

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ PACIENTEK
S VYBRANÝMI PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Lucie Mušková
Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Olomouc
2014

Předně bych chtěla poděkovat MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi za ochotné provázení, odbornost a věcné rady spojené s realizací této bakalářské diplomové práce.

Velké poděkování bezesporu patří Doc. MUDr. Libuši Stárkové, CSc. za profesionalitu a vstřícný přístup, který mi byl dopřán během celé spolupráce.

V neposlední řadě děkuji všem účastníkům výzkumu, bez kterých by nebylo možné práci dokončit. Velmi si cením důvěry, kterou ve mě vložili a odvahy hovořit o méně šťastnějších chvílích života.

Prohlášení

Místopřísně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne

Podpis.....

OBSAH

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. Historické ukotvení poruch příjmu potravy	7
1.1 Dějiny mentální anorexie	7
1.2 Dějiny mentální bulimie	9
2. Poruchy příjmu potravy a jejich obecné vymezení	11
2.1 Poruchy příjmu potravy jako poruchy pudové aktivity	11
2.2 Základní formy poruch příjmu potravy	12
2.2.1 Mentální anorexie	13
2.2.2 Mentální bulimie	17
2.3 Ostatní subtypy diagnózy F50	22
2.4 Nové fenomény v oblasti poruch příjmu potravy	23
3. Etiologie poruch příjmu potravy	25
3.1 Sociokulturní model	25
3.1.1 Kultura štíhlosti	26
3.1.2 Poruchy příjmu potravy jako „produkt masmediální manipulace“	27
3.1.3 Poruchy příjmu potravy a internetové prostředí	28
3.2 Rodinný model	30
3.3 Individuální model	31
3.3.1 Vývojové determinanty	32
3.3.2 Pohlaví a psychobiologická krize	32
3.3.3 Osobnostní determinanty	34
3.3.4 Traumatické životní události	35
4. Léčba poruch příjmu potravy	37
4.1 Koordinace lékařské péče	37
4.1.1 Hospitalizace pacientů s poruchami příjmu potravy	38
4.1.2 Intermediární péče pro pacienty s poruchami příjmu potravy	42
4.1.3 Ambulantní péče pro pacienty s poruchami příjmu potravy	43
4.2 Psychoterapeutická péče	44
4.2.1 Rodinná terapie	45
4.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie	48
4.2.3 Psychoanalytický přístup	51
4.2.4 Interpersonální terapie	52
4.2.5 Skupinová terapie	52
4.3 Nutriční terapie	53
4.4 Biologická terapie	54
PRAKTICKÁ ČÁST	55
5. Výzkum jako vědecká metoda	55
5.1 Výzkumný problém	55
5.2 Cíle výzkumu	56
6. Výzkumné otázky	57
7. Metodologický rámec výzkumné činnosti	58
7.1 Kvalitativní výzkum jako volba metodologického přístupu	59
7.2. Aplikace konkrétní formy výzkumu v kvalitativním přístupu	60
7.3 Metoda tvorby dat v kvalitativním výzkumu	61
7.3.1 Polostrukturované interview jako metoda tvorby dat	62
8. Výběr výzkumného souboru	64
8.1 Charakteristika výzkumného souboru	65

9. Vlastní realizace interview.....	67
10. Zpracování a analýza výzkumných dat.....	68
11. Etické aspekty výzkumné činnosti.....	70
11.1 „Průvodní dopis“	70
11.2 „Prohlášení klienta“	71
12. Výsledky	72
12.1 Kazuistika č. I	72
12.1.1 Rodinné prostředí.....	73
12.1.2 Osobní anamnéza	74
12.1.3 Dětství a školní období	75
12.1.4 Cesta do nemoci.....	76
12.1.5 Cesta z nemoci	82
12.1.6 Partnerství na pozadí onemocnění	82
12.1.7 Současný pohled Kamily na onemocnění	84
12.1.8 Interpretace dat kazuistiky č. I.....	86
12.2. Kazuistika č. II.....	90
12.2.1 Rodinné prostředí.....	90
12.2.2 Osobní anamnéza	91
12.2.3 Dětství a školní období	92
12.2.4 Cesta do nemoci.....	93
12.2.5 Partnerství na pozadí onemocnění	95
12.2.6 Krizové období	96
12.2.7 Současný pohled Silvie na onemocnění.....	98
12.2.8 Interpretace dat kazuistiky č. II.....	99
12.3 Sumarizace získaných dat a závěrečná interpretace	104
13. Diskuze	111
14. Závěry	123
15. Souhrn.....	125
Literatura.....	129
Seznam příloh	135

Úvod

V našem současném světě existuje nepřehledné množství onemocnění, která dennodenně pronikají do života lidí a stávají se tak širší součástí jejich bytí.

O komplexu poruch příjmu potravy můžeme smýšlet jako o souborném onemocnění, které svým rozsáhlým spektrem působení modifikuje kvalitu života člověka jak po stránce psychické, tak po stránce somatické, čímž současně mění fungování v obou těchto sférách.

Obecně je příjem potravy v lidské říši řazený k základním biologickým potřebám, na nichž je každý zástupce druhu vázaný svojí existencí. Představuje pro něj záruku zachování kontinuity života. Chování spojené s příjmem potravy, tedy schopnost vnímat pocity hladu, v opačném případě pocity sytosti, je vázáno na přirozené reakce lidského těla vůči dějům odehrávajícím se uvnitř. Výsadou zdravého člověka je rozpoznání obou těchto pocitů a přiměřené reagování v zájmu jejich uspokojení. Porucha příjmu potravy bez pochyb narušuje schopnost člověka takto jednat a dává prostor patologizaci potravního chování.

Již v titulním názvu mé bakalářské diplomové práce pracuji s pojmem „subjektivní“. S odkazem na tento výraz vnímám jakoukoliv poruchu příjmu potravy jako stěžejní zásah do zdravého sebepojetí člověka, kterým je postihnut. Svou povahou dokáže onemocnění proniknout hluboko ke kořenům pudových funkcí organismu a významně tak narušit jejich strukturu. Lidé postižení poruchou příjmu potravy mnohdy balancují někde mezi životem a smrtí. Charakter onemocnění silně ovlivňuje jejich vůli a přístup k životu. Tato choroba, ať už v jakékoliv formě, může mít pro člověka nebezpečné následky, není-li včasné a adekvátně ošetřena. Samozřejmě zde působí mnoho dalších proměnných, které mohou být při výskytu dané formy poruchy příjmu potravy klíčovými.

Jedním z hlavních cílů této práce je ukotvení teoretických poznatků, které byly formovány na pozadí dosavadního studia této problematiky. Být dostatečně obeznámena se základními termíny a jejich významy je nezbytným předpokladem pro jakoukoliv návaznou činnost v mé práci.

Za důležitý krok považuji formulaci výzkumného problému, neboť oblast poruch příjmu potravy je rozsáhlé téma, které nelze zkoumat jako jednotný konstrukt. Pro jakoukoliv

výzkumnou činnost je proto důležité stanovit si konkrétní úsek, ve kterém bude snahou dostat výsledků s konkrétní výpovědní hodnotou.

Je mi známo, že veškerá zjištění, která jsou nám o jednotlivých poruchách příjmu potravy předkládána, jsou dílem jejich dlouhodobého zkoumání. Osobní kontakt odborníků a pacientů byl prokazatelně validním prostředkem k získávání informací o nemoci. Tato myšlenka mne současně inspirovala. V praktické části je tudíž mým zájmem zmapovat prožívání onemocnění poruch příjmu potravy u osob, které mají s její konkrétní formou subjektivní zkušenost. Realizací takto zaměřeného výzkumu a s ním spojené získání dat, mi bude nápomocno k porovnání toho, co dosud o působení onemocnění v prožívání člověka víme z dosavadních poznatků, a toho, co se na pozadí reálného života v jeho prožívání skutečně děje.

Nepředpokládám, že takto orientovaným výzkumem dosáhnu nějakých nových poznatků v oblasti poruch příjmu potravy. Avšak bude přinejmenším zajímavé vyslechnout autentické výpovědi lidí trpících některou z takovýchto diagnóz a následně se pokusit o jejich interpretaci v kontextu obecných teorií.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Historické ukotvení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy široká veřejnost považuje za onemocnění soudobé společnosti. Z historických pramenů však vyplývá, že psychogenní poruchy tohoto typu existují celá staletí. První zmínky nacházíme již v dobách starověku. V dějinách mají hojné zastoupení, byť s odlišným vývojovým kontextem (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

1.1 Dějiny mentální anorexie

Původní antické lékařské spisy, které čítají určitou návaznost na anorexii, evidují termín *orexis*, tedy stav celkové únavy a apatie. Samotný termín **mentální anorexie** (*Anorexia Nervosa*) vypovídá o neurotické poruše pramenící ze ztráty chutě k jídlu. Takto si jej vykládal například i Galén, který byl významnou osobností na poli tehdejší lékařské disciplíny (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

V 5. století před naším letopočtem přichází Hippokrates s označením *asithia*. Mělo charakterizovat odmítavý postoj člověka vůči jídlu (Faltus, in Papežová Ed., 2010). Zprvu nebylo odmítání jídla považováno za projev jakékoliv patologie. Přistupovalo se k němu jako k běžnému symptomu nejrůznějších somatických poruch či psychiatrických onemocnění. Mnohdy lidé, z důvodů především náboženských, podléhali dobrovolné askezi; odmítání potravy bylo součástí jejich vlastního sebemrškačství. O něco později byl nápadným formám odmítání potravy přisouzen vliv nadpřirozena. Zejména pak v dobách pozdního středověku jsou zaznamenány případy postících se světic, tzv. zázračných pannen, které tvrdily, že jen díky boží pomoci jsou schopny žít svůj život bez nutnosti jíst. Postoje tehdejších lékařů vůči tomuto aktu byly nejednoznačné. Někteří jej doopravdy považovali za zázrak způsobený božím přičiněním, tzv. *inedia prodigiosa*. Sekularizací společnosti byly tyto metafyzické představy transformovány do úvah pozemského charakteru. Za hlavního pachatele anorexie byl považován žaludek. Potvrzuje to celá řada tehdejších odborných monografií, které anorexii pokládaly spíše za symptom žaludečních obtíží než za samostatnou diagnózu (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

První klinický obraz anorexie jako autonomní diagnózy byl zaznamenán teprve v 17. století. Jeho autorem byl anglický lékař **Richard Morton**, v literatuře přezdívaný jako „portrétista“ mentální anorexie. Mortonovo dílo „*Phthisiologia*“ z roku 1689 vypovídá o jakémsi „nervovém opotřebení“, které je způsobeno jak fyzickými, tak emocionálními vlivy s devastujícími následky. Podobný prognostický průběh nemoci popsal v roce 1767 neurolog Robert Whytt (Faltus, in Papežová Ed., 2010).

V roce 1840 pojednává o zvláštních formách ženských chorob francouzský fyziolog **Fleury Imbert**. Ten rozlišoval **anorexii gastrickou** (*anorexie gastrique*), při které pacienti vykazují poruchy trávení, a **anorexii nervovou** (*anorexie nerveuse*), u které pacienti ztrácejí chuť k jídlu a následně odmítají jíst. Ztráta chuti k jídlu a jeho následné odmítnutí je pak spojeno se změnou mozkové aktivity. Typické byly neurotické symptomy vážící se ke změnám nálad. Vyvolávaly stavy melancholie, hněvu a úzkosti (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

Věrohodnost diagnózy mentální anorexie nabývá na významu zhruba v polovině 19. století, kdy si získala stabilní místo v anglo-americké a francouzské medicíně. O její prvenství v diagnostice se dělí dva lékaři: **Whitey Gull** a **Ernest-Charles Laségue**. Oba podali nezávisle na sobě názorný obraz této nemoci v roce **1873**. Tehdy ještě pod názvem „*Anorexie Hysterica*“. O rok později Gull vydává svou přednášku o anorexii s použitím termínů „*Anorexia Nervosa*“. Dle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu vyskytující se převážně v populaci mladých dívek a žen, jejíž hlavní příznaky jsou totožné s těmi, které známe dnes (Faltus, in Papežová Ed., 2010).

Další vývoj mentální anorexie, jakožto právoplatné diagnózy, byl poměrně rozkolísaný. V mnoha zemích byla stále považována za okrajový jev. Objevila se i hypotéza, že mentální anorexie je diferenciální diagnózou tzv. Simmondsovy choroby¹, kterou identifikoval v roce 1914 hamburský patolog Morris Simonds. Tento názor panoval až do 40. let, kdy pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny byla mentální anorexie opět přidružena ke kategorii duševních poruch (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005). U nás to byl **prof. Vratislav Jonáš**, který se v roce **1941** vyjadřuje k problematice patologické hubenosti. Podrobně rozebírá onemocnění v článku

¹ Simmondsova choroba (kachexie) představuje stav výrazného hubnutí, celkové slabosti a nedostatečnosti předního laloku hypofýzy (Vokurka, M. & Hugo, J. et al., 2005).

„*O takzvané mentální anorexii*“ z roku 1956, které dokládá kazuistikami z klinické praxe (Faltus, in Papežová Ed., 2010).

Od 60. let nabývá mentální anorexie dojem záhadné moderní choroby, jež se převážně v posledních desetiletích dostala do hledáčku široké veřejnosti, která ji sleduje s velkým zájmem (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

1.2 Dějiny mentální bulimie

Dějiny mentální bulimie započaly ve svém vývoji v dobách antického Říma. Určitou formu obžerství bylo možné pozorovat u společenských elit starověkých i středověkých kultur (Faltus, in Papežová Ed., 2010).

Termín **bulimie** vychází z řeckého slova *bolimos*. *Bolimos* ztělesňoval zlého démona, který byl symbolem enormního hladu. V pozdější době převládal názor filologů, že výraz se odráží v řeckých slovech *bous* neboli vůle a *limo* neboli hlad. Ve volném překladu by *bolimos* představoval tak velký hlad, že by člověk takřkajíc „snědl vola“. Nejrůznější významy a pojmenování se táhly napříč dobou až do počátků moderní doby (Faltus, in Papežová Ed., 2010).

Tehdejší medicína připisovala příčiny bulimie dysfunkci trávicího traktu a jeho nejrůznějším abnormalitám. Nozologové v 18. století rozlišili 7 typů bulimie: 4 z nich byly symptomatické a zbylé 3 čistě idiopatické; *bulimia helluonum* (nadměrný hlad), *bulimia syncopalis* (omdlévání z hladu) a *bulimia emetica* (přejídání se zvracením). Do popředí se dostávaly emoce jakožto možné indikátory vlivu. Přes veškeré poznatky představovala bulimie až do minulého století určitou formu poruchy trávení (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005).

