

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY - PŘÍPADOVÁ STUDIE
DOSPÍVAJÍCÍHO CHLAPCE A DOSPÍVAJÍCÍ DÍVKY S
DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ ANOREXIE**

Eating disorders - a case study of teenage boy and teenage girl diagnosed with
anorexia nervosa



Magisterská diplomová práce

Autor: Radka Marešová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2013

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma:
„Poruchy příjmu potravy - případová studie dospívajícího chlapce a dospívající dívky s
diagnózou mentální anorexie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího
diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za jeho ochotu a rady, které mi poskytoval v rámci vedení této práce.

„Je nutno jíst, abys žil, ne však žít, abys jedl.“
Jules Laforgue

Obsah

ÚVOD.....	7
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1 STRUČNÁ HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	8
1.2 DEFINICE A DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	9
1.3 PREVALENCE A INCIDENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	11
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	12
1.4.1 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY	13
1.4.2 RODINNÉ FAKTORY.....	14
1.4.3 INDIVIDUÁLNÍ FAKTORY	15
1.4.4 BIOLOGICKÉ FAKTORY	17
1.4.5 RIZIKOVÉ FAKTORY PODLE CLAUDE- PIERRE.....	18
1.5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
1.5.1 TĚLESNÉ KOMPLIKACE	19
1.5.2 PSYCHICKÉ KOMPLIKACE.....	21
1.5.3 KOMPLIKACE KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	22
1.6 TERAPIE POUŽÍVANÉ K LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	23
1.6.1 MOTIVAČNÍ TERAPIE	24
1.6.2 KOGNITIVNĚ- BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	25
1.6.3 PSYCHOANALYTICKÁ A PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE.....	27
1.6.4 RODINNÁ TERAPIE.....	29
1.6.5 TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA TĚLO.....	32
1.6.6 SKUPINOVÁ TERAPIE	33
1.6.7 FARMAKOTERAPIE	37
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ – NĚKTERÉ ROZDÍLY A SPECIFIKA ..	39
2.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ	39
2.2 PREVALENCE A INCIDENCE.....	40
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY	41
2.4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA	45
3 ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOST VE VZTAHU K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY	47
3.1 SMYSL ŽIVOTA	47
3.2 ZDROJE ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOSTI.....	52

3.3	SMYSLUPLNOST VE VZTAHU K DUŠEVNÍ POHODĚ	53
4	TEORETICKO-KRITICKÁ ANALÝZA	55
5	PRAKTICKÁ ČÁST	60
5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	60
5.1.1	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	60
5.1.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	61
5.2	APLIKOVANÁ METODIKA.....	61
5.2.1	TYP VÝZKUMU	61
5.2.2	POUŽITÉ NÁSTROJE.....	62
5.3	ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ.....	63
5.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR A METODY JEHO VÝBĚRU	63
5.5	ANALÝZA DAT, PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	64
6	DISKUSE.....	88
7	ZÁVĚRY	93
	SOUHRN.....	94
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	97
	PŘÍLOHY	

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejzáhadnějších problémů dnešní doby. Je to téma zajímavé jak pro odbornou, tak laickou veřejnost. Média často ukazují drastické fotoreportáže, příběhy dívek (častěji), chlapců a jejich rodin a tyto záběry vyhublých těl lidi něčím přitahují.

Byla vydána řada publikací věnující se této problematice, provedeno mnoho výzkumů, ale jejich stálá hrozba u lidí ve vyspělých společnostech nutí odbornou veřejnost k dalšímu bádání. Odborníci neznají otázku na to, co tyto poruchy způsobuje, neznají způsob, jak účinně je léčit, jaká by měla být následná péče, ani jaká je účinná prevence.

Je paradoxní, že v době a na místech, kde je jídla nadbytek, umírají lidé na následky podvýživy, že jídlo, které by mělo být nástrojem k přežití, se pro některé stává smyslem života. Věřím tomu, že klíčem k porozumění a možnému objevení záhady těchto poruch je jejich další poznávání. Pochopení, co se odehrává v mysli těch, kteří si těmito nemocemi prošli, co jim možná pomohlo, co naopak ublížilo.

Poruchy příjmu potravy byly a stále pro většinu veřejnosti jsou ženskou nemocí. Ale toto onemocnění v mužské populaci stále roste. Zda je tento růst způsoben skutečně častějším výskytem nebo lepší diagnostikou a menší stigmatizací, je stále otázkou.

Hlavním cílem práce je poukázat na to, že mezi muži nejsou poruchy příjmu potravy výjimečný fenomén, že neustálý a rychlý růst počtu mužů, kteří trpí poruchou příjmu potravy, by se měl dostat do podvědomí jako odborné, tak laické veřejnosti a snížit tak míru stigmatizace, která se u takových mužů objevuje.

Dále se zaměřím na fenomén smysluplnosti jako jednoho z faktorů pro dobrou duševní pohodu. Budu se snažit popsat, jak se smysl života mění v souvislosti s tímto onemocněním a zda se vůbec mění.

1 Poruchy příjmu potravy

Cílem teoretické části je seznámení s poruchami příjmu potravy, jejich diagnostikou, výskytem v populaci, riziky, možnostmi léčby, jejich kontextem s pojmem smysluplnost a v neposlední řadě jejich specifiky u mužské populace.

1.1 Stručná historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) bývají často považovány za nemoc, která se vyskytuje novodobě, avšak jejich kořeny jsou v celé historii lidstva. Přesto do seznamu nemocí byly zařazeny až koncem 70. let 20. století (Krch, 2005).

Odmítání potravy a s tím spojené půsty byly součástí života křesťanů, zejména žen, již ve středověku. Pojem *anorexie* lze vypátrat už v antické literatuře, tehdy pod názvem nedostatečná *orexis* (celková únava, vyčerpání, apatie). Tehdy byly příčiny připisovány somatické oblasti. Zpětné pátrání v literatuře zjistilo první dobře popsáný případ anorexie ze 17. století lékařem R. Mortonem. Stav dívky, která trpěla nechutenstvím, amenoreou, emočním rozladěním a objevovaly se u ní mdloby, byl popsán jako *nervové ubytí*. Morton se snažil dívku vyléčit, avšak ta léčbu odmítala a nakonec zemřela.

Do období viktoriánského se na korpulentní ženské tvary pohlíželo jako na symbol bohatství a úspěchu. Ale právě viktoriánská doba znamenala zvrát v pohledu na bohatství a úspěch. Takovým symbolem se stala žena éterická, křehká, která očividně nepracuje. V tomto období se poruchy příjmu potravy začaly vyskytovat a popisovat ve větší frekvenci než doposud. Americký lékař W. S. Chipley tehdy popsal tzv. *sitofobii*, což je chorobné nechutenství. Povšiml si také, že jde o společenský jev, neboť dívky z vyšší společenské vrstvy na sebe upoutávaly tímto způsobem pozornost (Bemporad, 1997).

Termín *mentální anorexie* zavedl do odborné literatury koncem 19. století britský lékař W. Gull. Jeho popis symptomů se výrazně neliší od dnešního (Bemporad, 1997).

Chorobné přejídání je také známé již po staletí. Vyskytovalo se především v bohatších vrstvách společnosti. Pojem *bulimos* se používal už v antice. V 18. století se lékaři nedokázali shodnout, kolik typů bulimie existuje. Obecně platilo podobně jako u anorexie to, že příčiny byly hledány v somatické oblasti a léčba se zaměřovala na „špatné trávení“. Až v roce 1979 psychiatr G. Russell použil termín *bulimia nervosa* u lidí s neovladatelným

nutkáním se přejídat spojeným se strachem z tloušťky a následným vyprazdňováním ať už zvracením, nebo pomocí projímadel (Papežová, 2010).

1.2 Definice a diagnostická kritéria poruch příjmu potravy

V úvodu je třeba zmínit, že PPP jsou multifaktoriální onemocnění, při jehož vzniku a průběhu hraje roli známý bio- psycho-sociální model.

To, jak často jíme, co jíme, jak moc jíme, jak často o jídle přemýšlíme, ovlivňuje naše nálada, naše pocity. Někdy jíme, když jsme smutní, když se nudíme, když jsme veselí, když nemáme hlad, ale prostě chuť. Někdy jíme hodně, někdy zase málo. To všechno může být normální. Pokud se ale jídlo stane naší obsesí, naším smyslem života, něčím, co nás děsí a uklidňuje zároveň, něčím, co není ovlivňováno námi a naší náladou, ale co nás a naši náladu ovlivňuje, pak se objevuje PPP (Kittleson & Kramer, 2005).

PPP se dělí na základní tři – mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB) a záchvatovitě přejídání. Dále se rozdělují typy mentální anorexie a typy mentální bulimie. Co je ale důležité – ve většině případů se tyto jednotlivé druhy kombinují, po různých etapách střídají a přecházejí jedna v druhou. Častým příkladem je například počáteční mentální anorexie, která přechází do přejídání a následně do mentální bulimie.

Medicínské hledisko zařazuje toto onemocnění do kategorie *Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*.

Mentální anorexie (F50.0) je definována takto:

Jde o ubývání na váze úmyslně vyvolané a udržované pacientem. Specifickou patologií jsou obavy z tloušťky a ochablosti tělesných kontur; jsou neustále v popředí pozornosti jako neodbytná a ovládací myšlenka. Pacienti sami usilují o nízkou váhu, jejímž následkem je obvykle podvýživa různé závažnosti, sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí (např. amenorea). Mezi příznaky mentální anorexie patří dietní omezování, nadměrné cvičení, vyprovokované zvracení, průjmy, užívání anorektik a diuretik. Porucha se nejčastěji vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen, ale mohou jí být postiženy i starší ženy po menopauze, stejně jako adolescentní chlapci a mladí muži (Smolík, 1996, 305).

Dobrovolné hladovění. Stejně jako ostatní druhy PPP se řadí do duševních onemocnění s řadou fyzických problémů. A má jedno prvenství – největší počet mrtvých v okruhu

psychických onemocnění. Studie publikovaná v Americal Journal of Psychiatry v roce 1995, která se zaměřila na nejrizikovější skupinu pacientů, tedy dívek od 15 do 24 let, udává, že těmto dívkám hrozí 12 krát větší riziko úmrtí, než jejich vrstevnicím (Kittleson & Kramer, 2005).

Uspokojení z hladu bylo silné. Byla to droga. Jídlo se stalo jedinou oblastí mého života, kde jsem viděla výsledek a jasnou vazbu, jak to funguje. Hladovění přinášelo další a další příjemné pocity. Pocity čistoty, exkluzivity, úspěšnosti (Dvořáková, 2009, 89).

Podle **MKN-10** se jedná o tato diagnostická kritéria:

A. Úbytek hmotnosti, nebo u dětí chybění přírůstku hmotnosti, vedoucí k tělesné hmotnosti nižší nejméně o 15 % oproti normální nebo očekávané hmotnosti pro daný věk a odpovídající výšce.

B. Ztráta hmotnosti je způsobena vyhýbání se jídlům, „po kterých se tloustne“.

C. Jedinec vnímá sám sebe jako příliš tlustého/tlustou s neodbytnou obavou z dalšího tloustnutí. Obava vede jedince ke stanovení si nízkého hmotnostního prahu.

D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.

E. Porucha nesplňuje kritéria A a B pro mentální bulimii (diagnóza F50.2).

Mentální bulimie (diagnosticky označovaná kódem F50.2) je definována takto:

Jde o opakované záchvaty přejídání se a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné hmotnosti, které vede k charakteristickému přejídání s následným zvracením nebo užitím projímadel. Opakované zvracení má často za následek elektrolytické poruchy a somatické komplikace. Před mentální bulimií se může vyskytnout v průběhu několika měsíců až několika let epizoda jiné poruchy příjmu potravy - mentální anorexie.

V padesátých letech se studovala v kontextu obezity, v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století se chápala jako průvodní jev některých forem mentální anorexie. Nyní je brána jako samostatná porucha, neboť se vyskytuje i u jedinců, kteří netrpí nadváhou, ani netrpí mentální anorexií (Smolík, 1996, 310).

Diagnostická kritéria podle **MKN -10**

A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž jsou v krátkém čase konzumována velká množství jídla.

B. Neustálé zabývání se jídlem a silné, až záchvatovité puzení k jídlu (žádostivost).

C. Pacienti se pokoušejí čelit „vykrmuujícímu“ účinku jídla jedním nebo několika z následujících způsobů:

1. vyprovokovaným zvracením
2. vyprovokovaným průjmem
3. střídavým obdobím hladovění
4. užíváním léků typu anorektik, syntetických hormonů štítné žlázy nebo diuretik; vyskytne-li se bulimie u diabetiků, mohou se pokusit vynechávat léčbu inzulinem.

D. Vlastní pocit přílišné tloušťky s neodbytnou obavou z tloustnutí (následkem je obvykle podváha).

Atypické projevy poruch příjmu potravy

F50.1 Atypická mentální anorexie – formy atypické svými projevy.

F50.3 Atypická mentální bulimie – např. projevy bulimie u osob s normální nebo nadměrnou hmotností.

F50.4 Přejídání spojené s jinými poruchami

Jedná se o reakce na stresové události, např. na zármutek, úraz, narození dítěte; mohou být spojeny i s jinými rušivými vlivy.

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení může také nastat u disociačních (konverzních) poruch nebo jako reakce na těžký stres (psychogenní zvracení). U hypochondrické poruchy se rovněž může objevovat zvracení.

1.3 Prevalence a incidence poruch příjmu potravy

Dříve se odborníci domnívali, že tyto poruchy jsou typické jen pro určité sociální skupiny lidí - zejména mladé bílé dívky ze střední nebo vyšší sociální třídy. Je pravda, že mladé dívky jsou nerizikovější skupinou, ale tyto poruchy se vyskytují stále častěji i u mužů. Studie publikována v American Journal of Psychiatry v roce 2001 zjistila, že poměr mezi anorektickými muži a ženami je 1 : 4. Stejně tak věk „náctiletých“ je rizikový, ale

PPP se čím dál častěji vyskytují i u malých dětí a lidí středního věku a starších (Kittleson & Kramer, 2005).

Pro stanovení incidence a prevalence je stále prováděno mnoho studií. V současné době dochází v ekonomicky rozvinutých zemích k ročnímu nárůstu 6-9 případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel nebo 12 -20 nových případů na 100 000 žen. Nejvyšší incidence MA (30-80) je u dívek mezi 15-19 lety. Přesná čísla pro incidenci mentální bulimie nejsou k dispozici, většina autorů se však shoduje, že v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let vzrůstala mnohem rychleji než incidence MA. Prevalence a incidence v České republice odpovídá mírně vzestupnému trendu západních zemí: MA u nás trpí asi 0,5% žen, prevalence MB se pohybuje mezi 3-6% (Novák, 2010).

Studie prováděna v roce 2005 zjišťovala výskyt projevů spojených s PPP u mužů a žen a tyto výsledky srovnávaly s údaji z roku 1995. Studie byla provedena v Austrálii, data byla sbíraná pomocí rozhovorů. Probandi výzkumu pocházeli jak z venkova, tak z vesnic. Zjistilo se, že výskyt těchto projevů PPP se během 10 let více než 2 krát zvýšil a to jak mezi ženami, tak mezi muži. Výsledky jsou uvedeny v tabulce níže (Hay, Mond, Butter & Darby, 2008).

Tab. č. 1: Výskyt projevů poruch příjmu potravy (dle Hay et al., 2008)

	Celkem v roce 1995	Celkem v roce 2005	Muži v roce 1995	Muži v roce 2005	Ženy v roce 1995	Ženy v roce 2005
Přejídání	3,1 %	7,2 %	3,1%	7,8%	3,2%	7,5%
Zvracení, užívání projímal	0,7 %	1,5%	0%	1%	1,3%	2,1%
Přísná dieta nebo hladovění	1,6%	4,6%	0,6%	3,9%	2,5%	5,2%

1.4 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Výzkumníci a kliničtí pracovníci se shodují v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádná jednoznačná příčina, která by byla přítomna u většiny nemocných (Krch, 1999).

1.4.1 Sociální a kulturní faktory

Mnoho odborníků na PPP se domnívá, že jádro problému je v moderní kultuře. Ta oslavuje hubenost až vyhublost a sebekontrolu. Štíhlá postava je často spojována s úspěchem, zdravím, krásou. Naopak obezita je dávaná do spojitosti s leností, ošklivostí někdy až s odporem. Když se podíváte do ženských časopisů, tak budete mít problém najít nějaký, který se nezabývá postavou, dietami a „zaručenými tipy“, jak zhubnout, jak zrychlit metabolismus nebo jak zamaskovat pár kil navíc.

Na možný vztah mezi výskytem mentální anorexie a sociálním vlivem upozornil již v roce 1939 Ryle. Garder et al. (1985) připisují výrazný vliv zejména reklamě a médiím, kde se stále častěji věnuje pozornost různým dietám a lidem, kteří radí, jak snadno zhubnout. Tématu, jak zhubnout a udržet si štíhlou postavu, se podřídil i potravinářský průmysl - light cola, light jogurty, light sýry. Také komerční reklamy jsou pod vlivem prostředků na hubnutí, což je také důvodem, proč většina ženských časopisů odmítá poukazovat na nebezpečnost přípravků na hubnutí (Krch, 1999).

Papežová (2000) upozorňuje, že módní ideál štíhlosti propagovaný převážně západními zeměmi, může zvyšovat riziko vzniku onemocnění. Ke kultu štíhlosti také přispívá časté znevýhodňování obézních lidí.

Současný ideál je natolik štíhlý, že ho lze dosáhnout často pouze pomocí techniky nebo operací, které ignorují potřeby zdravého organismu. Ve světě nejsou už tak vzácné děti, které dostávají plastické operace od svých rodičů například za dobré vysvědčení (Papežová, 2003).

Vyskytují se názory, že PPP souvisí s módními proměnami v průběhu let. V posledních letech jsou modelky prezentované v médiích stále hubenější a zároveň přibývá poruch příjmu potravy. Současný módní ideál je jednoznačně nezdravý (Cooper, 1995).

PPP se neustále mění a vyvíjí, čímž se dokazuje jejich souvislost s kulturou a sociálním vlivem. Významný není pouze vliv médií, sociální hodnota vzhledu, význam jídla v kultuře, ale i další nespécifické vlivy jako je sociální úzkost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času. Spousta vlivů se uplatňuje prostřednictvím sdělovacích prostředků, školy, rodiny nebo vrstevníků (Krch, 1999).

Někdy je zcela jasné, že narušené jídelní zvyklosti byly vyprovokované sociální situací nebo zkušeností – kdy se jedinec stane terčem posměchu, proto, že je tlustý, nebo je začátek diety spojen jednoduše s konformitou. Mnoho lidí si tyto zážitky spojuje

se začátkem diety a s jejich problémy s jídlem, ale málokdo dokáže popsat sociální faktory, které se k těmto problémům přímo vztahují (Cooper, 1995).

V roce 2003 vědci prokázali 6x větší riziko vzniku problému s jídlem u dívek, které čtou články o dietách a kontrole váhy. U chlapců je toto riziko 4x vyšší (Papežová, 2003).

Novák (2007) ve své studii potvrdil předpoklad významného vlivu médií při tvorbě hodnot a ideálů u dnešních mladých žen. V současné době zobrazují média mnohem více témat zaměřených na štíhlou linii, diety a cvičení, čímž se posouvá ideál krásy směrem k štíhlosti, a to jak u žen, tak u mužů. Zároveň ale zdůrazňuje, že není dosud známá příčinná souvislost mezi mediálními obrazy štíhlých lidí a symptomy poruch příjmu potravy. Stále se neví, zda tyto obrazy předcházejí vzniku symptomů, nebo zda je vyhledávají právě osoby se symptomatologií poruch příjmu potravy. V této souvislosti připomíná pojem cirkulární kauzality, kde je vztah mezi proměnnými cyklický.

Russell-Mayhew (2007) si v souvislosti s touto problematikou pokládá otázku, zda je v dnešní společnosti ještě vůbec možné, aby dospívající neměli narušené své body-image (sebeobraz a sebepojetí). Podle ní sice čistá diagnostika PPP není ještě tolik častá, ale nespokojenost se svým tělem, jako jedním z rizikových faktorů PPP, je více než běžná a je třeba tomu věnovat pozornost. Zastává názor, je východiskem z tohoto problému je včasná prevence prostřednictvím reklam, billboardů a plakátů ve školách, fitness centech apod., které budou ukazovat postavy všech možných velikostí a tvarů. Preventivní programy by se měly zaměřit spíše na otevřenou komunikaci, možnost projevit svůj názor a utvářet si zdravé postoje ke svému tělu, než přednášet o problémech a symptomech PPP.

1.4.2 Rodinné faktory

V časopise e-psychologie je uveřejněn výzkum Terezy Štečkové, který se zabýval rodinou a jejím vlivem na vznik a průběh mentální anorexie. Podle ní většina respondentek pochází z dysfunkčních rodin, atmosféra doma byla popisována jako špatná, daná disharmonickým vztahem rodičů, nedostatečnou vazbou jednotlivých členů mezi sebou a negativní komunikací. Rodiny fungovaly jako uzavřený systém bez snahy o navazování přátelství s okolím. Otec byl popisován jako dominantní, používající verbální a někdy i fyzickou agresi. Typ výchovy byl považován za nevhodný - časté tresty, urážky, zákazy. Problémy pacientek rodiče často bagatelizovali. V konfliktech často snižovali sebeúctu

pacientek. Jako pozitivní se ukazuje fakt, že rodina se v akutní fázi anorexie snažila dcerám maximálně pomoci, přesto se rodinné fungování nezměnilo (Štečková, 2007).

Ve fungující rodině mají rodiče vedoucí pozici a generační hranice jsou jasně dané (Riskin, 1982, in Plaňava, 2000).

Je důležité, aby rodiče uměli přijmout minulost a veškerou energii soustředili na současnost a uzdravení. Jejich negativní myšlení by je mohlo zbavit možnosti pomoci svému dítěti. Žádný výzkum ještě nepotvrdil významné rozdíly mezi postiženými rodinami a nepostiženými (Papežová, 2000).

Někdy dívky trpící poruchou příjmu potravy uvádějí vztah s matkou jako příčinu vzniku onemocnění. Buď je to tím, že matka neustále sama drží nějaké diety a pokouší se hubnout a dívka se ji snaží napodobit, nebo jsou matky příliš perfekcionistické a kladou na své dcery vysoké nároky. Taková atmosféra v rodině je pak příčinou nízkého sebevědomí. V některých případech si dívky také stěžují na to, že v rodině se neprojeví žádné city (Sládková & Vybíral, 2008).

Co se rodiny a pacientů s PPP týče, tak zde existují dva rizikové faktory, které se spojují se vznikem PPP a to jsou vleklé problémy v rodině a neadekvátní tlak ze strany rodičů (Pavlová in Papežová, 2010).

Woodside et al. (2002) zjišťovali osobnost, perfekcionismus a postoj k jídlu u rodičů jedinců trpících PPP. Zjistili, že matky probandů mají větší obavu z chyb, jsou více perfekcionistické (dotazník Multidimensional perfectionism Scale MPS) a více se obávají o svoji váhu a tvar těla (EDI dotazník) v porovnání s normální populací. Otcové probandů vykazovali vyšší sebestřednost (Temperament and Character Inventory TCI).

1.4.3 Individuální faktory

Mezi tyto faktory můžeme zařadit vlastní zkušenosti jedince, jako je zneužívání, trauma, šikana, nemístné poznámky, které přicházejí do interakce s osobností jedince náchylnému k PPP. Takoví jedinci jsou popisováni jako nespělí, bez vlastního sebevědomí, neprůbojní, bez úcty sami sobě, depresivní, úzkostní a impulzivní. Také se ukazuje, že PPP se objevují u lidí, kteří neumí jinak řešit své emocionální problémy. Tím, že se soustředí na hubnutí, nejedení nebo naopak přejídání a následné zvracení odsouvají ostatní problémy stranou. Pacienti chtějí mít nad něčím kontrolu a tím, že si odpírají jídlo

nebo se po jídle „vyčistí“, získávají pocit kontroly aspoň nad něčím. Pokud „selžou“, tak tento pocit kontroly ztratí a stávají se pesimističtějšími a depresivnějšími. Dalšími individuálními faktory mohou být kognitivní patologie, jako jsou obsedantní myšlenky (zabývání se vlastní váhou, jídlem, kaloriemi), perfekcionismus, disociace (například bulimik se při přejídání chrání proti jiným problémům) (Polivy & Herman, 2002).

Mezi rizikové povahové rysy lidí nemocných mentální anorexií lze zařadit perfekcionismus – dokonalostí zmírnit sebekritičnost, zranitelnost – která se může projevat snahou zalíbit se druhým, nestálost, puritánství a asketismus a sebetrestání (Papežová, 2000).

U pacientů s bulimií se častěji vyskytuje hraniční porucha osobnosti. Tato porucha se projevuje nestabilními a intenzivními vztahy, poruchami identity jako jsou problémy se sebehodnocením, rychlými a intenzivními výkyvy nálad, impulzivním chováním - které se může projevat například nepřiměřeným utrácením peněz, sexuálními aktivitami, přejídáním, ztrátou kontroly - a opakujícími se sebevražednými myšlenkami či chováním (Papežová, 2003).

Specifickým rizikovým faktorem pro pacienty s PPP jsou zážitky studu (Pavlová in Papežová, 2010).

Významnou součástí PPP je zkreslené vnímání vlastního těla a jeho negativní emoční hodnocení. Vztah k vlastnímu tělu je důležitý jak pro prevenci, tak při léčbě PPP. Negativní vztah k našemu tělu se projevuje také jako necitlivost k jeho signálům, což u pacientů s PPP znamená nepřítomnost pocitu únavy, hladu a sytosti a necitlivost k bolesti. Mechanismus, který vyvětluje tento fakt, je proces psychologické disociace. Disociativní projevy u lidí trpících PPP jsou spojeny se sebepoškozováním a sebevražedným jednáním (Papežová, 2010).

PPP mají častou komorbiditu s poruchami osobnosti. Mustanga et al. (1998) uvádí, že u pacientů s PPP se nejčastěji (11%) vyskytuje porucha osobnosti sebepoškozující (masochistická, self-defeating) zařazená mezi nespecifické poruchy osobnosti, dále je to obsedantně- kompulzivní porucha osobnosti (9%), hraniční porucha osobnosti a závislá porucha osobnosti (7%), historionská (6%) a anxiózní (4%).

Lilenfeld et al. (2000) ve své studii potvrdil, že pacienti s PPP oproti lidem bez PPP jsou signifikantně více perfekcionističtí, všímaví, mají nižší frustrační toleranci a nedůvěřiví k okolí.

1.4.4 Biologické faktory

Genetické studie dvojčat a rodin ukazují možné genetické přenosy, avšak tyto studie nejsou dostatečně přesvědčivé. A to z toho důvodu, že genetické predispozice nelze ve výzkumech oddělit od vlivů životního prostředí. Nicméně studie ukazují možný genetický vliv z 50 - 83% (Polivy & Herman, 2002).

Po celá léta experti věřili, že anorexie a bulimie jsou způsobeny zejména vlivy okolního prostředí, jako je tlak vrstevníků a společnosti. Ale některé studie ukazují, že ve hře je také genetika a biologické faktory.

Kelly Klump zkoumala účinky biologických faktorů na poruchy příjmu potravy. Na základě řady studií zjistila, že dědičnost bulimických projevů se u dívek projevuje v době, kdy je hladina estrogenu na nejvyšší úrovni – v pubertě (Novotney, 2009).

Ve stejném článku je uvedena studie Erica Stice, který zkoumal mozkovou aktivitu žen, po tom, co vypily čokoládový koktejl. Přes jeden rok trvající studie ukázala, že tyto ženy vykazovaly vyšší aktivitu takových oblastí mozku, které jsou spojovány s bulimickým chováním. Z toho Stice vyvozuje, že u těch, kteří jsou od dětství vystavovány stravě s vysokým obsahem tuků a cukrů, se vyvine silná touha po těchto potravinách. A právě tato touha je tím, co odlišuje bulimickou populaci od nebulimické (Novotney, 2009).

Cynthia Bulik porovnávala pomocí genetické analýzy DNA lidí, kteří trpí mentální anorexií s jejich rodinnými příslušníky majících nějakou z forem PPP a poukazuje na existenci „genetické mapy“ pro PPP. Spolu se svými spolupracovníky našla silný důkaz pro možnost náchylného genu na chromozomu 1. Toto zjištění, jak říkají výzkumníci, neznamená, že skutečně existuje gen pro mentální anorexií. Příčinou PPP nebude jeden jediný gen, ale souhra řady genů jako i geny určující charakteristické rysy lidí trpících PPP jako je perfekcionismus, úzkostnost, dále geny ovlivňující metabolismus, hladinu hormonů, která následně ovlivňuje chuť k jídlu. Bulik chce hlavně poukázat na to, že pohled na PPP jako na sociokulturní problém je velmi omezený (DeAngelis, 2002).

V literatuře se uvádí 50 – 90 % podíl genetiky při vzniku anorexie a 35 – 83 % u bulimie. Genetická dispozice může spočívat také v dědění některých povahových rysů – úzkostné rysy, citlivost na stres – které znamenají určité riziko pro vznik nemoci. V největším riziku jsou příbuzné ženského pohlaví (Papežová, 2003).

1.4.5 Rizikové faktory podle Claude- Pierre

Peggy Claude- Pierre, která se potýkala s anorexií u obou svých dcer a roku 1993 si otevřela vlastní kliniku Mentreaux, má velice dobré výsledky i u těch nejtěžších případů a u pacientů, které dostali nálepku „nereagující na léčbu“.

Claude – Pierre (2001) se domnívá, že poruchy příjmu potravy nezávisí na věku, pohlaví ani vzhledu. Nemoc vzniká v důsledku utkvělých chorobně negativních myšlenek, ne hromaděním podnětů, které jsou považovány za spouštěče choroby. Pro tyto chorobně negativní myšlenky vymyslela termín Stav utvrzeného negativismu (SUN) a PPP je pak příznakem SUN.

Předpoklady ke vzniku SUN vznikají v dětství. PPP jsou jedním z příznaků Sun a mohou, ale také nemusí se projevit. Mezi další příznaky zařazuje deprese, agorafobii, záchvaty zuřivosti, utkvělé představy. Při léčbě je důležité odstranit tuto negativní mysl, pak odezní i její příznaky. Negativní mysl se nejprve projevuje jako pochyby, nerozhodnost nebo sebekritika a narůstá až do podoby samostatného vnitřního hlasu, který je velmi kritický a prohlubuje zoufalství oné osoby. PPP jsou popisovány jako následek nízkého sebevědomí, ale Cloude- Pierre se domnívá, že pacienti s těmito poruchami nemají žádné sebevědomí, žádnou osobnost a žádnou identitu.

