

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy
Magisterská diplomová práce

Obor studia: Andragogika

Autor: Bc. Petra Králová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Helena Grecmanová, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 30.03.2022

Bc. Petra Králová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní prof. PhDr. Heleně Grecmanové, Ph.D. za odborné konzultace, ochotný přístup a užitečné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu sdílet svůj příběh v rámci výzkumného šetření.

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Králová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Andragogika
Obor obhajoby práce:	Andragogika
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Helena Grecmanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá otázkou, jakou roli hraje vzdělávání při léčbě poruch příjmu potravy. Cílem práce je analyzovat současné teoretické poznatky o poruchách, vyjádřit, zda vzdělávání hraje roli v léčbě a pokud se role vzdělávání prokáže, následně vytvořit vzdělávací plán vedoucí k jejich léčbě. Na zodpovězení hlavních výzkumných otázek bylo využito kvalitativní výzkumné šetření.
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, léčba, vzdělávání, výchova, prevence, sebepřijetí
Title of Thesis:	Education as a method of threatment eating disorders
Annotation:	The diploma thesis deals with the question of the role of education in the treatment of eating disorders. The aim of the work is to analyze the current theoretical knowledge about disorders, to find out whether education plays a role in treatment and if the role of education proves itself, then to create an educational plan leading to their treatment. A qualitative research survey was used to answer the main research questions.
Keywords:	Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, treatment, education, upbringing, prevention, self-acceptance
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1: Seznam předem připravených otázek do rozhovoru

Počet literatury a zdrojů:	44
Rozsah práce:	112 s. (196 563 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	10
1.1 Formy poruch příjmu potravy a jejich následné vymezení.....	12
1.1.1 Mentální anorexie.....	12
1.1.2 Záchvatovité přejídání nebo taktéž psychogenní přejídání.....	14
1.1.3 Mentální bulimie	16
1.2 Příčiny a faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy	17
1.2.1 Rodinné determinanty	18
1.2.2 Vývojové determinanty a biologické determinanty.....	20
1.2.3 Osobnostní determinanty.....	21
1.2.4 Sociokulturní determinanty	22
1.3 Důsledky poruch příjmu potravy	23
1.4 Přehled vybraných možností léčby poruch příjmu potravy	25
1.5 Andragogika v souvislosti s poruchami příjmu potravy.....	29
2 Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy	33
2.1 Metodologie výzkumu.....	33
2.2 Prezentace případových studií	37
2.3 Zpracování rozhovorů	58
2.3.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	58
2.3.2 Zakázané potraviny	61
2.3.3 Ideál krásy	63
2.3.4 Vnímání vlastního těla.....	66
2.3.5 Sebeláska (nebo také sebeúcta či sebezřetivost).....	70
2.3.6 Reagování na nepříjemnou životní situaci	72
2.3.7 Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy.....	73
2.3.8 Prevence.....	86
2.4 Diskuse nad výsledky výzkumu	88
3 Návrhová část.....	91
3.1 Představení vzdělávacího plánu	91
3.1.1 Vzdělávání jedinců v rámci sebezřetivosti a sebelásky	92

3.1.2	Vzdělávání v oblastech úzce souvisejících s poruchami příjmu potravy	95
3.1.3	Vzdělávání rodičů	96
3.1.4	Vzdělávání širokého okolí (včetně rodičů).....	98
3.1.5	Vzdělávání lékařů a jiných odborníků pracujících s jedinci s poruchami příjmu potravy.....	100
3.1.6	Prevence.....	101
	Závěr	104
	Seznam použité literatury	105
	Seznam tabulek.....	108
	Seznam užitých zkratk a pojmů	109
	Seznam příloh	110

Úvod

„Svoje tělo nemusíte obdivovat, stačí, když ho vezmete na vědomí takové, jaké je. Nezapomínejte přitom, že je vaše.“ (Krch, 2003, s. 133)

V současné době žijeme ve společnosti, ve které je kladen důraz na úspěch a výkon. Aby člověk získal uznání, musí naplňovat jistá kritéria společnosti a samotný vzhled je jejich součástí. Denně jsou všichni lidé vystavováni společenským ideálům krásy, zvláště pak přes sociální sítě a jiná média. Není divu, že při každodenním konzumování obsahu o „bezchybně“ vypadajících ženách a mužích se někteří jedinci začnou cítit méněcenní a vytvoří si utkvělou představu, že dost dobří a úspěšní budou pouze s dokonalým tělem. Začnou věřit představě, že štěstí a spokojenost v životě získají v momentě perfektního vzhledu. Jenže místo očekávané radosti ze štíhlejší postavy či více viditelných břišních svalů, se dostaví smutek, bezmoc a izolace od okolního světa. Jídlo se stane pro dotyčné jedince středobodem vesmíru, a právě jídlo bude to jediné, co pro ně bude důležité. Jídlo, které je na jednu stranu dělá tak šťastnými, ale na straně druhé je doslova ničím.

Poruchy příjmu potravy, dále PPP, se pro některé jedince mohou stát nástrojem, pomocí něhož lze nepsaných požadavků společnosti na perfektní vzhled docílit. I přes skutečnost, že mentální anorexie v současné době zaujímá prvenství v nejvyšší úmrtnosti mezi lidmi ji trpící, povědomí lidí o těchto poruchách je nízké. Pro současnou dobu je charakteristické, že lidé mají informace k dispozici. Autorka si proto kladla otázku, zda získané informace skrze vzdělávání mohou v léčbě PPP pomoci.

Hlavním cílem diplomové práce je analyzovat současné teoretické poznatky PPP, zjistit a vyjádřit, zda vzdělávání hraje roli v léčbě PPP a pokud se role vzdělávání prokáže, následně vytvořit a představit vzdělávací plán vedoucí k jejich léčbě. Otázka vzdělávání byla hlavní výzkumnou otázkou a s využitím teoretických poznatků a informací získaných ve výzkumné části, se na ni autorka snažila odpovědět.

Diplomová práce je rozdělena na tři hlavní části, a to na teoretickou, výzkumnou a návrhovou část. Teoretická část má za cíl definovat základní termíny v oblasti PPP a stanovit formy a základní informace o jednotlivých PPP, mezi které patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Dále stanovit faktory, které se mohou podílet na vzniku PPP a důsledky těchto poruch. V neposlední řadě představit možné způsoby léčby PPP. Poslední kapitola teoretické části si klade za cíl definovat pojem andragogika a zmínit význam andragogiky i v souvislosti s PPP.

Výzkumná část si klade za cíl vyobrazit životní příběh několika respondentek, u kterých se během života objevily PPP a interpretovat jejich názory na možnosti vzdělávání při léčbě PPP. A současně zjistit, zda vzdělávání při jejich léčbě hrálo roli či by jim v léčbě mohlo pomoci, kdyby dané informace měly k dispozici.

Poslední část je část návrhová, ve které je stanoven vzdělávací plán. Ten autorka sestavila na základě zjištění z výzkumné části a teoretických poznatků. Vzdělávací plán obsahuje oblasti, na které je možné se v rámci léčby a prevence PPP zaměřit při vzdělávání dospělých.

1 Teoretická část

Teoretická část práce obsahuje základní informace o jednotlivých formách PPP, jejich příčin vzniku, důsledcích a možnostech léčby. Pro lepší srozumitelnost je první kapitolou práce obecné definování a seznámení se s PPP.

Přijímání stravy je nepostradatelnou součástí našich životů. Lidské tělo potřebuje dostatek živin, aby bylo schopné optimálně fungovat. I přes to na světě roste počet lidí, kteří mají problém potravu přijímat a u kterých se vyskytují PPP. Konzumace jídla není u všech osob brána za intuitivní a bezproblémovou součást jejich životů. Mnoho jedinců denně svádí boj mezi sebou samými a potřebou denně zkonsumovat určité množství potravin (Middleton & Smith, 2013).

PPP nejsou volbou daného jedince, či volbou jeho životního stylu. Jedná se o velmi závažná onemocnění, která mohou mít za následek až smrt jedince. Ze všech existujících duševních poruch je právě u mentální anorexie, nemoci spadající do PPP, zaznamenána nejvyšší úmrtnost lidí. PPP ovlivňují každodenní chování jedince, jeho myšlenky a emoce (Nimh.nih.gov, 2022).

Jednotlivé definice PPP se v odborné literatuře liší, v práci je uvedeno několik z nich. Jak uvádí Middleton a Smith (2013, s. 9), PPP se vyznačují tím, že „jakýmkoli způsobem narušené stravovací vzorce začnou mít závažný vliv na psychické a fyzické zdraví člověka.“

Krch (2010, s. 25) uvádí, že pro PPP je typické „intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze.“ Lidé trpící PPP se zaobírají svým vzhledem, kontrolují si svou váhu, mají chtíč dále zhubnout nebo alespoň nepřibrat (Krch, 2010).

Maloney a Kranzová (1997) uvádějí, že o PPP u člověka hovoříme tehdy, kdy jídlo využívá jako prostředek k řešení svých emocionálních problémů. Jídlo pro něj slouží

jako způsob úlevy, podobně jako tomu může být u jiných závislostí. Člověk je na jídle závislý a jídlo pro něj představuje primární náplň a součást života.

Papežová (2012) zaujímá podobný názor. V knize upozorňuje, že PPP se neobjevují pouze u jedinců, kteří cítí nespokojenost se svým tělem či vzhledem. Pro mnohé je omezená konzumace potravin a hladovění nebo přejídání způsob, který jim umožňuje vyrovnat se s náročnými životními událostmi či stresem. PPP mohou pro jedince představovat krátkodobou úlevu, podobně jako je to u drog či alkoholu, ovšem jako i u jiných závislostí, i PPP mají nepříjemné důsledky.

I když se definice PPP od sebe vzájemně odlišují, mnoho znaků mají společných. PPP neodmyslitelně souvisejí s konzumací a vnímáním potravin u jedinců. Toto odlišné vnímání má dopad na přemýšlení a chování člověka a na úpravu jeho stravovacích návyků. Změna stravovacích návyků začne mít dopad na fyzické a psychické zdraví. Primárním spouštěčem PPP nemusí být nutně touha po štíhlém těle. Změna stravovacích návyků může jedinci poskytnout pomoc při řešení jeho problémů a složitých životních situací.

Mentální anorexie a mentální bulimie se objevují především u mladých žen. Obě poruchy se vyskytují také u mužů, ovšem u žen je nemoc až 20x častější. U mentální anorexie v současnosti činí míra úmrtnosti 10 %, nemoc je spojena s mnoha fyzickými a psychickými problémy (dále viz kap. 1.3.) (Poněšický, 2014).

Mimo PPP existuje i další problém, a tím je narůstající obezita u populace. V roce 2006 byl v České republice proveden výzkum, který přinesl následující data: 52 % obyvatel nad 18 let mělo váhu nad normou, 34,9 % lidí bylo v pásmu nadváhy, 17 % v pásmu obezity (Kunová, 2009). Až 80 % žen ve výzkumu uvedlo, že nejsou spokojeny se svou postavou. Dietní průmysl tedy i vlivem lidí s nadváhou neustále roste (Papežová, 2012). Ve společnosti se nachází dvě protichůdné strany. Na jedné straně jsou lidé, kteří nepřijímají dostatek potravy a trpí hladem, na straně druhé jsou lidé, kteří konzumují více potravin, než je dobré a zdravé pro jejich tělo.

PPP se v současnosti nezabývá pouze psychologická či psychiatrická diagnostika, ale staly se tématem taktéž sociokulturní analýzy. Ta na PPP nahlíží z pohledu hodnot, vnímání těla a slasti (Kocourková et al., 1997).

1.1 Formy poruch příjmu potravy a jejich následné vymezení

Mezi PPP odborníci nejčastěji řadí mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Mentální anorexie a častěji pak mentální bulimie jsou spojované se záchvatovitým přejídáním. Toto stanovisko se může zdát matoucí, jelikož lidé trpící anorexií a bulimií mají často podváhu. Lidé trpící těmito poruchami na jedné straně mohou zkonzumovat velké množství potravin a ztrácet kontrolu nad tím, kolik toho reálně snědli. Na straně druhé mají tendenci přejídání vynahrazovat následným nejezením, přílišnou kontrolou své váhy a vzhledu (Cooper, 2014).

U PPP nelze stanovit primární období, ve kterém dochází u lidí k rozvíjení těchto poruch. Mentální anorexie bývá nejčastěji pozorována v období puberty. Z mentální anorexie se poté může u jedince rozvinout mentální bulimie či záchvatovité přejídání. Ovšem tato posloupnost není vždy dodržena. V současnosti se u lidí objevuje opačný model, a to takový, že v období puberty dojde k přejídání, který má za následek rozvoj mentální anorexie a záchvatovitého přejídání (Papežová, 2012).

Jak je již z předchozích kapitol patrné, jednotlivé PPP spolu vzájemně souvisejí. Není možné je od sebe vzájemně oddělovat, jelikož často probíhají u jedince současně a vzájemně se kombinují. V práci jsou vymezeny tři nejčastější typy PPP, a to mentální anorexie, záchvatovité (někdy označováno jako psychogenní) přejídání a mentální bulimie. Všechny poruchy mají mezi sebou určité propojení.

1.1.1 Mentální anorexie

„Měla jsem nepřekonatelný strach se najíst. Vyčítala jsem si, že nejím a trápím rodiče, ale když jsem něco snědla, cítila jsem hroznou vinu a nutilo mě to jídlo vyzoracet. Měla jsem i jiné potíže. Často mě přepadávaly záchvaty zimy. Měla jsem suchou a loupavou kůži. Začaly mi padat vlasy, ale vyrostly mi dlouhé tenké chlupy na ruce.“ (Kocourková et al., 1997, s. 12)

Mentální anorexie se vyznačuje jako porucha, při které dochází k cílenému redukování tělesné hmotnosti. Lidé trpící mentální anorexií konzumují potraviny omezeně. Není to z důvodu, že by nepociťovali hlad, ale protože se jídlu chtějí vyhnout (Krch a kol., 2005).

Poněšický (2014) uvádí odlišný názor. Lidé trpící anorexií mají pevnou vůli, která jim nedovoluje, aby zkonsumovali velké množství potravin. To má za následek to, že již nevnímají pocit hladu. Naopak pocit hladovění u nich bývá spojen s příjemnými pocity. Právě tímto postojem a pevnou vůlí se lidé trpící anorexií odlišují od lidí trpících bulimií, kteří podle něj touto silnou vůlí nedisponují.

Cohen (2002) definoval tzv. anorektické postoje, kterými označoval typické přesvědčení lidí trpících touto poruchou. Mezi ně patří:

- Přílišné zabývání se vlastním tělem a jeho představou o něm (spojeno s představou, že tělo daného jedince je příliš silné a tlusté. A to zejména stehna, hýždě, břicho, prsa a tváře);
- přílišné zabývání se a přemýšlení o jídle (souvisí s tím, že jedinec je přesvědčen, že konzumuje nadměru potravin);
- přílišné zaujetí jídlom (souvisí s pozorováním kalorické hodnoty potravin a se složitou volbou, jaké potraviny může jíst, redukce potravin, přesvědčení o tom, že jídlo je špatné, obliba vaření a připravování pokrmů pro druhé lidi);
- jedení o samotě, mlsnost.

Zkreslené představy o sobě u této duševní poruchy jsou nebezpečné. Lidé sami sebe vnímají jako osoby s nadváhou, přitom mají nebezpečnou a výraznou podváhu. V důsledku nekonzumování dostatku potravin je u mnoha osob tato porucha smrtelná. Postižení lidé umírají na komplikace spojené s hladověním. Objevuje se i úmrtnost spojená s psychickými důsledky nemoci, kterou bývá i sebevražda (Nimh.nih.gov, 2022).

Poněšický (2014, s. 121) uvádí, že „ve většině případů se jedná o komplexní reakci na negativní zásah do psychického a psychosexuálního vývoje v období puberty a adolescence, o protest i volání o pomoc, pakliže dosavadní signály nebyly vyslyšeny či zpozorovány.“

Podobný názor zastává i Crisp (1980), který v publikaci zmiňuje, že při mentální anorexii je očividné pojitko mezi tvarem těla, hmotností a sexualitou. Jak je v diplomové práci pojednáno (viz kap. 1.2.2), jedinci trpící mentální anorexií si chtějí držet váhu, která zabraňuje tomu, aby u nich byly projeveny jakékoliv pubertální změny těla a organismu. Kocourková et al. (1997) doplňuje, že většina dívek vnímá svou předpubertální váhu jako svou ideální.

Jedinci trpící mentální anorexií mají záporný vztah ke svému tělu. Na jedné straně se snaží o osamostatnění od rodiny, ale zároveň touží po pochopení a přijetí od mámy, táty, od okolí. Spouštěčem mentální anorexie mohou být i rodinné faktory a události (viz kap. 1.2.1). Lidé s mentální anorexií a mentální bulimií mohou své hubnutí a zvracení vnímat na jedné straně jako pomstu, že se k nim rodiče nechovali tak, jak by si přáli a na straně druhé je to volání o pozornost a o snaze získat jejich bezpodmínečnou lásku. Tento konflikt může být doplněn záchvatovitým přejídáním, které kompenzuje příjemné pocity (Poněšický, 2014).

1.1.2 Záchvatovité přejídání nebo taktéž psychogenní přejídání

„Začíná to tím, že myslím na jídlo, které si zakazuji, když držím dietu. To se brzy změní v silnou touhu jíst. Najíst se je nejprve úlevné a příjemné a já se cítím jako v rauši. Ale potom nemůžu přestat a začnu se cpát. Horečně se cpu tak dlouho, dokud nejsem úplně plná. Po tom všem mám obrovské výčitky svědomí a vztek sama na sebe.“ (Cooper, 2014, s. 14).

Záchvatovité přejídání dle Coopera (2014) vyznačují dva znaky. Množství zkonsumované potravy je měřitelně větší, než bývá zvykem u běžného strávnicka. Během jedení potravy dochází k pocitu ztráty kontroly a moci nad množstvím

snědeného jídla. K přejídání ve většině případů dochází v okamžiku, kdy jsou jedinci sami. Jejich okolí si tedy často není vědomé, že daný jedinec touto poruchou trpí.

Přejedení není v této souvislosti chápáno jako zkonsumování většího množství jídla, než jaké jedinec původně zamýšlel sníst. S takovým přejedením se člověk setkává během každodenního života a obvykle není spjato s velkým množstvím sněžených kalorií, spíše s porušením jedincem stanovené diety či omezení ve stravování (Krch, 2003). Cooper (2014) tyto záchvaty označuje jako tzv. subjektivní záchvaty přejídání. Člověk může mít pocit, že nad sebou ztratil kontrolu a snědl více jídla, ale v souvislosti s porušením jeho stanovené diety, zásad apod.

Do protikladu Cooper (2014) zmiňuje objektivní záchvaty přejídání, během kterých dochází ke konzumaci velkého množství potravin. Během záchvatového přejedení lidé nejčastěji zkonsumují potraviny v hodnotě 1500 až 3500 kalorií. Krch (2003) hodnotu stanovil na 1000 až 3000 kalorií. Někteří lidé ovšem dokážou během jednoho záchvatu sníst až 20 000 kalorií.

Papežová (2012) popisuje, že první sněžená sousta potravy bývají většinou spojována s příjemnými pocity. V průběhu jedení ovšem člověk začne pociťovat úzkost, znechucení a pocit studu. Potraviny jsou konzumovány velmi rychle a často jedinci dělají věci, které by za jiných okolností neudělali (např. jedení vyhozených zbytků potravy, kradení potravin ostatním osobám, jedení základních potravin jako je mouka). Cooper (2014) dodává, že lidé jednají kompulzivně, jejich chování se v záchvatovém přejídání liší od chování v běžných situacích, přestávají se ovládat a jednají velmi nutkavě.

Lidé v současné době nejedí pouze v momentě, kdy pociťují hlad. Jídlo se stalo společenskou záležitostí a taktéž způsob, jakým lze utlumit emoce a nepříjemné pocity. Jídlo také představuje zdroj útěchy. Lidé trpící záchvatovitým přejídáním často mají emoce spojené právě s jídlem. Pokud cítí strach, dají si něco dobrého. Pokud se chtějí odměnit, objednají si své oblíbené jídlo. I společenské události vnímají skrze

jídlo. Například oslava narozenin pro ně znamená velké možnosti výběru jídla a radost z toho, nebo naopak obava z přejedení (Maloney & Kranzová, 1997).

1.1.3 Mentální bulimie

„Začala jsem zvracet poté, co jsem jednoho dne snědla příliš mnoho čokolády. Připadalo mi, že je to skvělý způsob, jak být stále štíhlá, aniž bych musela držet dietu. Mohla jsem toho sníst, kolik jsem chtěla, a pak se toho zase zbavit. Mělo to být o tolik snazší než všechny ty diety.“
(Cooper, 2014, s. 21)

Mentální bulimii charakterizují záchvaty přejídání, při kterých jedinec zkonsumuje velký objem potravin v krátkém čase, a to nejčastěji během dvou hodin (Papežová, 2012). Zásadní rozdíl mezi mentální bulimií a záchvatovým přejídáním spočívá v tom, že při mentální bulimii se jedinec snaží zbavit zkonsumovaných potravin. Záměrně se po konzumaci pročišťuje, a to pomocí projímadel nebo dané jídlo vyzvrací (Maloney & Kranzová, 1997).

Poněšický (2014) uvádí, že přejedení může být vynahrazováno i jiným způsobem než pomocí okamžitého pročištění. Lidé mohou dodržovat přísné diety či radikálně sportovat. V extrémních případech (např. přejedení při pobytu v nemocnici) mohou lidé tancovat celou noc nebo se třást před otevřeným oknem ve snaze vykompenzovat si předešlé jedení. Cooper (2014) výčet doplňuje o užívání diuretik a léků, které snižují chuť k jídlu.

Četnost záchvatů i vnímání jídla se u každého jedince liší. Někteří jedinci trpící bulimií vnímají téměř každé jídlo za přejídání a po jeho konzumaci zvrací. Jiní konzumují určitá jídla standardním způsobem, přejídají se a následně zvrací pouze několikrát za týden či za měsíc. Typické pro jedince bývá zvyk přejídat se v určitou denní hodinu, nejčastěji večer, jelikož bývají hladoví z celého dne (Krch, 2003).

Jak již bylo zmíněno v předešlé kapitole o záchvatovitém přejídání, přejedení je svým způsobem součástí každého běžného života. Při mentální bulimii ovšem dochází k tomu, že jedinci záměrně omezují příjem potravin a hladoví. Poté zkonsumují určité

množství potravin, které posléze vyzvrací. Právě toto kritérium je dle Nimh.nih.gov (2022) odlišující. Lidé, kteří netrpí mentální bulimií, ale poruchou záchvatovité přejedení, své přejedení následně nekompensují půstem, dietou či nadměrným cvičením.

S omezováním příjmu potravin souvisí dodržování diet. Cooper (2014) uvádí, že většina lidí, která bojuje se záchvatovitým jedením současně dodržuje dietu. Dodržování diet je typické pro osoby trpící mentální bulimií, kteří pomocí nich chtějí zhubnout. Mimo držení diety za účelem omezení kalorického příjmu, se jedná i o to, že lidé trpící touto poruchou mají stanovené tzv. zakázané či špatné potraviny, kterým se záměrně vyhýbají. Právě konzumace těchto zakázaných potravin poté často vede k tomu, že ztratí kontrolu a přejede se.

1.2 Příčiny a faktory podílející se na vzniku poruch příjmu potravy

I když se jedná o velmi rozšířená onemocnění, odborníci, zabývající se problematikou PPP, v současnosti s jistotou nedokážou přesně určit, jaké důvody a okolnosti stojí u rozvoje a vzniku PPP. Výzkumy ukázaly, že PPP mohou onemocnět lidé bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, náboženství, sexuální orientaci, socioekonomickou skupinu, stavbu těla či hmotnost. Faktory, které se podílejí na vzniku poruch mohou totiž u každého jedince působit odlišně. To znamená, že pokud mají dvě odlišné osoby stejné onemocnění, i přes to mohou mít odlišné zkušenosti a pohledy na svět. Odborníci se ovšem shodují v tom, že tyto poruchy obvykle vznikají vzájemným působením biologických, psychologických a sociokulturních faktorů (Nationaleatingdisorders, 2022a; Nationaleatingdisorders, 2022b).

Ačkoliv výzkumy ukazují, že PPP jsou zastoupeny více u žen, i muži těmito poruchami trpí a disponují zkreslenou představou o svém těle (Nimh.nih.gov, 2022). Dle serveru Nationaleatingdisorders (2022a) byly provedeny národní průzkumy v USA, které odhalily, že 20 milionů žen a 10 milionů mužů trpí nebo v určité fázi jejich života budou trpět určitou PPP. Vědci taktéž zjistili, že existují variace DNA, které zvyšují riziko rozvoje PPP. To znamená, že do jisté míry jsou PPP ovlivněny

i genetickými předpoklady. Realizované výzkumy dále poukázaly na rozdíly ve vzorcích mozkové aktivity u zdravých žen a u žen trpících PPP (Nimh.nih.gov, 2022).

Papežová (2012) uvádí, že ač jsou PPP zastoupeny v rodině, není nutné brát onemocnění dalšího člena jako nevyhnutelnou součást. Papežová (2012, s. 16) dále doplňuje, že „ke vzniku onemocnění přispívají různou měrou u různých jedinců vliv prostředí a kultury, ve které žijeme, rysy osobnosti, které jsou částečně zprostředkovány geneticky a částečně způsobem výchovy“ a zmiňuje výčet faktorů, které označuje jako rizikové. Právě tyto faktory mohou zapříčinit to, že u jedince dojde ke vzniku PPP. Mimo níže popsané rizikové faktory hrají roli u jedince i tzv. spouštěcí faktory. Ty značí situaci, kdy je na jedince vynaloženo více stresu, než jaký je schopný zvládat (Kocourková et al., 1997).

Následující kapitoly práce se zaměřují na vymezení a popsání základních příčin a faktorů, které mohou mít na jedince určitý vliv při vzniku PPP. Práce je zaměřena na definování rodinných, vývojových, biologických a sociokulturních determinantů.

1.2.1 Rodinné determinanty

Socializace a její význam je provázán následujícími kapitolami práce. Pro její plné pochopení vnímá autorka za důležité tento pojem vysvětlit. Socializaci definoval Nakonečný (1970, s. 135) jako „proces, při kterém dochází k postupné přeměně člověka jako biologického tvora ve společenskou bytost.“ Reichel (2004) doplňuje, že touto společenskou bytostí se člověk stává na základě komunikace s lidmi, převzetím hodnot a norem dané společnosti. Dále v procesu hraje roli i způsob, jakým se jedinci chovají a jednají. Díky těmto parametrům se člověk stává součástí společnosti.

Socializace bývá nejčastěji rozdělována na primární a sekundární. Primární socializace se odehrává v raném dětství čili je zde významná přítomnost rodiny. Jak již bylo v práci zmíněno, právě rodina předává základní společenské normy a hodnoty (Reichel, 2004). Rodiče často hovoří o vzhledu, jídle, váze, a právě z toho důvodu si

mnozí jedinci myslí, že je možné si jejich respekt a ocenění získat skrze tyto hodnoty. Přesněji pak dodržáním diet, zhubnutím a hladověním (Cohen, 2002).

Elliot a Place (2002) zmiňují, že náročné a stresové situace (viz výčet níže) mohou u jedinců ovlivňovat vznik psychického onemocnění. S ohledem na rodinné determinanty mohou mít vliv na vznik PPP následující skutečnosti (Cohen, 2002; Poněšický, 2014):

- Povolání otce, které spadá do vyšší socioekonomické třídy;
- vysoké nároky a přehnaná očekávání od rodičů na jedince;
- rozvod či smrt jednoho z rodičů;
- přetrvávající disharmonický vztah rodičů;
- nedostačující čas rodičů na výchovu jedince;
- tvrdá výchova v emočně chladné rodině;
- sourozenecké soupeření;
- probíhající problémy s jídlem v rodině (např. výskyt anorexie či obezity v rodině, převážně pak u mámy).