V 50. letech došlo k mírnému posunu, když záchvaty přejídání a následného zvracení byly zaškatulkovány jako součást mentální anorexie. Oficiálního termínu se bulimie dočkala až v roce **1979**, kdy britský psychiatr **Gerald Russel** použil termín „**Bulimia Nervosa**“ (Faltus, in Papežová Ed., 2010). Do té doby získávala nejrůznější pojmenování: dysorexie, bulimarexie, syndrom štíhlost-tloušťka, syndrom dietního chaosu nebo také syndrom přejídání a pročišťování (Deth & Vandereycken, in Krch et al., 2005). Russel (Faltus, in Papežová Ed., 2010, s. 23) specifikuje mentální bulimii jako „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný stav ze ztloustnutí*“.

Deth & Vandereycken (in Krch et al., 2005) uvádí, že od roku 1987 byla mentální bulimie zařazena do diagnostického manuálu duševních poruch (tehdejší revidovaná verze DSM-III).

2. Poruchy příjmu potravy a jejich obecné vymezení

Poruchy příjmu potravy představují **multidimenzionální** psychosomatické onemocnění, vyznačující se maladaptivními vzorci jídelního chování, na které je nutno nahlížet s ohledem na bio-psycho-sociální model² lidské psychiky (Papežová, in Höschl, Libiger & Švestka, 2000).

Vágnerové (2012, s. 463) tuto soubornou duševní chorobu definuje „*patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování*“. Taková změna se jeví jako klíčová v proměnách tělesného i psychického fungování lidského organismu na pozadí nemoci.

2.1 Poruchy příjmu potravy jako poruchy pudové aktivity

Pud je stálou vrozenou tendencí živého organismu jednat za účelem uspokojování základních potřeb nutných k vlastnímu přežití (Vágnerová, 2012).

Jedním ze základních specificky lidských pudů je **pud zachování existence**, který v sobě nese jak **pud sebezáchovný**, tak **pud obživný**. Je-li narušeno potravní chování, znamená to poruchu základního pudového jednání, která v různé intenzitě ohrožuje život člověka (Orel & Facová, in Orel et al., 2012).

Smyslem pudu obživného je konzumace potravy spojená se získáním takového množství energie a stavebních látek, které člověku zajistí kontinuální přežití (Klimešová & Stelzer, 2013). Potrava samotná má v lidském životě své nenahraditelné místo. Je zdrojem žádoucích živin a podmínkou zdravého psychosomatického bytí (Krch, in Krch et al., 2005).

² Bio-psycho-sociální model lidské psychiky předpokládá **celostní (komplexní) přístup** k člověku. Zahrnuje složku **biologickou (tělesnou)**, **psychickou (duševní)**, **sociální (vztahovou – interpersonální)**. Sleduje se také **transcendentální (přesahová)** rovina lidského bytí; doplňuje spirituální stránku lidské individuality. Všechny tyto roviny jsou interakčně propojeny a ovlivňují se navzájem, čímž formují psychiku člověka a celý další život (Orel, Facová & Šimonek, in Orel et al., 2012).

Centrem řízení příjmu potravy i tekutin je **hypothalamus**³. Za pomoci složitých neuronálních a hormonálních procesů je zde regulován pocit sytosti a hladu (Klimešová & Stelzer, 2013).

Sytost a hlad patří k významným korelátům poruch příjmu potravy, které se podílejí na utváření psychopatologického obrazu jednotlivých diagnóz.

2.2 Základní formy poruch příjmu potravy

V rámci poruch příjmu potravy rozeznáváme dvě základní podoby onemocnění: **restriktérskou (mentální anorexií)** a **bulimickou (mentální bulimii)**. Charakteristiky obou forem jsou ukotveny v diagnostických manuálech (Koutek, in Hort et al., 2008). Vedle toho existují tací pacienti, jejichž symptomatika se ne zcela ztotožňuje s diagnostickými kritérii těchto výchozích syndromů. V tom případě hovoříme o **atypických, subklinických, parciálních či jinak nespecifických poruchách příjmu potravy**, které tvoří svou vlastní diagnostickou kategorii (Krch, in Krch et al., 2005).

Základní diagnostická kritéria pro posuzování poruch příjmu potravy v tuzemské klinické praxi jsou ukotvena v **MKN-10**⁴. Tvoří samostatnou kategorii **F50**. Pro výzkumné účely a diagnostiku při zahraniční klinické praxi používáme **DSM-IV**⁵ (Papežová, in Papežová Ed., 2010). Přestože se příznaky mentální anorexie a mentální bulimie liší, u obou poruch lze najít společné psychopatologické rysy. Kvalitativně odlišný je pak vzhled pacientů jednotlivých diagnóz (Krch, in Krch et al., 2005).

Samotné odhalení onemocnění představuje pro odborníky největší problém. Daří se jej dobře utajit (Papežová, in Papežová Ed., 2010). Někdy může být snadno zaměnitelné s **diferenciální diagnózou**⁶, která má obdobný psychopatologický obraz. Častá je také **komorbidita**⁷ s jinou psychiatrickou poruchou, což následný vývoj onemocnění také ovlivňuje (Papežová, in Höschl et al., 2000). Theiner (2011) uvádí, že vedle poruchy

³ Část mozku řídící útrobní (vnitřní) funkce organismu (Vokurka et al., 2005).

⁴ **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)** je kompatibilní analogickou verzí k DSM-IV. Platná je v podobě 10. revize z roku 1992 (Vokurka et al., 2005).

⁵ **Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM)** je souhrnem diagnostických kritérií psychiatrických chorob. Aktuální je 4. revize z roku 1994 (Vokurka et al., 2005).

⁶ **Diferenciální diagnóza** je taková diagnóza, která je pro shodné příznaky možnou alternativou výchozí diagnózy (Vokurka et al., 2005).

⁷ **Komorbidita** je termínem pro současný výskyt více nemocí (Vokurka et al., 2005).

příjmu potravy koexistuje jiná psychiatrická porucha až v 97%. Nejvíce zastoupena je pak kategorie poruch nálad (94%), více než polovina trpí úzkostnou poruchou (56%), u téměř čtvrtiny je známo zneužívání návykových látek (22 %). S ohledem na konkrétní diagnózu u bulimických pacientů nejčastěji sledujeme zneužívání návykových látek, v případě mentální anorexie se nejčastěji setkáváme s obsedantně-kompulzivní poruchou.

2.2.1 Mentální anorexie

Ústředním motivem mentální anorexie je vědomé, cílené snižování tělesné hmotnosti, které je provázeno výraznými změnami tělesného vzhledu. Vyplývá z patologických vzorců chování, které dominují v psychických procesech nemocného (Koutek, in Hort et al., 2008).

2.2.1.1 Diagnostika mentální anorexie

Při hodnocení symptomů u mentální anorexie v klinické praxi vycházíme z diagnostického manuálu MKN-10. Zde mentální anorexie spadá do subkategorie F50.0. Je definována jako „*porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje*” (MKN-10, 2013, s. 227).

Dle Papežová (in Papežová Ed., 2010) je vyžadováno **definitivní splnění** těchto kritérií:

- a. Tělesná hmotnost je udržována 15% pod hmotností předpokládanou (byla snížena nebo jí nebylo dosaženo) nebo **Queteletův index hmoty těla**⁸ se drží na hranici 17,5 nebo pod ní. Pacienti prepubertálního věku nesplňují během svého vývoje očekávaný přírůstek váhy.
- b. Váha je **cíleně snižována** a to: dietami, vyvolaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ nebo excesivním cvičením.
- c. Specifickým psychopatologickým rysem je neodbytný **strach z tloušťky** i přes výraznou podváhu pacienta. Je doprovázen zkreslenými představami o vlastním těle. V psychice dominují vtíravé, ovládací myšlenky na udržení si podváhy.

⁸ **Queteletův index hmoty těla** nebo také **BMI** (Body Mass Index) představuje index tělesné hmotnosti. Vypočítá se ze speciálně upraveného vzorce: hmotnost v kilogramech děleno druhou mocninou výšky. Podává aktuální informace o tělesné hmotnosti jedince (Papežová, in Papežová Ed., 2010).

- d. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen dochází ke **ztrátě menstruace** (*amenorea*), u mužů mizí sexuální apetence.
- e. Propukne-li nemoc před pubertou, změny spojené s růstem a vývojem, typickým pro toto období, jsou opožděny nebo zastaveny (tj. vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitálie u chlapců). Při uzdravení dochází ke stabilizaci a dokončení vývoje. Menstruace jako taková však může být se svým nástupem opožděna.

V případě, že nám chybí jeden či více symptomů, diagnostikujeme tzv. **atypickou mentální anorexii**, která tvoří samostatnou klinickou diagnózu. V MKN-10 ji najdeme pod kódem **F50.1** (Vágnerová, 2012).

Dále Krch (in Krch et al., 2005) uvádí dva specifické typy mentální anorexie, jež jsou součástí DSM-IV:

- **nebulimický (restriktivní) typ**; záchvaty přejídání nejsou přítomny
- **bulimický (purgativní) typ**; dochází k záchvatům přejídání

Toto rozdělení se zdá být přínosné v otázkách správné volby terapie a léčby celkově. V ní bude možno zaměřit se na homogennější skupinu pacientů.

Při diagnostice dle Krcha (in Krch et al., 2005) klademe důraz na několik skutečností:

1. Ke kritériu „strach z tloušťky“ bychom měli přistupovat velmi obezřetně, neboť někteří pacienti tento strach popírají, příznaky disimilují nebo používají nejrůznější racionalizace.
2. Kritérium „ztráta menstruace“ nemusí být nutně naplněno, neboť počítáme s možností, že vaginální krvácení může být vyvoláno pouze v důsledku užívání hormonální antikoncepce.
3. Před samotným stanovením diagnózy je nutné uvažovat o existenci diferenciální diagnózy. V kontextu mentální anorexie se jedná zejména o nádorovitá onemocnění, onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, depresivní poruchy či následky toxikomanie.

2.2.1.2 Klinické projevy mentální anorexie

Vágnerová (2012, s. 470) považuje za základní stavební kámen mentální anorexie „*patologický strach ze ztloustnutí, spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, resp. odmítáním jídla*“. Krch (2010) přímo pokládá mentální anorexii za ekvivalent strachu

z tloušťky či z jídla, který má tendenci nabírat na intenzitě. Existuje v různých podobách. Často jej pacienti verbalizují. Vytvářejí si domnělé přesvědčení, že pokud by alespoň trochu přibrali, váhový přírůstek by pokračoval až do podoby extrémní obezity (Koutek, in Hort et al., 2008). V důsledku toho je u pacientů s mentální anorexií typické **hladovění**. Když dokáží ovládnout pocit hladu, sníží se jejich úzkost, kterou pociťují při představě tloustnutí. Dostaví se pocit úlevy. Zároveň dojde k potvrzení jejich silné vůle, což je učiní subjektivně nadřazenějšími nad ostatními (Vágnerová, 2012).

Pokud je odmítání jídla spojeno s úlevou, získá tento akt nutkavý charakter, který vede k opakování. Krch (2010, s. 35) vysvětluje: „*Pocit úlevy spojený s vyhnutím se tomu, čeho se bojíte, zvyšuje riziko návyku.*” Jedinec se stává na hladovění závislý. Je důkazem toho, že netloustne, což naplňuje jeho aspiraci.

Dlouhodobým hladověním člověk proroste k chronickému nechutenství, kdy ztrácí schopnost pociťovat hlad, tedy přirozeně somaticky reagovat. Organismus se vůči takovému inadekvátnímu hladovění brání různými způsoby. Někdy se objevují **záchvaty přejedení**, které jsou důsledkem neovladatelné potřeby jídla. Toto záchvatovité jednání představuje pro jedince s mentální anorexií určitou formu vlastního selhání, které doprovázejí nekontrolovatelné pocity viny (Vágnerová, 2012). Navozené pocity viny jsou kompenzovány různými formami: zneužívání laxativ, anorektik, diuretik, záměrné zvracení či excesivní pohybová aktivita. Někdy může docházet ke kombinaci více metod. Vše se odvíjí od stavu vnitřní tenze, kterou dotyčný hluboce prožívá (Koutek, in Hort et al., 2008).

Člověk s mentální anorexií je extrémně zaujatý tím, jak vypadá. Velmi se orientuje na prožívání vlastního těla, které bývá nepřiměřené až iracionální. Častý je negativní postoj k vlastnímu tělu, který vyúsťuje ve vážné **narušení tělesného sebepojetí** nemocného (Papežová, 2012). Souvisí to s tím, že určitá představa o ideální postavě se stane pulzujícím motivem v psychice nemocného. Tělo je vnímáno nerealisticky, neboť dochází k rozporu mezi skutečnou podobou a tou ideální (Fialová, 2001). Nemocný tak i přes svou evidentní vyhublost trpí pocitem, že je tlustý. V redukci váhy pokračuje intenzivně dál (Koutek, in Hort et al., 2008).

S tím, jak onemocnění postupuje, **mění se psychická struktura** jedince. Život pacienta s mentální anorexií se stává kolotočem starostí okolo jídla, váhy a tvaru postavy. Nemocní rádi omezují svůj zájem na diety, vaření či krmení druhých. Jsou narušeny kognitivní

funkce, koncentrace, tvoří si obsedantní systém nejrůznějších pravidel a rituálů. Čím více je nemoc prohlubována, tím více se pacient stává depresivním a sociálně se izoluje od okolí, což krom jiného negativně působí na pracovní výkon (Papežová, in Höschl et al., 2000).

Onemocnění prorůstá i do rodinného prostředí. Objevují se konflikty v rámci odmítání jídla, kdy se rodinní příslušníci snaží přinutit nemocného jíst. Postižený se brání nejrůznějšími způsoby; častá je **manipulace s jídlem** (schovávání, vyhazování, zvracení aj.) Vztahy v rodině jsou viditelně narušeny (Koutek, in Hort et al., 2008).

Zhoršující se stupeň závažnosti mentální anorexie doprovází řada **somatických obtíží**, které vážně ohrožují zdraví dotyčných (Vágnerová, 2012). Nezládnuté případy mentální anorexie skutečně končí smrtí. Dle Krcha (2010) je **mortalita**⁹ mentální anorexie 3-8%.