Původ SUN je prý závislý na vrozených předpokladech. Tyto předpoklady mají jedinci, kteří jsou velmi citliví k potřebám všech a všeho okolo nich. Jedinci s těmito předpoklady mají pocit, že musí „spasit svět“. Svoji vinu přebírají za všechno špatné, co se kolem nich děje. Takové dítě, když zjistí, že není schopno „spasit svět“, že není možné dosáhnout dokonalosti, je zničené a objevují se u něho pocity bezmocnosti a bezcennosti, přestává být schopné vytvořit si určitý nadhled a upadne do SUN.

Za jednu z nejsmutnějších okolností považuje to, když je nemocný neuváženě obviňován z tvrdohlavosti, z malé snahy z jeho strany, z toho, že ničí všechny okolo a málokdy se přičítá neúspěch léčbě. Odmítá i kladení viny rodičům, kteří sice jsou zodpovědní za formování názorů a postojů, ale propuknutí anorexie nebo bulimie není reakcí na rodinné prostředí. Vzniká spíše z popudu samotných nemocných. Obviňování rodičů považuje za velmi nebezpečné, protože by měly být schopni pomoci svému dítěti a podpořit jej, ne se zabývat vlastními pocity viny. Utvrzení vnitřního negativismu se děje prostřednictvím určitých vlivů, ale znovu upozorňuje, že se nesmí nikomu dávat vina. Pokud jde o vlivy rodinné, doporučuje, aby vývoj dítěte probíhal se správným vedením

rodičů, s dobrým rodinným zázemím. Hlavním úkolem rodičů je zjistit jakou povahu a osobnost má jejich dítě a podle toho s ním jednat. Měly by poznat, jestli osobnost jejich dítěte se vyvíjí obvykle nebo s pocitem nepřiměřené odpovědnosti. Co se týče společenských vlivů, mělo by dítě vyrůstat v harmonickém prostředí, v optimismu a naději (Claude-Pierre, 2001).

Anorexie vzniká pod vlivem různých faktorů a je snazší vyjmenovat, co anorexie není: anorexie neznamená, že rodiče udělali někde chybu, není to projev zlomyslnosti nebo rozmaru nemocné, z anorexie se nelze jen tak vyvléknout a není to něco, co lze zakázat nebo trestat (Papežová, 2000).

1.5 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy

PPP mohou být příčinou spousty zdravotních potíží, které zvyšují riziko úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak mentální bulimie. Mentální anorexie podle některých autorů dosahuje až 18 % úmrtnosti (Theander, 1985, in Krch 1999), což ji řadí na první místo úmrtnosti ze všech psychických poruch.

Podle studie, zabývající se průběhem PPP po 10 letech jejího trvání, se asi 1/2 pacientů uzdraví, 1/4 se zlepší a asi u 1/4 pacientů má nemoc chronický průběh. U pacientů s chronickým průběhem jsou ti, kteří v souvislosti s touto nemocí umírají. Mortalita se odvíjí od několika faktorů, jako jsou věk, závažnost stavu, doba sledování apod. Většina studií se věnuje zejména mortalitě u anorektických pacientů, jejichž závažný somatický stav je přímo ohrožuje na životě. Bezprostřední příčina smrti však často není zcela jasná. Ukazuje se, že nejčastější příčinou úmrtí je sebevražda. Mezi další příčiny patří zápal plic, hepatitida, trombolická příhoda atd. V publikacích se často uvádí nízká úmrtnost u bulimie. To může vést k představě bulimie jako je nezhoubné nemoci, avšak je potřeba zdůraznit, že pacienti s mentální bulimií neumírají vždy jen v důsledku sebevraždy, jak se soudí (Stárková, 2007).

1.5.1 Tělesné komplikace

Přehled tělesných komplikací PPP uvádím v následující tabulce.

Tab. č. 2 Tělesné potíže PPP (dle Krch, 1999, Papežová, 2000,2003)

Typ obtíží	popis
kardiovaskulární	Objevují se u téměř 90 % pacientů. Mezi nejčastější patří sinusová bradykardie, která se vyskytuje u více než 80 % pacientů. Podobný počet trpí také hypotenzí. U bulimie se můžeme setkat s narušenou elektrolytovou rovnováhou a s tím spojeným srdečním arytmiím. V tomto případě může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě.
renální	Vyskytují se až u dvou třetin anorektiček, mezi hlavní poruchy patří hypokalémie (nízká hladina draslíku), hyponatrémie (nízká hladina sodíku), hypochlorémie (snížená hladina chloridů) a hypochlorní metabolická alkalóza, hypomagnezémie (snížená hladina hořčíku). Důsledkem hladovění jsou ledviny ohroženy infekcí a tvorbou kamenů a může dojít k jejich selhání
gastrointestinální	Mezi fyziologické změny GIT patří zpomalené vyprazdňování žaludku, poruchy motility celého GIT, zvýšený pocit plnosti. U mentální bulimie je častá ztráta dávicího reflexu, ruminace a zvýšený obsah žaludku. Akutním problémem je dilatace žaludku, ke které dochází po náhlém nárůstu množství jídla a zvracení po delším hladovění. Zduření parotických (příušních) slinných žláz je častým výskytem u bulimiků, zubní komplikace, zánět jícnu, zhoršená motilita (pohyblivost) tenkého střeva, komplikace v oblasti tlustého střeva. Vlivem hladovění dochází k zmenšení žaludku. I po vyléčení mohou přetrvávat žaludeční vředy. Dochází ke zpomalení střev a důsledkem toho je zácpa. Nedostatek jídla také postihuje játra a ty pak nevytvářejí tělesné proteiny. U chronického zvracení dochází k poškození posunu potravy v trávicím traktu a jídlo se může vracet. Při dlouhodobém užívání laxativ může dojít k paralyzování střev, což vyžaduje chirurgický zákrok. U bulimiků často dochází k poruše zubní skloviny, kazům a bolesti zubů.
kosterní	Při průměrném trvání nemoci 5,8 let byla zjištěna až 7krát vyšších frekvence zlomenin ve 2. a 3. dekádě života. Pacienti s anorexií mají zeslabené kosti (osteoporóza), což může být důvodem častých zlomenin, deformací páteře a bolestem. Není jasné, zdaje možná úplná náprava hustoty kostí, zejména tehdy, vznikne-li anorexie ještě před pubertou.
endokrinní	Mezi hlavní příznaky patří amenorea, která se vyskytuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné váhy, nízké hladiny LH a FSH (je dokázáno, že aktivita pohlavních hormonů je závislá na tělesné hmotnosti), u mentální anorexie také dochází ke zvýšení hladiny kortizolu, také nižší hladiny tyroxinu a snížení bazálního metabolismu. U žen s PPP jsou 2krát častější spontánní potraty, častější předčasné porody, perinatální úmrtnost, porody dětí s nižší porodní váhou. PPP se také dávají do souvislosti s vyšším výskytem úzkostnosti během těhotenství, poporodní deprese a vztahovými problémy s novorozenci.

hematologické	Změny krevního obrazu a kostní dřeně se objevují u více než poloviny anorektiků. Nedostatečnou výživou selhává funkce kostní dřeně. Nedostatečně rychle se vytvářejí červené a bílé krvinky. Výsledkem toho bývá anémie a větší náchylnost k infekcím. První jsou postižené bílé krvinky, které jsou nutné k boji proti infekci. Poté přichází na řadu červené krvinky. Nízké hladiny hemoglobinu jsou příčinou únavy, dušnosti a vyčerpanosti.
neurologické	V důsledku akutní poruchy elektrolytové rovnováhy může dojít k řadě neurologických potíží včetně tonicko – klonických křečím, akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti. Narušení elektrolytové rovnováhy způsobuje také změny v EEG. Snížená hladina krevního cukru může způsobit stavy paniky a zmatenosti. Neléčení těchto stavů může způsobit kóma a smrt.
metabolické	Zhoršená regulace tělesné teploty, narušen je také metabolismus glukózy, zpomalení bazálního metabolismu. Anorexie může způsobit i smrt z podchlazení.
dermatologické	Kožní vyrážky, šupinatá kůže, lanugo , u 72 % anorektiček je objevuje hyperkarotenémie, které způsobuje nažloutlé zbarvení kůže. Jemné ochlupení se vyskytuje hlavně na zádech a po stranách obličeje.

1.5.2 Psychické komplikace

Kromě tělesných komplikací sebou PPP přináší i řadu psychických problémů. U pacientů s bulimií se často objevují symptomy deprese, úzkosti a jejich společenský i rodinný život je velmi narušen. Deprese u bulimiků se většinou přímo vztahuje k základním poruchám příjmu potravy a strachu o tělesnou hmotnost. Jejich pocity viny jsou obvykle spojeny se zahanbením nad přejídáním a zvracením. Většina pacientů trpí pocity zoufalství. Nenávidí sami sebe. Někteří jsou těmito pocity dohnáni až k pokusům o sebevraždu (Cooper, 1995).

Při dlouhodobém hladovění dochází k depresi, ke ztrátě naděje a radosti ze života. Veškeré duševní dění je pod vlivem představ o jídle. Ztrácí se zájem o nové vztahy, přátelství, dochází k pocitu izolace od ostatních (Papežová, 2000).

Problematika mentální anorexie a bulimie má také svou méně viditelnou stránku. Nejen, že přestává fungovat hlad, jako tělesný signál ohrožení organismu, přestává fungovat i bolest jako signál ohrožení. Tyto dva signály jsou součástí pudu sebezáchovy, bez kterého je život jedince vážně ohrožen (Yamamotová in Papežová, 2010).

Následky, které s sebou přináší PPP, jsou rozsáhlé. Kromě fyzických a psychických důsledků jsou to také sociální problémy. Už jen to, že lidé s PPP mají většinou malé

sebevědomí, což samo o sobě může vyvolávat problémy v této oblasti. Tolik společenských situací je spojeno s jídlem. Pacienti s anorexií nebo s bulimií se postupně začínají takovým situacím vyhýbat, čím se oslabují i jejich vztahy s rodinou a přáteli (Kittleson & Kramer, 2005).

1.5.3 Komplikace kognitivních funkcí

V jejich prevalenci se literatura liší, protože není jasné, zda se jedná o změny navozené PPP nebo zda jde o trvalou charakteristiku jedince (Papežová, 2010).

Výrazný váhový úbytek způsobí zhoršení paměti, pozornosti a koncentrace (Green & Rogers, 1995, in Preiss & Kučerová, 2006). Hamsher a kol. v roce 1981 (tamtéž) popsali neurokognitivní změny u akutní mentální anorexie – zpomalená reaktivita, zhoršená krátkodobá vizuální paměť a výbavnost dlouhodobé paměti. „U mentální anorexie jsou zhoršené pouze některé exekutivní funkce, přičítané nefrontálním okruhům. Relevantní pro klinickou praxi je nedostatečná flexibilita ve strategii řešení problémů, především v situacích s nejistým výsledkem“ (Preiss & Kučerová, 2006, 270).

Cooper a kol. (2005, in Preiss & Kučerová, 2006) popsali kognitivní model mentální bulimie, který navazuje na teorie Fairburna (1986). Za hlavní spouštěč epizod přejídání je považováno negativní sebehodnocení pacientů, které vede k pocitům deprese, úzkosti a viny. Tyto negativní myšlenky lidé s PPP zahánějí jídlem, čím dochází k narušení kognitivních funkcí, zejména interocepce.

Převažující poškození pravé hemisféry referuje o větším poškození nonverbálních a numerických procesů ve srovnání s relativně zachovalými verbálními funkcemi a často výbornými studijními výsledky založenými na verbálních projevech. Dle studií u mentální anorexie není většinou celkové IQ sníženo (Papežová, 2010).

Některé dysfunkce mohou vznikat v důsledku hladovění, zvracení a přejídání, jiné mohou onemocnění předcházet a přetrvávat i po uzdravení, tudíž se zřejmě podílejí při rozvoji a průběhu onemocnění (Preiss & Kučerová, 2006).

Pacienti s anorexií mají zhoršenou koncentraci a je pro ně obtížné pracovat naplno. Poškozeno je komplexní myšlení a je pro ně těžké sledovat několik myšlenkových plánů najednou (Papežová, 2000).

1.6 Terapie používané k léčbě poruch příjmu potravy

Pro to, aby byla léčba úspěšná, je důležitý zejména vztah mezi terapeutem a pacientem a shoda jejich cílů. Pacienti s PPP často přicházejí k lékaři jen proto, aby vyhověli nátlaku okolí, jejich ambivalence k léčbě je srovnatelná s lidmi se závislostí. Lidé s PPP také nejsou přístupni účasti na klinických studiích. Primárním úkolem terapeuta je tedy poskytnutí informací a zvýšit motivaci k léčbě (Miller & Rollnick, 1991 in Papežová, 2010).

Výběr vhodné terapie a léčby má zásadní vliv na průběh onemocnění. Ve všech fázích léčby se zdůrazňuje význam psychoedukace – poučení pacienta o nemoci, o následcích hladovění, zvracení a užívání laxativ a o možnost léčby. Avšak „strašení“ extrémními případy je většinou neúčinné a často také neetické (Papežová, 2010).

Důležitá je dostupnost terapie. Jak ve světě, tak u nás je spousta oblastí, kde je těžké hledat odbornou pomoc. Navíc někteří terapeuti a lékaři se k pacientům nechovají příliš sympaticky, což u člověka z PPP ještě zhorší jeho pocity viny, osamělosti a bezcennosti. Stejný efekt je i u odborníků, kteří mají nedostatek času (Papežová, 2003).

Mezi terapeuty se objevují dva extrémní postoje, jedni se zabývají pouze váhou a druzí pouze psychoanalýzou bez ohledu na nízkou váhu. Péče je nutná v nárůstu váhy a její stabilizaci, protože samotná podvážka je příčinou mnoha psychologických problémů. Dále by terapeut měl pracovat s rodinou. Také se zdůrazňuje aktivní spolupráce pacienta s terapeutem (Papežová, 2003).

Při léčbě je velice důležitá motivace pacienta. Bez ní nelze dosáhnout žádné změny. Pacienti s PPP procházejí pěti stádií motivací ke změně (Papežová, 2003):

1. Popření – člověk si vůbec nepřipouští, že by měl nějaký problém, změnu podstoupit nechce, protože k ní nevidí důvod.
2. Úvahy – člověk si svůj problém začíná uvědomovat, začíná pozorovat svůj postoj k jídlu a své jídelní návyky. Někdo si už připustí, že by se mělo něco změnit. Avšak aktivní kroky ke změně se ještě neobjevují.
3. Příprava – člověk už chce změnu a přeje si pomoc, ale obává se změn. Tato obava může hrát významnou roli při motivaci.
4. Akce – dochází k rozhodnutí ke změně a mění se chování člověka, který začíná věřit tomu, že bude schopen změnu vydržet za podpory a povzbuzení
5. Udržení – v této fázi se pokračuje v práci na uzdravení a člověk se snaží vyhnout relapsu.

Je důležité si uvědomit, že cesta ke změně je dlouhá a málokomu se ji podaří zvládnout napoprvé (Papežová, 2003).

Sošková-Camion (2007) v článku „Recovery nad Group Therapy“ uvádí zásady, pro terapeutickou práci s pacienty s PPP:

- být si jistý svými schopnostmi a znalostmi,
- vybudovat dobrý terapeutický vztah,
- získat dostatek informací, poskytovat a přijímat zpětnou vazbu,
- poslouchat, sledovat a podporovat pacienta, jak jen je to možné,
- průběžně kontrolovat pokroky,
- nalézt potenciální schopnosti pacienta, které on sám nevidí,
- věřit tomu, že se pacient uzdraví,
- užívat si svoji práci.

1.6.1 Motivační terapie

Anorektik je člověk, který sám sebe nenávidí, proto se na začátku těžko rozhodne uzdravit sám pro sebe, proto, že se má rád. K tomu se musí postupně propracovat (Vomastek, 2000).

Papežová (2003) píše, že lidé s PPP mají k léčbě většinou ambivalentní postoj. Přiznávají, že jejich symptomy jsou jim nepříjemné a způsobují stres, ale na druhou stranu se nechtějí vzdát svého způsobu kontroly váhy. V takovém případě je vhodná motivační terapie. Její důraz je kladen na raná stadia terapie, kdy u pacienta probíhá proces rozhodování mezi terapeutickou změnou a setrváním v nemoci. Je důležitý empatický terapeut a bezpodmínečné přijetí pacienta i ve stavu popírání obtíží a odmítání léčby. Uplatňuje se tehdy, kdy si pacient není jist, zda se chce uzdravit anebo nevěří tomu, že by byl schopen změny. V motivačním přístupu se pracuje se „zisky a ztrátami z onemocnění“. Vychází se z toho, že ambivalence je zcela přirozený stav, ke kterému dochází před každým důležitým rozhodnutím.

Základní principy motivační terapie (Papežová, 2003):

- Pacienti procházejí různými stádii nemoci (popření, úvahy, příprava, akce, udření) a při každém stádiu jsou v popředí jiné procesy.

- Pracuje se se stupněm motivace a s rozporem mezi aktuálním chováním a dlouhodobými cíli.
- Klade se důraz na spolupráci terapeuta a pacienta.
- Motivační terapie pomáhá přecházet z jednoho stádia do dalších a udržet si je.
- Terapeut usiluje o zvýšení důvěry pacienta ve změnu, zvýšení optimismu a sebedůvěry.

Při motivační terapii by se měla dodržovat tato pravidla:

- Terapeut nemluví víc než pacient.
- Terapeut nezkresleně reflektuje to, co mu pacient sděluje.
- Otázky jsou otevřené, nenavádějící.

Motivační terapie bez stigmatizace diagnostickou nálepkou slouží k vytvoření rámce pro spolupráci s pacienty bez motivace u různě teoreticky orientovaných terapeutů (Papežová, 2003).

1.6.2 Kognitivně- behaviorální terapie

Kognitivně- behaviorální teorie vycházejí z kognitivních a behaviorálních teorií, ale jsou méně specifické než jejich původní zdroje (Prochaska & Norcross, 1999).

O'Leary a Wilson (1987, in Prochaska & Norcross, 1999) charakterizují behaviorální terapii následovně:

- Abnormální chování jedince je udržováno pomocí stejných principů jako chování normální.
- Toto chování se může změnit pomocí sociálního učení.
- Nejlépe lze lidi charakterizovat tím, jak se chovají, jak myslí, co cítí a jak reagují ve specifických životních situacích.
- Léčebné postupy jsou přesně specifikované a lze je opakovat.
- Terapie se dá přizpůsobit potřebám jednotlivce.
- Výsledky terapie jsou hodnoceny podle změny v chování, uplatnění této změny chování v reálných podmínkách a setrvání této změny.

Kognitivní terapie staví na předpokladu, že problémy jedince jsou způsobeny nerealistickým chápáním okolní skutečnosti, které vzniká během vývoje člověka na

základě chybného učení. Principem terapie je odkrýt takové myšlenky a naučit jedince jiným, realistickým způsobům hodnocení prožitků (Beck, 2005).

Kognitivně behaviorální léčba se ukazuje jako více efektivní u pacientů s mentální bulimií. U nejmodernějších KBT lze očekávat eliminaci záchvatovitého přejídání a zvracení až u 50 % případů a omezení tohoto chování u 80- 90% pacientů (Maj, 2003).

Kognitivně- behaviorální terapie byla první léčbou, která se při léčbě mentální bulimie jevila jako úspěšná (Fairburn, 1981, in Krch, 1999).

Vychází z předpokladu, že to, co mentální bulimii udržuje, je negativní sebehodnocení, které je důsledkem toho, že pacienti s mentální bulimií posuzují svou hodnotu na základě vlastního vzhledu a tělesné hmotnosti (Krch, 1999).

Lidé s bulimií jsou obvykle velmi nespokojeni s tvarem své postavy a své tělo vnímají větší a silnější než ve skutečnosti je. Jejich snem je nerealisticky drobná a štíhlá postava (Cooper, 1995).

Myšlenky bulimiků se točí pouze kolem jídla, jení, vzhledu a hmotnosti. Jejich stravování se podrobuje přísnému dietnímu režimu, který si sami určují. Dávají si přesná pravidla, co jíst, kdy jíst, jak jíst a tato pravidla jsou velmi stereotypní a nepřizpůsobivá. Typické rysy objevující se u pacientů s bulimií je perfekcionismus a černobílé myšlení - všechno nebo nic. Proto svá pravidla dodržují velmi přísně, a pokud jen nepatrně poruší nějaké pravidlo, považují to za svoje selhání a typická reakce je přejedení. Přejedení je následováno kompenzačním „pročišťováním“ - zvracením a užíváním projímadel (Fairburn, 1981, in Krch 1999).

Kognitivně- behaviorální léčba se zaměřuje nejen na normalizaci jídelních návyků a váhy, ale také na změnu narušeného sebehodnocení. Provádí se ambulantně v průběhu 20 sezení, každý týden jedno, které trvá okolo 50 minut (Fairburn 1981, in Krch, 1999).

Nové formy KBT se soustřeďují také na motivaci, vztah terapeut-pacient, interpersonální vztahy i emoční reakce (Schmidt, 1998, in Papežová 2010).

Terapie je rozdělena do tří fází. V první fázi se pacientovi vysvětlí smysl léčby a zavádí se pravidelný jídelní režim. Také dochází k poučení pacienta a vyvrácení jeho zkreslených myšlenek týkajících se jídelního režimu, přejídání, zvracení a zneužívání projímadel. V druhé fázi se pokračuje s pravidelným jídelním režimem a hledají se takové formy chování, které zamezí nebo oddálí přejedení a zvracení. Dále se terapeut zaměřuje na postoje pacienta vůči jeho postavě, hmotnosti a obecnější kognitivní procesy. Cílem třetí fáze léčby je udržet pokrok i po skončení léčby a také příprava pacienta na obtíže v budoucnu,

na to, jak předcházet relapsům a jak se se vzniklým relapsem co nejlépe vyrovnat (Fairburn, in Krch, 1999).

Kognitivně- behaviorální terapie u anorektických pacientů má za cíl zvýšit pacientovu váhu a minimalizovat jeho odpor k léčbě (Knibbs, 1993, in Kocourková 1997).

Váhový přírůstek ale musí být optimální, protože příliš rychle rostoucí váha může způsobit problémy jak psychické, tak somatické. U kognitivní terapie je důležité, aby vztah mezi pacientem a terapeutem byl pozitivní, což je podmínkou toho, aby sama pacientka chtěla svoji váhu zvýšit a změnit svoje jídelní chování. Pacient by měl přestat popírat své potíže a v terapeutovi vidět svého spojence, ne nepřítele (Kocourková, 1997).

Na 3. Mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy v roce 2001 byly představeny nové terapeutické přístupy k léčbě PPP. Nejvíce byla podrobena výzkumu právě kognitivně- behaviorální terapie. Novější formy kladou důraz mimo jiné také na motivaci pacienta a terapeutický vztah, interpersonální vztahy a emoční reakce. **Kognitivně analytická terapie** (CAT) vytvořená Anthonym Rylem (1990) kombinuje kognitivně behaviorální terapii s otázkou interpersonálních vztahů. Další metodou je **Dialektická behaviorální terapie** (DBT), která je používána především u bulimických pacientů. Metoda je založena na myšlence, že přejídání u bulimiků plní stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů a to, že přináší krátkou úlevu od nepříjemných afektů. Pacient se učí, jak zvládat stres, ovládat emoce a zvládat interpersonální vztahy (Papežová, 2001).

1.6.3 Psychoanalytická a psychodynamická terapie

Cílem tohoto směru není pouze odstranění potíží, ale také osobnostní změna. Psychoanalytický proud přišel se třemi základními modely. Prvním z nich je tzv. *pudová teorie* vycházející z myšlenky Sigmunda Freuda. Tato teorie je založena na představě, že na vývoji symptomové formace mají vliv převládající pudy. U mentální anorexie se mluví o tzv. orálním otěhotnění, kde důležitou roli hraje incestní osoba (u dívek otec) a orální komponenta, která je spojená se sexualizací přijímání potravy, kdy následuje pocit viny (Kocourková, 1997).

Bruchová (1973, in Kocourková, 1997) však upozorňuje na neúčinnost takovéto terapie, kdy interpretovaná spojení nemají pro pacienty žádný význam. Může dokonce dojít k zesílení odporu.

Druhý model vznikající v 60. letech se odvrací od oidipovské roviny k rané dětské zkušenosti, kterou dítě prožívá s primárním objektem (matkou). Pozornost byla věnována nedostatečnému vývoji ega, self a problémům objektních vztahů (Kocourková, 1997).

Ego analyticky považují ego jedince za hlavní organizující princip. To, jak jedinec řeší problémy týkající se ega, ovlivňuje jeho život. Mezi základní ego problémy zařazují základní důvěru, autonomii a iniciativu. Teorie objektních vztahů považuje za významné vztahy mezi já (self) a objekty. Objekty jsou podle teoretiků objektních vztahů tím, co ovlivňuje jedincům život (Prochaska & Norcross, 1999).

Několik autorů pro studium PPP vycházelo z vývojové teorie Mahlerové o separačně individuálních procesech. Mahlerová tvrdí, že dítě nezvládne jednu z fází tohoto procesu - znovupřiblížení (16. - 24. měsíc), což vede u dítěte k pocitům nejistoty, samoty a závislosti. Tyto pocity vedou ke vzteku a snaze kontrolovat matku, což přichází do kontradikce s touhou po rozvíjení vlastní autonomie. Tato hostilní závislost se následně objevuje v různých životních situacích - například konflikty pacientů s rodiči kolem jídla a váhy, nebo v psychotherapeutickém procesu (Krch, 1999).

V 80. letech se zájem přenesl na „self“ a problematiku narcismu. Mentální anorexie je považována na druh self patologie s poruchou organizace self a nedostatečné propracování separace a individuace (Kocourková, 1997).

Psychoanalytický proud považuje mentální anorexii a mentální bulimii za obrácené strany téže mince. U anorexie je typické rigidní superego a obsedantní rysy, u bulimie nedostatečná kontrola ega a impulzivita (Krch, 1999).

Na počátku terapie je kladen důraz na vytvoření opravdového vztahu mezi pacientem a terapeutem. Terapeut může být pacientkou vnímán jako ovládající a kontrolující matka. Je důležité, aby se pacientka vzdala své představy omnipotentní a sadistické matky. Psychoanalytici nemají jako hlavní cíl změnu jídelních návyků, ale především změnu osobnosti pacienta. Na začátku terapie se objevuje u pacienta touha udržet si kontrolu a nepřipustit si pocit závislosti. Po vytvoření základního pocitu důvěry může začít samotná analytická práce - propracování emocí pacienta spojených se separací a depresí a poté přichází fáze, kdy se pacientovi vrací separační úzkost (Krch, 1999).

Grawe a jeho kolegové (1998) zkoumali účinnost různých psychoterapií a došli k závěru, že výsledky psychoanalytických a psychodynamických terapií jsou horší s porovnáním s kognitivní a behaviorální terapií. Kritické psychoanalýzy považují za její nedostatek to, že nebere v potaz širší sociální kontext a pokud už se psychoanalyticky začnou zabývat o lidské vztahy, končí to většinou obviňováním matky. Existenciální

kritikové se zaměřují na přílišnou determinovanost psychoanalýzy, která ignoruje lidskou možnost volby, svobodu a odpovědnost. Nejdál jdou v kritice psychoanalýzy behavioristé, kteří se prakticky ani nenamáhají se s psychoanalytiky přít a jejich teorie prostě ignorují (Prochaska & Norcross, 1999).

Jedna z nových forem psychodynamické individuální terapie, využívaná v zahraničí, je AFT (adolescent – focused individual therapy) (Lock et al., 2010). Jejím cílem je zvýšení autonomie, self-efficacy, individuace a asertivity. Tato terapie je využívána zejména u pacientů s mentální anorexií. Pacienti se při ní učí identifikovat své emoce a tolerovat afektivní stavy, místo toho, aby tyto stavy otupovali hladověním.

V první fázi terapie terapeut vytyčí vztah, posoudí pacientovu motivaci a formuluje pacientovy obavy. Terapeut aktivně podporuje pacienta v ukončení hladovění a v nabírání na váze tím, že stanoví hmotnostní cíle. Během léčby je diskutovaný význam tělesné hmotnosti. Terapeut interpretuje chování, emoce a motivy a pomáhá pacientovi odlišit emocionální stavy od tělesných potřeb a učí pacienta přebírat za tyto emocionální stavy zodpovědnost.

Druhá fáze je zaměřená na podporu individuace a zvýšení frustrační tolerance. V poslední fázi se pracuje na ukončení terapeutického vztahu.

1.6.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie se začala vyvíjet v 50. letech 20. století, do Evropy přišla v 70. letech 20. století. Vyvinula se ze střetnutí s psychoanalytickými a humanistickými směry a s antipsychiatrickým hnutím. Rodinnou terapii lze rozdělit do mnoha směrů, ale všechny se shodují v názoru, že psychické problémy vznikají v sociálních vztazích, a proto se také s tímto systémem při terapii pracuje. Ke vzniku rodinné psychoterapie vedlo několik cest. Jednou z nich byla proměna rodinné struktury, kdy se mnoho manželství rozvádělo a jedinci už nenalézali ve svých rodinách podporu. Ukazovalo se, že individuální terapie na tyto problémy nenachází odpověď. Třetí cestou byla konfrontace s výsledky z vědeckých výzkumů, které prokazovaly souvislost mezi vznikem psychického onemocnění a socializací, komunikací v rodině (nejproblematictější se ukázala dvojná vazba – rozporný způsob komunikace), odcizením rodičů. Čtvrtým aspektem bylo změna paradigmatu od lineární kauzality k cirkulární kauzalitě v procesu vzniku a udržování psychické

poruchy. Dalším aspektem rodinné terapie (systemické terapie) je nalézat řešení, nikoliv příčinu vzniku poruchy (Vymětal, 2010).

Původní orientace rodinné terapie byla zaměřená na hledání charakteristik osobnosti rodičů pacientů a terapie se snažila změnit jejich postoje k dítěti. V současné době rodinná terapie chápe rodinu jako systém se specifickými interakcemi. Zájmem psychoterapeutů se staly separačně individuační procesy a terapie se soustředila na jejich pozitivní zvládnutí (Kocourková, 1997).