Papežová (2012) výčet doplňuje o skutečnost, že v některých rodinách je kladen velký důraz na zevnějšek, a právě podle něj jsou jedinci posuzováni a srovnáváni s ostatními. Dále se může jednat o domácí násilí, problém s alkoholem či drogami v dané rodině.

Ve výzkumu *The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders*, který byl zaměřen na roli kultury a rodiny na vývoj PPP, se ukázalo, že rodina má vliv na vznik PPP. Jako rizikové faktory byly označeny následující skutečnosti. Vztah mezi dítětem a rodičem byl vyobrazen jako nelaskavý a nemilující, byla přítomná silná donucovací rodičovská kontrola a kritické rodinné prostředí (viz determinanty zmíněné výše) (Haworth-Hoepfner, 2000).

Mnoho jedinců trpících PPP, popisují jejich vznik a rozvoj v kontextu rodinných událostí. Matky bývají vyobrazovány jako dominantnější osoby. Otec zaujímá postoj pasivnějšího jedince nebo naopak bývá také vyobrazován jako dominantní osoba.

Dalším typem je otec, který je pro dceru nedosažitelný, a to z důvodu, že se mu nemůže vyrovnat (Krch a kol., 2005).

Jistou spojitost má i skutečnost, že matka je prvním zdrojem potravy pro dítě. Kojení slouží nejen pro potřebu nakrmení, ale je to i určitá spojitost mezi matkou a dítětem, lze v tomto spojení hledat lásku. V dětství často dochází k tomu, že dítě skrze jídlo od mámy, kojení či přípravu jídla od ní, uspokojuje nejen potřebu hladu, ale zároveň také potřebu lásky. Později může lásku hledat právě v podobě jídla (Krch a kol., 2005; Meadow & Weiss, 2014).

1.2.2 Vývojové determinanty a biologické determinanty

Reichel (2004) upozorňuje, že ač se lidé vlivem socializace vzdalují od svého biologického základu, vrozené zákonitosti stále hrají v lidských životech významnou roli, např. pohlaví, věk, rasa.

Významný faktor při vzniku mentální anorexie může být proměna lidského těla, která je typická v období dospívání. Ženy mají často problém přijmout změnu tvaru těla a narůstající hmotnost. Biologická zralost těla je spojovaná se sexuální zralostí, na kterou jedinci často nejsou vývojově připraveni, protože i v návaznosti na rodinnou výchovu jim vlastní sexualita byla popisovaná jako nečistá a špatná věc. Tím, že jedinci omezují příjem potravy, nedochází k nevyhnutelnému procesu dospívání (Crisp, 1980)

Novák (2010) vývojové determinanty řadí do skupiny tzv. individuálních rizikových determinantů. Výzkumy ukazují, že vnímání štíhlého těla jako ideálního se objevuje už u dětí v předškolním věku (Papežová ed., 2010).

Mimo primární skupinu (viz kap. 1.2.1.) na lidi při socializaci v pozdějším období působí vliv kamarádů a vrstevníků, což literatura označuje jako sekundární socializaci. Tuto socializaci je nezbytné zařadit do vývojových determinantů, jelikož názory a postoje kamarádů mohou mít na jedince vliv. Snaha dodržet společností stanovenou normu (např. stanovená idea krásného těla) může u jedince zapříčinit rozvoj PPP (Novák, 2010; Reichel, 2004). Poněšický (2014) uvádí, že jeden z dalších

možných důvodu vzniku PPP může být zesměšňování od ostatních osob ohledně hmotnosti a vzhledu.

Současně odborníci poukazují na to, že PPP mohou vzniknout na základě prožitých traumatizujících zkušeností jako je sexuální zneužití, posměch, nemoc, smrt či ztráta blízké osoby. S ohledem na traumatizující životní události PPP pomáhají při zmírnění negativních pocitů a vytvoření smysluplného pocitu ze sebe sama. Kvůli ztrátě hmotnosti a ztrátě energie automaticky dochází k redukci vnímání negativních pocitů a impulzů (Novák, 2010; Poněšický, 2014).

1.2.3 Osobnostní determinanty

Do oblasti osobnostních determinantů může spadat několik oblastí. Následující výčet je shrnutí nejvíce se opakovaných oblastí napříč publikacemi (Cohen, 2002; Nationaleatingdisorders, 2022b; Novák, 2010; Papežová, 2012)

- Předchozí snaha o redukci hmotnosti, např. podle neúspěšných diet;
- předchozí zkušenost s nadváhou nebo obezitou;
- nízké sebevědomí;
- nízká sebeúcta;
- negativní představa o svém těle;
- sexuální zneužití (může u jedince narušit vnímání vlastního těla, odmítání přijetí ženské role a boj proti ní);
- záměrné sebepoškozování;
- deprese, úzkost;
- vnímání hodnoty sebe sama podle svého vzhledu;
- úzkost a strach navazovat sociální vztahy;
- perfekcionismus (často se jedná o nereálné očekávání jedince na svou vlastní osobu, převážně pak v oblastech vztahů, práce, vysoké školy. Díky vlastní perfektnosti se snaží snížit vlastní sebekritičnost a nízké sebevědomí);
- extrémní soutěživost;
- nutkavé myšlenky, obsedantně kompulzivní porucha (např. jídlo, pořádek);

- nadměrné užívání alkoholu nebo jiných návykových látek.

Osobnost pacientů s mentální anorexií bývá vyobrazována jako tichá, zdrženlivá, pečlivá, ambiciózní, zdvořilá, vlídná. Zároveň ovšem nepoddajná, náročná na sebe, perfekcionistická. Když jedinec něco dělá, chce to dělat nejlépe, jak umí. S tím souvisí vlastní sebekontrola, kontrola druhých lidí a kladení důrazu na názor druhých lidí. V momentě, kdy se něco naruší (např. vlastní chování ve vztahu k jídlu), můžou se objevit depresivní příznaky (Kocourková et al., 1997). Dle *Nationaleatingdisorders* (2022b) dvě třetiny osob trpící anorexií vykazovaly známky úzkostné poruchy již před rozvojem samotné PPP.

1.2.4 Sociokulturní determinanty

Jak již bylo v této práci zmíněno, kultura ovlivňuje život každého člověka, v otázce PPP nevyjímaje. Ve druhé polovině 20. století se začal ve společnosti vyvíjet tlak na nízkou hmotnost. Štíhlí lidé měli vyšší společenské postavení a byli vnímáni jako více prosperující. Snahu lidí o dosažení dokonalého štíhlého těla využily firmy, které jim nabízely a nabízejí stále dietní zboží (Papežová, 2012).

Server *Nationaleatingdisorders* upozorňuje, že ve společnosti je přítomno tzv. váhové stigma. Jedná se o případy, kdy jsou lidé diskriminováni nebo stereotypizováni podle své váhy. Tato stereotypizace může mít za následek jedincovu nespokojenost se svou postavou, nízké sebevědomí, což může vést ke vzniku PPP. Váhové stigma souvisí s vnímáním společensky stanoveného ideálního těla, do nějž spousta lidí nezapadá. Tento nastavený společenský ideál štíhlosti je v sociokulturních determinantech nejčastější důvod, proč se u osob projeví PPP (*Nationaleatingdisorders*, 2022b; *Nationaleatingdisorders*, 2022c).

PPP jsou taktéž více zastoupeny v zemích, kde je kladen větší důraz na individualitu, úspěch, osobní i pracovní výkon. Zastoupení těchto hodnot bývá spojováno s nutností perfektního fungování jedince, což má souvislost i s péčí o jeho vzhled. To, jak člověk vypadá, vypovídá o tom, jak úspěšný je (Kocourková et al., 1997).

Vliv na vznik PPP mají i masmédiá, která často šíří nesprávné a neetické informace. Právě média jsou ve svých příspěvcích nositelé onoho společenského ideálu postavy a ideálu krásy pomocí štíhlých a pohledných modelek. Jak již bylo řečeno, tyto nereálné nároky na ženy mají negativní vliv na jejich psychické i fyzické zdraví. Nejedná se pouze o ovlivňování z hlediska vzhledu, ale i stravovacích návyků. Média nám ukazují, že dietní stravování je správné stravování. Lidé rozdělují potraviny na dobré (např. zelenina) a špatné (např. cukr nebo tuk) (Nationaleatingdisorders, 2022d; Papežová, 2012).

Mezi další rizikové faktory patří šikanování a zesměšňování jedince. Ve spojitosti s PPP jsou pak převážně nebezpečné nevhodné poznámky ohledně těla či váhy. Výzkumy ukázaly u 60 % osob spojitost mezi šikanou a následným vznikem a rozvojem PPP (Nationaleatingdisorders, 2022b).

1.3 Důsledky poruch příjmu potravy

Důsledky PPP jsou dvojího typu, a to fyzické důsledky a psychické důsledky. Zatímco fyzické důsledky PPP se liší podle toho, jakou poruchou jedinec trpí (mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovité přejídání), psychické důsledky všech tří onemocnění si jsou velmi podobné.

Nejčastěji zmiňovanými psychickými důsledky bývá v publikacích uváděna deprese a úzkost. Člověk trpící PPP, převážně pak mentální anorexií a mentální bulimií, vnímá pocit najezení a plnosti jako přejedení. Jakmile cítí přejedení, začnou cítit smutek, úzkost a vztek. Stav spokojenosti je vyvolán tím, že omezují potravu a klesá jejich váha. Což je doprovázeno nutností se více sebe kontrolovat, což při porušení sebe kontroly, vede opět k depresi a vzteku. Vymanit se z tohoto začarovaného kruhu je často velmi obtížné (Krch, 2010). Deprese a úzkost se objevuje i u lidí trpících záchvatovitým přejídáním, kteří cítí výčitky a stud za to, že ztratili kontrolu nad jídlem a přejedli se (Cooper, 2014).

Mezi další psychické důsledky PPP patří (Cooper, 2014; Papežová et al., 2018):

- Hněv;
- trest spojen se sebepoškozováním (např. způsobení řezných rán);
- snížení libida;
- omezení sociálních vztahů a společenského života;
- dlouhodobý stres.

Každá nemoc ze skupiny PPP je spjata s několika fyzickými příznaky. Vzhledem k tomu, že se tělesné důsledky nemocí odlišují, v následující kapitole jsou rozčleněny podle daných poruch.

Fyzické příznaky mentální anorexie jsou totožné jako když tělo hladoví (např. z důvodu, že lidé nemají co jíst). Tělo neumí rozpoznat rozdíly mezi nedobrovolným hladověním a anorexií (Maloney & Kranzová, 1997).

Mezi nejčastěji uváděné příznaky se řadí (Nimh.nih.gov, 2022; Maloney & Kranzová, 1997; Papežová et al., 2018):

- Neschopnost koncentrace;
- poruchy spánku;
- závratě (z nedostatku potravy a hladovění);
- ochlupení (to má za úkol ochránit jedince před zimou, na kterou je z důvodu nedostatku podkožního tuku velmi citlivý);
- dehydratace (s tím spojené užívání diuretik, což je velmi nebezpečné pro funkci ledvin);
- řídnutí kostí (osteoporóza);
- lámání vlasů, nehtů;
- poškození mozku (v období růstu jedince je v růstu i mozek, což může mít silné negativní důsledky);
- ztráta menstruace (menstruování je pro tělo náročný energetický proces);
- neplodnost;

- váhový úbytek.

Zdravotní důsledky záchvatovitého přejídání Maloney & Kranzová (1997) uvádí následující:

- Nadváha, obezita;
- zvýšená pravděpodobnost vzniku cukrovky (vzhledem k vyšší konzumaci potravin a sladkostí je v těle zvýšená funkce slinivky břišní, což může vést k jejímu postupnému unavení);
- problémy s krevním tlakem, se srdcem.

Do skupiny fyzických důsledků mentální bulimie se řadí následující skutečnosti (Nimh.nih.gov, 2022; Maloney & Kranzová, 1997):

- Bolest v krku, zředovatěný jícen, kazivost zubů (v důsledku častého zvracení a s tím spojeného vylučování žaludeční kyseliny);
- oteklé slinné žlázy či jejich záněty;
- porucha kyselého refluxu;
- dehydratace (s tím spojené užívání diuretik, což je velmi nebezpečné pro funkci ledvin);
- nerovnováha elektrolytu (nízké nebo naopak vysoké hladiny sodíku, vápníku, draslíku v organismu. Tato nerovnováha může způsobit svalové křeče, mozkovou mrtvici, srdeční infarkt).

Závažnost fyzických i psychických důsledků PPP je velká, a proto je potřeba co nejdříve zahájit léčbu.

1.4 Přehled vybraných možností léčby poruch příjmu potravy

Výzkumy ukázaly, že problém u pacientů s PPP tkví v jejich psychice. Léčebné metody se od sebe odlišují, ale podstata je taková, že se zaměřují převážně na nutnost opětovné konzumace vhodných potravin (Papežová, 2012). Krch a kol. (2005) doplňují, že při léčbě PPP je třeba zahrnout biologické, psychické ale i sociální potřeby. Mimo nutnosti

zvýšit váhu, je potřebné zaměřit se i na sociální vztahy jedince a na jeho potřeby. Zdůrazňuje potřebu multidisciplinárního přístupu.

Papežová ed. (2010, s. 384) v publikaci uvádí informaci, která byla zjištěna z výzkumů na téma léčby PPP a která zní následovně, „nejlepší výsledky mají komplexní a diferencované programy zahrnující nutriční poradenství, programy zaměřené na modifikaci chování, individuální, skupinovou a rodinnou terapii.“

Dle Claude-Pierre (2001) je největší nepřítel, který stojí na cestě k uzdravení právě mysl. Podoba myslí, v publikaci ji nazývá jako negativní mysl, nutí jedince k hladovění, odcizuje ho od rodiny, přátel, od sebe, upírá mu radost ze života, snahu o požádání pomoci. K uzdravení je potřeba utlumit tyto negativní myšlenky a znovu oživit pacientovu mysl a osobnost před vznikem poruchy. Kocourková et al. (1997) upozorňuje, že čím je delší časový úsek mezi počátkem onemocnění a psychoterapeutickou pomocí, tím může být průběh poruchy závažnější.

Tato kapitola obsahuje výčet nejčastěji využívaných léčebných metod, mezi které patří hospitalizace, rodinná a skupinová terapie, psychoanalytický přístup, kognitivně-behaviorální přístup, farmakoterapie, psychoedukace, terapie orientované na tělo a nutriční terapie.

Hospitalizace

Jedna z možností léčby PPP, převážně pak mentální anorexie, je hospitalizace jedince na psychiatrickém či pediatrickém oddělení. Hlavními kritérii pro zvolení této metody bývá velký váhový úbytek, odmítání přijímání potravy a tekutin, psychické problémy (např. deprese), ale i tělesné problémy (např. nízký krevní tlak, pomalý tep). V rámci pobytu probíhá psychoterapeutická léčba (rodinná, skupinová, individuální terapie, psychoterapie a mohou i další) (Kocourková et al., 1997; Krch a kol., 2005).

Aby pacient mohl být z hospitalizace propuštěn, musí splňovat minimální hranici váhy stanovenou v poměru k jejich výšce. Claude-Pierre (2001) ovšem upozorňuje na skutečnost, že pro člověka to může znamenat pouze propustku na svobodu. Jedinec

přibere, propustí ho z hospitalizace a on může poté opět zhubnout a hladovět. Léčení tímto klasickým způsobem tedy není z tohoto pohledu nejefektivnější metoda.

Skupinové a rodinné terapie

Nejčastěji využívané psychoterapeutické přístupy k léčbě mentální anorexie jsou psychoanalytický přístup a kognitivně behaviorální terapie. Dále pak rodinná a skupinová terapie (Kocourková et al., 1997).

Skupinová terapie podle Kocourkové et al. (1997) pomáhá řešit a analyzovat problémy spojenými s lidmi v obdobném věkovém rozmezí. Současně je kladen důraz na rodinnou terapii, která podle ní zajistí klidnou rodinnou atmosféru, která hraje, zvláště u adolescentních jedinců, podstatnou roli. Krch a kol. (2005) doplňuje, že mimo rodinnou terapii bývá účinné i poradenství pro rodiče, které jim radí v základních otázkách, jako například jak se chovat a jednat v otázkách jídla u dítěte. Pokud se rodinná terapie ukázala jako neúčinná je dobré vyzkoušet terapii individuální.

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále KBT) se volí v případě, kdy vzhledem k věku jedince není vhodné využívat terapii rodinnou. Pomocí KBT se léčí mentální bulimie a mentální anorexie se středně až velmi vážnými symptomy. U KBT je klíčové, aby vznikl upevněný a spolupracující vztah mezi jedincem a terapeutem, který může vést k jejich vzájemné kooperaci. Hlavním cílem terapie je zajištění váhového růstu, který je možný pouze s aktivním přístupem pacienta, čímž dojde ke změně myšlení. V rámci KBT terapie je důležité věnovat se i oblastem prožívání, vědomí, vztahům, z tohoto důvodu se doporučuje kombinovat KBT s dalším terapeutickým směrem (Kocourková et al., 1997; Krch a kol., 2005; Papežová ed., 2010)

Psychoanalytický přístup

Psychoanalytický přístup využívaný k léčbě PPP vychází z psychoanalýzy, kterou definoval Sigmund Freud. Tento přístup souvisí s raným dětstvím jedince a s jeho

vztahy s blízkými osobami, převážně pak s matkou. Přístup vychází z předpokladu, že blízké osoby mají vliv na jedincovu osobnost a nevyřešené vztahy mezi nimi jsou důvodem vzniku mentální anorexie a mentální bulimie. Psychoanalytický přístup zkoumá jedincovu osobnost, snaží se jí porozumět a taktéž změnit. Z tohoto důvodu je terapie časově náročná. Mezi její přednosti patří široká oblast působení. Pomocí tohoto přístupu je možné vyřešit problémy týkající se potravy, sebepřijetí či sexuální oblasti (Healthyandfree, 2022; Papežová ed., 2010).

Farmakoterapie

Farmakoterapie je podpůrná metoda léčby PPP. Mezi nejčastěji využívané psychotropní látky k léčbě PPP se řadí antidepressiva, antipsychotika či léky, které mají za cíl zvýšit chuť k jídlu. Ač se z výzkumů prokázalo, že antidepressiva mají kladný vliv na léčbu u pacientů s mentální anorexií, mentální bulimií i se záchvatovitým přejídáním, je nutné léčbu doplnit o psychotherapeutický program (Papežová ed., 2010).

Psychoedukace

Psychoedukace je léčebná metoda, ve které je jedinec seznámen s povahou onemocnění. Díky získaným informacím vzniká předpoklad, že u člověka dojde ke zlepšení zdravotního stavu. Jedná se o svépomocnou a edukativní intervenci, která bývá využívána převážně u pacientů s mírnými symptomy. Pozitivum této metody tkví dále v tom, že díky vysvětlení si jedinci mohou uvědomit, že onemocněním trpí a budou mít zájem se léčit (Krch a kol., 2005; Papežová, 2012).

Nutriční terapie

Nutriční poradenství má řadu společných rysů s psychoedukací popsanou výše. Jedná se o způsob léčby, ve kterém jsou jedinci zprostředkovány informace o výživě a je sestavený jídelní plán. Díky této terapii se jedinec učí navyšovat počet jídel během dne a zkonsumovat větší objem potravy. Problémem může být kompetentnost výživových

poradců, protože nevhodně sestavený jídelní plán může naopak prohloubit u jedince problém s jídlem (Papežová, 2012; Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Terapie zaměřená na tělo

Jeden z typických znaků osob trpící PPP je zkreslené vnímání svého těla. Nemocný jedinec nevnímá své tělo objektivně. Vidí ho jako větší a objemnější, než jaké je ve skutečnosti a cítí k němu silný negativní pocit. Terapie orientovaná na tělo má za cíl dokázat znovu vnímat tělo realisticky a začít ho přijímat a mít rád. Léčebná metoda je prováděná v návaznosti na sportovní aktivity, tanec, tělesné objevování či relaxační a dechové cvičení. Důležité je objasnění jedinci, proč tato terapie může mít pozitivní dopad (Healthyandfree, 2022).

1.5 Andragogika v souvislosti s poruchami příjmu potravy

Následující kapitola má za cíl definovat pojmy spojené s vědním oborem andragogika. Autorka práce vnímá za důležité tyto pojmy objasnit, protože mohou sloužit k lepšímu pochopení, jak spolu vzdělávání dospělých a PPP souvisí, na což odpovídá výzkumná a návrhová část.

Beneš (2014, s. 11) andragogiku vymezil následovně „andragogika je vědní obor v systému věd o výchově a vyučování, zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých.“ V rámci diplomové práce je andragogika chápána jako specifická součást věd o výchově, vzdělávání a učení se. V tomto pojetí jsou pojmy andragogika a vzdělávání dospělých vnímány jako slova významově stejná (Beneš, 2003).

Vzdělávání musí být uspořádané, zamýšlené a cílevědomé učení se. Jedná se tedy o proces, kdy se jedinec záměrně a aktivně učí z důvodu proměny názorů, hodnot, naučení nových schopností, či znalostí (Beneš, 2003). Cílem vzdělávání v rámci léčby PPP je na jedné straně osvojení si potřebných znalostí, na druhé straně je důležité tyto znalosti využít a aplikovat je ve svém životě. Díky tomu může dojít ke změně hodnot, názorů a postojů k určitým oblastem. Plamínek (2014) v publikaci uvedl, že lidé díky

osvojení nových informací mohou předvídat potenciální problémy a zabránit jim nebo naopak využívat příležitosti k vlastnímu užitku, což se jeví v lidském životě jako vysoce efektivní schopnost. Vzdělávání v této souvislosti může sloužit jako nástroj v rámci prevence PPP.

Plamínek (2014) vzdělávání dělí na školní a mimoškolní vzdělávání. Školní vzdělávání probíhá v závislosti na věku jedince a řadí se do něj mateřské školy, základní školy, střední školy a vysoké školy. Mimoškolní vzdělávání poté obsahuje šest základních okruhů, kam patří trénink, školení, koučování, konzultace, učení z výkonu učitele či učení z vlastního výkonu. V praxi je běžné, že se okruhy v rámci jednoho vzdělávacího programu vzájemně prolínají a doplňují. Mimo výše zmíněných oblastí je možné vzdělávat se pomocí e-learningu, výukových filmů, odborné literatury či čerpat informace na internetu (Plamínek, 2014). Všechny tyto oblasti lze využít i ve spojitosti s problematikou PPP a několik z nich bude hrát při léčbě těchto poruch klíčovou roli.

S tématem vzdělávání souvisí i další pojmy, a to výchova, vzdělání a učení. Beneš (2014, s. 16) uvedl, že výchova je „intencionální (záměrné, cílevědomé a plánovité) ovlivňování vychovaného.“ Jejím cílem je změna chování a jednání vzhledem k nějakému záměru. Zatímco vzdělávání představovalo proces, vzdělání je poté výsledkem procesu vzdělávání, sebevzdělávání a seberozvoje (Beneš, 2014). Učením se pak v andragogickém pojetí rozumí „schopnost člověka produktivně vytvářet nebo měnit představy, zvyky, chování, schopnosti a dovednosti.“ (Beneš, 2014, s. 18). Andragogika se snaží, aby se životní situace a problémy daly vyřešit právě zmiňovaným učením. Z následujícího textu vyplývá, že pokud by nemocný člověk dokázal implementovat znalosti a přijímal vhodné informace, mohlo by to pomoci ve změně myšlení a v procesu léčby.

Formální, neformální a informální vzdělávání

Vzdělávat se můžeme různými způsoby a jedno z dělení andragogiky bývá rozdělení na formální, neformální a informální vzdělávání. Vzdělávat se v oblasti zdraví a získávat informace o PPP je možné ve všech zmíněných oblastech.

Formální vzdělávání bývá nejčastěji realizováno ve školním prostředí. V České republice se nejčastěji jedná o studium středních škol zakončených výučním listem či studiem vysoké školy. Vzdělávání je dokončeno získáním určité úrovně státem uznávaného vzdělání (Průcha, 2014; Veteška, 2016). V oblasti PPP to mohou být předměty či studijní programy orientované na výživu, biologii či chemii nebo psychologii.

Neformální vzdělávání na rozdíl od formálního neprobíhá ve školách, ale ve vzdělávacích odděleních firem nebo v soukromých vzdělávacích institucích. Může se jednat i o zájmové vzdělávání. Vzdělávání je řízené, ale dobrovolné. Bývá dokončeno licencií, osvědčením apod. (Průcha, 2014). Do této oblasti mohou spadat besedy či workshopy o zdraví fyzickém i duševním, tématu výživy apod.

Poslední skupinou je informální vzdělávání. Charakteristická je skutečnost, že se lidé učí z každodenních zkušeností, např. v práci, ve volném čase. Do této skupiny spadá taktéž sebevzdělávání. Jedná se o nezamýšlené vzdělávání se během celého života, není řízené, je samovolné (Průcha, 2014). Příkladem může být čtení příspěvků na sociální síti jedinců, kteří PPP prodělali a přibližují ostatním svůj osobní příběh.

Vzdělávání v souvislosti s oblastí poruch příjmu potravy

Jeden ze současných problémů vzdělávání dospělých je nadměra informací a s tím související změna myšlení. S fungováním masmédií (televize, internetu) jsou lidé přehlceni informacemi. Vzhledem k jejich množství není možné je všechny přijímat a souvisejí i se změnou myšlení (Plamínek, 2014). Internet na jedné straně může být velmi užitečný nástroj, díky kterému je možné zjistit mnoho informací, na straně druhé může být nebezpečný a zapříčinit například i to, že člověk začne trpět PPP.

Mezi využívanými nástroji k léčbě PPP je seberealizace jedince. V současné době seberealizace nabývá rozmachu. Beneš (2003) v publikaci uvádí, že se jedná o snahu člověka zjistit kým je. Cílem seberealizace je jeho poznání a dochází k němu převážně přes experimentování. Lidé mají zájem učit se a sebepoznávat se, s čím souvisí fakt, že je větší poptávka, a tím pádem větší nabídka vzdělávacích programů (Beneš, 2014).

Lidé tedy mohou ke vzdělávání využít nabízené vzdělávací programy nebo se také vzdělávat sami v rámci samostudia a e-learningu. Pojem e-learning v doslovném překladu znamená elektronické vzdělávání nebo také učení. Jedná se tedy o způsob, ve kterém lidé ke vzdělávání využívají moderní, informační a komunikační technologie. Díky tomuto přístupu je možné rozšířit vzdělávání vícero lidem (Dvořáková, 2013). Na internetu je dostupná řada programů a vzdělávacích platforem, které si kladou za cíl pomoci jedinci v léčbě PPP.

Vzdělávání je nepochybně spjato s každodenním životem jedince a z informací uvedených výše vyplývá, že vzdělávání a PPP mají jistou spojitost. Na potvrzení této skutečnosti a na zodpovězení výzkumné otázky, zda vzdělávání hraje roli při léčbě PPP, je věnovaná následující výzkumná kapitola a posléze návrhová část.

2. Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy

2.1 Metodologie výzkumu

Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření je zachytit životní příběh několika respondentek, u kterých se PPP projeví, a zjistit a vyjádřit, zda vzdělávání při léčbě PPP hrálo roli nebo zda by vzdělávání mohlo pomoci, kdyby tehdy respondentky informace měly k dispozici.

Vedlejší výzkumná otázka zní, zda je pomocí vzdělávání možné předejít vzniku a rozvoji PPP. Pokud výzkumné šetření a odborná literatura prokáže, že vzdělávání při léčbě PPP význam má, vedlejší cíl práce je stanovit a definovat vzdělávací plán.

