

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Psychologické aspekty poruch příjmu potravy

Bakalářská práce

Autor:	Eliška Skalníková
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	PhDr. Jan Hubert
Oponent práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Eliška Skalníková
Studium:	P16P0724
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Psychologické aspekty poruch příjmu potravy
Název bakalářské práce AJ:	Psychological aspects of eating disorders

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, a to především mentální anorexií a bulimií. Teoretická část se věnuje historii, popisu, manifestaci a bio-psycho-sociálním faktorům poruch s důrazem na psychické prožívání a osobnost jedince. Závěr teoretické části je pak věnován důsledkům poruch, současným možnostem prevence a léčbě. Empirická část obsahuje rozhovory, jejichž cílem je zjistit jaký vliv mají psychologické faktory na vznik poruch.

PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie). Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8. PAPEŽOVÁ, Hana. Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie). Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6. KRCH, František David. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7. KRCH, František David a Ivana RICHTEROVÁ. Chci ještě trochu zhubnout. Praha: Motto, 1998. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-86-2.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Jan Hubert
Oponent:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	22.1.2018

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Hubertovi za odborné vedení bakalářské práce, věnovaný čas, užitečné rady, připomínky, a také za nasměrování, které mi bylo z jeho strany vždy ochotně poskytnuto

Anotace

SKALNÍKOVÁ, Eliška. *Psychologické aspekty poruch příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 65 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, a to především mentální anorexií a bulimií. Teoretická část je věnována vyjasnění pojmu „poruchy příjmu potravy“, s důrazem na psychické prožívání a osobnost jedince. Dále se věnuje historickým východiskům nahlížení a pozměňování paradigmat poruch v průběhu evoluce. Po popisu historie vývoje práce pozvolna navazuje na příčiny jednotlivých onemocnění, jejich symptomy a bio-psycho-sociální faktory, které zvyšují pravděpodobnost výskytu poruch. Zdůrazněny jsou především vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije, rodinné vztahy a vztahy s vrstevníky. Důraz je kladen i na vztah k vlastní osobě, vlastnosti osobnosti a životní události, s nimiž se nemocný potýká. Stejně jako možné příčiny onemocnění jsou v práci popsány i jeho důsledky – jak pro nemocného, tak i pro okolí a možnosti prevence zaměřené na školní prostředí. Na posledních stránkách teoretické části jsou zmíněny metody léčby. Empirická část je složena z šesti rozhovorů s respondenty, kteří si poruchami prošli nebo stále prochází.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, psychologické faktory

Annotation

SKALNÍKOVÁ, Eliška. *Psychological aspects of eating disorders*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 65 pp. Bachelor Degree thesis.

The bachelor thesis deals with eating disorders, particularly with mental anorexia and bulimia. Theoretical part presents clarification of phenomenon „eating disorders“ with emphasis on psychical condition and personality. The study is also devoted to history, changes of paradigms and development of eating disorders across the time. After history chapter follows chapter about causes of disorders, it's symptoms and bio-psycho-social factors, which increase probability of it's existence. In this connection, study put attention to influences of individuals surrounding, relationships in family, relationships with peers as well as relationship to oneself, personality traits and life events. Apart from described causes, the bachelor thesis is also dealing with consequences of disorders – for individual and for his/her close surrounding and possibilities of prevention mostly aimed on school environment. Last chapter is dedicated to therapy methods. Empirical part is consisted from six interviews with people who have/had experiences with disorders.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychological factors

Obsah

ÚVOD	7
1 HISTORIE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	8
2 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	12
2.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	17
2.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	19
2.3 VÝZKUMY O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY ZAMĚŘENÉ NA SPECIFICKÉ SKUPINY SPOLEČNOSTI ..	21
3 FAKTORY PŮSOBÍCÍ NA VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	24
3.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	24
3.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	26
3.3 SOCIÁLNÍ FAKTORY	27
4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	30
5 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	35
6 LÉČBA	38
6.1 TERAPEUTICKÉ METODY	39
7 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	42
7.1 ZVOLENÝ DRUH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
7.2 ZVOLENÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	44
7.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉ SKUPINY	45
7.4 POPIS PRŮBĚHU SBĚRU DAT A STRATEGIE PRO JEJICH ANALÝZU	46
7.5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	47
7.6 SOUHRN A ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM ODBORNÝCH ZKRATEK	65
SEZNAM TABULEK	65
SEZNAM GRAFŮ	65
SEZNAM PŘÍLOH	65

Úvod

Vlivem doby a společnosti, ve které vyrůstám, si všímám, že se stále více propagují témata zaměřená na zdravý životní styl, vzhled, správné stravování, ale i na nepřeborné množství diet, které ovlivňují subjektivní spokojenost jedince. Je na nás vyvíjen tlak, který nás nutí se v jídle omezovat ve snaze zapadnout do nějaké škatulky. Důsledkem vytvoření jakéhosi pomyslného ideálu krásy, který je prezentován v časopisech a sociálních médiích, máme větší tendence se s druhými srovnávat a mnohdy přikládáme vzhledu vyšší hodnotu, než naší „vnitřní“ stránce. Od spousty svých známých, především z řad ženské populace, slyším, že nejsou spokojeni se svojí váhou, což má za následek často snížené sebevědomí a je spouštěčem dalších komplikací, obzvláště psychického rázu.

Důvod, proč jsem si vybrala poruchy příjmu potravy jako zadání své bakalářské práce, není náhodný. Vysvětlení je jednoduché, ovšem téma velice křehké. Sama jsem si totiž mentální anorexii a následně i bulimii prošla a v době propuknutí onemocnění jsem se o tuto tematiku hodně zajímala. Mimo jiné mám kolem sebe mnoho lidí, kteří měli nebo mají obdobné zkušenosti, a obecně si myslím, že je toto téma ve společnosti hodně aktuální.

Na základě výzkumů, publikací, ale i vlastního pozorování si dovoluji říct, že nejrizikovější skupinou pro rozvoj PPP, tedy označení poruch příjmu potravy, které budu v textu používat, jsou lidé, kteří ve svém životě nejsou šťastní, nevěří si a často nemají ucelený vztah k sobě samému. To má za následek, že snadno věří lžím, které o nich tvrdí okolí, nechávají se sebou manipulovat a jejich závislost na zpětné vazbě okolí ovlivňuje, zda budou mít dobrou nebo špatnou náladu. Uvnitř nemocných se odehrává vnitřní konflikt, který si táhnou často už od dětství. Může se jednat o křivdy, nedostatek lásky, nebo nucené přetváření se a hraní rolí, které jim nejsou vlastní, a to jen proto, aby někam zapadli a udělali rodičům, partnerům nebo kamarádům radost.

Z výše stanovených důvodů se ve své bakalářské práci věnuji především psychologickým aspektům poruch. Cílem práce je zkoumat, jaké psychologické faktory přispívají ke vzniku PPP. K tomuto účelu využívám kvalitativní způsob výzkumného šetření, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Na základě stanovených cílů se v práci věnuji objasnění základních pojmů, znaků, faktorů, rozdělení, charakteristik a historii vývoje poruch příjmu potravy. Zaměřuji se především na dva druhy onemocnění, a to mentální anorexii a bulimii. Popisují, jak je možné těmto poruchám předejít a jaké existují metody léčby.

1 Historie vzniku poruch příjmu potravy

Abychom lépe pochopili souvislosti a udělali si komplexní obraz o zmiňovaných poruchách, věnuji se v této kapitole původu a prvnímu evidovanému výskytu symptomů, se kterými byl postupem času spojen vznik diagnózy PPP. Tak, jako se mění společnost a doba, mění se i názory a hodnoty. Nejinak tomu je i v oblasti psychických onemocnění, které jsou v současnosti často doprovázeny stigmatizací. Jak vyplývá z následujících kapitol, nebylo tomu tak vždy, a proto považuji za důležité, zabývat se samotnými historickými počátky a vývoji PPP.

Dle Krcha byly případy anorexie a bulimie popsány již v minulosti, s tím rozdílem, že dříve bylo onemocnění ojedinělou záležitostí, spojenou s příznaky somatických poruch nebo jako doprovodný jev psychiatrických syndromů. K označení PPP poruch za patologické jevy došlo poměrně nedávno.¹

Historie vývoje mentální anorexie

První zmínka o PPP pochází, dle Papežové, z 5. století před naším letopočtem, kdy je Hippokrates souhrnně pojmenovává jako asithia. Teprve až ve 2. století vzniká termín anorexie, a to díky řeckému lékaři Galénovi, který popsal její příznaky. Dalším zlomovým obdobím je 16. století, kdy církev nahlížela na anorektické ženy jako na čarodějnice posedlé ďáblem a hladověním, zatímco do té doby byly považovány za zbožné kajícnice, které dokázaly pomocí sebetrestajících praktik a extrémního dodržování půstu dosáhnout stavu askeze. Za zmínku stojí 17. století, v němž byly prvně zaznamenány klinické obrazy odpovídající diagnóze mentální anorexie. Významnou měrou se o to zasloužil anglický lékař Richard Morton, který se ve své publikaci „Phthisiologia“ vyjadřuje k poruše jako k nervovému opotřebení.

Ještě na začátku 19. století si lidé mysleli, že vznik mentální anorexie je důsledkem žaludečních obtíží a nebyla stanovena žádná klinická diagnóza, ačkoli začala většina lékařů spolu s veřejností považovat déletrvající odmítání potravy za zjevnou známku choroby. Až francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert připustil, že by se mohlo jednat i o onemocnění duševní a rozdělil mentální anorexii na dva typy: gastrickou a nervovou. První typ byl odůvodněn dysfunkcí trávení, v druhém případě nemocní odmítali jíst, a to proto, že jim

¹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 27.

mozek nevysílal signály upozorňující na pocit hladu a chuť k jídlu. V druhé polovině 19. stol. se koncepce poruch rozšířila a do literatury pronikly reálně popsané případy. V roce 1960 publikoval francouzský lékař Louis-Victor Marcé článek, vzniklý na základě pozorování dospívajících dívek, které trpěly nechutí k jídlu. Tyto dívky téměř nic nejedly, v důsledku čehož byly extrémně vyhublé. Marcé vyzpozoval, že při pokusech o změnu jejich stravovacího režimu dívky vykazovaly společné znaky – odpor, lhavost a důmyslné lsti. I přestože článek popisoval nemoc velice přesně, v lékařské sféře stále nebyla stanovena diagnóza.²

Papežová zmiňuje další osobnosti, kteří se podíleli na označení anorexie jako psychické nemoci. Byli jimi William Withey Gull a Ernest-Charles Lasègue, kteří vytvořili články a přednášeli o „anorexia hystérique“ a „anorexia hysterica.“ Znaky, které popsali ve svých člancích, se shodují s podobou anorexie, jak ji známe dnes. V dalších letech byla psychická etiologie zpochybněna, a to habsburským patologem Morrisem Simmondsem, který našel u hospitalizovaných pacientů léze v podvěsku mozkovém, čímž se příčina nemoci přesunula opět do fyziologické sféry. S rostoucí četností výskytu a vývojem psychosomatické medicíny a psychoanalýzy, dochází ve 40. letech 20. století ke znovuobjevení anorexie jako psychického onemocnění, o kterém se poprvé začíná psát i v učebnicích psychiatrie namísto medicíny.³

Historie vývoje mentální bulimie

Historie nadměrné konzumace jídla spadá do stejné epochy jako historie odmítání jídla. Její kořeny sahají až do doby antického Říma, kdy urození konzumovali jídlo v enormním množství, což vedlo mnohdy až ke zvracení. Už ve filmech se středověkou i antickou tematikou můžeme vidět, jak se zástupci vyšších společenských kruhů nezřízeně sytí u královské tabule a jsou schopni sníst neskutečné množství rozličných druhů jídla. Jak zmiňuje Krch, v antice se dokonce při takovýchto pravidelných dnech obžerství používala různá dávidla, která sloužila k zvracení pokrmu. Hosté pak mohli s prázdným žaludkem dále pokračovat v ochutnávce jiných pokrmů. V porovnání s dnešní situací nebyla bulimie považována za sociálně patologický jev, ale sloužila i k pobavení lidí. Např. na jarmarcích veřejnost obveselovali jedlíci, kteří svým nezřízeným hodováním zaměstnávali pozornost okolí.

² PAPEŽOVÁ, H. ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, str. 20.

³ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 31.

Jednou z verzí vzniku termínu bulimie je, že pochází ze slova bolimos, což bylo dle Plutarcha označení pro zlého démona symbolizujícího nadměrný hlad. Druhá verze tvrdí, že termín pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), tedy doslova tak velký hlad, že by byl člověk schopen spořádat celého vola. V 18. století bylo rozlišováno celkem 7 druhů bulimie obecně spojovaných s emocionálními faktory, z nichž 4 byly spojovány se symptomatickými projevy doprovázenými průjmy, křeči nebo cizopasníky. Dále uvádí, že určitá spojitost mezi mentální bulimií a anorexií byla prokázána až v roce 1874, kdy londýnský lékař Gull popsal u jedné své anorektické pacientky bulimické přejídání spojené se zvracením. Přejídání bylo v tehdejší době považováno za atypický projev vyplývající z průběhu anorexie, popřípadě za druh neurotické poruchy. V 50. letech 20. století se záchvatové přejídání a zvracení považovalo za součást mentální anorexie a ještě ve 20. století považovali někteří lékaři bulimii za nemoc vzniklou v důsledku poruch trávení. Pojmu bulimia nervosa bylo poprvé užito v roce 1979, a to britským psychiatrem Geraldem Russellem, který ji definoval jako *„silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem z tloustnutí společně s kompenzačním chováním, jako je zvracení nebo zneužívání pročišťujících prostředků, většinou u žen s normální hmotností“*. Obecně lze říct, že významy vzniklé v období antiky přetrvaly až do začátku 20. století, kdy byla bulimie označena za poruchu a včleněna do mezinárodních klasifikačních systémů.⁴

Znamé osobnosti s poruchami příjmu potravy

Císařovna Sissi

Za první známou anorektičku, lze považovat bavorskou císařovnu Sissi, která byla proslulá držením zvláštního „stravovacího“ režimu složeného údajně ze tří denních půstů, tří dnů, kdy konzumovala jenom mléko a dvou dnů, kdy pila jenom vývary ze syrového masa. Mimo speciálního stravování se věnovala každý den několik hodin sportu, čímž docílila toho, že při svých 172 cm nikdy nevážila více než 52 kg. Říká se, že trpěla chronickými depresemi a často se cítila osamělá.⁵

⁴ Tamtéž, str. 32-33.

⁵ CAJTHAMLOVÁ, K. Diety slavných. Byla císařovna Sisi historicky první anorektičkou? *region.rozhlas.cz* [online]. Český rozhlas, 02. 02. 2017 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://region.rozhlas.cz/diety-slavnych-byla-cisarovna-sisi-historicky-prvni-anorektickou-7243517>.

Lady Diana

Princezna Diana, žena britského prince Charlese, je často spojována nejenom s charitativními a dobročinnými akcemi, ale i s mentální bulimií. Tak jako mnoha žen, i ona se se svým onemocněním tajila, a to až do doby, než se rozhodla napsat o svém životě knížku. Dle autobiografie u ní propukla bulimie v roce 1981 a přetrvávala až do konce 80. let, kdy se rozhodla vyhledat pomoc. Vydání knížky způsobilo v 90. letech větší odhodlanost nemocných, kteří si dokázali přiznat, že trpí stejným onemocněním a rozhodli se začít s léčbou. Zvyšující se počet pacientů a zájmu potíže řešit lze dohledat v souvislosti s princeznou Dianou pod názvem Dianin efekt.⁶

Jak můžeme vidět, cesta k označení PPP jako psychiatrického onemocnění, byla dlouhá, plná pochybností a zaměňování s fyziologickými deficity. I přestože první informace o náznaky PPP byly zaznamenány v období před naším letopočtem, oficiální diagnóza byla stanovena až ve 20. století.

⁶ MORRISON, K. Bulimia: The Princess Diana Eating Disorder. *Mirror Mirror Eating Disorder Help* [online]. 2014 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.mirror-mirror.org/princess-diana-eating-disorder.htm>.

2 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se v současnosti stávají frekventovaným tématem, o kterém se hovoří ve školách v rámci primární prevence. Taktéž se o nich píše v odborných monografiích a v praxi se zkoumá prostřednictvím výzkumných šetření. Jelikož těchto onemocnění přibývá, je třeba jim věnovat pozornost pro včasné odhalení příčin a zastavení vývoje, kdy se porucha může překlenout do chronického stádia. Navíc se řadí mezi jedno z onemocnění s nejvyšší úmrtností týkající se zhruba 5-6 % nemocných. Stejně jako u jiného duševního onemocnění, i zde platí, že čím dřív si nemocný uvědomí, že je něco špatně a chce svoji situaci změnit, tím dříve se dokáže vyléčit. Tato kapitola se proto věnuje popisu a znakům PPP. Dále jsou zde zmíněny jednotlivé formy výskytu a výzkumy týkajících se prevalence mezi muži, PPP v LGBT komunitě (zkratka označující lesby, gaye, bisexuály a trans gender osoby) a u osob s PAS (poruchy autistického spektra). Dvě samostatné podkapitoly jsou věnované charakteristice nejobvyklejších poruch, kterými se práce zabývá, a to mentální anorexii a bulimii.