2.2.1.3 Průběh a prognóza mentální anorexie

Syndrom mentální anorexie má velmi variabilní průběh, neboť vždy musíme uvažovat o multifaktoriální podmíněnosti, která je určující. Navíc, věkové rozmezí počátku nemoci se různí v závislosti na pojetí jednotlivých autorů.

Obecně bychom mohli říct, že mentální anorexie propuká **kolem puberty nebo v adolescenci**, a to především u populace žen (Koutek, in Hort et al., 2008). Krch (in Krch et al., 2005) o ní hovoří jako o „poruše dospívání“. Přesný počátek nemoci však není shodně definován. Autoři se v tomto různí. Krch (in Krch et al., 2005) uvádí počátek mentální anorexie někdy v rozmezí 13–20 let. Vágnerová (2012) uvádí věkový interval mezi 14–18 lety. Krch (in Krch et al., 2005) dále upozorňuje, že je možné setkat se s nemocí i mezi 30. až 40. rokem života. Druhým extrémem je výskyt mentální anorexie u pacientů mladšího školního věku (6–7 let).

Rozvoj příznaků mentální anorexie je zpravidla pozvolný a plynulý. Zprvu nebývají rozpoznány jako indikátory nějaké poruchy. Někdy vznikají v důsledku subjektivní nespokojenosti pacienta se svým tělem (Vágnerová, 2012). Dotyčný dojde k názoru, že je příliš tlustý, a začne s různými dietními opatřeními, která po určité době začnou být až nepřiměřeně nápadná. Často bývají spouštěčem nevhodné poznámky okolí cílené

⁹ **Mortalita** určuje úmrtnost v populaci lidí (Vokurka et al., 2005).

na fyzický vzhled, čímž se stávají významnými incentivami vedoucími k drastickému hubnutí. Někdy je vznik nemoci přičítán zatěžovým situacím (rozvod rodičů, úmrtí blízkého ad.), s kterými je člověk konfrontován (Koutek, in Hort et al., 2008).

Počáteční zeštíhlení se nejdříve ukazuje být pozitivně hodnoceno. Pro nemocného to představuje významný posilující faktor, který funguje jako hnací motor touhy po štíhlejším vzhledu. Jakmile se vytratí jakákoliv přiměřenost dietního chování, všechna upozornění na nesmyslnost úsilí nemocných jsou bezúspěšná. Veškeré závažnosti vyvstávající z nepřiměřeného chování nemocní zlehčují a popírají jakýkoliv problém. Často lžou, podvádějí za účelem vyhnout se řešení jejich bezvýchodné situace. Jak tělo slábne, dochází k postupné devastaci organismu. V důsledku vážné malnutrice¹⁰ se začnou projevovat nejrůznější somatické obtíže. Pacienti uvěznění ve svém podvyživeném těle začnou být více podráždění, úzkostní a depresivní. Mění se jejich osobnost a celkově sociální adaptabilita (Vágnerová, 2012).

Prognostická data se opět liší dle jednotlivých autorů a roku jejich zpracování. Vágnerová (2012) obecně nehovoří o optimistických vizích. Papežová (in Höschl et al., 2000) na základě dlouhodobějších katamnéz¹¹ uvádí dobrou remisi¹² u 44% pacientek, u 28% částečnou remisi, u 24% chronický průběh nemoci, 5–20% pacientů vykazovalo závažný somatopsychický stav a také zvýšenou mortalitu.

2.2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie představuje další syndrom poruch příjmu potravy. Vyznačuje se **opakovanými záchvaty přejídání** doprovázenými přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2008). I přes přetrvávající touhu být štíhlý má nemocný natolik oslabenou kontrolu nad sebou samým, že dojde k neřízenému přejedení, v jehož důsledku se dostávají nesnesitelné pocity viny. Ty bývají kompenzovány nevhodnou cestou (Koutek, in Hort et al., 2008).

¹⁰ Podvýživa ve smyslu chybějícího zastoupení základních složek potravy (Vokurka et al., 2005).

¹¹ Sledování dalšího vývoje stavu propuštěných pacientů po úspěšné léčbě (Kraus et al., 2005).

¹² Remise znamená vymizení příznaků a projevů nemoci, ale ne nemoci samotné (Vokurka et al., 2005).

Na rozdíl od pacientů s mentální anorexií mají pacienti s mentální bulimií na chorobnost svého chování náhled. Dále se liší v rozdílném podílu tělesné hmotnosti; bulimičtí pacienti mají buďto mírný pokles váhy, anebo naopak dojde ke zvýšení jejich tělesné hmotnosti (Krch, 2008).

2.2.2.1 Diagnostika mentální bulimie

MKN-10 (2013, s. 227) definuje mentální bulimii (F50.2.) jako „*syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel*“.

Aby mohla být stanovena definitivní diagnóza mentální bulimie, je nutné opět splnit několik jádrových kritérií.

Papežová (in Papežová Ed., 2010) uvádí tyto:

- a. Neustálé zaujetí jídlem, touha po něm vyústující v **epizody přejídání**, kdy dotyčný konzumuje velké dávky jídla v omezeném časovém úseku.
- b. Snaha jakkoliv **zabránit následnému přísunu kalorií** z požitého jídla různými způsoby: úmyslným zvracením, zneužitím látek nejrůznějšího charakteru¹³ (laxativa, diuretika, anorektika, tyreoidní preparáty), hladověním, nadměrným cvičením, u diabetických pacientů úmyslným zanedbáváním léčby inzulinem, s tím, že výše zmíněné způsoby se mohou různě střídat a kombinovat.
- c. Specifickým psychopatologickým kritériem je **chorobný strach z tloušťky a přibírání**, související s nadměrným zájmem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost; pacient si často stanovuje určitý váhový práh, jehož chce dosáhnout, který však neodpovídá premorbidní váze nebo takové váze, která by odpovídala zdravé normě.

Častým úkazem, který ovšem není pravidlem, bývá epizodická zkušenost s mentální anorexií v dřívější anamnéze. Epizoda mentální anorexie přitom musí trvat minimálně několik měsíců. (Koutek, in Hort et al., 2008).

¹³ **Laxativa, diuretika** či **anorektika** představují látky, které v kontextu onemocnění mají za cíl podpořit proces hubnutí u nemocného. **Laxativa** svým složením stimulují vyprazdňování střev. **Diuretika** fungují na bázi zvýšené tvorby moči a tedy i jejího vylučování. **Anorektika** svým působením na CNS mají cíleně potlačovat chuť k jídlu (Vokurka et al., 2005)

Pokud pro určení diagnózy postrádáme jeden nebo více klíčových symptomů, hovoříme o **atypické mentální bulimii (F50.3)**.

Co se týče dopadů atypické mentální bulimie i mentální anorexie, představují pro člověka podobné somatické a psychologické následky jako plně propuklé formy obou diagnóz, které vyžadují kvalitativně stejnou léčebnou intervenci (Papežová, 2012).

Dle DSM-IV uvádí Krch (in Krch et al., 2005) dva specifické typy mentální bulimie:

- **Purgativní typ mentální bulimie**; vyznačuje se kompenzačními mechanismy, jež mají za úkol zamezit vstřebání výživových energetických hodnot z přijímaného jídla (tj. zvracením, zneužíváním laxativ, diuretik aj.).
- **Nepurgativní typ mentální bulimie**; charakterizují ho přísné diety, extrémní hladovění, excesivní cvičení bez purgativních metod.

V otázce diferenciální diagnostiky Krch (in Krch et al., 2005) hovoří o obsedantní a depresivní poruše, dále zmiňuje mánií a oligofrenii (ve všech těchto případech je evidováno chování, v němž se může objevit nutkání se přejíst, přejedení samotné nebo pocit ztráty kontroly nad jídlem).

2.2.2.2 Klinické projevy mentální bulimie

Vágnerová (2012, s. 474) považuje za nejvýznamnější klinický projev mentální bulimie „*strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání*“. Při těchto stavech je dotyčný schopen sníst jídla v abnormálně vysokých dávkách, ve vědomí však paradoxně převládá touha po štíhlosti (Koutek, in Hort et al., 2008).

Dle Krcha (2008) je nejčastější příčinou záchvatovitých stavů **hlad** a nevhodné jídelní návyky. Nemocný se zpočátku snaží striktně dodržovat stanovená jídelní omezení a trápí své tělo hladem. V důsledku jídelního deficitu však nakonec propadá neovladatelné touze po jídle, která vede k impulzivnímu přejedení.

Přejedení¹⁴ může být obrovské, neboť dochází ke ztrátě kontroly nad vlastním chováním. Nemocný jí i přes evidentní pocit sytosti. Požívá enormní masa jídla bez jakéhokoliv logického uvážení (Vágnerová, 2012).

Složení potravy při bulimickém záchvatu bývá skutečně rozmanité. Pacienti hltají bez výběru a konkrétních preferencí. Často se objevují kombinace jídel velmi výstředních, pro zdravého člověka běžně nepoživatelných. Obvykle jsou to potraviny s vysokým podílem kalorií. Celodenní příjem potravy u bulimického pacienta se tak svým energetickým obsahem může vyšplhat až na hodnotu 50 000 kcal¹⁵ (Koutek, in Hort et al., 2008).

Jídlo zde má bezesporu určitou emoční kvalitu. Při přejedení je zprvu vnímáno jako příjemné, neboť tiší emoce vycházející z vnitřní tenze. Ta bývá reakcí na smutek nebo důsledkem deprese či jakéhokoliv podráždění. Zároveň však přetrvává obava z přibrání. I bulimický pacient touží po štíhlé postavě (Krch, 2008). Po nasycení dotyčný propadá pocitům viny a vlastního selhání. Je znechucen sebou samým, neboť si uvědomuje diskrepanci svého jednání. Následně je ovládnut nutkavou tendencí zbavit se veškerého požitého jídla v co nejkratším čase (Vágnerová, 2012).

Kompenzačním chováním je zpravidla **zvracení** (vyvoláno ať už prsty nebo nejrůznějšími předměty). Z počátku je velmi nesnadné. Pacienti však mohou prorůst do takových stavů, kdy budou zvracet několikrát denně a zcela spontánně. Postupně se vytvoří bludný kruh přejídání-zvracení, v němž pacient cyklí prakticky pořád dokola. Každý cyklus uzavírá dočasný pocit úlevy, neboť pacient se zbavil požitého jídla, čímž zastínil svůj strach z přibrání (Koutek, in Hort et al., 2008).

Je zřejmé, že mentální bulimie bude mít podobně jako mentální anorexie devastační dopady na rodinné vazby. Nemocní v područí svých záchvatů sní prakticky cokoli, na co přijdou. Rodinní příslušníci na to mohou reagovat nejrůznějšími způsoby, např. zamykáním jídla, což může dále prohloubit již dostatečně vyhrocené vztahy mezi rodinou a postiženým (Koutek, in Hort et al., 2008).

¹⁴ **Přejedení** má u bulimického pacienta odlišný význam, než v případě zdravého člověka. Pacienti s poruchou příjmu potravy zaměňují pocit plnosti za pocit přejedení. Vykládají si ho jako známku ukládání tělesného tuku (Krch, 2010). S dlouhodobým hladověním se však mění funkčnost trávicího traktu. Žaludek ochabne, a proto jakékoliv požití jídlo, byť v malých porcích, navozuje pocit plnosti (Krch, 2008).

¹⁵ Kcal neboli kilokalorie je energetickou hodnotou potravin. Doporučený denní příjem průměrné ženy by měl být 1500 kcal, u mužů 1700 kcal (Krch, 2010).

Další významnou skutečností, s tím související, je finanční stránka nemoci, neboť mentální bulimie je finančně velice náročná. U pacientů s touto diagnózou se tak můžeme potýkat i ze sociálně patologickými jevy jako jsou krádeže jídla či peněz na jeho nákup a financování (Vágnerová, 2012).

Bulimičtí jedinci se na rozdíl od anorektických liší mírou sebekontroly. Je pro ně typická **impulzivita a neschopnost sebeovládání**. Často propadají pocitům úzkosti s vědomím, že nikdy nebudou mít dostatečně pevnou vůli v restrikcii potravy. Tyto pocity selhání doprovází četná depresivní symptomatika. Celkově převažuje **výrazná emoční labilita** (Vágnerová, 2012).

2.2.2.3 Průběh a prognóza mentální bulimie

Průběh mentální bulimie se velmi podobá rozmanitému průběhu mentální anorexie. Počátek je rovněž pomalý a nenápadný (Krch, in Krch et al., 2005).

Náchylnou populací jsou, stejně jako u mentální anorexie, ženy. K nástup však dochází v pozdějším věku, nejčastěji v **pozdní adolescenci nebo rané dospělosti** (Koutek, in Hort et al., 2008). Krch (2008) uvádí věk 15–20 let. Avšak v poslední době se setkáváme s pacienty, u kterých dochází k rozvoji onemocnění až v pozdější dospělosti.

Syndrom mentální bulimie neúměrně narušuje život člověka a vede k řadě somatických komplikací, byť méně závažných, než je tomu u mentální anorexie. Střídají se epizody hladovění a neovladatelného přejídání. Od toho také hmotnost pacientů s mentální bulimií značně fluktuje. K přejídání dochází tajně a je doprovázeno palčivými pocity viny, které dotyčný kompenzuje purgativními mechanismy (Vágnerová, 2012).

Papežová (in Papežová Ed., 2010) uvádí dobrou prognózu u 27% hospitalizovaných pacientek, u 40% neúplnou remisi a u 33% uvádí nepříznivý průběh, doprovázený zvracením a přejídáním. Na míře chronicity se významně podílí osobnostní dispozice nemocného (Vágnerová, 2012).

Krch (in Krch et al., 2005) tvrdí, že ve srovnání s mentální anorexií je průběh mentální bulimie dlouhodobě příznivější. U většiny pacientů dojde k uzdravení. Je to dáno i tím, že pacienti jsou více motivováni pro léčbu, mají na své onemocnění

náhled. Poněkud hůře na tom jsou pacienti, jenž trpí mentální bulimií v kombinaci s mentální anorexií (Vágnerová, 2012).

Stanovit však přesnou hranici mezi oběma diagnózami je poměrně složité. Stále více reflektujeme, že jedna forma navzájem přechází v druhou. Literatura uvádí, že až 50% případů mentální anorexie přejde v mentální bulimii. V důsledku toho dnes mnoho autorů tápe nad tím, zda by se vůbec mělo diferenciovat mezi těmito jednotlivými diagnózami (Koutek, in Hort et al., 2008).

