná a ona přestala zvracet a začala přibírat na váze. Dnes uvádí „Myslím si, že jsem dnes zdravá a nepřemýšlím o návratu nemoci v budoucnu.“ Na závěr Klára dodává: „Porucha mě poznamenala na celý život.“ Za hlavní faktor vzniku své mentální bulimie Klára považuje vlastní nespokojenost se svou postavou a rozpad do té doby spokojené rodiny rozvodem rodičů.

V závěru lze konstatovat léčbu psychologem a psychiatrem. Druhou léčbu prohlašuje Klára za úspěšnou.

### **Případová studie č. 8**

**Lenka, žena, 24 let, diagnostikována mentální anorexie a mentální bulimie**

**Výška 165 cm, současná váha 52 kg**

**Současný BMI: 19,1 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 35 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 55 kg**

**Délka onemocnění: 2 roky**

**Věk vzniku onemocnění: 16 let**

Lenka je 24letá žena a studentka vysoké školy, u níž byla diagnostikována mentální anorexie a později mentální bulimie.

Mentální anorexie se v případě Lenky projevila v jejích 16 letech. V té době vážila 55 kg. Lenka zrovna přestoupila na víceleté gymnázium, kde byl již kolektiv utvořený, a ona si jako nová osoba v něm nenašla své místo. Její spolužáci si ji dobírali tím způsobem, že nevhodně upozorňovali na její tělesnou hmotnost a vzhled. Lenka se tedy začala stranit okolí, které ji beztak nechtělo přijmout. O problémech odmítala hovořit s rodinou i s bývalými spolužáky, s nimiž později začala ztrácet kontakt. Začala trávit

maximum času zavřená ve svém pokoji, kde neustále přemýšlela nad svou váhou a možným řešením. Domnívala se, že čím méně jídla bude přijímat, tím více se její váha sníží, a proto začala snižovat denní příjem potravy na minimum. „Doma jsem tvrdila, že chodím na obědy ve škole, kde si také kupuji dopolední svačinu, ale nic z toho jsem doopravdy nedělala. Večeři jsem se ve většině případů snažila odbýt slovy, že nemám hlad,“ uvádí Lenka. Takto to pokračovalo několik měsíců, až matka všimla, že Lenka málo jí, a jídlo jí v podstatě začala nutit a jeho skutečnou konzumaci kontrolovat. Poté se Lenka rozhodla, že pokud skutečně jíst musí, potrava poté musí nutně ven. V té době začala pozřenou potravu zvracet. Ve svých 17 letech nakonec Lenka vážila 35 kg.

V té době zasáhla opět matka a Lenka byla donucena navštěvovat psychologa na pravidelných sezeních, kde jí byla diagnostikována mentální anorexie později nahrazená mentální bulimií. Léčbu řádně dokončila, ale přesto ji za úspěšnou nepovažuje a tvrdí: „Jsem přesvědčená, že se v budoucnu opět budu muset s poruchami příjmu potravy potýkat.“

Jako hlavní faktor vzniku své mentální anorexie a později mentální bulimie Lenka uvádí negativní poznámky okolí, konkrétně nových spolužáků.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa. Léčba dle slov Lenky úspěšná nebyla, žádnou další podstoupit nehodlá.

### **Případová studie č. 9**

**Martina, žena, 23 let, diagnostikovaná mentální anorexie a mentální bulimie**

**Výška 160 cm, současná váha 50 kg**

**Současný BMI: 19,53 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 37 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 55 kg**

**Délka onemocnění: 3,5 roku**

**Věk vzniku onemocnění: 16 let**

Martina je 23letá žena a studenta vyšší odborné školy s diagnózou mentální anorexie a mentální bulimie.