Definice PPP

Existuje obrovské množství definic, které vesměs sdělují stejné informace. Vzhledem k povaze práce byla, pro svou srozumitelnost, vybrána definice od Maloney a Kranzové, kteří za PPP považují situaci, kdy *„člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“* Na rozdíl od jedinců s normálními jídelními zvyklostmi, kteří považují stravu za jednu ze součástí života, pro nemocné se stává jídlo životní náplní, která ovlivňuje náladu. Např. za vydařený den považuje nemocný den, kdy váží méně než ten předchozí, namísto toho, aby se radoval z výhry v turnaji nebo hezky stráveného odpoledne s kamarádkou. Z předchozí věty vyplývá, že onemocnění ovlivňuje jedince ve všech sférách, ať už se jedná o pracovní, sociální, emoční nebo sexuální život a přináší problémy nejen pacientům samotným, ale i jejich blízkému okolí. V případě nepřístupnosti k léčbě není důvodem malá vůle, ale vyhubavé chování vyjít vstříc nepříjemným pocitům, kterými se nemocní skrze jídlo vyhýbají. Klíčem ke zdoání

nemoci je tedy postavení se čelem nepříjemným, skrytým pocitům a přímo, ne skrze jídlo, je řešit.⁷

Od doby, co jsou PPP oficiálně prohlášeny za psychická onemocnění, dochází i k jejich evidovanému nárůstu. Janebová uvádí, že v roce 1987 byly dokonce prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z hlavních populačních problémů. Z dostupných informací se odhaduje, že počet jedinců trpící těmito poruchami se pohybuje v řádech osmi milionů, v ČR je to pak každá dvacátá žena či dívka.⁸ Musíme ovšem vzít v potaz, že toto číslo je pouze orientační, protože spousta nemocných odmítá vyhledat odbornou pomoc a nechce se léčit. Jelikož patří potřeba nasycení k základním fyziologickým potřebám, jeho (ne)uspokojení se okamžitě projeví v psychickém a somatickém rozpoložení jedince. V Mezinárodní klasifikaci nemocí i Diagnosticko – statistickém manuálu a mnoha dalších publikacích se můžeme dočíst o nejčastějších typech poruch příjmu potravy – anorexii a bulimii včetně dalších atypických formách. Dle Fairburna a Coopera vykazují obě poruchy společné znaky, jako např. nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže související se způsobem regulace tělesné hmotnosti. Na straně druhé, rozdílné znaky nalezneme především v tělesné hmotnosti. Autoři zmiňují, že u 1/3 případů se anorexie rozvine v bulimii, kdy nemocní dosahují normálních hmotností.⁹ Obě poruchy jsou navzájem provázané. Jak říká Papežová, rozdíly jsou často neostré a formy onemocnění se prolínají.¹⁰ Hladovky a projímadla, které jsou typické spíše pro mentální anorexii, zvyšují riziko přejedení, které je doprovázeno zvracením, souvisejícím s mentální bulimií. Funguje to i naopak. Bulimička, která se vyzvrací a má pocit, že se „pročistila“ a zbavila všeho, co spořádala, se rozhodne náhle nejíst nic, čímž inklinuje k mentální anorexii.

⁷ MALONEY, M. KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, str. 7–9.

⁸ JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006, str. 79-80.

⁹ FAIRBURN, C.G., COOPER, P. J.: Eating disorders. In: HAWTON, K. et al. (Eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. In: KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, str. 15.

¹⁰ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, str. 11.

Tabulka 1: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Výskyt	1 % (až 50 % žen drží dietu)	1–3 %
Muži : ženy	1 : 10	1 : 10
Epizody přejídání	Vzácné	Časté
Zvracení	Časté	Pravidelné
Užívání projímadel	Časté	Časté
Tendence k sebevraždám	Ano	Častá
Tělesná hmotnost	Ppravidelně nízká	Normální, snížená i zvýšená
Abúzus léků	Méně častý	Častý
Abúzus alkoholu	Méně častý	Častý
Socioekonomická vrstva	Střední a vyšší	Střední

11

Další formy PPP

S rostoucím tlakem na dokonalost a hojností ekonomiky, narůstá i variabilita poruch, se kterými se naši předci vůbec nesetkali. Bavíme-li se o poruchách spojených s jídlem, můžeme se v dostupných zdrojích setkat s novými formami, které popisují např. Procházková a Sladká Ševčíková. Jedná se o bigorexii, ortorexii, drunkorexii, diabulimii, pregorexii, noční a záchvatové přejídání.¹² Jelikož zmiňované formy nejsou tak časté, jejich charakter je v práci popsán jen ve stručnosti.

Bigorexie

Podle Ladishové může být bigorexie doprovodným onemocněním mentální anorexie nebo bulimie, ovšem může se vyskytovat i samostatně. Pro nemocné s bigorexií je typické nadměrné fyzické cvičení, které je hlavní náplní jejich života. Nemocní vkládají do cvičení příliš mnoho času a energie na úkor svých povinností a zdraví. Bigorexii lze považovat za prostředek sebekontroly či potlačování emocí, které nemocní nejsou schopni vyjádřit. Lidi s bigorexií lze nazvat kompulzivními sportovci – chodí do posilovny, nadměrně běhají, jezdí na kole atd. a to i přestože mají zranění nebo jsou nemocní, tudíž efekt cvičení negativně ovlivňuje jejich zdraví. Společným znakem bigorexie a mentální anorexie/bulimie je kompulzivní snaha nepřibrat. V případě, že nemocný nemůže cvičit, dochází k abstinčním syndromu, depresi, nenávisti k sobě samému, pocitu selhání, obavě z tloustnutí a ztrátě

¹¹ NAVRÁTILOVÁ, M., HAMROVÁ, M. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *EURO REVIEW* [online]. (1–2/2009) [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf.

¹² PROCHÁZKOVÁ, L. SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str. 11-13.

fyzické kondice. Skrze cvičení dosahuje jedinec opět pocitu, že má věci pevně pod kontrolou a získaná disciplína zvyšuje jeho sebevědomí.

Mezi **symptomy bigorexie** Ladishová řadí:

- **chronická únava**
- **problém koncentrace**
- **ztráta fyzické i psychické vitality**
- **svalové bolesti a křeče**, permanentní ostrá bolest - např. píchání v boku
- **zpomalený srdeční rytmus** i během cvičení¹³

Ortorexie

Tuto formu poruchy lze považovat za další druh závislosti, a to na zdravém jídle. Jak zmiňují Fraňková, Pařízková a Malichová, v současnosti je velice populární udržování zdravého životního stylu a vnucujících se tendencí konzumovat pouze to, co je zdravé, neobsahující chemikálie. Soudcem optimálnosti potravin pro snadno ovlivnitelné konzumenty, bývá nejčastěji literatura o dietách, doplňcích stravy a vlivu jednotlivých druhů potravin na vzrůst či pokles hmotnosti. Striktní dodržování těchto doporučení a vyloučení mnoha potravinových položek ze svého jídelníčku může vést až k obsedantnímu chování. Podobně jako u jiných PPP i zde je motivem kontrola nad sebou samým a svým zdravím, nárůst sebevědomí a sebeúcty, využívání jídla jako tvůrce osobní identity a touha po štíhlosti. Nemocný jí pouze jídlo, které si sám připravil, a u něhož zná složení.¹⁴ Společným znakem ortorexie s dalšími PPP je klamné zdání o neškodnosti na počátku výskytu, včetně pozitivních účinků na lidský organismus. Nemocný zažívá méně strachu i napětí a cítí, že má nadhled nad ostatními lidmi. Postupem času se stává jídlo hlavní náplní a objevuje se strach z přejedení se a zkonzumování „nevyhovující“ stravy.

Co se týče míry výskytu, Bosi, Camur a Guler odhadují, že ortorexií trpí až 7 % lidí, především s vyšším socioekonomickým postavením.¹⁵

¹³ LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2002, str. 41-44.

¹⁴ FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str.128.

¹⁵ BOSI, A. T. B. - CAMUR, D. – GULER, C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the fakulty. In: FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str. 129.

Drunkorexie

Jak píše Procházková a Sladká Ševčíková, tento druh poruchy se projevuje minimálním příjmem potravy s nízkou kalorickou hodnotou. Nemocný si „šetří“ příjem kalorií na konzumaci alkoholu, čímž se snaží redukovat pocit viny při příjmu vysoké energetické hodnoty, kterou alkohol obsahuje. Dle statistik z USA zaměřených na dospívající dívky, se až 30 % dívek vyhýbá jídlu, aby si mohly dopřát alkohol. Jak ale podotýkají autoři, bohužel už si neuvědomují, že účinek alkoholu a jeho vstřebávání se při absenci jídla zvyšuje. Stejně tak je i rizikové míchání alkoholu s energetickými drinky, jež má za následek zvýšení krevního tlaku, srdeční činnosti a nižší schopnost cítit únavu. V krajních případech může dojít v důsledku drunkorexie i k náhlému kolapsu organismu či dokonce smrti.

Diabulimie

Autorky se dále zmiňují o diabulimii, což je ve stručnosti výskyt bulimie a zároveň diabetu. Tento typ PPP se v drtivé většině vyskytuje u pacientů s diabetem mellitus I. typu. Nemocní jsou závislí na pravidelném užívání inzulínu, tedy anabolického hormonu, ovlivňujícího ukládání tuků v těle, čímž se podílí na regulaci hmotnosti. V případě diabulimie, nemocní dávky zneužívají, aby snížili svou hmotnost, což může způsobit komplikace ohrožující život.

Pregorexie

V období těhotenství mají ženy s pregorexií strach ze zvyšující se váhy a obavy, že mají více kil, než je k uspokojení potřeb dítěte nutné. Snaží se proto zhubnout, což může mít pro plod negativní následky – ať už poškození, či úmrtí, v důsledku nedostatečné výživy v těhotenství nebo ohrožení života jeho matky.

Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání se manifestací podobá bulimii. Dochází k opakujícím se epizodám přejídání, ale na rozdíl od bulimie, nemocný neдрží po přejedení hladovky, nezvrací, necvičí nebo nezneužívá laxativa. Důvodem přejedení může být např. kompenzace zklamání, osamělosti, nudy nebo nervozity.¹⁶

¹⁶ PROCHÁZKOVÁ, L. SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str.11-13.

Noční přejídání

Každý z nás se občas přejí v noci, krátce před spánkem. Příčinu lze nalézt mimo jiné v nedostatečném příjmu živin v průběhu dne, kdy se kvůli pracovní a společenské vytíženosti nedokážeme zastavit a dopřát si chvíli pro sebe a své tělo. Pro identifikování nočního přejídání jsou, jak píše Papežová, zásadní následující kritéria:

- minimálně 1/4 kalorií z jídla sněženého během celého dne je jedinci zkonsumována až po večeři
- nemocným se zhoršuje kvalita spánku, nebo jim trvá déle, než usnou
- ráno po nočním přejedení hladoví, anebo jedí jen velmi malou snídani

Nejčastější příčinou nočního přejídání je stres, selhání dietního plánu a s ním spojený nárůst hmotnosti. Podobně jako u ostatních PPP trpí nemocní výčitkami svědomí, pocity studu a odbornou pomoc vyhledávají teprve, když je jim lékaři diagnostikována obezita doprovázena zdravotními problémy. Noční přejídání se vyskytuje, jak zmiňuje Papežová, „asi u 1-2 % v obecné populaci, u 9 % pacientů na klinikách, zabývajících se léčbou obezity, u 12 % obézních pacientů nutričních pracovišť a až u 26-27 % závažně obézních“.¹⁷

2.1 Mentální anorexie

O mentální anorexii a bulimii byla napsána řada monografií a svépomocných příruček, z nichž jich u nás bylo nejvíce zveřejněno předním expertem, psychologem a psychiatrem PhDr. Františkem Davidem Krchem. Dle Krcha se v případě mentální anorexie jedná o „poruchu, charakterizovanou zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst.“ V důsledku omezování se v jídle mají nemocní o jídlo větší zájem (sbírají recept, rádi vaří, myslí na něj apod.) a často se jim mění a zintenzivňují chutě, například na sladké.¹⁸ Se vznikem mentální anorexii je spojeno, jak zmiňuje Janebová, úsilí předejít skutečnému nebo domnělému tloustnutí, a také rozvoji sekundárních pohlavních znaků, které jsou spojené s dospíváním a pro tělo tedy naprosto přirozené. Pro nemocné je příznačné, že neustále omezují příjem potravy a pro rychlejší dosažení cíle v podobě shozených kil se věnují

¹⁷ PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, str. 14.

¹⁸ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 16.

nadměrné pohybové aktivitě nebo jiným praktikám spojených se zvracením či konzumací projímadel.¹⁹

Narůst mentální anorexie a PPP obecně, je spjat se sociokulturními změnami a propagací štíhlosti, kdy většina dívek není spokojená se svojí váhou. S již zmiňovaným dospíváním a biologickými změnami okolo 11–14 roku je spojena růstová „exploze“ a je zcela normální, že jedinci jedí více než předtím. V případě, že se jedinec i po skončení růstové fáze stravuje tak, jako v jejím průběhu, je zcela logické, že přibere, což ne vždy končí přijetím svého nového já. Změny v oblasti tělesné hmotnosti a hormonální změny ovlivňující metabolismus i nálady, nejsou pro dospívajícího člověka vůbec jednoduché. Maloney a Kranzová dodávají: *„Kvůli tomu všemu mohou léta dospívání být dost nepříjemná. Všechno se mění, vaše tělo, vaše jídelní návyky, vaše představa o vás i o světě. Někdy máte pocit, že během jediného dne procházíte hned několika proměnami! Tyto proměny i rozšířený názor, že žena musí být štíhlá, jinak není atraktivní, brání dospívajícím dívkám, aby byly spokojené s vlastním tělem a se svým způsobem stravování.“* Mimo to dochází i k vyšší citlivosti, potřebě svobody, vyšším požadavkům ve škole i mimo ni, což vyvolává tlak, který se anorektičky snaží zmírnit sebehladováním.²⁰

Krch dělí anorexii na dva specifické typy:

- **nebulimický (restriktivní) typ** – v průběhu mentální anorexie u nemocného neprobíhá opakované záchvatovité přejídání se
- **bulimický (purgativní) typ** – v průběhu mentální anorexie u nemocného dochází k opakovanému záchvatovitému přejídání se²¹

Symptomy mentální anorexie

Novák uvádí výčet několika příznaků typických pro M. A.:

- **aktivní udržování abnormálně nízké hmotnosti** – váha jedince je minimálně o 15 % nižší než předpokládaná hodnota s ohledem na věk, nebo je BMI (index tělesné hmotnosti) 17,5 (kg/m²) a nižší. V důsledku onemocnění je často váha o 20-30 % nižší vůči původní váze

¹⁹ JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006, str. 74.

²⁰ MALONEY, M. KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, str. 55-56.

²¹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 17.

- **úmyslné snížení hmotnosti** – hubnutí je záměrné, jedinec se vyhýbá jídlům, která hodnotí za kalorické, využívá některý ze způsobů pro redukci váhy, např. vyvolává zvracení, defekaci, konzumace anorektik a diuretik, nadměrně cvičí
- **přetrvávající strach z tloušťky i přes velmi nízkou hmotnost**
- **endokrinní porucha** – u žen v podobě ztráty menstruace, u mužů absence potence a ztráta libida. Eviduje se i výskyt zvýšené hladiny kortizolu a růstového hormonu, změny ve vylučování inzulínu
- v případě výskytu PPP před pubertou jsou **projevy puberty zpožděny nebo zastaveny** – **zastavení** růstu a vývoje sekundárních pohlavních znaků, zpožděná první menstruace²²

Charakteristika osoby s anorexií

Jak už bylo zmíněno, lidé trpící mentální anorexií mají zkreslené představy o svém těle, které považují za tlusté, mohutné, ošklivé a jsou k němu až nepřiměřeně kritičtí. K typickým znakům, o kterých se zmiňuje Janebová, patří snaha o utajení svých problémů, čímž dochází ke lhaní, podvádění, a to obzvláště v oblastech týkajících se vážení nebo množství sněženého jídla. Se zoufalým vzhledem nemocných se často kontrastně vyskytuje absence únavy a zvýšená aktivita, a to až do pozdních stádií. Pro lidi trpící touto poruchou je typický perfekcionismus a orientace na výkon.²³ Dle autorek Fraňková et al., které se zabývají výzkumem PPP u dětí a mladistvých, byly u dětí s pozdějším rozvojem klinické formy PPP, zjištěny shodné povahové vlastnosti. Jedná se především o obsedantní tendence, cílevědomost a sebekontrolu, chlapci s M.A. navíc vykazovali pedantství a přílišnou důkladnost. Především dívky měly v dětství často méně přátel a nižší sociální dovednosti. Jako další obvyklý znak dítěte zdůrazňují neschopnost vypořádat se s nepříznivými životními událostmi.²⁴

2.2 Mentální bulimie

Melgosa definuje M.B. následovně: „*Mentální bulimie je duševní porucha velmi podobná anorexii, ale s tím rozdílem, že téměř vždy bývá doprovázená vynuceným zvracením. Vyskytuje se také častěji než anorexie a většinou jí trpí ženy. Bulimie se může objevit již na konci dospívání nebo později, a je pro ni typická touha po kaloricky bohaté stravě*

²² NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, str. 9-11.

²³ JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006, str. 74-75.

²⁴ FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str. 119-120.

(zákusky, tuky, smažená jídla). Po požití tohoto jídla se zpravidla dostávají pocity viny. Často pak dochází k vynucenému zvracení nebo k nadužívání projímadel, diuretik (močopudných látek) či jiných léků.²⁵

K podrobnějším následkům bulimie a zvracení se vyjadřují autoři Balch J. a Balch P.: „Nervová bulimie je stravovací porucha, charakteristická záchvaty požívání obrovského množství vysoce kaloricky hodnotných jídel, následovanými vynuceným zvracením za účelem „očisty“ těla od jídla snědeného během záchvatu. Jak jídlo, tak zvracení jsou provozovány v tajnosti. Jde o vážný lékařský a psychologický problém, který může mít vážné komplikace. Bulimie může vést k vážným zdravotním komplikacím, mimo jiné k vředům, vnitřnímu krvácení, hypoglykémii, protrženému žaludku, poškození ledvin, nepravidelnostem srdečního rytmu, zastavení menstruačního cyklu, nízké tepové frekvence a krevnímu tlaku.“

Stejně tak jako u mentální anorexie, za hlavní příčinu onemocnění bývají nejčastěji považovány psychické faktory a opakující se periody přejedení jsou spojovány se stresem. Bulimičtí pacienti se obdobně věnují intenzivní fyzické aktivitě, kterou se snaží svoji hmotnost regulovat. Jak už bylo zmíněno, bulimie je v drtivé většině záležitostí žen věnujícím se stresujícím profesím, například: herečky, modelky či tanečnice.²⁶

Krch dělí mentální bulimii na dva typy:

- ❖ **purgativní typ** – nemocný se snaží předejít zvyšování hmotnosti pomocí užívání diuretik, laxativ nebo zvracení
- ❖ **nepurgativní typ** – nemocný se snaží předejít zvyšování hmotnosti pomocí intenzivního fyzického cvičení, hladovek a přísných diet, bez využití purgativních metod²⁷

Symptomy mentální bulimie

Ladishová zmiňuje následující příznaky M.B.:

- **střídání období přejídání a „očisty“**
- **pocit zklamání, viny, odporu vůči sobě při přejedení se**
- **frekventované a prudké změny hmotnosti**

²⁵ MELGOSA, J. *Žít naplno*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 1999, str.105.