2.3 Ostatní subtypy diagnózy F50

Vazby mezi jednotlivými diagnózami poruch příjmu potravy jsou neustále diskutovaným tématem. Někteří autoři stále více inklinují k myšlence jednotlivé diagnózy nerozlišovat (Papežová, in Papežová Ed., 2010). Aktuální verze diagnostické kategorie F50 manuálu MKN-10 v sobě nese, krom klíčových diagnóz této práce, další patologické poruchy související s příjmem potravy. Proto považuji za vhodné se o nich alespoň krátce zmínit.

Kategorie F50.4 nese název „**Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami**“, kterou známe spíše pod názvem **psychogenní přejídání**. Spolu s následující kategorií, „**Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami**“ pod kódem F50.5, tvoří diagnózy vázané na řadu psychických poruch a stavů jako je reakce na stres, depresivní či úzkostná symptomatika, poruchy přizpůsobení ad. Diagnostická měřítko obou těchto poruch jsou nesmírně obsáhlá (Orel, in Orel et al., 2012).

U psychogenního přejídání je důležitým diagnostickým kritériem absence purgativní symptomatiky (Papežová, in Papežová ed, 2010). Psychogenní přejídání tak jednoznačně způsobuje nárůst tělesné váhy a může vyústit až v obezitu¹⁶ (Orel, in Orel et al., 2012). Naopak tomu bude v případě diagnózy F50.5, kde hovoříme o opakovaných epizodách zvracení, které jsou zjevné u disociačních poruch, některých hypochondrických poruch nebo také jako emoční faktor v průběhu těhotenství (MKN-10, 2013).

Dále existuje kategorie F50.8. s názvem „**Jiné poruchy jídla**“, která představuje kategorii poruch příjmu potravy neorganického původu. Tím je především **pica**¹⁷ a **psychogenní ztráta chuti k jídlu** (Papežová, in Höschl et al., 2000).

¹⁶ Obezita prostá není považována za duševní poruchu, psychogenní přejídání jakožto psychopatologický faktor, který ji navodí, ano (Orel, in Orel et al., 2012).

¹⁷ Nutková konzumace látek jinak nepoživatelných (Orel, in Orel et al., 2012).

Kategorii F50 uzavírá subkategorie F50.9, která se vztahuje k diagnostice poruch příjmu potravy, které **nejdou blíže specifikované** (MKN-10, 2013).

Zvláštní diagnóza stojící bokem je tzv. **syndrom nočního ujídání**¹⁸, který je zastoupen v diagnostickém manuálu DSM-IV (Papežová, in Papežová Ed., 2010).

Je vhodné jej uchopit spíše jako poruchu spánku, neboť některé symptomy jsou zde zastoupeny na ne zcela vědomé úrovni.

2.4 Nové fenomény v oblasti poruch příjmu potravy

Přestože mentální anorexii a mentální bulimii můžeme považovat za diagnózy novodobější, dál evidujeme řadu případů, které zatím nepředstavují systematicky ucelený vzorec obtíží pevně uchopený v diagnostických manuálech, avšak vyvíjí se masivně v kontextu současné společnosti.

Prvním takovým fenoménem je tzv. **Adonisův komplex** (*Muscle Dysmorphia*), jinak známý jako svalová dysforická porucha, dysmorfofobie, bigorexie či obrácená anorexie (Papežová, in Papežová Ed., 2010). Jedná se o poruchu kdy, podobně jako u jiných typů poruch příjmu potravy, je jedinec nespokojen se svým fyzickým vzhledem. V psychice dotyčného dominuje posedlost dokonalou muskulaturou (Kulhánek, 2013).

Rizikovou populací jsou především muži, kteří své tělo vnímají jako nedostatečně vyvinuté. Za účelem vybudování muskulaturní postavy tráví velkou část svého času posilováním, kterým nepřiměřeně přetěžují své tělo. Přitom nadužívají doplňků stravy podporující růst svalstva. V celkovém obraze vede jejich chování k poškození pohybového aparátu. Dále hrozí vážné narušení trávicího systému, ledvin a jater vzhledem k nevhodnému užívání anabolických látek¹⁹ (Martykánová & Piskáčková, 2010). Veškeré symptomy směřují podobně jako u mentální anorexie k sociální izolaci; jedinci se stahují do sebe, zužuje se pole jejich zájmu, jsou narušeny interpersonální vztahy (Kulhánek, 2013).

¹⁸ Člověk trpící **syndromem nočního ujídání** vykazuje omezování denního příjmu potravy s následným večerním a nočním přejídáním, kdy 35% energetického příjmu je konzumováno po řádném večerním jídle. Porucha je doprovázena nespavostí s obtížným usínáním a nočním probouzením, které doprovází nutkavá potřeba zkonsumovat nějaké jídlo a to v opakovaných epizodách nejméně třikrát za týden (O'Reardon et al., 2005; Schenck et al., 1991 in Papežová ed., 2010).

¹⁹ Tzv. anabolické steroidy jsou látky podporující produkci bílkovin. Účinky se podobají mužskému testosteronu. Podporují růst svalové hmoty. V současnosti jsou pro tento fakt zneužívána (Vokurka et al., 2005).

Další méně známou poruchou příjmu potravy je **mentální ortorexie** (*Orthorexia Nervosa*). Vyznačuje se patologickou posedlostí zdravou výživou. Zpočátku představovala nevinnou formu dietního chování, která však přerostla v obsesivní hlídání si toho, co člověk jí a v jakém množství (Kratina, 2013).

Člověk s mentální ortorexií tráví spoustu času vyhledáváním informací o potravinách, orientuje se na obchodní sítě distribuující zdravou výživu. Má chorobný strach z nezdravého jídla. Ten může vyústit až v globální strach z jídla jako takového (Kulhánek, 2013).

Prvotní motivací člověka s mentální ortorexií je vidina zdravého životního stylu. Často se jedná o populaci lidí vyznávajících určitý alternativní směr výživy jako vegetariánství, veganství, fruteriánství, makrobiotika ad. K rozvoji patologických rysů však mohou přispět nejrůznější faktory: touha po štíhlé postavě, touha po vlastní sebekontrolě, posílení sebedůvěry ad. (Kratina, 2013). Projevy jsou obdobné jako u mentální anorexie či mentální bulimie: úzkost, deprese, pocity osamění, sociální izolace ad. (Kulhánek, 2013). Častým jevem bývá, že lidé ve víře ve své zdravé stravovací zvyklosti nakonec postupně sklouznou k diagnóze mentální anorexie nebo mentální bulimie (Martykánová & Piskáčková, 2013).

Jako poslední nově se objevující fenomén poruch příjmu potravy je **drunkorexie**. Jedná se o nemedicínský pojem, neboť zatím nemá tato porucha žádná pevně stanovená kritéria pro vlastní diagnostiku. Představuje kombinaci mentální anorexie či mentální bulimie s epizodami nárazové konzumace alkoholu (Knopf & Enos, 2008). Vyznačuje se především redukcí denního kalorického přísunu za účelem požívání alkoholu (Burke, Cremeens, Vail-Smith, & Woolsey, 2010).

Alkohol obsahuje velké množství kalorií, které si lidé trpící poruchou příjmu potravy nedovolí přijmout. Pokud ale omezí svůj energetický příjem na minimum, nebo přestanou jíst úplně, je pro ně přípustné konzumovat alkohol v různé míře (Mitchell, 2009).

Osbornová (in University of Missouri-Columbia, 2011) považuje za rizikovou populaci především vysokoškolské studenty ženského pohlaví. Kromě toho, že se u nich opilost dostaví prakticky ihned, ušetří spoustu peněz, které by běžně za konzumaci alkoholu utratili. V celkovém důsledku má drunkorexie pro organismus zcela devastační účinky. Může dojít k prohloubení poruchy příjmu potravy, rozvoji závislosti na alkoholu, poškození somatických tkání organismu, narušení sociální adaptability aj.

3. Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie zkoumá poruchy příjmu potravy z hlediska svých příčin. V současné době jsou jakékoliv jídelní poruchy vnímány jako syndromy podmíněné **multifaktoriálně** (Kocourková, Koutek & Lebl, 1997). V této souvislosti neexistuje žádný obecně platný model, který by prokázal jednotnou příčinu tohoto onemocnění. Ve většině případů proto uvažujeme o koincidenci faktorů různého charakteru, které vystupují v rámci bio-psycho-sociálního modelu lidské psychiky, a představují tak pro člověka určité riziko (Novák, 2010).

Rizikový faktor můžeme chápat jako jev, který podmiňuje a zároveň zvyšuje šanci na výskyt poruchy příjmu potravy. To, jakou měrou a v jaké interakci se podílejí jednotlivé faktory na vývoji onemocnění, je u každého jedince individuální (Pavlová, in Papežová Ed., 2010).

Tak či tak, poruchy příjmu potravy patří k nejzáhadnějším a nejhůře uchopitelným diagnózám vůbec. Veškeré poznatky, ze kterých vycházíme, jsou výsledkem řady výzkumů nejrůznějších charakterů, které pracují s informacemi pouze na základě hypotetických úvah (Novák, 2010).

DiNicola (1990, in Kocourková et al., 1997) diferencioval **3 hlavní etiologické hypotézy** snažící se vysvětlit poruchy příjmu potravy z hlediska kontextu, ke kterému se váží:

1. **sociokulturní**
2. **rodinná**
3. **individuální**

V zásadě však platí, že určit přesnou příčinu onemocnění je prakticky nemožné. V realitě koinciduje příliš mnoho faktorů na to, abychom mohli s plnou platností prohlásit, že právě jejich přítomnost je tou podmiňující.

3.1 Sociokulturní model

Život v dnešní společnosti vyžaduje rychlou adaptaci a bezostyšné přijetí toho, co je obecně považováno za hodnotu a normu. Dle teorie učení jsou poruchy příjmu potravy chápány právě jako neadekvátní reakce na aktuální sociokulturní normu (Vágnerová, 2012).

Společnost propadá kulturním proměnám, jejichž cílem je neustálá modernizace a určování celosvětového trendu. V dnešním světonázoru mají určující postavení země západního světa (Novák, 2010).

Západní hodnotový systém je výrazně orientován na individualitu, úspěšnost, výkon, prestiž a sebeovládání. Tento model životního stylu zahrnuje mimo jiné určité představy o atraktivitě lidského těla (Kocourková et al., 1997).

Za některé z dalších sociokulturních determinant poruch příjmu potravy lze považovat: socioekonomický status, pohlaví, tendenci ke konformitě, rizikovost prostředí aj. (Novák, 2010).

Konzistentnost názorů autorů výzkumů zabývajících se příčinami poruch příjmu potravy je víceméně ve shodě. Sociokulturní model je však limitován individualitou každého člověka a jeho osobnostním nastavením. Stává se nepatrnou, byť důležitou, součástí bio-psycho-sociálního modelu, který se snaží utvořit co nejdůvěrnější obraz jedné z nejkompexnějších klinických diagnóz (Novák, 2010).

3.1.1 Kultura štíhlosti

Trendem současné oslavy krásy a měřítkem atraktivity je štíhlost. Nevyslovenou otázkou zůstává, proč západní kultura klade důraz na štíhlost jakožto ideál krásy?

V závislosti na historickém kontextu se od typických ženských tvarů těla začalo upouštět počátkem minulého století. Přebytná kila navíc byla ztotožňována se špatnou morálkou ve smyslu vlastní neschopnosti nebo nedostatečné vůle. Štíhlé tělo se naopak stalo mírou zdravého vzhledu, který opovrhuje možností disponovat přebytným tukem (Bordo, 1993).

Z hlediska kulturní podmíněnosti je zřejmé, že mezi atraktivitu, fyzickou krásu a štíhlost bychom mohli položit rovnítko. Tento trend většina autorů připisuje na účet filmovému a později módnímu průmyslu, který od 50. let 20. století vyprodukoval vyhublou štíhlost jako iluzi krásy, která je uznávána i dnešní konzumní společností (Grogan, 2000).

Současný módní ideál, který je tak předkládán a prezentován po celém světě prostřednictvím masmédií, vyvolává v milionech žen na světě nespokojenost se svým

vlastním vzhledem. Často vyúsťuje v pocity méněcennosti, vlastní nedostatečnosti a selhání (Bruch, 1978, in Krch et al., 2005).

Vytvořilo se jakési nevyřčené sociální stigma, které silnější postavu považuje za symbol osobního pochybení. Mnoho žen proto žije v přesvědčení, že nejsou-li hubené, nejsou ani krásné, tím více nejsou úspěšné. Lze hovořit o možné tendenci k uniformitě, v rámci které je žádoucí to, co se nejvíce přibližuje obecně uznávanému přesvědčení (Novák, 2010). Je tedy logické, že ženy budou usilovat o identifikaci s tím, co je považováno za pozitivně akceptovatelný vzor. Zejména pro mladé dívky je důležité, že jsou svým okolím vnímány jako atraktivní. Sociální potvrzení jejich tělesné atraktivity má totiž stěžejní roli ve vytváření subjektivního sebehodnocení a sebedůvěry každé z nich (Vágnerová, 2012).

Fialová (2006, s. 26) považuje štíhlost za ztělesnění hodnoty bohatství, kterou naše společnost vyznává a dodává: *„Důraz, jaký se v současnosti v naší společnosti klade na dobrý vzhled, převažuje nad hodnocením charakteru, osobitosti, produktivity a společenského přínosu. Žijeme ve světě, který na nás nejrůznějšími způsoby tlačí, abychom přizpůsobili svůj vzhled i chování obecným zákonům této společnosti.“*

V posledních desetiletích se ženský svět stal otrokem dietního průmyslu, který ruku v ruce s módním světem tvoří miliardovou korporaci vytvářející v ženách klamnou představu o sobě samých. Mediátorem této aliance jsou masmédiá, která prezentují diety jako účinnou strategii k dosažení atraktivního vzhledu, čímž z diety vytvořily naprosto běžnou součást života. Krch (2010) tvrdí, že právě podrobení se dietním opatřením vysoce zvyšuje vývoj patologického vztahu k jídlu, neboť normální stravovací režim je vyměněn za režim kaloricky zredukovaný. Většina těch, kteří zvolí dietu, se nezajímají o to, jaká skutečná váha je váhou zdravou a pro ně přijatelnou. Jakékoliv nepřiměřené redukční opatření v sobě nese krátkodobé výsledky a dlouhodobé obtíže.