Hlavním cílem rozhovorů je zjistit, zdali je možné vzdělávání využít k léčbě PPP. Pro zodpovězení této otázky je důležité nejdříve u daných respondentů identifikovat a popsat vznik PPP. Díky tomu je možné sledovat příčiny vzniku onemocnění a zachytit jedincovy problémy a pocity, které během onemocnění prožíval. Tyto pocity je možné dále zkoumat a díky tomu odpovědět na otázku, zda je možné těmto pocitům a situacím předejít pomocí prevence, nebo je díky vzdělávacím aktivitám odstranit, či zmírnit.

Hlavní výzkumná otázka

Hraje vzdělávání roli při léčbě PPP?

Vedlejší výzkumné otázky

Je možné díky včasné prevenci pomocí vzdělávání zabránit vzniku PPP?

Představuje větší míra sebezpřijetí a sebelásky jedince vůči sobě samému významný faktor při léčbě PPP?

Hrají sociální sítě v rámci prevence a léčby PPP významnou roli?

Jaký vliv má rodina na výskyt PPP u jedinců?

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen 9 ženami různého věku z odlišných měst v České republice. Pro výběr respondentů byl využit záměrný výběr. Výběr se provádí podle předem určených důležitých znaků, jako je například osobní zkušenost s danou oblastí (Gavora, 2010). Respondenti byly osloveny třemi způsoby, celkem bylo osloveno 55 osob, z toho 24 přes emailovou adresu, 24 přes zprávu na sociální síti Instagram a 4 ženy osobním kontaktem. Konečný počet byl tvořen ze 4 žen oslovených přes Instagram, 2 žen přes emailovou adresu a 3 žen z osobního kontaktu. Respondenti byli osloveni přes sociální síť Instagram, a to vyhledáváním hashtagů spojených s PPP. Ačkoliv je výzkumný vzorek tvořen výslovně ženami, neznamená to, že PPP netrpí muži, ale autorka nenašla žádného muže, který by byl ochotný být součástí tohoto výzkumu.

Pro výzkum bylo důležité, aby osoba v době léčby z PPP byla plnoletá čili splnila minimální stanovenou věkovou hranici 18 let. Cílem práce je odpovědět na otázku, zda vzdělávání hraje roli v léčbě PPP, a proto je důležitou podmínkou, aby se respondentky nacházely v procesu léčby nebo aby byly uzdravené. Rozhovory byly provedeny s 10 různými ženami, avšak jedna respondentka nemohla být do výzkumu zařazena, protože jsem v průběhu rozhovoru zjistila, že ač je si své nemoci vědoma, nechce se z poruch léčit.

Všechny účastnice výzkumu jsou plnoleté a výzkumu se zúčastnily dobrovolně. Všechny prodělaly alespoň jednu z PPP (mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovité přejídání), dobrovolně a vědomě se lečí nebo léčily a v době léčby jim bylo minimálně 18 let.

Použité metody a techniky

Pro zjištění odpovědí na výzkumné otázky byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro tento výzkum je typické, že výzkumník naváže bližší spojení se sledovanými lidmi z důvodu lepšího porozumění danému fenoménu. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je pochopit člověka, jeho stanoviska a zjistit, proč lidé v určitých situacích

jednají specifickým způsobem. Výzkumník figuruje jako člověk, který interpretuje získaná data a jeho úkolem je nevynechat žádné významné poznatky, které by mohly pomoci k objasnění daného jevu (Gavora, 2010; Hendl, 2005).

Jako technika kvalitativního výzkumu byla zvolena případová studie, která se využívá při studiu jednoho či malého počtu případů. Tímto detailním prozkoumáním se výzkumník snaží o porozumění vzájemných vztahů a příčin v kontextu celého života jedince (Mareš, 2015). Hendl (2005, s. 104) doplňuje, že „předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.“ Případová studie se rozděluje na několik skupin podle funkce, kterou má splnit. V této práci byl využit typ deskriptivní případové studie, která má za cíl souhrnně popsat fenomén v kontextu reálného života, ve kterém se jedinec běžně nachází (Mareš, 2015).

Sběr a zpracování dat

Sběr dat probíhal metodou kvalitativního rozhovoru. Pro rozhovor je charakteristické, že se nezaměřuje pouze na fakta, ale zobrazuje i postoje jedinců a dává lidem více prostoru se k problematice vyjádřit (Gavora, 2010). Gavora (2010, s. 201) dále doplňuje, že „cílem interview je zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe, jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě.“ Výzkumník je s respondenty v přímém kontaktu, v průběhu rozhovoru se může doptávat na další otázky, jeví o respondenta zájem. Během rozhovoru je důležité zajistit příjemnou atmosféru a dodržovat etické zásady, jako anonymitu, souhlas s nahráváním zvuku apod. Před samotným kladením otázek je důležité, aby se výzkumník představil, vysvětlil cíl a podstatu výzkumu (Gavora, 2010; Průcha, 2014).

V práci byla využita varianta tzv. polostrukturovaného rozhovoru, při kterém má výzkumník připravené otázky, ale jejich strukturu může přizpůsobovat a měnit v závislosti na probíhající rozhovor. Seznam připravených otázek pomáhá výzkumníkovi zeptat se na otázky směřující ke zkoumanému cíli a usnadňují následující srovnávání dat (Gavora, 2010; Hendl, 2005).

Ve většině případů jsou rozhovory nahrávány skrze záznamník zvuku a následně převedeny do písemné podoby. Díky nahrávání je možné zachovat doslovné výpovědi respondentů (Hendl, 2005; Průcha, 2014). V této práci jsou z důvodu autenticity v doslovném citování respondentů ponechány hovorová a nespisovná slova. Získaná data je třeba analyzovat, aby mohly vysvětlit jisté zákonitosti. V práci byla využita metoda otevřeného kódování v kombinaci se selektivním kódováním. Otevřené kódování se používá při prvotním procházení daty, kdy výzkumník při přepise rozhovorů identifikuje témata, která souvisí s výzkumnými otázkami, s odbornou literaturou apod. Selektivní kódování poté slouží pro sjednocení zjištěných poznatků, porozumění vztahů mezi různými kategoriemi a objevení hlavních témat (Hendl, 2005).

Orientační časový harmonogram

Téma výzkumu bylo zvoleno v prosinci roku 2020. Na podzim roku 2021 byly osloveny první 3 respondentky, jedna z nich poté účast na výzkumu odmítla. Začátkem ledna byli osloveni zbylí respondenti. Rozhovory byly uskutečněny v období od 17.1. 2022 do 1.2. 2022 a v únoru došlo ke zpracování a analýze získaných dat.

Etika výzkumu

Důležité kritérium při zpracování výzkumu bylo zachování etiky výzkumu a anonymity respondentek. Uvedená jména jsou smyšlená a výzkum neobsahuje žádné další důvěrné informace. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, ženy byly s touto informací předem seznámeny a všechny poskytly souhlas.

Z důvodu přetrvávající pandemie COVID-19 rozhovory probíhaly online přes platformu Meet. Tato platforma umožňuje přenos zvuku a obrazu. Všem respondentkám autorka v úvodu dala možnost si zvolit, zda chtějí, abych je viděla a aby viděly ony ji. V 8 rozhovorech se autorka s respondentkami viděla a rozhovor byl doplněn i o neverbální komunikaci.

Jelikož se jedná o velmi citlivé a osobní téma, autorka vnímala jako velmi důležité zajistit, aby se respondentky během rozhovoru cítily dobře, a aby během rozhovoru panovala přátelská atmosféra. Všem ženám z tohoto důvodu nabídla tykání a všechny respondentky s ním souhlasily. Respondentkám bylo sděleno, že je v pořádku na jakoukoliv otázku neodpovědět, anebo rozhovor předčasně ukončit.

2.2 Prezentace případových studií

Následující tabulka obsahuje souhrnné informace o respondentkách.

Tabulka č. 1 Souhrnné informace o respondentkách

Jméno (smyšlené)	Současný věk/ věk v době onemocnění PPP	Typ PPP	Délka PPP	Stále trpí PPP?
Paulína	25 let / 17 let	Anorexie, záchvatovité přejídání	1,5 roku	Ne
Viola	27 let / 24 let	Záchvatovité přejídání	3 roky	Ano
Antonie	19 let / 16 let	Anorexie	3 roky	Ano
Lýdie	20 let / 15 let	Anorexie	5 let	Ano
Miriam	23 let / 17 let	Anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání	6 let	Ne
Leona	26 let / 18 let	Anorexie, záchvatovité přejídání	6 let	Ne
Debora	18 let / 14 let	Anorexie, záchvatovité přejídání	4 roky	Ano
Naděžda	19 let / 14 let	Anorexie	5 let	Ano
Laura	24 let / 16 let	Anorexie	Cca 2,5 roku	Ne

Případová studie č. 1: Paulína

Současný věk: 25 let

Paulína byla první oslovená respondentka a o rozhovor jsem ji požádala na podzim roku 2021. Paulína s nabídkou souhlasila, jelikož vnímá jako důležité šířit informace a rozvíjet povědomí lidí o PPP. Paulína se snaží zkušenost s PPP vnímat pozitivně, i proto byl rozhovor velice příjemný a probíhal v přátelském duchu.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Paulína je studentkou veřejné vysoké školy v ČR, studuje obor lidské zdroje. Mimo to pracuje na poloviční úvazek. Sama sebe by popsala jako kreativního a přátelského člověka, který rád tráví čas s lidmi, baví ji malování a tvoření a ráda čte knihy, protože ty pro ni představují útěk od každodenního světa.

Rodinné vztahy:

Vztahy v rodině, a převážně pak vztah s mámou a tátou, nebyly ideální. V rozhovoru uvedla, že její rodiče a vztahy s nimi byl jeden z důvodů, proč PPP začala trpět. Její táta byl hodně orientovaný na výkon a vyžadoval od ní perfektní výsledky. Většinu času trávil v práci a mimo domov. Paulína má i sourozence, staršího bratra, kterého s ní často srovnávaly. Jejího bratra považovali za toho hodnějšího. Paulína uvedla, že jejím odstěhováním se vztahy v rodině zlepšily.

Školní sféra:

Paulína byla vždy vzorná studentka. Každý ročník základní i střední školy dokončila s vyznamenáním a bakalářské studium zakončila získáním červeného diplomu. Za první ročník magisterského programu obdržela prospěchové stipendium. Sama uvedla, že dobré výsledky vnímala jako důležité a pokud by je neměla, brala by to jako svoje selhání.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

PPP začala trpět v červnu roku 2013, tehdy jí bylo 17 let. Na jaře téhož roku začala držet dietu a chtěla změnit svůj životní styl, jelikož se jí nelíbilo její tělo a chtěla zhubnout. Během třech měsíců zhubla z 52 kg na 44 kg (při 158 cm). Její máma byla ovšem všímavá a rychle zasáhla. Paulínu vzala k doktorce, kde jí byla diagnostikovaná mentální anorexie. *„Já jsem s tím stanovením diagnózy strašně bojovala. Brala jsem to jako nějakou vzpouru. Že ony nechtějí, abych to dokázala. Že prostě nechtějí, abych byla konečně krásná.“*

Tehdy si nepřipouštěla, že by touto PPP trpěla, ale mámu a lékařku poslechla a navštívila psychiatricku. Během první návštěvy si uvědomila, že opravdu nějaký problém má a rozhodla se léčit. V září a říjnu s uzdravováním hodně bojovala. Uvedla, že se jí povedlo přibrat, ale ihned jak to vyšší číslo viděla na váze, nezvládla to a opět vše zpátky zhubla. Listopad vnímá jako přelomový měsíc, ve kterém se začala opravdu uzdravovat. Velká motivace pro ni byl měsíc říjen. *„V říjnu jsem vážila nejmíň za celou dobu, 39 kg. Dívala jsem se na sebe do zrcadla a pamatuji si, jak jsem si říkala, že pokud s tím něco neudělám, tak umřu. Uvědomovala jsem si, že toto nejde dlouho vydržet a zoládat. Věděla jsem, že pokud se nenajím, tak můžu umřít, ale ta hlava mi to jídlo pořád nedovolovala.“*

Od listopadu se jí dařilo navyšovat kalorie, překonávat vlastní pravidla a strachy. Během celé její léčby psala články na blog a pomáhala tím dalším lidem. Během léčby z anorexie se u ní v menší formě rozjelo i záchvatovité přejídání. V období léčby se jí podařilo přibrat na 51 kg a vrátila se jí menstruace. *„Doted' si pamatuju, kdy se mi vrátila. Byla jsem na sebe strašně pyšná, že jsem to dokázala. Ono to může znít komicky, ale když čelíte tomu, že možná nebudete moct mít děti, pak jste prostě šťastní, že vaše tělo zase funguje.“*

Paulína sama sebe vnímá jako vyléčenou. I přes to jsou dny, kdy se jí podobné myšlenky vrátí a opět si říká, že nějaký den jedla více než by měla a že nějaké jídlo neměla sníst. *„Nebylo to tak, že bych se uzdravila (doplněno o uvozovky) a byla jsem stejná*

jako před anorexií. Hlavně, když jsem dlouho ve stresu, tak ty nutkání a myšlenky se i po letech objevují. Ale už s tím umím líp pracovat a vím, že to není život, který bych si znovu vybrala.“

Případová studie č. 2: Viola

Současný věk: 27 let

Viola byla oslovena skrze sociální síť Instagram. Důvod oslovení byl Violin profil, na kterém sdílí a tvoří obsah spjatý s PPP. Viola mi na zprávu odepsala tentýž den, že se výzkumu ráda zúčastní. Během rozhovoru jsem měla zapnutou webkameru pouze já, Viola se cítila lépe, když jsem ji neviděla. Viola byla velmi otevřená a ochotná podělit se semnou o celou její zkušenost se záchvatovitým přejídáním.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Viola pracuje v obchodě s oblečením na pozici vedoucího směny. Vystudovala bakalářský obor na veřejné vysoké škole v ČR, magisterský obor nedokončila. Ve svém volném čase ráda sportuje. Sama sebe vnímá jako zodpovědného a cílevědomého člověka.

Rodinné vztahy:

Violy blízká rodina zahrnuje mámu, tátu a bratra. Vztahy v rodině popsala jako skvělé. Jsou na sobě navázaní, důvěřují si a v případě potřeby se na ně může kdykoliv obrátit. Vztahy uvnitř rodiny pro ni představují vzor, jak by to ona ve své vlastní rodině jednou chtěla mít.

Školní sféra:

Viola měla dobré studijní výsledky a nikdy se nemusela hodně učit. U vysoké školy to bylo jiné. Na vysokou školu šla, protože nevěděla, jaké povolání by mohla s gymnáziem dělat. Magisterský obor nedokončila.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

V roce 2019 se Viola rozhodla upravit svou životosprávu. Rozhodla se, že omezí svůj kalorický příjem a bude více cvičit, díky čemuž začala rychle hubnout. Vlivem jejího stanoveného režimu ztratila menstruaci a v té chvíli začala vnímat, že je něco v nepořádku. Stejně tak měla problém konzumovat určité potraviny a jakmile začala jíst sladkosti, nedokázala se zastavit. Ve snaze navrátit menstruaci začala navyšovat svůj příjem, což vedlo k přejídání. Viola uvádí, že přibírání na váze a nutnost omezit cvičení pro ni bylo velmi náročné. *„Měla jsem to nastavený tak, že až se ta menstruace vrátí, tak zase zhubnu. Takže já celou tu dobu jen čekala, kdy budu moct zase začít hubnout.“*

V tomto období si k jídlu vytvořila velmi špatný vztah a přestala mít samu sebe ráda. I přes ztrátu menstruace a omezení příjmu jídla, Viola uvádí, že si nemyslí, že by se u ní projevila mentální anorexie, jelikož vždy konzumovala dostatek potravin a nikdy necítila hlad. Již tři roky bojuje se záchvatovitým přejídáním. V tomto období (rok 2019/ 2020) její záchvaty přejídání byly čím dál frekventovanější. *„Já chtěla jíst méně abych zhubla, ale jedla jsem pořád a víc a víc. Z toho stresu a strachu z jídla.“*

Poslední dva roky chodí pravidelně k psychologce, která se snaží Virole s léčbou pomoci. Až poslední dva/ tři měsíce je na tom psychicky lépe a ví, co by měla dělat, aby se z PPP vymanila. *„Cíleně vyhledávám věci, který bych si nikdy nedala k jídlu. I když jsem třeba jedla před hodinou a mám hlad, tak se prostě najím a neřeším, že ještě jíst nemůžu. Taký se snažím o vytvoření nových vzorců pro jídlo. Já se potřebuju znovu naučit, že je třeba úplně normální dát si sušenku.“*

Případová studie č. 3: Antonie

Současný věk: 19 let

Antonie byla kontaktována přes e-mail. Rozhovor trval bezmála dvě hodiny, během kterého mi Antonie detailně popsala svůj příběh spojený s PPP. O své zkušenosti s PPP povídala vyrovnaně, klidně, a i přes těžkost její životní zkušenosti, jsem měla možnost vidět její milý úsměv.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

V roce 2021 Antonie nastoupila na vysokou školu, ale tu se rozhodla po dvou měsících ukončit, jelikož ji nebavila. Nyní pracuje jako recepční. Antonie má v okolí pár kamarádů se kterými ráda tráví volný čas, ale ráda tráví čas i sama. Říká o sobě, že je uzavřený a poměrně nedůvěřivý člověk.

Rodinné vztahy:

Její rodinu tvoří máma, táta, Antonie a další čtyři sourozenci. Její vztah s rodiči popsala jako zvláštní. Byli na ni vždycky hodní, ale nikdy s nimi neměla blízký, kamarádský vztah, často měla naopak pocit, že si s nimi nemá co říct. Minulý rok o Vánocích byla u rodičů a svěřila se mi, že se u nich necítila dobře. Se sourozenci má vztah hezký.

Školní sféra:

Ve škole měla vždy dobrý prospěch a ani vlivem PPP nedošlo k jeho zhoršení.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

Když bylo Antonii 16 let, rozhodla se, že musí zhubnout. Stáhla si aplikaci kalorické tabulky, která ji stanovila denní příjem v rozmezí 1000-1100 kalorií. Na začátku své cesty měla 64 kg a stanovila si, že chce vážit pod 60 kg. Antonie nad tím ovšem začala ztrácet kontrolu a za nedlouho váha ukázala pouhých 55 kg (při výšce 170 cm). Devět kilogramů zhubla pouze pomocí nízkého příjmu potravin, na cvičení již neměla sílu. Ze začátku hlad cítila, ale pak si na něj zvykla a již ho nevnímala. *„Vytvořila jsem si v hlavě představu, že si to jídlo nezasloužím, když se nehejbu. Myslela si, že je to v pohodě, že jím. Anorektičky přece jí jedno jablko za den, nebo to zvrací. To jsem já nedělala. Já do toho ani necvičila, už tak jsem byla hodně unavená. Jen jsem málo jedla. A byla jsem ráda, že jsem ráda.“*

Antonie si poprvé přiznala, že trpí mentální anorexií v 18 letech. Do té doby se domnívala, že žije dle zdravého životního stylu. I ztrátu menstruace, která trvala déle než tři roky, nevnímala jako rizikový faktor. *„Já jsem byla více méně spokojená. Můj cíl*

byl hubnout a ten se mi dařil, takže jsem v tom neviděla problém, i když jsem měla jsem určitý zdravotní komplikace, ale ty jsem dala stranou. Nezajímalo mě to.“

Přiznává, že se fyzicky i psychicky necítila dobře. Často byla velmi podrážděná, nepříjemná, chtěla být sama. Omezila i kontakty se svými kamarády a s rodinu. „Často jsem se zavřela sama v pokoji a přemýšlela jsem jen nad tím, co si dám, kolik si toho dám, jestli si to můžu dát. Já jsem jídlo na jednu stranu nesnášela, protože jsem myslela, že kvůli němu jsem vážila nejvíc, co jsem kdy vážila, ale na druhou stranu jsem nad ním pořád přemýšlela, protože jsem prostě měla hlad.“

*Zlom nastal u dětské doktorky na 17leté prohlídce. Antonie v té době vážila o 10 kilogramů méně než ve svých 15 letech. Doktorka do ordinace zavolala její mámu a oznámila jim, že buď Antonie přibere do příštího týdne 1 kilogram nebo půjde do nemocnice či do psychiatrické léčebny. Antonie se snažila přibrat, jelikož se hospitalizaci chtěla vyhnout, ale chytla střevní virózu a na další prohlídce vážila ještě o 2 kilogramy méně. Nedobrovolně byla hospitalizovaná na dětském oddělení v nemocnici, kde ji po týdnu pustily. Poté absolvovala několik kontrol u své dětské doktorky a také několik sezení u psychiatricky, ale i na toto období nevzpomíná dobře a sama zmiňuje, že ji v podstatě nikdo nebyl schopný pomoci. „To léčení bylo hrozný. On mi nikdo nepomohl. Ti doktoři to brali z hlediska, že musím přibrat a když přiberu, tak budu zdravá. Já i když jsem pak přibrala třeba 10 kg a byla jsem v normě, já jsem se cejtla pořád v p****i v hlavě. Měla jsem v hlavě strašnej bordel. Váha v pohodě, ale hlava vůbec.“*

K psychiatrice pak musela docházet každý měsíc. Návštěvy pro ni byly velmi stresující. Antonie se svěřila, že ji dávala za povinnost každý měsíc a každou kontrolu přibrat kilogram a upozorňovala ji, že pokud to nesplní, půjde do psychiatrické léčebny. „Ta psychiatricka se mě snažila léčit vyhrožováním, a to mi tenkrát moc nepřišlo dobrý. I rodiče doma na mě hodně tlačili. Že mě před tou doktorkou nezachrání, abych do té léčebny nemusela jít“

Léčba u psychiatricky nebyla dokončena, jelikož vlivem pandemie COVID-19 se musely omezovat návštěvy zdravotnických zařízení. Psychiatricka Antonii již nekontaktovala s pozváním na další návštěvu, v podstatě na ni zapoměla a vyřadila ji ze svých pacientů. Antonie má nyní váhu v normě a cítí se lépe. I přes to si uvědomuje, že z anorexie není zcela vyléčená. *„Někdy jsem úplně v pohodě, pak jsou dny, kdy mám výčitky a říkám si, že jsem zase moc přibrala a prohlížím se v zrcadle a říkám si, jestli nejím moc.“*

Případová studie č. 4: Lýdie

Lýdie byla rovněž kontaktována přes sociální síť Instagram. Rozhovor s Lýdií byl velmi příjemný a obohacující, jelikož jde vidět, že si problematiku PPP detailně nastudovala a aktivně se o ni zajímá. I přes to, že Lýdie se nyní nepovažuje za vyléčenou, stejně jako z jiných dívek, z ní sálala velmi pozitivní energie.

Současný věk: 20 let

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Lýdie je studentkou vysoké školy, 3. ročníku bakalářského studijního programu psychologie. Baví ji práce s lidmi a přivydělává si prací ve školce. Samu sebe popsala jako upřímnou osobu a zakládá si na otevřené komunikaci. Ve svém volném čase se zajímá o psychologii a často se nadchne pro různé věci, ve kterých vidí smysl.

Rodinné vztahy:

Vztahy v rodině popsala jako skvělé a jsou si navzájem velmi blízcí. I přes to, že se rodiče mezi sebou v minulosti hádali, nikdy to negativně neovlivnilo Lýdií nebo jejího bratra. Během její nemoci se rodina hodně stmelila, a i problémy rodičů více odezněly.

Školní sféra:

Na základní škole byla Lýdie průměrná studentka, ovšem během anorexie (střední škola) se z ní stala velká perfekcionistka, které žádný výkon nepřišel dostačující. Nyní,

při studiu vysoké školy, toto její přesvědčení už spíše doznívá. Nadále jsou pro ni známky stále důležité.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

U Lýdie propukla mentální anorexie v 15 letech. Její rodiče byli naštěstí všímaví, po třech měsících jejího hubnutí zaznamenali jisté náznaky nezvyklého chování a začali ihned jednat. Sama Lýdie přiznává, že dlouho nevěděla, že ona nějaký problém má. *„Na začátku jsem si uvědomovala, že je to problém, jen protože to všichni kolem mě vnímali jako problém. Jednou jsme s rodiči jeli na výlet na kolech. Ujeli jsme několik kilometrů a na oběd v tom stánku byl jen řízek s hranolkama. Rozbrečelo mě to. A ani mě nepřišlo, že by v mé reakci byl nějaký problém.“*

Její plán byl takový, že zhubne pár kilogramů a do 1. ročníku na gymnázium nastoupí jako nový člověk. Místo toho měla celý ročník individuální studijní plán a nechodila do školy. Od září musela začít pravidelně docházet do nemocnice v Praze na ambulantní léčbu. Chodila zde na kontroly a převažování. *„Potom mě propustili, protože už jsem byla jakoby stabilizovaná, ale nebylo to na té úrovni, kdy by toho člověka měli propustit. Váhou jsem byla v normě, ale i tak by tam měla být nějaká post léčebná fáze. A to tam neproběhlo.“*

Po ambulantní léčbě začala hledat jinou a účinnější pomoc. Vyzkoušela několik psychologů a výživových poradců, ale nikdo ji dlouhodobě nevyhovoval a nedokázal ji pořádně pomoci. V 18 letech odjela do Indie. V Indii zhubla ještě na nižší váhu, než s jakou jí tehdy přijímali na ambulantní léčbu do nemocnice. *„Žádný období nepovažuju za uzdravení, bylo to spíš takový polo uzdravení. Nikdy jsem to nedotáhla do konce.“*

Nyní je Lýdie ve stabilizační fázi a dále pracuje na svém uzdravením. Od srpna roku 2021 pravidelně dochází ke koučce, která je certifikovanou odbornicí na PPP. K léčbě ji taktéž pomáhá instagramový profil její koučky, která na něj umísťuje zajímavý a odborný obsah spjatý s problematikou PPP. Navíc ji pomáhá i vlastní sebevzdělávání, a to převážně v oboru psychologie. Ráda vyhledává informace

ohledně PPP a baví ji objevovat a uvědomovat si nové spojitosti a příčiny jejího chování v určitých situacích. *„Teď jsem si zrovna přečetla, že člověk s PPP za sebe nerad utrácí peníze. Člověk si uvědomí, týjo, tohle dělám taky, ale vůbec si nespojil, že by to mohlo vycházet z tý PPP. Neuvědomuješ si do kolika oblastí to všechno zasahuje. Dřív jsem si to, že jsem strašně nerada utrácela, nespojovala s anorexií. Jsem si přidala, že jsem fakt lakomá a hrozně jsem se za to styděla, že to tak cítím.“*

I když léčbu hodnotí úspěšně, přiznává, že občas se jí nějaké vzorce chování vrací. *„Chodí to ve vlnách. Je stresující situace a já tíhnu se k těmto mechanismům vracet.“* Vlastní sebevzdělávání ji pomáhá mít nepříznivé myšlenky více pod kontrolou. *„Až po těch šesti letech si myslím, že o té nemoci něco vím, a vím, jak ty situace řešit. Když porovnám znalosti v 9. třídě a teďkom, tak jsem nevěděla, co ta anorexie všechno je. I když jsme to začali řešit brzy, tak ta nemoc se rozvíjela dál a dál.“*

Případová studie č. 5: Miriam

Současný věk: 23 let

Rozhovor s Miriam trval dvě hodiny a byl nabitý opravdu spoustou informací. Možná i díky tomu, že jsme s Miriam kamarádky a je mezi námi vybudovaný osobnější vztah, dokázala mi sdělit opravdu detailní informace a podrobně mě provedla celým svým příběhem. I z tohoto důvodu je právě její příběh tím nejdelším příběhem v této práci. Další důvod je ten, že u ní byly zastoupeny všechny tři typy PPP. Ta jistá spojitost, ale zároveň různorodost, mezi třemi zmíněnými PPP mi osobně přijde velmi zajímavá a věřím, že právě i díky Miriam příběhu budou pochopitelnější pro více lidí.