²⁶ BALCH, J. F. a P. A. BALCH. *Bible předpisů zdravé výživy: [praktické a komplexní nové informace o vitamínech, minerálech, bylinách a potravinových doplňcích bez chemikálií s léčebnými účinky: úplný a srozumitelný průvodce na vaší cestě k vyléčení]*. Praha: Pragma, c1998, str. 206-207.

²⁷ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 19.

- **neustále držení diety**
- **starosti o hmotnost a objem těla²⁸**

Hamrová a Navrátilová dále doplňují, že epizody přejídání se opakují nejméně 2× týdně po dobu 3 měsíců.²⁹

Charakteristika osob s mentální bulimií

Na rozdíl od anorexie, která se rozvíjí na začátku dospívání, bývají bulimičky většinou starší patnácti, někdy i dvaceti let. Maloney a Kranzová konstatují, že bulimičky bývají ve společnosti často úspěšné – jsou dobrými žákyněmi, oblíbenkyněmi v kolektivu i přízpůsobivými a bezproblémovými členy v domácnosti. Často mívají vedle PPP i závislost na drogách a alkoholu. Tělesná hmotnost bulimiček se pohybuje v pásmu průměrnosti s možnou odchylkou (+- 3-5 kil navíc).³⁰

2.3 Výzkumy o poruchách příjmu potravy zaměřené na specifické skupiny společnosti

Jelikož jsou menšiny často opomíjeny a ve spojení s PPP o nich není tolik informací, je tato podkapitola věnována právě jim. Informace jsou podloženy výzkumy, týkajícími se PPP u mužů, v LGBT komunitě a u jedinců s PAS.

Výzkum Národní asociace poruch příjmu potravy – PPP v mužské populaci

Z výzkumu americké Národní asociace poruch příjmu potravy vyplynulo, že nemocní muži (10 % mužů s PPP) vykazují téměř stejné chování jako ženy. Týká se to používání laxativ, záchvatovitého přejídání anebo naopak úmyslného hladovění. V oblasti vyhledání vhodné léčby a požádání o pomoc už ale rozdíly najdeme. Hlavním důvodem, proč muži většinou dobrovolně nevyhledávají léčbu, je hrdost a pocit, že by zklamali. Pocit zklamání vychází ze stigmatizace – poruchy příjmu potravy jsou charakteristické spíše pro ženy či gaye a vyhledat léčbu by znamenalo si přiznat, že muži nejsou schopni se vypořádat se svými obtížemi sami. Pokud se ovšem muži rozhodnou vyhledat pomoc, výzkumy ukazují, že při

²⁸ LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2002, str. 34.

²⁹ NAVRÁTILOVÁ, M., HAMROVÁ, M. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *EURO REVIEW* [online]. (1–2/2009) [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf.

³⁰ MALONEY, M. KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, str. 84-86.

léčbě dosahují stejných výsledků jako ženy. Z výzkumu taktéž vyplynulo, že v USA trpí tímto onemocněním 10 milionů mužů. Co se týče úmrtnosti, potvrzuje se, že u pacientů je pravděpodobnost mnohem vyšší než u pacientek. V hormonální oblasti mají muži s anorexií nižší úroveň testosteronu a vitamínu D. Oproti mužům bez poruchy mají také vyšší riziko vzniku osteoporózy a osteopenie.³¹

Výskyt PPP v LGBT komunitě

Ačkoli zatím neexistuje tolik výzkumů na toto téma, podařilo se, na již zmiňovaném serveru Národní asociace poruch příjmu potravy, nalézt faktory, díky kterým je LGBT skupina, ve srovnání s heterosexuální populací, více náchylná ke vzniku PPP.

Mezi rizikové faktory patří:

- **coming out** – strach z nepřijetí odlišné sexuální orientace okolím a šikany ve škole nebo na pracovišti. Strach z odmítnutí ze strany rodiny, přátel a kolegů
- **nedostatečná podpora ze strany blízkých lidí, nepodporující rodinné zázemí**
- **malá nabídka kompetentní léčby**, která by se zabývala problematikou genderové identity a rozdílné sexuality
- **ztotožnění se s přesvědčením, že být gay, lesba nebo trans gender je něco špatného**
- **zkušenosti s násilím**, které způsobují posttraumatický stresový syndrom
- **diskriminace** okolím
- **nesoulad se svým biologickým pohlavím a touha po změně**

Statistiky PPP v LGBT komunitě:

- u žen, které se identifikovaly jako lesby nebo bisexuálky, byla zaznamenána 2x větší pravděpodobnost bulimického přejídání, a to min. 1x za měsíc

³¹ EATING DISORDERS IN MEN & BOYS. *NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION* [online]. ©2018 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/research-on-males>.

- během 30 dní výzkumu měli muži – gayové a bisexuálové – větší sklony k hladovění, zvracení nebo využívání laxativ či dietních pilulek. U gayů bylo zpozorováno zvracení 7x častěji než u heterosexuálních mužů³²

Výskyt PPP u lidí s PAS

Poruchy autistického spektra mají různou podobu. Hrdlička a Komárek se zmiňují např. o atypickém autismu nebo Aspergerově syndromu. Mezi autistické znaky autoři řadí abnormální interakci s okolím, neschopnost komunikace jazykovými prostředky, odchylky v motorických dovednostech, kognitivních funkcích a flexibilitě chování.³³ Poruchy jídelního chování a formy příjmu potravy bývají častým znakem při diagnostikování autismu. Tyto změny jsou, jak uvádí Thorová „*důsledkem geneticky podmíněných změn ve vývoji mozku, dysfunkcí různých mozkových struktur – mozkové kůry, hippocampu, mozečku.*“³⁴

Typické příklady stravovacího chování u lidí s PAS:

- **jedí pouze jen některé druhy jídel** (v extrémních případech méně než 10), anebo si vybírají jídla dle určitých kritérií – dle barvy (např. jenom mléko, sýry, těstoviny), textury, obchodní značky, konzistence apod.
- **trvají na stejném jídle** – konzumují pouze jídla, která měla předešlý den, vyžadují stejnou úpravu jídla, stejné množství a stejnou úpravu stolování
- **přejídání** – tento symptom mnohdy souvisí s neschopností cítit pocit sytosti nebo hladu
- **ritualizace**³⁵

PPP lze považovat za druh závislosti, při kterých dotyčný ztrácí, nebo si naopak striktně udržuje kontrolu nad sebou samým, má tendenci své chování opakovat a postupně s vývojem poruchy se sociálně izoluje. Společným znakem nemocných, bez ohledu na formu onemocnění, je zkreslená představa o sobě samém a řešení svých emociálních problémů prostřednictvím jídla.

³² EATING DISORDERS IN LGBTQ+ POPULATIONS. NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION [online]. ©2018 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/lgbtq>.

³³ HRDLIČKA, M. – KOMÁREK, V. Dětský autismus. In: FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str.114.

³⁴ THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. In: FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str.114.

³⁵ FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*, 2013, str. 115-116.

3 Faktory působící na vznik poruch příjmu potravy

Po úvodním obecném seznámení, co jsou to PPP a jak se projevují, jsou v této kapitole zmíněné prokazatelné (rizikové) faktory, které prevalenci poruch zvyšují. Faktory jsou rozdělené do 3 kategorií, a to na biologické, psychologické a sociální. Jak uvádí Krch a Richterová, nalézt příčiny vzniku poruch příjmu potravy bývá obtížné a nejednoznačné. Při jejich odhalování je třeba se zaměřit na vzájemné působení různých biologických, sociálních a psychických faktorů, které mohou v příslušném věku narušit psychickou stabilitu, jenž má za následek snížené sebevědomí a neschopnost vypořádat se s kritikou. Žádná porucha nebo onemocnění nepřichází jen tak z ničeho nic. Příčinou bývá změna v nějaké životní oblasti, která je doprovázena nejistotou a často i pocitem vnitřní prázdnoty, do které vstupují obavy a roste zaujetí vlastní osobou.³⁶

3.1 Biologické faktory

Pohlaví

Důvod, proč se ve spojitosti s PPP mluví víc o ženách než mužích, není náhodný. Dokonce můžeme říct, že s rizikem výskytu PPP se mohou potýkat všechny ženy bez rozdílu věku, rasy nebo společenského postavení. Výskyt PPP u mužů je znatelně nižší, uvádí se mezi 4-10 % (viz výzkum výše), a to především díky genderovým rozdílům (ženy se vždy více zajímaly o krásu než muži) a rozdílům fyziologickým (ženy mají větší tendence k tloustnutí). Zatímco dospívající muži nabírají svalovou hmotu, u žen je to spíše tuk. Pokud ženy nejsou spokojeny se svojí váhou, snaží se zhubnout, kdežto muži se snaží spíše přibrat.³⁷

Muži, kteří trpí PPP, se často pohybují v oblastech, kde je kladen větší důraz na tělesnou hmotnost. Jedná se např. o tanečníky, zápasníky, žokeje nebo manekýny. Je zajímavé pozorovat rozdíly v očekávání, které společnost klade na roli muže a ženy. O těchto genderových očekáváních píše Maloney a Kranzová. Dívky jsou již od malička vedeny k tomu, aby se chovaly slušně a mile k ostatním. Rodiče je učí, aby myslely především na ostatní a na sebe myslely až poté, i přestože by to mělo znamenat, že se obětují, uznají prohru a omezí se v dosažení toho, po čem touží. Dívky vychovávané v tomto duchu tak potlačují vztek a agresi, kterou se snaží uvolnit skrze hlídání se v jídle, díky čemuž

³⁶ KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998, str. 16-17.

³⁷ KRCH, F. D Mentální anorexie a bulimie: Poruchy příjmu potravy jako cena za štíhlost [online]. *Vesmír*, 1998, 1998(9) [cit. 2020-03-01]. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html>.

získávají pocit, že alespoň o něčem mohou rozhodovat samy a ovládají kontrolu nad sebe samou.

Věk

Jak už bylo zmíněno ve druhé kapitole, dospívání a snaha zabránit rozvoji sekundárních pohlavních znaků, hraje v rozvoji PPP důležitou roli. Krch zmiňuje nejčastější začátek výskytu mentální anorexie mezi 13 až 20 lety, u mentální bulimie mezi 16 až 25 lety, přičemž za vrchol onemocnění je označován 14. až 18. rok života. Obdobné tvrzení předkládá i Hoferková, která považuje vrchol výskytu „*u mentální anorexie mezi 13. – 14. rokem a mezi 17. – 18. rokem. Mentální bulimie se objevuje spíše u postadolescentních dívek a starších.*“³⁸ Ojedinele se můžou PPP vyskytovat už i u osmiletých dětí, případně po třicátém, čtyřicátém roku věku.³⁹ K riziku vzniku PPP v dospívajícím věku se vyjadřují i Minde. K. a Minde R., kteří tvrdí, že problémy s jídlem mohou být v dětském a dospívajícím věku pouze dočasné, v nějakých případech ovšem mohou ovlivnit jedince po celý život. V období dětství se vyskytují obtíže s jídlem v rozmezí 1-13 %. Britské výzkumy dokonce prokazují výskyt odchylky od klasického jídelního chování u 42 % čtyřletých dětí. Výskyt mírné formy problémů s jídlem v dětském věku bývá rodiči přehlížen, což může vyústit k pozvolnému vzniku poruch ve vývoji, psychických nebo somatických problémů. Příčiny odchýlného jídelního chování bývají různé – jak somatické, tak i psychické povahy. Důležitou roli hrají i onemocnění nebo úrazy – např. děti po mozkové obrně nejsou schopny vyjádřit hlad ve stejné míře, jako zdravý jedinec.⁴⁰

Genetické faktory a výskyt PPP v rodině

Na základě existujících kazuistik, mají velký vliv na rozvoj poruchy rodinné události a předchozí výskyt poruchy u některých z rodinných příslušníků. Z výsledků proběhlých studií můžeme evidovat výskyt PPP u sourozenců nemocných v řádech 3 až 10 %. Taktéž narušené jídelní chování matky má značný vliv na rozvoj poruch. Hsu se zmiňuje o čtyřikrát až pětkrát častějším výskytu PPP v rodinách, kde už někdo PPP má nebo měl. Vysvětlení je vcelku logické – matka je pro dítě prvním zdrojem potravy a zároveň prvním člověkem, se

³⁸ HOFERKOVÁ, S., KRAUS, B., BĚLÍK, V. *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2017, str. 63.

³⁹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 22.

⁴⁰ MINDE, K. – MINDE, R. *Infant Psychiatry: an Introductory*. In: FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013, str. 104.

kterým dítě navazuje důvěrný vztah. Když má matka k jídlu narušený vztah, přenesení tento postoj velice snadno i na dítě.⁴¹

3.2 Psychologické faktory

Je třeba mít na paměti, že tělo každého z nás je jiné, každý z nás má jiné chutě, autentickou rychlost metabolismu a obecně originální genetickou výbavu, která ovlivňuje nejen naše prožívání a to, jak se vypořádáme s překážkami, ale i inklinaci ke korpulentnímu, nebo naopak štíhlému tvaru postavy.

Kromě biologických změn dochází v dospívání i ke značné změně v chování a větší potřebě osobní integrity. Dospívající si začínají uvědomovat svoji sexualitu, poznávají a přemýšlejí, jakým směrem se budou v budoucnu ubírat, na jakou školu by rádi nastoupili a čím by se mohli živit. Maloney a Kranzová považují za klíčovou roli pro pozitivní osobnostní rozvoj, podporu okolí, a to především rodiny. Někteří rodiče plně akceptují dospívání svých potomků a uvědomují si, že potřebují vyšší míru nezávislosti, opory a odpovědnosti. Bohužel se stává, že ne každý rodič toto dospívající období chápe a stále považuje své potomky za děti. Obzvláště u dívek mají rodiče přehnaně ochranné sklony, a i přestože jejich dcera touží po větší nezávislosti, přesvědčují ji, že na to není ještě dostatečně připravena. Pokud rodičům uvěří, cítí se vnitřně nespokojená a ochuzená. V případě, že se rodičům nepodřídí, zmítá se v pochybnostech, zda ji rodiče ještě budou mít rádi a objevují se pocity viny. Po přemýšlení nad riziky nakonec může rozhodnout, že se rodičům podřídí, na úkor potlačení své přirozenosti, čímž vzniká v dotyčné vnitřní konflikt. V tomto případě se nabízí PPP jako řešení a náhražka nezávislosti, která je jim zakázána. Jídlo a jeho odpírání nebo naopak konzumace ve velkém množství se tak může stát možností, jak zamaskovat svůj vztek, frustraci a úzkost, kterou dotyčná není schopna vyjádřit přímo. PPP bývají také často reakcí na nerealistická očekávání rodičů ať už v podobě vynikajícího studijního prospěchu, úspěchů ve sportu a dalších mimoškolních aktivitách. V některých rodinách naopak rodiče očekávají, že jim jejich potomek nahradí neschopného partnera, který je sám na něčem závislý a přejí si, aby se chovali jako dospělí a řešili problémy, které jeden z rodičů nedokáže vyřešit sám.⁴² Podobně i Švédová tvrdí, že vznik PPP je ovlivněn snahou zakrýt pocity vnitřní prázdnoty, nejistoty a netolerancí svých stinných stránek. „*Příběhy nemocných ukazují, že se vždy jedná o něco víc než jen o touhu po dokonalém těle, „něco“, co*

⁴¹ HSU, L. K. G.: Eating Disorders. In: KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 65-66.

⁴² MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, str. 11-14.

je za těmi všemi dietami a sny o dráze úspěšné modelky či baletky. Nespokojenost se sebou. Sebekritika. Nenávisť sebe sama. Velké nároky na sebe. Problémy v komunikaci a ve vztazích. Rodinná krize. Závislost na názoru a hodnocení druhých. Ztráta někoho blízkého. Černobílé vidění světa. Nepochopení. Pocit vlastní důležitosti a zároveň velmi nízké sebevědomí. Touha po ocenění, bezpodmínečném přijetí, lásce. Hledání sebe, své identity a hodnoty. Volání o pomoc a neschopnost ji přijmout. Bezmocnost, strach z opuštění, strach, že mě nebudou mít rádi, když nebudu dokonalá.“⁴³

Co se osobnosti nemocného týče, je, jak tvrdí Krch, prokázán velmi častý výskyt depresivních, obsedantních a úzkostných symptomů, které jsou často přímo spojeny se znepokojením o svou postavu a váhu. Jídlo funguje u nemocných jako prostředek ke snížení úzkosti, což ovšem po přejedení končí pocity viny a dalšími depresivními příznaky.⁴⁴

3.3 Sociální faktory

Široké možnosti trávení volného času včetně téměř neomezené svobody, kterou nabízí životní styl 21. století, nepřináší jenom radosti, ale zanechává v jedincích i pocity úzkosti a tlaku. Každý den se střetáváme s billboardy, reklamními triky a kampaněmi, které nám vnucují své názory, vzory a tipy, jak co nejrychleji zhubnout. Každou takovou radu bychom však měli sami zvážit, protože ne všechny rady jsou psány odborníky na výživu nebo zdravý životní styl – některé rady jsou nepravdivé a přímo zdraví škodlivé. Zvláštní pozornost bychom měli věnovat módním časopisům a časopisům o zdraví, které nám říkají, jak se máme oblékat, chovat, vypadat a co máme jíst, abychom mohli být konečně šťastní. Jak píše Krch: „Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé.“⁴⁵

V následující podkapitole je proto zmíněno, jakými způsoby se podílí média, sociální klima, společnost a hodnoty s ní spojené na vzniku PPP.

⁴³ ŠVÉDOVÁ, J. Svépomocný manuál aneb jak si mohu sám/sama pomoci. In: PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str. 33.

⁴⁴ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, str. 70-71.

⁴⁵ KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, str. 57.