Martina začala trpět mentální anorexií ve svých 16 letech. Toto období bylo kritické z toho důvodu, že do té doby štíhlá postava Martiny se začala měnit. Zvětšily se boky, stehna, hýždě. Tuto skutečnost začali nevhodně komentovat spolužáci, podle slov Martiny především chlapci. V té době byla Martina tělesná váha na 55 Kg. „Začala jsem se hodně stydět, záměrně jsem vynechávala hodiny tělocviku, kde bylo třeba se převlékat,“ popisuje Martina. Postupně se přestávala vídat s kamarádkami, které se jí z počátku snažily často kontaktovat. Tuto snahu ale po několika měsících nulové odezvy ze strany Martiny vzdaly. Martina si vždy našla nějakou výmluvu, proč s nikým nemůže jít ven ani s ním mluvit. Také se jí zhoršily výsledky ve škole, které byly do té doby naprosto bez problému. Všechno bylo zapříčiněno skutečností, že Martina nemyslela na nic jiného, než kolik zrovna váží, a jak tuto váhu ještě snížit. „Pečlivě jsem hlídala, co jím a velikost porcí, které sním,“ uvádí Martina. Dále postupně přestávala jíst, až na rodinné večeře, které celá rodina uskutečňovala pohromadě, a tak se Martina bála možného odhalení. Aby se mohla vyvarovat i večeřím, začala si Martina vymýšlet nevolnost či povinnosti do školy. O letních prázdninách, které celá Martinina rodina trávila spolu, a na nichž byl brán větší zřetel na konzumaci veškerého jídla pohromadě, už ale Martina neměla možnost své hladovění utajit. Začala se tedy do jídla nutit, z čehož ale měla takové výčitky svědomí, že pozřenou potravu vždy zase neprodleně vyzvracela.

Častých odchodů na záchod bezprostředně po jídle si všimla Martinina sestra, která informovala matku. V té době již Martina vážila 37 kg. Poté započala léčba, která trvala 1,5 roku a zahrnovala sezení u psychologa a následně i psychiatra. Martina se snažila spolupracovat, léky odmítala. Po ukončení léčebných sezení ale Martina prohlašuje: „Myslím si, že léčba nebyla úspěšná, a proto se samozřejmě bojím, že se objeví i v budoucnosti.“ Uvádí, že i dnes se velice přísně hlídá ve stravování a stále pociťuje výčitky svědomí, když zkonsumuje větší množství potravy.

Jako hlavní faktor vzniku své mentální anorexie a později mentální bulimie Martina uvádí nevhodné a bolestné poznámky spolužáků, především chlapců.

V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa a psychiatra bez užívání medikamentů. Léčba dle slov Martiny úspěšná nebyla, žádnou další podstoupit nehodlá.

### **Případová studie č. 10**

**Iveta, žena, 22 let, diagnostikována mentální anorexie**

**Výška 172 cm, současná váha 63 kg**

**Současný BMI: 21,3 (norma)**

**Nejnižší dosažená váha: 44 kg**

**Nejvyšší dosažená váha: 65 kg**

**Délka onemocnění: 1,5 roku**

**Věk vzniku onemocnění: 15 let**

Iveta je 22letá žena a studentka vysoké školy s diagnózou mentální anorexie.

Mentální anorexií začala Iveta trpět ve svých 15 letech. V té době vážila 48 kg. Jako jediná z celého výzkumného šetření uvádí: „Má nemoc nebyla způsobena a zapříčiněna žádnou okolností.“ Nemoc měla v jejím případě trvání 1,5 roku. Po této době Ivetina váha klesla na 44 kg, čehož si všimla matka a zasáhla.

Iveta se se svou mentální anorexií léčila jedenkrát a to konkrétně pravidelnými terapiemi u psychologa. Léčbu řádně ukončila a prohlašuje ji za úspěšnou. Dnes se cítí zdravá a zavrhuje jakoukoliv možnost recidivy. Dokonce uvádí: „Prodělání mentální anorexie mě nijak nepoznamenalo do budoucnosti.“

Faktor vzniku své mentální anorexie Iveta neuvádí žádný a je přesvědčená, že žádný nebyl.

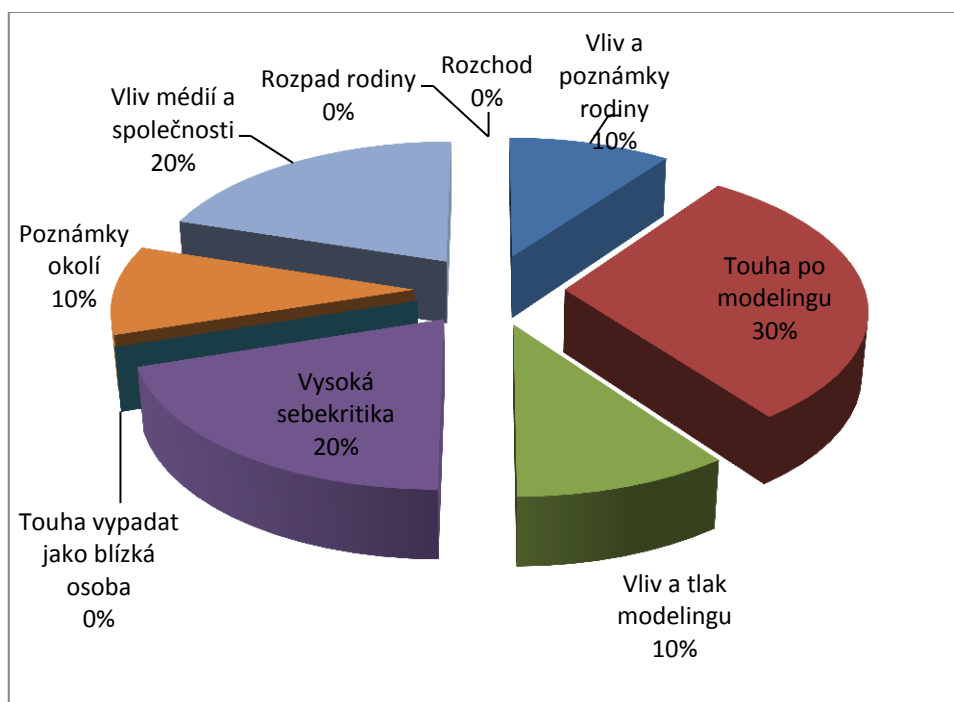
V závěru lze konstatovat léčbu u psychologa, která byla dle slov Ivety úspěšná.