Nejčastější situací v praxi rodinné terapie je sezení několika členů rodiny s terapeutem, při kterém dochází k řešení problémů prostřednictvím komunikace. Rodinná terapie je inspirována systemickým přístupem, narativními přístupy, postmoderní kolaborativní terapií, sociálním konstrukcionismem a genderovými studii (Gjuričová & Kubička, 2003).

Na práci s rodinou je u PPP kladen stále větší důraz. Vhodná je především u mladších pacientů, kde se jeví jako jedna z nejlepších možností (Chvála & Trapková, 2007).

Rodinná terapie mentální anorexie vychází zejména ze dvou směrů – rodinné systematické terapie a strukturální orientace Salvadora Minuchina, který vymezil společné charakteristiky tzv. psychosomatických rodin jako je například poruchy hranic v subsystémech, výchova byla nadměrně ochraňující nebo rigidní, bez schopnosti řešit konflikty, a strategická orientace Mary Palazzoli- Selvini, která se zaměřuje na cirkulární zpětnovazební proces v rodině a při své práci používá tzv. pozitivní konotaci, podle kterého může být mentální anorexie viděna jako snaha dítěte udržet rodinu pohromadě. Oba tyto vzorce se zabývají aktuálními transakcemi v rodině a nezabývají se nevědomými obsahy. Cílem rodinné terapie je podpořit spolupráci v rodině a pomoci jí ke změně (Kocourková, 1997).

Chvála a Trapková (2007) uvádějí, že podle jejich statistických výsledků dosahuje pacientka s PPP lepších výsledků v léčbě, kde se podařilo otce získat ve prospěch dcery. Terapie byla v tomto případě úspěšnější než v případech, kdy se otec do terapie nezapojoval. Tito autoři na PPP pohlížejí jako na proces separace tří figur – otce, matky a dítěte, a metaforicky ho nazývají sociální porod.

Lingvista Glaeson pohlíží na otce jako na osobu, která vytváří svému dítěti most z rodiny do společnosti a napomáhá dětem v nácvičování chování mimo rodinu. V současnosti bývá role otce podceňována. Nedokončená separace od matky a od otce může být příčinou vzniku PPP. I když je každý případ PPP jedinečný, téměř u každého jedince – zejména mentální bulimie - se dá najít společný znak a tím je problematický vztah dívky k otci.

Zatímco role matky je vytvářet u dítěte pocit bezpečí, otec většinou povzbuzuje své dítě k dosažení úspěchu. Většina autorů se shoduje v tom, že konverzace mezi otcem a dítětem je těžší než mezi matkou a dítětem. Otec bývá v rodině většinou ten méně vnímavý, více direktivní, pro komunikaci obtížnější a ten, kdo vyžaduje určitá pravidla a řád. Tohle všechno nemůže zůstat bez důsledku na dospívající dítě.

Ukazuje se, že vztah otec - dcera má větší souvislost s bulimií. Chvála a Trapková (2007) to vysvětlují svojí teorií separačního procesu (sociálního porodu), kdy dítě nejdříve z dětského světa vrůstá do dospělého světa matky, pak do otcova světa a naposledy do světa ostatních dospělých. U dívek trpících anorexií je ještě brzy na angažovanost otce. Dívky v tomto období, kdy se snaží prodlužovat své dětství a bojí se světa dospělých, procházejí separačním procesem s matkou, zatímco dívky s mentální bulimií nemají strach z dospělosti, ale potřebuje od otce, aby ji bral jako ženu a ne už jako dítě, což bývá pro otce velice těžké a rázem začínají vznikat problémy mezi dcerou a otcem. Matka většinou funguje jako prostředník, který se je snaží udobřit.

Do terapie pak přichází dcera, která otce vnímá jako pedanta a který ji nerozumí, otec, který snahu o nějaké sblížení se svojí dcerou už vzdal a matka, která se cítí bezradná. Co tedy dcera od svých otců potřebují? Potřebují být přijaty jako dospělé ženy, potřebují dostat jistotu, že je v pořádku to, jaké jsou. Tento proces se podle autorů projevuje pouze u biologických otců, nevlastní otec má o to komplikovanější postavení (Chvála & Trapková, 2007).

Rodinná terapie je v první fázi zaměřená na zbavení rodičů zodpovědnosti za nemoc jejich dítěte a pochválení za jejich pozitivní aspekty rodičovství. Rodina je podporována, aby společně pracovala na léčbě nemoci. V další fázi se pracuje na přemístění zodpovědnosti za vývoj nemoci z rodičů na pacienta (přiměřeně k jeho věku). V poslední fázi se pracuje na utváření zdravého vztahu mezi rodiči a pacienty (Lock et al., 2010).

Rodinná terapie u adolescentních pacientů s mentální anorexií vykazuje signifikantně lepší výsledky v porovnání s typem psychodynamické terapie AFT (Lock et al, 2010) a také ve srovnání s podpůrnou psychoterapií u pacientů s mentální bulimií (Le Grange, 2007).

1.6.5 Terapie zaměřená na tělo

U pacientů s PPP hraje vnímání a prožívání vlastního těla velmi důležitou roli. Tělo pro ně není zdrojem příjemných pocitů, ale naopak se stává tím, co způsobuje jejich úzkost, nespokojenost až nenávist k sobě samému (Kulhánek, 2007).

Jako důvod práce s tělem představitelé tohoto druhu terapie (Freud, Reich, Perls, Raknes, Baker, Lowen, Keley aj.) uvádějí, že se lépe dostaneme k afektům spojených s minulými nedokončenými záležitostmi a tyto pocity jsou vyvolány v plné síle. V psychoterapii se pozorují gesta a postoje. To, jak se tělo projevuje, závisí na psychobiologické historii a současném způsobu života. Kterákoliv z částí těla může být opancéřovaná a buď nepoužívaná, nebo používaná nepřirozeným a životu neprospěšným způsobem (Smith, 2007).

Techniky, které se používají při práci s tělem, můžeme rozdělit na měkké, tvrdé a expresivní. Měkké techniky pacientovi spíše něco umožňují, do ničeho nenutí. Pracuje se určitými tělesnými pozicemi. Jádrem měkkých technik jsou různé způsoby dotyku a práce s dechem. Tvrdé techniky jsou silné a dramatické, někdy mohou být nepohodlné až bolestivé. Využívají se zde orgonomické masáže. Expresivní techniky jsou doménou gestalt psychoterapie a psychomotorické terapie. Podstatou těchto technik je akce a určitý symbolický význam této akce. Tyto techniky se obecně rozdělují na koncentraci a zpřítomnění. Jdou-li koncentrace a zpřítomnění do hloubky, mohou vést až ke změně stavů vědomí (Smith, 2007).

Poruchy příjmu potravy se často dávají do souvislosti s poruchou tělesného schématu – body image (Krch, 1999).

„Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí“ (Grogan, 2000, 11).

Williamson (1990, in Krch, 1999) rozlišuje tři typy poruchy body image: 1) Zkreslené vnímání velikosti těla, 2) preference štíhlosti, 3) nespokojenost s vlastním tělem. U PPP se vyskytuje nerealistické hodnocení svého těla, rozpor mezi tím, co pacient vidí a co prožívá (ví, že je vyhublý, ale cítí se tlustý), rozpor mezi tím, jak hodnotí své tělo a těla ostatních, zkreslené představy o důsledcích jedení, diet a cvičení, vyhýbání se situacím, kdy dochází k odhalování těla, posedlost vyhublostí, extrémně negativní vztah ke svému tělu.

Terapie orientovaná na tělo (BOT) je složená ze všech terapií, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity pacienta. Mezi používané techniky patří pohybová cvičení, sporty, hry,

relaxační cvičení a tělesná exprese. BOT si klade čtyři hlavní cíle u pacientů s poruchou příjmu potravy a těmi jsou – vytvořit realistický obraz sebe sama, snížit hyperaktivitu, rozvinout společenské dovednosti a naučit pacienta, aby měl rád své tělo. Terapie zaměřená na tělo se provádí většinou současně s jinou terapií (psychoanalytickou, kognitivně-behaviorální), proto je těžké zhodnotit její efektivitu, ale některé studie dokazují, že BOT má pozitivní vliv na vnímání vlastního těla. Je pravdou, že pacienti s PPP i rok po léčbě vykazují negativnější vnímání svého těla v porovnání s ostatní populací, ale otázkou zůstává, nakolik se toto narušené vnímání může normalizovat (Krch, 1999).

Akceptace vlastního těla a jeho reálné vnímání je podmínkou uzdravení. Cílem terapie je vnímat své tělo jako příjemné, radovat se z fyzických zážitků, umět vyjádřit své pocity a akceptovat je (Papežová, 2010).

1.6.6 Skupinová terapie

Skupinová terapie je užívána především v rámci denních stacionářů a při hospitalizaci pacientů s PPP. Jednotlivé skupiny se odlišují podle toho, zda se terapie zaměřuje spíše na osvětu a normalizaci příznaků PPP nebo zda se snaží vyřešit emocionální a interpersonální problémy pacientů. První z uvedených druhů může fungovat jako samostatný léčebný program a terapeut více zasahuje do běhu skupiny. Z tohoto důvodu by tuto skupinu měli vést terapeuti, kteří se v problematice PPP dobře orientují. Druhý typ skupinové terapie je dynamičtější a je vhodný v případech, kdy jedinec problémy ohledně jídla a váhy řeší při individuální terapii nebo pokud jsou tyto problémy z větší části vyřešeny (Krch, 1999).

Pro skupinovou terapii je velmi důležité, jaké vztahy panují mezi pacienty, co si o sobě navzájem myslí. Pacient by měl mít pocit, že je mezi ostatní členy zapojen a že nebude odsuzován ani při vysoké úrovni sebeodhalování, měl by chtít pochopit sám sebe a změnit stávající situaci (Šošková- Campion, 2007).

Do skupiny se většinou nezařazují pacienti, kteří jsou extrémně vyhublí, odmítají jídlo, vyžadují intenzivní péči a pacienti s bulimií, kteří mají sebevražedné sklony. Naopak přínosem pro skupinovou terapii mohou být pacienti, kteří jsou částečně vyléčeni a kteří mohou ostatní motivovat (Krch, 1999).

Cíle terapeutických skupin u různých druhů onemocnění mohou být formulovány takto (Kratochvíl, 2005, 15) :

1. Dosáhnout vzhledu do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje.
2. Změnit maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené sociální adaptace.
3. Zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s lidmi.
4. Podpořit zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního potenciálu a dosažení optimální výkonnosti i pocitu štěstí.
5. Odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a přecvičováním, nebo nepřímo vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly.

Hall (1985, in Krch 1999) tvrdí, že úspěšná psychoterapie by měla u pacienta vyvolat trvalé změny ve společenských vztazích, zvýšit sebevědomí jedince a naučit ho vyrovnávat se s emocionálními problémy tak, aby se předešlo recidivitě PPP.

Skupinová terapie pomáhá pacientům snížit jejich vztahovačnost, egocentrismus a stálou pozornost k jídlu a hmotnosti. U pacientů s PPP si skupinová terapie klade obvykle jiné cíle než skupina s jinými psychiatrickými pacienty. Také jednotlivé techniky je nutné přizpůsobit zvláštnostem anorektických a bulimických pacientů (Krch, 1999).

Mezi techniky používané při skupinové terapii patří pohybové techniky – tanec, různé pohybové hry, neverbální i verbální komunikace, fantazijní techniky – řízená imaginace, hudební stimulace, projektivní kreslení, sny, psychotherapeutické hry a různé pomocné techniky například na podněcování diskuse (Kratochvíl, 2005).

Hall (1985 in Krch, 1999) například nedoporučuje ve skupině s anorektickými pacienty mlčení a hraní rolí. Oproti tomu u bulimických pacientů je psychodrama a hraní rolí často užívanou technikou.

Kratochvíl (2005) uvádí faktory, které ve skupinové terapii působí léčebně a u kterých se dá předpokládat, že způsobují žádoucí změnu. Patří mezi ně:

- samotné členství ve skupině, zejména u pacientů, kteří jsou izolovaní od společenských kontaktů
- emoční podpora, které se pacientovi dostává díky snaze ostatních naslouchat mu a pochopit, k emoční podpoře významně přispívá skupinová koheze, kterou Yalom (1970) považuje za stejně důležitý faktor ve skupinové terapii jako terapeutický vztah v terapii individuální

- kladně také na pacienta působí fakt, že může i on sám pomáhat druhým
- sebezprojevení i takových myšlenek, které byly do té doby skryté
- odreagování, ke kterému dochází díky silnému projevení emocí, které třeba v jiných situacích pacient projevít nemůže, nebo nechce
 - zpětná vazba od druhých, která je důležitá zejména u lidí, kteří nemají důvěrný vztah a tudíž nedostávají přiměřenou zpětnou vazbu mimo skupinu
 - náhled, který jedinec získává zejména prostřednictvím interpretací
 - korektivní emoční zkušenost, tedy znovuprožití vztahu nebo situace, při kterém dochází k opravě nesprávně generalizace způsobenou dřívějšími traumatickými zážitky
 - zkoušení a nácvik nového chování
 - získání nových poznatků o chování lidí, o interpersonálních vztazích a sociálních dovednostech

Krch (1999) popisuje následující typy skupinové psychoterapie:

Edukativní skupiny

Edukativní skupiny si dávají za cíl zvýšit informovanost pacientů v oblasti poruch příjmu potravy. Jako metoda první volby jsou vhodné u lehčích forem PPP, v ostatních případech se užívají jako doplňková metoda.

Sezení může probíhat buď formou přednášky, nebo může mít skupinový formát, který se ukazuje jako účinnější. Edukativní program je většinou předem naplánovaný a připravený. Při prvním setkání se obvykle vymezí PPP a jejich příznaky a problematice tělesné hmotnosti, což je jeden z největších obav u pacientů s PPP. Při dalším sezení se rozebírá kulturní podmíněnost, kulturní ideál a společenské normy. Samostatným tématem je otázka diet a hladovění. Následně se terapeut věnuje otázkám ohledně přejídání, zvracení, užívání projímadel a diuretik. Důležité je také téma depresivních příznaků, které často souvisí s narušeným jídelním chováním. V neposlední řadě je zapotřebí probrat zdravotní, psychické a sociální důsledky bulimie a anorexie. Pacienti by si měli uvědomit, jaké ztráty, ale také jaké zisky jim porucha příjmu potravy přináší.

Intenzivní skupinová psychoterapie

Intenzivní krátkodobý program bývá využíván při léčbě mentální bulimie. Ve většině případů se jedná o kognitivně behaviorální terapii, která se provádí v uzavřených skupinách. Metody KBT jsou přizpůsobeny potřebám bulimických pacientů. Patří mezi ně psychoedukace, záznamy jídelního chování, způsoby sebekontroly, kognitivní restrukturalizace, způsoby řešení problémů, asertivita a učení se, jak předcházet relapsu. Tyto programy jsou určeny spíše pro ambulantní pacienty a počet sezení je určen předem. Někdy bývá tato metoda kombinována s individuální psychoterapií nebo farmakoterapií.

Jídelní skupiny

Tyto skupiny mají většinou edukativní a nácvikový charakter. Probírají se zde postoje a chování spojené s jídlem. Jednotlivá sezení se zabývají nákupem potravin, jejich skladováním, přípravou a konzumací. Tyto skupiny nejsou vhodné pro pacienty v akutní fázi léčby, kteří jsou bez náhledu a vyhublí. Tento program umožňuje vyjádřit různé úzkosti a nepříjemné pocity spojené s jídlem. Rozebírá se pacientovo chování během jídla, je mu poskytována reálná zpětná vazba a vysvětlovány různé důvody a důsledky abnormálního chování (přesolování jídla, nimránání se v jídle atd.).

Svépomocné skupiny

Společným znakem svépomocných skupin je stejný problém zúčastněných, spoléhání na pomoc podobně nemocných a na pomoc od sebe samého. Stejný problém umožňuje lepší porozumění.

Cílem svépomocných skupin je pomoci nemocnému zorientovat se v problému a poznat způsoby řešení lidí s PPP. Tyto skupiny bývají otevřené a účast na nich je dobrovolná. To, kdo skupinu vede, je různé. Může jít o vyléčeného pacienta, ale také o profesionála, který skupině navrhuje program. Svépomocné skupiny bývají prvním krokem k léčbě, ale může jít také o doplňkovou léčbu nebo na ně mohou docházet pacienti propuštění z hospitalizace. Také se těchto skupin zúčastňují lidé, kteří nechtějí být hospitalizováni, nechtějí se jinak léčit a pomocí svépomocných skupin se učí žít s PPP, předcházejí izolaci.

Jeden z rozsáhlejších svépomocných programů je „Bulimia – Anorexia - Self- Help“ program (BASH), který byl založen roku 1980 v USA. Kromě léčby tato instituce nabízí i školení laických terapeutů (Krch, 1991, in Krch, 1999).

Kromě klasických svépomocných skupin existují i tzv. příručky pro pacienty, kteří se rozhodli bojovat s touto nemocí individuálně. Tyto příručky jsou založené většinou na KB

programu. Jenou z takových příruček je např. „Mentální bulimie a záchvatovité přejídání „ od P. J. Coopera. Tyto příručky se většinou nedoporučují pacientům, kteří jsou příliš izolovaní od okolí, kteří jsou vyhublí, mají nějaké zdravotní komplikace (například diabetes) nebo trpí psychickými problémy.

1.6.7 Farmakoterapie

Farmakoterapie u poruch příjmu potravy se snaží o úpravu v příjmu potravy a tělesné hmotnosti, dále se soustředí na léčbu současně se vyskytujícími psychických poruch, zejména deprese a v neposlední řadě odstranit potíže způsobené PPP (Krch, 1999).

Farmakoterapie u PPP by neměla být léčbou jedinou, ale vždy by měla být kombinována s psychoterapií (Češková & Palčíková, 2007).

Velké úspěchy se ukazují u léčby fluoxetinem a dokonce se došlo k takovým názorům, že se fluoxetin může podávat jako stabilizátor tělesné hmotnosti, protože u lidí s nízkou váhou hmotnost rostla a naopak u lidí s vyšší váhou hmotnost klesala. Dalším preparátem, který se ukázal jako úspěšný u mentální anorexie je cyproheptadin (Peridol), ale naopak u pacientů s mentální bulimií docházelo ke zhoršení. Účinky psychoterapie u anorektických pacientů nejsou nijak vysoké a psychofarmaka by neměla být považována za primární léčbu. Používají se většinou k tomu, aby se udržela hmotnost a normální stravovací návyky. Psychofarmaka se používají také k léčbě psychických potíží spojených s anorexií (Češková & Palčíková, 2007).

U mentální bulimie se léčba psychofarmaky vyvíjela rychleji než v případě mentální anorexie. Vycházelo se z toho, že mentální bulimie se velmi často vyskytuje s depresí. V posledních letech se mentální bulimie zkouší léčit pomocí fluvoxaminu a fluoxetinu (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Jako nadějná se ukazuje léčba mentální bulimie pomocí antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a reverzibilními inhibitory MAO, avšak u těchto léků ještě není dostatek kontrolovaných studií (Krch, 1999).

Walsh a Devlin (1995, in Krch, 1999) uvádějí některé nevýhody léčby PPP pomocí antidepresiv- prvním argumentem je fakt, že přestože je efekt antidepresiv ve srovnání s plácem významný, po krátké době dochází k remisi, dále to, že u pacientů, kteří zpočátku

reagovali na léčbu dobře, došlo k relapsu a nakonec to, že po skočení léčby docházelo k rapidnímu zhoršení stavu pacientů.

V každém případě, když se lékař rozhodne pro léčbu pomocí antidepresiv, měla by být kombinována s psychoterapií. U této kombinace se ukazují nejlepší výsledky v léčbě (Krch, 1999).

2 Poruchy příjmu potravy u mužů – některé rozdíly a specifika

Poruchy příjmu potravy byly ještě do nedávna považovány výlučně za ženskou nemoc. Avšak stále vyšší výskyt tohoto onemocnění u mužů tuto domněnku vyvrací. Mužů, kteří jsou nespokojeni se svým vzhledem, stále přibývá, což dokazuje jejich vyšší výskyt v ordinacích kosmetické chirurgie, liposukcí, většího počtu časopisů, určených pro muže, které se věnují zdravému životnímu stylu, fitness a dietám.

Jak zkusíme nyní, může být statistika výskytu těchto poruch u mužů, dokazuje studie, kterou ve svém článku *Mentální bulimie u mužů* uvádí Stárková & Bouček (2003). Data byla sbírána v General Hospital Massachusetts v letech 1980 – 1994, kde byly aktivně vyhledávány symptomy PPP u všech mužů, kteří se zde léčili. Z nasbíraných dat mimo jiné autoři zjistili, že polovina mužů, kteří trpěli nějakou formou PPP, nikdy nenavštívila psychiatra, psychologa ani jinou instituci pro lidi s PPP, tudíž by v ostatních studiích nikdy tyto muži nebyli zmíněni.

Problémem u mužů trpících bulimií nebo anorexií je i to, že také doktoři mají PPP spojené s ženami a často dělají různá zbytečná vyšetření. Příkladem může být muž, který velmi zhubl, měl zvětšené lymfatické uzliny a jeho doktor u něj diagnostikoval rakovinu, protože ho nenapadlo, že by to mohlo souviset s bulimií (Paterson, 2004).

Také další výzkumy ukazují, že počet mužů, kteří jsou nespokojeni se svým vzhledem, se během třiceti let téměř ztrojnásobil. V naší společnosti jsou zabudovány určité představy mužství a ty se vylučují s obrazem muže, který se zaujatý tím, jak vypadá. To je také zřejmě jeden z důvodů, proč většina mužů špatné pocity ohledně svého vzhledu nedává najevo. Mají strach z toho, že by byli pokládáni za zženštilé nebo dokonce homosexuální. Tento stud může v mnoha případech zabránit v léčbě poruch spojených s body image (Olivardia, 2002).

2.1 Historie poruch příjmu potravy u mužů

V této kapitole budu vycházet z knihy *Fit to die* od Anny Paterson (2004).

Také u mužů mají PPP delší historii, než bychom mysleli. Například v dobách Římské Říše měli majetní muži ve zvyku jíst tak dlouho, dokud nebyli nacpaní, poté se odebrali do místnosti nezývané „vomitorium“ (z anglického vomit tzn. zvracet), aby následně mohli pokračovat v jídle. Dnes by takovým mužům byla diagnostikována mentální bulimie.

První případové studie mužů s anorexií byly zaznamenány v letech 1689 – 1970. Roku 1689 Richard Morton popsal případ 16 letého chlapce, který ztratil chuť k jídlu bez organické příčiny. Ztrátu k jídlu dával do souvislosti s příliš tvrdou prací na studiích, když opustil studia, začal se jeho stav zlepšovat.

Také mužský ideál krásy se během vývoje měnil. V antickém Řecku bylo u mužů ideálem vypracované, svalnaté tělo. Později se fyzická krása dávala do souvislosti s intelektem a duchovní vyspělostí.

V roce 1940 Ancel Keys provedl experiment, ve kterém zjistil vazbu mezi přísnou dietou a narušeným vztahem k jídlu. U 36 mužů, kteří byli během experimentu vystaveni dietě, zjistil posléze problémy ve stravování a narušený sebeobraz. Během experimentu muži toužili po vysoce tučném a sladkém jídlu a neustále mysleli na jídlo. Tento experiment vedl k myšlence, že jedním z rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy je právě dieta.

V letech 1940 – 1970 převládali na obálkách časopisů muži jako Kirk Douglas, John Wayne, Burt Lancaster nebo Burt Reynolds, kteří přitahovali ženy svou nedbalostí a ležérností. To se změnilo v roce 1980, kdy na svět přišla kampaň Calvina Kleina, která přinesla novou éru mužského idolu. Jejich manekýni byli krátkovlasí, hubení a s téměř ženským vzhledem.

Tato móda způsobila nárůst fitness center, prodej časopisů jako například Men's Health a liposukce u mužů v této době zrostly o 30 % oproti 20% u žen.

2.2 Prevalence a incidence

Prevalence mentální anorexie u mužů je stále předmětem dohadů. Fichter a Daser (1987, in Krch, 1999) uvádějí, že ze všech pacientů trpících MA je asi 7,5% mužů. Co se týče mentální bulimie Hsu (1990, in Krch, 1999) udává 4- 13% mužů v celkovém počtu pacientů.

V roce 2008 profesor Hubert Lacey z Nemocnice svatého Jiří v Londýně, který je ředitelem oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy uvedl, že za posledních pět let podle jeho statistických údajů vzrostl počet mužů, kteří trpí anorexií o 67%. Dodává však, že mnoho mužů se trápí doma a nejde k lékaři, protože považují anorexiu za ženskou nemoc. Lékaři odhadují, že skutečný počet mužů nemocných anorexií je minimálně dvojnásobný (Anorexie se poslední roky, 2008).

Tartakovsky (2008) uvádí Harvardskou studii, podle které z 3000 lidí, kteří trpí bulimií a anorexií, je 25 % mužů.

Dr. Blake Woodside, ředitel programu pro PPP v Torontské nemocnici, ve své studii zjistil, že mentální anorexie se vyskytuje v mužské populaci častěji, než odborníci dosud předpokládali. Podle jeho výsledků jeden ze tří případů mentální anorexie je muž. Také prokázal, že u bulimie je to jeden případ ze čtyř. Woodside píše, že je to ohromný nález vzhledem ke skutečnosti, že dnešní klinické studie uvádějí, že poměr mužů a žen s PPP je 1:20 nebo dokonce 1:15 (Kirkey, 2013).

2.3 Rizikové faktory

U mužů se o dietách a hubnutí tolik nemluví, proto je také těžší PPP odhalit. Je ale několik základních znaků, které jsou společné jak ženám, tak mužům. Je to především nízké sebevědomí, nadměrné cvičení, velmi pomalé jedení a neradi jí ve společnosti jiných lidí, často také trpí fyzickou i psychickou únavou a depresemi a u mužů může hrát svoji roli i sexuální orientace (Anorexie a bulimie u mužů, 2010).

Podobně jako na ženy je také na muže vyvíjen vysoký tlak společnosti. Měli by být silní, nezávislí a mít vše pod kontrolou. Musí také řešit finanční záležitosti, být pevnou oporou v rodině a být zodpovědní za mnoho věcí. Mállokterý muž chce být navíc považován za někoho, kdo je posedlý tím, jak vypadá. Muži se pak k PPP mohou uchýlit jako k prostředku zvládnání těchto obtíží (Hall & Cohn, 2003).

Stejně jako u žen, také u mužů platí, že PPP nejsou „pouze“ problémem jídla, ale že je to způsob, jak řešit stresové situace, emocionální problémy a nátlak společnosti. Muži o svých vnitřních problémech neumí mluvit tolik, jako ženy, proto se často uchylují k různým závislostem, které jim pomáhají tyto situace zvládat. Stejně jako alkohol, tvrdé drogy, je i sport a jídlo drogou (Paterson, 2004).

Kearney-Cooke a Steichen-Asch (1990, in Kocourková, 1997) se snažili popsat osobnostní charakteristiky chlapce, u kterého se může rozvinout PPP. U takového chlapce chybí pocit autonomie, identity a kontroly. Vše, co dělá, dělá pro to, aby udělal radost lidem v jeho okolí. Identifikuje se spíše s matkou než s otcem, což zhoršuje jeho vývoj maskulinní identity.

Paterson (2004) také popisuje vlastnosti muže náchylného k PPP. Řadí mezi ně tzv. pasivně-agresivní postoj, tendence vyhýbat se konfliktům, závislost na neustálém uznání a pochvale, potřeba zalíbit se, strach ze samoty a opuštění.

Výzkumy zabývající se PPP se většinou zaměřují na dívky jako na rizikovější skupinu, ale tyto poruchy se stále častěji vyskytují i u chlapců a mužů. Ohroženými jsou jak muži, kteří se pohybují v kruzích tanečníků, atletů a podobně, tak ti, kteří jsou málo sebevědomí, v depresi, pod negativním vlivem rodiny, stejně jako u dívek (Kittleson & Kramer, 2005).

Rizikové faktory spojované s muži jsou (Bryant-Jefferie, 2005):

- nadváha v dětství
- profese, kde je důležitý tvar a velikost těla
- provozování sportu, při kterém je důležité být štíhlý
- problémy s jídlem jsou častější u homosexuálních mužů, avšak zde je sporná otázka, zda homosexuální muži nejsou ochotnější přiznat si problém s jídlem

Paterson (2004) uvádí následující rizika vzniku PPP u mužů:

- zkušenosti s dětskou šikanou a /nebo s posmíváním se kvůli nadváze
- problémy se sebepojetím a sebevědomím, které jsou spojené se zážitky z dětství (například znásilnění, psychické týrání)
- problémy doma, jako je například přehnaná tvrdost a přísnost rodičů, zejména ze strany otce
- nadměrné až obsesivní cvičení
- specifické profese jako je atletika, tancování, jezdeckví
- předchozí zkušenost s nadváhou
- obtížné vyrovnávání se s homosexualitou
- rodiče, kteří trpí vážnou nemocí spojenou s jejich váhou, jako je například srdeční porucha, diabetes
- vysokoškolští studenti, kteří poprvé odejdou z domu a jsou vystaveni stresu
- strach z pocitů ohledně sexuality
- strach z role muže a touha zůstat v závislém vztahu s matkou
- u starších pacientů může být spouštěčem: nadměrná odpovědnost v práci, rozvod, materiální potíže, děti odcházející z domu, smrt rodičů nebo blízkého člena rodiny

Gillon (2003, in Bryant-Jefferie, 2005) píše, že muži jsou stále málo ochotní přiznat sobě a okolí, když mají problém s jídlem. Společnost spojuje tyto problémy se ženami, a muži neumění slovy vyjádřit tento problém a diskutovat o něm. Tím se oddaluje léčba a rizika spojená s PPP jsou mnohem závažnější.

Většina mužů, kteří si přejí změnit tvar a velikost svého těla, zamíří do posilovny. Anderson et al. (2000 in Bryant- Jefferie, 2005) udává, že u mužů je cvičení první metoda snižování a kontroly váhy.

Cvičení funguje jako droga a závislost na něm se vytváří poměrně rychle. Spousta mladých mužů kromě cvičení používá i podpůrné prostředky, čímž riskují ještě víc. Tento druh problému může vyústit v tzv. reverzní anorexii. A tak, jako běžní anorektici se vidí tlustí, přesto, že jsou vyhublí, lidé s reverzní anorexií mají pocit, že stále nemají dostatečně pevné tělo (Bryant- Jefferie, 2005).