Zároveň bych chtěla zmínit, že jsem věděla, že Miriam trpěla PPP. Nikdy mi ale svoji cestu nepopsala s tolika detaily. Během celého rozhovoru přetrvávala velmi přátelská a uvolněná energie. Její příběh prezentovala s klidem a vděčností, že je nyní vyléčená, a to mně osobně přijde nejen u Miriam, ale u všech respondentek, úctyhodné.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Miriam je v současnosti studentkou magisterského oboru na dvou vysokých školách. Ve volném čase ráda hraje na klavír, maluje obrazy, jezdí na výlety s kamarády, baví ji líčení a miluje si užívat život. Miriam samu sebe popsala jako emotivního člověka, který má sklony k extrémismu a když se do něčeho pustí, dává do toho vždy 100 %.

Rodinné vztahy:

Vztahy v rodině, hlavně pak s mámou a ségrou, mají skvělé. Vztah s tátou je u ní komplikovanější. Přiznává, že v něm nikdy neměla oporu a necítila pochopení z jeho strany. Před několika lety si spolu se sestrou všimly, že táta mámu již několik let podvádí. Její máma jeho chování toleruje, což je pro Miriam náročné přijmout. Její mámu popisuje jako takovou trpitelku a pro Miriam je těžké tomu přihlížet, protože ona sama chce dělat vše proto, aby byla šťastná.

Školní sféra:

Od dětství byla spolu se sestrou vedená k tomu, že mají být nejlepší a mít samé jedničky. Tento vzorec chování ji doprovázel i na vysokou školu. Bakalářské studium ukončila s červeným diplomem. Na veřejnou vysokou školu šla s tím pocitem, že známky nejsou to nejvíc důležité. I přes to, má z většiny předmětů A, a na obou oborech ji zatím vychází červený diplom.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

Miriam začala PPP trpět ve 3. ročníku na střední škole. Přestala si připadat dost dobrá a rozhodla se, že chce zhubnout. Jako nejjednodušší způsob považovala ten, že nasadí velmi striktní dietu. Zlom nastal po roce, kdy se k mentální anorexii přidala i mentální bulimie a následně záchvatovité přejídání. Miriam mi popisovala první okamžik, kdy se k této poruše uchýlila.

Stalo se to jednoho dne cestou ze školy, kdy se spolu se sestrou procházely kolem pekárny a společně se rozhodly, že si koupí koláč. *„Dovolím si to. Nic se nestane.“*

Uklidňovala se Miriam. Jenže po sněžení koláče ji přepadly neuvěřitelné výčitky svědomí. „Říkala jsem si, že co budu sakra dělat? A v téhle největší panice jsem se rozhodla, že to půjdu zkusit vyzvracet.“ Miriam uvedla, že si nikdy o bulimii informace nezjišťovala. Napadlo jí to samovolně, když se její mozek v panice snažil přijít na nějaké řešení. „V tu chvíli mě nenapadlo, že to může být spouštěč něčeho většího a že když člověk tyto vrátka jednou otevře, že se těžko zavírají. V tu chvíli jsem zjistila, že to funguje. Člověk si to jídlo může dopřát a nemusí hladovět a poměrně lehce se toho zbaví.“

Miriam uvedla, že četnost těchto záchvatů se postupně navyšovala. Nejdříve zvracela 1x za měsíc, ale poté to bylo klidně 5x, 6x i 7x denně. Takhle to trvalo 5 let a nikdy nevydržela nezvracet déle než pár dní. „Jak to tělo víc sláblo, tak jsem chtěla pořád víc jíst a měla jsem (na jídlo) větší chuť. To byly stavy, kdyby člověk vraždil proto, aby mohl něco sníst a šel to vyzvracet.“ Její chutě na jídlo rostly spolu s tím, jak málo si dovolila jíst. „Celý den jsem byla na dietě, protože jsem si nedovolila jíst a pak tě přepadne extrémní chuť na něco, ty jíš a jíš a pak je o dvě hodiny později a člověk si uvědomí, že to zase udělal.“

Postupem času Miriam z každodenního zvracení měla opuchlé uzliny a bolel ji žaludek. Začala se bát o život. „Když už je to každý den a v takové míře, že člověk nejí žádný jídlo a nedovolí si žádný jídlo nechat v sobě, tak to už je sakra problém. Pak už to nebylo, že bych zvracela jenom pizzu, čokoládu, ale mně vadil jíst i salát. Cokoliv.“ Ze začátku zvracení nebylo jednoduché, ale člověk se v tom postupem času zdokonaloval. „Čím víc to člověk dělal, a i v takovém množství, tak to tělo se tomu přizpůsobilo fakt rychle a člověk se v tom naučil rychle chodit.“

Začátkem roku 2019 si začala uvědomovat, že je to velký problém. Miriam si nikdy o PPP nezjišťovala informace, protože se bála toho, co by zjistila. „Pro mě to bylo strašně děsivý. Já měla hroznej strach z té reality. Z toho, co se o tom dozvím.“ S anorexií, bulimií i záchvatovitým přejídáním žila 6 let. Sama několikrát v rozhovoru uvedla, že jí to vyhovovalo. „Já nechtěla slyšet ty negativní informace, mně s tím bylo dobře. Mohla jsem jíst co jsem chtěla, ale zároveň jsem pořád hubla. Bylo to jednoduché řešení.“

Později v roce 2019 se Miriam rozhodla vyhledat pomoc a začít se léčit. Jeden z impulzů pro vyhledání léčby byla i rodina. *„Máma zammou přišla a řekla mi, že ví, že ten problém mám a jestli to chci začít řešit.“* Miriam začala chodit k psychologce, ale jedno sezení s ní stálo 1200 Kč/hod, což si Miriam nemohla dovolit. *„Neměla jsem na to peníze. Máma mi říkala, že jestli je to nutný, že mi to bude platit. Byla jsem tam 4x a pak mi máma řekla, že už mi na to dávat peníze nebude. Že už jsem tam několikrát byla a že to stačí.“* Odmítnutí ze strany mámy bylo pro Miriam náročné a sezení musela přerušit.

Miriam se ale léčit chtěla, začala mít velký strach, že bude mít rakovinu žaludku nebo jícnu a zemře. V té době ji zemřel dědeček na rakovinu žaludku. *„Když jsem byla na tom pohřbu, tak já jsem si tam úplně představovala sebe. Říkala jsem si, že jestli s tím něco neuděláš, tak takhle to prostě dopadne.“*

Miriam začala hledat jiné možnosti a narazila na organizaci Anabell, u které začala navštěvovat bezplatné terapie. Na jaře roku 2020 vlivem pandemie COVID-19, státnic a izolace se u Miriam opět objevila stejná nutkání. *„Zase jsem do toho spadla. Snědla jsem třeba jeden kousek čokolády a už jsem šla zvracet. Já na to jídlo už ani neměla chuť, ale říkala jsem si, že no, když už to teda dělám a vařím, tak se přejím, aby to stálo za to. I když jsem třeba po třech lžičkách na to už ani chuť neměla. Bylo to nelogický, nesmyslný. Už mi to nedávalo ani to potěšení. Jak kdyby to byly naučený zvláštní vzorce chování na odbourávání stresu.“*

V roce 2021 začala znovu docházet na terapie do organizace Anabell. Miriam se postavila svému strachu a po terapii se rozhodla vyhledat informace o těchto poruchách, což ji zcela změnilo pohled. Po zhlédnutí onoho videa (viz kap. 2.3.7., s. 79) začala normálně jíst. Přiznává, že to pro ni bylo náročné, ale tělo si zvyklo. Nyní se považuje za uzdravenou, již půl roku nezvracela a nemá myšlenky na hladovění nebo naopak na přejídání. *„Já teď tři týdny nemám chuť na sladký. To jsem dřív neznala. Já nemyslela na nic jinýho, než na to, že bych si dala cukr.“*

Případová studie č. 6: Leona

Současný věk: 26 let

Leona byla oslovená přes sociální síť Instagram, na které sama spravuje profil, který má za cíl pomáhat lidem překonat záchvatovité přejídání. Leona je velmi pozitivní člověk, který se neustále usmívá a stejně tak tomu bylo při rozhovoru. Její energie a pohled na svět semnou velmi rezonoval a byla to pro mě velmi příjemně strávená hodina a půl.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Leona vystudovala magisterské studium na vysoké škole, a to obor management cestovního ruchu. Leona je velmi zcestovalá a od svých 17 let každé léto pracovala v zahraničí. Samu sebe charakterizuje jako typického berana. Je tvrdohlavá, cílevědomá a občas má problém přijmout kritiku od druhých lidí. V posledních několika měsících samu sebe více našla a miluje čas strávený v přírodě.

Rodinné vztahy:

Mámu Leona vnímá jako svou nejlepší kamarádku, které může říct vše. Vždy mámu bezmezně milovala. K tátovi si musela najít cestu. Věděla, že ji má rád, byl na ni hodný, ale často byl raději sám, než že by chtěl strávit čas s celou rodinou.

Školní sféra:

Na základní škole byla dobrá studentka a snažila se. S přechodem na střední školu se její prospěch zhoršil. V té době byla spíše flegmatik a známky jí nepřišly důležité. Během vysoké školy se její postoj opět změnil a chtěla mít perfektní výsledky.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

V 18 letech Leona vycestovala do Itálie, kde v hotelu působila jako sportovní animátorka. Byla to fyzicky náročná práce, ve které byla denně 8 hodin v pohybu. Navíc měla Leona zakázáno stravovat se v hotelové jídelně a na vaření ji nezbyla

energie. Začala tedy místo oběda a večere jíst pouze ovoce a zeleninu. Jelikož měla velký výdej a velmi malý příjem, začala rapidně hubnout a ze všech stran slyšela, jak jí to sluší.

Leona sama přiznala, že po určité době tím začala být posedlá. *„Po třech týdnech (hubnutí) jsem se až v noci budila a běžela jsem k zrcadlu a zkoušela jsem si, jak můžu mít ještě hubenější nohy a jak víc vyrýsovat břišáky.“* Po třech měsících zhubla 12 kg a vážila pouhých 43 kg, předtím při svých 165 cm vážila 55 kg. Ona sama se v té době neviděla takhle štíhlou, naopak chtěla stále hubnout, hlavně partii nohou, se kterou zápasila nejvíce. *„Až teď zpětně, když jsem viděla tu fotku, tak ve tvářích jsem byla úplně vycuclá. Špatně se mi spalo a všechno, ale furt jsem koukala jen na ty nohy a jak být hubenější.“*

Mentální anorexií trpěla necelý rok. Poté od školního výletu následovala téměř 6 roků dlouhá epizoda záchvatovitého přejídání. I tato porucha začala nevinně, když si Leona chtěla dát jeden chleba s nutellou, který měla běžně zakázaný konzumovat. *„Jak jsem si kousla do té nutelly, tak já jsem nemohla přestat. A už jsem jela první chleba, pátej chleba, desátej chleba. A pak jsem si říkala, tak teď jsem to podělala. No a co teď? Tak zase najedu na ten přísnější režim. A tak jsem se v tom motala hodně dlouho. Že jsem to střídala.“*

Období mentální anorexie pro ni bylo velké sebezapření, jelikož Leona miluje jídlo a ihned po probuzení, myslela jen na to, co bude jíst. K záchvatovitému přejídání má, dle jejích slov, větší sklony. I přes četnost a délku této poruchy, Leona nikdy jídlo nevyzvracela ani neužívala projímadla.

Jedno z jejích prvotních uvědomění si, že se musí začít léčit, byla návštěva lékaře. *„Byla jsem na kontrole se znamínkami a asi třetí znamínko mi diagnostikovali, že tam našli nález. Doktorka mi říkala, že to není v mém věku normální a jestli nemám přemíru stresu. Jsem si fakt říkala, že už to není jen o tom, jak vypadám nebo jak chci vypadat, ale že se to už zobrazuje i na tom zdraví.“*

Leona během léčby nikdy nevyužila odbornou pomoc a léčila se sama. Nyní Leona vnímá samu sebe jako uzdravenou. *„Už mě to ani nenapadne (přejíst se). Když jsou*

stresový situace, cítím se pod tlakem, občas mám takový to, že bych sáhla po nějaký prasečtině nebo tak. Pak si musím hrát s myšlenkami, že je to oukej, že si to můžu dát a nemusí to skončit přejezením.“

Případová studie č. 7: Debora

Současný věk: 18

Deboru jsem oslovila přes sociální síť Instagram. Debora působila velmi mile a otevřeně. Na Deboře jsem obdivovala její neskutečný optimismus, který neustupoval, i když popisovala náročné situace spojené s PPP či s jejími nelehkými rodinnými vztahy. Na Deboře šlo vidět, že je velmi vděčná, že se mohla od rodičů osamostatnit a začít žít život čistě podle sebe.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Debora je studentkou 4. ročníku gymnázia, které studuje dálkově. Kromě toho pracuje na pozici servírky v kavárně. Debora před týdnem odstartovala novou životní etapu, spolu s přítelem se přestěhovali do společného pronájmu. Samu sebe popsala jako optimistickou ženu, která má nadšení pro spoustu věcí a často žije extrémy.

Rodinné vztahy:

Rodinné vztahy u Debory nejsou zcela ideální. Její táta je alkoholik. Nevídá ho, protože to nepovažuje za bezpečné. S mámou měla dobrý vztah do doby, než si našla nového manžela. Poté měla Debora pocit, že dělala, že neviděla a neslyšela nějaké věci, co se v rodině děly. Debora postupně ztratila v rodině veškerou důvěru, jelikož i přes její snahu, její problémy nebyly opakovaně vyslyšeny. Řešila je vlastním potrestáním. Nejdříve zažívala velké úzkostné stavy, posléze začala trpět mentální anorexií.

Školní sféra:

Ačkoliv si je Debora vědoma toho, že známkovací systém není optimálně nastavený, známky vnímá svým způsobem jako odraz její sebe hodnoty. Na testy chodí ráda připravená a horší známka, než chvalitebná jí není příjemná.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

Historie příběhu Debory sahá do dětských let, kdy ji ve 4. a 5. třídě základní školy šikanoval třídní učitel, který neustále pronášel před třídou nevhodné poznámky ohledně jídla a její postavy. Deboře to bylo velmi nepříjemné, ale až za několik let si uvědomila, jaké dopady jeho chování na její psychiku mohlo mít.

V 9. třídě Debora začala trpět, i vlivem nepříznivé situací doma, silnými úzkostnými stavy. Nedokázala konzumovat dostatek potravy a často se stalo, že snědla za celý den třeba jen jedno jablko. *„Ted’ mi přijde divný, že mi to nepřišlo divný. A nikomu v mém okolí taky ne.“* Každopádně svůj tehdejší postoj k jídlu vzápětí vysvětlila. *„Věřím tomu, že to byl způsob potrestání. Že jsem měla pocit, že nejsem dost dobrá na to, abych jedla. Nebylo to primárně o tom, že jsem neměla hlad, ale primárně o tom, že jsem měla pocit, že nemůžu jíst.“*

Ve 3. ročníku na střední škole (v květnu) měla brigádu na poli v zahradnictví. Práce ji bavila, ale chodila domů velmi unavená z fyzicky náročné práce a malého množství jídla, které si dovolala sníst. Debora konzumovala malé porce, jedla zásadně malými přístroji a z malých misek. *„Vážila jsem se každý den, třeba 3x a jakmile tam bylo o 100 g víc, tak jsem z toho byla hrozně na nervy.“* Vzhledem k velkému náporu onemocněla. Po nemoci se její postoj k jídlu změnil a začala konzumovat více potravin, než byla zvyklá. V září u ní propuklo záchvatovité přejídání. *„Nezvracela jsem, ale kdybych to uměla, tak bych to dělala. Projímadla jsem nebrala, ale vím, jak mám nakombinovat stravu, abych měla průjem. Dost jsem si to hlídala, aby to takhle probíhalo.“*

V tu dobu narazila na sociální síti Instagram na profily o PPP a při jejich čtení si uvědomila, že její chování není v pořádku. Debora se rozhodla svou situaci řešit a vyléčit se. Přestala si značit sněžené kalorie, vážit si jídlo i hlídat si svou váhu. Jedna z činností, která jí nejvíce pomohla, byly pravidelné večere v restauraci s kamarádkou. *„Koukala jsem na ostatní, jak jedí, a přišlo mi to v pohodě, že jíme. Tam jsem zjistila, že sice nemám ráda jíst na veřejnosti, ale že vlastně hrozně ráda jím. Hledala jsem si znovu nějakou*

míru, kolik toho chci sníst, abych se nepřejedla, ale taky bez toho, abych na tu pizzu koukala, že bych si ještě kousek dala, ale nedovolím si to.“

Debora se léčila sama za pomoci přenastavení vlastních myšlenek a zvyků. Svůj problém konzultovala i s kamarádkou. *„Zeptala jsem se jí a ona mi říkala tohle dělám, tohle nedělám. Chtěla jsem to porovnat se zdravým člověkem.“* Debora se nyní za zcela vyléčenou nepovažuje, stále má v hlavě nezdravé myšlenky, stále se pozoruje a kontroluje v zrcadle. Jí samotné to vadí a přála by si to změnit a nahlížet na sebe hezky. *„Věřím tomu, že to, co si o sobě myslíme si o nás myslí i okolí. A moc dobře vím, že když si o sobě budu myslet, že jsem nehezka, tak si to o mě bude myslet i okolí.“* Vnímání svého těla chce změnit i přes absenci váhy v její domácnosti. *„Došla jsem k závěru, že nebudu mít váhu. Věřím, že kdybych jí měla, tak na ní stojím každý den a nezbavila bych se toho, že jsem dostatečně cenná i když vážím takhle.“*

Případová studie č. 8: Naděžda

Současný věk: 19

Naděžda byla kontaktována pomocí emailové adresy. Rozhovor s Naděždou byl oproti jiným respondentkám kratší, trval hodinu a pár minut. Naděžda na otázky odpovídala stručněji a patřila mezi nejvíce introvertní a zároveň nejtišší respondentky celého výzkumu. I přes to mi dokázala detailně popsat svůj nelehký příběh, a i s Naděždou celý rozhovor probíhal v přátelském duchu.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Naděžda je nyní ve 3. ročníku střední školy, studuje obchodní akademii. Ve svém volném čase se věnuje pool dance. Naděžda samu sebe popsala jako pečlivou, přátelskou, skromnou osobu, která má sklony k perfekcionismu. Dále uvedla, že umí být i urážlivá a občas přecitlivělá.

Rodinné vztahy:

S mámou má Naděžda perfektní a velmi blízký vztah, který upevnila i její nemoc. Často ji spolu řešily a máma byla tou osobou, na kterou se Naděžda mohla kdykoliv obrátit. Rodiče se v jejích 4 letech rozvedli, žije s mámou a sestrou. S tátou má nyní komplikovanější vztah. Dříve spolu jezdili na výlety, ale v současnosti je jeho záliba spíše dívat se na televizi. Ze začátku jezdili k psychologům všichni dohromady (máma, táta a Naděžda), ale když se ukázalo, že vyřešení problému může trvat delší dobu, přestal se o to zajímat a už s ní k doktorům nejezdil, což Naděždu mrzí.

Školní sféra:

Ve škole je Naděžda perfektní studentka, která má ten nejlepší prospěch. Důkazem je i skutečnost, že za svůj studentský život nikdy neměla na vysvědčení horší známku než 1. Známkou jsem pro ni důležité.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

U Naděždy vše začalo v 8. třídě na základní škole, kdy se se spolužačkami porovnávaly, která z nich má lepší břicho, která váží nejmíň apod. V 9. třídě byla Naděžda šikanována. Tato skutečnost napomohla k tomu, že se ještě více uzavírala před světem a zaměřovala se ve svém životě pouze na jídlo. Od malička byla Naděžda v oblasti jídla vybíravá, spíše konzumovala sladkosti. S přechodem na zdravou stravu je ze svého jídelníčku vyřadila a začala hubnout poměrně rychle.

Ačkoliv od začátku Naděžda navštěvovala psychologa i psychiatra, v 1. ročníku na střední škole Naděžda vážila pouhých 30 kilogramů (při výšce 161 cm). Nastoupila dobrovolně na hospitalizaci. *„Věděla jsem, že to sama nezvládnu. Byly snahy, že jo, to zvládnu doma, ale to bylo pořád nahoru a dolů. A já bych to sama nezvládla.“*

Byla jsem hospitalizována v jedné nemocnici na uzavřeném oddělení s dalšími 5 dívkami. Pacienti na tomto oddělení měli různé psychické nemoci. I přes to, že denně dostávaly velké porce jídla, Naděžda se rozhodla, že začne jíst všechno. Na oddělení

byl benefit, že pokud všechna jídla zkonsumovala, mohla mít výběrovou stravu. Spolu s nutriční terapeutkou sestavily jídelníček a následující 3 dny se domluvily, jaká jídla bude moct jíst. Naděжда byla hospitalizována 3 měsíce. Zatímco fyzický stav se jí rapidně zlepšil, po psychické stránce jí hospitalizace nepomohla. I prostředí nemocnice nebylo zcela příjemné. Jídlo například konzumovala s dalšími dívkami, které trpěly PPP. „*To bylo takové, že jedna druhé jsme hleděly do talíře, kdo toho kolik snědl. Když jsi něco nesnědl, ostatní na tebe byly našťované, nebylo to příjemné.*“

Po hospitalizaci se její stav zlepšil, ale nebyla pořád zcela vyléčená. Kvůli absenci ve škole se rozhodla zopakovat si 1. ročník. V léčbě jí pomohla psycholožka, nyní navštěvuje psychiatricku a užívá antidepresiva. Ačkoliv se nevnímá za vyléčenou, popisuje, že nyní je její stav lepší. Nejvíce jí pomohl čas.

Případová studie č. 9: Laura

Současný věk: 24

Laura byla další respondentkou, kterou jsem znala již před tímto výzkumem a věděla jsem, že si v minulosti PPP prošla. Detaily o jejím příběhu jsem neznala. Na Lauře se mi velmi líbila vyrovnanost s celou její životní etapou a její životní poslání v tom, že chce pomáhat druhým lidem.

Informace o respondentce & osobnostní charakteristika:

Laura nyní působí v jedné organizaci v Řecku, kde pracuje jako dobrovolnice a stará se o postižené děti. Laura se vždy chtěla věnovat pomáhající profesi, protože cítí, že v tom je její poslání. I z tohoto důvodu vystudovala bakalářský obor fyzioterapie. Samu sebe popsala jako tvrdohlavou, upřímnou a pozitivní osobu.

Rodinné vztahy:

Vztahy v rodině mají skvělé, drží hodně pospolu. I přes to, že všichni její sourozenci jsou dospělí, jezdí spolu stále na dovolené, výlety, tráví spolu Vánoce a vždy si užijí spoustu legrace a hezkých chvil.

Školní sféra:

Na střední škole bylo několik předmětů, které Lauru příliš nebavily a z nich neměla dobré výsledky. Pokud ji předmět bavil a připravovala se, automaticky dostala 1. Ovšem s přechodem na vysokou školu, kde studovala obor, který ji opravdu bavil se stala puntičkářem a na zkoušky se hodně připravovala a učila.

Příběh respondentky ve spojitosti s PPP:

Ve začalo kolem 16. až 17. roku. V té době si začala hlídat svůj příjem a veškeré zkonsumované potraviny si značila do kalorických tabulek. Mimo to každý den cvičila podle videí na platformě Youtube. Díky těmto změnám zhubla několik kilogramů, což se pojilo s určitými zdravotními následky, jako například permanentně studené končetiny, ztráta menstruace a velké bolesti břicha. V návaznosti na tyto události si její rodiče začaly všimnout, že je nutné situaci řešit.

Problémy s břichem byly v Laury příběhu klíčové. Nyní věří tomu, že velkou roli v jejím zdravotním stavu hrála psychosomatika. *„Ze začátku jsem si to sama sobě schválně vsugerovala do hlavy, že nemůžu jíst, protože mě bolí to břicho a mám špatné zažívání, takže když se najím, bude to ještě horší.“* Přes různá vyšetření, lékaři nenašli nic neobvyklého. Žádný lékař ji mentální anorexii nediagnostikoval, ale paní gynekoložka se Laury při jednom vyšetření zeptala, zda nemá nějaký problém spojený s jídlem. Laura ovšem tvrdila, že málo jí pouze kvůli bolesti břicha.

Uplynulo čtvrt roku a Laura si uvědomila, že se její život zcela obrátil. *„Já jsem už vůbec neměla energii na to, co dříve. Ráda jsem si četla, malovala, chodila ven s kamarády. Teďka jsem nechtěla nikoho vidět a chtěla jsem být sama.“* Právě na blozích, které Laura četla se začalo více otevřeně hovořit o mentální anorexii a co tato porucha obnáší. *„Já ve své hlavě vždycky měla, že anorexie znamená, že přestaneš jíst, skončíš v nemocnici a seš ta kost potáhla kůží, a to se mě přece netýká, já mám od toho přece daleko.“* Při pročitání příběhů od vícero žen, si Laura uvědomila, že má stejné potíže, stejné přemýšlení a stejně ji vše bolí. Začala si připouštět, že tento problém má taky a svěřila se mámě. *„Rozbrečela se,*

že vlastně nemám tak hrozně ráda sama sebe, že se tady ničím. A jak jsem ji viděla brečet a jak to řekla, tak tam přišlo jedno z velikánských uvědomění.“

Od tohoto období se Laura rozhodla začít se léčit, její cesta ale nebyla snadná. Sice se vědomě rozhodla pro změnu, ale nebyla jí schopná. Velkou oporou jí byla její máma a její sestra. Odbornou pomoc Laura nevyhledala, necítila se připravená o své situaci mluvit s někým cizím, a z důvodu studování školy neměla dostatek času na dojíždění k doktorovi.

„Blogy mě do toho dostaly, ale taky i vytáhly.“ Laura sledovala příběhy slečen, začala zvyšovat svůj příjem, zjistila nové informace o potravinách například i v předmětu biochemie, který měla ve škole. Ačkoliv bolesti břicha přetrvávaly, již to nebyl důvod k nekonzumování dostatečného množství jídla. V 19 letech se vrátila na svou původní váhu, od té doby se Laura vnímá jako vyléčená. *„Ale v té hlavě, než se to srovnalo a občas i do teďka srovnává, je to takové hodně pozvolné.“*

2.3 Zpracování rozhovorů

V předcházející části byly představeny životní příběhy všech 9 respondentek. Z analýzy textu je patrné, že se v příbězích respondentek objevují jisté podobnosti. Následující část obsahuje několik oblastí, které souvisí se vznikem či přetrváváním PPP. Odpovědi od respondentek nejsou již kategorizovány podle individuálního příběhu, ale podle stanovených kategorií, a těmi jsou: příčiny vzniku PPP, zakázané potraviny, ideál krásy, vnímání vlastního těla, sebeláska, reagování na nepříjemnou životní situaci, vzdělávání jako způsob léčby PPP a prevence. Kategorie mají logickou posloupnost a vzájemně na sebe navazují.

2.3.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Všechny účastnice výzkumu si uvědomují spouštěč, nebo spouštěče, z jakých důvodů u nich PPP propukly. 5 respondentek uvedlo, že si tento spouštěč uvědomily během léčby PPP nebo v období uzdravení. Z výzkumu vyšly tři hlavní oblasti, které měly

u dotazovaných vliv na vznik PPP. U 8 respondentek hrála roli rodina. 7 respondentek ovlivnilo jejich okolí. 6 respondentek se sebou nebyly spokojené.

Rodina

Nejčastější odpověď byla ta, že respondentky v rodině vyzorovaly a přijaly nezdravé jídelní chování a stravovací vzorce. Nejvíce se objevovala skutečnost, že rodiče, hlavně pak máma, držela různé diety a nebyla spokojená se svým tělem.