## 9. RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### a) Skupina pracující v oblasti modelingu

Jméno	Vliv a poznámky rodiny	Touha po modelingu	Vliv a tlak modelingu	Vysoká sebekritika	Touha vypadat jako blízká osoba	Poznámky okolí	Vliv médií a společnosti	Rozpad rodiny	Rozchod
A1	ZF	N	N	N	N	ZF	N	N	N
H	N	ZF	N	ZF	N	N	ZF	N	N
R	N	ZF	N	ZF	N	N	N	N	N
P	N	N	ZF	N	N	N	N	N	N
A2	N	ZF	N	N	N	N	ZF	N	N

A1 – Alena, H – Hana, R – Radka, P – Petra, A2 – Alice, N – neuvádí, **ZF** – závažný faktor

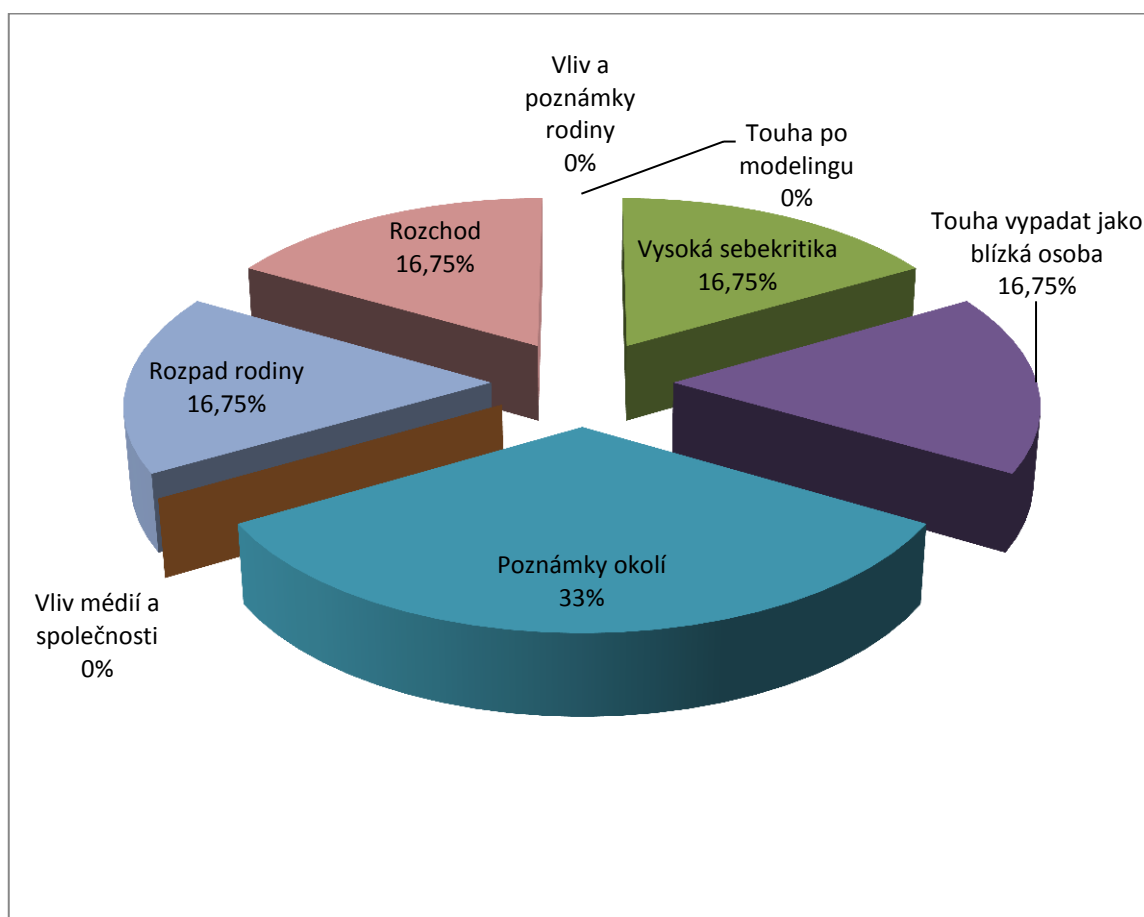




### b) Skupina pracující mimo oblast modelingu

Jméno	Vliv a poznámky rodiny	Touha po modelingu	Vysoká sebekritika	Touha vypadat jako blízká osoba	Poznámky okolí	Vliv médií a společnosti	Rozpad rodiny	Rozchod
T	N	N	N	ZF	N	N	N	ZF
K	N	N	ZF	N	N	N	ZF	N
L	N	N	N	N	ZF	N	N	N
M	N	N	N	N	ZF	N	N	N
I	N	N	N	N	N	N	N	N