PPP a kultura

V každé společnosti existuje určitý ideál, jak by mělo ženské a mužské tělo vypadat a prostřednictvím těchto vzorů kulturního života usilují jedinci o své sebezdokonalování. V případě nesouladu mezi disproporcemi těla, jež očekává společnost s tělem reálným, může docházet k pocitům studu, trapnosti a nesmělosti.⁴⁶ Leibold přidává do výčtu sociálních faktorů změnu postavení žen ve společnosti, přehnaný ideál štíhlosti a velkou nabídku potravin.⁴⁷

Rizikové rodinné prostředí

Konflikty v rodině, riziko rozvodu rodičů, závislosti nebo vážná nemoc sourozence jsou faktory, které zvyšují riziko těchto poruch, a proto by tento vliv neměl být opomíjen. Za alarmující faktor považují Málková a Krch nevhodný způsob komunikace v rodině, kdy se veškeré rodinné problémy vědomě potlačují a neřeší, nebo se naopak řeší a rozebírají neustále. Některé matky řeší problémy s váhou, se kterými se potýkaly v minulosti, právě prostřednictvím dcery. Jiné matky naopak podvědomě skrze své dcery podporují svůj vlastní narcismus, přičemž dcerám vnucují status dokonalosti, který musí být krásný a přitažlivý a odpovídající matčiným představám. Pakliže dcera tento ideál nesplňuje, nemůže být na ni matka pyšná. Dcera pak toto řeší „uzobáváním“ z ledničky či střídmostí v jídle, což je matkou také hůře tolerováno. Pokud má být nemocný vyléčen, je proto potřeba, aby se nacházel v pozitivním, podporujícím prostředí vytvářejícím kladné psychické klima.⁴⁸ Jak píše Krch: „*Je-li celkové prostředí plné konfliktních situací, hádek mezi členy, nadávek, zesměšňování nebo jakkoliv jinak depresivní, je riziko vzniku poruch příjmu potravy o to vyšší.*“⁴⁹ Při hlubším zkoumání situace v rodině byly opakovaně prokázány stejné znaky ovlivňující vznik PPP. Trapková a Chvála popisují, že matky dívek s anorexií drží dvakrát častěji diety ve srovnání s rodinami, kde se PPP nevyskytují. Otec bývá charakterizován jako slabý, pasivní a udržující si odstup, nebo naopak příliš dominantní, vzteklý, chladný, který se svému dítěti nevěnuje, nechválí ho ani nejeví zájem. Existuje i druhý extrém, kdy je otec popisován jako aktivní, atraktivní a až příliš skvělý na to, aby se mu dokázaly vyrovnat.⁵⁰ Novák

⁴⁶ JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006, str. 83-84.

⁴⁷ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, str. 47.

⁴⁸ KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha: Granit, 1993, str. 60.

⁴⁹ KRCH, F. D a kol. *Poruchy příjmu potravy*. In: PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str. 41.

⁵⁰ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*. In: PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str. 43.

považuje za rizikové rodiny ty, ve kterých chybí rodičovská péče, rodičovská kontrola a láskyplný vztah k dítěti, nízká uspořádanost a nezávislost, nebo kde dochází k sexuálnímu či fyzickému zneužívání. V rodinné anamnéze pacientek se dále opakovaně vyskytoval alkoholismus, poruchy emocí a sociální izolace.⁵¹

Negativní komentáře okolí

Zatím nebylo vědecky dokázáno, který z faktorů hraje při vzniku PPP větší roli – zda média nebo negativní komentáře od okolí, spolužáků a rodiny, vedoucí ke snížení sebevědomí. V kazuistikách nemocných, se často objevuje zmínka o vysmívání se spolužačce s nadváhou, která se v důsledku toho rozhodne svou situaci radikálním způsobem změnit. Ojedinelé nejsou ani snahy zalíbit se svému objektu zájmu nebo spory dvou kamarádek o získání si přízně svého idola.

Pro-anna a Pro-mia blogy

Tyto blogy vytvořené nejčastěji samotnými nemocnými, jsou návodem a zároveň zdrojem inspirace, jak se stát co nejrychleji extrémně štíhlým. Blogy nevarují před riziky PPP, ale naopak se snaží čtenáře utvrdit, že štíhlost a disciplína je ta správná životní filozofie. Součástí blogu jsou často fotky extrémně vyhublých dívek, chudé jídelníčky nebo záznamy sportovních aktivit. Taktéž se zde objevují tipy, jak zahnat hlad a jakási komunitní podpora a motivace k rychlému hubnutí. Majitelka blogu často uvádí v záhlaví svoji původní, současnou a vysněnou váhu a píše veřejný deník, ve kterém popisuje, jak zvládá jídlo odolávat a zdůrazňuje emoce, které při tom cítí.

⁵¹ NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, str 24.

4 Důsledky poruch příjmu potravy

Stejně jako u rizikových faktorů, i důsledky PPP se promítají do všech sfér lidského života. Dobrou zprávou zůstává, že je onemocnění léčitelné a pokud je nemocný dostatečně motivovaný, lze se usilovnou a kontinuální prací na sobě zbavit zdravotních, psychických i sociální komplikací. Ne vždy to ovšem dokáže sám, a proto hraje důležitou roli v jeho léčbě i okolí a spolupráce s odborníky. V případě dlouhodobého a stupňujícího se onemocnění mohou být důsledky fatální, v některých případech až smrtící. Na následujících stránkách je zmíněno, jaké důsledky provází nemocného a jak onemocnění ovlivňuje vztahy s jeho blízkými. Podobně jako u faktorů i zde je použito bio-psycho-sociální rozdělení následků.

Důsledky pro nemocného

To, že způsob stravování a výběr potravin ovlivňuje naši náladu, není v dnešní době žádnou novinkou. Dobrou ilustrací korelace mezi stravováním a chováním, lze nalézt ve výsledcích americké studie uskutečněné v roce 1950 A. Keysem a jeho spolupracovníky. Výzkumu se zúčastnili dobrovolníci z řad mužské populace, kterým byl po dobu půl roku snížen jejich dosavadní příděl potravin na polovinu. Nikdo z dobrovolníků nikdy netrpěl poruchami příjmu potravy ani nevykazoval žádné známky duševních poruch. V průběhu výzkumu se ale situace začala měnit. Začaly se projevovat psychické a fyzické problémy podobné těm, s nimiž se setkávají lidé s anorexií nebo bulimií. V praxi to vypadalo tak, že jedinci mysleli neustále na jídlo a aby zahnali hlad a přišli na jiné myšlenky, pili hodně vody, okusovali si nehty, žvýkali, nebo kouřili. Doprovodným jevem byly i živé sny o jídle a zastavení dietního omezení. Taktéž se prodloužila doba, kterou u jídla strávili. Fyziologické změny byly provázeny především vypadáváním zubů, vlasů a problémy se zažíváním. Došlo také ke zhoršení soustředění, snížení ambicí a energie, ztrátě zájmů, libida, sklonům k depresi, všeobecné uzavřenosti a emoční labilitě. Po skončení výzkumu a šestiměsíční proměně, potřebovali dobrovolníci další rok na to, aby se z tohoto šoku uzdravili a vrátili se zpátky do původního psychického a fyzického stavu.⁵²

Psychické důsledky

Krch a Richterová uvádí výčet důsledků, projevujících se vyšší mírou podrážděnosti, vyhýbání se lidem, absenci energie, smutek, pocit viny, méněcennosti a beznaděje. Také

⁵² KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998, str. 24-25.

narůstá zájem o vlastní osobu a množství problémů doprovázených sebelítostí.⁵³ V závislosti na stádiu onemocnění a osobnosti může občasné docházet k výskytu euforických pocitů. Dle Leibolda mohou nemocní působit na okolí dojem dobré nálady, jsou plni elánu a plánů, zahrnují své okolí nadměrou slovy, které ovšem spíše otravují a vzbuzují dojem, že nemocný nepotřebuje spát. Svou aktivitou často inspirují druhé, ovšem obvyklé jsou i situace, kdy vzápětí náladu změni a svou arogancí, agresivitou a podrážděností okolí uráží.⁵⁴ K překonání těchto negativních stavů pacienti často volí strategie, které poruchy ještě více prohlubují a psychické problémy neřeší, naopak mají tendenci je stupňovat. Duševní život nemocného se točí kolem představ o jídle, touze po přejedení a boji s disciplínou, včetně ulpívání na dokonalosti, což zvyšuje riziko selhání. Jak zmiňuje Papežová, koncentrace, paměť, řešení problémů a učení je poškozeno. Dotyčný má značné obtíže při soustředění se na několik věcí najednou, což se odráží i v klesající pracovní efektivitě. Myšlení nemocného je pesimistické, rigidní, se zhoršenými rozlišovacími schopnostmi vidět svůj stav jako onemocnění, které je třeba léčit.⁵⁵

Zdravotní důsledky

Zdravotní obtíže bývají oproti duševním pro okolí postiženého zjevnější a mnohdy se tak stávají prvním impulzem k tomu, že se potíže začnou řešit. Obě nejtypičtější PPP – mentální anorexie a bulimie mají mnoho důsledků společných. I přesto se vyskytují rozdíly, kterými se poruchy ve svých důsledcích liší.

Mentální anorexie

Ke zdravotním obtížím vzniklým v důsledku prudkého a rapidního snížení váhy, Janebová řadí např. dermatologické problémy (kůže bývá i zažloutlá a zešedlá se sklony k praskání), studené a namodralé končetiny, nos či uši, přerušování menstruačního cyklu i pokles libida.⁵⁶

Ladishová uvádí následující příklady somatických dopadů:

- **kardiovaskulární potíže** – pomalý srdeční tep a nízký krevní tlak (snížení objemu tělních tekutin), čímž se zvyšuje riziko omdlávání a srdečního záchvatu

⁵³ Tamtéž, str. 18.

⁵⁴ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, str 83-84.

⁵⁵ PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! 1. vyd.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, str. 61-62.

⁵⁶ JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006, str. 75.

- **předčasná osteoporóza** způsobující křehkost a lámavost kostí
- **ztráta svalové hmoty** a s ní i síly
- **riziko ledvinového záchvatu** v důsledku dehydratace způsobené užíváním diuretik
- **celková slabost a vyčerpanost organismu**
- **vypadávání vlasů, suchá kůže**
- v extrémním případě až **smrt** (selhání organismu), nebo **sebevražda**

Papežová seznam obohacuje dalšími zdravotními důsledky:

- **slabý močový měchýř**, časté močení ve dne i v noci
- **vznik otoků** kolem kotníků a nohou v důsledku nedostatečné výživy
- **ohrožení ledvin** – tvorba infekcí a kamenů, hrozba selhání spojená s nedostatkem draslíku a jiných minerálů
- **zvýšení cholesterolu, deficit estrogenu** v důsledku poškozené funkce jater
- **poškození svalů a nervů** – zhoršení chůze do schodů, pocit těžkosti nohou
- **zastavení růstu a puberty** u dětí
- **snížení glykemického indexu**, přispívající ke stavům paniky a zmatenosti, v případě dlouhodobého zanedbání vedoucí ke smrti⁵⁷

Mentální bulimie

K předním zdravotním důsledkům, jež jsou pro mentální bulimii typické patří, dle Ladishové:

- **elektrolytické poruchy** vyvolávající arytmii, selhání srdce i smrt, vznikající v důsledku dehydratace a ztráty draslíku a sodíku, jenž se v průběhu zvracení vytrácí
- **praskliny zažívacího traktu, zánět a poškození hltanu, průtrž bránice, záněty slinných žláz**
- **chronická zácpa, žaludeční vředy, pankreatitis**
- **poškození zubní skloviny, zkažení zubů, ztráta části zubů**, jako důsledek nadměrného příjmu cukru a opakovaného zvracení⁵⁸

⁵⁷ PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! 1. vyd.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, str. 61-62.

⁵⁸ LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit.* Ružomberok: EPOS, 2002, str. 31-35.

Sociální důsledky

PPP přispívají k izolaci postiženého od světa kolem. Anorektičky věnují většinu svého času počítání kalorií, přemýšlení nad jídlem cvičením nebo vařením pokrmů, ze kterých si nedají ani sousto. Když začne mít někdo z blízkých k poruše nebo stravovacím návykům nemocné připomínky, vyvolává to hádky a nemocná se radši uzavře, aby ji nikdo nemohl kontrolovat a diktovat, co má dělat. Ztrácí tak zcela potřebu komunikovat, což prohlubuje pocit odcizení a stres. V některých případech dochází, jak zmiňuje Leibold, k míšení dvou typů chování: *„typický anorektik kolísá ve svém chování vůči blízkým mezi přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že často působí arogantně. Proto se sociální vztahy s nemocnými vytvářejí velmi problematicky. Nakonec se známí a přátelé od anorektiků odtahují a ti pak jsou pomalu čím dál tím víc izolováni...“*⁵⁹ Bulimičky jsou na tom obdobně – nejčastější téma k hovoru bývá jídlo, které zmizelo z ledničky nebo spíše nebo neodstraněné zbytky zvratků v koupelně. PPP bývá pochopitelně ohrožen i partnerský vztah – mimo sociální izolace ztrácí postižená zájem o sex. Výkyvy nálad postižené a pocit ztráty náklonnosti ze strany partnera vedou k hádkám, kdy partner hrozí rozchodem, ale zároveň se bojí, že to partnerka bez něho sama nezvládne.⁶⁰

Důsledky pro okolí

Z kvalitativní studie „Zkušenost s poskytováním péče duševně nemocným“ vyplývá, že pečující často doprovází pocity viny a studu. Ojedinelé nejsou ani výsledky, které potvrzují potřebu praktické a emoční pomoci v jednání s nemocnou osobou (např. potřeba pomoci v čase oběda, potřeba pomoci při zvládnání celé situace), potřebu být více informován o nemoci, možnostech léčby, nebo o svépomocných skupinách. Dále ze studie vyplývá, že pečující cítí velkou zodpovědnost za vznik poruchy příjmu potravy a vnímají dopady nemoci na svou rodinu.⁶¹

Partner nemocného

Výskyt PPP u jednoho z partnerů může vyústit ve dvě reakce – rozchod nebo snaha pomoci. V případě pomoci a snahy vrátit vztah do původní podoby před onemocněním, může, jak uvádí Černá, přebírat hlavní iniciativu a odpovědnost za léčbu partner. V praxi to znamená

⁵⁹ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, str 81.

⁶⁰ LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexiu a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2002, str. 80-81.

⁶¹ ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3., dopl. vyd. Brno: Anabell, 2012, str. 12.

např. rozhodování o složení jídla včetně jeho přípravy, upozorňování na přehnaně velké nebo naopak malé porce, debatování nad partnerčinými pocity a sebepojetím nebo chápání jejího smutku a beznaděje. Z uvedených příkladů je pochopitelné, že role partnera se vytrácí a přechází spíše do role „terapeuta“. S pocitem odpovědnosti se pojí i pocit moci, kdy partner začíná rozhodovat i o jiných záležitostech, které se PPP netýkají. Tímto způsobem může docházet k nevědomé kompenzaci zátěže, kterou s partnerkou prožívá. Důvodem změny partnerovy role kontrolující partnerčin životní styl bývá jednodušší než setrvání v rovnocenné pozici, v níž má partner omezené možnosti pozitivně ovlivnit její nemoc. Původní partnerská konstelace se tak transformuje spíše do role rodiče (partnera) a dítěte (partnerky). Z této skutečnosti vyplývá dominantní postavení partnera, jenž častěji mluví a odpovídá za partnerku, která není schopná při rozhovorech s okolím nalézt odpovědi.⁶²

Rodina nemocného

Dle Krcha je v mnohých případech užitečné, aby rodinní příslušníci docházeli k odborníkovi, který jim pomůže vyrovnat se s nemocí dítěte. V případě, že původ těchto problémů nespočívá v rodině, měl by pomoci rodičům zbavit se pocitu provinění. Naopak v případě, kde je původ obtíží shledán v rodině, by měl odborník šetrným způsobem poukázat na jádro problému, neboť do budoucna může jeho vyřešení sloužit jako prevence opakovaného nástupu onemocnění. Hledání příčiny onemocnění není ale v první fázi to nejdůležitější, hlavní je přimět rodiče ke spolupráci.⁶³ V případě, že rodina poruchu u svého potomka odhalí, je třeba nepanikařit, adekvátně reagovat a společně poruchu léčit. V tomto případě by měli svého potomka vzít k odborníkovi a podržet ho ve chvílích, kdy se mu nedaří a propadá panice. K tomuto tvrzení se Krch a RichtEROVÁ vyjadřují následovně: „*Důvěra v pozitivní změnu a větší osobní prostor pro nemocného, který mu umožní, aby on sám hledal vhodná řešení a přijal zodpovědnost za svůj život — to jsou faktory, které nemocným nejvíce pomohou.*“⁶⁴

⁶² Tamtéž, str. 23.

⁶³ KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, str. 192.

⁶⁴ KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998, str. 47.

5 Prevence poruch příjmu potravy

Každá závislost, nestřídmost nebo nadměrné omezování se, má své logické opodstatnění. Pro jedince s poruchami příjmu potravy je typické, že řeší své psychické problémy jídlem namísto toho, aby řešili samotné problémy. Z výše zmíněného důvodu je potřeba být o rizicích onemocnění informován a usilovat o jejich předcházení. Proto je následující kapitola věnovaná prevenci zaměřené také na školní prostředí a předcházení recidivě onemocnění. Kapitola také upozorňuje na rizika diet.

Jedním z osvědčených postupů, jak se vyhnout nepřiměřeným váhovým výkyvům je udržování pravidelného stravovacího režimu kombinovaného s dostatkem pohybu. Dále je třeba omezit přísun sladkostí včetně slazených limonád, nadbytečných tuků a alkoholu. Krch a Richterové dodávají, že nejúčinnější prevencí je eliminace redukčních diet a balanc jak v jídle, tak i ve všech ostatních životních sférách.⁶⁵

Riziko diet

Začátek problémů spojených s jídlem lze nalézt často v redukční dietě, které zvyšuje pravděpodobnost vzniku mentální anorexie a bulimie až osmkrát. Krch ve svém článku upozorňuje na fakt, že v průměru u 30 % redukčních diet dochází během 1-2 let k přesunu na tzv. patologickou dietu. S patologickými dietami je pak v 20-30 % spojen částečný nebo úplný rozvoj PPP.⁶⁶

Ladishová uvádí výčet rizik, které v sobě diety skrývají:

- **jo-jo efekt** – po snížení hmotnosti během krátkého časového úseku, dochází k rychlému přibírání, v důsledku náhlé konzumace většího množství jídla. Jo-jo efekt má negativní účinek na organismus – způsobuje somatické výkyvy, poruchy srdečně-cévního typu a zpomaluje metabolismus
- **somatické potíže** – jedná se např. o úbytek svalové hmoty a fyzické síly, vypadávání vlasů, dehydrataci, mdloby a slabost. V důsledku nedostatečného energetického příjmu dochází i k menší schopnosti koncentrace, jelikož se mozek stává podvyživený a ochuzený o cukr

⁶⁵ Tamtéž, str. 7-16.