„U nás v rodině se hodně mluví o tom, kdo byl kdy sportovat a kolik kdo zhubl kilo a co kdo jedl na večeři. Třeba i táta si i během jídla třeba šahal na břicho, že musí ještě zhubnout.“ (Paulína)

„Mamka nejí to, co my ostatní. Nejedla polívku k obědu, knedlíky nejedla, cíleně si dávala málo jídla. Řeší hodně, jak vypadá a že je tlustá. A vím, že to mám částečně i z ní.“ (Viola)

„U mámy jsem si všimla, že má zvláštní vztah s jídlem. Nikdy si nenandá normální porci, nikdy nejí s náma. Když je třeba narozeninová oslava a je tam dort, tak člověk si ukrojí kousek a ten sní, ale ona stojí u toho dortu a po 0,5 cm okrajuje ten dort. Dělá věci, který člověk, kterej má zdravěj vztah s jídlem nedělá.“ (Antonie)

„Máma neustále řešila váhu. Od malička jsme (se sestrou) na nějaké dietě. I když jsme sportovaly, byly jsme silnější. Když jsem měla hlad, řekla mi, ať si třeba vezmu jablko. Nebo říkala, že když zhubnu, vše bude lepší a že kdybych zhubla 5 kg, byla bych hezčí.“ (Miriam)

„Máma taky držela nějaký diety, třeba takový ty mlékový diety. Nebo třeba před dovolenou 14 dní držela režim, aby jela vyrysovaná. Často jsem slyšela od ní kritiku na sebe samu. Vždycky jedla míň, ale myslela jsem si, že je to normální.“ (Leona)

„Moje máma je celiak, ale strašně dlouho to nevěděla a často jí bylo strašně špatně. Vyrostla jsem v tom, že je někomu po jídle špatně a že je to normální.“ (Debora)

„Moje babička byla vždycky přísná na vzhled. Kontrolovala, jestli působíme dostatečně jako dívky. Správná dívka má mít upravené nehty, vlasy. Já takový typ holky nikdy nebyla. To stejný bylo u jídla. Kluci mohli dostat větší porci, holky jen menší, aby nebyly tlusté.“ (Laura)

Deboru rodina ovlivnila i jiným směrem. Zmínila, že doma panovala nepříjemná situace, měla silné úzkosti a byl to její způsob volání o pomoc, který strašně dlouho nebyl slyšený. Mimo to měl manžel její mámy nevhodné narážky nejen na vzhled Debory, ale také na vzhled její mámy. Debory máma porodila třetí dítě, a i přes diety a cvičení neměla takovou postavu jako dříve a často na její konto od svého muže slyšela nevhodné poznámky. *„Hodně jsem přemýšlela nad tím, jestli si půjdu do kuchyně natočit vodu, natož si tam jít vzít jídlo nebo si ho tam jít připravit.“* (Debora)

Nevhodné narážky na své tělo doma slýchala i Paulína a Miriam. Lýdie dále zmínila, že jedna strana její rodiny tíhne k PPP a jiným závislostem. Naděžda uvedla, že rodiče jejího táty často komentují nevhodnými narážkami postavy jiných lidí. Naděžda si ovšem nemyslí, že by jí to ovlivnilo.

Okolí

7 respondentek zmínilo, že často slýchaly nevhodné poznámky na svůj vzhled. Jednalo se o poznámky od spolužaček (Antonie, Naděžda) či od třídního učitele (Debora). *„Spolužačka mi řekla, že mám velkej zadek. Do té doby jsem moc neřešila, co jím, nebyla jsem tlustá, ale pak jsem o tom začala přemýšlet a od té doby se to vezlo.“* (Antonie)

Viola začala hubnout na popud přítele, který ji řekl, že přibrala a velmi se mu to nelíbí. Přítel se s Violou po 4letém vztahu rozešel, nečekala to. *„Nezvládala jsem ten rozchod úplně dobře, takže jsem se pak upnula na to cvičení. Chtěla jsem dobře vypadat nebo jemu ukázat. To už přesně nevím.“* Další dvě respondentky, Miriam a Laura, byly nešťastně zamilované do chlapců, kteří jejich lásku neopětovali a dívky si myslely, že je to z důvodu jejich vzhledu a rozhodly se zhubnout.

Nespokojenost se svým tělem

4 respondentky uvedly, že jeden z důvodů vzniku PPP byl i ten, že se necítily dobře ve svém těle. *„Nepřišla si dost dobrá v tomhle a tamhle... Takže se to z toho vnitřního já přeneslo na to vnější.“* (Antonie) & *„Asi jsem si chtěla připadat výjimečná. Ze začátku mi všichni říkali, jéé, tobě to sluší. Dokonce i babička mě pochválila.“* (Naděžda)

Leona uvedla, že přehnaně řešila, co si o ní budou myslet jiní lidé (např. paní prodavačka v obchodě). *„Zdalo se mi, že jsou všichni hezčí.“* Lýdie si připadala mezi ostatními dívkami na aerobiku větší. *„Jsem si myslela, že je semnou něco špatně, protože všichni kolem mě byli drobnější a víc holčičí.“* U Miriam to byla reakce na chování od jejího přítele, který ji podváděl. *„Dávala jsem si to za vinu, a říkala jsem si, že když budu hubenější, tak se to dít nebude.“*

2.3.2 Zakázané potraviny

Všech 9 respondentek uvedlo, že měly stanovené potraviny nebo jídla, která si zakázala konzumovat. Tento list u všech dívek zahrnoval konzumaci sladkostí, cukru, smaženého jídla, jako je fast food, hranolek, řízku apod. Polovina respondentek měla problém jíst tuk (máslo, olej), přílohy, bílou mouku, omáčky a knedlíky.

„Byl rodinný oběd, omáčka s knedlíkama. A to byl problém. Musela jsem to do sebe nacpat, protože tam seděli ti rodiče a nic jinýho mi nezbyvalo, ale v hlavě jsem furt myslela na to, že ježiš marja, teď jím knedlíky, teď je vše v háji.“ (Antonie)

„Něco jsem pekla a neměla jsem med nebo hnědej cukr a byla jsem strašně překvapená, jak strašně jsem ve stresu z toho, že mám použít obyčejnej bílej cukr.“ (Debora)

Lýdie se během léčby stravovala vegansky čili veškeré ne veganské potraviny pro ni byly zakázané. *„Nevníkala jsem je jako jídlo. Neměla jsem teda pocit, že si něco zakazuju.“*

Miriam si od začátku zakazovala jíst širokou škálu potravin. *„Povolená byla tak nějaká zelenina, bílý jogurt. Všechno byly kalorie, všechno bylo špatný.“* Jakmile se u Miriam projevila mentální bulimie, stanovila si nový list zakázaných potravin. *„Člověk postupně zjišťoval, co jde lepěji zvracet. Pečivo nejde tak snadno, jak třeba zmrzlina. Člověk pak měl zakázaný potraviny pro zvracení. Nedám si to, co půjde špatně, ale dám si to, co půjde snáze.“*

Opětovná konzumace zakázaných potravin během léčby

Všechny respondentky uvedly, že opětovná konzumace těchto potravin byla klíčová pro jejich léčení. Účelně tyto potraviny vyhledávaly a konzumovaly, aby dokázaly překonat stran z jejich jedení. Tuto metodu praktikovala i Leona, která účelně zařazovala téměř denně do svého jídelníčku jídlo, kterému se předtím vyhýbala. *„To, co si člověk řekl, že je nezdravý a že by neměl, dokud máš to omezení v hlavě, tak tím víc po tom toužíš, protože je to to zakázaný.“* Přiznává, že ne vždy to bylo úspěšné, častokrát se stalo, že se přejedla, ale vždy, když se jí to povedlo, cítila velkou radost a konzumaci dané potraviny si znormalizovala.

Paulíně, Lýdii a Lauře v opětovné konzumaci potravin pomohlo počítání si makroživin (bílkovin, sacharidů a tuků) a díky tomu přesně věděly, kolik potravin během dne snědly. Na jedné straně je to výhoda, protože člověk ihned zjistí, že nějaký den nesnědl tolik potravin, kolik měl. Na straně druhé to může být omezující. *„Měla jsem to nastavené tak, že si to můžu dát v případě, že se mi to vleze do příjmu.“* (Lýdie)

„Mě v tomto hodně pomohl koučink, kde se dávají výzvy a úkoly na další týden.“ Lýdie popisovala, že v momentě, kdy člověk sní zakázanou potravinu, často se cítí špatně. *„Člověk neví, jestli udělal dobře, jestli se tak má cejtít. Jestli to vůbec k něčemu bylo? Že se radši zítra vrátí k té své zajeté jistotě.“* Výhodou je to, že po konzumaci je tu koučka pro ni a společně si o tom můžou popovídat a podrží ji.

5 respondentek uvedlo, že jim v opětovné konzumaci pomohlo i vědomí, že okolí tyto potraviny konzumují, a přitom jsou štíhlí. Tento fakt si uvědomila Miriam i Leona. *„Když tak žijí ostatní lidi a nejsou tlustí, tak přece já nemůžu být výjimka.“* & *„Lidi vypadají dobře a jedí mnohem víc než já, je to možný.“*

Zařazení dříve zakázaných potravin zpět do jídelníčků

U všech respondentek je zaznamenána opětovná konzumace dříve zakázaných potravin. Ačkoliv zdravé a průmyslově nezpracované potraviny stále tvoří základ příjmu u všech dívek, pokud mají na danou potravinu chuť, dají si ji a jejich

konzumace není doprovázena nepříjemnými pocity, jako tomu bylo dříve. Kromě jedné dívky, 8 respondentek uvedlo, že jim ve změně nejvíce pomohlo zjišťování si informací na internetu a sebevzdělávání se v dané oblasti. Přesněji pak zjištění poznatků o tom, proč je důležité určité potraviny jíst a jak funguje lidské tělo. *„Už mi nejde o to, tady honit formu, ale jde mi o to vyživovat to tělo. Přenastavila jsem si to, že když si dám jednu nebo dvě buchty, že je to v pohodě. Nepokazí to formu. Dřív jsem si myslela, že když to sním, pokazím celej režim a já chtěla perfektní režim.“* (Leona)

Dále pak v příbězích jiných dívek, které trpěly PPP a které kladly důraz na důležitost opětovné konzumace. *„Začala jsem sledovat lidi, který si tím procházej a hodně to tam zmiňovali. Dát si to i ve chvíli, kdy cítíš, že je to špatně, aby sis zvykla na to to jíst. Tak jsem to zkusila.“* Podobný názor jako Viola zastává i Lýdie. *„Povedlo se mi tak nějak pře naučit ten mozek, že je to v pohodě.“*

Paulína a Viola zmiňovaly, že se bály konzumovat tuk, protože měly v hlavě nastavený program, že sníst tuk, znamená přibrat tuk. Až díky informacím zjistily, že přeměna živin v těle nefunguje na tomto principu. Důležitost jedení tuku si uvědomuje i Naděžda. *„Ted' už vím, že tuk je důležitý hlavně i pro ženy kvůli vitamínu. Pořád nemám menstruaci a k tomu, aby mi začla musím přibrat tuk.“* Ze zdravotních důvodů začala potraviny konzumovat i Debora. *„Bylo to silný to vědomí, že mám hlad z toho, že nejím přílohy a nejíst přílohy je pro mě špatný, protože jsem díky tomu nemocná.“*

2.3.3 Ideál krásy

Další oblastí, na kterou směřovaly otázky výzkumu, byl ideál krásy. Všechny respondentky uvedly, že před PPP považovaly za ideál krásy hubené, jemně svalnaté tělo, ideálně s plochým břichem, štíhlými nohama a mezerou mezi stehny. U všech žen se tento ideál krásy v léčbě PPP proměnil. Začaly se jim více líbit zdravější, svalnatější a více ženské postavy.

„V posilovně (před léčbou PPP) se ke mně dostalo, že někdo říkal, že vypadám fakt skvěle, a to a já jsem si jen říkala, tý jo, ale za jakou cenu? Kdy já se bojím jít i ven, abych tam nemusela

něco jíst. A vlastně jsem záviděla někomu, kdo si jen tak řekne, hele je mi to fuk, já si teď jdu koupit kebab.“ Viola dále uvádí, že v té době byla se svou postavou spokojená a ráda by tak vypadala znovu. „Ideál je pro mě to, jak jsem vypadala tenkrát. Jediný, co mě to tam kazilo bylo to, že jsem neměla tu menstruaci a věděla jsem, že to takto není dobře. (...) Já vlastně nevím, jestli jsem schopná se na to dostat bez toho, aniž bych znovu měla takový problém.“

„Když jsem začala přibírat, měla jsem stavy, kdy jsem byla nešťastná. Mám prostě pořád v sobě, že se mi musí líbit moje tělo, abych byla šťastná. Snažím se od toho opustit, ale pořád se mi to nedaří. Třeba když projdu kolem zrcadla, tak se musím kouknout.“ (Antonie)

„Přibírání pro mě bylo nepříjemný. I když jsem to brala pozitivně (vyspělé ženy) a líbily se mi, tak jakmile jsem tou změnou měla projít já sama, tak to pro mě bylo těžký.“ (Lýdie)

„Teďka je můj ideál krásy dostat se do takové postavy, kdy si řeknu, že jsem s tím úplně v pohodě. Není to 100 %, ale měsíc, dva, mám ráda takovou postavu, jaká je. Chodím do posilovny, ale zároveň si dopřávám jídlo, jaký chci a neizoluju se od lidí.“ (Miriam)

„Naučila jsem se být spokojená s tím, co mám. Neříkám, že miluju svoji celulitidu, ale prostě ji mám. Ale to tělo funguje, jak má a drží mě to je skvělý.“ (Leona)

„Ideálem krásy by mělo být moje tělo, ale pořád tomu tak není. Představa, že bych měla být oplácaná je pro ni pořád hodně těžká. Pořád koukám na holky okolo sebe, jestli nemám i větší nohy než ony.“ (Debora)

Některé respondentky v ideálu krásu již nevidí pouhý fyzický vzhled těla, krása pro ně znamená jiná kritéria, například spokojenost daného člověka. *„Každý, kdo je jak spokojený ve svém těle. Ať se cítí zdravý, má energii, má chuť se smát a být s lidma, který má rád (v rámci zdravé váhy).“ (Laura)*

„Předtím jsem krásu vnímala výhradě skrze fyzický vjem. Teď je to pro mě hlubší a za ten ideál krásy nepovažuji pouze to, jak tělo vypadá. Víím, že dokázalo mnoho věcí. Podle mě je důležitý, aby ten člověk byl hlavně spokojený sám se sebou, aby se v tom těle cítil dobře. A líbí se mi hodně ženské tvary, zadek, boky. Proti těm jsem dříve až fakt bojovala.“ (Paulína)

„Mě se líbí každá žena. Já už nerozlišuju ženy, jestli jsou hubené, tlusté, štíhlé, ale já беру ženy tak, jak jsou. Ať má zadek nebo boky. Je to každého věc. I proto moc nemám ráda tu rodinu od taťky. Mě totiž mrzí, že přes to, že ví, čím jsem si prošla, že jim je to jedno. Jim přede mnou není blbě mluvit o hubnutí, o tom, že ta ztloustla, že ta vypadá.“ (Naděžda)

Co stálo za změnou ideálu krásy?

Všechny respondentky uvedly, že v první řadě uvědomění, že zdraví je opravdu důležitější než vzhled. *„Postava nyní není na prvním místě. Tím, jak se léčím a jím víc, a ještě budu přibírat, tak jsem to, jak vypadám musela dát stranou. Zdraví je a bylo pro mě důležitější.“ (Viola)*

„Hubené tělo není zdravé, má to několik problémů a já sama vím, co to obnáší. Nechci lidi rozlišovat podle vzhledu. Každý má nějaké trápení, a i když je někdo silnější, tak třeba ho to taky trápí a chtěl by s tím něco dělat, jen to třeba nevoládné.“ (Naděžda)

Mezi další časté odpovědi se řadilo prožití špatné životní zkušenosti, uvědomění si priorit v životě, změna myšlení v rámci dospívání, sebe vzdělávání v rámci čtení článků či příspěvků na Instagramu. *„Už to není ta hubenost, ale vnímat hodnotu toho člověka v něčem jiném. Nemít ideál krásy v podobě těla, ale spíše v přirozenosti, ve zdraví toho dotyčného člověka.“ (Lýdie) & „Je to nastavením v té hlavě. Mě potom časem došlo, že je vlastně úplně jedno, jaké mám číslo na té váze, ale že záleží, jak se sama cítím vnitřně.“ (Laura)*

„Nejsem už tolik orientovaná na to, co si myslí ostatní, ale snažím se víc myslet na sebe. Jasně, že se mi líbí hodně postav, ale vím, že tak nemusím nutně vypadat. Já ani tak vypadat nemůžu, nemám k tomu předpoklad. Jakou mám teď postavu je pozitivum, protože díky tomu můžu mít to všechno, co mám. Když budu spokojená v jiných sférách, budu spokojená i sama se sebou.“ (Miriam)

„Dřív jsem chtěla nereálný věci. Píchala jsem do vzhledu namísto abych si uvědomila, co mě vadí. Proč si připadám nehezka? Když každý má něco, každý je originál. Spíše jde o ty zážitky, a to, že nějak člověk vypadá je dobré přijmout. Přijetí těch věcí, co jsem neměla ráda, to bylo ale

fakt těžký.“ Leona začala cvičit a díky tomu se jí její postava začala více líbit. „Když na sobě budu makat, můžu z těch nedostatků vytvořit ty přednosti, a ještě mi to dělá radost.“

Antonie mi vyprávěla, že spolu se sourozenci rádi skákali na poli po balících sena a jednoho dne šli opět skákat. *„Já byla unavená jen, než jsme tam došli a pak jsem nemohla vylízt na ten balík a voni tam skákali a já tam neskákala, protože jsem na to neměla energii. Já tam jen stála a koukala jsem na ně.“* Tento zážitek pro ni byl jeden z impulsů k léčbě.

2.3.4 Vnímání vlastního těla

Oblast vnímání vlastního těla je mimo samotnou oblast vzdělávání tou nejrozsáhlejší částí výzkumu. Výsledky výzkumu ukázaly, že to, jak respondentky samy sebe vnímaly, velmi ovlivnilo jejich jídelní návyky, psychiku a postoj k sobě samým. I z tohoto důvodu vnímám důležité se touto oblastí detailněji zabývat a pokusit se nalézt zlomové okamžiky, které by bylo možné napravit včasnou prevencí nebo pomocí vzdělávání.

Všechny respondentky uvedly, že ke svému tělu měly během PPP vytvořený negativní vztah. Míra negativního přesvědčení se individuálně lišila, ale žádná žena samu sebe a své tělo během PPP nejen, že neměla ráda, ale ani ho nepřijímala. Všechny respondentky zmínily, že si připadaly tlusté, ošklivé, nedostatečné hubené a měly velmi zkreslenou představu o svém těle. 6 respondentek uvedlo, že v počáteční fázi hubnutí se sami sobě líbily, každopádně tato fáze trvala několik málo týdnů, poté to u všech žen přešlo v negativní vnímání sebe sama.

Viola byla jedna z respondentek, které se její tělo v počáteční fázi líbilo. *„Zpětně kdy se na to dívám, tak fakt to má člověk zkreslený v té hlavě v tu chvíli. Měla jsem pocit, že je to špatný, ale přitom jsem měla o 10 kg míň než teď. Teď si říkám, že jsem vypadala fakt dobře.“*

„Já jsem objektivně viděla, že jsem zhubla, nemohla jsem nosit oblečení, co jsem dřívě nosila, strašně to plandalo. Měla jsem oblečení o jedno až dvě čísla menší, i velikost XS mi byla velká. Ale já se takhle hubená prostě neviděla.“ Zkreslenou představu o sobě samé mimo Paulíny popisuje i Naděžda. *„Když jsem pak hodně zhubla, tak jsem to už neviděla. Já jsem prostě*

viděla jen to, že musím ještě zhubnout.“ Zkušenost Laury je velmi podobná. „Vnímala jsem se úplně zkresleně. Okolí to vidělo, ale já to neviděla. Tady mám špek, mám takové stehna, na to se nedá dívat. Hledala jsem ideál, který jsem tam neměla.“ Miriam měla pocit, že má pořád co hubnout. Vadil jí i 1 cm přetékající kůže u břicha, když seděla. „Vnímala jsem, že mám tak tlustý stehna, že si na tu nohu nemůžu položit ani ruku, jak je to hnusný.“

„Cítala jsem se úplně strašně, nesnášela jsem se. Neustále jsem o sobě smýšlela špatně, nadávala jsem si, nebyla jsem spokojená.“ Podobné pocity, jako měla Lýdie cítila i Debora. „Cítala jsem se velce, těžce a nedobře. Hlavně, když jsem pak vážila nad 60 kilo, tak to bylo peklo a cítila jsem se příšerně.“

Leona sdílela zkušenost, když během anorexie měla 39 kg a za měsíc a půl vlivem záchvatovitého přejídání přibrala 10 kilogramů. Měla pocit, že to ti spolužáci ví a soudí ji. Navíc měli nepříjemné poznámky typu, konečně vypadáš jako ženská, konečně ti to zase sluší. Přiznává, že to nesla velmi negativně. *„Ráno jsem se soukala do těch džín, kam jsem dávala ty nohy, který se mi nelíbej. Po tom, co jsem se přejedla, tak jsem si říkala, že všichni to v tý škole věděj. Takže jsem si raději vzala nějakou volnej svetr.“*

Respondentky zmínily, že jejich váha hrála velkou roli v tom, jak se ve svém těle cítily a jak byly spokojené. Antonie svůj postoj popsala následovně. *„Mě se líbilo to číslo na váze, v zrcadle jsem stejně nebyla spokojená. Neměla jsem takový tělesný proporce, který bych chtěla. A stejně mi to štěstí ve finále nepřineslo.“* Na nebezpečí orientování čistě podle váhy upozornila Laura, která se sama tímto číslem velmi řídila. Často se ve článkách zmiňuje, že lidé s anorexií mají velmi nízkou váhu, ovšem už málo autorů tam zmíní, při jaké výšce danou váhu mají. *„Sama jsem četla o anorexii a říkala jsem si, že to se mě vůbec netýká. Hodně jsem se tam řídila těma číslama, že to musíš mít pod 50 kg abys byla anorektička. Tak jsem si říkala, že to já nemám, že jsem v pohodě, ale nikdy jsem nepřemýšlela jsem nad tím, že mám skoro 180 cm.“*

Pozitivní zprávou je, že všechny respondentky své tělo nyní přijímají, mají ho rády nebo se vztah jejich k tělu výrazně zlepšil. I když jsou si vědomy svých nedokonalostí

a ví, co by rády na sobě zlepšily, aby byly skutečně spokojené, jsou orientované primárně na to, aby byly zdravé a aby jejich tělo správně fungovalo.

Ze všech respondentek má největší problém s přijetím svého těla Viola, která jako jediná žena v tomto výzkumu netrpěla mentální anorexií, ačkoliv sama přiznává, že některé příznaky se objevovaly. To, že Viola nepřijímá své tělo ovlivňuje vícero aspektů v jejím životě, i její partnerský život. *„Před rokem jsem měla vztah a vlastně se do něj promítl ten můj problém. Myslela jsem si, že tím vztahem ten problém vyřeším, ale spíš jsem kvůli tomu ten vztah zničila.“* Zmínila, že si vůbec nepřipadá atraktivní a kdyby přišel někdo, komu by atraktivní přišla, pomohlo by mi to.

Srovnávání sebe samých s jinými ženami

Vyjma jedné respondentky se zbylých 8 žen srovnávalo s jinými ženami v jejich okolí, na sociálních sítí, převážně pak na sociální síti Instagram. Nejčastěji respondentky srovnávaly svůj vzhled, jiné srovnávaly vícero aspektů. Všechny účastnice výzkumu si kvůli tomuto srovnání přišly méněcenné. Naštěstí i v této oblasti se v rámci léčení jejich názor změnil.

Zajímavý pohled na věc poskytla Viola, která se srovnává pouze sama se sebou, totiž se svým minulým já. *„Já vím, že nebudu vypadat jako někdo jinej, ale já teď sebe srovnávám s tím, jak jsem vypadala před 3 lety. S tím jsem byla spokojená, a tak bych chtěla vypadat.“*

Paulína je jedna z těch respondentek, které se srovnávaly i z hlediska množství sněženého jídla. *„Narazila jsem na instagramový profil jedné slečny, která psala, že snídá 30 gramů vloček. Od té doby i já mohla snídat jen 30 gramů.“* Naděžda zmiňuje, že doteď má problém zkonzumovat větší porci jídla, než sní její máma nebo sestra.

Jeden z faktorů, proč se Miriam neustále srovnávala a nepřipadala si dostatečně krásná, byl její bývalý přítel. Ačkoliv ji říkal, že je pro něj ta nejlepší, opakovaně ji podváděl, což pro ni bylo velmi náročné. *„On lajkoval ty holky na Instagramu a teď si říkáš bruneta s vysportovanou postavou, na takovou vůbec nemám, proč je semnou. Člověk si hledal ty důvody ale sám. Nemohl za to jen on.“* Miriam dodává, že v současnosti se tolik

neporovnává a přiznává, že je to možná z důvodu toho, že nyní je nezadaná. Podobné myšlení zmínila i Laura, které dříve zaujímala postoj, že kdyby vypadala jinak, byla by určitě spokojenější a bylo by i jednodušší najít si partnera. Viola taktéž vnímá svůj vzhled v rámci mužské optiky. *„Já teď už vím, že kdyby mě odmítl kluk na základě toho, jak vypadám, že jsem třeba tlustá, tak vím, že to není moje chyba, ale spíš jeho. Mám nějaký svoje hodnoty a vím, že můžu být dost dobrá ať jsem hubená, nebo ne.“*

Změna v potřebě srovnávání se s jinými ženami

Všechny účastnice výzkumu uvedly, že nyní se s jinými ženami srovnávají méně. Více si začaly vážit samy sebe a svého těla. Této změny dosáhly v rámci vlastního sebe rozvoje, informací na internetu a odborné pomoci.

To, že není správné srovnávat svoji krásu s krásou druhých žen zmínilo několik respondentek. *„Už to neberu tak, že ona je krásnější a já tím pádem krásná nejsem. Prostě i když vidím, že ona je krásnější, neznamena to, že já bych tím ztrácela tu svou hodnotu. To je důležitý si uvědomit. Ale nebudu lhát. I nyní se dívám na nějakou slečnu a někdy prostě hluboko uvnitř cítím, že jí tu její krásu závidím. Vím, že takhle nikdy krásná nebudu.“* (Paulína)

„Dřív jsem pociťovala závist vůči tomu, že ona je fakt nádherná a proč taková nejsem já? Cejtla jsem, že ji fakt závidím. Teď spíš dám kompliment, když se mi líbí, ale jak jsem spokojená sama se sebou, tak mě ani nenapadne hanit samu sebe. Cizí krása neznehodnocuje tu naši.“ (Leona)

„Vidím hubenou holku, pořád si řeknu ty brd'o. Ale už vím, že sekundární myšlenka, kterou tam musím poslat je seš v pohodě taková jaká seš a vůbec to nemusíš řešit. Ta žena je krásná, ale nemusíš to srovnávat.“ (Debora)

I když u Antonie byl jistý pokrok, přiznává, že má tendenci se stále porovnávat. *„Koukám na její tělo a vybavím si svoje tělo a porovnávám ho, že třeba ona má užší pas. Už je tam ta pochybnost, že to není v pohodě a že bych s tím měla něco dělat, protože ona vypadá líp.“* Antonie zmiňuje, že si myslí, že dokud se nezačne zcela přijímat, nejen, že se to nemůže zlepšit, ale dokonce, že se z PPP ani zcela nevyлéčí. *„Myslím si, že právě jestli někdy do téhle fázi dospěju, tak si možná potom budu moct říct, že jsem zdravá.“*

Instagram hrál u 5 respondentek velkou roli, jelikož si při prohlížení jeho obsahu často připadaly méněcenné. „Všude samý hubený holky, ideály krásy, a toto jsem konzumovala a přišlo mi to normální takhle vypadat.“ Takto to popsala Lýdie. Změna u nich nastala v momentě, kdy se rozhodly přestat sledovat určité účty, a naopak se zaměřila na příspěvky, které propagovaly a normalizovaly běžná těla bez filtrů, retuší apod.