U mužů PPP často souvisí s jejich hrdostí. Muži chtějí být dokonalí ve všem – v práci, ve vztazích, rodinném zázemí, sportu, a jakmile jsou v některé oblasti svého života neúspěšní, rozvíjí se problém. Muži také mívají v dnešní době problém s rozvojem ženské emancipace a se stíráním rozdílů mezi mužskou a ženskou rolí (Paterson, 2004).

Zdá se, že jak ženy, tak muži, kteří trpí PPP, jsou si v mnoha ohledech podobní. Rozdíl je například v tom, že ženy při hubnutí více hlídají ručičku na váze, muži naopak tvar těla, ženy častěji užívají projímadla, muži zase více cvičí. U dívek většinou začíná PPP v ranějším věku z důvodu měnící se postavy v rané pubertě, chlapcům se většinou rozšiřující se rameny, hlubší hlasy a další změny související s ranou pubertou líbí. Co je ale podstatné, osobnosti mužů i žen trpících touto poruchou jsou si podobné - malé sebevědomí, sklon k depresím, problémy ve vztazích, nadměrná citlivost (Paterson, 2004).

Carlat, Camargo & Herzog (1997) prováděli výzkum mezi mužskými pacienty s diagnózou PPP, aby lépe porozuměli etiologii, klinickému projevu a prognóze těchto poruch u mužů. Celkový počet mužů v jejich souboru byl 135. Jejich výsledky jsou shrnuty v tabulce.

Tab. č. 3 Etiologie, klinický projev a prognóza PPP u mužů

	Všichni pacienti s PPP	Pacienti s MA (22%)	Pacienti s MB (46 %)	PPP nespecifické (32 %)
Věk				
Nástup onemocnění	19,3	19	19,5	19,1

První léčba	25,9	20,3	28	26,9
Prodlení v léčbě	6,7	2,1	8,4	7,6
Procentní podíl ideální tělesné hmotnosti				
Premorbidní	133	114	143	131
V nemocnici	108	79	118	115
Nejvyšší v dospělosti	137	106	145	144
Nejnižší v dospělosti	88	70	98	88
Vysněná tělesná váha	97	75	100	101
Sexualita v procentech				
Heterosexuální	41	42	46	33
Homosexuální a bisexuální	27	0	42	23
Asexuální	32	58	12	44
Psychiatrická komorbidita v procentech				
Deprese	54	55	59	46
Užívání alkoholu	29	14	46	14
Užívání kokainu	11	3	20	5
Užívání jiných náv. látek	37	17	61	16
Úzkost	17	3	20	23
Poruchy osobnosti	26	24	31	21
Rodinná historie v procentech				
Nadváha rodičů	53	37	72	40
Afektivní poruchy u rodičů	29	20	33	28
Užívání alkoholu u rodičů	37	20	45	37

Z tabulky můžeme vyčíst, že nejčastější PPP u mužů je mentální bulimie, která se dle autorů vyskytuje u 46% nemocných, následuje nespecifická PPP s 32% a mentální anorexie s 22%. Nejčastější typ nespecifické PPP je záchvatovité přejídání (26%). Průměrný věk nástupu onemocnění je 19, 3 (rozmezí bylo 6 – 60 let!). Průměrný věk nástupu onemocnění se mezi jednotlivými poruchami příliš neliší, ale liší se doba prodlení v léčbě, která je nejvyšší u mentální bulimie. Většina mužů byla zaměstnaná (46%) nebo studovala (32%). Autoři zjišťovali možnou souvislost PPP s rizikovým povoláním – 16% mužů ze souboru měli rizikové zaměstnání (modeling, herectví, ženské práce jako květinářství nebo zaměstnání, kde se přichází do styku s jídlem – restaurace, kuchař). Co se sexuální orientace týče, 41% pacientů během aktivní fáze nemoci bylo heterosexuálních, 27% homosexuálních nebo bisexuálních (nejvyšší výskyt u bulimických pacientů) a 32%

asexuálních (zejména anorektičtí pacienti). Pacienti s PPP také vykazovali častou komorbiditu s poruchami osobnosti.

Premorbidní nadváhu uvedlo 60 % pacientů, největší podíl u bulimických mužů. Výskyt deprese byl ve všech typech PPP, zneužívání alkoholu a kokainu bylo také celkem časté zejména u bulimických pacientů. Nadváha u rodičů se vyskytovala celkem u 53% pacientů, častěji u bulimických. Časté také bylo užívání alkoholu a afektivní poruchy u rodičů těchto pacientů.

Prognózu onemocnění autoři mohli zjišťovat pouze u 40% respondentů. Důvodem bylo propuštění pacientů z nemocnice nebo nedostatečná dokumentace. Během jednoho roku trvající studie 22% pacientů dosáhlo úplného uzdravení, 19% se uzdravilo částečně a 59% stále trpělo PPP.

Na základě této studie se autoři přiklánějí k názoru, že projevy PPP u mužů jsou shodné s projevy PPP u žen. V porovnání s ženami je u mužů vyšší výskyt atypických forem PPP a dochází u nich k většímu prodlení v léčbě. Nejdelší prodlení léčbě vykazují bulimičtí muži a to zřejmě z toho důvodu, že u mužů s anorexií si okolí všimne výrazného hubnutí a přivede pacienta k doktorovi, ale projevy bulimie nejsou tolik zjevné a stigma mužů, kteří se stydí za to, že trpí „ženskou“ nemocí je stále velké.

Stejně jako u žen se i mužů PPP pojí s dalšími psychickými nemocemi jako je deprese, úzkost, poruchy osobnosti, užívání alkoholu a jiných návykových látek. Autoři také upozorňují na zjištění, že u tohoto vzorku mužů se poměrně často vyskytovala homosexualita a bisexualita, zejména u mužů s bulimií. Asexuální orientace se vyskytuje zejména u anorektických mužů stejně jako u anorektických žen a dává se do souvislosti se sníženým počtem hormonů z důvodu hladovění.

2.4 Diagnostika a léčba

Diagnostická kritéria PPP jsou uzpůsobená pro ženy, příkladem může být jedno z hlavních kritérií amenorea (nepřítomnost menstruace) a strach z tloušťky. I někteří muži vykazují strach z tuku, ale jejich problémy pramení většinou z touhy po svalnatém a pevném těle, což se projevuje nadměrným cvičením a nebezpečným užíváním steroidů (Tartakovsky, 2008).

Diagnostika PPP u mužů a její kritéria se zatím příliš neliší od diagnostických kritérií pro ženy. Rozdílem mezi muži a ženami je přirozeně amenorea, avšak přítomnost nebo

absence menstruace nemění ostatní symptomy této nemoci. Dalším rozdílem je hodnota BMI. U dívek je určena hodnota 17,5 jako kritérium diagnostikující mentální anorexii, u mužů by to mělo být 19 -19,5 a to v důsledku hodnoty BMI pro normální váhu, u žen je tato hodnota 20 - 25, u mužů 22 – 27 (Woodside, 2002).

Výzkumů, zabývajících se reakcí mužů na léčbu, je zatím velmi málo, ale ukazuje se, že postupy používané u žen mají podobný efekt i u mužů. Stejně tak dlouhodobá prognóza je podobná jako u žen. Míra úmrtnosti není u mužů známá, ale není důvod se domnívat, že by tato nemoc byla více letální u mužů nebo u žen. Stejně jako u žen by léčba měla být multidimenzionální a zahrnovat jak léčbu nutriční, tak psychologickou. Podvědomí o PPP u mužů by se mělo zvyšovat jak mezi odbornou, tak laickou veřejností, měla by se odstranit stigmatizace a předsudky spojené s touto nemocí u mužů (například homosexualita, která může být u heterosexuálních mužů blokem k léčbě) (Woodside, 2002).

Mýty, fakta a předsudky o poruchách příjmu potravy a obav ohledně body image u mužů (Healthy Weight Journal, 2002, 64):

- výzkumy ukazují, že 50% mužů je nespokojeno s jejich vzhledem nebo některou částí jejich těla, to je podobný počet jako v případě žen
- jako ideální mužské tělo je ukazováno svalnaté a atletické, proporcionální velikost takového těla je stejně nedosažitelná jako v případě míry ideálního ženského těla
- muži nepřiznávají PPP nebo obavy ohledně jejich body image, protože mají strach, že by byli označeni jako zženštilí, homosexuální nebo domýšliví
- vnímání žen s PPP je ve smyslu „ nikdy nemůžu být příliš hubená“, ale u mužů je obava jak z přílišné vyhublosti, tak z obezity
- muži čelí paradoxu dnešní doby, která se vyznačuje sedavým způsobem života, ale po mužích chce, aby měli vypracovaná a svalnatá těla
- mnoho mužů se v touze po ideálním těle uchyluje k nezdravým praktikám, jako jsou plastické operace, přísné diety, nadměrné cvičení, liposukce a doplňky stravy
- profesionálové by měli být vnímaví k obavám mužů o velikost jejich těla a měli by předpokládat možnost PPP, bigorexie nebo tělesné dysmorfie u všech svých mužských klientů

3 Životní smysluplnost ve vztahu k poruchám příjmu potravy

3.1 Smysl života

V mé práci se zabývám tématem existenciální psychologie, kterým je smysl života (smysluplnost), proto bych ráda popsala myšlenky a názory na toto téma skrze známé představitele tohoto směru. Mezi obecné poznatky budu zařazovat možné souvislosti smyslu života se vznikem PPP.

Tento směr v psychologii je založen na myšlenkách existenciálních filozofů S. Kierkegaarda, J.-P. Sartra, M. Heideggera, kteří se na přelomu 19. a 20. století začali zajímat o témata lidské osamělosti, stárnutí, smrtelnosti, svobody, odpovědnosti a smyslu života. Z filozofické tradice se vyčlenily dvě větve a to existenciální psychologie v Evropě a humanistická psychologie v USA.

Blíže popíšu pohled na otázku smysluplnosti prostřednictvím několika představitelů, kteří se zabývali otázkou smysluplnosti lidského života.

Viktor E. Frankl je považován za otce logoterapie, což je psychoterapeutický přístup, který postuluje smysl života jako základní lidskou potřebu a patologní důsledky v případě ztráty tohoto smyslu, a naopak léčivé účinky jeho znovunalezení (Balcar in Vymětal, 2007).

Frankl (1994) v člověku rozlišuje:

- tělo
- duši (psyché)
- ducha (logos)

Duše je mostem mezi tělem a duchem, který považuje za noogení vrstvu bytí. Logos je nositelem smyslu. Duchovní dění je vždy subjektivní. Smysl člověk buď najde, nebo se s ním mine, nebo jej ztratí a pak hledá pseudosmysly. Takovými pseudosmysly potom může být honba za majetkem nebo okamžité uspokojení. Skutečný smysl je transcendentující.

Snaha nalézt smysl vlastního života je hlavní motivační silou, proto Frankl mluví o vůli ke smyslu. Smysl může být podle logoterapie dosahován skrze hodnoty, které mohou být tvůrčí, zážitkové nebo postojoyé (Frankl, 1994).

Hledání smyslu není projevem nemoci, ale naopak duševní vyzrálostí jedince. V dnešní konzumní době je takový člověk ale paradoxně frustrován tím, že všechny materiální

potřeby mu jsou zajištěny. Ale je jedna potřeba, která je v člověku uložena nejhluběji a tou je dát svému životu smysl (Frankl, 1994).

Tvůrčí hodnoty spočívají v tom, co člověk sám vytváří a dává světu. Hodnoty zážitkové spočívají v tom, že člověk navazuje významné vztahy a nabírá zkušenosti. Uskutečňování postojových hodnot spočívá v tom, jak se člověk staví k tomu, co mu život přináší (Balcar, in Vymětal, 2010).

Frankl popisuje dva projevy ztráty smyslu a to existenciální vakuum a existenciální neurózu. Existenciální vakuum je projevem nudy, prázdnoty a apatie. Pokud se u takového člověka rozvine také neurotická symptomatologie, dochází k existenciální (noogenní) neuróze. Klinicky se taková neuróza může projevovat různě – alkoholismus, deprese, posedlost, delikvence aj. (Yalom, 2006).

Podle Frankla nevzniká neuróza jako následek traumatu nebo komplexu, ale záleží na člověku, jak se k situaci postaví. Zastává názor, že ten, kdo zná smysl svého bytí, dokáže překonávat všechny obtíže (Frankl, 1994).

Člověk ztrácí smysl v situacích, kterým nerozumí, kdy je narušen určitý řád a nastává zmatek. Příkladem může být ztráta blízkého člověka, zdraví nebo jiné traumatické zážitky. V takových situacích je těžké hledat v nich smysl, člověk se stává vůči takovým zážitkům bezmocný a blíží se k pocitům nesmyslnosti (Zapletalová, 2008).

Yalom (2006) ve své knize Existenciální psychoterapie píše, že podle Frankla 20% neuróz, s nimiž se ve své praxi setkává, jsou neurózy noogení – tzn., že vznikají z absence životního smyslu. A krize z absence smyslu se objevuje u více než 50% pacientů.

V logoterapii se uplatňují dva směry léčebného zaměření (Balcar in Vymětal, 2010):

a) zacílení na hodnotové zakotvení - předmětem je zde postoj člověka k sobě, ke světu a k životu v něm

b) uplatnění sebeodstupu a sebezpřesahu při léčbě konkrétních případů neurotických a psychosomatických poruch

Mezi hlavní metody logoterapie, uplatňující se při léčbě, patří postojová změna, dereflexe a paradoxní intence. *Postojová změna* dává člověku možnost vyrovnat se i s negativními zkušenostmi v životě a dále mobilizuje jeho „vůli ke smyslu“. Jde o přeměnu patogenních postojů na postoje pozitivní. Při *dereflexi* jde o přerušování přehnaného soustředění se na sebe, které se projevuje hyperreflexí, hyperintencí nebo hyperdiskusí, a vyvolává nadměrnou úzkost. Dereflexe pomáhá člověku najít zdravé zacílení jeho počínání. *Paradoxní intence* staví člověka do opozice vůči strachovým a úzkostným

reakcím, čím člověk nad těmito reakcemi získá nadvládu a zbaví se jich (Balcar in Vymětal, 2007).

A. Maslow (2000) předpokládá, že neuróza je nedostatkové onemocnění, vzniká deprivací základních potřeb, kam řadí fyziologické potřeby (hlad, žízeň, sex, spánek aj.), potřeby bezpečí (mít své místo, jistotu), lásky (někam patřit, sdružovat se) a úcty (uznání, úspěch). O základní potřebu jde, pokud její nepřítomnost přináší chorobu, její přítomnost předchází chorobě, její znovuobjevení léčí chorobu, ve složité životní situaci je člověkem preferovaná před jinými potřebami, je neaktivní a slabá u zdravého člověka.

Pokud jsou u člověka uspokojovány tyto základní potřeby, může uspokojovat růstovou potřebu, kterou je tendence k sebeaktualizaci a tím nalézt a naplňovat svůj životní smysl. Všichni v sobě máme potřebu smyslu a sebenaplňování (Maslow, 2000).

Maslow používá pojem metapatologie pro jednání lidí v podmínkách materiálního blahobytu, jejíž nižší potřeby jsou plně uspokojeny, ale trpí nedostatkem hodnot a životního smyslu. Metapatologie se projevuje beznadějí, obecným pesimismem, apatií a specifickým perfekcionismem.

Podle Maslowa je seberealizace přirozený proces. Překážkou k seberealizaci je společnost, která jedince nutí vzdát se jedinečného vývoje a přijmout nevhodné společenské role a konvence (Yalom, 2006).

I. Yalom (2006), další z představitelů existenciální psychoterapie, předpokládá, že žít bez smyslů, cílů a hodnot, způsobuje značné problémy a v nejtěžších případech to může vést až k sebevraždě. Smysl života je podle něj jeden ze 4 životních problémů, další tři jsou smrt, svoboda a odpovědnost a existenciální osamění.

Yalom (2006) rozlišuje dva druhy smyslu - kosmický smysl, na který se ptáme obecnou otázkou „jaký je smysl života?“ a pozemský smysl – individuální smysl jedincova života. Pozemský smysl by měl být v souladu se smyslem kosmickým. Způsoby naplnění životního smyslu jsou:

- Altruismus – moci zpříjemnit druhým život, sloužit jim, podílet se na charitativních činnostech poskytl smysl už mnoha lidem. Je to také důležitý zdroj smyslu pro psychoterapeuty a lidi pracující v pomáhajících profesích obecně.
- Zapálení pro věc – možnost přispět k něčemu většímu, oddat se nějaké činnosti, věci nebo osobě.

- Tvořivost – možnost vytvořit něco nového, něco užitečného, něco krásného dává silný pocit smysluplnosti.

- Hédonistické řešení – možnost žít naplno, nalézat potěšení z života.
- Seberealizace- možnost uskutečňovat svůj potenciál

Yalom (tamtéž) také píše, že zkoumání potřeby smyslu je luxusem dnešní doby. Chybění smyslu je důsledkem volného času a neangažovanosti. Dneska máme čas, možná až příliš mnoho času, pokládat si tyto zneklidňující otázky. Pokud chybí smysl, bývá to důsledkem nějaké skryté poruchy, jako je alkoholismus, jiné závislosti, nízké sebehodnocení, deprese a krize identity.

Pokud člověk nedokáže nalézt ve svém životě smysluplnost, cítí uje rozladěnost, nespokojenost a bezmocnost.

Längle, další významný představitel existenciální analýzy a žák Frankla, popisuje čtyři základní existenciální motivace: rozumové, emoční, identitní a osobnostně-emocionální (hledání smyslu). Nás, stejně jako Längla, nejvíce zajímá právě čtvrtá z vyjmenovaných motivací a to hledání smyslu. „Smysluplný život neznamena nic více ani nic méně než z okolností a možností dané situace uskutečnit to *nejlepší možné*.“ (Längle, 2002, 25).

Existenciální smysl Längle chápe jako rovnici o dvou proměnných – konkrétní situace, která s sebou přináší určité podmínky a možnosti a člověk, který má také schopnosti a vlohy. Kromě těchto dvou proměnných je důležitým znakem smyslu významnost dané situace.

Smysluplně žít podle autora tedy znamená (Längle, 2002, 39 -52):

1. Plnit ten úkol, který před námi právě stojí.
2. Smysl nelze dát – musí být rozpoznán, nalezen.
3. Nabídky smyslu jsou ve světě, který mi „nahrává“ možnosti, „materiál“ k zpracování. Čím tíživější jsou životní okolnosti, tím hlouběji se mezi nimi skrývá smysl.
4. Spatřit smysl znamená uchopit celek...porozumět si můžeme jen v souvislostech.
 - a. Smysluplný život spočívá v jiné rovině než pohodlí, kariéra nebo blahobyt. Smysl je životní směr pro určité časové období.
5. Smysl všeho – ten nedokážeme pochopit. Smysl svého života – ten nedokážeme vlastnit. Smysl se tak mění zároveň s každou změnou situace.
6. Smysl se nevymýšlí. Co je smyslem, to mě plně uchopí, to vycítím dřív, než

si to pomalu uvědomím.

7. Smysl může nalézt každý člověk...pokud je schopen činit rozhodnutí.
8. Smysl má mnohé stránky. Být znamená být tázán. Žít znamená...odpovídat na otázky přítomné chvíle.

Hamala (2007) popisuje tříkomponentový model smyslu života autorů **Rekera a Wonga**, který získal v odborné literatuře velkou odezvu. Tito autoři považují smysl života za konstrukt skládající se z kognitivní, motivační a afektivní komponenty, které se vzájemně ovlivňují.

1. *Kognitivní komponenta* zahrnuje systém hodnot a předpokladů o sobě, světě a vlastním životě. Představuje to, jaký smysl přisuzuje člověk svému životu, jak rozumí smyslu různých životních situací. Ukazatelem rozvinuté kognitivní komponenty je vysoká míra smyslu života, pořádek v životě, soudržnost.

2. *Motivační komponenta* zahrnuje systém cílů a aktivit, které člověk považuje za hodnotné. Je to jakýsi behaviorální aspekt smyslu života. Pokud je tento aspekt rozvinutý, má jedinec různé hodnoty a cíle, u kterých má velkou snahu o jejich naplnění. Nedostatek v této komponentě se projevuje apatií, nudou a beznadějí.

3. *Afektivní komponenta* představuje pocity spokojenosti a naplnění, které jedinec čerpá ze zážitků a z realizace svých cílů. Je to systém pozitivních přesvědčení a postojů k životu. Pokud tato komponenta není plně rozvinuta, dochází k nespokojenosti, depresi, smutku a pesimismu.

Projevy stavu bezsmyslnosti vycházející z teorie Rekera a Wonga (in Hamala, 2007):

Kognitivní příznaky – jedinec prožívá bezúčelnost, chaos, nedokáže vidět svůj život jako smysluplný, prožívá existenciální úzkost, uvědomuje si izolaci od okolí.

Motivační příznaky – jedinec nemá hodnotné životní cíle, aktivity, zažívá nudu a apatii, beznaděj a neschopnost.

Afektivní příznaky – projevují se jako nespokojenost, neštěstí, deprese, smutek, úzkost.

Smysluplnost lidského jednání **Křivohlavý** (2006) chápe jako situaci, kdy nám o něco jde, dáváme si nějaké cíle, ke kterým směřujeme tím, co děláme. Toto směřování může, ale nemusí být vědomé. Každý z nás se o něco snaží. Souhrn těchto našich snah je většinou hierarchicky uspořádaný a zvláštní postavení v této hierarchii zaujímá tzv. hlavní, nejzazší snaha. Cílesměrné chování (snaha) je ovlivňováno hodnotami daného jedince. Hodnotná pro nás může být jak cesta vedoucí k našemu cíli, tak samotný cíl.

Pojem smysl má několik významů. V našem případě vyjadřuje celkové zaměření lidské existence. Smysluplnost někteří autoři (Baumeister 1991, in Křivohlavý 2006) dělí na více úrovní. Nižší úrovně smysluplnosti mají vztah ke konkrétním situacím (například kroky vedoucí k přípravě oběda). Vyšší úrovně představují právě onu smysluplnost žití a bytí.

Lidé při hledání smyslu události hodnotí, přehodnocují, revidují její význam. Lidé hledají něco podstatného v určité situaci. Bylo zjištěno (Taylorová 1983, in Křivohlavý, 2006), že když lidé zažívají v životě nějaké trápení, jejich potřeba hledat smysl v dané situaci se zvyšuje. Tvorba smyslu pomáhá člověku nacházet jeho vlastní identitu, jeho hodnotu.

3.2 Zdroje životní smysluplnosti

V psychologii se jako o zdrojích smyslu života mluví v souvislosti s hodnotami. Rokeach rozlišuje dva typy hodnot a to instrumentální, které se týkají jedincova přesvědčení o chování, tedy způsobu dosahování cíle. Mezi takové hodnoty patří například čestnost nebo ctižádostivost. Druhým typem hodnot jsou hodnoty terminální, které představují přesvědčení o samotných cílech, tedy stavů, kterých touží člověk dosáhnout. Tyto stavy mohou mít různou podobu od abstraktních jako je svoboda až po konkrétní jako je například hezké bydlení (Hamala, 2007).

Další známou teorií je Schwartzova koncepce hodnot, podle které jsou hodnoty představovány třemi základními požadavky lidské existence a to biologické potřeby, prostředky sociální interakce a přežití vlastní skupiny. Schwartz na základě své studie definoval deset typů základních hodnot a těmi jsou: moc, úspěch, hédonismus, stimulace, sebeřízení, universalismus, shovívavost, tradice, konformita a bezpečí (Hamala, 2007).

Při zkoumání lidské smysluplnosti se uplatňují dvě základní cesty metodologie – kvalitativní (obvykle narativní způsob) a kvantitativní (obvykle dotazníkový způsob). Kvantitativní metody se snaží zjistit pojetí smyslu žití dané osoby rozborem toho, jak daná osoba o tomto tématu hovoří. Jednu z kvalitativních metod jsem si vybrala pro tuto práci. Metoda, která je vytvořená Pragerem, se nazývá SLM – zjišťování zdrojů smysluplnosti. Tato metoda je blíže popsána v empirické části.

V souvislosti s obsahem smyslu života také můžeme definovat dimenze smyslu a to „hloubku“ a „šíři“ smyslu. Šírku smyslu definuje Halama (2007) jako "tendenci jednotlivce prožívat smysl života na základě angažovanosti ve více hodnotách". Jde tedy o

množství zdrojů, z kterých je smysl jedince složen. Hloubku smyslu pak Reker (2000, in Halama 2007) vztahuje ke kvalitě smyslu života.

Zdrojem smysluplnosti také může být naše osobnost, jak zjistil Blatný, Millová, Jelínek, & Osecká (2010). Ve své studii pomocí Cloningerova TCI dospěl k závěru, že k prožívání smysluplnosti přispívají vytrvalost a sebeřízenost.

V souvislosti s tímto poznatkem mě napadá možný důvod, proč jsou pacienti s PPP - zejména s mentální anorexií – tolik rezistentní k léčbě. Typické charakteristiky u těchto pacientů jsou právě sebekontrola a vytrvalost, které umožňují pacientovi prožívat smysluplnost a tím se toto onemocnění stává ego- syntonní.

3.3 Smysluplnost ve vztahu k duševní pohodě

Smysl života jako významný faktor duševní pohody byl podpořen prostřednictvím několika studií (např. Balcar, Zika a Chamberlain, Shek a další). To podnítilo některé autory přesněji definovat pojem duševní pohoda. Například Ryff (1989) předpokládá, že se duševní pohoda skládá ze šesti prvků a těmi jsou: sebeakceptace jako pozitivní postoj vůči sobě, pozitivní vztahy s jinými lidmi, autonomie, environmentální ovládnutí, osobní růst a právě onen smysl života, který má v tomto popise prominentní místo (Hamala, 2007).

Domnívám se, že těchto šest dimenzí se navzájem doplňují a ovlivňují a pokud má člověk výrazný nedostatek v jedné dimenzi, nebude prožívat duševní pohodu. Jedna z dimenzí – sebezřetivost – má také velký význam u poruch příjmu potravy. Pokud člověk nepřijme sám sebe, nebude prožívat stav duševní pohody, což se zase projeví v otázce smyslu života. Na souvislost mezi sebezřetivostí a duševní pohodou ukázala studie uvedená v dizertační práci Arantzazu Rodríguez Fernández, blíže popsána níže.

Mišáková (2012) ve své diplomové práci uvádí šetření A. P. Foxe a N. Leunga z roku 2008, kterým autoři zjišťovali duševní pohodu (well-being) u lidí trpících mentální anorexií. Vycházeli z předpokladu existenciální frustrace jako důsledku nedostatku smysluplnosti v životě dané osoby a pokoušeli se zjistit, zda je tento stav spojený se vznikem mentální anorexie. Tito autoři došli k závěru, že nepřítomnost životního smyslu a nízká duševní pohoda mohou být jedním ze spouštěčů mentální anorexie, která pak slouží jako obrana před prožívaným staven existenciální frustrace.

Pokud člověk dlouhodobě prožívá existenciální vakuum, upadá do deprese, která se dává do souvislosti s PPP. Psycholožky Suzanne E. Mazzeo a Dorothy L. Espelage (in APA, 2002) prováděly výzkum, ve kterém zjišťovaly, zda jsou deprese a obtíže s vyjádřením emocí spojené s PPP a zjistily signifikantní korelaci mezi těmito jevy.

O ztrátě správné cesty k nalezení smyslu ve svém životě u lidí s PPP píše psychoterapeuti C. Costin a G. S. Grabb ve své knize *8 Keys to Recovery from an Eating Disorder*. Smyslem života takových lidí se stane jejich tělo, váha a skutečné hlubší otázky po smyslu života zůstávají nezodpovězeny (Tartakovsky, 2011).

Jak vyplývá z výše uvedeného, smysl života má pro jedince významnou roli. Hamala (2007) uvádí jeho hlavní funkce a to integrace a regulace. Smysl života jako integrační funkce je významný tím, že umožňuje člověku komplexně a flexibilně reagovat na vnější prostředí, zvyšuje odolnost člověka vůči složitým životním situacím.

Weisskopf-Joelsonová (1968, in Hamala 2007) popisuje tři způsoby integrační funkce smyslu:

a) *smysl jako integrace soukromého a veřejného světa* – oddělení vnitřního a vnějšího světa bývá jednou z příčin prožívání bezsmyslnosti svého života

b) *smysl jako interpretace života* – lidé, kteří prožívají ztrátu smyslu, často popisují nedostatek pochopení svého života, díky tomu, že člověk nalezne smysl svého života, dá svému prožívání srozumitelnost, pochopitelnost

c) *smysl jako účel nebo cíl v životě* – člověk potřebuje mít jeden dlouhodobý cíl, aby mohl realizovat jednotlivé dílčí cíle, kterých může být mnoho, a mohou se měnit. Jeden takový dlouhodobý cíl je někdy nazýván posláním

V souvislosti s regulační funkcí smyslu života se hovoří jako o seberegulaci. Smysl života souvisí s cíly a hodnotami člověka, díky kterým někam směřuje. Můžeme mluvit také o normách, s čímž úzce souvisí pojem svědomí. Svědomí můžeme chápat jako určitou reprezentaci ideálů, které základní normy vytvářejí (Hamala, 2007).

4 Teoreticko-kritická analýza

Stanford & Lemberg (2012) zkoumali nejčastěji používané **nástroje pro hodnocení poruchy příjmu potravy a to Edi -3 (Eating Disorder Inventory-3) a EDAM (Eating Disorder Assessment for Men)**. Zjišťovali, zda je stupnice EDI-3 (normy vytvořené pro ženy) vhodná pro hodnocení PPP u mužů a nutnost vytvoření dalších škál specifických pro muže jako je EDAM. Studie se zúčastnilo 108 mužů a žen z léčebných zařízení.

Tato studie byla realizovaná z důvodu rostoucího počtu mužů, kteří trpí PPP. Vědci se domnívají, že důvodem nižšího počtu mužů trpících PPP mohou být nesprávné diagnostické manuály, které byly vytvořeny na ženskou populaci. Příznaky PPP u mužů a žen jsou rozdílné zejména v oblasti tělesné nespokojenosti a kompenzačními metodami bulimie.

Studie kritizuje dotazník EDI zejména ve škále nespokojenosti se svým tělem (položky jako „myslím, že moje stehna jsou příliš silná“ a pod), dále to, že muži mají jiné kompenzační mechanismy u bulimie než ženy - ženy častěji zvrací a používají projímadla, muži spíše více cvičí.

Výsledky potvrdili nutnost vytvoření nových škál specifických pro muže, protože jejich příznaky jsou jiné než příznaky u žen.