Z diety se tak nestává nic jiného, než dobrý byznys, který úspěšně sytí ekonomiku západní společnosti.

3.1.2 Poruchy příjmu potravy jako „produkt masmediální manipulace“

Hlavní negativní vliv médií spatřuje Fialová (2006) v tom, že pod jejich působením člověk ztrácí schopnost přistupovat k informacím kriticky. Zejména potom průměrná populace

není schopna nebo motivována kriticky usuzovat o obsahu vyobrazeným médií, a tak má tendenci integrovat jednorozměrné myšlení. Kunczik (1995) doplňuje, že masmédiá svým obsahem budují a určují trendy, nebo s nimi manipulují a to tak, že přetvářejí nebo vytvářejí nové hodnotové představy, kterým se člověk jako účastník společenského systému podrobuje. (Grogan, 2000) Jak je poté lidské tělo prezentováno v médiích, do jisté míry ovlivňuje subjektivní spokojenost s tělem vlastním. Každý člověk v průběhu života totiž vytváří schéma vlastního Já, tedy obraz sebe samého, který jej odlišuje od ostatních.

Dnešní společnost se velmi upíná na to, co média prezentují za obdivuhodné. Vštěpují nám představy o dokonalém těle, ale naprosto pomíjejí naši vlastní individualitu a osobitost. Váha je prezentována jako samolibý konstrukt, se kterým lze volně manipulovat v závislosti na tom, co je trend a „co se nosí“. Tělesná hmotnost ovšem není jen číslo, které je podmíněno tím, jestli hodně jíme a málo cvičíme. Je to naše přirozená součást, která nám je geneticky předurčena, od které se odvíjí chod celého našeho těla. O tělesném vzhledu pak přijímáme takové informace, které jsou mnohdy v rozporu s funkčními biologickými předpoklady lidského těla. Noviny, časopisy, filmy, televize, internet nám denně předkládají obrazy vyhublých modelek. Jsou vyobrazovány jako žádoucí standard, indikátor krásy a úspěšnosti. Pokud propadneme těmto nerealistickým vzorům štíhlosti, hrozí riziko narušení vlastního vnímání, které s sebou může přinést i riziko rozvoje poruch příjmu potravy (Fialová, 2001).

3.1.3 Poruchy příjmu potravy a internetové prostředí

V několika posledních letech se ve virtuálním prostředí formuje rizikový fenomén tzv. **pro-ana** či **pro-mia blogů**²⁰. Jedná se o webové stránky propagující mentální anorexii či mentální bulimii (v závislosti na povaze webu).

Zdůrazňuji, že tento trend nemá v literatuře stále pevné uchopení, proto veškeré informace, které jsou níže uvedeny, jsou z větší části formulovány na základě vlastních poznatků o této problematice a částečně inspirovány dostupnými informacemi, které bylo možné dohledat.

²⁰ **Blog** představuje osobní webové stránky simulující funkci deníčku. Obsahuje příspěvky různého charakteru, které jsou chronologicky řazeny od těch nejaktuálnějších k nejstarším (Vítovský, 2004).

Drtivá většina autorů těchto blogů jsou dívky dospívajícího věku. Komunita těchto dívek je zaslepena představou o extrémní hubenosti, které se také snaží nejrůznějšími prostředky dosáhnout. Z jednoho příspěvku uživatelky blogu: „*Mým obrovským snem je, abych byla pro-ana. Většina by řekla, že už jsem. Ano, možná nejím jako normální člověk, jídlo chodím vyvrátit na záchod, ale mně to nestačí! Už chci mít svoji vysněnou váhu! Poslední dobou jsem přemýšlela, že 42 kg mi nestačí, že by to chtělo 40 kg a možná 38,5 kg.... Hlavně chci, aby každý věděl, kdo jsem, že jsem pro-ana! Je to pro mě velká čest, že budu moci být pro-ana a možná i pro-mia. Až se dostanu na 42 kg, tak pak se budu považovat za pro-ana a možná i pro-mia, ale na téhle váze zatím nejsem, BOHUŽEL :/. Snad to dokážu a budu jednou z vás!* (Barrys, 6. prosince 2012).”

Tyto weby zprostředkovávají dívkám místo, kde mohou spolu s ostatními podobně smýšlejícími vzájemně sdílet svůj zájem o hubnutí a dosahování vysněné postavy. Navzájem se podporují a posilují v sobě jednání korespondující s psychopatologickým obrazem obou syndromů. Mentální anorexii či mentální bulimii nevnímají jako nemoc, proklamují je jako životní styl (Lusková, Blinkal, & Šmahel, 2008).

Existují specifické pojmy, které jsou napříč jednotlivými pro-anorektickými a probulimickými weby provázány. Nejrozšířenějším je pojem „**thinspiration**”, zkráceně „**thinspo**”. Váže se k takovým obsahům, které mají uživatelky motivovat k hubenosti a vytrvalosti na cestě za „dokonalou postavou”. Převážně se jedná o fotky výrazně anorektických dívek, mnohdy spojených s nějakými motivačními hesly.

Obsahy těchto webů jsou pestré, jejich cíl je však stejný: dosažení nezdravé vyhublosti. Celkově mají velkou promotivační hodnotu. Je však nutné si uvědomit, že svým obsahem **propagují** závažné duševní onemocnění.

Alarmující skutečností je, kolik webů lze pod klíčovými hesly „pro-ana” či „pro-mia” napříč virtuálním prostředím vyhledat. Pokud uvažují, že každá z autorek si záměrně narušuje chování spojené s příjmem potravy, docházím k závěru, jak masivně je tato problematika rozšířena.

3.2 Rodinný model

Rodina v životě člověka představuje základ sociálního bytí. Formuje osobnost člověka, jeho postoje a vystupování k sobě a vnějšímu světu. V etiopatogenetickém modelu poruch příjmu potravy funguje rodina jako významný rizikový faktor a potenciální spouštěč poruch příjmu potravy.

Jako jedny z možných příčin poruch příjmu potravy v rámci rodinného modelu mohou být **dysfunkční rodinné vztahy** dlouhodobějšího rázu. Rodina, v níž se vyskytuje pacient trpící poruchou příjmu potravy, bývá zatížena rigidními vztahy mezi jednotlivými členy. Objevuje se tendence k hyperprotektivě, vzájemná manipulace, jejímž produktem je předem stanovená pozice každého jedince ve struktuře rodiny. Rodina se navenek snaží vystupovat jako zcela fungující. Převažují strategie cílené na popírání konfliktů, potlačování emocí, s čímž souvisí i neschopnost řešit jakékoliv vzniklé problémy. Nejcitlivějším objektem v rodinné struktuře jsou předně děti, neboť ty se projevují jako nejvíce závislé (Vágnerová, 2012).

Někteří autoři připisují vliv rodinám, které svou dysfunkčností **regulují separační procesy** v průběhu adolescence. Každý jedinec by měl během svého vývoje v určitém věku dosáhnout samostatnosti a nezávislosti, ale přitom zůstat v pomyslné blízkosti vlastní rodiny, k níž má přirozené citové pouto. Rodiče, kteří prezentují vnější svět jako nebezpečný a ohrožující, posilují v dítěti nutnou závislost vůči nim. Z dítěte tak dělají prostředníka, který reguluje jejich interpersonální konflikty, jež nejsou schopni řešit zralejším způsobem (Kocourková et al., 1997).

Mnoho autorů blíže poukazuje na **osobnost matky**, která hraje ve vztahu s dcerou zásadní roli. Vágnerová (2012) uvádí, že matky anorektických dívek bývají málo empatické, jsou perfekcionistky, kladou důraz na dodržování pravidel a dobrý výkon, vůči svým dcerám vystupují kriticky, zároveň však hyperprotektivně. Bývají samy méně sebevědomé, nejisté v otázkách mateřské role, kladou důraz na souhlas a ocenění, které přichází z okolního prostředí. Jako matky se velmi podílejí na životě svého dítěte, a to omezujícím až manipulujícím způsobem. Zdrojem problémů bývá často neschopnost dítěte odpoutat se z této vazby. Krch (2010) zdůrazňuje, že mezi matkami anorektiček se patologický vztah k jídlu a nejrůznější dietní postoje vyskytují velmi často. Řada nemocných dívek uváděla, že v době, kdy podléhaly nějaké dietě, držela stejně tak dietu i jejich matka.

Podobně Novák (2010) uvádí, že pozorování chování matky jako modelu je častým jevem a má obrovský vliv. Už jako malá děvčátka při hře s panenkami obvykle simulují chování, které spatřují v nejrůznějších sociálních situacích. Často se stylizují do role své maminky, která je pro ně vzorem.

Jinou možnou příčinu vzniku patologických jídelních vzorců představuje **role otce**. Dle Krcha (in Krch et al., 2005) se vesměs jedná o otce pasivní, slabé, emočně odtažené nebo naopak dominantní až nedosažitelné. Někdy se hovoří o otcích, kteří se svou dcerou měli až do puberty velmi blízký vztah, někdy je přikládána hodnota emoční lability až agresivním tendencím, které vyplňují osobnostní strukturu otců anorektických dívek.

Poukazuje se také na možnou souvislost mezi sociokulturními hodnotami, které každá rodina přijímá za své. V rámci vzniku poruch příjmu potravy přikládáme důležitost tomu, jak se rodina jako celek staví k představám o kráse, životních hodnotách, životním stylu, životním cíli, neboť právě to se významně spolupodílí na tvorbě vlastních očekávání, sebehodnocení a vlastního sebeobrazu jedince. Některé rodiny tak mnohdy udržují, byť nevědomě, mechanismy, které podněcují k nemoci. Chválí se štihlou pacientek, projevuje se závist vůči jejich sebekontrolě, čímž toto jejich chování posilují (Novák, 2010).

Krch (in Krch et al., 2005) připisuje významnou roli i rodinám, které mají jasnou představu o úspěchu a osudu svého dítěte. Jsou to rodiny extrémně orientované na výkon, mají nadměrná očekávání a jsou výrazně kritické.

Je dobré zdůraznit, že nejsme schopni jasně říci, co přesně je těmi určujícími faktory ve vývoji poruchy příjmu potravy. Ani zde neexistují žádné přesvědčivé důkazy o platnosti konkrétního rodinného modelu v rodinách s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy.

3.3 Individuální model

Individuální model poruch příjmu potravy zakládá na takových determinantech rozvoje, které vychází předně z exkluzivního osobnostního nastavení každého člověka. Krom toho zahrnuje takové faktory, které na jedince působí v kontextu prostředí, ve kterém žije a vyvíjí se (Novák, 2010).

3.3.1 Vývojové determinanty

Přestože jsme zmínili, že poruchy příjmu potravy jsou výsadou zejména období dospívání, věk pacientů se neustále snižuje. Z četných studií bylo vyzorováno, že o své postavě (a to v převážně negativním kontextu) uvažují dívky již v 8 letech (Ogden, 2010). Výsledky takovýchto studií a mnohých dalších korespondují se stigmatizací obezity.

To, jak v dnešním světě přistupujeme k obezitě a jak vnímáme populaci, která trpí nadváhou, se nepřímo ukazuje i na hodnotách, které vyznávají děti již ve školním věku. Lerner & Gellart (1969) formulovali na základě poznatků ze své vlastní studie závěr, že děti nemají rády ty vrstevníky, jež trpí nadváhou. Obezí děti jsou předmětem posměchu za to, jak vypadají. Jejich obtloustlý vzhled ostatní vrstevníci hodnotí jako jejich vlastní chybu, jako důsledek nepřiměřené stravy a přejídání.

Jídlo samo o sobě má během komplexního vývoje dítěte bezpochyby svůj význam. Krom toho, že je důležité po stránce biologické, má svoje opodstatnění i z pozice psychosociální, kdy dítě v rámci procesu krmení navazuje vztah s pečující osobou (Uhlíková, in Papežová Ed., 2010). Příjem jídla v životě dítěte je spojován s pocitem bezpodmínečné lásky. Kdykoliv je poblíž matčin prs, umocňuje to v dítěti pocit bezpečí a jistoty. Tímto se rozvíjí a posiluje emocionální vazba matky se svým potomkem, která je obousměrná. Jídlo tedy u dítěte uspokojuje kritéria dvou nezbytných potřeb, potřebu lásky a potřebu hladu. S odstupem času zjišťuje, že spolu s příjmem potravy je navozen příjemný pocit, který zahání různé negativní stavy a emoce (Meadow & Weiss, 1992).

Vztah k jídlu se tedy jako celek promítá do formování vlastních celoživotních postojů. Pokud tak rodiče, třebaže nevědomě, kladou u dítěte nepřiměřený důraz na stravování a jeho význam, mohou zapříčinit vznik četných jídelních zlovyků v jeho následujícím životě (Uhlíková, in Papežová Ed., 2010).

3.3.2 Pohlaví a psychobiologická krize

Pohlaví je v lidské říši jednou z mála věcí, o které člověk nemá pravomoc rozhodnout. V problematice lidské morbiditity každé pohlaví více či méně inklinuje k rozličným typům diagnóz. Stejně je tomu i u poruch příjmu potravy.

Krch (in Krch et al., 2005) považuje za samotný nejrizikovější faktor rozvoje poruch příjmu potravy **příslušnost k ženskému pohlaví**. Podle něj jen tím, že jsme ženami, je naše riziko vůči onemocnění desetkrát větší. V soudobé společnosti se na vzhled ženy klade zvláštní důraz korespondující s aktuálně uznávaným kultem krásy. Tím je nezdravá, nepřírozená štíhlost. Proto jsou ženy daleko více citlivé ve vnímání tloušťky, neboť ta je v rozporu se současným stereotypem krásy.

Poruchy příjmu potravy bývají mnohdy vysvětlovány jako **nezvládnutí nové ženské role**. Mladá dospívající dívka, měnící se v ženu, je konfrontována s novými situacemi a čelí zásadním kvalitativním změnám ve svém životě. Dostavuje se první menstruace, mění se její vzezření, emocionalita i role v rámci rodiny, ale také celé společnosti. Okolí od ní očekává větší samostatnost, klade na ni více nároků. Pro některé dívky je takovéto ztotožňování se s novou identitou velkou zátěží, kterou nedokáží akceptovat, a reagují tak únikem do nemoci. Kocourková (in Říčan & Krejčířová et al., 2006) přikládá těmto specifickým vývojovým požadavkům a úkolům adolescentního období zvlášť vysokou hodnotu a považuje je tímto za nejvýznamnější spouštěcí faktor poruch příjmu potravy vůbec.