Miriam ke změně pomohlo uvědomění, že má nějaké limity a předpoklady těla a ty změnit nemůže. Podobně k tomu přistoupila i Leona, která úmyslně začala před zrcadlem cvičit pouze ve spodním prádle a díky tomu se naučila své tělo plně přijímat i s těmi nedokonalostmi jako jsou strie nebo celulitida.

2.3.5 Sebeláska (nebo také sebeúcta či sebezpřijetí)

Všechny dotazované uvedly, že během PPP cítily negativní vztah ke svému tělu a neměly se rády. Zároveň uvedly, že ačkoliv stále existují aspekty, které by na sobě rády změnil, nyní již mají samu sebe a své tělo rády. „Já o sobě dokázala říct, že se mám ráda až tak po 3 letech od vyléčení. Během léčby jsem se neměla ráda, ale už jsem se přijímala. A mně to v té době stačilo. Já se předtím nesnášela a jen to, že jsem samu sebe a mé tělo dokázala přijmout, tak pro mě to bylo něco, co jsem nedokázala dobrých 12 let.“ (Paulína)

„Mám se ráda a snažím se oceňovat i za jiný věci než za to, jak vypadám. Během PPP to tak nebylo. Tam to, jak jsem člověk šlo stranou. Sebeláska spočívala v tom, jak vypadám. A nelíbilo se mi, jak vypadám, takže tam žádná sebeláska nebyla.“ (Miriam)

„Mám samu sebe ráda. I s těma nedokonalostma. Přijímám je a respektuje je. To tělo je nejvíc, a to že budeš mít dolíček na stehnu je nic proti tomu, že tu můžeš běhat po světě.“ (Leona)

„Mám hrozně silné tělo, protože hodně holek zkolabuje, nebo mají selhání organismu. Přitom já byla na těch 30 kilech. Všichni mi říkali, že je to hraniční se smrtí a neumřela jsem. Nezkolabovala jsem. Hodně si toho vážím.“ (Naděžda)

Viola, Antonie, Lýdie a Debora (v tomto pořadí) to shrnuly výstižněji. „Občas nemám ráda to, jak vypadám, ale to, jaká jsem, co dělám, co dokážu. Jo, mám se ráda.“ & „Chtěla bych si říct, že se mám ráda na 100 %, ale zatím to tak není, ale radši se mám.“ & „Přijímám se

taková, jaká jsem. To sebezpřijetí je pro mě hodně důležitý, pak to můžu budovat dál.“ & „Mám se ráda. Skáče mi tam moc ale. Ale jo, mám se ráda.“

A co se v jejich životě změnilo, že se začaly mít rády?

Všechny dotazované uvedly, že podstatnou roli v jejich cestě za sebeláskou hrálo vzdělávání. Zmíněny byly články na internetu, příspěvky ohledně pozitivního vnímání svého těla a sebelásky na sociální síti Instagram, videí na Youtube, poslouchání podcastů či čtení sebe rozvojových knih. Významnou roli hrála taky skutečnost, že dívky měly zájem se sebevzdělávat a rozvíjet, což jim pomohlo změnit jejich myšlení a vnímání vlastního těla. Přestaly vnímat svůj vzhled jako primární zdroj své sebelásky, ale pozornost zaměřily na svou vnitřní stránku, na své schopnosti, úspěchy a na svou osobnost. Taktéž jim pomohlo uvědomění si, že v životě chtějí být opravdu šťastné a chtějí dělat všechny ty věci, které je naplňují a nechtějí ve svém životě řešit jen a pouze jídlo a jeho dopad na svoji postavu. Ačkoliv všem ženám vzdělání v sebelásce pomohlo, je důležité nezapomínat na velmi důležitou informaci, kterou zmínilo několik respondentek. Přečíst si a znát dané informace nestačí. Člověk musí změnit své myšlení, aby opravdu sebe a své tělo začal vnímat odlišně. Je tam nutná podmínka chtění a dobrovolnosti.

„Musela jsem se srovnat s tím, že nevypadám tak, jak chci a vidět i jiný věci. Trénovala jsem na půl maraton, uběhla jsem ho a pomohlo mi, že jsem to dokázala i v tomto psychickém stavu. Začala jsem si sama sebe vážit a mrzelo mě, že se tak trápím.“ (Viola)

„Spíše než na to, jak vypadám, se zaměřuji na to, co dělám, jestli dělám věci, který mě naplňují. Zažívám přes den radost? Směju se? To mi přináší více radosti než vzhled. Strašně dlouho jsem se nesmála, byla jsem hodně negativní a smutná a potom najednou, když jsem se po sto letech zasmála, tak pro mě to byl tak silnej emocioní zážitek, kterej mi totálně rozjasnil ten den, kdy jsem si řekla, týjo, tak toto chci prožívat častěji.“ (Lýdie)

Debora popsala svou zkušenost se skupinovou terapií, která ji pomohla k uvědomění si a přerámování převzatých vzorců z rodiny, což mělo za následek zlepšení vztahu sama k sobě. „Člověk tam mohl slyšet to, co neslyšel od rodičů. Třeba to, že je dost dobrý.“

Mezi další aspekty v rozvoji sebelásky respondentky uvedly afirmace, psaní si deníku či podpora okolí. Mezi nimi je i Laura. „Když to přišlo jako impulz z mé vlastní hlavy, tak jsem si vždycky říkala, je da přeháníš, nemůžeš si takové věci říkat, jsi sobecká. Když s tím přišel někdo druhý, tak jsem si začala uvědomovat, aha, tak asi jo.“

2.3.6 Reagování na nepříjemnou životní situaci

Bohužel i v tomto případě jsou výsledky výzkumu jednoznačné. 9 respondentek řešilo nepříjemné situaci ne-jedením (v případě mentální anorexie) nebo naopak zvýšenou konzumací potravin (v případě záchvatovitěho přejídání) a současně se všechny dotazované tímto nezdravým chováním, část vědomě a část nevědomě, trestaly za něco, co podle nich nefungovalo v jejich životě zcela optimálně. „Cejtla jsem se, že nemám pod kontrolou ten svůj život, protože se tam něco pokazilo, tak jsem se vrátila ke kontrole nad tím jídlem.“ (Lýdie)

„Lidi vnímají anorexii, že jde jen o to, že člověk nejí a je hubenej, ale spíš je to utíkání od těch problémů, od té reality, stejně jako třeba drogy nebo alkohol. Měla jsem pocit, že nejsem dost dobrá, že nejsem hodna lásky a dalších věcí, a trestala jsem se skrze to, že jsem nekonzumovala ty potraviny. A jenom tehdy, když jsem na sebe byla přísná a zakazovala jsem si to, tak mi to přišlo spravedlivé, že já si to vlastně nezasloužím.“ (Paulína)

„Bylo to o tom, že tam (ve vypjatých situacích) nebyl další bod, kvůli kterému bych se musela cítit špatně. Když bych se najedla, byl by tam další aspekt, který bych si mohla vyčítat.“ (Debora)

Viola a Leona popsaly jejich myšlenky ve spojitosti se záchvatovitým přejídáním. „Dneska jsem strašně ve stresu, stalo se tohle a tamto a já mám chuť si dát čokoládu. Potřebuju se tím utěšit. Častokrát jsem nějaký špatnej den vyloženě zajedla jídlem“ (Viola)

*„Vidíš na Instagramu ty zadky, hezký těla a pak jdeš a koukneš se na sebe a řekneš si ty kokos a ten pocit ve mně vzbudil, že nejsem dost dobrá a šla jsem se najíst, i když to nedávalo smysl. Máš pocit, že nejsi dost dobrá, dost hezká, dost chytrá, ale hlava ti stejně říká, tak se přežer ať seš ještě víc v p****i.“ (Leona)*

Vyřešení psychického problému, jako zamezení vzniku poruch příjmu potravy

Jednalo se o nezdravé vzorce chování až psychické problémy, mnoho žen trpělo úzkostnými stavy, měly špatné vztahy v rodině a nepřijímaly sebe samou. V rámci výzkumu vznikla otázka, kdyby se tyto problémy včas podchytily, jestli bylo možné předejít vzniku PPP. Zde se odpovědi různily, každopádně všechny respondentky se shodly na tom, že pokud by byly schopné změnit své myšlení, pomohlo by jim to. Velkým problémem zůstává, že ačkoliv ví, že by jim to pomohlo, nemyslí si, že by v té době dokázaly pomoc přijmout a vyřešit ty dané problémy a změnit své myšlení. *„Kdybych v sobě měla zpracované ty věci, asi bych PPP netrpěla, ale otázka je, jestli bych došla k tomu, že je potřeba něco řešit. Až když jsem se začala více vzdělávat tak jsem si uvědomovala, co je za tím. Během PPP jsem ty příčiny neviděla.“ (Paulína)*

Miriam zaujímá názor, že by terapie pomoci mohla, ale na druhou stranu si člověk často neuvědomuje, že nějaký problém má, dokud se něco nepříhodu. *„I to nízké sebevědomí, to má několik žen kolem nás. Nevěděla jsem, že by z toho vzniknout něco většího.“*

2.3.7 Vzdělávání jako způsob léčby poruch příjmu potravy

Odpověď na otázku, zda vzdělávání může pomoci během léčby PPP, je pro tuto diplomovou práci stěžejní. Výsledek výzkumu ukázal, že vzdělávání může být využito při léčbě PPP. Každé respondentce vzdělávání pomohlo na cestě k jejímu uzdravení. Jedná se o velmi širokou oblast, jelikož do vzdělávání (v rámci této práce) můžeme řadit formální vzdělávání, což mohou být informace získané ve škole. Do skupiny neformálního vzdělávání patří např. návštěva přednášek od vzdělávacích institucí a třetí skupinou je informální vzdělávání, což mohou být informace získané v rámci příspěvků sociálních sítí, knih, podcastů, článků na internetu apod.

„Vzdělávání má ohromný smysl, může to hodně pomoci v rámci pochopení nemoci a v čem spočívá ta léčba. Že nestačí přibrat jen na konkrétní váhu, je třeba ten mozek přeučovat a zpracovávat traumata. O váze to je, ale nejen o tom.“ (Lýdie)

„I kdyby to mělo miniaturní dopad na toho člověka, tak to smysl má. Cokoliv, co tomu člověku jen trošku pomůže ukázat, že takový témata existují. Člověk má zúžený pohled jen na jednu jedinou věc, na jídlo.“ (Miriam)

„Ti lidi, kteří do toho spadnou (do PPP), netuší, co to je. První tři měsíce to bylo oukej, pak přišly zdravotní problémy. Vypadávaly mi vlasy, nemohla jsem spát a až pak mi došlo, že týjo, tam je asi nějaký problém. Kdyby po měsíci o tom semnou někdo začal mluvit, šlo by to zvrátit mnohem dřív a pak by nenásledovala to, co následovalo.“ (Leona)

I Debora vnímá vzdělávání za velice hodnotné a přínosné. *„Dokud nevidíme za ty vlastní zdi, té rodiny, toho původu, do té doby je to pro nás normální. A je jedno, jestli se tam odehrává fyzický nebo psychický týrán nebo je to láskyplný domov. Ve chvíli, kdy se začneme vzdělávat a vidíme za bariéru té rodiny, tak v tu chvíli se to pole normalnosti rozšíří. Můžeme si uvědomit, že to chceme dělat jinak nebo že to normální vlastní není.“*

Paulína vnímá vzdělávání jako velmi důležité, ale zároveň zmiňuje, že by to měla být jen jedna část léčby a je vhodné celou situaci konzultovat s odborníkem. *„Ale jako podpurný způsob je to podle mě až nezbytné. Já abych se vyléčila, tak jsem musela totálně změnit svou mysl, přemýšlení o jídle, o sama sobě, a toho jsem docílila právě pomocí těch informací. To není tak, že se znovu něco přepne v té hlavě a vy to začnete vnímat zdravě. Je za tím hodně práce.“*

Aby vzdělávání mohlo být využito v rámci léčby PPP, je třeba splnit podmínku toho, že musí být zcela dobrovolné a chtěné. Až v momentě, kdy se dotazované chtěly samy léčit, byly informacím o PPP otevřené. Do té doby je nevnímaly za relevantní nebo se jimi neřídily. Stejně tak to měla Laura. *„Vzdělávání může pomoci, ale musí si to člověk uvědomit a něco s tím chtít udělat. Když to přijde moc brzo a ten člověk se nechce léčit, tak já měla k tomu negativní přístup. Jak si to pak uvědomí, má to význam.“*

Lýdie má podobný postoj. „Vzdělávání může pomoci, ale problém je v tom, že to, že ty informace víš, neznamená, že se podle nich budeš řídit.“ A zároveň vysvětluje, proč tomu tak je. „Všichni nemocní rádi sledují, že ten druhý se uzdravuje, že překonává ty pravidla, jí ty zakázané potraviny, a to jim přináší to uspokojení. Ale kdyby to měli udělat oni sami, tak ono to znamená vystavit se úzkosti a nepříjemným pocitům. Takže je pro ně mnohem jednodušší zůstat na tom místě, než aby se vystavovali tady těm pocitům.“

Osobnostní rozvoj

Seberozvoj respondentek, jejich schopnost proměnit svoje myšlení a pohled na svět je patrný v celém rozhovoru. Jeho důležitost potvrdila (nejen) Miriam. „Člověk s tím (s PPP) musí začít pracovat, osobnostní rozvoj hraje velkou roli. Člověk se naučí o věcech jinak přemýšlet, dívá se na to jinak, z jiného úhlu.“

Deboře v cestě za uzdravením mimo terapie pomohlo i to, že se stala dospělou a mohla se odpoutat se od rodiny. „Už jsem neslyšela ty podobný narážky a mohla jsem být sama sebou. Mohla jsem se sama sebe ptát, co mě baví. Tím, že mě to naplňuje, tak se pak cítím v pohodě a když se cítím v pohodě, tak nemám důvod se nemít ráda.“

Leona popisuje, že začala rozebírat samu sebe a ptala se i na otázku, proč se přejídá. Během léčby změnila svůj životní styl. Ve snaze více v životě zpomalit, začala meditovat a otužovat se. Zjistila, že má problém se sebedůvěrou, že si naplno nevěří a začala na sobě pracovat. Součástí její změny bylo i omezení kontaktu s toxickými lidmi. „V jednom bodě jsem si řekla, že mám dost. Mám jeden život a chci nějak žít.“

V teoretické části bylo řečeno, že perfekcionismus je typická osobnostní vlastnost člověka trpícího PPP. Naučit se umět pracovat a přijímat skutečnost, že ne vždy bude vše perfektní, bylo pro respondentky náročné, ale zároveň nezbytné. „Trvalo mi to dlouho naučit se to omezit. Je to souhra všeho, člověk na sobě maká, nejen pro to tělo, aby bylo hubený, ale protože ho to baví.“ (Leona)

Vzdělávání v rámci pozitivního vnímání sebe sama a svého těla

Následující oblast vzdělávání lze vnímat ze dvou pohledů. Zaprvé z hlediska prevence. Respondentky potvrdily, že pokud by se v době před vznikem PPP dokázaly přijmout, je větší pravděpodobnost, že by PPP neonemocněly. *„Začíná to u vnímání sebe sama, kdyby člověk bral sám sebe líp, je větší pravděpodobnost, že se do toho nespadne.“* (Viola) & *„100 % by to pomohlo, ale zároveň to nejde naučit. Člověk si k tomu musí najít cestu k tomu pochopení, umět si zvědomit.“* (Miriam)

„Nelíbila jsem se sama sobě, neměla jsem se ráda. Kdybych se měla víc ráda, nemusela bych se dostat do toho, do čeho jsem se dostala. Je potřeba zaměřit se né na dokonalost, ale na zdravěj a šťastnej život.“ (Antonie)

„Pokud bych znala svou hodnotu, asi bych ani PPP trpět nemohla. Pokud znáte svou hodnotu a máte se rádi, tak v ojedinělých případech byste trpěli PPP. To je totální boj proti sobě, proti vlastnímu tělu. Kdybych byla v pořádku a vážila si sebe, jak si sebe vážím teď, tak bych ani snad onemocnět nemohla.“ (Paulína)

Druhý pohled je využívat možnosti vzdělávání v rámci probíhající PPP, zejména pak v léčbě, kdy se jedinec chce vyléčit a je informacím otevřen. Jak již předešlé oblasti výzkumu ukázaly, sebezpřijetí, vnímání sebe sama a svého těla mají velmi pozitivní dopad a výrazně ovlivnily celý proces léčby PPP. Antonie to shrnula v následující větě.

„Vyléčení není o přibrání. Ale o tom, že člověk nemá negativní myšlenky o sobě.“

„Kdyby se člověk naučil mít se rád, tak ta sebeláska, uvědomit si tu svou sebehodnotu, ať pomocí sociálních sítí, okolí, terapií, nějakým přednášek nebo jinýho vzdělávání, tak mu to strašně pomůže.“ S názorem Paulíny souhlasí i Naděžda, která dále doplňuje. *„To jsem si jistá, že kdybych dokázala to tělo přijmout dřív a uvědomit si to, že by to bylo mnohem lepší.“*

Debora zmiňuje, že jakmile se začala mít ráda, pomohlo jí to vyřešit si a utvořit si zdravý vztah s jídlem. *„Neřešila jsem ani tolik to jídlo, jak spíš jsem se zaměřila na tu sebelásku, a to šlo ruku v ruce.“* I Viola je přesvědčená, že jakmile sebe sama dokáže přijmout, její vztah s jídlem se zlepší. *„Kdybych samu sebe začala přijímat, jak vypadám,*

pomohlo by mi to přestat s PPP bojovat. Furt mám v sobě ty myšlenky, že takhle vypadat nechci. Že toto je jen nějaká nutná fáze.

Debora a Miriam současně říkají, že člověku může pomoci impuls zvenku, například jeho partner. *„Přítel mi pomáhá, abych se tak nevnímala. Dennodenně mi říká, jak moc se mu líbím. Po těch letech je to moc příjemný. V dětství jsem to tak neměla.“*

Vzdělávání na sociálních sítích

Sociální síť Instagram je velké téma. Na jedné straně ho respondentky uvádějí jako účinný nástroj, který jim pomohl se z PPP dostat, na druhou stranu je to platforma, která může pomoci k tomu, aby člověk sám sebe začal vnímat hůř a nějaký problém se u něj projevil.

Negativní stránky Instagramu očima respondentek

Nejčastěji zmiňovaná negativní stránka Instagramu je skutečnost, že ukazuje zdánlivý a těžko dosažitelný ideál krásy a nezaměřuje se na ukazování reality. *„Všude samý hubený holky, byly jim vidět svaly, ideály krásy a toto jsem konzumovala a přišlo mi to normální takhle vypadat.“* (Lýdie)

„Pro mladý holky je to totální peklo, pokud sledovat jen ty ideály krásy a vymakaný fitnessky.“

Sama Leona se v rámci svého profilu snaží ukazovat tu realitu. *„Jsou to opravdu jen fotky a já sama se to snažím zobrazovat. Jinak se nakroutit a hned ten člověk vypadá jinak.“*

Další 3 účastnice výzkumu taktéž potvrdily, že v určitých případech není Instagram vhodný nástroj, a proto se rozhodly přestat sledovat profily, které jim nedělaly dobře. Svůj obsah ke sledování si pečlivě vybírají.

Pozitivní stránky Instagramu očima respondentek

Ačkoliv Instagram nemusí ve všech případech působit na jedince pozitivně, pravdou je, že je to platforma, která může širokému okruhu lidí pomoci a tyto zkušenosti mají i účastnice výzkumu. Všechny respondentky zmínily, že na Instagramu narazily na různé informace a tipy, například jak překonat PPP, možné důsledky PPP i na rady,

jak je možné pomoci lidem, které těmito poruchami trpí. Mimo to existuje i několik profilů, které otevírají témata jako je sebeláska, zdravé vnímání vlastního těla, informace ohledně výživy apod. Mnoho lidí taktéž sdílí vlastní cestu a způsoby, díky kterým se z PPP byli schopni uzdravit. Respondentky zmínily, že díky tomuto obsahu měly pocit, že v procesu léčby nejsou samy, což pro ně byla ohromná motivace. Z těchto hledisek je Instagram mezi respondentkami nejvyužívanější nástroj vzdělávání v rámci léčby PPP.

„Spousta profilů mi otevřela oči. Že nestačí si o tom jen číst a říkat si, že mám problém, ale opravdu musím začít něco dělat.“ (Viola)

„I díky slečnám z Instagramu jsem zjistila, že se člověk může cítit fajn, ale přitom být zdravý a normálně jíst. Nejvíc mi pomohlo sdílení zkušeností a informace o té nemoci.“ (Antonie)

„Sama to tolik nekonzumuji, ale užitečné to je. Líbí se mi, když dívky ukazují, jak ta postava opravdu vypadá. Nejen pózu na fotkách, ale i tu realitu.“ (Miriam)

Lýdie upozorňuje, že je důležité vybírat si správné profily, které člověk na Instagramu sleduje. *„Na Instagramu sleduju lidi, který si PPP taky prošli a pak hodně moji koučku. Ta přidává příspěvky, který jsou zdrojovaný a vychází ze studií, a to mě hodně pomáhá. A přijde mi to jako důvěryhodný zdroj.“*

Pro Deboru byly instagramové profily klíčem k uvědomění si anorexie a také prvotním impulsem k léčbě. *„Narazila jsem na Instagramu na stránky o PPP. Uvědomila jsem si, že všechno moje chování není pořádku. Začala jsem se o to zajímat a co to znamená.“* Pravidelně poté sledovala 3 profily, které ji inspirovaly k tomu, aby taky začala PPP překonávat a aby změnila své myšlení ve spojitosti s jídlem. *„Myslím si, že je to fakt hodně hodnotné. Nebejt toho, tak to doteď nevím. Jsem za to vděčná.“*

Mezi respondentkami se objevily 3 ženy, které vedou svůj instagramový účet, ve kterém zprostředkovávají vzdělávací obsah druhým lidem a samy se snaží o osvětu v rámci PPP. Důvod založení profilu se různí, každopádně všechny dotazované zmínily, že jim přišlo od jiných žen a dívek několik pozitivních a děkvných zpráv.

„Začala jsem ten Instagram vést ze sobeckýho důvodu, potřebovala jsem to ze sebe dostat. V mém okolí to moc lidí neví a nechci to sdílet na svůj osobní profil. Navíc sama vidím, že se zlepšuju a dělám pokroky, z čehož mám radost.“ (Viola)

„Na Instagramu jsem vytvořila takovou výzvu, 50 důvodů uzdravení. Spíše jsem to přidávala pro sebe, byla to výzva, kterou jsem chtěla splnit. Ale potom jsem na tom měla od lidí odezvu. Sdíleli to, psali mi do zpráv. Udělalo mi to radost.“ (Lýdie)

Leona začala tvořit obsah na Instagramu, protože PPP vnímá jako velký problém a chce, aby se o těchto poruchách více hovořilo. Leona na Instagramu primárně sdílí svou zkušenost se záchvatovitým přejídáním. *„Když jsem se přejídala, nemohla jsem najít obsah, kde by se o tom mluvilo. Nejdřív jsem to chtěla vést anonymně, ale člověk do toho dá čas, začaly mi psát i slečny, že jim to pomáhá. S jednou jsem se i online spojila a pokecally jsme. Chtěla jsem sdílet to téma, o kterém se tolik nemluví a těší mě, že to má pozitivní ohlasy.“*

Vzdělávání pomocí jiných nástrojů

Mimo sociální síť Instagram, existuje široká škála dalších platforem a webových stránek, které lze k vzdělávání využít. V následujícím výčtu jsou zmíněny ty, pomocí kterých se vzdělávaly respondentky.

Youtube

Youtube byl hned po Instagramu druhá nejčastěji zmiňovaná platforma na vzdělávání. Následující příběh ukazuje možnosti jeho využití. Miriam se jednoho dne rozhodla zjistit si o PPP nějaké informace a pustila si tři videa na Youtube. *„Jedno z toho mi změnilo život. Byla tam ta fotka, ukázka reality. Člověk pak totálně překope vnímání toho, jak moc vážný to může být.“* Na videu byla vyobrazena slečna, která zemřela na přejedení a následné zvracení. Její tělo našli rodiče u záchodu, během zvracení ji praskl žaludek. Miriam se ztotožnila s touto slečnou, protože byly ve stejném věku a měly i stejnou barvu vlasů. *„V takové situaci, v jaké byla ona, já byla nesčetněkrát. Tolikrát se něco takového mohlo stát. Měla jsem plnej žaludek, že jsem se nemohla ani narovnat. Ta fotka mě tak vyděsila, že jsem si řekla, že už to nikdy neudělám. A fakt jsem to od té doby už nikdy neudělala.“*

Blogy

Paulína v období léčby z PPP psala blog, na kterém sdílela příspěvky a články týkající se mentální anorexie. V rámci sebe vzdělávání si sama hledala informace na internetu, v knihách nebo od paní doktorky a ty posléze předávala dalším lidem. *„Psát ho (blog) pro mě byla motivace se vyléčit a taky já jsem prostě nemohla přestat. Mně týdně psalo několik holek, že jsem pro ně motivací v tom pokračovat a já jsem jim nemohla ukázat, že mě samotné se to nepovedlo. Chtěla jsem, aby viděly, že to jde. Že je možný se z toho dostat. A dělala jsem pro to maximum. Já byla oporou pro ty holky a ty holky byly oporou pro mě.“*

Mimo Paulíny, blogy navštěvovaly i Lýdie a Laura. Ačkoliv respondentky vnímají, že blogy mohou mít pozitivní přínos, zároveň poukazují i na nebezpečí, které ze sledování jistých stránek, např. pro anorektických webů, může plynout.

Přednášky

Polovina respondentek navštívila nějakou přednášku na téma zdraví nebo PPP. Pro všechny účastnice výzkumu to byla velmi pozitivní událost, jelikož se dozvěděly nové informace a zjistily, že tento problém nemají pouze ony. *„Bylo hezký vidět, že člověk v tom není sám. Kolikrát jsem si přišla, že já jsem od někud spadla, že nikdo jinej do sebe nefutruje tuny jídla, když má stres nebo když má špatnou náladu.“* (Leona)

Formální vzdělávání

Miriam a Laura zmiňují, že jim pomohly přednášky na vysoké škole. Miriam absolvovala několik předmětů, díky kterým se dokázala na sebe a na život podívat z jiného úhlu pohledu a naučila se sebereflexi. Laura studovala obor fyzioterapie, ve kterém bylo několik předmětů zaměřených na biochemii a na výživu. Tyto předměty jí pomohly se ve všech informacích ohledně stravy a lidského těla zorientovat.

Mezi další zdroje vzdělávání respondentky zmínily články na webových stránkách, odborné články, bakalářské a diplomové práce, knihy, podcasty, či sledování dokumentů zaměřených na PPP.

Vzdělávání širokého okolí

Dosud byla v rámci oddílu vzdělávání veškerá pozornost zaměřená na jedince trpícího PPP. Všechny respondentky uvedly, že vnímají za stěžejní, aby lidé měli o PPP více informací. Je důležité edukovat je o tom, co tyto poruchy spouští, jak se projevují, jaké mají důsledky, ale i jak komunikovat s lidmi, kteří PPP trpí. Celkové povědomí osob o těchto poruchách respondentky vnímají za nedostačující.