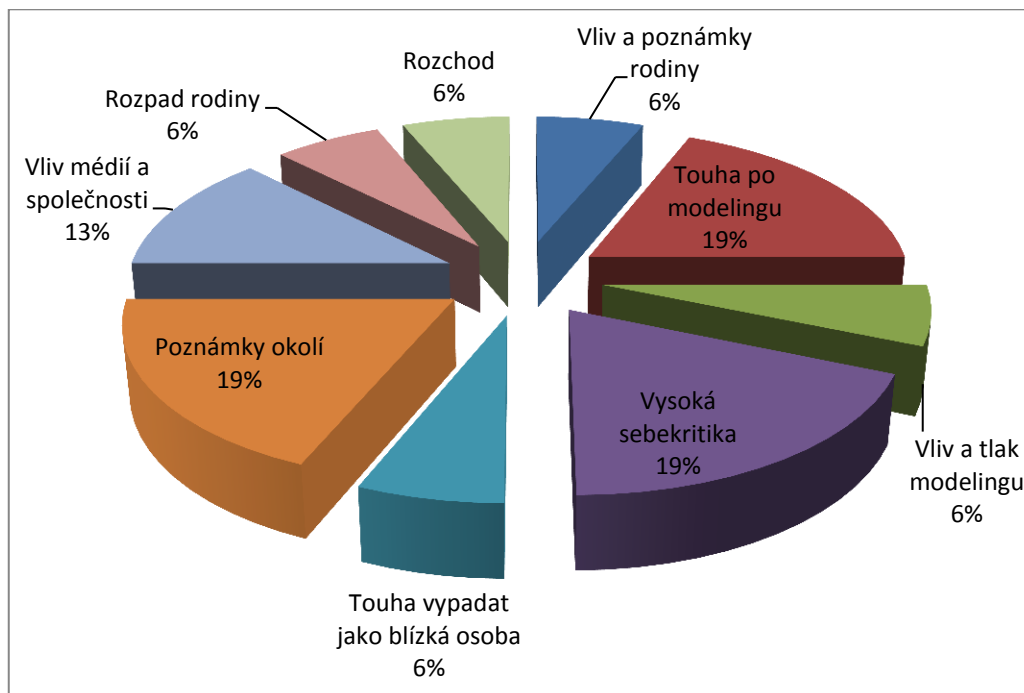
T – Tereza, K – Klára, L – Lenka, M - Martina, I – Iveta, N – neuvádí, ZF – závažný faktor



c) Souhrn obou skupin

Jméno	Vliv a poznámky rodiny	Touha po modelingu	Vliv a tlak modelingu	Vysoká sebekritika	Touha vypadat jako blízká osoba	Poznámky okolí	Vliv médií a společnosti	Rozpad rodiny	Rozchod
A1	ZF	N	N	N	N	ZF	N	N	N
H	N	ZF	N	ZF	N	N	ZF	N	N
R	N	ZF	N	ZF	N	N	N	N	N
P	N	N	ZF	N	N	N	N	N	N
A2	N	ZF	N	N	N	N	ZF	N	N
T	N	N	N	N	ZF	N	N	N	ZF
K	N	N	N	ZF	N	N	N	ZF	N
L	N	N	N	N	N	ZF	N	N	N
M	N	N	N	N	N	ZF	N	N	N
I	N	N	N	N	N	N	N	N	N

A1 – Alena, H – Hana, R – Radka, P – Petra, A2 – Alice, T – Tereza, K – Klára, L – Lenka, M – Martina, I – Iveta, N – neuvádí, **ZF** – závažný faktor



Na závěr celého výzkumu je nutné zdůraznit a zhodnotit získané informace ohledně hlavního tématu, kterým jsou rizikové faktory poruch příjmu potravy.