⁶⁶ KRCH, F. D Mentální anorexie a bulimie: Poruchy příjmu potravy jako cena za štíhlost [online]. *Vesmír*, 1998, 1998(9) [cit. 2020-03-01]. ISSN 1214-4029. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html>.

- **deprese, nedostatek sebeúcty, stres**
- **vznik závažných poruch příjmu potravy⁶⁷**

Prevence PPP ve škole

I přestože základ prevence spočívá v rodině, role školy, ve které tráví dospívající 1/3 svého času by neměla být opomíjena. Škola by měla v rámci primární prevence žáky nejenom informovat o PPP, ale také je podporovat při osobnostním růstu, zvyšování sebevědomí, racionální výživě, vytváření příznivého sociálního klimatu a odstraňování destruktivních projevů. Měla by sloužit spíše jako doplňková instituce snažící se odstranit nedostatky těch žáků, kteří přišli do školního prostředí nevybaveni příslušnými kompetencemi od své biologické rodiny. Role učitele pak spočívá nejenom v předávání znalostí, ale i společenských hodnot. Prostřednictvím preventivních aktivit ve výuce a spoluprací s rodinou lze riziko vzniku PPP snížit. Preventivní působení by mělo být podáno přiměřenou formou, tzn. tak aby pedagogové žáky nezastrašovali, zbytečně záležitosti nezveličovali a nezaměřovali se pouze na určité aspekty poruch. V případě nevhodné formy může dojít k opačnému efektu a spustit rizikové chování, kterému se měli žáci vyvarovat. Procházková a Sladká Ševčíková dále dodávají, že by pedagogové měli žáky, zejména dívky, připravit na fyzické změny (nárůst hmotnosti, zakulacení boků, zvětšení prsou aj.), stejně tak jako na psychické změny, které provází období dospívání. V rámci přípravy apelují autorky na poučení žáků o rozmanitosti tělesných typů a rozdílech mezi lidmi. V souvislosti s tím je kladen důraz na předcházení šíření předsudků vůči odlišnostem formou sebepřijetí a přijetí ostatních tak, jací jsou.⁶⁸ V rámci preventivního působení by neměla být opomíjena činnost metodiků prevence, učitelů výchovy ke zdraví a školních psychologů.

Prevence recidivy

PPP jsou považovány za psychické onemocnění a je dokázáno, že u 50 % případů se porucha v průběhu života opakuje. Jako prevenci relapsu Procházková a Sladká Ševčíková doporučují:

- naučit se **zvládat stresové situace**
- **nárůst a udržení optimální hmotnosti**

⁶⁷ LADISHOVÁ, L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2002, str. 95-96.

⁶⁸ PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017, str. 46-47.

- **vnímat své tělo**, vážit si ho, mít ho rád a naučit se s ním žít
- **být trpělivý a nevzdávat léčbu**, pokud se zpočátku nedaří
- zařadit do svého života **přiměřený pohyb a pravidelný jídelní režim**

Co se týče výživy, doporučují autorky dodržovat tyto zásady:

- jíst **5x až 6x** denně
- **jíst rozmanitě**
- jíst dostatek **cereálií**, ke každému jídlu přidat **porci ovoce nebo zeleniny**
- denně jíst **kvalitní zdroje bílkovin** (vejíčko maso, luštěniny)
- každý den vypít **2 až 3 litry tekutin**
- zcela se **nevyhýbat cukrům ani tukům**
- **nepřejídat se ani nehladovět**
- stolovat v klidu, jíst pomalu
- **nezaobírat se počítáním „kilojoulů“, vážením potravin a držením diet⁶⁹**

⁶⁹ Tamtéž, str 88-89.

6 Léčba

Pokud se chce nemocný vyléčit, musí pozměnit svoje priority a probudit lásku k sobě samému, která si neklade podmínky a je nezávislá na hmotnosti. Aby léčba byla úspěšná, je potřeba, aby k sobě byl pacient upřímný a přiznal si, že má problém, který provází celý jeho soukromí i profesní život a přináší mu více škody než užítku.

Procházková a Sladká Ševčíková sledují v léčbě **3 cíle**:

- **léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží** (v důsledku opakovaného zvracení, hladovění, užívání diuretik a laxativ)
- **psychoterapie** (k pochopení příčin vzniku PPP a vlivu onemocnění na život nemocné)
- **psychoterapie zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného**

Za vydařený výsledek léčby autorky považují transformaci nemocné v osobu, která akceptuje svoji tělesnou hmotnost a postavu, věří si, opětovně nalezla potěšení z jídla a podařilo se jí obnovit rodinné a další sociální vazby.⁷⁰

Léčebné postupy mentální anorexie jsou závislé na věku nemocného a stádiu onemocnění včetně možností spolupráce. Dle Marádové by proto měla být věnována velká pozornost dětem a dospívajícím, kdy je potřeba zasáhnout okamžitě a zbytečně jednotlivé kroky léčby neprotahovat. Velkou roli pro úspěšnou léčbu hraje spolupráce s rodiči, se školou a vrstevníky. Důležité je zbavit rodiče pocitu viny za problém dítěte a motivovat jej ke spolupráci. Léčba proto přináší pro dítě bolestivá omezení, jelikož se nachází pod neustálým dohledem.⁷¹ Jak zmiňuje Krch a Richterová, u neplnoletých, extrémně vyhublých a nespolupracujících anorektiček bývá prvním krokem k úspěšné léčbě hospitalizace, při které je vyšetřen jejich zdravotní stav a pozvolna se učí stravovat se optimální výživou a zvykat si normálně jíst. Cílem léčby je naučit se jíst pravidelněji, rychleji a bez většího výběru. V případě plnoletých pacientů, lékaři volí volnější a opatrnější přístup, pacienta nechtějí k léčbě nutit a spíše čekají na souhlas, kdy se budou chtít pacienti léčit sami od sebe. Nezřídka se stává, že nemocný snadno propadá panice, když se jim nemoc nedaří vyléčit ihned a jejich snahy se setkávají s neúspěchem. Jelikož mentální anorexie a bulimie patří mezi dlouhodobá onemocnění, pronikající do všech životních sfér, je třeba počítat s tím,

⁷⁰ Tamtéž, str. 54

⁷¹ MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, str. 19.

že léčba nebude jednoduchá ani bezbolestná. I přestože odhodlání se uzdravit hraje při léčbě důležitou roli, samo o sobě nestačí. Důležitá je vytrvalost a trpělivost začínat případně každý den znova.⁷²

6.1 Terapeutické metody

Základem úspěšné léčby poruch příjmu potravy je psychoterapie, složená z dialogu terapeuta a pacienta. Účinnost a rychlost léčby je podmíněna pacientovou spoluprací. Jak uvádí Richterová a Krch, pacient sám zná nejlépe svoji situaci, její příčiny a jedině on se bude muset naučit, jak řešit své problémy a naučit se stravovat jinak. Terapeut mu může podat pouze „pomocnou ruku“ v podobě poskytnutí vhodného individuálního programu, adekvátních informací týkajících se onemocnění a možností jejího řešení.⁷³ Bouček definuje psychoterapii jako „*léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky.*“ Dále uvádí, že cílem terapie je odstranění chorobných příznaků a následná pacientova reedukace, resocializace či integrace jeho osobnosti.

Styl psychoterapie je možné rozdělit na direktivní a nedirektivní. V direktivní psychoterapii terapeut přímo usměrňuje jedince, jeho chování, postoje a myšlení. V nedirektivní psychoterapii terapeut zaujímá neutrální postoj a vyhýbá se udělování rad a doporučení.⁷⁴

V následujících odstavcích jsou zmíněny terapeutické metody, které se při léčbě PPP využívají a jsou doporučovány Procházkovou a Sladkou Ševčíkovou:

Kognitivně behaviorální terapie

Bývá považována za jednu z neúčinnějších terapií při léčbě duševních onemocnění. Zahrnuje v sobě široké spektrum psychoterapeutických přístupů jako např. zlepšování sebekojení, sebevědomí, trénování asertivity a nácvik sociálních dovedností. Odhaluje problém, který pacient následně popíše a snaží se najít cestu k vyléčení skrze změnu v chování. Pomáhá rozpoznání zkresleného postoje k tělu a hmotnosti a učí pacienta si zapisovat své pocity a chování.

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie

Jak už vyplývá z názvu, psychoanalýza pomáhá pochopit hlubší příčiny onemocnění včetně souvislostí ukrytých v nevědomí. Cílem terapie je především změna osobnosti a naučení se zacházet se svými emocemi v případě separace a individuace.

⁷² KRCH, F. D. RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998, str. 11-24.

⁷³ Tamtéž, str. 11.

⁷⁴ BOUČEK, J. *Psychoterapie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, str 5-6.

Rodinná terapie

Rodinná terapie nabízí pomoc i blízkému okolí nemocného, které je díky úzké sociální vazbě do problému zahrnuto také. Pomáhá především s obnovením narušených vztahů s partnery, vrstevníky a v neposlední řadě i v rodině. Terapie též pomáhá nalézt univerzální vzorce uvnitř rodiny, které se opakují a přispívají k rozvoji poruchy.

Svépomocné skupiny

Tyto skupiny slouží k pomoci jak nemocným, tak i jejich okolí, rodičům, partnerům apod. Hlavní pozitiva skupiny spočívají ve vzájemné podpoře, motivaci k vyléčení, ale i ke sdílení zkušeností a pocitů. Existenci a docházení do těchto skupin lze považovat za prevenci sociální izolace, jež přispívá k získání pocitu sounáležitosti.

Farmakoterapie

Farmakoterapie jedna z podpůrných forem léčby, tzn. neřeší příčinu poruchy, ale tlumí doprovodné příznaky jako deprese, úzkosti, nutkavé myšlenky nebo impulzivitu. Nemocní dostávají na základě intenzity poruchy antidepresiva, anxiolytika nebo antipsychotika.

Nutriční terapie

Nutriční terapeut podává pacientovi informace o účincích hladovění, přejídání, váhovém rozmezí atd. Taktéž informuje pacienta o rizicích zvracení a užívání diuretik nebo laxativ. Učí pacienta pravidelnému zaznamenávání váhových změn, cvičení, jídelních návyků a zvracení. Účelem terapie je naučit pacienta postupnému zvyšování denních porcí a pravidelnému stravování.

Denní stacionář

Na rozdíl od hospitalizace je denní stacionář doporučován pacientům, kteří jsou vysoce motivováni k léčbě, přišli do centra dobrovolně a mají BMI vyšší než 16. Stacionář probíhá přes den formou individuální a skupinové terapie a odpoledne se pacienti vrací do svých domovů. Ke snížení rizika recidivy je potřebné, aby po ukončení stacionáře pacient pokračoval v ambulantní formě léčby.

Hospitalizace

Bývá krajním řešením ve snaze stabilizovat pacientův stav. Musí být splněna některá z kritérií: velký a rychlý váhový úbytek, deprese, sebepoškozování, riziko sebevraždy nebo podstoupení ambulantní péče, která ani po dvou měsících docházení pacientovi nijak nepomohla. V průběhu hospitalizace se věnují pacientovi psychologové, psychiatrové, dietní

a zdravotní sestry, kteří usilují o zlepšení jeho psychického a somatického stavu. Během hospitalizace se pacient setkává s různými formami léčby, ať už podpůrnou terapií - např. arteterapií, muzikoterapií, ergoterapií, nebo režimovou a skupinovou terapií.

Svépomoc

Jedná se především o využívání svépomocných manuálů, a to v případě, že je nemocný dostatečně motivován ke změně své situace a zároveň nechce nebo není schopen využívat přímých služeb odborníků.⁷⁵

⁷⁵ PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasperta Publishing, s. r. o., 2017, str. 55-59.

7 Vlastní výzkumné šetření

Vlastní výzkumné šetření je realizováno na základě poznatků získaných z teoretické části práce. Výchozím bodem pro šetření je hlavní cíl, tedy zkoumání psychologických faktorů, které přispívají ke vzniku PPP. Psychologické faktory ovlivňuje velkou měrou zdraví jedince, a tím působí na kvalitu života. Dle Machové et al.: „Zdraví člověka je v současném pojetí podle definice Světové zdravotní organizace chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha činiteli, jako je způsob života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí a další. Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro dobrou pracovní výkonnost.“⁷⁶

Zmiňovaný hlavní cíl bakalářské práce je přenesen do hlavní výzkumné otázky – které psychologické faktory přispívají ke vzniku PPP? Gavora považuje výzkumnou otázku za stimulující prvek, který ulehčuje výzkumníkovi jeho další dílčí kroky. Otázka pomáhá ujasnění problému a následnému způsobu jeho řešení. „Výsledek výzkumu je potom odpovědí na otázku, která byla položena na začátku“.⁷⁷ Z hlavní výzkumné otázky byly odvozeny čtyři dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO):

- DVO I. Jaké je sebepojetí nemocných s PPP?
- DVO II. Jaký vliv mají PPP na vztahy?
- DVO III. Jaké společné vlastnosti mají nemocní s PPP?
- DVO IV. Co se změnilo v životě nemocných po setkání s PPP?

Tabulka 2: Transformace DVO do tazatelských otázek

Hlavní výzkumná otázka	DVO	Tazatelské otázky (TO)
Které psychologické faktory přispívají ke vzniku PPP?	DVO I. Jaké je sebepojetí nemocných s PPP?	TO 1. Předcházely vzniku PPP nějaké jiné psychické problémy? TO 2. Co si myslíš, že bylo hlavním spouštěčem? Objevil se v tvém okolí člověk, který měl narážky na tvoji

⁷⁶ MACHOVÁ, J. et al. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009, str. 11.

⁷⁷ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, str. 29.

		postavu/hmotnost?
	DVO II. Jaký vliv mají PPP na vztahy?	TO 3. Jaká byla reakce tvé rodiny (blízkého okolí), když se dozvěděla o onemocnění? TO 4. Jaké jsi měl/a vztahy s rodinou (blízkým okolím) v průběhu PPP?
	DVO III. Jaké společné vlastnosti mají nemocní s PPP?	TO 5. Kolik ti bylo, když se u tebe poprvé objevily příznaky PPP a v kolika letech ti byly diagnostikovány? TO 6. Jak bys sám/sama sebe charakterizoval/a? TO 7. Jakým způsobem probíhala a vypadala léčba tvého onemocnění?
	DVO IV. Co se změnilo v životě nemocných po setkání s PPP?	TO 8. Jak se změnily tvoje stravovací návyky v průběhu PPP? TO 9. Zaznamenal/a si biologické/psychické změny v průběhu PPP? TO 10. Jaké dopady mělo toto onemocnění na tvůj současný stav?

7.1 Zvolený druh výzkumného šetření

Vzhledem k povaze práce, jež se zaměřuje především na psychickou stránku člověka a jejího narušení, byl zvolen kvalitativní druh výzkumného šetření. Gavora uvádí, že:

„Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání. Podle zásad kvalitativního výzkumu je každý člověk anebo skupina lidí jedinečná. Má vlastnosti, kterými se podstatně liší od jiného člověka nebo skupin.“ Jak tazatelské otázky napovídají, výzkumné šetření se snaží prostřednictvím rozhovorů zjistit, jak dotyční vnímají sami sebe, jaké mají vztahy s okolím, které vzorce chování využívají a jaké změny je v životě provází. Výsledky šetření jsou zaznamenány ve slovní podobě ve formě popisu. Pokud by byla zvolena kvantitativní metoda, jež je ohraničená výčtem otázek, výzkumník by se nemohl doptávat a náhled na lidskou duši, která je u každého jedinečná, by byl zkreslený a nevýstižný. Kvantitativní výzkum oproti kvalitativnímu využívá číselných údajů, zjišťuje počet, rozsah, intenzitu a opakování jevů a tyto údaje se dále matematicky zpracovávají.⁷⁸

Mimo rozdílu ve využití číselného vyjádření u kvantitativního výzkumného šetření a slovního popisu u kvalitativního výzkumného šetření, existují další významné rozdíly. Jedním z nich je výzkumníkův postoj. V kvantitativním výzkumném šetření funguje výzkumník jako nestranný pozorovatel zkoumaných jevů na rozdíl od kvalitativního výzkumného šetření, kde usiluje o navázání bližšího kontaktu se zkoumanými respondenty. Díky pochopení situací, ve kterých se respondenti nacházejí, je schopen je popsat a dále s informacemi pracovat. Další rozdíl mezi šetřeními je ve způsobu setkání výzkumníka a respondentů. Při kvantitativním výzkumném šetření není podmínkou osobní setkání a může se stát, že výzkumník předá dotazníky nebo sebehodnotící škály příslušné instituci, která je následně sama rozdává respondentům. Oproti tomu se u kvalitativního výzkumného šetření využívá metod, kdy jsou proti sobě výzkumník a respondent postaveni přímo (např. u rozhovoru nebo zúčastněného pozorování). Hlavním cílem výzkumníka v kvalitativním výzkumu spočívá v klasifikaci údajů a objasnění příčin existence nebo změn jevů, což umožňuje jejich zevšeobecnění a případnou budoucí predikci. To vše vyžaduje výzkumníkovu individuální porozumění.⁷⁹

7.2 Zvolené metody a techniky sběru dat

Za techniku sběru potřebných dat byl zvolen rozhovor, konkrétně variaci polostrukturovaného rozhovoru. Dle Chrásky se rozhovor (angl. interview), využívá pro bezprostřední verbální komunikaci výzkumníka a respondenta. Výhodou rozhovoru,

⁷⁸ GAVOR, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, str. 32.