„Lidi vědí o tom, že je nějaká anorexie, ale trpí tím jen někdo, kdo je extrémně hubenej a tím to pro ně končí. V mém okolí to nikdo neví, čím si procházím a ani by mi to možná nikdo nevěřil.“

Viola je častokrát vystavena nepříjemným poznámkám od okolí. *„Ježiši tak si to dej, jedna sušenka tě nezabije. A vůbec nevěděj, co ten člověk si prožívá.“* Podobnou zkušenost popsala i Leona. *„Kolegové se mi snažili dávat sladký a tučný jídla. Ale tohle já prostě jíst nechtěla a udělala jsem si blok.“*

Okolí nehraje roli pouze v nemístných poznámkách, ale lidé trpící PPP se i kvůli strachu z nepochopení, odsouzení a zlehčování situace mohou bát vyhledat odbornou pomoc, jako tomu bylo u Debory. *„Bála jsem se té negativní zpětné vazby z okolí, že se zas tolik neděje, že to zvládnou sama. Víím, že PPP jsou vážné, ale neuměla bych to říct nahlas a říct si o tu pomoc. Asi se bojím nějaké bagatelizace z jejich strany.“*

O Miriam problému věděla její sestra a přítel, ale nesnažili se jí více pomoci. Miriam se sestře se svým problémem svěřila, ale odpověděla jí, že o tom s ní mluvit nechce, protože se jí z toho dělá špatně. I Miriam přítel byl několikrát svědkem toho, že Miriam snědla jídlo a poté ho šla vyzvracet. *„Byli jsme v obchodě, ptala jsem se ho vlastně až na dovolení, jestli by mu to nevadilo, kdybych dneska večer využila tento stav. Nakoupila jsem si prasárny a večer u filmu jsem se přejedla a chodila jsem zvracet.“* Její tehdejší přítel jí tyto návyky toleroval. Sama Miriam přiznala, že si o tom nejspíše taky nepřečetl žádné podrobnější informace a netušil, jak velký problém se za tím skrývá. Jeho postoj k dané věci chápe a přiznává, že by jí jeho pomoc nejspíše tenkrát nedokázala přimět se léčit.

„Podle mě má smysl vzdělávání hlavně před tím (před PPP). Normalizovat PPP, pořád je to tabu, lidi nemají informace. Je to nepříjemný téma, ale je to důležitý. Až to vaše dítě bude řešit, nebo takhle. Pojd'me k tomu přistupovat tak, aby to vaše dítě řešit nemuselo. Aby to dítě bylo v pohodě a umělo to řešit jinak, že se toto nestane.“ (Miriam)

Vzdělávání rodičů

Na myšlenku Miriam je navázaná další oblast, a tou je vzdělávání rodičů. Výsledky výzkumu prokazují, že výchova a chování rodičů může mít vliv na vznik PPP. Z následujících odstavců je zřejmé, že někteří rodiče nebyli dostatečně informováni o závažnosti daných poruch a nedokázali svým dětem poskytnout účelnou pomoc.

8 respondentek zmínilo, že vnímají za důležité, aby rodiče předali svým dětem zdravý postoj k jídlu. Dále je potřebné, aby v rodině fungovali kvalitní vztahy. *„Je to i tom, jak ta rodina funguje. Jakou tam máš oporu a tak dále.“ (Miriam)*

Laura popisuje, že u nich v rodině bylo několik názorů předáváno z generaci na generaci a eliminace těchto úsudků by mohla pomoci v lepším přijímání se. *„Podle mě je důležité, že si to hlavně člověk uvědomí. Třeba ségra už děti má a ta to zas bude předávat dál už upravený.“*

Potřebu vzdělávání rodičů vyzdvihuje i Leona. *„Sestřenice má anorexii a její rodiče vůbec netuší, co má za problém a myslí si, že když jí řeknou, že se nehne od stolu, dokud to nesní, že je to oukej.“* Podobnou zkušenost popisovala i Antonie, kterou rodiče nikdy výslovně nehlídali, ale spíše kontrolovali, zda jí dostatek. *„Někdy se jim nezdálo, že jsem si dost nandala jídla k večeři. Tak spustili, ať si toho koukám dát víc. Tak to jsem se rozbřečela, že už je to dost, že už jsem si přidala a víc nechci.“* I Paulína se setkala s podobným chováním u svých rodičů. *„Rodiče u mě seděli a musela jsem sníst rohlík nebo čokoládu. Říkali, že dokud to nesním, tak neodejdu. Začala jsem brečet a třepat se.“*

Debory strach říct si o odbornou pomoc pramenil i ze zkušenosti, kterou prožila se svou mámou. Svěřila se jí, že si myslí, že prožívá něco, co hraničí s mentální anorexií. Její máma jí odpověděla, že přece ona nemůže mít anorexii. *„Já žila všechny ty roky něco,*

o čem jsem netušila a když jsem si to začala uvědomovat, tak přišlo odmítnutí, že to tak není.“ Máma ji dále pověděla, ať na sebe nepřitahuje pozornost a nevymýšlí si. *„Kdyby mi máma uměla poskytnout tu pomoc, myslím si, že by mi to pomohlo. Já se i začala chovat jinak, než se chovají jiné děti, šlo poznat, že mám s něčím problémem, jen moje máma měla příliš mnoho práce, než aby to viděla.“*

I Miriam rodiče tušili, že Miriam má nějaký problém spojený s konzumací jídla, ale více to s ní neřešili. Miriam mi vyprávěla historku, jak rodiče spolu s ní a její sestrou šli na večeři. Miriam si objednala těstoviny, což pro ni bylo jídlo, u kterého věděla, že ho nezvládne udržet v sobě. *„Už když jsem je objednávala, věděla jsem, že je to bez šance.“* Miriam svou porci těstovin dojedla a poté oznámila, že si musí odskočit na toaletu. *„Když jsem přišla zpátky, dívali se na mě a ptali se mě: tys to vyzoracela, že jo? A já jim odpověděla, že jo.“*

Vzdělávat rodiče, jak mají k celé situaci přistupovat, by mohlo být velmi nápomocné. Důkazem je příběh Leony, Laury a Naděždy, které měly v rodině během léčby velkou oporu. U Naděždy si část rodiny zjišťovala o anorexii informace. *„Máma si zjišťovala informace, aby věděla, čím si procházím. I babička s dědou si pouštěli videa, aby věděli, o co se jedná.“* Leona zmiňuje, že ačkoliv to její máma nechápala na 100 %, čím si prochází, vždy tu byla pro ni. Její máma pro ni byl víc než psycholog, protože své mámě na 100 % důvěřuje. *„Chtěla jsem se přejíst, tak jsem ji zavolala, hej mami, chci se přezrat a spolu jsme to nějak zvládly.“*

Lauře s léčbou pomáhala její maminka, která ji byla od začátku velkou oporou. Její máma zvyšování konzumace postavila na postupném schématu. Každý den měla Laura sníst např. o 10 mandlí víc. *„Máma mě nikdy nenutila jíst rohlík, věděla, že bych to nesnědla, ale dávala mi ty zdravé věci, o kterých věděla, že je mám ráda.“*

Paulína mi svěřila, že se před PPP sebepoškozovala. Domnívá se, že kdyby psychické problémy nebyly takové tabu a v rodinách se o nich více mluvilo, možná by byly děti ochotné to řešit s rodiči a nemusely by pak využívat jiné únikové cesty. *„Celkově se u*

nás ani nemluvalo o psychických poruchách, to bylo velký tabu. Kdyby mi rodiče řekli, hele je možný cítit se takhle a takhle, tak mi to řekni a vyřešíme to spolu. To neznamená, že jsi blázen. U nás to tak bylo, psycholog rovná se psychiatrie a tam jsou jen nemocní lidé.“

Vzdělávání lékařů a jiných odborníků pracujících s jedinci s PPP

Tři ze čtyřech dívek, které navštěvovaly psychology a psychiatry popisovaly negativní zkušenost s jejich přístupem. Zbylých 5 dívek odbornou pomoc nevyhledalo, protože se bály odsouzení a nevěřily, že by jim lékaři byli schopni efektivně pomoci. Pomoc vyhledávaly u soukromých terapeutů a u koučky, jelikož v nich měly větší důvěru. *„Bála jsem se nějakého nálepkování, pohledu skrze prsty, že nemají takový pochopení a budou mě soudit.“* (Miriam)

„Já jsem ty doktory nesnášela. Brala jsem je jako nepřátele, kteří mě chtějí někam zavřít a vůbec jsem neměla chuť se s nima bavit a cokoli řešit. Kdyby si více lidsky povídali, něco objasnili, tak by to pomohlo.“ Takový přístup Antonie nezažila. *„Chodila jsem tam z donucení, vyhrožovali nám, že zavolají sociálku, když tam nebudu chodit.“* Antonie dále popsala zkušenost z jednoho sezení. *„Přibírala jsem podle ní málo, tak mi napsala prášky. Ty prášky byly léky na schizofrenii, napsala mi je, protože vedlejší účinek byl příbytek na váze.“* Jakmile Antonie dosáhla požadované váhy, vnímali, že je zdravá. *„Nikdo se nezajímal, nikdo se na to ani nezeptal, že jsem vevnitř vlastně taková rozpolcená. Jak kdyby o tom ani nevěděli.“*

Naděžda má velmi podobnou zkušenost. K psychiatrice chodila několik let, ale necítí, že by jí návštěvy pomohly. Pokaždé jí předepsala prášky, ale problém jako takový s ní neřešila. *„Možná by pomohlo, kdyby to (léčba) nebyla brána jen jako ježdění po doktorech. On ti řekne, že musíš přibrat, že to není zdravé, ale nemluví s tebou o tom, jak vnímáš svoje tělo atd.“* Ani Lýdie u psychologů nenalezla potřebnou pomoc a pochopení.

Opačnou situaci popisuje Paulína, která narazila na paní psychiatricku, která dokázala na prvním sezení Paulíně vysvětlit, že má nějaký problém. Paní doktorka se jí ptala, proč určité potraviny nekonzumuje. Paulína ji odpověděla, že jí nechutnají, že si jogurt raději osladí sama marmeládou, protože kupovaný jogurt není zdravý. *„Po několika*

dalších otázkách se na mě upřeně podívala a říkala mi. Tak a teď mi, Paulíno, řekněte, proč ty potraviny doopravdy nejíte. A mně to celý došlo. Že to není kvůli tomu, že mi nechutnají. Ale protože já jsem cítila tak hrozný strach, až hrůzu z toho, že bych je měla sníst.“ I díky přístupu a návštěv paní doktorky se Paulína dokázala vyléčit. „Nedokážu si představit, kdybych neměla podporu z její strany. Jako ona mi předepsala antidepresiva a ty jsem brala, ale taky si o tom semnou povídala. To mi dost pomohlo.“

Vzdělávání v rámci zdraví

Všechny respondentky vlivem PPP přišly o menstruační cyklus. 4 z nich během rozhovoru zmínily, že snaha o návrat cyklu byla primární motivací k přibrání. *„Ze začátku jsem to tolik neřešila, ale pak mi došlo, že by to mohlo znamenat, že bych taky nemusela v budoucnu otěhotnět a mít děti, a to mě děsilo.“* (Paulína)

PPP si u respondentek vybraly svojí daň nejen ve ztrátě menstruačního cyklu, ale u 2 respondentek se objevilo autoimunitní onemocnění a u 1 respondentky byly nalezeny tři znamínka, ve kterých byl diagnostikován nález. Seznámit tedy jedince s možnými zdravotními důsledky PPP vnímají respondentky za důležité.

Účastnice výzkumu vnímají za potřebné pochopit a znát podstatu těchto poruch. Všechny dotazované uvedly, že kdyby jim ji někdo dokázal vysvětlit, nejspíše by jim to v léčbě pomohlo. Opět můžeme odkázat na Paulínu a její návštěvu u paní psychiatricky. *„Není to jen o tom, že jíte 3 jablka denně, ale i to, co máte v hlavě a jak se cítíte při té konzumaci. Kdyby to takhle bylo prezentované, mohlo by to určitě pomoci.“*

Laura zmiňuje, že komplexní stránka se dává do pozadí. PPP nejsou pouze o tom jídle, ale často souvisí s venkovním světem. *„Holky i kluci mají deprese, úzkosti, šikanu, nemají se rádi, nešťastná láska. Nemělo by se to generalizovat na to, že když sním tři tousty, že budu tlustá. Mělo by se za tím hledat i ty ostatní věci. A myslím si, že u spousty lidí to z toho spíš vychází a pak už je to jen prostě úniková realita, jako je třeba i alkohol, drogy, sebepoškozování. Je to taková verze závislosti taky.“*

Vzdělávání v rámci sportu

Všechny respondentky uvedly, že během léčby PPP sportovaly. Nejčastěji zmiňovaná aktivita bylo cvičení, které mělo pozitivní dopad na psychiku i na přijetí těla. Zprostředkovávat lidem informace o benefitech cvičení řada respondentek označila za nápomocné. *„I to tělo jsem vnímala jinak, protože jsem věděla, že nemůžu být kost a kůže, když chci hrát florbal.“* (Viola)

Linka důvěry v oblasti poruch příjmu potravy

Linka důvěry by mohla sloužit jako jeden z nástrojů, pro jedince trpící PPP. Člověk by v případě potřeby zavolat na uvedené číslo a na druhé straně linky by byl odborník, který by ho vyslechl a poradil mu. Odpovědi respondentek na to, zda by takovou službu využily, se různí. 6 žen uvedlo, že by tuto linku spíše nevyužily, protože by měly problém svěřit se neznámému člověku se svými problémy. Lýdie zastávala jiný názor. *„Pokud někdo nemá podporu u rodiny a v okolí. Jakákoliv podpora je dobrá, i když je vzdálená.“*

2.3.8 Prevence

„Nejlepší by bylo, kdybych se teďka mohla vrátit v čase, zažila všechny ty zkušenosti, co mi to přineslo hrozného abych si to dobře rozmyslela.“ (Naděžda)

Poslední zkoumanou oblastí výzkumu je prevence. V tomto smyslu je prevence chápána jako soubor různých opatření, pomocí kterých by bylo možné zabránit vzniku PPP. V této kapitole se dělí na dvě základní kategorie.

Prevence v rámci základních a středních škol

7 respondentek začalo PPP trpět již během dospívání. Z tohoto zjištění vyplývá, že není dostačující prevenci směřovat pouze pro vzdělávání dospělých. Důležité je povědomí o těchto poruchách šířit už v mladším věku. Všechny respondentky se shodly, že vzdělávat jedince v rámci přednášek na školách by mohlo pomoci v prevenci PPP. Samy totiž přiznávají, že než u nich propukly PPP, o těchto poruchách

neměly téměř žádné informace a nikdo jim je nezprostředkoval. Všech 9 respondentek navštívily odlišné základní i střední školy, nicméně v každé škole bylo problému PPP věnována maximálně jedna přednáška nebo žádná. Respondentky taktéž vyzdvihly důležitost hovořit i o jiných možných psychických onemocněních, aby téma duševního zdraví nebylo takové tabu.

„Už od dětství, aby měli povědomí o tom, že se něco takového může stát. Já chtěla jíst jen správně a dostatečně a řešila jsem to tak moc, že jsem se dostala až sem. Mezi mladýma je psycholog, nějaký osobní problémy pořád velký tabu a tam by se mělo začít, víc o tom mluvit. Že se to může stát komukoliv.“ (Viola)

Účastnice výzkumu taktéž uvedly, že je důležité ve školách poskytnout informace o zdravém životním stylu. Například objasnit jaké potraviny by měl člověk primárně jíst. Dále vyvrátit domněnky typu, že když člověk jí dostatečně, nebude štíhlý. *„Já bych tenkrát potřebovala někoho, kdo by mi objasnil nějaký věci. Jak získat sebevědomí, a i informace o zdravém životním stylu.“ (Antonie)*

„Já nevěděla nic o tý výživě, tím pádem jsem to zkomolila tak, že to měla fatální následky. Kdyby mi někdo řekl, hele při tomhle výdeji je úplně v pohodě dát si tento oběd, a i tak budeš mít tu váhu, kterou chceš a můžeš jíst všechno. (...) Oni něco ví třeba z Instagramu, ale pak někoho kopírujou a dopadá to zle.“ (Leona)

Problémem ovšem zůstává, jak efektivně přednášky vést, aby měly pozitivní dopad. *„Když ve škole něco řekli, většina dětí nad tím mávli rukou a nevnímali to. Ono se o tom mluví, ale nebere se to vážně.“* Zmínila Debora. Podobný názor zaujímá i Laura. *„Když se mluvilo o tabu tématech, dělala se z toho sranda a přešlo se to.“* Laura navrhuje externího lektora a přednášku uspořádat pro více tříd, aby byla zajištěna větší anonymita osob.

Dvě respondentky zažily šikanu ze strany spolužáků a obě tuto skutečnost vnímají jako jeden ze spouštěčů PPP. Jedna respondentka zmiňovala, že v minulosti pracovala s dívkou, která trpěla mentální anorexií a jídlo měla spojované se šikanou, protože v okamžiku, kdy jedla, spolužáci ji začali šikanovat. Debora si něčím podobným prošla

dokonce u svého třídního učitele a nevlastního otce. Informovat o možných důsledcích šikany a upozorňovat na nutnost nahlášení takového chování je rozhodně potřebné nadále mezi lidmi šířit. *„Někdy ti lidi dokážou být strašně zlí. A to by muselo zmizet, což je nereálný. Kdyby se lidi k sobě chovali líp, bylo by to lepší.“* (Antonie)

Prevence v rámci zdravého životního stylu

Téma důležitosti prevence v rámci životního stylu bylo nastíněno i v předcházejícím bloku. Všechny respondentky uvedly, že před PPP nerozuměly výživě a neznaly obecná pravidla zdravého stravování. V této oblasti účastnice výzkumu nejsou zcela jednotné. 5 respondentek uvedlo, že by jim informace o zdravém životním stylu mohly pomoci předejít vzniku PPP. Zbylé respondentky se s názorem zcela neztotožňují, nejsou si jisté. *„To nedokážu říct. Pro mě to bylo uspokojující to nejíst.“* (Debora)

Jak již bylo zmíněno v kapitole o zakázaných potravinách, respondentky věřily mylným informacím, jako například tomu, že sníst tuk, znamená přibrat tuk. *„Možná bych nepadla do té anorexie, já o jídle nic nevěděla. A kdybych nepadla tam, nepodvyživila bych to tělo a pak bych nepadla do toho přejídání.“* (Leona)

Z hlediska prevence byly zmíněny další oblasti, a to především rozšiřování povědomí o PPP, vzdělávání rodičů a okolí, řešení psychických problémů, kladení většího důrazu na sebezpřijetí a celkové rozvíjení se a vzdělávání se.

2.4 Diskuse nad výsledky výzkumu

Následující kapitola má za cíl zhodnotit výsledky výzkumného šetření a odpovědět na hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka: Hraje vzdělávání roli při léčbě PPP?

U všech 9 respondentek bylo zjištěno, že vzdělávání zaujímá významnou roli při léčbě PPP. Klíčové zjištění výzkumu je skutečnost, že aby vzdělávání bylo skutečně efektivní, není dostačující zaměřit se pouze na osoby trpící PPP, ale do edukace

zahrnout všechny jedince, kteří hrají roli v jejich životech, což jsou rodiče, okolí (kamarádi, spolužáci, učitelé), lékaři, ale i společnost.

Ačkoliv je vzdělávání důležitou oblastí pro léčbu a prevenci PPP, stále se jedná pouze o podpůrnou metodu léčby. Vzdělávání musí být chtěné. Nestačí si informace pouze přečíst, je nutné, aby jedinci byli ochotní změnit své chování a postoje.

Vedlejší výzkumná otázka: Je možné díky včasné prevenci pomocí vzdělávání zabránit vzniku PPP?

Výzkum neprokázal, že by díky vzdělávání bylo možné zabránit vzniku PPP. Všechny respondentky uvedly, že pokud by byly seznámeny se základy zdravého stravování a získaly by o PPP informace, existuje pravděpodobnost, že by PPP neonemocněly. Žádná respondentka nebyla o těchto tématech dostatečně informována ze strany rodičů nebo ze školního prostředí.

Vedlejší výzkumná otázka: Představuje větší míra sebezpřijetí a sebelásky jedince vůči sobě samému významný faktor při léčbě PPP?

Výzkum prokázal, že oblast sebezpřijetí silně souvisí s oblastí PPP. Jakmile respondentky začaly samy sebe a své tělo přijímat, jejich vztah s jídlem se razantně zlepšil. Sebezpřijetí hraje u všech respondentek klíčový aspekt, díky kterému je možné se uzdravit nebo díky kterému zajistily úspěšné vyléčení.

Vedlejší výzkumná otázka: Hrají sociální sítě v rámci prevence a léčby PPP významnou roli?

Sociální síť Instagram byla respondenty označena jako nejúčinnější a nejvyužívanější platforma při léčbě PPP. Tato sociální síť byla respondenty užívána na vyhledávání informací o PPP či tématech, které s poruchami úzce souvisejí. Na druhém místě byla umístěna sociální síť Youtube, která sloužila pro zhlédnutí vzdělávacích videí.

Vedlejší výzkumná otázka: Jaký vliv má rodina na výskyt PPP u jedinců?

8 respondentek uvedlo, že rodina měla vliv na vznik PPP. Účastnice výzkumu ze svých rodin nepřežaly zdravé stravovací návyky, byly svědky nespokojenosti svých rodičů se svým tělem, což častokrát řešily držením diet. Čtyři respondentky vyrůstaly v rodině s problematickými vztahy, ve kterých cítily nedostatečnou míru porozumění a pozornosti. Tyto účastnice také opakovaně slyšely od svých rodičů kritiku na svůj vzhled a postavu.

3. Návrhová část

„PPP je boj daného jedince, ve kterém se účastní celé jeho okolí.“ (Middleton & Smith, 2013)

Cílem následující kapitoly je stanovit a sestavit vzdělávací plán na základě zjištění výsledků z výzkumného šetření a poznatků z odborné literatury. Vzdělávací plán zahrnuje oblasti, kterým je třeba se věnovat. Vzdělávací plán je rozdělen do 6 základní oblastí, které obsahují další podoblasti. V práci je nejdříve představen plán jako celek a jednotlivé oblasti jsou detailně popsány v následujících oddílech. Vzdělávací plán neobsahuje podrobné metody a formy vzdělávání dospělých, spíše témata, která jsou pro oblast PPP důležitá a stěžejní. Tato témata mohou pomoci v léčbě PPP, ale zároveň je důležité zaměřovat se i na oblast prevence.

Léčit se svépomocí má význam, důkazem toho může být vytvoření manuálu pro podporu léčby PPP v Anglii. U pacientů, kteří si manuál přečetli a dále s informacemi pracovali, bylo vyzorováno zlepšení o 40 % oproti těm, kteří s manuálem nepracovali. Manuály současně počítají s podporou blízkých osob (Papežová, 2012).

3.1 Představení vzdělávacího plánu

Vzdělávací plán zahrnuje následující témata:

1) Vzdělávání jedinců v rámci sebezpřijetí a sebelásky

- Nepřijetí sebe a svého těla.
- Proč je důležité být schopen přijmout sám sebe?
- Co může pomoci ve schopnosti přijímat sám sebe a své tělo?

2) Vzdělání v oblastech úzce souvisejících s poruchami příjmu potravy

- Poskytnutí informací z hlediska výživy a zdraví.
- Jak mohou psychické problémy souviset s PPP?

3) Vzdělávání rodičů

- Důležitost předat zdravé sebevědomí a sebeúctu svým dětem.
- Potřeba vytvoření prostředí klidného a milujícího domova.
- Vytvoření a předání zdravých jídelních návyků.

4) Vzdělávání širokého okolí (včetně rodičů)

- Důvody nutnosti zvolení vhodného způsobu komunikace s jedincem trpícím PPP.
- Zprostředkování široké veřejnosti informace o PPP.

5) Vzdělávání lékařů a jiných odborníků pracujících s jedinci s poruchami příjmu potravy

- Zájem a efektivní komunikace jako důležitý aspekt při léčbě.

6) Prevence

- Informovanost společnosti o PPP.
- Prevence v rámci školy.
- Normalizace běžných těl.
- Sebeláska a vytvoření klidného domova.

3.1.1 Vzdělávání jedinců v rámci sebezpřijetí a sebelásky

Následující kapitola má za cíl objasnit, proč jedinci trpící PPP nepřijímají své tělo, z jakého důvodu je důležité naučit se ho akceptovat a jakými způsoby je možné sebezpřijetí dosáhnout.

Nepřijetí sebe a svého těla

Jak již bylo řečeno (viz kap. 1.4.), lidé trpící PPP často nepřijímají sebe a své tělo. Nemocný jedinec má o svém těle zkreslenou představu, vnímá ho jako větší a objemnější (Healthyandfree, 2022). V momentě, kdy člověk nemá rád své tělo a nedokáže ho přijmout, mohou vzniknout pochybnosti o vlastní ceně. Výzkumné šetření tuto skutečnost potvrdilo, žádná respondentka neměla k sobě a ke svému tělu před vznikem a během PPP pozitivní vztah. V momentě, kdy se respondentky dokázaly přijímat, automaticky se u nich zlepšil vztah k jídlu. Výsledek zjištění je, že témata jako sebeúcta, sebevědomí, sebeláska či sebezpřijetí pro vyléčení, ale zároveň i pro předcházení PPP naprosto klíčová.

Proč je důležité být schopen přijmout sám sebe?

Nepřijetí sebe sama a svého těla nehraje roli pouze v PPP. Oblastí, ve kterých se může problém objevit je mnoho. Tuto skutečnost potvrzuje Röhr (2018, s. 9), který uvedl že, „příčinou téměř všech psychických problémů a nemocí, pokud nemají biologické či organické pozadí, je narušená sebeúcta.“ Sebeúcta znamená, že si je jedinec vědom své individuální a vnitřní hodnoty a s touto hodnotou je úzce spojeno jedincovo fyzické i psychické zdraví (Röhr, 2018).

Z důvodu nízké sebedůvěry může mít člověk tendence přehnaně kontrolovat sebe a své okolí. Papežová et al. (2018, s. 495) uvedla, že „strach ze ztloustnutí souvisí často se strachem ztráty sebekontroly.“ V případě PPP to může znamenat, že si jedinec kontroluje svůj příjem a nedovolí si sníst nic navíc. Lýdie to vyjádřila následovně. *„Cejtla jsem se, že nemám pod kontrolou ten svůj život, protože se tam něco pokazilo, tak jsem se vrátila ke kontrole nad tím jídlem.“* Opakem může být záchvatovité přejídání, kdy člověk má tendenci se přejídat a ztráta kontroly má nepříjemný dopad. Neumannová (2020) uvádí, že konzumování velkého množství potravin a tendence se přejídat je způsobena tím, že jedinec v jídle hledá útěchu a snaží se zajist napětí a bolest, kterou cítí. K druhému mechanismu tihla Viola. *„Dneska jsem strašně ve stresu, stalo se tohle a tanto a já mám chuť si dát čokoládu. Potřebuju se tím utěšit. Častokrát jsem nějaký špatnej den vyloženě zajedla jídlem.“* Existuje zde předpoklad, že pokud by lidé nabyly dostatečné sebeúcty, mohly by upustit od chorobné potřeby kontrolovat sebe a v jistých případech upustit od kontroly zkonsumovaného jídla.

Co může pomoci ve schopnosti přijímat sám sebe a své tělo?

Bohužel nestačí jedinci pouze předat informace, aby se jeho sebeúcta zlepšila. Jde o složitý vnitřní proces. Röhr (2018) situaci přirovnává k poruše auta. Jakmile se Vám pokazí auto, jdete k automechanikovi a ten ho opraví. S vnitřním světem člověka to ovšem není tak jednoduché, nelze ho odevzdat k opravě. Druhý člověk může ukázat postupy, nástroje, k nápravě, ale činnost musí udělat člověk sám. Röhr (2018, s. 10) upozornil: „dotyční se sami musejí stát experty, neboť jen oni sami ji (duši) mohou

efektivně opravit. Někdo jiný jim může nanejvýš ukázat cestu, po níž se vydat.“ Zmíněné tvrzení přesně koresponduje s tím, co uvedly všechny respondentky. Vzdělávání hraje v léčbě PPP významnou roli, ale to, že vám někdo zprostředkuje informace a vy máte potřebné znalosti, nestačí. Člověk musí informace uchopit a aplikovat, což je složitý proces.