Striegel et al. (in Wiley-Blackwell, 2011) se ve svém výzkumu zaměřila na **přejídání jako jeden z typů poruch příjmu potravy**. Prokázala, že onemocnění má stejný dopad na muže i ženy, ale počet mužů, kteří vyhledají léčbu, je mnohem nižší, než je odhadovaný počet těch, kteří touto nemocí trpí. Autorka studie Dr. R. H. Striegel uvádí, že to může být jedním z důvodů nižšího výskytu PPP v mužské populaci. Studie byla provedena na vzorku 21 743 mužů a 24 608 žen a prokázala, že záchvatovité přejídání se vyskytuje u 1630 mužů a 2754 žen a dopad na psychické i fyzické zdraví má jak u žen, tak u mužů. Striegel dodává, že je třeba usilovat o zvýšení povědomí o možnostech PPP u mužů, aby jim byla umožněna odpovídající léčba.

A. R. Fernández se se své disertační práci zabývala **vztahem mezi sebepojetím a psychickou pohodou**. Výzkum měl tři základní cíle – zjistit vztah mezi sebepojetím a psychickou pohodou, určit vztah mezi sebepojetím a úzkostností a depresí a nakonec analyzovat vztah mezi sebepojetím a poruchami příjmu potravy. Do výzkumu bylo zařazeno 1959 lidí ve věku 12 -23 let, z toho 48 byli pacienti s diagnózou PPP. Studie

zjistila významný vztah mezi pozitivním sebepojetím a psychickou pohodou. Čím větší byla spokojenost se svým tělem, tím větší byla psychická pohoda a tím menší byla úroveň úzkostnosti a deprese a menší riziko vzniku PPP. Tato studie také potvrdila významný vliv fyzické aktivity na psychickou pohodu (Basque Research, 2009).

Field et al. (2008) provedla studii, kterou zjišťovala **rizikové faktory pro přejídání a zvracení u chlapců a dívek**. Studie byla provedena v letech 1996 až 2003 a zúčastnilo se jí 6916 dívek a 5618 chlapců ve věku 9 – 15 let (na začátku studie). Během 7 let sledování 10,3 procenta dívek a 3 procenta chlapců začalo s přejídáním nebo zvracením opakujícím se alespoň jednou týdně. U dívek se o něco častěji (5,3 procenta) vyskytovalo zvracení než přejídání (4,3 procenta), zatímco u chlapců tomu bylo naopak (2,1 procenta přejídání oproti 0,8 procenta zvracení).

U dívek mladších než 14 let se vyskytovalo zvracení třikrát častěji, pokud jejich matka měla v anamnéze PPP. U starších dívek tento faktor vliv neměl. Časté diety a snaha vypadat jako osoby v médiích byly nezávislé prediktory přejídání u žen ve všech věkových kategoriích. U chlapců byl hlavním prediktorem přejídání negativní komentář otce na jejich hmotnost.

Alison E. Field se snažila dokázat, že prediktory pro PPP se liší mezi pohlavími a také jsou závislé na věku.

Genderová studie Rebecky Peebles se zaměřila na **možnost přehlédnutí poruch příjmu potravy v některých skupinách** (chlapci a některé etnika) z toho důvodu, že lékaři jsou zvyklí na diagnostikování této nemoci u mladých bílých dívek. Studie se zúčastnilo 104 chlapců ve věku 8 – 19 let s PPP a 1004 dívek podobného věku také s PPP.

Zjistila, že chlapci používají ke kontrole své váhy jiné prostředky než zvracení a projímadla a je u nich s větší pravděpodobností diagnostikovaná PPP nespecifická, než bulimie nebo anorexie oproti dívkám (62,2 procent vs. 49, 1 procent) a to zřejmě proto, že lékaři jsou ostražití k výrazům, které používají spíše dívky (jako je touha být štíhlá), než k výrazům, které používají chlapci (chci být více fit, jíst zdravě...). Autorka studie uvádí, že panuje představa, že u chlapců se PPP vyskytuje jen výjimečně a proto je u nich provedeno spoustu zbytečných lékařských zákroků, než lékaři diagnostikují poruchu příjmu potravy (Stanford University Medical Center, 2007).

Vinceová (2012) se ve své diplomové práci zabývala **životní smysluplností v souvislosti s poruchami příjmu potravy**. Do výzkumu bylo zařazeno 22 žen s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie. Kromě cílové skupiny se studie zúčastnila také skupina kontrolní, do které byly zařazeny osoby bez vážných tělesných či psychických komplikací (také 22 osob). Ke zjištění úrovně smysluplnosti použila dotazník Sence of Coherence vytvořený Antonovským (1987). Autorka prokázala nízké prožívání životní smysluplnosti u osob s PPP, která byla přibližně o čtvrtinu nižší než u osob v kontrolní skupině.

Cazzuffi, Manzato, Gualandi, Fabbian & Scanelli (2010) uvedli **případovou studii mladého muže s mentální anorexií**. Kazuistika je sice lékařská, tudíž zaměřená na fyzické známky mentální anorexie, ale můžeme v ní nalézt některé poznatky relevantní k psychologii.

Studie popisuje dvacetiletého muže, který trpěl restriktivním typem mentální anorexie po dobu 2 let. Nejprve byl léčen na gastroenterologickém oddělení. Poté byl léčen na psychiatrickém oddělení, ale bez známek zlepšení, proto byl odeslán do Centra pro PPP.

Při přijetí měl hmotnost 43,5 kilo při výšce 1,80 m a BMI 13, byl hypotrofický a hypotonický. V osobní a rodinné anamnéze nebyla uvedena jiná psychiatrická onemocnění. Pacient uvedl, že problém začal po tom, co jeho přítelkyně, která se léčila s mentální anorexií, začala mít narážky na jeho váhu i přesto, že jeho váha byla normální. Začal proto více cvičit a tím ztratil 40% ze své původní váhy. Kromě váhového úbytku se dostavily deprese, izolování od přátel a musel přestat se závodním plaváním.

Při první návštěvě si byl pacient vědom svých fyzických potíží, ale přesto měl strach z váhového přírůstku, pokračoval v omezování kalorií. Dotazník BDI vykazoval depresivní stav, dotazník BAQ nespokojenost se svým tělem a EDI vykazoval vysoké skóre pro perfekcionismus, interpersonální nedůvěru a nízkou úroveň sebeuvědomění.

Během léčby přijímal nejprve kalorie odpovídající jeho bazálnímu energetickému výdeji, postupně nabíral průměrně 1,8 kilo týdně po dobu 40 dní. Psychoterapie zahrnovala lepší vnímání a přijetí svého těla, snížení fyzické aktivity, více si uvědomovat svoji nemoc, kterou pacient následně popsal jako „bariéru proti růstu“. Po propuštění z Centra bylo jeho BMI 16,9. Následovala léčba v denním stacionáři. Po 18 měsících bylo jeho BMI 24,2. Všechny biochemické ukazatele byly v normálu. Jeho nálada se postupně zlepšovala bez farmakologické léčby.

Autoři v diskusi uvádějí, že muž trpěl typickými zvláštnostmi mužských PPP jako je nutkavé tělesné cvičení a perfekcionismus. Také se v tomto případě ukázala opožděná diagnostika typická pro mužskou populaci (projevy začaly v 17 letech, diagnostika ve 20 letech).

Younis a Ali (2012) popisují **případovou studii chlapce z Iráku**, který trpěl mentální anorexií. Překvapující je zjištění, že tento chlapec je z Iráku, protože jak autorka článku uvádí, mnoho arabských společností nepovažuje nadváhu za stigma, ale naopak jako známku dobrého zdraví.

14-letý chlapec pocházel ze vzdělané rodiny střední třídy, ve které panovaly stabilní vztahy. Do nemocnice byl přivezen svoji matkou po tom, co odmítal jíst. To vedlo k velkému váhovému úbytku a celkové slabosti. Jeho hubnutí začalo sedm měsíců před tím, kdy si z jeho váhy a chuti k jídlu dělali jeho spolužáci srandu a posmívali se mu. V důsledku toho omezil jídlo a začal sportovat. Pravidelně se vážil a přeměřoval obvod svého břicha a stehen. Jeho příjem klesl až na jeden jogurt a kousek okurky za den. Trpěl velkými bolestmi hlavy, těžkou únavou, bolestí kloubů. Při přijetí se lékaři snažili o zlepšení stavu pomocí léků a multivitaminů, ale bez výsledku.

Ukazovalo se, že pacient je nadměrně ochraňován svojí matkou. Je nejmladší ze sedmi sourozenců a velice inteligentní. Matka ho popsala jako poslušné dítě, poněkud perfekcionista. V anamnéze není známa žádná závažnější tělesná nebo psychická nemoc.

Při přijetí jeho tělesná hmotnost byla 28 kilo na výšku 147 cm, jeho BMI bylo 13. Při vyšetření se ukázalo, že došlo k výraznému úbytku svalů, jeho kůže byla suchá a na některých místech se objevovalo lanugo. Byly provedeny testy na štítnou žlázu a steroidní hormony, ale vše bylo v normě. Jeho řeč byla racionální, bez bludů a halucinací avšak trval na tom, že má normální tvar těla. Nálada byla depresivní, ale popřel sebevražedné myšlenky.

Po přijetí byl pacientovi vypracován léčebný plán za pomoci ošetřujícího lékaře, psychiatra a dietologa. Měl přijímat 2000 kalorií za den pomocí sondy, klid na lůžku pod dohledem zdravotní sestry. Kromě léků na srovnání fyzických problémů mu byla předepsána psychofarmaka (fluoxetin a olanzapin). Kromě toho prodělala několik sezení kognitivní psychoterapie.

Sonda mu byla odebrána 6. den. Na konci třetího týdne byl jeho náhled na tělesnou hmotnost a jídlo realističtější. Jeho nálada se zlepšila. Po 24 dnech byl z nemocnice

propuštěn a bylo mu doporučeno další tři měsíce užívat léky a docházet na psychiatrickou kliniku na pravidelné schůzky. Jeho současná hmotnost byla 30 kilo.

Na pravidelné schůzky nedocházel, objevil se na klinice po šesti měsících s váhou 38 kilo. Zdravotně na tom byl lépe, ale stále měl určité jídelní zvláštnosti a trval na každodenním cvičení.

Dignon, Beardsmore, Spain & Kuan (2006) se ve svém výzkumu pokoušeli zjistit **subjektivní příčiny vzniku PPP**. Účastníci výzkumu byli pacienti s diagnózou mentální anorexie (13 dívek a 2 chlapci). Pacientům položili otázku „Co byste řekli, že je příčinou vašeho onemocnění?“. Z odpovědí výzkumníci zjistili, že většina pacientů bylo v počátcích nemoci nešťastní a bezmocní. Tento pocit většinou pramenil z nějaké traumatické události v životě – šikana ve škole (zajímavé je, že ne fyzická, ale spíše verbální jako posměšky a urážky, které ovlivňovaly pacientovo sebevědomí), úmrtí blízké rodiny, ale také frustrace potřeby lásky, uznání v rodině, mezi vrstevníky. Mentální anorexie fungovala jako určitá kompenzace tohoto pocitu. Nedostatek kontroly v jiných oblastech života si pacienti kompenzovali sebekontrolou v hladovění. Mentální anorexie jim dávala pocity sebekontroly, hrdosti, spokojenosti sami se sebou a euforie. Mentální anorexie se tak pro pacienty stala určitou posedlostí.

Woodside et al. (2001) prováděl výzkum, který zjišťoval, **zda se muži s poruchou příjmu potravy liší od žen s poruchou příjmu potravy a také zda se tyto muži liší od mužů bez poruch příjmu potravy**. Studie se zúčastnilo 62 mužů s diagnózou PPP, 212 žen s diagnózou PPP a 3 769 mužů, kteří neměli žádné problémy s příjmem potravy. Tato studie zjistila, že poměr mezi ženami a muži se syndromy mentální anorexie je 2 :1 a u mentální bulimie je to 2,9 : 1. Což, jak autoři sami přiznávají, byla překvapující zjištění a navrhuje další výzkumy na toto téma.

Dále bylo zjištěno, že mezi ženami a muži trpícími PPP nejsou žádné významné rozdíly v klinických příznacích. U mužů s PPP byl prokázán vyšší výskyt jiných duševních poruch ve srovnání s muži bez PPP, ale není jasné, zda je to způsobena přítomností PPP nebo PPP byly důsledkem těchto poruch. Muži s PPP podle předpokladu vykazovali nižší spokojenost s kvalitou života, než muži bez PPP. Ženy s PPP a muži s PPP udávali srovnatelnou kvalitu života.

5 Praktická část

V teoretické části jsem se věnovala ve větší části poruchám příjmu potravy. Kromě obecného popisu také jejich specifickým v mužské populaci. Ve stručnosti jsem nastínila problematiku životní smysluplnosti a její možnou souvislost s poruchami příjmu potravy. V empirické části se budu zabývat případovými studii chlapce a dívky, kteří si prošli (procházejí) mentální anorexií. K otázce smysluplnosti se vrátím prostřednictvím kvalitativní metody dle Pragera. Tato metoda zjišťuje jedincovy zdroje smysluplnosti.

5.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

5.1.1 Cíle praktické části

- *Podrobně popsat vývoj a průběh mentální anorexie prostřednictvím kazuistik chlapce a dívky.*
- *Lépe porozumět průběhu onemocnění.*
- *Najít společné a rozdílné rysy u tohoto onemocnění v případě chlapce a dívky.*

Domnívám se, že snaha porozumět této nemoci vede právě skrze pohled na ní očima pacientů. Jejich názoru na příčinu nemoci, kdo nebo co jim nejvíce pomohlo, co jim naopak ublížilo. Co bylo podle nich důvodem vzniku nemoci, jak se na vzniku nemoci podílely vlivy rodinné, biologické, sociální a individuální. Popisují nemoc jak z pohledu chlapeckého, tak dívčího. Jak už je nastíněno v teoretické části, zřejmě existují určité rozdíly v počátcích, průběhu a projevech nemoci, a také v pohledu okolí na toho, kdo touto nemocí trpí.

Také bych chtěla poukázat na to, jak je tato nemoc a její léčba dlouhodobá a namáhavá, že přibrání na „ideální“ váhu není známkou uzdravení, protože váha je jen číslo, a také pacienta, s již normální váhou, přepadají hlasy a myšlenky anorexie.

- *Zjistit, zda prožívání smysluplnosti souvisí s tímto onemocněním.*

Opět můžeme vycházet z teoretického základu, ve kterém je uvedeno několik studií potvrzující tuto souvislost. PPP mohou, v případě ztráty smyslu života, fungovat jako určité kompenzační chování. Pokud by mezi tímto onemocněním a smysluplností existovala souvislost, bylo by možné využít tohoto poznatku při léčbě nemoci.

5.1.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou okolnosti vzniku a vývoje mentální anorexie? Liší se tyto okolnosti v závislosti na pohlaví?
2. Jaký je pohled na toto onemocnění ze strany chlapce a dívky?
3. V čem je průběh onemocnění stejný a naopak v čem se liší v případě chlapce a dívky?
4. Je možná souvislost mentální anorexie se ztrátou smysluplnosti?

5.2 Aplikovaná metodika

5.2.1 Typ výzkumu

Pro účely studie používám metody kvalitativního přístupu. Klíčovými pojmy takových metod jsou jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, dynamika zkoumaného fenoménu a reflexivita jako důvod toho, že výzkumník je ať už přímo, nebo nepřímo podílí na procesech, které zkoumá (Miovský, 2006).

V kvalitativním výzkumu se užívají induktivní metody, hloubkové studium případů, různé formy rozhovorů a pozorování. Jeho cílem je popsat zvláštnosti případů, vyvozovat hypotézy a rozvíjet teorie. Plán výzkumu je flexibilní, rozvíjí se, mění a přizpůsobuje v průběhu získávání výsledků (Hendl, 2008).

Typické pro kvalitativní výzkum je to, že člověk spoluvytváří realitu a během poznávání dochází k neustálé interpretaci, namísto k objevování, jako v případě kvantitativního výzkumu. Pole výzkumu zůstává po celou dobu otevřené. V neposlední řadě je důležitá autentičnost vztahu mezi účastníky výzkumu a výzkumníkem, která je kritériem validity (Miovský, 2006).

Kvalitativní způsob jsem zvolila z důvodu hlubšího prozkoumání dané problematiky a také z důvodu omezeného přístupu k chlapcům, kteří trpí mentální anorexií. Byla použita kazuistika jako jedna z metod kvalitativního výzkumu. Tato práce nemá ambice k zobecňování, ale bude se snažit poukázat na některé zvláštnosti mentální anorexie u chlapce. Ty poté mohou být použity jako podklad pro další zkoumání této problematiky. Pro zjištění zdrojů smysluplnosti byla použita Pragerova metoda.

5.2.2 Použité nástroje

Kazuistika – případová studie- je detailní popis případu – objektu výzkumného zájmu. Díky komplexnosti této metody můžeme dospět přesnějších a hlubších výsledků a k celkovým souvislostem (Mayring, 1989, 1990 in Miovský 2006).

Základní výzkumnou otázkou u případové studie je, jaké jsou charakteristiky daného případu. Předpokladem je, že pomocí důkladného popisu jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2008).

V mé práci budu používat dvě jednopřípadové studie. Data do nich jsem sbírala v období listopadu 2011 – ledna 2013. Data jsem tvořila pomocí narativního interview, polostrukturovaného interview, e-mailové korespondence a pozorování.

Metoda SLM – zjišťování zdrojů smysluplnosti, byla vytvořena Pragerem (2000). Ve své knize Psychologie smysluplnosti existence ji popisuje Křivohlavý.

Při této metodě se dané osobě kladou následující otázky (Křivohlavý, 2006, 62) :

- Které jsou nejdůležitější věci v životě?
- Které věci jsou podle vašeho mínění v životě nejvýznamnější a nejpotřebnější?
- Co vám dává chuť do života?

V první fázi Prager „mapoval terén“ a zjišťoval cíle a záměry dotazovaných osob. Tím zjistil, že starší lidé uváděli celkem 72 zdrojů smysluplnosti a mladší 21 zdrojů. Celkem bylo zjištěno 93 těchto zdrojů. V následující fázi redukoval tento počet pomocí metody klastrů a výsledkem bylo 8 hlavních zdrojů (Křivohlavý, 2006, 63):

1. Být respektován druhými lidmi.
2. Sounáležitost v rodině.
3. Sociální styk a vztahy mezi lidmi.
4. Udržovat hodnoty a tradice.
5. Sledovat spirituální, kulturní duchovní nebo intelektuální cíle.
6. Tělesné a duševní zdraví.
7. Osobní úspěch a významné společenské místo.
8. Mít pocit naplnění života.

Z toho Prager vyvodil následující směřování:

- Zabývání se sebou.
- Seberealizace.
- Sociální život.
- Sebetranscendence.

Tuto metodu jsem si vybrala z toho důvodu, že je kvalitativní. Budu pomocí ní zjišťovat, zda jsou zdroje smysluplnosti u probandů shodné s normální populací a hlavně to, jak byly tyto zdroje saturovány před vznikem a v průběhu onemocnění.

5.3 Etické problémy a způsob jejich řešení

Informovaný souhlas – ještě před schůzkou jak s Adamem, tak s Anetou, jsem se osobně domlouvala s jejich matkami. Ty mi poskytly nejprve ústní, následně písemný souhlas k účasti na výzkumu. Adama i Anetu jsem seznámila s projektem mé diplomové práce a vysvětlila jim, proč je pro mě důležitá jejich spolupráce. Byli též informováni o tom, že spolupráce na studii je dobrovolná a mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit.

5.4 Výzkumný soubor a metody jeho výběru

Do případových studií jsem vybírala chlapce a dívku metodou stratifikovaného záměrného výběru. V počáteční fázi projektu jsem konkrétní a vhodný případ chlapce s PPP hledala v psychiatrických léčebnách, které jsem telefonicky kontaktovala. I když jsem neměla předem děfinováno, o jaký typ PPP se má jednat, hledání vhodného případu bylo časově náročné.

Primář oddělení, na kterém se vybraný chlapec Adam léčil, nejdříve chlapce s mým výzkumem seznámil a následně zprostředkoval kontakt s Adamovou matkou. Od té jsem získala souhlas ke spolupráci s Adamem (informovaný souhlas později podepsala). Po té, co jsem navázala kontakt s chlapcem, jsem se snažila najít dívku. V tomto případě byla stanovena následující kritéria: diagnóza stejná jako u chlapce, tzn. mentální anorexie, a alespoň přibližně stejný věk. To se mi podařilo a navázání kontaktu probíhalo stejně, jako v případě chlapce.

První setkání proběhlo na psychiatrii, kde oba zúčastnění byli docela rádi, když jsem za nimi přišla a popovídala si. Po propuštění z nemocnice ale, zejména u chlapce, docházelo

k problémům v komunikaci (chtěl na celou záležitost zapomenout, nemluvit o tom). U dívky nastal problém v okamžiku, kdy z anorexie spadla do přejídání s občasným zvracením, a začala se sama za sebe stydět. Kvůli tomuto studu se nějaký čas odmítala scházet osobně.

5.5 Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

Analýza kvalitativních dat je považována za nejobtížnější fázi studie, a to z důvodu velké volnosti jednotlivých metod, jejich nízké standardizace (Miovský, 2006).

Jedním z přístupů k analýze kvalitativních dat je deskripce, v užším pojetí chápaná jako nástroj analýzy, protože hlubší analýza dat, která jde za postupy utřídění, klasifikace a deskripce, je příliš spekulativní. V širším pojetí je deskripce chápaná jako první krok analytické práce (Miovský, 2006).

Z dílčích postupů analýzy kvalitativních dat budu používat metodu vytvářená trsů pro hledání podobností u probandů. Dále metodu kontrastů a srovnávání při hledání podobností a odlišností mezi probandy. Také budu používat metody vyhledávání a vyznačování vztahů, a to zejména v případě ověřování souvislosti PPP s životní smysluplností.

Data do kazuistik jsem sbírala v průběhu období listopadu 2011 – ledna 2013 pomocí rozhovorů s probandy. S každým z nich jsem se několikrát sešla osobně. První kontakt jak s chlapcem, tak dívkou probíhal na psychiatrické léčebně, poté v místě jejich bydliště. Mezi jednotlivými schůzkami jsem s probandy udržovala kontakt pomocí e-mailů a facebooku. Díky takovému kontaktu jsem měla možnost sledovat průběh nemoci z dlouhodobějšího hlediska.

Kazuistika chlapce

Úvod

S Adamem jsem se poprvé setkala na psychiatrické léčebně, kde se třetím měsícem léčil s diagnózou mentální anorexie. Jediným kritériem při výběru chlapce, bylo pohlaví a diagnostika některé z forem poruch příjmu potravy, a to z důvodu nedostatečného počtu chlapců léčících se s poruchou příjmu potravy. Na Adamově kazuistice bych ráda ukázala

průběh onemocnění mentální anorexie u chlapců. Matka Adama, jako jeho zákonná zástupkyně, podepsala souhlas s použitím informací.

Osobní údaje

Adam, narozen 1997, student 9. ročníku základní školy s matematickým zaměřením. Ve 14 letech diagnostikovaná mentální anorexie. V současné době v remisi. Ve stejném věku hospitalizace na psychiatrické léčebně, poté ambulantní léčba pomocí psychoterapie a farmakoterapie, nyní bez léčby. Původní výška 181 cm, váha 88 kilo (BMI 26,8), minimální váha 64 kilo při 191 cm (BMI 17,1). Jeho současná výška je 196 cm, váha 84 kilo (BMI 21,8).

Klinické pozorování

Už na první pohled Adam zaujme svou nadprůměrnou výškou. Přesto, že byl na úrovni propouštěcí váhy, vypadal velmi hubeně. Snažil se, být „v pohodě“, ale stále si s něčím hrál, pohupoval nohou a celkově se zdál být nervózní. Hnědé vlasy má střižené na krátko. Na první schůzce na sobě měl rifle, triko a volnou mikinu. Ze začátku odpovídal stroze, měl strach, abych něco neřekla doktorovi nebo sestřím. Říkal, že nechápe, proč na psychiatrii je, že kdyby ho pustili, bude jíst normálně. K hospitalizaci a léčbě celkově se stavěl negativisticky.

Je spíše uzavřený, na otázky odpovídá přímo, ale musím se hodně vyptávat, hlavně na okolnosti onemocnění. Když se stočí hovor k jinému tématu, rozmluví se.

Pokud srovnám první a poslední schůzku, Adam díky nabraným kilům vypadá lépe. Působí po roce více sebejistě, dělá „legrácky“ a je uvolněnější. Je těžké posoudit, zda je to proto, že se známe lépe nebo proto, že zvládl boj s mentální anorexií.

Rodinná anamnéza

Matka narozena 1975, vyučena, pracuje jako sociální pracovníce, žádné vážnější onemocnění, v dospívání krátká epizoda PPP se zvracením.

Otec narozen roku 1968, SŠ s maturitou, podniká, bez vážnějšího onemocnění. Manželství s Adamovou matkou bylo jeho druhé. Nyní rozvedeni.

Mladší bratr Vojtěch, narozen 1999, student ZŠ. Ve škole se prý musí snažit víc, než Adam. Není prý tolik chytrý. Neprodělal žádná vážnější onemocnění. Adam říká, že spolu vychází prostě jako bratr s bratrem. Mluví spolu, ale kamarádi zrovna nejsou, protože jsou povahově jiní. Vojta je prý velký flegmatik.

Mladší sestra Markéta, narozena 2005, studentka ZŠ. Bez vážnějších onemocnění. Doma byla vždy za „mazlíčka“. Podle Adama je chytrá a slušná.

V rodině představuje významnou roli také otec Adamovy matky, narozen 1953, bývalý voják, v současné době v důchodu. Dbá hodně na disciplínu. Adam si prý s dědou rozumí velmi dobře, i když je někdy trochu přísnější. „*Dědu mám fakt rád, moc rád.*“

V současné době (od května 2011) rodiče rozvedeni. Rozvod proběhl krátce před začátkem Adamových problémů s jídlem, ale do souvislosti to nedává. Hádky rodičů podle Adamových slov trvaly už od jeho asi 10 let. To, že se rozvedli, celkem uvítal, „*protože se ty hádky už nedaly vydržet*“. Rozvod byl zřejmě komplikovaný, dohady o peníze i o děti. Po rozvodu byl nejprve Adam u otce, jeho bratr a sestra byli u matky.

Nyní Adam s bráchou bydlí s matkou. O nejmladší dceru rozhodoval soud, který nakonec rozhodl pro střídavou péči. Podle Adama Markétu tátova přítelkyně „*úplně oblbla*“. Když přijede sestra domů, nechce ani matce říkat „mami“, nenechá si od ní do ničeho mluvit.

Matka je podle Adamových slov teď hodně smutná. V listopadu 2011 je to prý asi tak půl roku, co má takovou náladu. Je to zřejmě kvůli rozvodu, soudu o Markétu, problémům s penězi a taky proto, že otcově sestře (Adamova teta) zjistili rakovinu. „*Mamka je teď na tom špatně, je toho teď prostě moc.*“

S mamkou vychází docela dobře, ale zároveň dodává, že když se pohádají, může jít k dědovi. Ten bydlí hned vedle nich. „*Mamku mám rád, ale někdy mě až moc hlídá.*“ S dědou má blízký vztah.

S otcem se od jara 2012 nevidá („*to už nemá smysl*“). Má dojem, že o něj nemá zájem. Myslí si, že uznání otce si musí zasloužit. „*Když jsem byl tlustý, tak mě nechválil, pak jsem zhubl a začal posilovat a začal mě chválit.*“ Adam si myslel, že ho otec bude mít jako hubenějšího radši.

Rodiče úspěchy brali vždy jako samozřejmost. Doma nikdy moc nechválilo. Zato nezdary byly probírány stále dokola. „*Třeba jsem dostal jedničku z opravdu těžké písemky, všichni ostatní by to oslavovali, ale u nás se o tom ani nezmínili.*“ Takové prostředí mohlo v Adamovi vyvolat pocit, že lásku druhých si musí nějak zasloužit. Přísnější prý byla matka. Otec byl často v práci a domů se vracel pozdě večer. Když měl Adam jako dítě

nějaký problém, šel s ním za dědou, protože doma se o problémech moc nemluvalo. O anorexii s ním ale nikdy „doopravdy“ nemluvil. Styděl se.

Co doma začaly hádky rodičů, otec byl doma ještě méně, než dřív. Vysvětloval to spoustou práce, ale Adam si myslí, že už v té době měl nějakou milenkou.

Po rozvodu se o Adama otec postupně přestával zajímat. Bydlel u něj jen v době po pobytu v Motole, kdy za něj otec podepsal revers. Zdá se, že Adamův otec si nemoc svého syna připouští ještě hůř, než si připouštěl Adam. Na schůzce v listopadu 2012 Adam říká, že tátovi zkouší často volat, ale nebere mu telefon.

Co se týče jídelních návyků v rodině, většinou jedli (a jedí) typická česká jídla, která prý umí Adamova máma moc dobře vařit. U jídla se alespoň o víkendu scházeli společně. V rodině jsou podle Adama všichni oplácení, kromě dědy a teď také otce.

Osobní anamnéza

Adam se narodil roku 1997 s normální porodní váhou. Byl první a chtěné dítě, během těhotenství matka netrpěla zdravotními problémy, porod proběhl bez komplikací. Adam měl po narození dětskou žloutenku. Problémy s krmením jako dítě neměl.

Už jako dítě byl Adam spíše introvertní povahy, kamarády měl, ale vždy ho více lákalo být s dědou na rybách. Kromě rybaření je jeho velkým koníčkem fotbal, který hraje 8 let (s přestávkou v době onemocnění). Dále se věnuje atletice, ping pongu a rád je se svým psem.

V dětství byla provedena orchidopexie. Jinak bez vážnějšího onemocnění. Alkohol několikrát zkusil, cigarety ne, marihuanu párkrát ano, ostatní drogy ne.

Povahou je perfekcionista, orientovaný na výkon, hodný, ale také impulzivní. Adam sám o sobě říká, že je soutěživý. Že chce být ve všem, co dělá nejlepší, vše dohání do extrémů, což by mohl být taky důvod, proč to s hubnutím „přehnal“.

Dětství prožil na vesnici. Tam chodil do školky i do základní školy. Problémy se spolužáky podle svých slov neměl, kamarádů měl vždy dost. V páté třídě přestup na gymnázium, po roce se přestěhovali do města, kde začal chodit do výběrové školy. (matematické zaměření). V této třídě do kolektivu moc nezapadl.