Zkoumaný vzorek byl tvořen 10 respondenty, z nichž 5 pracuje v oblasti modelingu a 5 jich působí mimo tento obor. Tyto dvě oblasti byly zkoumány z důvodu, že modeling je obecně považován za možný spouštěcí faktor poruch příjmu potravy pro osoby, které v něm působí. Celkovým záměrem tedy bylo ukázat kontrast mezi těmito dvěma zmiňovanými skupinami ohledně problematiky poruch příjmu potravy.

Výsledek byl tedy nasnadě. Před zahájením celého výzkumu bylo předpokládáno, že převážná většina respondentů z oblasti modelingu bude shodně uvádět za svůj rizikový faktor práci v tomto oboru a touhu uspět v něm. Na druhé straně skupina, která se oblastí modelingu nijak nezabývá, bude uvádět různé životní události.

Předpoklad učiněný před realizací výzkumu byl tedy splněn.

Většina respondentů shodně tvrdí, že léčbu považují za úspěšnou a neobávají se návratu své poruchy příjmu potravy. Nad tímto tvrzením je třeba se zamyslet a považovat jej především za subjektivní názor jednotlivých dotazovaných.

Pokud ale vezmeme v potaz čísla, konkrétně současný výpočet BMI u jednotlivých respondentek, výsledky prokazují, že váha se v budoucnu dostává do normy spíše u osob nevěnujících se modelingu. Data získaná během osobních rozhovorů vykazují, že 4 z 5 respondentek pracujících v oboru modelingu ještě dnes trpí podváhou. Všech 5 respondentek ze skupiny mimo modeling je dnes váhově v normě.

Ale i přes subjektivní pocity zúčastněných osob i fakta vycházející z výpočtů BMI, je skutečně možné takovéto nemoci zcela vyléčit?

Především v oblasti modelingu je totiž zřejmé, že tlak vyvíjený na fyzický vzhled dívek je skutečný a není pouze subjektivním pocitem. Navíc je tento tlak permanentní, ať už ze strany modelingových agentur, klientů či vlivem konkurence, v tomto případě tedy jiných modelek.

Naštěstí ne všechny modelingové agentury požadují po svých modelkách snižování tělesné váhy do až nezdravé podoby. V současné době se totiž situace kolem poruchy příjmu potravy u dívek věnujících se modelingu natolik mediálně řeší, že tyto agentury

dle mého názoru raději přehodnotí své nároky ohledně hmotnosti svých svěřenkyň. Bohužel ale není možné říct, že v tomto ohledu rozumné agentury tvoří 100 % celku.

A pokud pomineme požadavky modelingových agentur, stále musíme vnímat výše zmiňované nároky jednotlivých klientů, kteří si modelky najímají a ve většině případů nejsou moc shovívaví.

A v neposlední řadě je nutné zmínit vliv konkurence, který je zásadní.

Tyto aspekty působící a ovlivňující vznik poruchy příjmu potravy samozřejmě nezlehčují možnost onemocnění u osob působících mimo oblast modelingu. Na druhou stranu osoby, které se modelingu nevěnují, si pocity, které vyvolávají eventualitu onemocnění, vsugerují či jsou ovlivněny konkrétní životní událostí, což je nepředvídatelný aspekt, který se může stát každému bez ohledu na cokoliv, ať už modelce či jiné osobě.

Jednoduše řečeno, pokud pracujete v průmyslu, jehož podstatou, alfou a omegou je vzhled, procento rizika onemocnění poruchou příjmu potravy je daleko vyšší, než pokud se člověk v tomto oboru nepohybuje.