To, jak vnímáme sebe a své tělo, je součástí vlastního sebepojetí, které hraje zejména v období dospívání zásadní roli. Samotná orientace v novém vzhledu a **přijetí nové identity** je procesem dlouhodobějším a může být prožíván s různou intenzitou. Pro dospívající je předně důležité, jak je jejich proměna hodnocena okolím. Tělesná atraktivita je totiž součástí nové identity a je na ni kladen zvláštní důraz. Většina dospívajících se chce co nejvíce podobat tomu, co je vnějším světem považováno za estetický ideál. Jakákoliv negativní zkušenost během vývojové fáze dospívání může pak značně narušit vztah k vlastnímu tělu (Vágnerová, 2012).

Proměny těla na biologické úrovni také korespondují se **sexualitou**, která pro některé dospívající může představovat stav ohrožení, evokující pocity vnitřní nejistoty a nelibosti, kterému se snaží všemožně zabránit. Nemocí vyjadřují touhu udržet si vzhled a váhu na prepubertální úrovni (Kocourková et al., 1997).

Patologický vztah ke svému tělu a jídelnímu chování v kontextu období puberty mohou více prohlubovat **vrstevnické skupiny**. Zejména dívky v adolescentním věku většinou upínají pozornost k tématu fyzického vzhledu. Kladou důraz na štíhlost, osvojují si nejrůznější postoje v oblasti dietního chování, které sdílejí mezi sebou jako nutnou

vrstevnickou normu (Polivy & Herman, 2002). Novák (2010) upozorňuje na skutečnost, že samotný vliv vrstevníků je špatně uchopitelná proměnná, neboť ne všichni vrstevníci jsou zainteresováni do témat štíhlosti a vzhledu. Nelze tedy považovat vliv vrstevnických skupin za automatický.

3.3.3 Osobnostní determinanty

Osobnost jako nedílná součást každého člověka má v systému příčin poruch příjmu potravy své zasloužené místo, byť se pohybujeme na úrovni domněnek a předpokladů. V psychologii představuje hypotetický konstrukt, který posuzujeme na základě uměle sestrojených měřitelných jednotek, jež mají v závislosti na autorech různou výpovědní hodnotu. Existují však určité osobnostní rysy, které v návaznosti na pozorování v klinické praxi a výsledky řady výzkumů, mají tendenci opakovat. Tím se jeví jako rizikové při vzniku mentální anorexie a mentální bulimie (Krch, in Krch et al., 2005).

Papežová (in Höschl et al., 2000) zprvu hovoří o premorbidních rysech osobnosti. Uvádí, že typicky anorektický pacient se ukazuje jako úzkostný, obsedantní, perfekcionistický a vyhybavý. Naopak u bulimických jedinců jsou osobnostní rysy zakotveny v emoční labilitě a impulzivité. Veškeré z uvedených vlastností se velmi těžce oddělují od sebe, neboť v nemoci působí spíše jako komplex spolu souvisejících prvků v chování postiženého.

Za společný rys jakékoliv poruchy příjmu potravy považujeme **nízké sebehodnocení, nejistotu a závislost na názorech ostatních**. Současně s tím je společnou potřebou těchto osob štíhlost. To, jak jsou schopni ovládat se v příjmu jídla, se liší především **mírou sebekontroly** (Vágnerová, 2012). Projevem sebekontroly u pacientů s mentální anorexií je **restrikce potravy**. Prostřednictvím hladovění anorektický pacient rozhoduje o vzhledu vlastního těla. Stává se posilujícím faktorem, který zajišťuje určitou emocionální úlevu (Novák, 2010). Osobnost bulimických pacientů je naopak zatížena **nedostatečnou kontrolou impulzů**, které vznikají následkem hladovění. Proto nejsou schopni odolat jídlu. Tato skutečnost v nich vyvolává pocity viny, studu, vzteku, ale i bezmocnosti. Proto reagují purgativním chováním, které tiší úzkostné symptomy. Krom úzkostných symptomů se často v anamnéze bulimických pacientů setkáváme s depresemi (Vágnerová, 2012).

Problematika emočních poruch by mohla celkově představovat samostatný okruh v rámci poruch příjmu potravy, neboť zejména **depresivita a úzkostnost** jsou velmi často

ukotveny v osobnosti pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií. Depresivní či úzkostné symptomy bývají přímo spojovány s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Zejména potom strach z tloušťky, který je hodnocen jako vůbec nejrezistentnější příznak poruch příjmu potravy, který v psychice dominuje i dlouho po odeznění primárních symptomů (Krch, in Krch et al., 2005). Navzdory tomu, že některé teorie lobovaly za přidružení poruch příjmu potravy k afektivním poruchám, Strober a Katze (1987, in Krch, 2005) tvrdí, že nelze uvažovat o společné příčině u obou poruch.

Dalším významným faktorem je **perfekcionismus**²¹. Své opodstatnění si získává ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolé. V kontextu onemocnění představuje úzkostné zúžení osobní perspektivy s důrazným zaměřením na cíl, kterým je vyhublost (Krch, in Krch et al., 2005). Projevy perfekcionismu souvisejí se stanovováním nerealistických cílů. Nemocný klade vysoké nároky na vlastní osobu. Řídí se hodnoceními druhých, na kterých jsou závislí (Kocourková, in Říčan et al., 2006). To souvisí s **nedostatečnou sebeúctou** nemocných. Velmi citlivě reagují na kritiku vlastní osoby. Snadno se nechají ovlivnit názory ostatních ve snaze zalíbit se jim (Papežová, 2012).

V neposlední řadě lze poruchy příjmu potravy interpretovat jako **výraz soutěživosti** (zejména v adolescentním věku), orientaci na výkon, egocentrismus, kdy nejdůležitější hodnotou je být ze všech nejtíhlejší, neboť přesně tak je to v zájmu společnosti a toho, co společnost představuje za žádoucí (Krch, in Krch et al., 2005).

3.3.4 Traumatické životní události

Kritické životní události, se kterými je člověk ve svém životě konfrontován, mohou znamenat důležité indikátory onemocnění ve chvíli, kdy pátráme po jeho příčinách.

Krch (in Krch et al., 2005) uvádí, že posoudit validitu životních událostí jako spouštěcích faktorů je značně problematické. Mnohdy se jedná o subjektivní pohledy pacientů, které jsou sledovány retrospektivně. Stejně tak výzkumník může být zatížen vlastním zaujetím. Navzdory tomu Hsu (1990, in Krch et al., 2005) uvádí, že například až 2/3 pacientek s mentální anorexií dávají své onemocnění do kontextu nějakého traumatického zážitku.

²¹ **Perfekcionismus** lze charakterizovat jako touhu po dokonalosti (Papežová, 2012).

Nejčastěji se jedná o nárazky na tloušťku, sexuální konflikty, významné životní změny, osobní neúspěch, nemoc či problémy v rodině.

Často se při posuzování poruch příjmu potravy považují za klíčové zážitky **sexuálního zneužití**, a to zejména v případech mentální bulimie. Z pozice výzkumných studií však přetrvávají nejednoznačné názory (Pavlová, in Papežová Ed., 2010). Problém nacházíme zejména v metodologickém uchopení, neboť samotný pojem „sexuální zneužití“ je obtížně definovatelný, natož pak pro výzkumný vzorek dětí, kterých se studie převážně týkají (Kocourková et al., 1997).

Jedna z novějších longitudinálních studií potvrdila sexuální zneužívání jako prediktor vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy, popřípadě jiných patologických známek jídelních návyků v adolescenci (Johnsson, Kohen, Kasen & Brook, 2002).

Pokud tedy budeme uvažovat o tom, že zkušenost sexuálního zneužití skutečně představuje specifický faktor ovlivňující rizikové jídelní chování, měli bychom současně počítat s tím, že stejně tak se může nacházet v psychopatologickém obrazu i jiných duševních poruch (Kocourková et al., 1997). Tuto domněnku dokládá studie, ve které byla nalezena souvislost mezi pacienty s mentální bulimií, jež byli v dětství sexuálně zneužíváni a současně s tím se u nich vyskytovala úzkostná porucha či porucha související s narušenou afektivitou (Schoemaker, Smit, Bijl, & Vollebergh, 2002). Vandereycken a Norré (in Krch et al., 2005) uvádí, že 20 až 50% žen s poruchami příjmu potravy přiznává v anamnéze pohlavní zneužití během dětství či adolescence. Podobná čísla jsou však nacházena i u jiných psychiatrických pacientů.

Zážitek sexuálního zneužití v dětství tedy může později v celkovém odrazu velmi negativně ovlivnit tělesné schéma, s čímž souvisí již zmiňovaná neschopnost přijmout roli ženy v rámci integrace dospělé sexuality (Kocourková et al., 1997). Dle Krcha (in Krch et al., 2005) ovšem přímý vztah mezi poruchami příjmu potravy a pohlavním zneužíváním dosud prokázán nebyl.

4. Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy sama o sobě bývá považována za obtížnou, neboť v jednotlivých případech je zapotřebí k pacientům přistupovat individuálně s ohledem na bio-psycho-sociální model (Vágnerová, 2012).

Stejně jako u jiných psychosomatických onemocnění je i nyní v otázce léčby vyžadován komplexní přístup. Na základě odborně posouzeného stavu se volí, zda je pacient vhodným adeptem pro ambulantní léčbu, nebo zda je nutná hospitalizace (Koutek, in Hort et al., 2008).

V současné době existuje, krom standardních forem léčby, pestrá nabídka různých psychotherapeutických přístupů, které jsou voleny s ohledem na specifičnost projevu onemocnění u každého pacienta zvlášť. Garner (in Krch et al., 2005) schématicky znázorňuje hlavní typy intervence, které jsou obecně integrovány při léčbě poruch příjmu potravy (viz. Příloha č. IV: Schéma léčby poruch příjmu potravy dle Garnera). Zároveň mají validní klinický a empirický základ. Opět je nutné zmínit, že tyto možnosti léčby nejsou konečné, neboť u každého pacienta má onemocnění individuální podobu.

Navzdory všemu, cesta k uzdravení se z poruch příjmu potravy je zdlouhavá a namáhavá. Faktickým pravidlem bývá, že je zapotřebí mnoha pokusů, než se nemocnému podaří onemocnění překonat. V léčbě, ať už jakoukoliv formou, platí: čím více do ní pacient vloží, tím více z ní získá. Důležité je uvědomit si, že bez aktivní účasti není naděje na úspěch (Papežová, 2012).

4.1 Koordinace lékařské péče

První kontakt nemocného s odborným pracovištěm vede zejména přes ordinace lékařů primární prevence či pediatriů (s ohledem na věk pacienta). Většina nemocných si zprvu stěžuje na okrajové symptomy poruch příjmu potravy, neboť se za onemocnění často stydí, snaží se ho bagatelizovat či úplně skrýt. Odvolávají se na únavu, nedostatek energie, ztrátu menstruace, bolesti břicha, nadýmání, pálení žáhy aj. Při fyzikálním vyšetření není onemocnění zpočátku patrné, proto je nutné věnovat pozornost podrobnějšímu vyšetření (Papežová, in Papežová Ed., 2012).

Obecně se předpokládá interdisciplinární spolupráce odborníků různých lékařských odvětví (psychiatrů, pediatrů, gynekologů, internistů, endokrinologů, stomatologů, nutričních specialistů či psychologů). Lékaři primární prevence řeší zejména somatickou stránku stavu pacienta. Jsou ale také lékaři prvního kontaktu, kteří indikují vyšetření a doporučují návštěvu dalších specialistů. Doba, než se pacient dostane z rukou praktického lékaře do odborné psychiatrické či psychologické péče, se odvíjí od jeho odborných znalostí, ale také povahy onemocnění či ochoty pacienta spolupracovat s odborníkem daného odvětví. Další postupy jsou voleny v závislosti na stavu pacienta a průběhu jeho onemocnění (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2012).

4.1.1 Hospitalizace pacientů s poruchami příjmu potravy

K hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení dochází v případě, kdy je nutné uvést pacienta do stabilizovaného stavu. Garner (in Krch et al., 2005) zmiňuje několik obecných vodítek pro zvažování hospitalizace pacienta:

- nutný návrat k normální hmotnosti nebo přerušování trvalého ubývání na váze u vyhublých pacientů
- přerušování typických projevů mentální anorexie/ mentální bulimie jako: záchvaty přejídání, zvracení, zneužívání projímadel
- jiné potenciálně vážné zdravotní komplikace

Z medicínského hlediska je nutné věnovat pozornost těmto somatickým komplikacím: kachexie²² následkem významného váhového úbytku, extrémní dehydratace, metabolický rozvrat či těžká bradykardie²³ (Koutek, in Hort et al., 2008).

- léčba přidružených stavů jako: deprese, sebepoškozování, zneužívání psychoaktivních látek

Z psychologického hlediska za přidružený stav považujeme depresivní symptomatiku, sebepoškozující chování až suicidální tendence (Koutek, in Hort et al., 2008). Papežová (in Papežová Ed., 2010) upozorňuje, že až ve 40% případů se můžeme setkat s určitou formou sebepoškozování. Kocourková et al. (1997) dále zdůrazňuje obsedantní zabývání se jídlem a váhou či rodinné vztahové problémy v koexistenci s onemocněním.

²² Chronické vyhubnutí (Vokurka et al., 2005).

²³ Snížená srdeční činnost z organických či psychogenních důvodů (Hartl & Hartlová, 2010).

Nemocniční léčba **nemusí** vyžadovat závazek ani motivaci pacienta k léčbě (zejména u anorektických pacientů je tento bod prakticky nedosažitelný, neboť téměř nikdy nebývají motivováni k léčbě). Na prvním místě je však **eliminovat ohrožení života** pacienta (Garner, in Krch et al., 2005).

Po přijetí na hospitalizační pobyt je hodnocen stav výživy a hydratace. Pokud u pacienta došlo k závažným metabolickým změnám, indikuje se infuzní terapie. Je nutné dbát na zásady správné realimentace²⁴ (zejména u extrémně hubených pacientů). Musí být **postupná** a úměrně nastavená poměru svalové činnosti (Koutek, in Hort et al., 2008).