Prospěch bez problémů. Během anorektického období se jeho výsledky ve škole ještě zlepšili. Trápilo ho, že kvůli onemocnění musel dohánět spoustu učiva ve škole. Je velmi svědomitý, všechnu látku se doučil bez větších problémů. Po ZŠ by rád na školu technického zaměření a také by chtěl jít na VŠ.

Přítečkyni v současnosti nemá, jen občas nějaký „úlet, aby se na diskotéce nenudil.“ V době onemocnění ho holky nezajímaly vůbec. Sex ještě neměl.

Průběh onemocnění

Hubnutí začalo o Vánocích 2011. Ale zkoušel to už i dřív. Přiznává, že třeba, když nějaký den jedl hodně, tak pak další den zkoušel nejíst. Někdy to vyšlo, někdy ne. Na dotaz, jak to začalo, začal mluvit o dědovi. Prý byl vždycky hubený, povoláním byl voják. V této době měl 181 cm a 88 kilo. A byl se svojí váhou spokojený, ale děda i táta mu říkali, že je tlustý. „*Děda to ale aspoň řekl slušně, táta mi to vždycky řekl hnusně.*“

Taky mu to řekli někteří spolužáci. Přiznává, že v této době se často srovnával se svými spolužáky a připadal si tlustý, za své tělo se styděl. „*Tak jsem si to všechno dal dohromady a řekl jsem si, že bych měl zhubnout.*“

Při podrobnějším doptávání Adam přiznal, že krátce před tím, než s hubnutím začal, táta změnil styl stravování a začal hodně cvičit. Podle Adamových slov byl táta vždycky spíš oplácáný, ale po tom, co začal cvičit a zdravěji jíst, vypadal dobře.

Adam se začal více věnovat fotbalu (momentálně hraje extraligu) a atletice. Tím, jak sportoval, šla váha dolů. Třikrát týdně měl trénink ve fotbale, dvakrát týdně tréninky v atletice, do toho fotbalové zápasy jednou týdně. Nejdříve veškerý důvod hubnutí udával sport. Později také připouští, že se snažil nejíst a zkoušel různé diety. Hlídal si kalorickou hodnotu jídel, snídal vločky, svačiny do školy vyhazoval, na obědy ve školní jídelně nechodil a večere „*taky moc nejedl*“.

Říká, že jedl hlavně rychlý cukry kvůli energii na sport, ale když nepotřeboval energii (večer), tak nejedl. „*Neměl jsem vůbec hlad, jedl jsem jenom ovoce, abych měl rychlou energii pro sport, pak jsem se šel po nějaké době zvážit a měl jsem 85 kilo, to jsem fakt dlouho neměl a líbilo se mi to, tak jsem pokračoval dál na 78, 75, 70...a to byla moje cílová váha, kdyby mě tehdy mamka nevezala k doktorovi, tak bych s tím určitě přestal.*“

Při váze 70 kilo si Adamova matka začala dělat starosti, protože Adam začal mít závratě a byl celkově slabý, proto s ním šla k obvodnímu lékaři. Ten Adamovi zjistil nízký tlak a nízkou hladinu cukru v krvi, a poslal Adama do nemocnice. V nemocnici nejprve doktoři zjišťovali nějakou organickou příčinu jeho stavu. Když lékaři nic nezjistili, byl Adam přeložen na specializované oddělení pro léčbu PPP (květen – červen 2011).

Příjmová váha byla 68 kilo a 193 cm. Zde probíhala léčba pomocí kombinované psychoterapie (rodinná, arteterapie, muzikoterapie) a farmak (Zoloft). Jídlo ale odmítal,

neví proč, prý asi z trucu. Nechtěl tam být, myslel si, že tam nepatří a navíc tam byl jediný kluk. *„Byly tam samý holky a já, navíc ty bulimičky, to bylo hrozný, jak zvrací, já když se víc najím, tak víc cvičím, zvracení nechápu.“*

Po třech týdnech ho vzal otec na revers domů a Adam bydlel nějakou dobu s ním. Do této doby si prý neuvědomoval, že by mohl mít anorexii. Myslel si, že když bude chtít, začne zase jíst. V nemocnici nechtěl jíst, protože chtěl jít domů.

Adam ví, co by měl říkat, aby doktoři a rodiče byli spokojeni. Někdy mluví tak, jakoby měl na svoje onemocnění náhled. Jindy ale vše popírá a staví se k celé záležitosti negativisticky, s tím, že nemá žádný problém.

Po propuštění z nemocnice se opět hodně věnoval fotbalu a sportu celkově. Tělesná váha dál klesala. Jedl prý celkem normálně, ale hodně sportoval. *„I když jsem jedl hodně, tak šla váha dolů, tak jsem se na to prostě vykašlal.“* Adam málokdy přiznal, že by odmítal jíst, občas se „prořekl“, ale většinou veškerý váhový úbytek přičítal nadměrnému sportování.

Sám sebe viděl jinak, než mu říkali. Na první schůzce na psychiatrii mi řekl, že si nepřipadal tlustý, ale taky ne hubený. Když jsem se ho na tu samou otázku zeptala o rok později, přiznal, že se viděl tlustý, stále se pozoroval a srovnával s ostatními kluky.

Otec, po tom, co stále hubnul, zakázal Adamovi fotbal, který půl roku pak nehrál vůbec. Hodně špatně snášel, že fotbal hrát nemůže. Protože Adam nemohl sportovat, byl nervózní a často se s otcem hádali. Celé léto byl pak Adam u dědy. Na podzim šel bydlet opět k matce.

Matka na něj hodně dohlížela, aby jedl tak, jak by měl, což mu vadilo. Vadilo mu, že nemůže sportovat. Cítil se nevybitý, míval špatné nálady. V této době přiznává myšlenky na sebevraždu, ale prý se ani tak nechtěl zabít, jen chtěl, aby to všechno skončilo.

Na psychiatrickou léčebnu byl dovezen matkou po tom, co se situace vyhrotila do té míry, že ho hledala policie. Adam se prý víc najedl a měl z toho špatný pocit, tak šel běhat. Běhal tak dlouho, že ho sháněli doma a nemohli ho najít. Tak zavolali na policii. Adam prý po okolí běhal několik hodin, kolik přesně neví. *„Měl jsem tolik energie, musel jsem prostě pořád běhat, musel jsem se vybit, ale pak jsem pořád ležel, neměl jsem sílu ani vstát z postele.“*

V této době už měl váhu 64 kilo při výšce 193 cm (BMI 17,1). Na psychiatrické léčebně užíval Olanzapin. Pomocí postupně zvyšujících se dávek jídla mu byla váha zvyšovaná. Adam se o tom zmínil až po roce, ale prý v nemocnici někdy měl tak špatný pocit z toho jídla, co tam musel jíst, že plival jídlo pod postel.

Při dotazu, zda má nějakou terapii, řekl, že nic moc. V pondělí chodili do bazénu, ve čtvrtek byla arteterapie. Někdy chodil ke koním. Dopoledne byla škola, díky tomu nezameškal ve škole, a mohl se připravovat na testy, které ho čekali, až se vrátí z nemocnice.

V době prvního setkání jezdil domů na propustky. Adam tvrdil, že jsou propustky v pohodě, že i matka byla spokojená, ale podle jedné ze zdravotních sester propustka dobrá nebyla. Byl slovně agresivní na matku i dědečka, říkal, že do blázince patří oni. Jídlo musela matka hodně hlídat.

Adamovi prý vadilo, že musí nabírat z jídla, které mu nechutnalo. Na psychiatrii prý pořád byl chleba s něčím, mléko a omáčky s knedlíkem.

Po propuštění z hospitalizace chodil k psychologce i k psychiatrice (pro předepisování léků, večer bere Zyprexu, ráno Sertralin) od ledna do června 2012. Ne často, tak jednou za měsíc. Psycholožka s ním probírala hlavně vztahy v rodině. Adam také chodil na pravidelné kontroly k obvodní lékařce, která ho pravidelně vážila. Adam návštěvy u těchto doktorek neměl rád a těšil se, až tam nebude muset chodit.

Na schůzce v dubnu 2012 vážil o dvě kila míň, než byla váha při propuštění (tzn. 72 kg). Hodně mluví o jídle, o tom, jak a co jí. Jídlo má prý za odměnu, za fotbal, za ping-pong. Váží se každý den- prý proto, aby si váhu hlídal, aby neklesala. Jídla se podle jeho slov nebojí, *„protože ví, že nepřibere. I když jím hodně, tak jde váha dolů.“*

Připouští, že se za tuto nemoc stydí. Bojí se, že by měl jít zpátky na psychiatrii. Zkusil také kouřit marihuanu, protože je po ní větší chuť k jídlu, ale nebylo mu po tom dobře.

Od propuštění byla půl roku váha přibližně stejná, přes léto do října 2012 váha narostla - 83 kilo. Adam říká, že se více upnul na fotbal, na trenéra, který mu pomáhal ve výživě i v trénincích. Postupně prý přidával jídlo, kterého se dřív bál. *„Jídlo už ani nějak neřeším, když mám chuť, tak si prostě něco vezmu, ale snídaně, obědy a večere mám normálně, to jídlo neřeší už ani děda, dřív to řešil, ale teďka to nechává na mně. Výčitky žádné nemám, protože mam hodně toho sportu, jak jsem ti psal a když mám volno tak posiluju. A jak jsem jedl míň, tak na to jsem se vyprd, prostě když mam chuť tak si něco vezmu.“*

Říká, že prostě chtěl mít tohle všechno za sebou. I když nabral, tak ví, že jsou to svaly, které potřebuje k hraní fotbalu. Tlustý si nepřipadá, ale někdy se s ostatními ještě porovnává. Myslí si, že na uzdravování je nejhorší zbavování se návyků ohledně jídla a cvičení (co a kdy jíst, jak moc a jak často cvičit). Z jeho slov je znát, že to není snadné, píše, že výčitky žádné nemá, **PROTOŽE** má hodně sportu.

Na schůzce v listopadu 2012 vypadá Adam dobře. Na výšku 196 má 84 kilo, výrazně se zlepšil ve fotbale, který je nyní jeho prioritou. V nabírání mu prý nejvíce pomohl trenér. Poradil mu, co a kdy jíst, jak cvičit, aby se dostal do formy a zlepšil fyzičku.

Jí pravidelně, ale nehlídá si kolik. K pití si objednal colu ne light, na předchozích schůzkách pil pouze light. Pro zdravé lidi to nemusí být nic velkého, ale u člověka, který hlídal každou kalorií, je to opravdu pokrok.

Říká, že jak hospitalizace, tak ambulantní léčba mu moc nepomohly. Jde spíš o to, aby si to člověk srovnal v hlavě sám a dostal se z toho. Prý to byl boj, každý den. Jak už je výše zmíněno, Adamovi pomohl sport, ale není to nijak fanatické cvičení. Tréninky má dvakrát týdně, plus jednou týdně zápasy, v ostatní dny mu stačí sportovky ve škole. Až postupem času si přiznal, že měl problém. Přiznává, že se viděl tlustý a že chtěl hubnout záměrně, že neměl svoje tělo rád.

V současnosti je se sebou spokojený. O anorexii mluví jako o „té nemoci“, když mluví se mnou, jinak už o tom s nikým nemluví, nemá prý potřebu. Podle jeho slov mu anorexie vzala čas, který už ale dohnal jak ve škole, tak ve fotbale, proto na to už nechce myslet. Na otázku, jestli mu tato nemoc něco dala, odpověděl, že díky tomu, čím si musel projít a zvládnout, se nějakým způsobem zocelil, začal si více věřit po tom, co to překonal.

Klinická rozvaha

U chlapců s PPP jsou jako rizikové faktory mimo jiné uváděny dětská nadváha, posměch spolužáků, nadměrná kritika a tlak ze strany rodičů (u kluků jde hlavně o kritiku otce), nadváha rodičů, perfekcionismus – všechny tyto faktory se Adama objevovaly.

Problémy s jídlem začaly u Adama v době, kdy situace doma v rodině nebyla ideální – časté hádky rodičů vyústily v rozvod, orientace ze strany rodičů i dědy na výkon, k tomu se přidaly poznámky od spolužáků a spolužaček na jeho váhu. Nemaleý vliv měl podle mého názoru otec, který se v době separování od rodiny začal více zajímat o svoji životosprávu, cvičení a začal hubnout, což Adamovi imponovalo. Další Adamův mužský vzor – dědeček – často Adama upozornil na nadbytečná kila.

Adam neměl možnost o svých problémech promluvit, protože v rodině se o problémech nikdy moc nemluvalo. Tyto nepříznivé okolnosti spolu s Adamovou tendencí k perfekcionismu a jeho cílevědomosti zřejmě stály u propuknutí mentální anorexie.

V mužské populaci je problémem včasná diagnostika PPP, což se ukazuje i na tomto příkladě. Okolí prisuzovalo náhlé hubnutí jednak větší fyzické aktivitě a také rychlému

růstu. K obvodnímu lékaři ho matka odvedla po tom, co začal mít problémy se závratěmi. Také doktoři se nejprve snažili zjistit organickou příčinu Adamově vyhublosti a až po tom, co nemohli objevit fyziologickou příčinu, byl Adam poslán na psychiatrii.

Jako většina mužů s mentální anorexií, také Adam kompenzoval „vyšší“ energetický příjem excesivním cvičením. Cvičil až do té míry, kdy byl natolik vyčerpaný, že nemohl vstát z postele. To je příklad toho, jak moc je mentální anorexie a projevy s ní spojené, obsesivní. Pacient nedokáže přestat s hladověním a s nadměrným cvičením, dokud není úplně vyčerpaný. Nevnímá ani hlad, ani bolest jako signál těla, že je něco v nepořádku.

Léčba probíhala standardně pomocí hospitalizace, která byla zaměřena na režimová opatření, pravidelnost v jídle, postupné zvyšování dávek jídla, v kombinaci s farmaky. Následovala ambulantní léčby (psychoterapie + farmakoterapie).

Po propuštění z hospitalizace se Adam nijak výrazně nelepšil, stále každý den několik hodin cvičil. A jak sám říkal, i když jedl hodně, váha byla stejná nebo dokonce ještě mírně klesala. S rodiči i s dědou se často hádal, což je zřejmě příčina podrážděnosti, která se u lidí s PPP běžně vyskytuje.

Zvrat v léčbě měl podle mého názoru fotbal a Adamova touha být v něm dobrý. Spolu s jeho trenérem vypracovali jídelníček a rozvrh cvičení, který vyhovoval Adamovi a zároveň jemu zdraví. Díky této metodě se Adamovi dařilo nabírat svalovou hmotu a zvedat sebevědomí díky úspěchům ve fotbale.

Co se týče psychoterapie a farmakoterapie, obě byly ukončeny ještě před tím, než došlo ke zvratu v nemoci. Adam sám říká, že u této nemoci je nejdůležitější chtít se vyléčit, pokud člověk nechce, žádný odborník nepomůže. Hospitalizaci prý bral jako nutné zlo a měl to nějakou dobu (a možná ještě dnes) matce za zlé. V tomto případě se u Adama ukázal typický jev pro mužskou populaci trpící poruchou příjmu potravy – negativistický postoj k léčbě, k doktorům a všem, kdo ho do léčby nutí.

Domnívám se, že Adamovou motivací byl paradoxně stud spojený s tím, že trpí „ženskou“ nemocí. I když to pro něj nebylo lehké, bojoval a neskrýval se za nemoc. V tomto případě můžeme vidět rozdíl mezi chlapci a děvčaty- dívky mentální anorexii většinou považují za ego- syntonní a jejich přístup k léčbě je tudíž velmi ambivalentní. U Adama je vidět ego-dystonní povaha nemoci a opravdová touha se vyléčit.

Významný vliv mělo soustředění se na posilování silných stránek, myšlenky na to, v čem je dobrý přehlušily myšlenky ohledně sebepodceňování.

V současné době je sám se sebou spokojený, s jídlem problémy nemá, ale sportovat chce a bude. Jestli je to sportování v rámci zdravé normy, ukáže čas. Podle mého názoru je

budoucí prognóza onemocnění u Adama pozitivní, protože se neuzavírá doma, dělá kolektivní sport, schází se s kamarády z fotbalu, začíná se i zajímat o dívky a jeho myšlenky už nejsou jen o příjmu a výdeji kalorií.

Kazuistika dívky

Úvod

První schůzka s Anetou proběhla na dětském oddělení psychiatrické léčebny. Anetu jsem si vybrala z toho důvodu, že byla na stejném oddělení jako Adam, s mentální anorexií byla léčena také ve stejném čase a jsou podobného věku. Jelikož u chlapce jsem neměla možnost výběru, u dívky jsem se snažila, aby byla v základních údajích podoba s chlapcem, pro lepší srovnání. Matka Anety jako její zákonná zástupkyně souhlasila s užitím informací v kazuistice.

Osobní údaje

Aneta, narozena 1998, studentka víceletého gymnázia. V současné době epizody přejídání s občasným zvracením, kterým předcházela diagnóza mentální anorexie. S psychologem se poprvé setkala na psychiatrické léčebně, kde se léčila s mentální anorexií, v současné době psychologa nenavštěvuje, léky žádné nebere. Původní výška 160 cm, váha 50 kg (BMI 19,53), minimální váha 36 kilo při 162 cm (BMI 13,7), současná výška 165 cm, váha 69 kg (BMI 25,34).

Klinické pozorování

Poprvé jsem se s Anetou setkala na psychiatrii, kde už jí scházela pouhá dvě kila do váhy stanovené jako propouštěcí. I přesto, že propouštěcí váha je jakési stanovené minimum, nezdála se mi nějak vyhublá. Na první dojem působila plaše a nevýrazně. Světle hnědé vlasy měla stažené do culíku. Zelené oči neměla zvýrazněné žádnou řasenkou. Oblečená byla v riflích a tričku.

Během roku se s přibývajícím váhou a zřejmě také s věkem měnil styl jejího oblékání – více módní oblečení. Začala si výrazně malovat oči. Vlasy nosí rozpuštěné. I přes změnu stylu oblékání a malování působí velmi nejistě.

Mluví normálním tempem a přiměřeně hlasitě. Po krátkém rozpovídání mluví sama. Na svůj věk používá bohatý slovník, který je důsledkem zájmu o četbu. Je znát, že o mentální anorexii si přečetla spoustu informací. Kolikrát nevím, jestli to, co mi říká, má ze své zkušenosti nebo přečtené z knížek, jak přesné jsou její formulace.

Rodinná anamnéza

Matka- narozena 1972, vyučena, v současné době nezaměstnaná. V dospívání i v současné době problémy s jídlem, časté diety, ale PPP nikdy diagnostikovaná nebyla. Jiné závažnější onemocnění není známo.

Otec - biologického otce nepoznala a ani poznat netouží.

Sestra – narozena roku 2006, studentka ZŠ.

Nevlastní otec – narozen 1965, SŠ s maturitou, živnostník, přidělává si rozvozem sýrů po Evropě. Pravidelně užívá alkohol. Bez vážného onemocnění.

Aneta se prý s otcem teď moc nebaví, mluví s ní jen, když je trochu napitý. *„Vždycky jsem svého nevlastního tatku strašně milovala a teď se s ním bojím promluvit jediné slovo. Cítím hanbu.“*

Nevlastní bratr – narozen 1992, žije střídavě u své matky a otce (v domácnosti s Anetou). Nevlastní otec mezi nimi dělal velké rozdíly (nevlastní dcera versus vlastní syn).

Co se problémů s jídlem týče, Aneta říká, že její matka *„toho moc nesní“*. Babička Anetě jednou prý řekla, že její matka chtěla být jako mladá modelka a s jídlem měla problémy. Jako rodina se ke společnému jídlu nescházejí. Podle Anety sní matka občas jen nějaký jogurt s rohlíkem, ale normální jídlo málokdy. Společné jídlo často připravuje Aneta, ale ani to většinou matka nejí.

S matkou během léta 2012 skoro nemluví, když spolu mluví, často to končí hádkou. Svoje problémy s ní popsala Aneta následovně: *„S mamkou se snažím, jak to jde, ale prostě nedokážu být všude a jsem na ni našťvaná za to, co mi udělala...! Celý dětství k ní vzhlížím jenom v dobrém a to, co mě štválo, jsem vždycky udusila a trápila se, když na mě byla našťvaná. V anorexii mě nechala samotnou a potom před doktory dělala největšího chudáka ona. Ona to ale slíbila...! Slíbila, že všechno bude lepší, že si mě už bude všimát a že se budeme chovat jako rodina. Všechno, nad čím jsem snila.“*

Aneta velký podíl na nemoci přisuzuje matce. Prý ji často říkala, že je tlustá, přede všemi ji shazovala. Hodná na ni byla, jen pokud ji poslechla na slovo. Když chtěla, aby

bylo něco po jejím, matka jí nadávala. Vinění rodičů (zejména matky, pokud jde o dívky) u této nemoci, ve stádiu, v jakém momentálně Aneta je a v jejím věku, je poměrně časté. Mentální anorexie je multifaktoriální onemocnění, tudíž nahlížet na matku jako na původce všeho je zkreslené. Špatné jídelní návyky jak matky, tak celé rodiny každopádně mohly ke vzniku, respektive k pokračování, nemoci přispět, stejně jako nízké sebevědomí, kterému kritika a nároky od matky určitě nepomohly.

S nevlastním otcem výraznější problémy nemá, ale prý moc není doma. Buď pracuje, nebo je v hospodě.

Mladší sestra je prý miláček rodiny. Někdy ji vadí, že se o ní musí starat, ale má ji ráda.

Nevlastní bratr žije střídavě u své matky nebo v domácnosti s nimi, jak se mu zrovna hodí. Ještě stále studuje SŠ, musel opakovat ročník, prý na všechno kašle. Aneta říká, že je to takový prase. Když se zeptám, jak to myslí, tak říká, že když byla mladší, tak „*to na ni zkoušel*“. Prý ho vždycky odstrčila. V té době se to bála někomu říct a teď, když to řekla matce, řekla jí, že už je to dávno a proto to řešit nebude.

Během schůzky v lednu 2013 Aneta přiznala, že se jí líbilo, jak svojí nemocí na sebe přitahovala pozornost. Všichni se o ni báli, zajímali se o ni, ale to brzy skončilo. Teď má pocit, že ji všichni přehlížejí nebo nadávají.

Osobní anamnéza

Aneta se narodila roku 1998, porod bez problémů, porodní váha normální. Byla chtěné dítě. Její matka zřejmě během těhotenství a v době porodu procházela stresovým obdobím, protože Anetu čekala s ženatým mužem, se kterým se krátce po porodu ve zlém rozešla. Rozchodu předcházely časté hádky.

Od tří let Aneta chodila do mateřské školky, není si vědoma žádných problémů. Pár kamarádek měla.

Na základní škole (1. třída) se hodně kamarádila s jednou holčkou, kterou znala od malička. Ta si ji ale všímala jen tehdy, když něco potřebovala. Ponižovala ji. Aneta neměla kamarády a kvůli problémům s nimi ve 3. třídě přestoupila na jinou školu („*byla jsem hodně naivní*“). Aneta o spolužácích moc mluvit nechce, ale přestup na jinou školu a zmínka o ponižování svědčí o tom, že šlo zřejmě o psychickou šikanu ze strany spolužáků. Nyní se snaží na nikoho neupínat, kamarádky má, ale nepřipouští si je k tělu. V současnosti studuje gymnázium, na které šla kvůli tlaku od matky.

Co se týče školy, má na ni matka vysoké nároky. „*Považuje se (matka) za BEZCHYBNOU.! Já jí chtěla být takovou dcerou, chtěla jsem, aby na mě byla pyšná...! Kde jsem skončila...?!*“

Aneta je cílevědomá, inteligentní, perfekcionistická, introvertní a velmi nejistá. Je vychovaná ke slušnosti, „nepatřičné“ emoce najevo nedává, protože se chce chovat slušně.

V současné době chodí na víceleté gymnázium. Prospěch se v roce 2012 /2013 zhoršil z vynikajícího na průměrné. Prý ji to mrzí. Do školy chodí pravidelně, i když se tam necítí dobře. Po propuštění z hospitalizace musela dělat postupové zkoušky, protože ve škole hodně zameškala, ale zvládla je. Myslím, že ke zhoršení prospěchu došlo z toho důvodu, že se Aneta na školu hůře soustředí, a když se ve škole objeví stres, tak ho v této době řeší jídlem, tudíž ji na učení nezbyvá tolik času, jako dříve.

Příkladem může být situace, kdy dostala ve škole 4 z matematiky. Na další den se měla naučit na opravu, ale byla z toho tak nervózní, že se přejedla a potom měla výčitky z přejedení.

Kamarádek moc nemá. Kamarádí se s dvěma chlapci ze třídy. Přes léto 2012 se scházela s partou, která si z ní ale dělala legraci, že je moc slušná. Snažila se jim vyrovnat. Občas se s nimi napíla, občas zakouřila a šla na diskotéku, ale prý to nebyla ona. Teď se jim snaží vyhýbat, protože se jí prý posmívají, že je tlustá.

Po gymnáziu by ráda studovala někde v Evropě anglický jazyk, který ji prý jde a moc ji baví. Kromě jazyků ji baví sledovat seriály, číst a sportovat. V současné době (leden 2013) sportuje hlavně proto, aby zhubla 20 kilo, které nabrala od propuštění z nemocnice. Snaží se sportovat každý den.

První menstruace ve 12-ti letech. Během mentální anorexie menstruace na nějaký čas vymizela. V současnosti opět menstruuje. Přítel ani sex ještě neměla. Přítel by chtěla.

Alkohol a cigarety zkoušela, ostatní drogy ne.

Průběh onemocnění

Hubnout začala proto, že byla ve škole nejvyvinutější. Kluci se jí posmívali, že je „tlustoprď“. Často ji za její vzhled kritizovala i matka. V té době měla váhu 50 kilo na 160 cm. Už od Vánoc 2010 toužila zhubnout, ale zhoršilo se to během letních prázdnin 2011, kdy byla doma sama, pořád se pozorovala, viděla se tlustá. Začala hodně chodit (20 kilometrů za den), začala být hodně podrážděná, často brečela. Nevěděla jak vyjádřit vztek

a strach, byla vedena k tomu, chovat se za každých okolností umírněně. „*Mamka mě už od mala vychovávala k dospělosti, neznám dětské hry.*“

Snižovala denní dávky jídla. Začala si všechno měřit a vážit. To, jak se to váží a měří, si zjišťovala na internetu. Bavilo ji to. Měla čím vyplnit čas, který trávila sama.

Ze začátku ji všichni v okolí říkali, že ji to sluší, což ji ještě více motivovalo v tom, aby pokračovala. Za dva měsíce zhubla celkem 11 kilo a chtěla hubnout dál. Matka si výraznějšího hubnutí všimla až po nějaké době, kdy ji jednou viděla bez oblečení. Řekla ji, že už je moc hubená, ať s tím přestane.

Aneta se prý neviděla moc hubená, ale přemýšlela o tom, s hubnutím přestat a váhu si udržovat. Když si ale chtěla dát normální jídlo, začala mít strach a nešlo to. Pořád myslela na to, jakou práci ji dalo shození těch kil, a teď by to měla nabrat? Kvůli každému jídlu dělala hysterické scény a nechtěla jíst nic, co si sama nepovolila. Většinou to byl jogurt a nějaké ovoce.

Iniciátorem toho, kdo Anetu odvedl k obvodnímu lékaři, byl prý nevlastní táta. Obvodní lékařka okamžitě měla podezření na mentální anorexii a doporučila hospitalizaci.

Na psychiatrii byla hospitalizovaná začátkem listopadu 2011 s váhou 36 kilo při výšce 162 cm (BMI 13,7). Její cílová váha byla 49 kilo. Léčba probíhala zvýšeným příjmem jídla (příklad jídelníčku v nemocnici: snídaně: dva bílé rohlíky s džemem, svačina: dva chleby s taveným sýrem + jablko, oběd: drožd'ová polévka, houskové knedlíky s omáčkou, vepřové maso, svačina: dva chleby s džemem, mléko, večeře: rohlík, dva krajíce chleba, salám, máslo, 2. večeře: dva rohlíky, žervé). Terapii, kromě pracovní, neměla. Sama říká, že by si o tom chtěla s někým promluvit, ale v nemocnici s ní o tom prý nikdo nemluví. Byla ale párkrát na hypnóze a po ní se cítí lépe.

Ze začátku měla velké výčitky svědomí z množství jídla a nedostatku pohybu. Užívala Zoloft. Za necelé dva měsíce přibrala na 47 kilo. Aneta byla s touto váhou propuštěna na Vánoce, které prý byly moc fajn. Líbilo se jí, že byli všichni spolu, každý se o ni zajímal a staral se, jestli jí. Každý na ni byl hodný.

Na Silvestra se musela vrátit na psychiatrii, protože jí chybělo jedno kilo k cílové váze. Kvůli tomu, aby se nemusela vracet se během víkendu, kdy měla propustku, přejídala. Z Anety jsem cítila, že sama se sebou není spokojená, nelíbilo se jí její tělo, působila velmi odevzdaně. Během rozhovoru jsem měla podezření, že anorexie se přemění na bulimii. Během následné korespondence v létě 2012 jsem zjistila, že se často přejídá, touží zhubnout, ale už ji to nejde. Nabrala asi deset kilo.

K psychologovi chodila od propuštění (leden 2012) do června 2012, ale bála se mu cokoliv říct, protože prý všechno pak řekl mamce.

Na otázku, kdy se začala přejídat a přibírat odpovídá, že zlomem byl květen 2012, kdy byla nemocná. Zvracela, ale místo toho, aby držela dietu, tak jedla víc, protože to prý stejně vyzvracela. Dětský obvodní lékař ji na prohlídce řekl, že simuluje a že to taky může být z těch prášků, co bere (Zoloft) a doporučil ji prášky vysadit. Od té doby je to prý horší a horší. Během doby, co byla nemocná a jedla víc, se „něco“ zlomilo a přejídala se čím dál častěji. Jídlo se stalo jejím společníkem. Když se nudí nebo je smutná, tak jde jíst a je jí aspoň chvilku dobře. Pak má ale výčitky a tak je to pořád dokola. Takhle od května 2012 do ledna 2013 přibrala 20 kilo.