Jeden ze způsobů, jak může taková cesta vypadat, je samotné uvědomění si člověka, že má se sebeúctou problém a sebedestruktivní chování následně substituovat novým programem (Röhr, 2018). Člověk si skutečnost může uvědomit sám nebo mu může být sdělena pomocí edukace. Existuje široká řada nástrojů a technik, které mají za cíl posílit sebedůvěru daného člověka.

Jeden z důvodů nedostatečné sebedůvěry je neustálé porovnávání se s jinými ženami. Tendence vzájemného porovnávání se je problémem celé společnosti, protože člověk má pocit, že on sám není dost dobrý a že jiní lidé jsou úspěšnější, lepší a krásnější. Starý vzorec, který u mnoho lidí zněl „nejsem dostatečná“ je třeba nahradit novým, což může být například „jsem se sebou spokojená, jsem dostatečná.“ (Röhr, 2018). I díky změně v myšlení všechny respondentky omezily potřebu srovnávání se, začaly samy sebe přijímat a jejich vztah sám se sebou se zlepšil.

Terapie orientovaná na tělo je další metoda, která může v sebe akceptaci pomoci. Cílem terapie je přijímat své tělo a začít ho vnímat objektivně. Mimo zmíněné metody (viz kap. 1.4.) je účinné, když si jedinec dotyk na svém těle spojuje s příjemnými pocity, například skrze masáže. Dále může pomoci dívání se na běžná těla žen a uvědomění si, co se člověku na jejich těle líbí a v čem tkví pravá krása těchto žen? (Papežová, 2012).

Nízké sebepřijetí velmi často hraje roli v PPP. Z tohoto důvodu je důležité lidi v této oblasti vzdělávat a pokusit se zajistit, aby si vybudovali zdravou sebeúctu. Pokud se to jedincům podaří, je pravděpodobné, že se vyřeší i jejich postoj k sobě a jídlu. Vzdělání může být realizováno skrze vzdělávací programy, semináře či pomocí článků nebo příspěvků na sociálních sítích.

3.1.2 Vzdělávání v oblastech úzce souvisejících s poruchami příjmu potravy

Zaujmutí zdravého postoje k sobě samým je velmi důležité, ale výzkumné šetření ukázalo, že je třeba se věnovat a vzdělávat se i v dalších oblastech, a to především ve sféře výživy a psychického zdraví.

Poskytnutí informací z hlediska výživy a zdraví

Nutriční terapie je další oblastí léčby, kterou je třeba vzít do úvahy. Nutriční terapeut zprostředkovává nemocnému informace o výživě, o možných následcích PPP a směřuje jedince k navýšení zkonsumované potravy (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017).

Velké množství osob trpících PPP mají stanovené potraviny, kterým se záměrně vyhýbají. Tento fakt potvrzuje všech 9 účastnic výzkumu. Opětovná konzumace těchto potravin je pro léčbu a uzdravení zásadní. V některých případech se stává, že jedinci nemají o určitých potravinách a procesech jejich metabolismu v těle dostatečné informace. Důležité je v rámci prevence nebo v průběhu nemoci lidem informace předat. Pokud lidé nemají dostatečné znalosti, může se stát, že si stanoví velmi nízký příjem, často až pod jejich bazální metabolismus, což je z dlouhodobého hlediska pro zdraví významně škodlivé.

Jak mohou psychické problémy souviset s poruchami příjmu potravy?

Poruchami příjmu potravy často trpí jedinci, kteří se potýkají s úzkostnými stavy, depresemi nebo s nepříznivou životní situací. PPP v tomto případě mohou být následkem vyrovnávání se s psychickými problémy či traumaty (Poněšický, 2014). Informovanost lidí o psychických problémech není dostačující, někteří jedinci si nejsou problému vědomi. Důležité je o psychických nemocech ve společnosti hovořit, příčiny identifikovat a vhodným způsobem je vyřešit. Pomoci může rovněž vzdělávání, převážně pak v oblasti informovanosti.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že ženy, které měly psychické problémy, například nepříznivou rodinnou situaci, řešily svoje problémy skrze jídlo. Jakmile zdroj

psychických problémů odstranily, jejich postoj k příjmu potravy se zlepšil. Příkladem byla Debora, u které se postoj k ní samé a k jídlu razantně zlepšil od doby, co se odpoutala od rodiny.

3.1.3 Vzdělávání rodičů

Výzkum ukázal, že rodina hraje velkou roli při vzniku PPP. Rodina jedince vychovává určitým způsobem, čímž formuje jeho chování, a zároveň pomocí výchovy dochází k předání vzorců myšlení. Mezi ně patří i skutečnost, zda jedinec bude disponovat dostatečnou sebeúctou a zdravým sebevědomím (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Rodiče si ne vždy všechny zákonitosti uvědomují, a proto je potřebné poskytnout současným a budoucím rodičům informace, na co je si třeba během výchovy dětí dát pozor.

Důležitost předat zdravé sebevědomí a sebeúctu svým dětem

Pocit sebevědomí se u člověka vyvíjí již během dětského věku, a proto je potřebné předat ho pomocí výchovy. Důležitým předpokladem je ten, že samotný rodič disponuje dostatečnou sebeúctou, protože v opačném případě je pravděpodobné, že ani jeho potomek nebude mít schopnost sebeúcty rozvinutou v potřebné míře. Místo upozorňování ze strany rodičů na negativní chování, například na co sáhneš, to pokaziš, je potřebné zmiňovat převážně pozitivní, jako například, v této činnosti jsi zručný. Přesvědčení jedince o sobě samém je vázáno na jeho rodiče a člověk musí cítit bezpodmínečnou lásku a přijetí ze strany rodičů. V některých rodinách se stává, že láska rodiče je podmíněna na výkonech dítěte. Pokud rodiče nedají dítěti dostatečně najevo, že ho mají rádi a přijímají ho takové jaké je, dítě má pak často problém se svou sebeúctou (Röhr, 2018).

Nedostatečná sebeúcta nemusí být vázaná pouze na vzhled, ale i na jiné výsledky, například školní. Dvě respondentky uvedly, že respekt a láska jejich otce je vázaná na to, jaké výkony podávají. Lidé se pak snaží například o bezchybný průměr ve škole, aby si lásku rodiče zasloužili. Všech 8 respondentek, které si prošly nebo stále prochází mentální anorexií, jsou nadprůměrné studentky, kterým záleželo na dobrých

známkách. 7 z nich vystudovalo, studuje nebo plánuje studovat vysokou školu. 4 z nich přiznaly, že nadprůměrných studijních výsledků dosahují, protože touží po získání uznání od svých rodičů. Röhr (2018) potvrzuje, že žáci, kteří nemají ustálený pocit vlastní hodnoty, vnímají svoji hodnotu podle toho, jak výkonní dokážou být, v tomto případě z pohledu známek (a výkonu) ve škole.

Všechny oblasti jsou propojené. Pro rodiče jsou výkony dítěte velmi důležité, načež se jedinci snaží dosahovat nadprůměrných výsledků ve škole, kladou tím na sebe vysoké cíle a očekávání, a tím prohlubují perfekcionismus, který je jeden z významných osobnostních determinantů ve vztahu k PPP. Neumannová (2020) uvádí, že tito lidé se snaží zavděčit svému okolí, aby získali jejich ocenění, protože se snaží zaplnit svůj vlastní cítěný nedostatek. Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) zmínily, že dívky pocítily nesoulad mezi tím, co jaké uznání jim bylo dáno a tím, co cítily, že si skutečně zaslouží. Sama Miriam ve výzkumném šetření uvedla, že studuje dvě vysoké školy, protože cítí, že by měla být více doceněná, než je. Jeden ze způsobů, kterým by bylo možné toto schéma změnit je výchova, a to převážně budování sebeúcty u dítěte.

Potřeba vytvoření prostředí klidného a milujícího domova

Dalším důležitým aspektem je podmínka klidného domova. Je prokázáno, že pokud jedinci žijí v konfliktním prostředí, členové se mezi sebou hádají a zesměšňují, možnost vzniku PPP se zvyšuje (Krch a kol., 2005). Debora si ve své rodině musela prožít několik nehezkých zážitků od nevhodných poznámek manžela její mámy až po nezájem vlastní matky o zdraví Debory a toho, co se u nich doma děje. *„Šlo poznat, že mám s něčím problém, jen moje máma měla příliš mnoho práce, než aby to viděla.“* U Debory očividně nebyla naplněna potřeba lásky a dostatečné pozornosti.

Pokud u dítěte není splněna podmínka klidného a milujícího domova, může člověk (i nevědomě) utíkat do různých nemocí z důvodu získání chtěné pozornosti od rodičů. Pokud člověk získává pozornost a vlídné zacházení pouze v době nemoci, může jedinec cítit strach se opětovně vyléčit, protože by to mohlo znamenat, že pozornost

ztratí Neumannová (2020). Tuto myšlenku potvrdily i 4 respondentky, které uvedly, že během PPP se jejich vztah s mámou zlepšil a upevnil, protože tu pro ně vždy byla.

Vytvoření a předání zdravých jídelních návyků

V některých případech mají s problémem zdravého sebevědomí a vztahu s jídlem problém i samotní rodiče, kteří tyto návyky následně předají svým dětem. Provedené výzkumy prokázaly, že matky, kterým onemocnělo dítě mentální anorexií, drží dietu 2x častěji než jiné ženy (Trapková a Chvála, 2009). Ve výzkumném šetření 8 respondentek uvedlo jako jeden z faktorů vzniku PPP rodinné prostředí, jelikož ve své rodině přijaly nezdravé jídelní vzorce. Celé dětství a dospívání byly svědky toho, že jejich máma nejedla stejné jídlo jako ostatní členové rodiny. 3 účastnice výzkumu uvedly, že se domnívají, že jejich mámy mají problém, který hraničí s mentální anorexií.

Pokud rodiče nemají zdravý vztah k jídlu, existuje pravděpodobnost, že tyto jídelní návyky převezme i jejich dítě a v budoucnu to může být spouštěč k PPP. Caby & Caby (2014) upozorňují na nutnost, vybudovat v dítěti důležitost pravidelného a dostatečného jení, na straně druhé nepřikládat tomuto tématu nadbytečný význam, dítě jinak dojde k přesvědčení, že je třeba tomuto tématu celý život věnovat zvýšenou pozornost.

Na závěr této kapitoly bych zmínila, že cílem práce není obvinít rodiče, že jejich výchova a přístup k dítěti způsobil PPP. Jak zmínil i Krch (2003), rodiče mohli přispět ke vzniku PPP, ale pouze oni nebyli spouštěčem poruchy. Cílem je možné spouštěče rodičům ukázat, upozornit je na ně a ukázat jim důsledky jejich chování.

3.1.4 Vzdělávání širokého okolí (včetně rodičů)

Následující dvě oblasti jsou totožné pro vzdělávání rodičů a širokého okolí, z toho důvodu jsou spojené do jedné kapitoly.

Důvody nutnosti zvolení vhodného způsobu komunikace s jedincem trpícím poruchami příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy spadají do skupin duševního onemocnění, a proto je třeba s jedincem zvolit vhodný způsob komunikace. Je důležité si uvědomit, že nemocný jedinec vnímá spoustu věcí odlišným pohledem, a zvláště pak oblast jídla. Jedinci mají často pocit, že jim ostatní lidé nerozumí. Přitom pokud je zvolený chápavější způsob komunikace, v mnoha ohledech může pomoci. Leona a Laura se ve výzkumu vyjádřily, že pochopení a podpora ze strany mámy pro ně byla velmi přínosná a důležitá. Ačkoliv to rodiče Paulíny a Antonie jistě nezamýšlely špatně, jejich nátlak na konzumaci některých potravin v dívkách zanechal traumatické zážitky. Proto je třeba vzdělávat se i v tomto směru, pochopit podstatu onemocnění a vědět, jak s nemocnými jedinci hovořit. Zkusit je pochopit, neodsuzovat, nenutit jim jídlo proti jejich vůli, ale spíše se pokusit domluvit se na kompromisu apod.

Middleton & Smith (2013) dále radí, že spíše než jedince konfrontovat, pomáhá být mu oporou. Místo pouhé kontroly sněženého jídla zkuste s člověkem mluvit o jeho pocitech a trávit s ním více času. Dotyčný tak bude vědět, že tu pro něj jste. Krch (2003) zároveň zmiňuje, že je potřeba jedinci důvěřovat a být mu oporou i přes to, že Vás jeho chování mohlo opakovaně zklamat (např. řekl, že sní nějaké jídlo, a nakonec ho nesnědl). Cooper (2014) dokonce podporu a povzbuzení v těžkých chvílích vnímá jako nejužitečnější pomoc pro nemocného.

Zprostředkování široké veřejnosti informace o PPP

Je logické, že pokud budou lidé v okolí zaujímat názor, že PPP se týkají pouze nebezpečně podvyživených osob a těch, kteří konzumují jedno jablko denně, nebudou vhodnou oporou pro své nejbližší. Proto je potřeba předávat informace o tom, co se skutečně za PPP skrývá, co mohou způsobovat a jak je vhodné se k lidem trpícím PPP chovat. Pokud budou mít lidé více informací, je větší pravděpodobnost, že těmto poruchám porozumí a dokážou pomoci těm, kteří pomoc potřebují. Ke vzdělávání mohou sloužit různé přednášky, výklad od lékařů či knihy, články, podcasty nebo

videa na platformě Youtube. Pozitivní zkušenost se vzděláváním ve výzkumu popsala Naděžda, u které hledali informace babička, děda a máma, a díky tomu jí více rozuměli.

3.1.5 Vzdělávání lékařů a jiných odborníků pracujících s jedinci s poruchami příjmu potravy

Zájem a efektivní komunikace jako důležitý aspekt při léčbě

Při zajištění váhové stabilizace odvádí lékaři svou práci dobře. Díky jejich péči se jedinci podaří získat zpět zdravou váhu, což je velice důležité a Middleton a Smith (2013) to hodnotí jako nezbytné. Člověk musí mít stabilizovaný fyzický stav, aby mohl pracovat na své psychice.

Problémem ovšem často bývá, že jakmile lékaři vidí, že bylo dosažené správné hmotnosti, považují nemocného jedince za zdravého. To je ovšem zjednodušený pohled.

Dle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) by měla léčba PPP splňovat následující podmínky:

- Vyléčení fyzických obtíží spojených s dlouhodobou podvýživou;
- psychoterapie sloužící k porozumění příčin propuknutí PPP a pochopení role PPP v životě pacienta;
- psychoterapie sloužící k změně jídelních návyků a životního stylu.

Výzkumné šetření ukázalo, že 3 ze 4 respondentek nebyla poskytnuta adekvátní pomoc při druhém a třetím bodu léčby. Přitom, pokud by lékaři s nemocnými jedinci více mluvili, rozebírali jejich pocity a postoje k jídlu, vysvětlili jim skutečnou podstatu onemocnění a pomohli by jim pochopit příčiny onemocnění, jejich zdravotní stav by to pozitivně ovlivnilo. S touto zkušeností se svěřila Paulína, která díky vhodné pomoci psychiatricky trpěla PPP 1,5 roku, což je výrazně kratší doba než u ostatních respondentek.

Je potřebné šířit povědomí lékařů o důležitosti všech tří oblastí. Je nutné jevit větší zájem o psychiku nemocných a poskytnout jim adekvátní pomoc. Dále je vhodné zvolit přátelštější přístup, protože několik respondentek se návštěvě doktora vyhýbalo, protože cítily strach.

3.1.6 Prevence

Úkolem prevence je snížit nebezpečí vzniku PPP. Mimo předání informací je třeba u lidí změnit i jejich postoje v rámci životního stylu (Papežová ed., 2010). V následující kapitole jsou zmíněny 4 oblasti, které v rámci prevence hrají klíčovou roli.

Informovanost společnosti o PPP

Média by měla aktivně zaujímat roli v prevenci, a to především ve formě informovanosti společnosti o problematice PPP. Je důležité, aby se mluvilo o povaze, rizicích a důsledcích nejen PPP, ale i o následcích plynoucích z dodržování extrémních diet (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). Lidé v první řadě musí vědět, že takové poruchy existují, čím se vyznačují a jak jsou nebezpečné. Vzdělávání dospělých je v tomto ohledu nedostačující, je třeba vzdělávat i mladší osoby, a to již během školní docházky. Výzkum ukázal, že žádná respondentka neměla o PPP dostatek informací. Mentální anorexie v současnosti zaujímá přední příčky mezi nejčastějšími duševními poruchami, a ačkoliv se jedná o nepříjemné téma, je potřeba se jím zabývat, aby společnost mohla zabránit vzniku PPP u dalších jedinců.

Prevence v rámci školy

Nejohroženější skupinou jsou jedinci ve věku 13-25 let. Primárním zdrojem prevence by u každého člověka měla být rodina doplněna školou. Dle Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017) je důležité zaměřit se na předání komplexních informací, zdravých stravovacích návyků, podporovat vznik pozitivních sociálních vztahů a rozvoj sebedůvěry u jedince. Důležité je žáky připravit na tělesné změny, které jsou s dospíváním spojeny.

Röhr (2013) uvádí, že o takzvané psychoedukaci, což je proces, pomocí kterého by mělo dojít k objasnění duševních poruch a jejich souvislostí, je třeba hovořit již v rámci školní docházky. Změna ovšem musí nastat v první řadě u dospělé populace, aby s mladšími osobami o tomto problému hovořili.

Důležité je nezapomínat na riziko výskytu šikany, a to nejen od spolužáků, ale i od samotných učitelů. Novák (2013) uvádí, že šikana může mít vliv na vznik psychických poruch. Ve výzkumném šetření 3 respondentky prošly šikanou a všechny uvedly, že tato skutečnost měla spojitost se vznikem PPP.

Normalizace běžných těl

Ve světě, kde sociální sítě a média mají silný vliv, málo kdo je skutečně spokojený se svým vzhledem. Ideál krásy je ve společnosti natolik zastoupený, že dívky již v 6 letech pocítují nespokojenost se svým tělem (Papežová ed., 2010). V prostředí, jehož jsme součástí, jsou prezentována dokonalá těla bez celulitidy a tuku, obličej bez vrásek, pupínků a pórů. Ačkoliv mnoho lidí ví, že značná část těchto obrázků není reálná, přesto vyvstává potřeba dosáhnout nepřirozeného ideálu. V reálném světě filtry ani retuše neexistují, a tak „nedokonalé“ tělo začne být vnímáno negativně a člověk si začne připadat méněcenně. Tento postoj má za následek úzkosti, snížené sebevědomí až stud. Nespokojenost se svým tělem je jeden z nejčastějších spouštěčů pro vznik PPP (Nationaleatingdisorders, 2022d).

Dále se v rámci výzkumného šetření ukázalo, že všechny respondentky konzumovaly obsah, kvůli kterému se cítily méněcenné a snažily se stanovenému ideálu krásy vyrovnat. V rámci prevence všechny dotazované zmínily nutnost šířit podobu reálného těla se všemi jeho nedokonalostmi. Na tělo je potřebné nahlížet ze stránky funkčnosti než estetičnosti. Mandžuková (2017) upozorňuje, že se lidé nenaučili svého těla si vážit a starají se o něj až v případě, když začnou pocítovat jeho selhávání nebo bolest.

Prokázat vliv médií na vznik PPP je obtížné a diskutabilní, ale je jisté, že v pojetí ideálu krásy a toho, jaké fotografie média prezentují mohou ovlivnit smýšlení několika jedinců o sobě samých (Papežová ed., 2010).

Sebeláska a vytvoření klidného domova

Rodiče hrají v prevenci klíčovou roli, a proto je rozvoj sebepřijetí u dítěte a vytvoření milujícího domova velmi podstatné (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017). V ideálním případě by k těmto skutečnostem mělo docházet již v dětství, avšak v dospělosti lze na sebelásce a sebepřijetí pracovat. Vlastní sebepřijetí je důležitý faktor, kterým lze oslabit vznik PPP. Výzkumné šetření ukázalo, že jakmile si respondentky dokázaly vytvořit kladný vztah k sobě samým a ke svému tělu, závažnost PPP se snížila.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem vzdělávání jako způsob léčby PPP. Text je rozdělen na tři hlavní části, teoretickou, výzkumnou a návrhovou část. Jedním z cílů práce bylo analyzovat současné teoretické poznatky o PPP. Tyto poznatky byly definovány v teoretické části, ve které byly současně stanoveny základní informace o jednotlivých formách PPP, mezi které patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Poslední kapitola teoretické části objasnila spojitost mezi PPP a andragogikou.

Výzkumná část byla realizována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumný vzorek byl tvořen 9 respondentky a technika pro výzkumné šetření byla zvolena případová studie. Sběr dat poté probíhal metodou kvalitativního rozhovoru. V rámci výzkumu byla stanovená hlavní výzkumná otázka a čtyři vedlejší výzkumné otázky. Cílem výzkumné části bylo vyobrazit životní příběh několika respondentek, u kterých propukla jedna z forem (či více forem) PPP. Hlavní výzkumná otázka zněla, zda vzdělávání hraje roli v léčbě PPP. Ukázalo se, že role vzdělávání při léčbě PPP je významná. Všechny respondentky se shodly, že k úplnému vyléčení bylo potřeba kompletně změnit své myšlení a toho docílily pomocí odborné pomoci a vzdělávání se. Proměnit své přemýšlení bylo potřebné nejen v oblasti jídla, ale taky ve schopnosti přijímat sebe a své tělo.

Návrhová část měla za cíl vytvořit vzdělávací plán, který slouží ke stanovení klíčových oblastí, na které je potřebné se v rámci vzdělávání zaměřit. Zahrnuje celkem 6 oblastí. Tento plán byl vytvořen na základě zjištění výsledků z výzkumného šetření a zkoumání poznatků z odborné literatury.

Hlavní cíle práce byly naplněny. Teoretické poznatky byly definovány v teoretické části. Ve výzkumném šetření došlo k prokázání roli vzdělávání při léčbě PPP. Sestavený vzdělávací plán, jehož vytvoření bylo třetím cílem práce, je poté obsahem části návrhové.

Seznam použité literatury

- Beneš, M. (2003). *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Beneš, M. (2014). *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada.
- Caby, F., & Caby, A. (2014). *Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál.
- Claude-Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma.
- Cohen, R. M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- Dvořáková, M. (2013). *Technologie vzdělávání dospělých II: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Elliott, J., & Place, M. (2002). *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). *The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders*. *Journal of Marriage and Family*. Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/1566699>
- Healthyandfree. (2022). *Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy*. Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Kocourková, J., Koutek J., & Lebl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Krch, F. D. (2003). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada.
- Krch, F. D. a kol. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál.
- Kunová, V. (2009). *Obezita: dieta pro zdravé hubnutí*. Praha: Forsapi.

- Mareš, J. (2015). *Tvorba případových studií pro výzkumné účely*. Pedagogika, časopis pro vědy o vzdělávání a výchově. Citováno 25. března 2022. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?cat=16390&lang=cs>
- Maloney, M., & Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Mandžuková, J. (2017). *Sebeléčba: cesta ke zdraví a vitalitě*. Benešov: Start.
- Meadow, R. M., & Weiss, L. (2014). *Women's Conflicts About Eating and Sexuality: The Relationship Between Food and Sex*. Londýn: Routledge.
- Middleton, K., & Smith J. (2013). *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron.
- Nakonečný, M. (1970). *Sociální psychologie*. Praha: Svoboda.
- Nationaleatingdisorders. (2022a). *What are eating disorders?* Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-are-eating-disorders>
- Nationaleatingdisorders. (2022b). *Risk factors*. Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>
- Nationaleatingdisorders. (2022c). *Weight stigma*. Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/weight-stigma>
- Nationaleatingdisorders. (2022d). *Body image & Eating disorders*. Citováno 20. března 2022. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-eating-disorders>
- Neumannová, V. (2020). *Konec utrpení v rodinách a vztazích: pochopte zátěž předků, své projekce a zrcadla a osvobod'te se jednou provždy*. Praha: Veronika Neumannová.
- Nimh.nih.gov. (2022). *Eating Disorders*. Citováno 20.3.2022. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Novák, T. (2013). *Jak vychovat sebevědomé dítě*. Praha: Grada.
- Papežová, H., ed. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H., et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

Plamínek, J. (2014). *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada.

Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton.

Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.

Průcha, J. (2014). *Andragogický výzkum*. Praha: Grada.

Reichel, J. (2004). *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia.

Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál.

Röhr, H. P. (2018). *Sebeúcta u dětí: jak ji pěstovat a chránit*. Praha: Portál.

Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Veteška, J. (2016). *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál, 2016.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Souhrnné informace o respondentkách	37
--	----

Seznam užitých zkratek a pojmů

Apod. – a podobně

Cm – centimetr

Č. – číslo

Např. – například

Kap. – kapitola

Kbt – kognitivně behaviorální terapie

Kg – kilogram

PPP – poruchy příjmu potravy

Tzv. – takzvaný

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam předem připravených otázek do rozhovoru

Příloha č. 1: Seznam předem připravených otázek do rozhovoru

Vždy v rámci nové oblasti (např. ideál krásy) bylo respondentkám objasněn význam daného pojmu.

1. Otázky v rámci představení žen a jejich životního příběhu spojeného s PPP

- Kolik máš roků?
- Mohla by ses v pár větách představit?
- Jak bys sama sebe osobnostně popsala?
- Jak bys popsala vztahy ve své rodině?
- Jaká jsi/ byla studentka?
- Jakou PPP jsi trpěla/ trpíš?
- Jaký je tvůj příběh spojený s PPP?
- Z jakého důvodu si myslíš, že se tato PPP u tebe začala objevovat? Jaké byly příčiny vzniku?
- Jsi nyní vyléčená?

2. Zakázané potraviny

- Měla si někdy stanovené zakázané potraviny?
- Pokud ano – jaké to byly?
- Pokud ses je bála v minulosti konzumovat, bojíš se i nyní?
- Pokud je již konzumuješ, proč si myslíš, že se tvůj postoj k těmto potravinám změnil?

3. Ideál krásy

- Jak vypadal tvůj ideál krásy během PPP?
- Jak pro tebe vypadá ideál krásy nyní?
- Pokud je tam rozdíl – proč si myslíš, že tam rozdíl je? Co se pro tebe změnilo?
- Myslíš si, že by pomocí vzdělávání bylo možné změnit tvůj pojatý ideál krásy?
- Pokud ano – jakým způsobem?

4. Vnímání vlastního těla

- Jak si během PPP vnímala své tělo?

- Srovnávala ses někdy s jinou ženou?
- Srovnáváš se i nyní?
- Pokud ne – co si myslíš, že se v tvém životě změnilo, že tuto potřebuji již nemáš (nebo je menší)?
- Vnímala si někdy negativní vztah ke svému tělu?
- Pokud ano – Myslíš si, že existovalo něco, co by ti pomohlo nemít negativní vztah?

5. Sebeláska a sebezřetiví

- Máš samu sebe ráda?
- Měla si se ráda i během PPP?
- Pokud ne – V jakém období ses to naučila?
- Pokud ne – Myslíš si, že kdyby ses měla ráda už během PPP, pomohlo by ti to?

6. Reagování na nepřijemnou životní situaci

- Měla si před vznikem/ nebo během PPP nějaké psychické problémy (např. úzkosti, deprese)?
- Zaháněla si někdy jídlem nepřijemné situace a emoce?

7. Vzdělávání jako způsob léčby PPP

- Myslíš si, že vzdělávání může pomoci v léčbě PPP?
- Pokud ano – Jakou formou by mělo být uskutečněno a prezentováno?
- Využíváš/ využívala si vzdělávání během léčby PPP?
- Pokud ano – Jakou formou? V jaké míře?
- Jaký máš názor na vzdělávání ohledně PPP na sociálních sítích?
- Pokud bys měla možnost využít linku důvěry, zavolala bys tam?
- Pokud ne – z jakého důvodu?

8. Prevence

- Myslíš si, že existovalo něco, co by mohlo zabránit tomu, abys neonemocněla PPP?
- Pokud ano – co by to bylo?