Při léčbě malnutrice je nutné dbát zvýšené pozornosti, neboť hrozí riziko tzv. **refeeding syndromu**. Je to stav, který je způsobem neadekvátně rychlou realimentací pacientů s dlouhodobě sníženým příjmem potravy, na který jsou již adaptovaní. Pokud by bylo obnovení energetického přívodu příliš rychlé, mohlo by to v indikovaných případech pacienta ohrozit na životě (Kohout, in Papežová Ed., 2010).

Garner (in Krch et al., 2005) uvádí, že krátkodobá hospitalizace nemá u takto vyhublých pacientů většího smyslu, neboť realimentace je časově náročnější. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je totiž kolem 1,5 kg za týden (pokud uvažujeme spolupráci pacienta). Cílem je získat alespoň 90% původní váhy pacienta, což může představovat řádově týdny, ale i měsíce.

První dny by měla kalorická hodnota stravy převýšit 50% předchozí. Měla by být pestrá, lehce stravitelná v menších a častějších dávkách (uvádí se šestkrát denně). Po 1–2 týdnech dochází k postupnému zvýšení energetické hodnoty jídla na doporučených 3000–3500 kalorií (opět s ohledem na aktivní přístup pacienta) (Koutek, in Hort et al., 2008).

V případech těžké malnutrice a současně nespolupráce pacienta je nutné zavést tzv. nazogastrickou či nazojejunální sondu. Jedná se o prostředek enterální výživy²⁵, kdy nosem je do žaludku či tenkého střeva zavedena sonda přirozeně zajišťující dodávku potřebných živin (Kohout, in Papežová Ed., 2010).

Pro hospitalizaci se může lékař rozhodnout i v případech pacientů, kteří nereagovali na psychologickou léčbu. Taková naopak bývá krátkodobá, s návaznou ambulantní péčí. Důležité je pečlivé posouzení odborníkem, neboť každá hospitalizace je finančně náročná a ne u každého pacienta vede k potřebnému efektu (Garner, in Krch et al., 2005).

²⁴ Nutriční rehabilitace (Vokurka et al., 2005).

²⁵ Výživa přes střevo při funkčním trávicím traktu (Vokurka et al., 2005).

V České republice aktuálně **neexistuje** psychiatrická léčebna speciálně orientovaná na léčbu poruch příjmu potravy. Pacienti jsou přijímáni na lůžková zařízení psychiatrických, somatických či metabolických oddělení. Doba se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Krátkodobá péče pro akutní formy se odhaduje na dobu 2 měsíců, středně dlouhá péče pro pacienty s opakovanými pobyty nebo ohroženými chronifikací na dobu 3–4 měsíců. Existuje i forma dlouhodobé péče se specializovaným programem a personálem na 6–12 měsíců, ta však u nás dostupná není. Po propuštění z hospitalizace je doporučen adekvátní dostatečně dlouhý doléčovací program (alespoň 3 měsíce), který má pacientovi pomoci v návratu k běžnému životu (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2010).

4.1.1.1 Somatické komplikace poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou formou sebepoškozujícího chování. Tělesný systém člověka a jeho vnitřní fungování je nastaveno na určitý rovnovážný stav. S odstupem času, v kontextu onemocnění, začne docházet k postupnému rozvratu životně důležitých orgánových systémů (viz. dále).

Tab. 1 Zdravotní komplikace u pokročilých stavů poruch příjmu potravy

	symptom	frekvence	příčina
ledviny- elektrolyty	hypokalemie	často	↓ K ⁺ při zvracení, diuretika, laxativa
	hypochloremická metabolická alkalóza	často	↓ K ⁺ při zvracení
	zvýšená N urea	méně často	dehydratace, ↓ příjmu tekutin, vazopresinu
	edémy	často	hyperaldosteronismus aj.
GIT²⁶	parotitida, hypertrofie	často	hladovění, mechanické poškození
	zpomalené žaludeční vyprazdňování	často	hladovění
	dilatace žaludku (ruptura)	zřídka	rychlá realimentace
	hyperamylázemie, pankreatitida	často u BN	hypersekrece slin a pankreatu

²⁶ **GIT (gastrointestinální trakt)** je orgánová soustava týkající se žaludku a střev (Vokurka et al., 2005).

	zácpa, nadýmání	často	hladovění, abúzus laxativ v anamnéze
	syndrom a. mesenterica superior	zřídka	ztráta váhy
kardiovaskulární syndromy	bradykardie	často	hladovění
	hypotenze	často	hladovění, nedostatek tekutin
	arytmie (EKG abnormality)	často	hypokalemie, hladovění
	prolaps mitrální chlopně	méně často	hypokalemie, cvičení při hladovění
	kardiomyopatie	zřídka	užívání emetinu (ipencancuy)
hematologické syndromy	anémie	méně často	hypoplazie kostní dřene — hladovění
	trombocytopenie, leukopenie	často	hladovění
	hypercholesterolemie	často	nejasná
	hyperkarotinemie	méně často	potrava s vysokým obsahem karotenu

pohybové ústrojí	myopatie	zřídka	hladovění, hypokalemie, abúzus emetinu
	osteoporóza, patologické zlomeniny	zřídka	hladovění, ↓ CA, P, pohlavních hormonů
dermatologické syndromy	suchá, praskající kůže, nehty	často	dehydratace, ztráta podkožního tuku, avitaminóza
	lanugo (tvář, trup)	často	nejasná
	Russelovo znamení	často	mozol na dorzu ruky — vyvolávání vomitu
	periorální dermatitida	často	zvracení
	subkonjunktivální hemarogie	často	zvracení
plicní komplikace	pneumonie	zřídka	aspirace zvratků
stomatologické komplikace	kazivost zubů	často	kyselý obsah zvratků
	periodontitida	často	kyselý obsah zvratků
CNS a neurologické komplikace	nespecifické změny EEG	často	hladovění
	korová atrofie (reverzibilní i ireverzibilní)	méně často	hladovění

	poruchy kognitivních funkcí	méně často	hladovění
	křeče a svalová slabost, neuropatie, Trousseauovo znamení, neuromuskulární excitabilita	méně často	porucha vodního metabolismu a elektrolytů při zvracení, ↓ B1, B12, hypokalcemie
	abnormální chuťové vjemy	zřídka	nedostatek zinku, železa
reprodukční a neuroendokrinní komplikace	amenorea (dg. kritérium pro AN)	často	snížení LH a FSH
	infertilita a/nebo rizikové těhotenství	často	snížení pohlavních hormonů, perinatální komplikace

(převzato z Papežová Ed., 2010, *Spektrum poruch příjmu potravy*, s. 150-151)

Papežová (in Papežová Ed., 2010) tvrdí, že většina komplikací je po normalizaci tělesné hmotnosti a jídelního chování **reverzibilní**. Navzdory tomu, poruchy příjmu potravy představují u žen psychické onemocnění, u kterého je jedna z **nejvyšších** mortalit vůbec. Stárková (in Papežová Ed., 2010) podotýká, že taková skutečnost platí zejména u diagnózy mentální anorexie. Uvádí, že asi 10% případů končí exitem. Většinou je příčina připisována srdečnímu selhání. V případě mentální bulimie nejsou uváděna žádná konkrétní čísla. Předpokládá se, že průběh není tak dramatický jako u mentální anorexie. Krom úmrtí v kontextu somatické komplikace je zde vysoká četnost sebevražd.

4.1.2 Intermediární péče pro pacienty s poruchami příjmu potravy

Existují určité formy přechodné péče, která stojí na pomezí hospitalizace a ambulantní léčby. Tzv. **intermediární péče** může probíhat formou **částečné hospitalizace** nebo formou **denních stacionářů** (Garner, in Krch et al., 2005).

Denní stacionář představuje strukturovaný program cílený na dodržování jídelního režimu, který je výhodnou formou intervence pro pacienty ve stabilizovaném stavu. Existují různé modely denních stacionářů, které jsou si velmi blízké s programy pro hospitalizované pacienty. Hlavním rozdílem denního stacionáře a plnohodnotné hospitalizace je poskytování terapeutické intervence jen po určitou část dne. Přes noc se pacienti v nemocnici nezdržují (Garner, in Krch et al., 2005). Jejich přínosem je relativní ekonomická úspornost oproti standardní hospitalizaci. Navíc pacient je účastníkem režimové léčby, přičemž není zcela vytrhnut ze svého přirozeného prostředí.

Tyto programy tak bezesporu podporují fungování nemocných v jejich sociálních rolích. Přechod do běžného prostředí je potom snazší a nemocní nejsou natolik stigmatizováni, jako při běžném pobytu v léčebném zařízení (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2010).

Forma denních stacionářů se liší dle aktuálního stavu nemocného. Pacient může navštěvovat **denní komplexní stacionář**; ten trvá alespoň 6 hodin denně, a to každý všední den, nebo může navštěvovat **frakcionovaný stacionář**; pacient navštěvuje léčebné zařízení jednou nebo vícekrát za týden. Program frakcionovaného stacionáře trvá alespoň 3 hodiny v daný den. Je indikován převážně jako forma následné doléčovací terapie (Pěč, Kobic, Lorenc & Beránková, 2003).

4.1.3 Ambulantní péče pro pacienty s poruchami příjmu potravy

Ambulantní péče u poruch příjmu potravy má poněkud jiné poslání. Dostává se jí u pacientů chronických či nepoddajných, kteří již absolvovali různé léčebné programy bez většího úspěchu. S neúspěšností v léčbě se již sžili. Ambulantní forma intervence tedy není zaměřena na překonání či vyléčení onemocnění, ale spíše na udržení pacientů v somaticky a psychicky funkčním stavu. Podoba je opět různá; provádí se individuálně, skupinově, formou týdenních konzultací apod. Stěžejním úkolem lékaře je monitorovat tělesnou hmotnost a životně nezbytná kritéria zdravotního stavu pacienta (Garner, in Krch et al., 2005). Krom jiného má také určité edukativní dopady. Pacienty informuje o možnostech svépomoci, poskytuje kontakty na příslušné organizace a odborníky. Dalším jejím záměrem je poučit pacienty o vhodném jídelním režimu. Doporučováno je vést si **jídelní záznamy** (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2010).

Krch (2010) přikládá jídelním záznamům důležitý význam, obzvláště pak v případech pacientů motivovaných k vyléčení. Překonat, at' už anorexii či bulimii, znamená změnit své jídelní návyky. Pomocí jídelních záznamů si nemocný dokáže uvědomit, jaký je jeho denní příjem jídla, jakým způsobem se stravuje, a to zcela nezkresleně. Cílem je sledování vlastního myšlení při jídle, pocitů a okolností jídelního chování, které může v konečném důsledku vést k pozitivnímu posunu (viz. dále).

Tab. 2 Jídelní záznam

Den: středa

Datum: 8. dubna

Čas	Co jsem snědla a vypila	Místo	+	Z/P	Okolnosti a poznámky
8:15	(Zvážila jsem se.)				Nemohu napsat, kolik vážím, je to strašné
9:50	sklenice vody	v kuchyni			Měla jsem po včerejšku žízeň
10:10	dietní kola	v práci			Jsem odhodlána se dnes nepřejíst
11:30	10-20 křehkých chlebů, voda	v práci	+	Z	Začala jsem jíst jen jeden, ale pak, než jsem si uvědomila, co dělám, jsem nad jedním zcela ztratila kontrolu.
12:05	voda				
18:50	kus jablečného koláče 2 litry zmrzliny 4 krajíce chleba se sádlem dietní pepsi 6 koláčů, 1 vánočka 1 litr zmrzliny dietní pepsi		+		Začala jsem jíst, jakmile jsem přišla domů. Okamžitě jsem se přestala kontrolovat
			+		
			+	Z	
			+	Z	
19:50	dvě sklenice vody				Cítím se velmi osaměle.
21:45	sklenice vody				Šla jsem brzo spát.
Poznámka: + V případě, kdy má pocit, že snědla něco navíc; Z — navozené zvracení; P — projímadlo					

(převzato z Krch, *Mentální anorexie*, 2010, s. 97)

4.2 Psychoterapeutická péče

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby jak mentální anorexie, tak mentální bulimie a dalších forem poruch příjmu potravy. Jelikož dnes evidujeme celou řadu terapeutických přístupů, volba vhodného programu je vždy individuální, vázána na řadu okolností. Těmi jsou především osobnost pacienta, věk, fáze onemocnění, ale také motivace ke spolupráci (Koutek, in Hort et al., 2008).

Podobně jako u jiných psychických onemocnění, i zde je podmínkou úspěšné léčby kvalitní **terapeutický vztah** a vzájemná **shoda cílů** jak na straně terapeuta, tak pacienta. Navzdory tomu, postojte pacientů zejména s mentální anorexií bývají vůči cílům terapie

ambivalentní (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2010). Psychoterapeutická léčba totiž obecně naráží na typické symptomy: odmítání přiznat si nemoc, odmítání pomoci, popírání psychosomatických obtíží v důsledku choroby. Pokud není pacient dostatečně motivovaný, zásadně to narušuje vývoj terapeutického vztahu a cestu k úspěšné léčbě (Papežová, Uher, & Soukup, in Papežová Ed., 2010).

Nesnadná je také psychoterapeutická intervence u chronických pacientů nebo pacientů rezistentních na psychologickou léčbu. Podobně neefektivní se jeví u pacientů katechických. Pro ty je doporučováno zařadit psychoterapii až po dostatečné nutriční rehabilitaci (Papežová & Novotná, in Papežová Ed., 2010).

4.2.1 Rodinná terapie

Přestože rodinná terapie není řazena k hlavním psychoterapeutickým přístupům v léčbě poruch příjmu potravy, ukazuje se jako účinná, zejména pak u pacientů adolescentního věku, trpícími mentální anorexií (Papežová, Tomanová, & Pelková, in Papežová Ed., 2010). Vychází z předpokladu, že rodina je systém se svými specifickými interakcemi. Zda-li se u adolescentního člena rodiny rozvine porucha příjmu potravy, lze chápat jako odpověď na komplexnost procesů uvnitř této rodiny (Kocourková et al. 1997).

Důležitým poznatkem je, že v rodinné terapii nevystupuje pacient jako jedinec, nýbrž **rodina jako celek**. Rodinná terapie totiž staví na předpokladu, že individuální porucha dítěte nebo jiného člena rodiny, je výsledkem narušené dynamiky interpersonálních vztahů rodiny. Cílem terapie je změna těchto vztahů, ne problém pacienta jako takový (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2000).