Během letních prázdnin roku 2012 Aneta celkově nezažívá dobré období. *„Strašně jsem přibrala přejídáním. Já se přejídat nechci, ale když to na mě přijde, ani o sobě nevím a jím, až se pozvracím...“*

„Snaží se opět hubnout, ale říká, že „už není tolik silná jako před tím“. „Jsem ze sebe nešťastná... Budu zase někdy hubená? Já chci! Chci být jako ty sexy holky z reklam a facebooku, co po nich kluci tolik touží! Postupně si uvědomuji, že v sobě už opravdu anorexii nemám, ale že jsem ji měla už roky, protože jsem se viděla tlustá a holky, co se mi teď nelíbí (jsou moc vychrtlé), bývaly mým snem moc dlouho, ne jenom rok. Jenže teď jsem opravdu tlustá! Nohy mi všude přetékají a mně se chce akorát brečet! Já vážně musím! Potřebuju mít pocit, že je to prostě rychle dole, jako kdyby to najednou mělo zmizet! Poprvé v životě jsem dokázala zhubnout, a to díky hladovění a nadměrnému sportování! Jenže už nemám tak pevnou vůli.! Už nedokážu během dne ujít 20 kilometrů a potom ještě 45 min. tvrdě posilovat! Nevím, co mám dělat, už jsem ujížděla i na práscích a projímadlech, ale stejně jsem se na to vykašlala.“

Takhle Aneta mluvila více jak půl roku po propuštění z nemocnice, po ukončení terapie, po tom, co je dle měřítek BMI „zdravá“.... Pocit, že jsou „silnější a lepší“, než ostatní lidé, mívají lidé s anorexií často. Jsou pyšní na to, že dokážou nejíst, že tolik cvičí, že tolik zhubli, a ostatní lidé jim připadají bez vůle a nechutní tím, jak „pořád jedí“.

Kvůli kilům navíc se Aneta spíše zavírá doma a tráví čas sama. *„Cítím hanbu. Ale to všude. Protože jsem tolik tlustá! I moje mamka mi to pořád říká! A když jí řeknu, že tím dostávám pocit bezpečí a klidu, tak po mně vyjíždí, že z čeho asi já tak můžu být neklidná...! Bojím se celé naší rodiny! A to jenom kvůli mamce! Bojím se mamce říct, co mi vadí, protože ona si to obrátí vzhůru nohama...“*

Na otázku, jaký je její běžný den během léta 2012 mi napsala: „*Můj běžný den je strašně nudný. Ráno se probudím a jdu ven se psem, potom se jen tak poflakuju po domě, nebo jdu s někým ven, najednou je oběd a já jdu zase se psem, až přijdu tak jsem chvíli na počítači a večer se jdu ještě najíst. Samozřejmě celý den doprovází hádky s mamkou a vztek. Ráda přes den poslouchám muziku, protože ve mně budí takový nepopsatelný pocit. Ale ne vždy šťastný...*“ Z toho, co popisuje Aneta je znát, že cítí prázdnotu, je to pocit, který chce zaplnit ať hladem a odříkáním, nebo jídlem?

Na schůzce v lednu působila velmi nejistě, nechtěla se se mnou ani sejít, protože se prý stydí za to, jak vypadá. Když nemusí, tak nikam nechodí. Prášky nebere, psychologa nenavštěvuje. Nemá o tom s kým mluvit. Chtěla by jíst zdravě a normálně, matka ji prý ale z finančních důvodů nechce kupovat jídlo, které by chtěla. Také přiznává, že se občas pořezala. Prý to viděla na internetu a opravdu ji to trochu ulevilo. Na otázku, zda zvrací, mi váhavě odpověděla, že párkrát. Po dalším dotazování přiznává, že občas zvrací už od května 2012. Ještě to prý nikomu neřekla.

Klinická rozvaha

Problémy s jídlem se u Anety začaly objevovat v době, kdy dospívala a mezi spolužačkami se cítila více vyspělá, než ostatní. Spolužáci ji to také dávali najevo a Aneta se za své tělo styděla. Také mamka ji často říkala, že je tlustá. Ze začátku chtěla zhubnout jen pár kilo pomocí sportu a menších večeří. Postupem času ale přidávala sport a ubírala jídlo. Líbilo se jí, když ji ostatní chválili, jak zhubla, jak jí to sluší. Také matka se o ni začala více zajímat. Díky anorexii na sebe poutala pozornost, což ji podlé mého názoru jen povzbuzovalo v pokračování.

Myslím, že anorexie byla u Anety také vzdorem „poslušné a hodné“ dcery, která do té doby poslouchala mamku na slovo. Takový vzdor může mít spoustu podob. To, že u Anety měl podobu anorexie, přispělo jak okolí (nesprávné jídelní návyky doma, posměch od spolužáků, narážky maty), tak její introvertní a perfekcionistická povaha. Možná příčina se přisuzuje i dědičnosti, což v tomto případě může mít vliv vzhledem k problémům s jídlem u Anetiny matky a její touze po kariéře modelky, která se neuskutečnila.

Ten, kdo vzal Anetu k obvodnímu lékaři, byl překvapivě prý její nevlastní otec. Po konzultaci s obvodním lékařem byla Aneta v říjnu 2011 převezena na psychiatrickou léčebnu, kde léčba probíhala standardně zvyšováním dávek jídla a nasazením léků. Bohužel

s Anetou nikdo moc nemluvil a její obavy z rychlého nárůstu váhy a nespokojenost sama se sebou ji její už tak malé sebevědomí dál snižovalo.

V období, kdy byla Anetě diagnostikovaná mentální anorexie, se její okolí a hlavně rodina o ní více zajímala, měly o ni obavy, mamka se starala, co jí, jestli jí. Tahle pozornost ale pár měsíců po propuštění opadla a Aneta se zase cítila sama. Spojence našla v jídle. Začala se stranit okolí a jíst. Během tříčtvrtě roku tímto způsobem nabrala 20 kilo. O nějakém sebevědomí už nemůže být řeč, stydí se za sebe, nevychází z domu, když nemusí. Problémem je, že na tohle je sama, nemá se komu svěřit, nechodí k psychologovi, ani nebere prášky. K tomu se přidalo zvracení. Nezvrací po každém přejedení, ale jde hlavně o to, že přišla na to, že ji zvracet jde, že je to „snadnější“ cesta, než nejíst. Také se u ní objevilo sebepoškozování, které se často vyskytuje u dívek s mentální bulimií.

Podle mého názoru sebepoškozování byl další zoufalý pokus Anety získat pozornost okolí. Tím také může být současné obvinění nevlastního bratra z „obtěžování“ v době, kdy byly dětmi.

Domnívám se, že přerušení psychoterapie a farmakoterapie bylo chybou. Absence psychoterapie je u Anety znát. Její sebevědomí a sebepojetí je stále nižší, náhled na původ onemocnění, na příčiny vzniku i vývoje nemoci, je velmi zkreslený. Špatná komunikace v rodině a vyhrocený vztah s matkou přímo vybízí k rodinné terapii. V neposlední řadě pocít, že je na všechno sama, že jí nikdo nepomáhá a nedostatečné převzetí zodpovědnosti za průběh onemocnění.

U Anety je cítit velká ambivalence, typická u dívek s mentální anorexií. Chtěla by být zdravá, jíst normálně, ale „ až po tom, co zhubne a bude vypadat hezky“. Myslím, že je důležité, aby se začala mít ráda, aby začala mít ráda své tělo, aby si zvýšila sebevědomí a aby získala skutečnou motivaci k léčbě.

Také se domnívám, že Aneta potřebuje mít někoho, s kým o tomhle všem bude moct otevřeně mluvit. Pokud Aneta nevyhledá co nejdříve odbornou pomoc, mohl by se její stav dále zhoršovat.

Životní smysluplnost

Položené otázky:

- Které jsou nejdůležitější věci v životě?
- Které věci jsou podle vašeho mínění v životě nejvýznamnější a nejpotřebnější?

- Co vám dává chuť do života?

Odpovědi Adama

1. *Nejdůležitější věci v životě jsou pro každého asi jiné, ale pro mě je to hlavně fotbal, ryby, rodina a kamarádi, a aby na všechno byla energie tak jídlo.*

2. *Tahle otázka se mi zdá podobná jako ta první a tak na ni podobně odpovím, zase je asi potřeba aby člověk měl rodinu, kamarády, aby se měl na koho obrátit, potom nějaký koníček (rybaření), sport (fotbal), no ale každý to má asi jinak někdo nepotřebuje rodinu ani kamarády, ale podle mě si to spíš jenom myslí, že je nepotřebují.*

3. *Chuť do života to mi dodávají v různých situacích různé věci, ale hlavně se mi nestalo moc často, že by mi něco nebo někdo vzalo chuť do života.*

Odpovědi Anety

1. *Myslím, že na prvním místě je rodina, protože když se někam zatoulám, nebudou to peníze, ani sláva, která mi poskytne útočiště právě jako rodina. Taky si myslím, že důležitá je pevná vůle, vzdělání, strach a zdraví.*

2. *Nejvýznamnější věci v životě je vzdělání, umění a historie. Nejpotřebnější věci v životě je láska, pevná vůle, odvaha, štěstí a zdraví.*

3. *Chuť do života mi přinášejí kamarádi a umění, především hudba a barvy. Úspěch.*

Interpretace výzkumných otázek

Jaké jsou okolnosti vzniku a vývoje mentální anorexie? Liší se tyto okolnosti v závislosti na pohlaví?

Mentální anorexie je stejně jako ostatní druhy poruch příjmu potravy multifaktoriální onemocnění a je dávana do souvislosti s několika vlivy. Pokusím se rozebrat jednotlivé okruhy vlivů u výše popsaných kazuistik.

1. Biologické vlivy

Z kazuistik na možné genetické vlivy poukazují problémy s příjmem potravy jak u matky Adama, tak problémy s jídlem u matky Anety. Adamova matka zažila v dětství kratší epizodu poruch příjmu potravy. Anetina matka v mládí chtěla být modelkou a s dietami experimentovala od mládí. V současné době nemá správné jídelní návyky. U Adama navíc můžeme vypožorovat, že počátek problémů začal v období, kdy s hubnutím a cvičením začal jeho otec.

Co se hormonálního vlivu týče, u obou byla mentální anorexie diagnostikovaná v pubertálním věku, tudíž ani hormonální vliv vyloučit nelze.

2. Rodinné vlivy

Jak u Adama, tak u Anety rodinné prostředí nebylo ideální. Adamovi rodiče se v době, kdy se začaly projevovat problémy s jídlem, rozváděli po vleklých problémech a častých hádkách. O děti se rodiče různě přetahovali. Adama otec oceňoval na základě úspěchů ve škole a ve sportu. Úspěch se bral jako samozřejmost, naopak neúspěch jako velké zklamání. V současnosti se otec o Adama nezajímá.

Aneta svého biologického otce nikdy nepoznala, žije s nevlastním otcem, který prý dělá velké rozdíly mezi vlastním synem a Anetou. Matka na Anetu vždy kladla velké nároky, co se výkonů ve škole týče, tak zájmů (musela chodit na klavír, kreslení, tanec) a také vzhledu (upozorňovala na váhu apod.). Její problémy bagatelizovala, proto si Aneta pravé pocity většinou nechávala pro sebe.

3. Sociální a kulturní faktory

Adam mluvil o tom, jak si z jeho váhy někteří spolužáci dělají srandu. O diety a hubnutí se začal zajímat až v souvislosti s rozhodnutím zhubnout. Na internetu prý našel všechno.

U Anety je nesporný vliv ideálu krásy zobrazovaný v médiích, o čemž se několikrát zmiňovala. Chtěla by vypadat, jak modelky a herečky. Jak zhubnout také našla na internetu. Na internetu také hledala různé články o anorexii a bulimii jako návod, jak se „zdokonalit“. Posměch od spolužáků zažívala před vznikem nemocí, protože dříve dospěla a měla větší prsa, než ostatní holky ve třídě. V současnosti se jí spolužáci opět vysmívají kvůli kilům navíc.

4. individuální faktory

Jak Aneta, tak Adam sami sebe popisují jako perfekcionisty, kteří se snaží uspět. Z pozorování a z kontaktů s oběma můžu říct, že jsou více citliví, nesmělí, uzavřenější. U Adama minimálně v době období anorexie byla znát depresivní nálada, u Anety je tomu dodnes. Adam přiznává, že v době anorexie se sám viděl jako tlustý, styděl se za sebe a za své tělo, připadal si neomalený a nešikovný. Aneta své tělo v současnosti nemá ráda. Snaží se moc nevycházet z domu, protože se stydí za to, jak vypadá. Bojí se tělocviku ve škole, protože ji ostatní uvidí a budou se jí smát.

Tím se dostáváme k odpovědi na první z výzkumných otázek. Není známá jediná příčina, potvrzuje se obecně známý fakt, že PPP jsou *multifaktoriální onemocnění* a hraje svou roli několik vlivů biologických, rodinných, sociálních a individuálních.

U chlapce měl velký vliv otec a děda, kteří negativně komentovali chlapcovu postavu. Nemalý vliv měla podle mého názoru nepříznivá situace v rodině. U dívky se projevil vliv matky, která svou dceru velmi hlídala v jídle, stejně jako sama sebe. U Anety se vyskytovaly také posměšky až psychická šikana od spolužáků. Jak u chlapce, tak u dívky se ukázalo, že jejich rodiče na ně kladli vysoké nároky. Projevovali se u nich také typické rysy jako perfekcionismus, cílevědomost, orientace na výkon. Faktory, které mají vliv na vznik a vývoj poruch příjmu potravy se v různé míře vyskytují u obou pohlaví. Lišily se v tom, že na ně měla významný vliv identifikující se osoba- tedy u chlapce otec a děda u dívky matka. Shodné byly vlivy perfekcionismu, vysokých požadavků ze strany rodičů, nízké sebevědomí a nezdravé stravovací návyky v rodině.

Jaký je pohled na toto onemocnění ze strany chlapce a dívky? Co pomohlo a co naopak ublížilo?

Adam se za to, že měl mentální anorexii, *stydí*. S nikým o tom moc nemluví a mluvit ani nechce. Do dneška si ani pořádně nepřiznal, že mentální anorexií trpěl. Stále žije v přesvědčení, že za všechno může to, že ho mamka odvezla na psychiatrii. Kdyby se to prý nestalo, začal by už jíst normálně.

Přemýšlela jsem o tom, jak pohlížet a tuhle stydlivost. Myslím si, že má svoje pro i proti. Důvody „proti“ jsou známé – větší stydlivost u chlapců za onemocnění poruchou příjmu potravy, vede k tomu, že se s tím skrývají a neléčí se pomocí odborníků. Pozdější

diagnostika také vede k horším následkům. Ale v souvislosti s Adamem mě napadl také důvod „pro“. Tato stydlivost ho hnala k tomu, aby se vyléčil, aby se víc snažil, aby se s tím vyrovnal. Možná tato motivace není ta, kterou u nemocných hledáme, ale lepší nějaká motivace, než žádná.

Čímž se dostávám k otázce, co u Adama pomohlo. Myslím si, že právě tato *motivace* a také nalezení *nového mužského vzoru* v podobě trenéra, který mu pomohl vypracovat jídelníček a tréninkový plán na zlepšení kondice. Trenér s Adamem rozebíral jeho nemoc „jako chlap s chlapem“, což mu zřejmě bylo bližší, než rozebírání nemoci a rodinných vztahů během psychoterapie. Adam v tom našel *nový smysl*. Našel zájem, který ho naplňoval a kam mohl vkládat energii. A tato snaha se mu vyplácela. Začal se zlepšovat ve fotbale, zlepšovala se tím i jeho pozice mezi fotbalisty a spolu s tím rostlo i Adamovo sebevědomí. A jak píše například Papežová (2010) – přijmutí vlastního těla a jeho reálné vnímání je hlavní podmínkou uzdravení.

Z Adamova pohledu mu nejvíce ublížil *pobyt na psychiatrii*, kde v prvním případě hospitalizace odmítal jíst „z trucu“ a v druhém případě jedl jen proto, aby už ho pustili. Za celou dobu pobytu si nepřipustil nějaký problém. To, že Adam neměl na celou situaci náhled, bylo zřejmě také hlavním důvodem hospitalizace. Otázkou zůstává, kam až by Adam nechal nemoc zajít, kdyby byl plnoletý a o své léčbě rozhodoval sám. I s odstupem času má své matce stále za zlé, že ho odvezla na psychiatrii.

U *Anety* je tomu trochu jinak. Za mentální anorexii, se *nestydí*, naopak v současné době, kdy přibrala a začala se přejídat a občas zvracet, na období mentální anorexie vzpomíná jako na to lepší období, kdy byla hubená, ostatní se o ni zajímali, měla pevnou vůli a sebekontrolu. K léčbě a celkově k nemoci má Aneta ambivalentní postoj.

Pobyt v nemocnici nepovažuje za něco, za co by se měla stydět. Ale prý by bylo fajn, kdyby během pobytu bylo více možnosti mluvit s psychologem, protože neměla s kým rozebrat, jak se cítí. Tuto možnost bohužel nemá dodnes, což považuju za možnou překážku v léčbě.

V *Anetině* případě je vidět typický příklad *útěku do nemoci* a „užívání“ si role nemocného. Křivohlavý (2002) o takové situaci píše jako o tzv. sekundárním užitku. Lidem v takovém případě jejich nemoc přináší pozitivita, která je v nemoci udržují. Jakmile pozornost opadla, chtěla zase hubnout, ale nešlo ji to, místo toho se začala přejídat a přibírat. Aneta se tuto pozornost snaží získat různými způsoby. Od hubnutí, přes obviňování nevlastního bratra z „obtěžování“ až po sebepoškození.

U Anety těžko hledáme něco, co pomohlo, protože je stále nemocná. Ublížila ji podle mého názoru *pozornost*, kterou tak moc toužila mít a získala ji právě skrz onemocnění. A dále to, že přestala chodit na psychoterapii, která by ji s jejími pocity osamělosti mohla pomoci.

V čem je průběh onemocnění stejný a naopak v čem se liší v případě chlapce a dívky?

V *případě Adama* můžeme vidět počátky výraznějšího hubnutí během Vánoc 2011. Jeho hubnutí si všimla nejdříve matka (asi po pěti měsících), kdy z původní váhy 88 kilo zhubl na 70 a ze 180 centimetrů vyrostl na 187. Byla to výrazná změna, ale okolí to přičítalo častému sportování a rychlému růstu. Až když začal mít Adam problémy se závratěmi (nízký tlak a nízká hladina cukru), vzala ho matka k obdobnému lékaři. I přes zjevnou vyhublost se lékaři snažili najít *organickou příčinu* jeho obtíží.

Během první hospitalizace na psychiatrii odešel po pár týdnech domů na revers, který podepsal otec. Ten si zřejmě nechtěl přiznat, že by jeho syn mohl mít anorexii.

U Anety začalo výraznější hubnutí během léta 2011 a už na podzim 2011 byla na psychiatrii s diagnostickou mentální anorexií. Tady můžeme najít odlišnost od Adama, kde se *diagnostika protahovala o půl roku déle*.

Nemoc začala u Adama i Anety podobně – oba začali omezovat příjem jídla a výrazně cvičit. *Lišit se začali v průběhu onemocnění tím, že Adam jedl ovoce kvůli rychlé energii, aby mohl více sportovat. Aneta později na sport neměla sílu, protože více omezovala jídlo.* Další rozdíl je ve způsobu „zbavování se nadbytečných kalorií“ – Adam se raději uběhal tak, že pak únavou nemohl vstát z postele, Aneta zkoušela zvracet, brát projímadla i prášky na hubnutí.

Na průběh onemocnění měly jak u Adama, tak u Anety vliv reakce blízkého okolí. Po prvních shozených kilogramech slýchávali chválu za to, jak vypadají, což je zřejmě ještě více utvrzovalo v pokračování shazování kil.

Co se týče *pohledu na své tělo*, v obou případech bylo *zkreslené*. Oba se neustále zabývali tím, jak vypadají a měli *strach z toho, že by mohli přibrat, hlídali kalorickou hodnotu jídla, nadměrně cvičili*. Během onemocnění se u obou vyskytovaly známky *podráždění, deprese*. Adam přiznal, že přemýšlel o *sebevraždě* a Aneta se *sebepoškozovala* řezáním. Sebepoškozování je u lidí trpících PPP celkem běžné, na PPP lze také pohlížet jako na určitý druh sebepoškozování.

Dalším mezníkem v průběhu onemocnění byly *důsledky nemoci*. U Adama přišel stud, tím, že zhubl, nedosáhl toho, že by se o něj otec začal více zajímat, s dědou se spíše hádal, protože byl neustále podrážděný, s fotbalem musel skončit. Nemoc mu nepřinášela nic pozitivního, což byla zřejmě hnací síla k vyléčení.

U Anety nemoc přinesla pozornost jak ze strany rodičů, tak spolužáků. Cítila se dobře, chtěla být malá a křehká dívka a to ji anorexie umožnila. Podle mého tuha, aby se Aneta uzdravila, vycházela spíše z přání rodiny a blízkého okolí, než z Anety samotné.

Je možná souvislost mentální anorexie se ztrátou smysluplnosti?

Z Adamových odpovědí můžeme vyčíst, že jeho zdroje smysluplnosti odpovídají běžné populaci. Pokud tyto zdroje chybí, dochází k existenciální frustraci. Počátky anorexie jsou u Adama dávány do souvislosti s problémy v rodině (jeden z hlavních zdrojů smysluplnosti) a posměchy od kamarádů (další významný zdroj). Kvůli kilům navíc nebyl ve fotbale tak rychlý, jak by potřeboval (další významný zdroj smysluplnosti). Jak sám dodává, aby na všechno byla energie, je potřeba jídlo. Ale, všechny tyto *zdroje Adamovi začaly chybět*, nebyly – možná proto, jako důsledek toho, si podvědomě odpíral jídlo (energie nebyla potřeba, protože nebylo zdrojů, do kterých by ji vložil).

Z toho vyplývá, že Adam ještě před vznikem mentální anorexie *prožíval existenciální frustraci*. Zvrat v léčbě nastal po tom, co s trenérem fotbalu společně vpracovali plán tréninků, jídelníček a tento zdroj smysluplnosti se začal naplňovat, zase byla potřeba do něj vložit energii.

Stejně jako Adam, dává Aneta na první místo rodinu. Aneta připisuje velký význam při rozvoji nemoci mamce, která si z ní a její postavy dělala srandu i na veřejnosti. S mamkou vycházela dobře, dokud byla „slušná holčička“, při prvních známkách bouření se, docházelo často k hádkám. Vlastního otce nepoznala, její mamka si to nepřeje, řekla ji, že to byl zlý chlap, že s ním otěhotněla, i když nechtěla, protože byl ženatý. Co se stalo doopravdy, se Aneta asi nikdy nedozví. Někdy na to prý myslí. Nevlastní otec, kterého má prý moc ráda, dělal vždy rozdíly mezi ní a jeho vlastním synem. Doma moc času nebývá, protože pracuje nebo je v hospodě. S Anetou mluví většinou v situaci, kdy je „v náladě“.

Pokud, i přes tyto problémy, Aneta staví rodinu na první místo, co se důležitosti v životě týče, můžeme vyvozovat, že jí *hlavní zdroj smysluplnosti chybí*.

Zajímavý je další zdroj smysluplnosti a tím je pevná vůle, tolik typická pro období anorexie. Z rozhovoru s Anetou bylo znát, že období anorexie bylo spíše tím lepším

v jejím životě. Dostatek pozornosti se jí dostávalo jak od rodiny, tak od spolužáků a učitelů ve škole. Mohla si také pořídit kočku, kterou ji do té doby nechtěla matka dovolit.

Podle Anety může ztráta pevné vůle za to, že tolik přibrala. A následkem toho si ji okolí už tolik nevšímá, spolužáci ji opět přehlížejí, v horším případě vysmívají. Je možné, že v období anorexie se upnula právě na pevnou vůli. Tento zdroj ztratila nástupem přejídání se a zvracení.

Pokud tedy mám odpovědět na otázku o možné souvislosti anorexie se ztrátou smysluplnosti, domnívám se, že tyto pojmy *spolu úzce souvisí*. Na základě tohoto zjištění by se dalo využít logoterapie a dalších existenciálních psychoterapií při léčbě poruch příjmu potravy.

6 Diskuse

Hlavním cílem mé práce byl podrobný popis vzniku a vývoje mentální anorexie z pohledu dívky Anety a chlapce Adama a hledání podobností a rozdílů mezi nimi. Probandi do případových studií byli vybíráni metodou stratifikovaného záměrného výběru. Protože nebylo lehké nalézt chlapce, který by se léčil s poruchou příjmu potravy a zároveň souhlasil s účastí, jsou srovnávány pouze dvě kazuistiky. Na úkor šířky výzkumu, jsem se snažila zasáhnout co největší hloubku. S probandy jsem byla v kontaktu více než rok a podrobně sledovala průběh jejich onemocnění.

Jak už bylo několikrát v práci řečeno, tato nemoc se vyskytuje i u chlapců a její výskyt v mužské populaci rychle roste, přesto je tato problematika ještě nedostatečně prozkoumaná. Výzkumné otázky byly následující:

- 1. Jaké jsou okolnosti vzniku a vývoje mentální anorexie? Liší se tyto okolnosti v závislosti na pohlaví?*

Z interpretace výzkumných otázek vyplývá, že mentální anorexie je multifaktoriální onemocnění a souvisí s pocity bezmoci, frustrace a neštěstí (Dignon et al., 2006). Tato frustrace a bezmoc může plynout z několika zdrojů. Tyto pocity mohou být důsledkem vlivů rodinných (Štečková, 2000; Chvála & Trapková, 2007), biologických (Klump; Stice, in Novotney, 2009), sociálních (Novák, 2007) a individuálních. Tyto faktory se vyskytovaly v různé míře jak u chlapce, tak dívky.

Dignon (2006) uvádí, že pacienti s poruchou příjmu potravy se často setkávají s psychickou šikanou ze strany spolužáků, což se ukázala i v této práci v případě dívky. Dívky často uvádějí jako jednu z hlavních příčin vzniku PPP špatný vztah s matkou (Štečková, 2000). Tento faktor uvádí i Aneta, která říká, že ji matka často kritizuje, má na ni vysoké nároky a nevěnuje jí tolik pozornosti, kolik by si představovala.

Naopak u chlapců je častým faktorem stojícím u vzniku poruch příjmu potravy autoritativní otec (Field, 2008). Podle Adama ho jeho otec také často kritizoval, úspěchy bral, jako samozřejmost naopak neúspěch Adamovi vytýkal. Adam měl (a stále má) potřebu se o rodičovskou lásku nějak zaslouhat. Myslel si, že jako hubenějšího ho bude mít otec raději. Kromě otce byl v okolí Adama ještě významnou autoritou jeho dědeček, bývalý voják. Jak otec, tak děda zároveň byli těmi, kteří si Adamovu nemoc připouštěli ještě hůř, než Adam samotný.

Okolnosti vzniku a vývoje nemoci jsou u chlapce a dívky podobné. Velký vliv na ně měla identifikující se osoba – u dívky matka, u chlapce otec a dědeček.

Z dalších uváděných faktorů, které se podílejí na vzniku a vývoji poruch příjmu potravy je uváděna nefungující komunikace (Štečková, 2000). Na špatnou komunikaci doma upozorňoval jak Adam, tak Aneta. V rodině Adama se nikdy nemluvílo o problémech, neměl s kým mluvit o tom, co ho trápí. Hodnocení založené na úspěchu a také vzhledu se vyskytovalo jak v Adamově, tak v Anetině rodině. Aneta si často stěžovala na to, jak ji matka kritizovala, jak na ni kladla vysoké nároky a pak ji zesměšňovala i před zbytkem rodiny.

Perfekcionismus, asi jeden z nejnámějších rysů osob trpících poruchou příjmu potravy, se skutečně ve velké míře objevoval u obou probandů. Jak chlapec, tak dívka považovali úspěch za jednu z nejdůležitějších věcí. Ve všem, co dělali, chtěli být nejlepší a pokud tomu tak nebylo, snižovalo to jejich sebevědomí.

2. Jaký je pohled na toto onemocnění ze strany chlapce a dívky?

Co se týče pohledu na tuto nemoc ze strany chlapce, se v mé práci potvrdily názory Gilona (2003), podle kterého jsou muži málo ochotní přiznat sobě a okolí, že mají problém s jídlem, protože se za toto onemocnění stydí. Adam, v čemž ho podporoval dokonce jeho otec, se odmítal léčit na specializovaném oddělení, nepřipouštěl, že by měl problémy s jídlem, veškerý úbytek váhy dával do souvislosti s velkým výdejem při sportu. Delší pobyt na psychiatrickém oddělení absolvoval až po té, co byl tak zeslabený, že omdlával a nemohl vstát z postele. A stejně, jak ve své případové studii uvádějí Younis a Ali (2012) chlapce s mentální anorexií, který neměl zájem o časté konzultace a návštěvy lékaře, se toto potvrdilo i v případě Adama. O své nemoci nikdy neměl zájem mluvit, chtěl na všechno zapomenout, udělat za vším černou čáru a jít dál. Od začátku, co jsem s ním byla v kontaktu, mluvil o tom, jak se těší, až nebude muset chodit k žádné doktorce pro prášky, na terapii nebo na vážení.

Naopak dívka byla velmi ochotná o mentální anorexii mluvit, ráda by chodila k psychologovi. U Anety se, tak jako popisuje Papežová (2003) projevila typická ambivalence k léčbě z důvodu získávání určitých výhod z nemoci. Tyto výhody mohou být důsledkem chronifikace nemoci. Aneta pozornost na sebe zkoušela upoutávat i jinými způsoby, například sebepoškozováním nebo obviňováním nevlastního bratra z obtěžování.

U chlapce se tato ambivalence nevyskytla. Možné důvody toho jsou negativní důsledky, které s sebou nemoc přinášela – hádky s otcem, dědou i matkou, velký stud za to, že trpí „ženskou“ nemocí, nemožnost hrát fotbal, nepochopení od spolužáků atd.

Právě tento stud, ego-dystonní povahu nemoci u chlapce a také nový mužský vzor v podobě trenéra, který mu pomáhal se zvládnutím jídelníčku a tréninků, čímž se zvyšovalo Adamovo sebevědomí, považují za možné zvraty v léčbě mentální anorexie.

U Anety na druhou stranu nemoc přinášela pozornost, kterou tak moc toužila získat, což ji, podle mého názoru, v nemoci udržovalo (udržuje).