⁷⁹ Tamtéž.

ve srovnání s jinými výzkumnými metodami, je navázání osobního kontaktu s respondentem, což umožňuje hlubší vhled do tématu rozhovoru. Dále také dává výzkumníkovi možnost sledování respondentových reakcí a v souladu s nimi umožňuje přizpůsobovat další průběh komunikace. Polostrukturovaný rozhovor nabízí respondentům několik variant odpovědí, jejichž volbu je třeba následně objasnit a vysvětlit. Úspěšnost rozhovoru a míra otevřenosti respondenta závisí na schopnostech výzkumníka, pro kterého je klíčové navázání přátelské a uvolněné atmosféry.⁸⁰

Vybraná metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňovala získat, prostřednictvím tazatelských otázek, potřebné informace. Zároveň poskytla dostatečný prostor pro respondentovo vyjádření se k dalším připomínkám a okolnostem mimo stanovený rámec TO.

7.3 Charakteristika zkoumané skupiny

Výběr respondentů pro kvalitativní výzkumné šetření proběhl záměrně, nikoli náhodně. Jak zmiňuje Gavora, záměrný výběr vychází z předem promyšleného určení příslušných znaků, které jsou při šetření pro výzkumníka důležité. Výběr vhodných respondentů spočívá pak ve výzkumníkových vědomostech, pedagogické teorii, zkušenostech a vlastním úsudku.⁸¹ Jelikož je práce zaměřená na PPP a její povaha není limitována věkem, pohlavím, sociálním statusem ani dalšími specifiky, výběr zkoumané skupiny byl poměrně jednoduchý. Celkem byly vedeny rozhovory s šesti dospělými lidmi ve věkovém rozmezí od 22–39 let. Respondenty tvoří pět žen a jeden muž, kteří si PPP prošli, včetně dvou, které poruchy stále provázejí. Na jejich přání o zachování anonymity nejsou v práci zmíněna jména a odpovědi jednotlivých respondentů jsou evidovány pod zkratkou „R“. Celý záznam polostrukturovaného rozhovoru byl nahrán pomocí záznamníku na telefonu a v jeho průběhu byl k dispozici papír, který sloužil k zaznamenávání údajů, jež se jevily pro povahu práce obzvláště důležité.

⁸⁰ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007, str. 182-183.

⁸¹ Tamtéž, str. 64.

Tabulka 3: Základní informace o respondentech

Respondent	Pohlaví	Věk	Povolání	Forma onemocnění
R1	Žena	22	Studentka sociálního zaměření	Anorexie, bulimie
R2	Žena	23	Sociální pracovnice	Anorexie, bulimie
R3	Žena	30	Sociální pracovnice	Anorexie, bulimie
R4	Žena	29	VŠ profesorka	Anorexie
R5	Žena	39	Sociální pracovnice	Anorexie, bulimie
R6	Muž	23	Student uměleckého zaměření	Anorexie, bulimie

7.4 Popis průběhu sběru dat a strategie pro jejich analýzu

Původní záměr byl osm rozhovorů, ale dvě z oslovených odmítly. Při žádosti o spolupráci byli respondenti seznámeni s tématem a hlavní cílem práce. Otázky nebyly respondentům zaslány předem, a to z důvodu docílení bezprostřednosti a upřímnosti odpovědí, namísto přípravy, která by mohla svádět ke stylizaci. Rozhovory s respondenty probíhaly v období mezi říjnem a prosincem 2019 z důvodu místní rozptýlenosti respondentů, žijících v různých částech ČR. Dvě respondentky a jeden respondent bydlí v Praze, jedna respondentka v Olomouci a dvě v Čáslavi, tudíž bylo obtížnější nalézt čas vyhovující oběma stranám. Výběr místa pro provedení rozhovoru byl nechán na samotných respondentech, přičemž dva z rozhovorů probíhaly venku, dva u respondentů doma, dva v kavárně a jeden v čajovně. Před začátkem rozhovoru byli respondenti ještě jednou ujištěni, že jejich výpovědi slouží pouze pro účely bakalářské práce, po jejímž zpracování bylo na žádost slíbeno, že jim hotová práce bude zaslána. Než začal rozhovor, snažila jsem se navodit příjemnou a přátelskou atmosféru klábosením o každodenních záležitostech. Přejít na samotný rozhovor nebylo prakticky vůbec těžké, protože se s respondenty znám delší dobu a máme k sobě otevřený a důvěrný vztah. Během rozhovoru byla věnována pozornost nejen tomu, co respondent říká, ale také tomu, jaké neverbální signály vysílá. V průměru trval jeden rozhovor

okolo 10 minut a u jedné z respondentek, kterou nemoc dlouhodobě provází, 15 minut. Všechny rozhovory byly po schválení respondentů nahrávány a zdálo se, že je záznam nijak zvlášť nerozrušuje. Po přepisu nahrávky byly údaje dále analyzovány a došlo k analýze spojitostí v souvislosti s teoretickou částí práce.

7.5 Analýza výsledků výzkumného šetření a jejich interpretace

Tato podkapitola se zabývá kategorizací a shrnutím jednotlivých odpovědí respondentů. Pro větší přehlednost jsou údaje, sloužící k odpovědím na tazatelské otázky, jakožto podmnožiny dílčích výzkumných otázek, zapsané do tabulky.

Dílčí otázka I.

DVO I. Jaké je sebezpojetí nemocných s PPP?

Účelem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaké mínění o sobě respondenti mají. Zařazení otázky vzniklo na základě snahy o ověření teoretických poznatků z odborných publikací, které udávají závěry, že sebezpojetí nemocných je nízké.

TO 1. Předcházely vzniku PPP nějaké jiné psychické problémy?

R1	Sebepoškozování, pesimistické ladění, nízké sebevědomí, pocity nejistoty a prázdnoty, deprese a úzkostné stavy.
R2	Sebepoškozování, úzkost, deprese.
R3	Úmyslná izolace, deprese, úzkost.
R4	Úzkostné stavy a panické ataky.
R5	Úzkost, deprese, perfekcionismus.
R6	Úzkost, deprese, pocit nedostatečnosti, odcizení se od sebe, později i drogy. Neschopnost vyznat se sám v sobě od útlého věku, pocit, že nikam nepatřím.

U všech respondentů se vyskytly a u většiny z nich stále vyskytují, psychické problémy. Nejde generalizovat, že by psychické problémy byly jediným faktorem při vzniku poruch, ale co lze na základě výzkumného vzorku respondentů a v souladu s teorií potvrdit je, že zvyšují jejich pravděpodobnost. Mezi nejčastěji uváděné psychické problémy byly

zmiňovány dlouhotrvající a stupňující se úzkostné stavy, depresivní ladění (někdy až chronická deprese), nízké sebevědomí a obsedantní ulpívání na lidech nebo zaběhnutém, mnohdy až perfekcionistickém způsobu jednání. Respondentka 1, dále jen R1, např. zmiňuje: „*Trpěla jsem depresemi, úzkostí, neustálým srážením své osoby, přišla jsem si na nic, neměla jsem žádný cíl, bála se mluvit s lidmi a chodit do školy. Byl to takový prázdný život ze dne na den, jen jsem si tenkrát myslela, že je to normální*“. U všech případů se vyskytl pocit nedostatečnosti a nepřijetí své osoby. R5 uvádí, že se často srovnávala bratrem, který se jí vždy jevil úspěšnější. „*Vždy jsem se cítila jako „špatný člověk“. Srovnávala jsem se se svým dvojčetem. Ve srovnání s ním jsem si přišla hloupá, nehezká, k ničemu, což automaticky vedlo k prohlubování mé úzkosti a deprese.*“ V případě R5 a R6 došlo dokonce i k pokusům o sebevraždu.

TO 2. Co si myslíš, že bylo hlavním spouštěčem? Objevil se v tvém okolí člověk, který měl narážky na tvoji postavu/hmotnost?

R1	Neustálé připomínky otce namířené proti respondentčině váze, snaha na sebe upozornit.
R2	Pocit role „outsidera“ a nařknutí matkou.
R3	Pocit nepřijetí, vyloučenosti ze společnosti, outsider. Zkušenost s šikanou. Absence podpory rodiny.
R4	Posměch rodiny, sebepodceňování se a přesvědčení o nedokonalosti, přecitlivělá povaha.
R5	Fascinace hubeností a vystouplostí kostí, vzor ve štíhlém bratrovi, touha po ocenění.
R6	Vnitřní spouštěč – nenávisť sebe samého, PPP „pouze“ jedna z forem sebe-poškozujících návyků.

Jako nejčastější odpověď na otázku, co bylo hlavním impulzem pro vznik poruchy a jak v tom figurovali jiní lidé, uvedli 3/6 respondentů zkušenost s negativními komentáři od rodinných příslušníků. Jedna respondentka (R3) uvedla, že má zkušenosti s šikanou, tudíž lze předpokládat, že se s negativním komentáři taktéž setkala. V kombinaci s nízkou sebedůvěrou, citlivou povahou a osobní nespokojeností byl posměch a urážení hmotnosti pro dvě respondentky poslední milník, který je přesvědčil o změně svého těla. R5 se neseťkala s negativními komentáři rodiny, ale chtěla se váhově vyrovnat svému bratrovi. Pouze jeden respondent (R6) uvedl, že nemá zkušenosti s negativními komentáři okolí a za hlavní spouštěč

považuje eskalující nenávisť k sobě samému. Narážky rodiny brali všichni respondenti „pouze“ za doprovodný jev, za hlavní příčinu vzniku považovali svoji povahu. R4 říká: *„Myslím, že významný podíl na tom měl můj o 4 roky starší bratr, který si ze mě neustále utahoval, měl narážky na moji postavu, spolu s ostatními členy rodiny, která si mnohdy jisté poznámky týkající se mého vzhledu také neodpustila. Hlavní příčina byla ale v mém přesvědčení o nedokonalosti svého těla, osoby a neustálým podceňováním se.“* Obvyklou reakcí na kritiku byl pro respondenty protest, snaha dokázat, že se umí změnit. R2 např. uvádí: *„Máma mě jednou nějak obvinila, že jsem snědla čokoládu, načež se strhlo takový to, že toho jím hodně, zejména dost sladkýho apod. Nicméně si vzpomínám, že jsem si tehdy v duchu řekla „já to dokážu, jak dokážu nejíst.... no, a tak to vlastně asi začalo.“* Stejně tak R1 dostávala kritické připomínky od svého otce, kdy se po několika repetičích rozhodla o změnu: *„Chvilí jsem odolávala, ale když jsem to slyšela každý den, rozhodla jsem se pro radikální změnu, abych mu dokázala, že mám vůli na to se změnit a on mi mohl přestat mluvit do života.“*

Shrnutí DVO I.

Dílčí výzkumnou otázkou I. bylo zjišťováno, jaké měli respondenti v průběhu PPP sebepojetí. Z tazatelských otázek vyplynulo, že se všichni respondenti podceňovali a považovali se za zbytečné lidi. U všech respondentů se vyskytla úzkost a depresivní symptomy. Jejich sebevědomí a sebepojetí bylo velmi nízké a snadno se nechali ovlivnit názory ostatních. Na pět respondentek měla vliv i rodina. U třech respondentek došlo ke kritizování hmotnosti ze strany rodičů, přičemž na to dvě z nich reagovaly protestem a přestaly úplně jíst. Jedna respondentka usilovala o „dokonalou“ postavu a srovnávala se s bratrem, o kterém si vždycky myslela, že je lepší a rodiče ho mají radši. Poslední respondent prohlásil, že za hlavní spouštěč nepovažuje rodinu, ale své psychické problémy a emoční labilitu.

Dílčí otázka II.

DVO II. Jaký vliv mají PPP na vztahy?

Vztahy tvoří důležitou část lidského života. V teoretické části jsou pozitivní vztahy a podpora blízkých považovány za klíčovou cestu k úspěšné léčbě, a naopak narušené vztahy mnohdy jako riziko pro vznik poruch (viz. kapitola Faktory působící na vznik PPP). Z tohoto důvodu se druhá dílčí výzkumná otázka zabývá právě jimi.

TO 3. Jaká byla reakce tvé rodiny (blízkého okolí), když se dozvěděla o onemocnění?

R1	Pocity viny rodičů, strach, omluvy, povzbuzování k jídlu, vyjadřování lásky, povzbuzování kamarádů k pravidelnému stravování, psychická podpora.
R2	Strach.
R3	Strach, hlídání stravování respondentky rodiči.
R4	Spíše narážky na změnu stravy, snížení hmotnosti, každodenní nátlak. Strach o respondentku.
R5	Šok, pláč, výčitky rodičů, nadávky, obviňování sebe i respondentky. Pak snaha pomoci.
R6	Šok, respondent se pokusil o sebevraždu, rodina neměla o PPP ani o jiných psychických problémech tušení.

Dle výpovědí respondentů, žádný z nich dopředu neřekl svému blízkému okolí, že není spokojen se svým vzhledem a hmotností. Všechny extrémní diety, vyhazování svačín, nebo naopak uměle vyvolané zvracení, byly drženy v tajnosti. Teprve až v době, kdy respondent rapidně zhubnul, zasáhlo i okolí. Nejčastějšími reakcemi rodičů byl šok, pláč, pochybnosti o výchově a nedostatečném věnování pozornosti svému dítěti, sebeobviňování. Pouze jedné respondentce bylo po zjištění vytýkáno její jednání, což ovšem brzy přešlo ke snaze ji pomoci a otevřenosti naslouchat jejím pocitům. Reakce přátel, o kterých mluvili pouze dva respondenti, nebyly tak prudké jako u rodičů. Přátelé na to reagovali s překvapením a nabídkou podpory. Respondenti se přátelům svěřili se svými problémy více.

TO 4. Jaké jsi měl/a vztahy s rodinou (blízkým okolím) v průběhu PPP?

R1	Špatné, hádky s rodiči, podrážděnost a izolovanost v pokoji. Neustálé připomínky ohledně jídla. Pocit, že je nic jiného na mně nezajímá. Dlouhodobí přátelé zůstali, ovšem narůstala citová distance.
R2	Zhoršené, setkání s nepochopením.
R3	Nepochopení, opakující se hádky a výčitky od rodičů. Sestru poslali na internát, aby nemusela stav respondentky vidět, což vedlo k odcizení trvajícím i v současnosti.
R4	Vztahy respondentka nepovažovala za narušené, bezproblémová komunikace, problém až v situaci, kdy přišla řeč na jídlo.
R5	Zhoršení až dočasná izolace od rodičů.

R6	Respondent si období před zjištěním poruch rodinou nepamatuje, po zjištění rodiny se mu dostalo podpory a pomoci.
----	---

Po šoku následovala citová otevřenost rodičů spojená s podněcováním k jedení. Respondentům se angažovanost rodičů ale nelíbila a spíše to vedlo k separaci a citové distanci. R1 uvádí: *„Táta hodně litoval, že to tak nemyslel a pořád se vnucovali, že mi koupí cokoli mi chutná, jenže mně nechutnalo. Řešení mé váhy bylo na denním pořádku, často jsem byla podrážděná a s rodiči se nebavila.“* Obdobně to měla i R5, která se od rodičů izolovala a na chvíli se odstěhovala. Asi nejradikálněji reagovali rodiče R3, které po zjištění, že má jejich dcera PPP, přesunuli druhou dceru na internátní školu. Respondentka uvádí, že jí tato zkušenost zásadně změnila vztah k lidem. R4 taktéž uvádí, jak se vyvíjel její vztah s rodinou po zjištění PPP: *„Neustálé narážky na změnu stravy, snížení hmotnosti, to byl každodenní nátlak. Leč v dobré víře a strachu o mě, mi to ještě více vyprovokovalo ke většímu vzdoru a sebezapření se.“* V případě R6, který si chtěl nechat pomoci, došlo k podpoře ze strany rodiny a respondent se nebál před nimi mluvit o svých problémech. Co se týče komunikace o každodenních záležitostech, respondenti 2, 3, 4, 6 tvrdí, že nebylo problém s rodiči vyjít.

Shrnutí DVO II.

Pro všechny rodiče respondentů bylo zjištění, že má jejich dítě PPP, velký šok. Po šoku následovaly mimo jednoho případu, kladné reakce, jako nabídnutí podpory a pomoci. Ne každý z respondentů to ovšem ocenil, většina z nich (mimo R6) netoužila přibrat, ale spíše se vyžívala ve vyhublosti. Díky tomu začaly vznikat mezi rodiči a nemocnými konfrontace, které se točily kolem nuceného jení a hmotnosti. To se nemocným nelíbilo a často reagovali podrážděně, nebo se izolovali. V případě běžných konverzací vycházeli respondenti s rodiči stejně jako před PPP, mimo dvou respondentek, které se na čas přestali bavit s rodiči úplně. Co se týče přátel, nikdo nezmínil, že by někoho kvůli PPP ztratil. Partnerský vztah v té době nikdo neměl.

Dílčí otázka III.

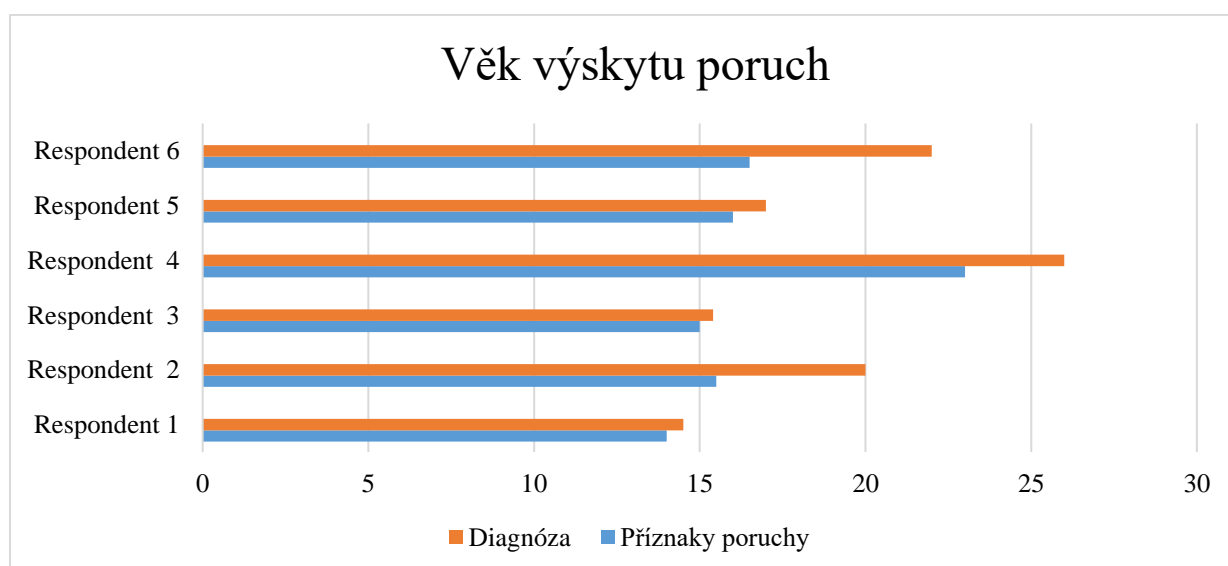
Ve druhé kapitole teoretické části se práce zmiňuje o obecných znacích mentální anorexie a bulimie a ke každé poruše je uveden odstavec zabývající se charakteristikou osob s těmito poruchami. Společné znaky nemocných lze implicitně najít v celé práci, a tak se třetí DVO zabývá vlastnostmi vybraného vzorku respondentů.