## ZÁVĚR

Diplomová práce řeší téma rizikových faktorů poruch příjmu potravy. Cílem práce bylo podat kompletní přehled základních informací o jednotlivých dnes známých poruchách příjmu potravy s konkrétním zaměřením na rizikové faktory, které tyto nemoci ovlivňují. Celá práce se skládá z teoretické a praktické části. Počátek teoretické části zpracovává charakteristiky jednotlivých poruch spolu s jejich příznaky a následky. Další část se věnuje historii všech zmíněných poruch. Následující oddíl je zásadní, protože pojednává o tématu celé práce, tedy příčinách poruch příjmu potravy a věnuje se jednotlivým faktorům. Dále je v diplomové práci rozebíráno téma léčby a jednotlivých možností, jak se v případě postižení poruchou příjmu potravy uzdravit. Předposlední kapitola teoretické části celé práce se věnuje příběhu panenky Barbie, který je použit za účelem demonstrace nebezpečného vlivu na dospívající děti a v jeho důsledku potencionální možnosti jejich onemocnění. Poslední kapitola se skládá z jednotlivých příběhů slavných osobností, kteří se s některou z poruch příjmu potravy potýkali.

Po teoretické části následuje část praktická, která byla věnována výzkumu. Tento výzkum byl založen na osobních polostrukturovaných rozhovorech. Cílem této části bylo dokázat, zda osoby pracující v oblasti modelingu jsou pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy náchylnější než osoby působící mimo tento obor. Jednoduše řečeno, praktická část měla dokázat, zda je možné považovat práci v modelingu za rizikový faktor.

Na závěr celé práce je možné říct, že cíl byl splněn.

Průběh tvorby diplomové práce a její výsledná podoba byly podloženy knižními a internetovými zdroji.

## POUŽITÁ LITERATURA:

### Odborné knihy:

BENEŠOVÁ, Dagmar, MIČOVÁ, Lenka. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Vyd. 1. Praha: Sdružení MAC, spol. s. r. o. 2003. 31 s. ISBN 80-86015-91-2.

CASSUTO, Dominique-Adèle, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera hubnout: Rady pro rodiče dospívajících dívek*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4.

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Pragma. 1998. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.

ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

FRAŇKOVÁ, Slávka. *Výživa a psychické zdraví*. Vyd. 1. Praha: ISV-Nakladatelství. 1996. 271 s. ISBN 80-85866-13-7.

HALL, Lindsey; COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. Vyd. 1. Brno: Era Group spol. 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.

JACKSON, Eve. *Jídlo a proměna*. Vyd. 1. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, s. r. o. 2004. 136 s. ISBN 80-85880-37-7.

KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. r. o. 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 2000. 120 s. ISBN 80-7169-946-2.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, s. r. o. 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI MASARYK UNIVERSITY, CZECH REPUBLIC. *Addiction a rating disorders neurobiology and comorbidities*. Vyd. 1. Brno: Office of the Czech Republic Government. 2007. 75 s. ISBN 978-80-87041-18-5.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

RABOCH, Jiří, AVERS, Martin, PRAŠKO, Ján, HELLEROVÁ, PAVLA. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Vyd. 1. Praha: Infopharm, a.s. 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.

SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLADKÁ-ŠEVČIKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. r. o. 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

### **Internetové zdroje:**

BURIANOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy [online]. c2007, poslední revize 2007 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://is.muni.cz/th/156098/fsp\\_b/Bachelory\\_work\\_Eva\\_Burianova\\_156098.txt](http://is.muni.cz/th/156098/fsp_b/Bachelory_work_Eva_Burianova_156098.txt)>.

Seriál Blesk.cz – Slavné anorektičky: I hvězdy se trápí hlady [online]. c2011, poslední revize 2011 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-osudy/160008/serial-blesk-cz-slavne-anorekticky-i-hvezdy-se-trapi-hlady.html>>.

SÜSSOVÁ, Veronika. Využití sociální práce při práci s lidmi s poruchami příjmu potravy [online]. c2009, poslední revize 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://is.muni.cz/th/219992/fss\\_b/Sussova\\_bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/219992/fss_b/Sussova_bakalarska_prace.pdf)>.

ICM NIDM MŠMT. Poruchy příjmu potravy – charakteristika [online]. c2005, poslední revize 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.nicm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>>.



INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ MASARYKOVA UNIVERZITA.

Sexualita u nemocných s psychickými poruchami [online]. c2007, poslední revize 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=hypertextova-ucebnice--behavioralni-syndromy--poruchy-prijmu-potravy>>.

Poruchy příjmu potravy [online]. c2009, poslední revize 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://wilhemina.wordpress.com/2010/02/22/499/>>.

Osobnosti.cz [online]. c2002, poslední revize 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://zivotopis.osobnosti.cz/leslie-twiggy-hornby-i.php>>.