3. V čem je průběh onemocnění stejný a naopak v čem se liší v případě chlapce a dívky?

V souladu s Paterson (2004) u chlapce diagnostika mentální anorexie trvala delší dobu, než u dívky. U odborníků stále panuje představa poruchy příjmu potravy vyskytující se v mužské populaci jen výjimečně. Muži jsou často podrobeni většinou zbytečným lékařským zákrokům, než dojde k diagnostice poruch příjmu potravy (Stanford University Medical Center, 2007). V Adamově případě naštěstí nebylo proděláno tolik zbytečných zákroků, ale nemoc zašla tak daleko, že neměl sílu vstát z postele a omdlával. Okolnímu prostředí samozřejmě Adamovo výrazné hubnutí neuniklo, ale nevyvolávalo takové obavy, jako v případě dívky. Hubnutí se dávalo do souvislosti se sportem, s rychlým růstem. První rok v léčbě udělala Adamova matka, která zřejmě se své vlastní zkušenosti, viděla za Adamovým hubnutím něco víc, než rychlý růst. Bohužel tento krok dopadl tak, že Adama z nemocnice vzal jeho otec na revers k sobě domů, kde Adam dál pokračoval v hubnutí, které skončilo už zmiňovaným omdléváním a vyčerpáním.

Klinické projevy nemoci jako je velká ztráta hmotnosti, zkreslené vnímání vlastního těla, nespokojenost se sebou, deprese, uzavírání se do sebe, strach z přibírání, nadměrné cvičení aj. byly jak u chlapce, tak u dívky stejné, což potvrzuje ve svém výzkumu Woodside (2001).

Ztráta hmotnosti byla v případě chlapce na minimální váhu 64 kilo při výšce 191 cm, tzn. BMI 17,1. U dívky 36 kilo při výšce 162 cm, tzn. BMI 13,7. Udanou hodnotou BMI bych chtěla odkázat na návrh diagnostických kritérií mentální anorexie pro muže, který uvádí Woodside (2002) a to, že kritická hodnota BMI u dívek je 17,5, ale u chlapců by to mělo být 19 – 19,5 k poměru hodnoty normálního BMI.

Zkreslené vnímání těla a nespokojenost se sebou přiznávala jak Aneta, tak Adam. U Anety nespokojenost se svým tělem navíc rostla v průběhu onemocnění, kdy začala nabírat. V současné době, kdy má 69 kilo při výšce 165 cm, se za sebe stydí tolik, že nechce chodit ven, protože má strach z posměšků od okolí. Na „anorektické“ období vzpomíná jako na to, kdy byla taková, jaká si přeje být. Adam svoji nespokojenost se svým tělem přiznal až o několik měsíců později (resp. cca půl roku po propuštění z nemocnice). Neviděl a nevnímal se tak, jak mu říkali ostatní.

Depresivní myšlení se také vyskytovalo u obou probandů. U Anety se vystupňovalo do sebepoškozování. Na metodu sebepoškozování a její existenci vůbec, přišla na internetu a tak to zkusila. Myslím, že u Anety je to další zoufalý pokus volání po pozornosti a projevu starostlivosti.

Adam v souvislosti touto problematikou připouští myšlenky na sebevraždu, ale prý nešlo o to, se zabít, ale chtěl, aby to všechno skončilo.

Jak už bylo řečeno, u Adama měl na příznivý průběh onemocnění vliv negativní důsledek mentální anorexie, podpora ze strany trenéra a zřejmě ego- dystonií povaha onemocnění. Jeho stud za tuto nemoc ho motivoval k léčbě. Neschoval se za příznaky nemoci, naopak se je snažil odstranit.

Nepříznivý průběh u dívky tím pádem dávám do souvislosti s ego- syntonní povahou onemocnění. Mentální anorexie jí přinášela pozornost okolí, kterou se tolik snažila a snaží získat. Pozornost po nějaké době přirozeně upadala a Aneta se stále snaží získat ji zpátky, ať už hubnutím, nebo sebepoškozováním. Jídlo, kterému se během hubnutí vyhýbala, je v současnosti jejím nejmilejším společníkem. Utíká k němu, když je smutná, když se nudí, když se jí někdo posmívá...

4. Je možná souvislost mentální anorexie se ztrátou smysluplnosti?

Smysl života a jeho souvislost s poruchami příjmu potravy, spolu úzce souvisí, také dochází ke změně smyslu během nemoci a je důležitý při léčbě tohoto onemocnění. Na tuto souvislost také poukázaly některé studie (Vinceová, 2012; Fernandez, 2009).

Ke zjištění zdrojů smysluplnosti jsem použila metodu Pragera SML. Zdroje uváděné Adamem byly rodina, kamarádi, fotbal, rybaření a také jídlo, „aby na všechno byla energie“. Aneta považuje za důležité věci v životě rodinu, kamarády, pevnou vůli, zdraví a úspěch. Tyto zdroje jsou podobné, jako u většiny populace, s výjimkou jídla u Adama a pevnou vůli u Anety, což ale zřejmě souvisí s prožívanou nemocí.

Co je ale zajímavé, tyto zdroje během vzniku a vývoje nemoci nebyly dostatečně saturovány. Pokud člověk ztratí svůj smysl života, snaží se ho najít jinde – v tomto případě v pocitu kontroly nad sebou samým, nad svou tělesnou hmotností, když v ostatních oblastech života převládal pocit bezmoci a frustrace. Tento nově nalezený smysl pak může být jednou z příčin udržování nemoci a ambivalentního postoje k léčbě. Na základě toho si myslím, že jednou z vhodných forem psychoterapie u poruchy příjmu potravy by mohla být logoterapie a jí podobné formy terapie.

Nedostatkem této práce je vysoká míra subjektivity při tvorbě dat, která je způsobena pouze jedním zdrojem získávání informací. Původně jsem chtěla získávat data také z lékařské dokumentace, ale bohužel, primář oddělení, na kterém jsem se s probandy poprvé setkala, mi nahlédnutí do dokumentace neumožnil. Zdůvodnil mi to tím, že tam měli nedávno problém s únikem informací, kdy poté rodiče hrozili soudem. Také jsem chtěla mluvit s rodiči probandů, ale svolná k rozhovoru byla pouze matka dívky, proto jsem z tohoto zdroje také opustila, aby kazuistiky nebyly nevyvážené.

Subjektivita je také způsobená už tím, že se jedná o případové studie, do kterých se při jejich tvorbě a následné interpretaci promítá osobnost výzkumníka.

Informace získané prostřednictvím této práce by se daly využít k dalšímu zkoumání v této oblasti. Zajímavé by bylo zjistit, do jaké míry je u dívek a chlapců toto onemocnění ego-syntonní (ego-dystonní), zda to má nějaký vliv na průběh onemocnění. Také by bylo možné zkoumat účinnost logoterapie a existenciální analýzy na léčbu poruch příjmu potravy.

7 Závěry

Na základě analýzy a interpretace získaných dat lze vyvodit následující závěry této práce:

- Poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriální onemocnění, na kterém se v různé míře podílejí vlivy rodinné, sociální, biologické a individuální. Velký význam má zřejmě identifikující se osoba (v případě dívky matka, v případě chlapce otec).
- Pohled na mentální anorexii se mezi dívkou chlapcem lišil. Potvrdilo se, že u chlapce převládá stud za toto onemocnění, a kdyby záleželo na něm, léčit by se nešel. Tento stud ovšem může být také motivační silou v léčbě. U dívky nemoc přinášela pozitiva, která ji udržovala a vytvářela ambivalentní postoj k léčbě. Lze říct, že u chlapce se projevovala ego-dystonní povaha nemoci a naopak u dívky ego-syntonní povaha.
- Průběh onemocnění byl jiný, a to zřejmě z důvodu již zmíněného rozporu mezi ego-dystonní a ego-syntonní povahou nemoci. Diagnostika onemocnění u chlapce byla o něco pozdější, než v případě dívky. Avšak klinické projevy nemoci jako je velká ztráta váhy, výrazné omezení příjmu potravy, nadměrné cvičení, zkreslené vnímání svého těla, izolace a depresivní myšlenky byly podobné u obou probandů.
- Mezi mentální anorexii a ztrátou smysluplnosti zřejmě existuje souvislost. Také toto onemocnění může být náhradním uspokojováním potřeby smyslu v situaci, kdy důležité zdroje smysluplnosti nejsou dostatečně satureovány. Tato nemoc se postupem času stala smyslem života obou probandů. U chlapce lze pozorovat, že zvrat v léčbě nastal po tom, co našel svůj smysl v jiné oblasti.

Souhrn

Tato diplomová práce se snažila o podrobný popis průběhu mentální anorexie u dospívající dívky a dospívajícího chlapce. Cílem bylo nalézt podobnosti a rozdíly tohoto onemocnění mezi pohlavími a snaha poukázat na stále velkou stigmatizaci chlapců a mužů trpících poruchami příjmu potravy. Také jsem chtěla ukázat, jak dlouhá a komplikovaná je léčba tohoto onemocnění, která nekončí dosažením “ideální“ váhy.

V teoretické části jsem se věnovala poruchám příjmu potravy obecně, jejich diagnostickým kritérií podle MKN-10, rizikovým faktorům biologickým, rodinným, sociálním individuálním, výskytu poruch příjmu potravy v populaci a možnostem jejich léčby. Vycházela jsem především z publikací českých odborníků na tuto problematiku a to F. Krcha a H. Papežové. Dále jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy u mužů. Stěžejní publikace věnující se tomuto tématu, ze které jsem čerpala, byla *Fit to Die: Men and Eating Disorders* od A. Paterson, ale teoretické poznatky jsem hledala zejména v časopiseckých a internetových zdrojích, aby východiska práce byla co nejvíce aktuální.

Jedním z teoretických poznatků pro tuto práci je, že většina mužů nedává najevo špatné pocity ohledně svého vzhledu a tento stud může v mnoha případech zabránit léčbě poruch příjmu potravy (Olivardia, 2002). Tato stigmatizace pramení ze současné společnosti, ve které jak laici, tak odborníci považují poruchy příjmu potravy za ženskou nemoc. Peebles (Stanford University Medical Center, 2007) poukázala na možnost přehlédnutí poruch příjmu potravy u mužů, a to z důvodu převládající představy výjimečného výskytu poruch příjmu potravy v mužské populaci. Někteří autoři (např. Woodside, 2001) se snažili popsat klinické projevy nemoci u chlapců a dívek. Přesto, že existují určité odlišnosti jako například vyšší míra cvičení u chlapců, častější zvracení jako kompenzace přejedení u dívek, v základních projevech jsou si obě pohlaví podobná – perfekcionismus, nízké sebevědomí, výrazný úbytek váhy, nadměrné cvičení, zkreslené vnímání svého těla, obava z jídla a z přibírání, izolace a depresivní myšlenky.

Dále jsem se zaměřila na pojem životní smysluplnost a její možnou souvislost s tímto onemocněním. V závěru teoretické části jsem přiblížila pojem smysluplnost a popsala pohled na tento fenomén z pohledu významných představitelů existencialismu jako je Frankl, Maslow, Längle, Yalom a další.

Souvislost mezi smysluplností a poruchami příjmu potravy prokázala ve své studii Vinceová (2012). Pocit smyslu života je jednou ze složek celkové duševní pohody, která je stěžejním prvkem psychického zdraví. Touto problematikou se také zabývali Mazzea a

Espelage (2002). Podle těchto autorů se u jedince prožívajícího existenciální vakuum, vyvíjí deprese, a ta má souvislost s poruchami příjmu potravy.

Praktická část práce byla věnována kazuistikám dívky a chlapce. Probandi byli do studie zařazeni pomocí metody stratifikovaného záměrného výběru. Nejprve byl vybrán chlapec, důležitým kritériem bylo pohlaví a diagnostika nějaké formy poruch příjmu potravy. Dívka byla vybírána na základě pohlaví, diagnostiky stejné formy poruchy příjmu potravy jako chlapec a podobného věku jako chlapec.

Data do kazuistik byla sbírána pomocí rozhovorů a korespondence s probandy během období listopad 2011 – leden 2013. Díky tomu, že kontakt s probandy byl udržován více jak rok, jsem měla možnost přímo sledovat průběh onemocnění. Díky tomu byla částečně snížena vysoká subjektivita při sběru dat.

Ke zjištění zdrojů smysluplnosti byla použita kvalitativní metoda vytvořená Pragerem, která zjišťuje zdroje životní smysluplnosti.

Na základě analýzy a interpretace dat jednotlivých kazuistik bylo potvrzeno, že poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriální onemocnění. Není známá pouze jediná příčina, do hry vstupují různé vlivy a jejich kombinace. Avšak lze předpokládat významný vliv osoby, se kterou se jedinec identifikuje (u dívky matka, u chlapce otec, popř. dědeček) a jejich vzájemný vztah.

Mezi další možné příčiny, objevující se u obou probandů, patří perfekcionismus, vysoké nároky rodičů na výkon, nepříznivá rodinná situace, posměšky ze strany spolužáků a také biologické vlivy jako dědičnost a hormonální vliv v průběhu puberty.

Pohled na toto onemocnění se mezi chlapcem a dívkou lišil. Chlapec pocíťoval stud za to, že trpí „ženskou nemocí“. K léčbě přistupoval velmi negativisticky, na onemocnění dlouho nezískával náhled a o celé záležitosti nechtěl příliš mluvit. Hospitalizaci a návštěvy u doktorů bral jako nutné zlo. Lze mluvit o ego-dystonním přístupu k onemocnění. Je možné, že právě tento stud, odpor k nemoci a jejím negativním důsledkům byly velkou motivací k léčbě.

Dívka díky nemoci naopak získávala výhody, jako pozornost ze strany rodiny, spolužáků a učitelů, cítila se křehká a opečovávaná, což vyústilo v ego-syntonní povahu nemoci. V nemocnici se jí nelíbilo pouze to, že s ní o nemoci nikdo moc nemluví. Tím se opět potvrzuje její touha po pozornosti. Jakmile tato pozornost časem upadala, začala se u dívky objevovat druhá strana těžké nemoci a to přejídání spojené se zvracením. Jídlo se stalo společníkem, který tu pro ni je kdykoliv. Momentálně opět touží zhubnout a být „křehká, krásná a milovaná.“

Průběh onemocnění vychází z odlišného přístupu k celé problematice obou probandů. Diagnostika byla u chlapce provedena asi o půl roku později, než v případě dívky a to i přes velmi rychlý a výrazný úbytek váhy. Chlapec toto hubnutí před okolím přisuzoval sportování a vývinu. Do nemocnice se dostal až po té, co začal mít tělesné potíže jako celková únava, malátnost apod.

U dívky, jak už bylo řečeno, byla diagnostika a léčba rychlejší, ale z důvodu „úniku do nemoci“, se porucha příjmu potravy chronifikovala a přetrvává dodnes. Chybou zřejmě bylo příliš brzké ukončení psychoterapie, která by dívce pomohla zvládat pocity samoty a snahu o její kompenzaci jinými prostředky. Stejně tak ukončení farmakoterapie bylo předčasné, protože dívka stále trpí depresivními myšlenkami. Tyto myšlenky ji dohánějí až k sebepoškození.

Lze potvrdit, že ztráta smysluplnosti a vzniku poruch příjmu potravy, spolu souvisí. Dle metody Pragera bylo zjištěno, že zdroje smysluplnosti jsou u obou probandů víceméně podobné s většinou populace. Avšak tyto zdroje nebyly v počátcích a průběhu onemocnění dostatečně saturovány, proto byla snaha řešit pocity frustrace a bezmoci, které souvisí s existenciálním vakuem. Mentální anorexie probandům přinášela pocit kontroly, výjimečnosti a stala se jejich smyslem.

U chlapce zvrát v léčbě nastal po tom, co si našel nový smysl života a začalo se měnit jeho sebepojetí. V případě dívky je v současnosti bohužel stále smyslem života její nemoc a s tím spojené diety, jídlo, váha a kalorie. Také její sebevědomí je stále nižší.

Odpovědi na výzkumné otázky potvrdily některé předpoklady dřívějších studií, jako stud u chlapce (Olivardia, 2002), podobné klinické projevy (Woodside, 2001), protrahovaná diagnostika v případě chlapce (Paterson, 2004; Peebles in Stanford University Medical Center, 2007) a možnou souvislost smysluplnosti s poruchami příjmu potravy (Vinceová, 2012). Interpretace případových studií přinesla rozdíl v ego-dytonní a ego-syntonní povaze onemocnění u chlapce a dívky a její možnou souvislost s průběhem onemocnění. Tento poznatek by mohl být tématem dalších výzkumů.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) American Psychological Association (2002). *Depression and Difficulty Expressing Feelings Are Associated with Eating Disorders for Women Coming from Abusive Families, Study Finds*. Získáno z <http://www.apa.org/news/press/releases/2002/01/disordered-eating.aspx>
- 2) Anorexie a bulimie u mužů. (7. ledna 2010). Získáno 2. února 2011 z <http://www.bioklub.cz/zdravi/anorexie-a-bulimie-u-muzu/>
- 3) Anorexie se poslední roky masivně rozmáhá i mezi muži. (25. 9. 2008). Získáno 25. 1. 2011 z <http://paaja.txt.cz/clanky/44907/anorexie-se-posledni-roky-masivne-rozmaha-i-mezi-muzi>
- 4) Basque Research (12. února 2009). Boys Have Greater Psychological Well-Being Than Girls, Due To Better Physical Self-Concept, Study Finds. *ScienceDaily*. Získáno 29. ledna 2013 z <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/02/090203081618.htm>
- 5) Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- 6) Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 18, 401–420. Získáno 16. ledna 2013 z <http://www.brown.uk.com/eatingdisorders/bemporad.pdf>
- 7) Blatný, M., Millová, K., Jelínek, M., & Osecká, T. (2010). Životní smysluplnost: osobnostní souvislosti a antecedenty. *Československá psychologie*, 54 (3), 225-234.
- 8) Bryant-Jefferie, R. (2005). *Counselling for Eating Disorders in Men: Person-Centred Dialogues*. Radcliffe Publishing.
- 9) Carlat D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1127–1132. Získáno 13. ledna 2013 z <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=172441>
- 10) Cazzuffi, A., Manzato, E., Gualandi, M., Fabbian, F., & Scanelli, G. (2010). Young man with anorexia nervosa. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*. 1(539), doi:10.1258/shorts.2010.010051
- 11) Claude-Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma.
- 12) Cooper, P. (1995). *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia.
- 13) Čéšková E., & Palčíková I. (2007). Farmakoterapie mentální anorexie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(6), 280-284.
- 14) DeAngelis, T. (2002). A genetic link to anorexia. Groundbreaking research supports the theory that anorexia is more than a psychosocial illness: genes are likely responsible, too.

- American Psychological Association*. 33 (3). Získáno 1. února 2013 z <http://www.apa.org/monitor/mar02/genetic.aspx>
- 15) Dignon, A., Beardsmore, A., Spain S., & Kuan, A. (2006). 'Why I Won't Eat'. Patient Testimony from 15 Anorexics Concerning the Causes of Their Disorder. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 942–956, doi: 10.1177/1359105306069097.
- 16) Dvořáková, P. (2009). *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. Brno: Host.
- 17) Ellin, A. (25. dubna 2011). In Fighting Anorexia, Recovery Is Elusive. The New York Times. Získané 19. ledna 2013 z http://www.nytimes.com/2011/04/26/health/26anorexia.html?_r=1
- 18) Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Carlos A. Camargo, C. A., Taylor, C. B., & Laird, N. M. (2008) Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 62(6), 574-579, doi: 10.1001/archpedi.162.6.574.
- 19) Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- 20) Grogan S. (2000). *Body- image- psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- 21) Halama, P. (2007). *Zmysel života v pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP- Slovak Academic Press.
- 22) Hall, L., & Cohn, L. (2003). *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era.
- 23) Hay, P. J., Mond J, Buttner, P., & Darby, A. (2008). Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE* 3(2): e1541. doi:10.1371/journal.pone.0001541.
- 24) Healthy Weight Journal (2002). *Myths, truths, and preconceived notions about eating disorders and body image concerns for men*, 16 (4), 64. Získáno 2. února 2013 z http://www.bulimia.com/client/client_pages/HAESprotected/HAES16-4.pdf
- 25) Chvála, V., & Trapková, L. (2007). Otec a dcera s poruchou příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103 (9): 1, 23 -27.
- 26) Kirkey, S. (21. ledna 2013). Anorexia hitting men increasingly hard: One in three cases in new study is male. *National Post*. Získáno z <http://life.nationalpost.com/2013/01/21/anorexia-hitting-men-increasingly-hard-one-in-three-cases-in-new-study-is-male/>
- 27) Kittleson, M. J., & Kramer G. F. (2005). *The truth about eating disorders*. New York: Book Builders LLC.

- 28) Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- 29) Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- 30) Krch, F. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- 31) Krch, F. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- 32) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- 33) Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- 34) Kulhánek, J. (2007). Tělo jako ostrov. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103 (9): 1, 45.
- 35) Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- 36) Le Grange, D., Crosby, R., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. (2007). A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 64(9), 1049-1056, doi:10.1001/archpsyc.64.9.1049.
- 37) Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C.,...& Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(6), 1399–1410. Získáno 19. ledna 2013 z http://eatingdisorders.ucsd.edu/research/pdf_papers/2000/lilenfeld2000personality.pdf
- 38) Lock, J., Le Grange, A., Agras, S. W., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 67(10), 1025-1032. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128.
- 39) Maj, M., Halmi, K., López-Ibor, J., & Sartorius, N. (2003). *Eating disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- 40) Maloney, M., & Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny.
- 41) Maslow, A. H. (2000). *Ku psychologii bytí*. Modra: Persona, 2000.
- 42) Matsunaga, H., Kaye, W. H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., & Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (3), 353 – 357, doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<353::AID-EAT14>3.0.CO;2-E.
- 43) Mišáková, V. (2012). *Prožívání životní smysluplnosti u adolescentů se sklony k mentální ortorexii*. (Diplomová práce). Získáno 29. ledna 2013 z <https://theses.cz/id/zz1hnn/?furl=%2Fid%2Fzz1hnn%2F;so=nx;lang=en>

- 44) Novák, M. (2007). Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy? *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 103, č. 8, 393-401.
- 45) Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Praha: Cerm.
- 46) Novotney, A. (2009). New solutions. Psychologists are developing promising new treatments and conducting novel research to combat eating disorders. *American Psychological Association*. 40 (4). Získáno 1. února 2013 z <http://www.apa.org/monitor/2009/04/treatments.aspx>
- 47) Olivardia, R (2002). Body Image Obsession in Men. *Healthy Weight Journal*, 16 (4), 59 - 63. Získáno 2. února 2013 z http://www.bulimia.com/client/client_pages/HAESprotected/HAES16-4.pdf
- 48) Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 49) Papežová, H. (2001), Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4: 177-178. Získáno 17. 1. 2011 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200104-0009.php>
- 50) Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 51) Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy, interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- 52) Paterson, A. (2004) *Fit to Die: Men and Eating Disorders*. UK: SAGE Publications Ltd.
- 53) Plaňava, I.(2000). *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk.
- 54) Polivy, J., & Herman, C., P. (2002). Causes of rating disorders . *Annual Review of Psychology*, 53, 187 – 213., doi: DOI: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.
- 55) Preiss, M., & Kučerová H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- 56) Prochaska J. O., & Norcross J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- 57) Russell-Mayhew, S. (2007). Preventing a Continuum of Disordered Eating: Going Beyond the Individual. *The preventiv researchers*, 14(3). Získáno 14. Ledna 2013 z http://www.onehealth.ca/r_alberta_nwt/video_conferences/E110404A-HOB.pdf
- 58) Sládková I., & Vybíral Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie*, 2 (4), 13 – 23. Získáno 10. ledna 2011 z <http://e-psycholog.eu/clanek/34>
- 59) Smith, E. W. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál.
- 60) Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: MAXDORF.

- 61) Sošková-Campion M. (2007). Recovery and the group therapy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(9): 1, 42–45.
- 62) Stanford University Medical Center (3. května 2007). Gender, ethnic differences may hamper eating disorder diagnosis. *ScienceDaily*. Získáno 29. ledna 2013 z <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/05/070501115018.htm>
- 63) Stanford, S. C., & Lemberg, S. (2012). A clinical comparison of men and women on the eating disorder inventory-3 (EDI-3) and the eating disorder assessment for men (EDAM). *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20(5), 379 – 394, doi:10.1080/10640266.2012.715516.
- 64) Stárková L. (2007). Mortalita a morbidita u pacientek s PPP. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103 (9): 1, 33-34.
- 65) Stárková, L., & Bouček, J. (2003). Mentální bulimie u mužů. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 202 – 205. Získané 19. ledna 2013 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/en/artkey/psy-200205-0003.php>
- 66) Štecková, T. (2007), Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *E-psychologie*, 1 (1), 24-35. Získáno 23. ledna 2011 z <http://e-psycholog.eu/clanek/4>
- 67) Tartakovsky, M. (2008). Eating Disorders in Men. *Psychcentral*. Získáno 7. února 2011 z <http://psychcentral.com/blog/archives/2008/10/07/eating-disorders-in-men>
- 68) Tartakovsky, M. (2011). World Mental Health Day: Living A Meaningful Life. *Psych Central*. Získáno 29. ledna 2013 z <http://blogs.psychcentral.com/weightless/2011/10/world-mental-health-day-living-a-meaningful-life/>
- 69) Vinceová, E. (2012). Životní smysluplnost u osob s poruchami příjmu potravy. (Diplomová práce). Získáno 30. ledna 2013 z http://is.muni.cz/th/263563/ff_m/
- 70) Vomastek P. (2000). *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška.
- 71) Vymětal J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- 72) Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie*, 2. vyd. Praha: Grada.
- 73) Vymětal, J. (2010). *Speciální psychoterapie*, 3. vyd. Praha: Grada.
- 74) Wiley–Blackwell (26. října 2011). Study shows why underrepresented men should be included in binge eating research. *ScienceDaily*. Získáno 29. ledna 2013 z <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/10/111026091231.htm>

- 75) Woodside, B. (2002). Eating Disorders in Men: An Overview. *Healthy Weight Journal*, 16 (4), 52 – 55. Získáno 2. února 2013 z http://www.bulimia.com/client/client_pages/HAESprotected/HAES16-4.pdf
- 76) Woodside, B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 570 – 574, doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.570.
- 77) Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H.,...& Kaye, W. H.(2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 290-299, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.650.
- 78) Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- 79) Younis , M- S, & Ali L. D. (2012). Adolescent male with anorexia nervosa: a case report from Iraq. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (5),doi 10.1186/1753-2000-6-5.
- 80) Zapletalová, B. (2008). Životní krize jako cesta ke smysluplnému životu (Diplomová práce). Získané 19. ledna 2013 z <http://hdl.handle.net/10563/7054>
- 81) Zvoníková A., Čeledová L., & Čevela R. (2010). *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada.

Přílohy

Příloha č. 1: Podklad pro zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce (v českém a anglickém jazyce)

Příloha č. 3: Informovaný souhlas - vzor

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MAREŠOVÁ Radka	Nad Tratí 121, Pohled	F080258

TÉMA ČESKY:

Poruchy příjmu potravy - případová studie dospívajícího chlapce a dospívající dívky s diagnózou mentální anorexie

NÁZEV ANGLICKY:

Eating disorders - a case study of teenage boy and teenage girl diagnosed with anorexia nervosa

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Nejprve s dospívajícím chlapcem navážu kontakt (na lůžkovém dětském oddělení psychiatrické léčebny). Během dvou až tří setkání budu pomocí klinického rozhovoru sbírat data o jeho dětství, výchově, začátku a průběhu nemoci, její léčby a podobně. Poté vypracuji jeho případovou studii. To samé bude probíhat u dospívající dívky. Předmětem výzkumu bude srovnání těchto případových studií, hledání podobností a rozdílů s cílem více porozumět této problematice a zjistit pohled na nemoc ze strany pacientů.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Claude- Pierre, P. (2001). Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy
Golden R.N. et al.(2009). The truth about eating disorders
Krch F. (1999). Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie
Papežová H. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy, interdisciplinární přístup
Paterson A. (2004). Fit to Die: Men and Eating Disorders
Vomastek P. (2000). Z deníku anorektika

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Poruchy příjmu potravy - případová studie dospívajícího chlapce a dospívající dívky s diagnózou mentální anorexie
Autor práce:	Radka Marešová
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
Počet stran a znaků:	102 stran, 214 549 znaků
Počet příloh:	3
Počet titulů použité literatury:	81

Abstrakt

Cílem této diplomové práce bylo popsat průběh mentální anorexie očima chlapce a dívky, poukázat na podobnosti a rozdíly mezi nimi. První oddíl popisuje PPP, jejich stručnou historii, diagnostická kritéria, možné příčiny, výskyt v populaci a možnosti léčby. Pozornost byla dále zaměřena na PPP u mužů a jejich rozdíly v porovnání s průběhem PPP u žen. V druhé části teorie jsem se věnovala pojmu smysluplnosti života a jeho možnému vztahu k PPP. V praktické části jsou popsány dvě kazuistiky: dospívajícího chlapce a dívky s diagnózou mentální anorexie. Ke zjišťování zdrojů smysluplnosti byla použita metoda SLM vytvořena Pragerem. Tato práce by mohla být přínosná podnětem k dalším výzkumům v oblasti PPP u mužů, v otázce ego-syntonní a ego-dystonní povahy této nemoci a vlivu existenciálních přístupů v její léčbě.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, genderové rozdíly, životní smysluplnost, kazuistika

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Eating disorders - a case study of teenage boy and teenage girl diagnosed with anorexia nervosa
Author:	Radka Marešová
Supervisor:	Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
Number of pages and characters:	102 pages, 214 549 characters
Number of appendices:	3
Number of references:	81

Abstract

The aim of this thesis was to describe the progress of anorexia nervosa through the eyes of one boy and one girl, to identify similarities and differences between them. The first section describes the eating disorders (ED), their brief history, diagnostic criteria, possible causes, incidence in the population and treatment options. The attention was also focused on ED in men and their differences in comparison with the PPP of women. In the second part of the theoretical part I dealt with the concept of sense of life and its possible connection with ED. The practical part present two case studies of teenage boy and girl diagnosed with anorexia nervosa. To identify sources of their sense of life was used SLM created Prager. This diploma thesis could be helpful for stimulating further research in the area of ED men in question ego-syntonic and ego-dystonic nature of this disease and the influence of existential approaches in its treatment.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, gender differences , life meaningfulness , case study

Příloha č. 3

Informovaný souhlas – vzor

Já,, souhlasím s použitím informací, souvisejících s onemocněním mé/ho dcery/ syna, narozené/ho roku, trvalým bydlištěm

Informace budou použity v empirické části diplomové práce na téma Poruchy příjmu potravy případová studie dospívajícího chlapce a dospívající dívky s diagnózou mentální anorexie. Výzkum se zabývá rozdíly mezi ženami a muži trpící touto poruchou. Cílem diplomové práce je větší porozumění této problematice. Diplomovou práci vypracovává Radka Marešová, studentka psychologie Univerzity Palackého.

Informace budou anonymní a budou použity pouze v této diplomové práci, bez citování osobních údajů dívky/chlapce či její/jeho rodiny.

podpis:.....