DVO III. Jaké společné vlastnosti mají nemocní s PPP?

TO 5. Kolik ti bylo, když se u tebe poprvé objevily příznaky PPP a v kolika letech ti byly diagnostikovány?

R1	Začátek poruch ve 14 ti letech, 1. návštěva lékaře za účelem pravidelného vážení o půl roku později.
R2	Začátek poruch okolo 15-16 let, oficiální diagnostika neproběhla, ovšem v cca 20 ti letech, po první návštěvě psychologa, poznámka, že trpí bulimií.
R3	První příznaky v 15 ti letech, diagnostika o pár měsíců později.
R4	Hranice mezi prvními příznaky onemocnění a opravdové propuknutí nemoci velice široká. Už v dětském věku řešila svoji postavu. První opravdové varování přišlo s osamostatněním se cca ve 23 letech. Ve 26 rapidní příznaky anorexie, odborná diagnostika neproběhla, pouze varování od lékařů (gynekolog, praktik...).
R5	První příznaky anorexie v 16 ti, diagnostikování v 17 ti.
R6	Nadměrné zaujetí svým vlastním tělem mezi 16.-17. rokem první příznaky anorexie, mezi 22.-23. bulimie, diagnóza ve 22.

Graf 1: Věk výskytu poruch



Jak můžeme vidět, mimo jedné respondentky propukly PPP v období dospívání, kdy dochází k prudkým hormonálním a tělesným změnám. Dva z respondentů ovšem prohlásili, že se zabývali svojí postavou již na základní škole, ale nijak drasticky se nepokoušeli o změnu. Mimo jedné respondentky, která má zkušenosti „jen“ s anorexií, měli (a R3 i R5 stále má) ostatní nejprve anorexii, která následně přešla v bulimii. Tři z respondentů byli oficiálně diagnostikováni odborníky, zbytku byla sdělena diagnóza formou poznámky od zaměstnanců zdravotnických zařízení nespécializovaných na poruchu nebo od psychologů. Pouze u R4 propukly PPP (konkrétně anorexie) až v dospělosti, a to poté, co se osamostatnila a bydlela sama. Zajímavé je, že diagnóza R4 proběhla až o 3 roky později, u R2 dokonce o 4. U ostatních respondentů byla diagnóza stanovená během půl roku od propuknutí nemoci, což mohl zapříčinit prudší, tedy i viditelnější vývoj poruchy. R3 se svěřila, že za několik měsíců shodila 20 kg. *„Bylo mi 15 let. Prakticky jsem nejedla. Diagnostikovány mi byly zhruba pár měsíců na to, kdy jsem razantně zhubla a bylo to naprosto evidentní.“*

TO 6. Jak bys sám/sama sebe charakterizoval/a?

R1	Hodně citlivá s výkonovým nastavením, prudké změny nálad, sklony k perfekcionismu, empatická, tvrdohlavá, energetická a vytrvalá.
R2	Psychicky labilní, nadměrně citově, empaticky založená, impulzivně a spontánně jednající. Osoba, vnímající mnohé, pomáhající (dávající) často víc ostatním než sobě samé. Tvrdohlavá, naivní, idealista, duší umělec, přesto cílevědomá, nebojácná.
R3	Selhání, člověk, který nikdy nebude dost dobrý, je zbytečný, nemá hodnotu a nepatří sem.
R4	Silná, otevřená, přecitlivělá a často pesimistická osobnost se sklonem být vztahovačná a kritická jak vůči sobě, tak k okolí. Přehnané nároky a jistá dávka perfekcionismu.
R5	Perfekcionistka. Vše musí být dokonalé. Výkonná a cílevědomá. Netrpělivá, pomáhající druhým, empatická. Pesimisticko-realistické vidění světa.
R6	Inteligence, hravost, cit. Smířenost se svojí vlastní osobou bez touhy být někdo jiný.

Respondenti reagovali na otázku dosti obdobně. Všichni odpověděli, že se považují za citlivé a empatické osoby. Dále se zde často objevovala tvrdohlavost, cílevědomost a sklony k perfekcionismu. Tři respondenti uvedli, že mají tendence k rychlým změnám nálad nebo impulsivnímu jednání.

TO 7. Jakým způsobem probíhala a vypadala léčba tvého onemocnění?

R1	Hospitalizace neproběhla, léčba formou svépomoci a kladného přijetí ostatních. Nové přátelství a postupné přizpůsobení se stravovacím návykům kamarádky.
R2	Bez odborné pomoci, svépomoc, podpora přátel a církve.
R3	K úplnému vyléčení nedošlo. Respondentka byla hospitalizovaná na dětské psychiatrii v Motole, poté docházela do denního stacionáře Karlov. Navštěvovala také psychologa, kde došlo k diagnóze hraniční poruchy osobnosti. Respondentka vyzkoušela i alternativní a nárázovou svépomoc (jóga, meditace...). Bulimie stále přetrvává.
R4	Farmakoterapie k léčbě úzkosti, jinak svépomoc, podpora okolí. Bez hospitalizace.
R5	Probíhá stále ve formě psychoterapie – 1x za 3 týdny (již 15 let). Hospitalizace proběhla po 17. roce, ovšem nabraná kila respondentka po propuštění opět shodila. Porucha ji provází již 23 let.
R6	Hospitalizace v Bohnicích (3 měsíce), poté spolupráce s výživovou poradkyní a dodržování jídelníčku, pravidelné biometrické měření, postupné nabírání hmotnosti, lepší spánek, více energie, spokojenost s novým vzhledem.

Léčba respondentů probíhala různorodě. Někteří záměrně nevyhledávali léčbu a k vyléčení jim stačila podpora okolí, kladné sociální vztahy, popř. užívání antidepresiv k léčbě psychických problémů. Za primární impuls k léčbě uvádějí respondenti uvědomění si závažnosti své situace a touha po šťastném životě. Tři z respondentů uvádí, že se pokoušeli zvládnout situaci sami, a to proto, že odborníkům nedůvěřovali. R2 např. říká: „*Věděla jsem, že je to jen a pouze o sebelásce a s tím jsem se snažila/snažím pracovat neustále. Odbornou pomoc bych neodmítla, ale prostě jsem nenarazila na nikoho, komu bych důvěřovala, kdo by mi seděl, tak jsem to pak vzdala a nechala to tak nějak plynout, snažila se sama, modlila se.*“ Co se hospitalizace týče, u jednoho respondenta proběhla hospitalizace dobrovolně, u dvou respondentek, z důvodu neplnoletosti, nedobrovolně. Každý z respondentů má doposud za sebou minimálně jednu návštěvu psychologa za účelem léčby psychických problémů.

Shrnutí DVO III.

K odpovědím na DVO III. se hodně vztahují i odpovědi na TO 1 a TO 2, kde bylo nalezeno mnoho podobností, které respondenti vykazují. Nejčastěji (u pěti respondentů) porucha začala v období dospívání, u dvou respondentek dochází stále k recidivám a nepovažují se za vyléčené. Mimo jedné respondentky se zbytek setkal jak s mentální anorexií, tak i bulimií. Respondenti nejčastěji odpovídali, že se považují za zranitelné,

náladové, citlivé a empatické. Nejvíce negativně se ohodnotila R3, která za sebou má několik neúspěšných pokusů o léčbu a připadá si jako jedno velké zklamání. Z výpovědí vyplývá, že pouze R2 a R6 jsou smířeni se svojí osobou, i přestože je občas provází pesimistické nálady.

Dílčí otázka IV.

Účelem této otázky je snaha zjistit, jak se měnil životní styl respondentů v průběhu onemocnění, jaké změny na sobě vnímali a jak jim zkušenost s PPP změnila současné vnímání reality.

DVO IV. Co se změnilo v životě nemocných po setkání s PPP?

TO 8. Jak se změnilo tvoje stravovací návyky v průběhu PPP?

R1	Hodně – před rozhodnutím nejíst téměř nic stravování 6x, někdy i víckrát denně a přejídání na noc. V průběhu anorexie denně např. jen 2 kusy ovoce a 1 nízkotučný jogurt. Po nuceném pravidelném vážení 1 týdně u lékaře, bulimické záchvaty den před jeho návštěvou.
R2	Vypuštění tučných jídel, sladkostí, konzumace nízkokalorických potravin. Občasné přejedení kompenzované sportovní aktivitou.
R3	Návyky neexistují. Ve srovnání s minulostí respondentka dokáže sníst daleko víc, ne vždy končí zvracením. Říká, že většinu druhů jídel nezvládne pozřít a nemá k jídlu normální vztah.
R4	Rapidně – od tradičního konzumenta české kuchyně, zvyklého konzumovat tučná jídla, omáčky a maso změna téměř až k veganství. Odstranění sacharidů a tuků z jídelníčku. Jezení zeleniny a pár kousků ovoce.
R5	Mění se v závislosti na životních událostech a míře stresu. Když chtěla děti, začala jíst trochu víc, po porodu opět zhubla. Nyní jí často – 8x-9x denně, ovšem malá sousta (hrst ořechů, plátek sýra, max. jogurt).
R6	Jezení 1x denně (večer) max. 1000 kalorií, v případě převýšení této hodnoty následovalo zvracení, jedení nízkokalorických věcí – ovoce, zelenina.

U všech respondentů se objevila jako první mentální anorexie. Z logiky věci vyplývá, že všichni omezili svůj příjem a nejčastěji se stravovali nízkokalorickými potravinami typu jogurt, zelenina, ovoce. V případě přejedení nebo sněžení více, než si respondent usmyslel, docházelo k pocitům viny a nutnosti kompenzace. Mezi formy kompenzace respondenti uváděli zvýšenou sportovní aktivitu nebo zvracení, u R5 dokonce i užívání diuretik. R6 uvádí: „Jedl jsem okolo 1000 kalorií denně, za které jsem se stejně pranýřoval. Když jsem trochu

přešvihl, nebo hodně, šlo to ven. Snažil jsem se jíst málo kalorický věci, co hodně zaplní. Hlavně ovoce a zeleninu. Hodně jsem cvičil, tím myslím denně minimálně jednou spálit alespoň 500 kalorií.“

TO 9. Zaznamenal/a si biologické/psychické změny v průběhu PPP?

R1	Ztráta menstruace, lámání nehtů, žlutá barva kůže, zimomřivost, zkažené zuby a podrážděný krk, zácpa. Vznětlivost, vztahovačnost, únava, sebeobviňování, hněv a rozbíjení věcí, pocit zklamání při přejedení. Rychlé změny nálad odvíjející se od váhy.
R2	Zvýšená míra úzkostnosti a deprese. Nenávist vlastního těla a strach vyjít mezi lidi. Izolace, pocit uvěznění.
R3	Zvýšení psychické nestability, výkyvy nálady, sklony k závislostem. Ztráta snů, menstruace, sklony propadat se do stavů beznaděje, sebedestruktivní jednání, pocit zbytečnosti.
R4	Absence energie, řídnutí vlasů, krvácení dásní, zhoršení kvality pokožky a úbytek ženských hormonů, který vedl až ke ztrátě menstruace a premenstruálního syndromu. Zhoršující se psychický stav v podobě podrážděnosti, nevrlosti, obtížného soustředění + neefektivita v jakékoli činnosti a stále se prohlubující úzkostné stavy.
R5	Ztráta cyklu, padání vlasů, suchá kůže, vyrážky. Deprese, úzkosti, pokusy o sebevraždu. Únik do závislostí – cigarety, alkohol, později i proti-alkoholové léčení.
R6	Zpomalené těla, žaludeční problémy, zkažené zuby, absence energie, apatie, velká rozladěnost, absence radosti.

I u této TO se potvrdily informace ze čtvrté kapitoly práce zabývající se důsledky PPP. V případě biologických změn došlo, mimo snížení váhy, ke ztrátě menstruace u 4/5 respondentek. Dále respondenti evidovali lámavost nehtů a vypadávání vlasů, kožní problémy, podrážděnost trávicího ústrojí a zkažení zubů. V případě psychických změn uvedly dvě respondentky únik do závislostí (alkohol, cigarety). Často se vyskytovaly pocity zbytečnosti, rozladěnosti, absence energie, beznaděje a sebedestruktivní jednání. V průběhu PPP vykazovali respondenti menší potřebu stýkat se s lidmi a někteří se úplně izolovali, protože v nich setkání s okolím vzbuzovalo úzkost.

TO 10. Jaké dopady mělo toto onemocnění na tvůj současný stav?

R1	Riziko přejedení i v současnosti, hlídání si složení stravy a velikostí porcí. Respondentka se neváží, ale občas zkoumá své břicho v zrcadle. V případě přejedení lehké pocity viny, ale už bez zvracení a s vědomím, že její hodnota není odrazem vůle k jídlu.
R2	Denní zkoumání svého břicha, ale už s vědomím, že vypadá pořád stejně. Přemýšlení nad svým vzhledem, ale nepropadání panice, pokud respondentka najednou 2 kg přibere. Práce

	na sebelásce a vnitřní stránce.
R3	Komplexní psychické oslabení, ztráta vizí, životní náplně.
R4	Hormonální nevyrovnanost, psychické dopady – stálá citlivost a péče o svůj zevnějšek, práce na sebevědomí.
R5	Dopady se stále kumulují. Nemoc se stupňuje ve vlnách, občas strach o svůj život, ale blok začít jíst víc. Nevěří, že se vyléčí úplně, ale věří, že se postupně naučí zbavovat mentálních bariér.
R6	Zkažené zuby, uvědomění, jak je pro respondenta jídlo důležité, objevení nových chutí a oblíbených jídel, jedení dle pocitů, nikoli dle kalorií. Stále přemýšlení nad svým vzhledem, ovšem v pozitivnějším světle. Sebepoznání.

I přestože 4/6 respondentů tvrdí, že prošli léčbou, stále se u všech vyskytuje výrazné zaujetí svým tělem a kontrola svého vzhledu. Zbylé dvě respondentky si léčbou stále prochází a z odpovědí vyplývá, že mají velmi slabou naději v to, že se jejich stav někdylepší. Po zkušenosti s PPP začalo mnoho respondentů pracovat na svém sebevědomí.

Shrnutí DVO IV.

Zkušenost s PPP jistě nebyla pro respondenty jednoduchá. Mimo jednoho respondenta, který uvedl i pozitivní dopad poruchy – sebepoznání, prohlásili ostatní, že to více umocnilo psychické problémy a dalo vzniknout novým. Uvědomují si, že v sobě PPP mají stále hluboce zakořeněné a že budou vždy citlivějšími osobami, pro které je vzhled komplikovaným tématem.

7.6 Souhrn a závěr výzkumného šetření

Jak je vidět, psychologické faktory měly a u dvou respondentek stále mají na vznik a trvání poruch nejvýznamnější roli. U každého respondenta se před vznikem poruchy vyskytovala emoční nestabilita provázená úzkostmi a depresemi. Ve dvou případech dokonce ústily tyto stavy k pokusům o sebevraždu. Jako prostředek k vyrovnání se s nepříjemnými pocity uvedli tři respondenti útek do závislostí – drogy, cigarety, alkohol. Dále došlo u dvou respondentek k sebepoškození formou pořezání si zápěstí. Respondenti uvedli, že měli před vypuknutím a v průběhu PPP nízké sebevědomí. Dvě z respondentek explicitně vyjádřily, že se ve společnosti cítily jako „outsider“, což se potvrdilo i u zbytku respondentů. Všichni respondenti se považují za empatické a citlivé lidi s vyskytujícími se pocity nedostatečnosti. Na otázku, jak by se respondenti charakterizovali, často mj. uváděli, že jsou tvrdohlaví,

perfekcionisté a rychle se jim střídají nálady. Zajímavé je, že čtyři respondentky působí v oblasti sociálních služeb, jedna z respondentek v oblasti pedagogiky a poslední respondent studuje umění. U těchto povolání je předpokladem smysl pro cit a empatii, což se potvrdilo. PPP vznikly u pěti respondentů mezi 14.- 17. rokem, pouze u jedné respondentky v období dospělosti, když se osamostatnila. Lze usuzovat, že právě tento věk je k onemocnění náchylnější kvůli probíhajícím hormonálním a fyziologickým změnám, jež ovlivňují lidskou psychiku. Pěti respondentům byla lékaři nebo jinými specialisty nelékařských oborů sdělena diagnóza poruchy do půl roku od doby, kdy ji u sebe evidovali. Pouze u jedné respondentky došlo k diagnóze až po třech letech. Dvě z respondentek poruchy stále provází, R5 dokonce už 23 let.

Co se týče spouštěče poruchy, uvádějí respondenti multifaktorovou kauzalitu. Tři respondenti tvrdí, že slýchali urážky a připomínky ke svému vzhledu. Jedna respondentka se štíhlým vzhledem snažila vyrovnat svému bratrovi. Všichni dotazovaní tvrdí, že negativní připomínky považují pouze za doprovodný jev. Jako hlavní příčinu považují svoji osobnost a psychické problémy.

V průběhu poruchy došlo u všech respondentů k fyzickým, psychickým i sociálním změnám. Kvůli opakovanému zvracení se jim začaly kazit zuby a měli problém s trávicí soustavou. Odrazem rychle shozených kil byla u 4/5 respondentek ztráta menstruace. Dále respondenti uvedli, že jim vypadávaly vlasy, lámaly se jim nehty a vyskytly se kožní problémy. Po psychické stránce se cítili více nervózní, unavení, rozladění a apatičtí. Uvádí i prohlubující se deprese a úzkost. V sociální oblasti se respondenti zmiňují o potřebách izolace od ostatních a u většiny došlo během poruchy ke zhoršení vztahu s rodiči, kteří se zabývali zdravím respondentů. I přestože se 4/6 respondentů považují za vyléčené, stále jsou všichni dotazovaní citliví na svůj vzhled a stravování si hlídají, aby nedošlo k přejedení.