KOLAŘÍKOVÁ, Vendula. Mentální anorexie [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Hz2rQ-YCRiWJ:www.gyrec.cz/drupal/files/mentalni%2520anorexie.pdf+Tento+nepom%C4%9Br+mezi+pohlav%C3%ADmi+t%C3%BDkaj%C3%ADc%C3%AD+se+onemocn%C4%9Bn%C3%AD+ment%C3%A1ln%C3%AD+anorexi%C3%AD&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEEShxNWCbPwkoUUNJkHY\\_aTKQMmqoUMNCn9yuMaK656Cmr-aPPX0\\_YJBdXjoy13vpWvcqn4kmL\\_ps5oj\\_C1LU3qcgYZ-5uQd3NgO5Xs5yGu3snPzsWH6DcWW8qACD7HY55WsobR8k&sig=AHIEtbQmbhMGGFax68TUcRFRXyXy9p3TSw](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Hz2rQ-YCRiWJ:www.gyrec.cz/drupal/files/mentalni%2520anorexie.pdf+Tento+nepom%C4%9Br+mezi+pohlav%C3%ADmi+t%C3%BDkaj%C3%ADc%C3%AD+se+onemocn%C4%9Bn%C3%AD+ment%C3%A1ln%C3%AD+anorexi%C3%AD&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEEShxNWCbPwkoUUNJkHY_aTKQMmqoUMNCn9yuMaK656Cmr-aPPX0_YJBdXjoy13vpWvcqn4kmL_ps5oj_C1LU3qcgYZ-5uQd3NgO5Xs5yGu3snPzsWH6DcWW8qACD7HY55WsobR8k&sig=AHIEtbQmbhMGGFax68TUcRFRXyXy9p3TSw)>.

PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

Příznaky a následky anorexie [online]. c2007, poslední revize 29. srpna 2007 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

BURDOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy – ženy versus muži [online]. c2009, poslední revize 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

KAVENSKÁ, Veronika. Bulimie: Život na kolotoči přejídání [online]. c2009, poslední revize 5. června 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

ICM NIDM MŠMT. Prevence poruch příjmu potravy [online]. c2005, poslední revize 2005 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

PAULÍČKOVÁ, Eva. Orthorexia Nervosa: Patologické zaujetí zdravým stravováním [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<

Drunkorexie, manorexie a diabolimie – noví strašáci [online]. c2010, poslední revize 14. září 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://clanky.vareni.cz/drunkorexie-manorexie-a-diabulimie-novi-strasaci/>>.

Když se strava vymkne z rukou [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22].

Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.wellnessnoviny.cz/clanek/kdyz-se-strava-vymkne-z-rukou/>>.

KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. c2002, poslední revize 2009 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251)>.

Historie PPP [online]. c2009, poslední revize 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.hubnuti4you.cz/117-historie-ppp.html>>.

Historie mentální anorexie [online]. c 2011, poslední revize 2011 [cit. 2012-03-22].

Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.pro-ana.ic.cz/historie.html>>.

Poruchy příjmu potravy [online]. c2008, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22].

Dostupné na World Wide Web:

<<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?id=9657>>.

Historie panenky Barbie – jak to začalo? [online]. c2005, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://barbie.unas.cz/historie1.html>>.

Životopis – Twiggy [online]. c2008, poslední revize 15. února 2008 [cit. 2012-03-22].

Dostupné na World Wide Web:

<<http://scarychild.blog.cz/0802/zivotopis-twiggy>>.

Twiggy – dívka, která navždy změnila svět modelingu [online]. c2012, poslední revize 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.stream.cz/video/493701-twiggy-divenka-ktera-navzdy-zmenila-svet-modelingu>>.

NĚMEČKOVÁ, Jitka. Zajímavosti [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://anorexie.unosoft.cz/zajimavosti.php>>.

Barbie ve skutečné velikosti je hnusná [online]. c2011, poslední revize 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://tn.nova.cz/red/drsny-svet/barbie-ve-skutecne-velikosti-je-hnusna.html>>.

ŠEVELOVÁ, Irena. Ortorexie – posedlost zdravým životním stylem [online]. c2011, poslední revize 2011 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a365-Ortorexie-posedlost-zdravym-zivotnim-stylem.aspx>>.

RIEDLOVÁ, Alena. Občanské sdružení Anabell (poruchy příjmu potravy) [online]. c2007, poslední revize 2007 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://is.muni.cz/th/110348/ff\\_b/Anabell.txt](http://is.muni.cz/th/110348/ff_b/Anabell.txt)>.

CHLANOVÁ, Jana. Případová studie [online]. c2011, poslední revize 20. ledna 2011 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<[http://kisk.phil.muni.cz/wiki/P%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1\\_studie](http://kisk.phil.muni.cz/wiki/P%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1_studie)>.