Závěr

Mentální anorexie a bulimie jsou poruchy, z nichž se jedinec těžko léčí a po několika recidivách a ztráty naděje se možná ani nikdy úplně nevyлéčí. Jak vyplynulo z teoretické části a potvrdilo se ve výzkumném šetření, PPP nikdy nepostihnou člověka, který je ve svém životě upřímně šťastný a spokojený. U každého z nemocných se vždy vyskytovaly psychické problémy, nízké sebevědomí a pocity nedostatečnosti, které se dotyční snažili kompenzovat disciplínou v jídle. Stejně výsledky byly nalezeny i ve výzkumu Sládkové a Vybírala, kteří hovoří o perfekcionistických rysech pacientů, jež popisují pocity méněcennosti a uvádějí extrémně negativní vztah k sobě samotnému.⁸² Dle výzkumu autorů zmiňovalo mnoho z nich, že se nenávidí, což v mém výzkumném souboru bylo formulováno ve smyslu „nemám se rád/a.“ Taktéž se ve výzkumném šetření potvrdily sklony k sebepoškození, a dokonce i dva pokusy o sebevraždu.

Na základě studií a evidovaných případů můžeme říct, že se psychické problémy umocňují nejčastěji v období dospívání, kdy dochází k hormonálním změnám, a proto dochází v těchto letech k nejvyššímu nárůstu poruch. Z genderového hlediska trpí těmito poruchami více ženy než muži, a to desetkrát až dvacetkrát častěji. Odůvodnění lze nalézt opět v oblasti psychiky, která jasně poukazuje na vyšší emocionální labilitu žen.

Z práce vyplývá, že vznik poruch příjmu potravy neovlivňuje pouze jeden faktor (např. porucha metabolismu), ale vzájemně provázané bio-psycho-sociální podmínky, ve kterých jedinec žije a které se podílejí na jeho vývoji a osobnostním rozvoji. Jedním z nejdůležitějších působících činitelů je makrostrukturální stránka společnosti, která udává globální klima a celkové společenské naladění. S tím souvisejí inovace ve společnosti tzv. globální trendy, které na jedince vytvářejí tlak a poznamenávají způsob jeho myšlení. Mimo činitelů celosvětového měřítka je v práci zmíněna důležitost vztahů a kvalitní sociální opory. Z několika příkladů vyplývá, že rodiče jsou pro vychovávaného kulturním vzorem a chování svých rodičů se odráží i na jejich psychice. V případě onemocnění je rodina nemocnému nejvýznamnější podpůrnou skupinou. Pro úspěšný vývoj léčby je potřeba, aby jedinec získal v rodině pocit důvěry a náklonnosti. Mimo to je důležité přiznat si, že má dotyčný problém, který mu znepríjemňuje život a chce ho vyřešit. Jako dalším důležitým bodem k úspěšnému

⁸² SLÁDKOVÁ, I., VYBÍRAL, Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie* [online], 2(4), 13-23 [cit. 2020-03-25]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/sladkova_et al.pdf>. ISSN 1802-8853.23.

postupu léčby je působení terapií prostřednictvím, odborníků, přičemž je opět důležitá spolupráce jak s nemocným, tak i s jeho rodinou.

Mým osobním cílem bylo napsat takovou práci, ve které by se dokázala orientovat i laická veřejnost, jenž o poruchách slyší poprvé. Proto zde mohou i osoby blízké nalézt rady, jak s nemocnými pracovat a pomoci jim se zvládnutím a léčbou tohoto onemocnění. Práci jsem se snažila demonstrovat, že na poruchu nikdy není nemocný sám, a také přispět k osvětě pedagogů a rodičů dospívajících dětí. I přestože to nejspíš dříve nebylo snadné, jsem vděčná svým respondentům, kteří dokázali o tématu otevřeně mluvit. Každý z nich bude asi vždycky citlivější na svůj vzhled, ale fascinuje mě, že se i přesto naučili v mnohém chválit, začali pracovat na sebelásce a s přijetím sebe samých se jim mění svět k lepšímu.

K prevenci vzniku nejenom těchto poruch, ale i jiných psychickým problémům, bych navrhla, kdyby se již od mateřské školy zavedly hodiny „emoční inteligence.“ Tyto hodiny by byly koncipované především prostřednictvím praxe a modulových situací, kde by se žáci učili, jak adekvátně reagovat na zátěžové situace. V hodinách by se řešily např. témata týkající se pomoci a podpory lidí v okolí, reakce na kritiku, asertivní chování, rozvoj sebevědomí, objevování silných a slabých stránek nebo i rozvíjení schopností kritického myšlení.

Dále by se ve školských zařízeních mohla zavést v každém pololetí setkání rodičů s vyškolenými pracovníky či pedagogy. Na těchto schůzkách by se hovořilo o sociálně patologických jevech, včetně informací, jak jim předcházet a zvýšit povědomí o možnostech odborné spolupráce. Po každém setkání by byla rodičům rozdána příručka obsahující shrnutí a doporučení, jak daným jevům předcházet. Jak již víme, období dospívání v sobě nese spousty otázek, změn a zvýšenou citlivost. Pracovníci či pedagogové by rodičům mohli ukázat způsoby, jak přistupovat ke svým dětem v tomto emočně náročném období a posílit tím jejich silné stránky.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

1. BALCH, J. F., BALCH, P. A. *Bible předpisů zdravé výživy: [praktické a komplexní nové informace o vitamínech, minerálech, bylinách a potravinových doplňcích bez chemikálií s léčebnými účinky: úplný a srozumitelný průvodce na vaší cestě k vyléčení]*. Praha: Pragma, c1998. 572 str. ISBN 80-7205-637-9.
2. BOUČEK, J. *Psychoterapie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 47 str. ISBN 80-244-1517-8.
3. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 272 str. ISBN 978-80-247-1369-4.
4. ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3., dopl. vyd. Brno: Anabell, 2012. 71 str. ISBN 978-80-260-4272-3.
5. FAIRBURN, C.G., COOPER, P. J.: Eating disorders. In: HAWTON, K. et al. (Eds.): *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford, Oxford University Press 1989. In: KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 str. ISBN 80-247-0840-X.
6. FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum a praxe*. Praha: Karolinum, 2013. 302 str. ISBN 978-80-246-2247-7.
7. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 str. ISBN 80-85931-79-6.
8. HOFERKOVÁ, S., KRAUS, B. a BĚLÍK, V. *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2017. 147 str. ISBN 978-80-7435-686-5.
9. HSU, L.K.G.: *Eating Disorders*. New York, Guilford Press 1990.
10. JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006. 106 str. ISBN 80-7041-512-6.
11. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 str. ISBN 80-7178598-9.
12. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 str. ISBN 80-247-0840-X.

13. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha: Granit, 1993. 191 str. ISBN 80-85805-12-X.
14. KRCH, F. D. RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. 96 str. ISBN 80-85872-86-2.
15. LADISHOVÁ, C. L. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii, jak jim předcházet, jak je léčit*. Ružomberok: EPOS, 2002. 143 str. ISBN 80-89191-53-3.
16. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 str. ISBN 80-205-0499-0.
17. MACHOVÁ, J. et al. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 str. ISBN 978-80-2472715-8.
18. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 str. ISBN 978-80-86991-09-2.
19. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997. 153 str. ISBN 80-7106-248-0.
20. MELGOSA, J. *Žít naplno*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 1999. 191 str. ISBN 80-7172-300-2.
21. MINDE, K. – MINDE, R. *Infant Psychiatry: an Introductory Text*. 1986. London: Sage.
22. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 str. ISBN 978-80-7204-657-7.
23. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 str. ISBN 85121-32-8.
24. PAPEŽOVÁ, H. ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 432 str. ISBN 978-80-247-2425-6.
25. PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 148 str. ISBN 978-80-87142-18-9.
26. PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017. 100 str. ISBN 978-80-88163-46-6.

Internetové zdroje:

27. CAJTHAMLOVÁ, Kateřina. Diety slavných. Byla císařovna Sisi historicky první anorektičkou? *region.rozhlas.cz* [online]. Český rozhlas, 02. 02. 2017 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://region.rozhlas.cz/diety-slavnych-byla-cisarovna-sisi-historicky-prvni-anorektickou-7243517>.
28. EATING DISORDERS IN LGBTQ+ POPULATIONS. *NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION* [online]. ©2018 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/lgbtq>.
29. EATING DISORDERS IN MEN & BOYS. *NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION* [online]. ©2018 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/research-on-males>.
30. KRCH, F. D. Mentální anorexie a bulimie: Poruchy příjmu potravy jako cena za štíhlost [online]. *Vesmír*, 1998, 1998(9) [cit. 2020-03-01]. ISSN 1214-4029. <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1998/cislo-9/mentalni-anorexie-bulimie.html>.
31. MORRIS, K. Bulimia: The Princess Diana Eating Disorder. *Mirror Mirror: Eating Disorder Help* [online]. 2014 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: <https://www.mirror-mirror.org/princess-diana-eating-disorder.htm>.
32. NAVRÁTILOVÁ, M., HAMROVÁ, M. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *EURO REVIEW* [online]. (1–2/2009) [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf.
33. SLÁDKOVÁ, I., VYBÍRAL, Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie* [online], 2(4), 13-23 [cit. 2020-03-25]. Dostupný z WWW: http://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova_etal.pdf. ISSN 1802-8853.23.

Užitečné zdroje a příručky:

1. Idealni.cz [online]. 2004 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z WWW: <https://www.idealni.cz/>.
2. KRCH, František David. Jak přistupovat k nemocnému. *Healthyandfree* [online]. ©2015 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/jak-pristupovat-k-nemocnemu>.

3. ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Anabell: Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci [online]. *Občanské sdružení Anabell*, 2012 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890_svepomocny-manual.pdf.

Seznam odborných zkratek

BMI: (Body Mass Index) - index tělesné hmotnosti

DVO: Dílčí výzkumná otázka

LGBT: (Lesbian, gay, bisexual, and transgender) - zkratka označující lesby, gaye, bisexuály a transgender osoby

PAS: (Poruchy autistického spektra) – označení pro jedince s lidé s atypickým autismem, dětským autismem a Aspergerovým syndromem

PPP: Poruchy příjmu potravy

R: Respondent

TO: Tazatelská otázka

Seznam tabulek

Tabulka 2: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Tabulka 2: Transformace DVO do tazatelských otázek

Tabulka 3: Základní informace o respondentech

Seznam grafů

Graf 1: Věk výskytu poruch

Seznam příloh

Příloha 1: Ilustrační rozhovor s R1

Příloha 1: Ilustrační rozhovor s respondentkou č. 1

Délka rozhovoru: 10 minut 25 s

Datum: 15. 10. 2019

Tazatelka: „Kolik ti bylo, když se u tebe poprvé objevily příznaky PPP a v kolika letech ti byly diagnostikovány?“

Respondentka: „Mohlo mi být něco kolem 14 let, když jsem se po nepřetržitém tlaku a narážkách na moji hmotnost rozhodla, že se sebou konečně něco udělám. Takřka ze dne na den jsem přestala jíst a stravu omezila na minimum. To mohlo trvat tak rok, přičemž se mi zhruba během 3 měsíců podařilo shodit 20 kilo. Okolí si začalo samozřejmě všimat, jak hubnu. Ze začátku mě chválili, že mi to sluší, takže jsem měla motivaci hubnout ještě víc. To vyeskalovalo v pravidelné vážení 1x týdně u lékaře, kdy jsem se den předtím začala šíleně přejídat, abych dosáhla na hranici BMI, která značí ještě normální hmotnost. Bylo to spíš o podezření, že se ze mě se svým životním stylem stane závislačka na počítání kalorií, ale PPP mi oficiálně nikdy diagnostikovány nebyly.“

Tazatelka: „Co si myslíš, že bylo hlavním spouštěčem? Objevil se v tvém okolí člověk, který měl narážky na tvoji postavu/hmotnost?“

Respondentka: “Hlavní spouštěč si pamatuji zcela přesně. Byl jím můj otec, kterému jsem se v období puberty měnila před očima. Začaly mi růst prsa, ženské tvary a váha šla obecně nahoru. Byla jsem stále při chuti a jídlo mi dělalo radost. Neřekla bych, že jsem byla tlustá, mírná nadváha tam sice byla, ale do té doby jsem se tím nijak nezaobírala. Teprve když jsem začala po večerech uždibovat nebo jíst větší porce a táta seděl v kuchyni, vždy měl nějaký komentář. Nejčastěji typu: „roste ti zadek, udělej ze sebou něco, už tolik nežer nebo budeš tlustá.“ Chvilí jsem odolávala, ale když jsem to slyšela každý den, rozhodla jsem se pro radikální změnu, abych mu dokázala, že mám vůli na to se změnit a on mi mohl přestat mluvit do života.“

Tazatelka: „Jaká byla reakce tvé rodiny (blízkého okolí), když se dozvěděla o onemocnění?“

Respondentka: „Neměla jsem tenkrát moc kamarádů a ti, které jsem měla, mi sice říkali, že bych měla jíst a hubená jsem dost, ale do ničeho mě nenutili. Když si rodiče všimli, že se jim ztrácím před očima a odmítám s nimi jíst, začali se mi omlouvat. Táta hodně litoval, že to tak nemyslel a pořád se vnucovali, že mi koupí cokoli mi chutná. Jenže mě nechutnalo. Řešení mé váhy bylo na denním pořádku, často jsem byla podrážděná a s rodiči se nebavila.“

Tazatelka: „Předcházely vzniku PPP nějaké jiné psychické problémy?“

Respondentka: „Ano. Řekla bych, že jsem celý život spíš pesimista s melancholickou náladou a hodně nízkým sebevědomím. V té době mi diagnostikovány nebyly, ale trpěla jsem depresemi, úzkostí, neustálým srážením své osoby, přišla jsem si na nic, neměla jsem žádný cíl, bála se mluvit s lidmi a chodit do školy. Byl to takový prázdný život ze dne na den, jen jsem si tenkrát myslela, že je to normální. Vzpomínám si, že jsem se jednou řízla na zápěstí. To byl takový začátek mých viditelných sebedestruktivních sklónů.“

Tazatelka: „Jak by sama sebe charakterizovala?“

Respondentka: „Hodně citlivá s výkonovým nastavením, kterým si dokazuji svoji hodnotu. Často mám prudké změny nálad a ulpívám na tom, aby bylo všechno podle mých představ. Taky se považuji za empatickou, tvrdohlavou, energetickou a vytrvalou.“

Tazatelka: „Jak se změnily tvoje stravovací návyky v průběhu PPP?“

Respondentka: „Dost. Před propuknutím jsem jedla třeba i šestkrát a víckrát denně a hodně se přecpávala na noc. Oproti tomu, v průběhu PPP (ze začátku to byla anorexie), jsem byla za den schopná sníst třeba jen 2 kusy ovoce a 1 nízkotučný jogurt a potom makat na rotopedu, aby mi přijaté kalorie „neublížily.“ Z pravidelného vážení se stalo i pravidelné přejídání, kdy jsem den před návštěvou lékaře byla schopna spořádat dávku, co má normální člověk na 2-3 dny. Vzpomínám si, že jsem dokázala v jednom dni sníst vaničku 1,5 kilové zmrzliny, 6 rohlíků, balík chipsů, sladkosti a jiné. Tento cyklus se neustále opakoval.“

Tazatelka: „Jaké jsi měla vztahy s rodinou (blízkým okolím) v průběhu PPP?“

Respondentka: „Špatný, především s rodinou. Pořád do mě hučeli, že mám jíst a mimo mé váhy je nic nezajímalo. Často jsme se hádali, byla jsem podrážděná a nejčastěji to končilo tím, že jsem se izolovala v pokoji. S ostatními to taky nebylo nijak slavné – nejbližší kamarádi mě sice neopustili, ale cítila jsem, jak mezi námi roste distance – neměla jsem chuť ani energii se jim věnovat. Jediné, co jsem řešila bylo jídlo.“

Tazatelka: „Zaznamenala si biologické/psychické změny v průběhu PPP?“

Respondentka: „Hodně – po zhubnutí se mi zastavila menstruace, lámaly se mi nehty, byla jsem žlutá, což si myslím, že souviselo se špatnou funkcí jater. V průběhu bulimie se mi zkazily z neustálého zvracení zuby a měla jsem podrážděný krk. Co se psychiky týče, byla jsem hodně vznětlivá, vztahovačná a unavená. Za každé přejedení jsem se obviňovala z neschopnosti, křičela jsem a rozbíjela věci nebo mlátila do polštáře. Měla jsem radost, když jsem hubla a byla nepřijemná, když jsem přibírala. Nálady se odvíjely podle váhy.“

Tazatelka: „Jakým způsobem probíhala a vypadala léčba tvého onemocnění?“

Respondentka: „Nikdy jsem nebyla hospitalizovaná a v té době nenavštěvovala psychologa ani psychiatra. Léčba proběhla tak nějak samovolně... Dostala jsem od mamky kuchařku, ve které byly kalorické tabulky a recepty, kde bylo přesně popsáno, kolik kalorií dané jídlo má. Vypočítala jsem si, kolik kalorií si „můžu dovolit“, abych nepřibírala a podle toho jsem vařila. Jídlo, co mi někdo připravil jsem odmítala. Až po roce, kdy jsem se seznámila s jednou holkou a spřátelily jsme se, jsem se konečně vzdala kalorických tabulek a přizpůsobila se jejím stravovacím návykům.“

Tazatelka: „Jaké dopady mělo toto onemocnění na tvůj současný stav?“

Respondentka: “Myslím si, že si vždycky budu jídlo hlídat a přemýšlet nad tím, kolik toho sním. Řekla bych, že v současnosti jím vyváženě a plánuji dopředu, co sním. Když sním hodně sladkého nebo nezdravého, jsem na sebe akorát našťvaná, není mi dobře a přijdu si, že jsem úplně ztratila vůli. Sice se nevážím, ale kdykoli jdu kolem zrcadla, stále si prohlížím svoje tělo a hodnotím ho. Nedělá mi problém ochutnat jídlo od kohokoli a kdekoli, ale pořád přemýšlím, jaké množství je pro mě adekvátní a kolik si toho můžu dát, když daný den nesportuji.“