KARÁSKOVÁ, Ludmila. Poruchy příjmu potravy [online]. c2010, poslední revize 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PhjCH6oVdEoJ:theses.cz/id/n6hoq4/84176-630231843.doc+p%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1+studie+poruchy+p%C5%99%C3%ADjmu+potravy&cd=9&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>>.

BRATMAN, Steven. Original orthorexia essay [online]. c2010, poslední revize 2. června 2010 [cit. 2012-03-22]. Dostupné na World Wide Web:

<<http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>>.

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha I**                      Přepis rozhovoru s Alenou

# PŘÍLOHY

## Příloha I

### Přepis rozhovoru s Alenou

**Jméno:** Alena

**Současná váha:** 55 Kg

**Současná výška:** 174 cm

**Nejnižší dosažená váha:** 36 Kg

**Nejvyšší dosažená váha:** 56 Kg

**1. Pracujete v oblasti modelingu?**

Ano. Modelingem se živím od svých 19 let. V době, kdy jsem začala pracovat jako modelka, jsem vážila 45 Kg.

**2. Kolik Vám je let?**

Je mi 25 let.

**3. Jakou poruchou příjmu potravy trpíte/ jste trpěla?**

Trpěla jsem mentální anorexií.

**4. Jak dlouho trvá/ trvala Vaše porucha příjmu potravy?**

Mentální anorexií jsem trpěla celkem 7 let.

**5. Kolik let Vám bylo, když se Vaše porucha příjmu potravy objevila?**

V té době mi bylo 16 let.

**6. Měl vznik Vaší poruchy příjmu potravy souvislost s nějakou životní událostí?**

Určitě. Řekla bych, že mé problémy s anorexií začaly v mé pubertě, protože v tu dobu jsem začala hodně přibírat. Když jsem vážila 56 Kg, tak jsem se rozhodla něco se sebou dělat. Hlavním důvodem bylo, že si mě dobírala má rodina, která

mi říkala, že jsem tlustá a podobně a také se mi posmívali noví spolužáci na střední škole, kam jsem zrovna nastoupila do prvního ročníku. Tak jsem se prostě snažila jíst co nejméně. Také jsem se každý den vážila a měřila. Pak jsem se teprve své rodině začala líbit, najednou mě chválili, a tak jsem si řekla, že budu pokračovat. Dalším problémem byl určitě začátek práce v modelingu. Nestíhala bych se pořádně najíst, ani kdybych chtěla. Navíc jsem kolem sebe stále viděla ostatní modelky, které byly krásně štíhlé. Došlo to tak daleko, že za celý den jsem si dovolila sníst například jen jedno jablko. Nakonec jsem vážila 36 Kg. Ale mého stavu si nikdo nevšiml, nebo ho alespoň nijak neřešil.

### **7. Léčila jste se?**

Byla jsem tak vyčerpaná, že jsem zkolabovala, a tak jsem byla hospitalizována v nemocnici. Tam jsem byla 10 dní, dokud nebyl můj stav stabilní. Personál této nemocnice se ke mně ale choval hrozně. Pořád mi říkali, že jsem blázen a podobně. Proto jsem se rozhodla z nemocnice odejít. Pak jsem se na 3 měsíce odstěhovala do Číny a zkrátka jsem se snažila vyléčit sama. Nechtěla jsem k žádnému psychologovi, protože by mi stejně nepomohl a léky od psychiatra jsem nechtěla už vůbec. V Číně jsem přestala s modelingem, nebo alespoň do té doby, než jsem se vrátila domů do České republiky. Udělala jsem si vlastní jídelníček a hlídala se, abych se podle něj do puntíku řídila. Proto jsem se uzdravila.

### **8. Pokud ano, kolikrát?**

V podstatě tedy dvakrát.

### **9. Jaký druh léčby jste podstoupila?**

Řekněme hospitalizaci, ale hlavně samoléčbu.

### **10. Myslíte, že léčba byla ve Vašem případě úspěšná?**

Samoléčba ano.

### **11. Domníváte se, že léčba Vaší poruchy příjmu potravy byl konečná a porucha se již v budoucnu neobjeví?**

Ano, stoprocentně. Nevěřím, že bych ještě někdy mohla mít s anorexií problémy.



**12. Jak Vás ovlivnila skutečnost, že jste trpěla poruchou příjmu potravy?**

Anorexie mě poznamenala především v neschopnosti navázání vztahu, nemožnosti vytouženého cestování a zábavy a ztrátě dětství a dospívání v pravém slova smyslu.