V současnosti existuje více směrů, kterými se v oblasti rodinné psychoterapie můžeme vydat. Jedním z nich je například model **strukturální rodinné terapie** dle Salvadora Minuchina (2013), který cílí na zásah do rodinného systému v současných podmínkách. Úsilím terapeuta je změna rodinné struktury. Se změnou rodinné struktury je předpokládána změna zkušeností členů rodiny. Obzvláště při léčbě mentální anorexie u nedospělých pacientů je vyžadována podstatná změna navykklých způsobů interakce v rodině.

Pro tyto rodiny je typická zdánlivě dokonalá harmonie, která ovšem jen zastírá odložené rodinné konflikty. Odpovědí na tyto nevyřešené konflikty je chování anorektického pacienta. Léčba vyžaduje změny v rodinném soužití, a to od všech členů. Pokud bude tato změna úspěšná, dojde k přiměřené restrukturační vzájemných nároků a vztahů. Nemocné dítě pak bude schopno otevřít se sobě samému, vlastním potřebám i rodinným a mimorodinným kontaktům (Langmeier et al., 2000).

Jiným přístupem v rodinné terapii je koncept **systemicko-narativní terapie** dle Gjuričové & Kubičky (2009). Ve svém modelu narativní terapie kladou důraz na **externalizaci**²⁷. V rámci narativní terapie hovoří Gjuričová & Kubička (2009) o tzv. **externalizační metafoře**, kdy terapeut operuje s přesvědčením, že člověk a problém nejsou jedna a ta samá věc, a že je nutné vnímat je odděleně. Poté, prostřednictvím externalizačního rozhovoru společně s rodinou objevuje, jak daný symptom proměnil život všech členů rodiny a celkově fungování ve vzájemných vztazích.

Uvědomit si problém a pojmenovat ho je pro rodinu s pacientem, trpícím poruchou příjmu potravy, nesmírně důležité, neboť dříve či později začne toto onemocnění masivně prostupovat do chodu celé rodiny. Stane se ústředním organizujícím principem. Život rodiny jako by se zastavil a točí se jen kolem poruchy příjmu potravy (Eisler, in Krch et al., 2005). Pokud však problém dostane jméno a vyjeví se, může se změnit postoj členů rodiny k němu a tím pádem schopnost zažít jej jinak (Gjuričová & Kubička, 2009).

Přestože Gjuričová & Kubička (2009) vyzdvihují ideu, že nemoc je nepřítel a je nutné se proti ní postavit, v případě pacientů s poruchami příjmu potravy se dle Kolaříka (2010) toto zdá být kontraproduktivní. Hovoří o tom, že v praxi není výhodné mentální anorexii či mentální bulimii vnímat jako protivníka, neboť onemocnění existuje jako svébytná jednotka, která se jakékoliv odmítavé taktice brání velmi důrazně. Je proto nezbytné budovat s nemocí spojenectví a přijmout ji za svou. Uvědoměním si, že je součástí osobnosti nemocného, dojde k jejímu oslabení a projevy nebudou tak devastující.

Obzvláště pak pacienti s mentální anorexií mají vysokou schopnost externalizovat své onemocnění. Nahlízejí na anorexii jako na něco odděleného od nich samotných. Jako na vlastní bytost. Dokáží ji pojmenovat, hovořit s ní. Dokáží se před ní přetvařovat, jako by vůbec neexistovala, i když je stále s nimi (Sládková & Vybíral, 2008).

²⁷ **Externalizace** je terapeutická technika autora Michaela White. Představuje postup, kterým pacient ve své mysli odděluje symptom od vlastní osobnosti. Tím si na něj utvoří náhled, může jej studovat a poznávat, a nakonec se proti němu vlastní silou postavit (Gjuričová & Kubička, 2009).

Další terapeutickou školou je pojetí Chvály & Trapkové (2004). Věnují se problematice **rodinné terapie u psychosomatických pacientů**. Na základě podrobného zkoumání rodin s těmito pacienty vyslovili metaforu rodiny jako dělohy, jejíž funkce se opakují na sociální úrovni. Rodina v tomto pojetí představuje uzavřený prostor, který je nutnou podmínkou pro zrání a výchovu dětí. Předmětem jejich zkoumání je, v jakém kontextu nemoc vzniká. Nemoc považují za možnost organismu, která tu vždy byla a bude. Mění se jen její formy a způsoby, stejně tak jako se mění organismus se svým prostředím. Dochází k názoru, že každá choroba zapadá do životního příběhu člověka, že žádná nemoc neexistuje sama o sobě. Eisler (in Krch et al., 2005) však uvádí, že i přes velké množství výzkumů neexistují přesvědčivé důkazy o existenci „psychosomatické rodiny”. Ukazuje se, že rodiny s pacientem, trpícím poruchou příjmu potravy, jsou kvalitativně různorodé. Přestože existují jisté výsledky u rodin, které změnami ve svém fungování přispěly k uzdravení nemocného, nelze je snadno vysvětlit psychosomatickým modelem.

Jinou alternativní formou rodinné terapie je tzv. **Ostrov rodiny** autorů Riegra & Vyhnálkové (1996). Koncept propojuje okruhy umění, filozofie a psychoterapie, čímž redukuje a zároveň interpretuje celý složitý systém. Jedná se o takovou metaforu rodiny, která na principu prostorového znázornění uspořádání rodiny má ve snaze terapeutické změny kontextu onemocnění.

Jako poslední bych zmínila novější přístup v terapii rodiny, a to tzv. **vícerodinné terapie**. Model vícerodinné terapie představuje výběr z různých terapeutických směrů. Umožňuje rodinám:

- otevřeně hovořit o svém problému s rodinami, které zažívají podobnou situaci
- učit se ze zkušeností jiných rodin a podílet se vzájemně na vývoji a posunu v léčbě
- oprostít se od sociální izolace
- vytvořit prostředí naděje a otevřené pomoci
- obnovit zdravé a pozitivně fungující zázemí

U vícerodinného programu je nutné dbát na kvalitní organizaci. Celková délka programu je 24 týdnů. Terapeutický tým je tvořen párem hlavních terapeutů a zhruba čtyřmi koterapeuty (všichni musí být orientováni v problematice poruch příjmu potravy či rodinné terapii). Důležitou součástí programu je společné stravování, kterého se účastní všichni

členové terapeutických skupin. Po absolvování celého programu těchto skupinových setkání přechází každá rodina do individuální péče terapeuta (Papežová et al., in Papežová Ed., 2010).

4.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) představuje běžně uznávanou léčbu poruch příjmu potravy. Je vhodná jako individuální forma terapie pro ty pacienty, kteří nesplňují kritéria rodinné terapie, nebo mají středně těžké až vážné příznaky onemocnění (Garner, in Krch et al., 2005).

Z psychologického hlediska je klíčová **porucha kognitivní**. Pacient s poruchou příjmu potravy si vytvoří určitý systém postojů a hodnot, který se týká tělesného vzhledu a hmotnosti a ten pak internalizuje jako svůj ideál. Dominuje v psychickém prožívání a stává se hlavním kritériem vlastního sebehodnocení (Krch, in Praško et al., 2007). Postupně se těmito představám podrobují životní návyky nemocného (obzvláště v kontextu jídelního chování). Dochází ke **zkreslení** kognitivní kvality myšlení, která sklouzává v četné myšlenkové extrémismy známé jako **černobílé myšlení**²⁸. V jeho důsledku vzniká negativní sebehodnocení a sebeoceňování, které celkově vyúsťuje v negativní emoční citění a prožívání (Kocourková et al., 1997).

U anorektických pacientů se potýkáme s tzv. **poruchou body image**²⁹. Jná se o dysfunkční kognici vlastního vzhledu. Takový pacient o sobě často prohlašuje, že je “tlustý a neforemný”. Přesný obraz toho, jak kognitivní porucha vzniká, není jasný. Psychologové ji připisují procesu internalizace nebo určité projekci vlastních pocitů skrze své tělo. Při léčbě se osvědčuje použití tzv. **videomonitoring**³⁰. Díky němu jsou zvládnuty stavy nevyvratitelných představ o katastrofických změnách těla při pravidelném jídelním režimu (Stárková, 2003).

Negativní emoční prožívání se v doprovodu iracionálních představ transformuje na úroveň chorobného strachu z tloušťky a z jídla obecně. V psychice strach a jeho prožívání funguje jako udržující mechanismus (Krch, in Praško et al., 2007).

²⁸ **Černobílý způsob myšlení** je způsob myšlení “buď všechno nebo nic”. Typicky u pacientů s mentální bulimií je každé, byť minimální, porušení dietního pravidla chápáno jako totální selhání. Ve spojení s perfekcionismem je přijatelná pouze čistá dokonalost, všechno ostatní je bezcenné. Když si uvědomíme, jak přísnému jídelnímu režimu nemocní propadají, je pak logickým výsledkem jeho nepravidelnost – střídavé omezování jídla přerušované opakovanými záchvaty (Fairburn, in Krch et al., 2005).

²⁹ **Body image** značí představu o vlastním tělesném vzhledu na pozadí sebepojetí konkrétního jedince (Hartl & Hartlová, 2010).

³⁰ **Videomonitoring** je technika “tvarování těla”. Pomocí videozáznamu dochází k systematickému monitorování proměn těla v průběhu terapie (Stárková, 2003).

Ústředním tématem léčby KBT je **změna jídelních stereotypů a myšlenkových procesů** ambivalentního pacienta. Dále je řešena otázka tělesné hmotnosti a překonání nevhodných způsobů její kontroly. Podmínkou úspěšné léčby je **bezpodmínečné zvýšení tělesné hmotnosti** (což se však zcela rozchází s dosavadní ideologií nemocného). Proto je nezbytné již od počátku dobře strukturovat terapii a vytvořit časový plán léčby (Krch, in Papežová Ed., 2010).

Na počátku léčby dochází k vzájemnému poznávání terapeuta a pacienta. Stanovují se podmínky spolupráce, formuluje se problém. Na straně terapeuta je vždy žádoucí být aktivní, někdy i direktivní, současně s tím co nejvíce otevřený a kooperativní. Měl by na pacienta působit promotivačně a aktivně ho doprovázet při řešení problémů (Krch, in Praško et al., 2007). Navzdory tomu jako univerzální jev přetrvává negativní postoj většiny pacientů vůči terapeutovi. Bez pozitivního postoje k terapii však pacient není schopen změnit svoje jídelní chování (Kocourková et al., 1997).

Důležitá je samotná podpora pacienta, avšak ne přehnaná. Nemocný je konfrontován se svým strachem – tloustnutím. Je nezbytné nemocnému opakovat, že změny budou nepříjemné, a že není možné podrobit ho žádným ústupkům. Také ale vysvětlujeme, že nad stanovenou hodnotou pomůžeme nárůst hmotnosti zastavit a dále přiměřeně kontrolovat (tím eliminujeme představu pacienta o nezastavitelnosti tloustnutí). Vždy myslíme na to, aby se pacient cítil bezpečně (Krch, in Papežová Ed., 2010).

I v KBT slouží jako pracovní materiál **jídelní záznamy**. Pomáhají rekonstruovat vztahy pacienta k jídlu. Důraz je kladen na autentičnost; pokud pacientka zalže, tak především sama sobě. Potvrzují spoluúčast nemocného na sezení i mimo ordinaci terapeuta (Krch, in Praško et al., 2007).

Součástí terapie jsou **psychoedukace**. Jejich cílem je pacienta poučit o vhodné stravě, tělesné hmotnosti a její regulaci, a to vždy s ohledem na stanovené cíle. Dále hovořit o rizicích a faktech diet, hladovění a dalších kompenzačních mechanismech, typických pro poruchy příjmu potravy (Krch, in Papežová Ed., 2010)

Mnoho bulimických pacientů například neví, že zvracení není účinným prostředkem; zvracením se tělo zbaví asi jen 40–60% jídla. Stejně tak projímadla se jeví jako neúčinná; způsobují sice vyprázdnění tlustého střeva, avšak energetická hodnota jídla je využita již při průchodu střevem tenkým (Krch, in Praško et al., 2007).

V průběhu léčby narážíme na řadu nevhodných kognitivních strategií, které si nemocný osvojil. Obecně je lze nazvat **negativní myšlenky**³¹. Naším cílem je **restrukturalizovat kognitivní pochody** nemocného. Jde nám zejména o to, aby si pacient uvědomil základní vzorce chybných postojů, které se neustále opakují, a brání tak zvládnání problému (Krch, in Papežová Ed., 2010). Naší snahou je, aby pacient ve svých myšlenkách nezaměňoval fakta a pocity a nedělal nepřiměřené závěry. V konkrétní myšlence se soustředíme na argumenty, které ji podporují a naopak odporují. Pacient je tak konfrontován s nepřiměřeností svého postoje, který lze novým náhledem přebudovat (Krch, in Praško et al., 2007).

Terapeut by měl strach pacientů, předně s mentální anorexií, akceptovat. S pacientem by měl pracovat na přijetí vlastního těla. Seznámit jej s možnými disproporcemi, které budou změnu těla provázet. Zároveň tak je na pacientovi, aby se naučil znát své tělo a pečovat o něj. Měl by získat realistický náhled na svůj tělesný vzhled a ten také přijmout (Krch, in Papežová Ed., 2010).

V závěru léčby je nutná **prevence relapsu**³². Pacient je připravován na nebezpečí a rizika, která jej v budoucnu čekají. Podstatné je připomenout, že i přes sebevětší zátěž pacient umí svoje problémy s jídlem zvládnout, jen je potřeba umět nabyté dovednosti systematicky používat (Fairburn, in Krch et al., 2005).

4.2.2.1 Dialektická-behaviorální terapie

Dle Papežové & Novotné (in Papežová Ed., 2010) se u bulimických pacientů potvrzuje účinnost tzv. **dialektické-behaviorální terapie**. Představuje anglickou terapeutickou metodu, která byla původně navržena pro léčbu hraničních poruch osobnosti a chronicky sebevražedných pacientů. Vychází z předpokladu, že přejídání u bulimických pacientů zastává stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů – přináší krátkodobou úlevu od nepříjemných afektů.

³¹ Za **negativní myšlenky** označujeme všechna nevhodná očekávání, soudy a postoje, které brání přiměřenému řešení problému. Jsou automatické a nechtěné. Na jejich principu fungují ony bludné kruhy, které jsou součástí mentální anorexie a mentální bulimie. Platí, že čím víc jim pacient propadá, tím častěji se mu vrací (Krch, in Papežová ed., 2010)

³² **Relaps** znamená návrat symptomů před dosažením úzdravy (Hartl & Hartlová, 2010).

Úkolem terapeuta je uvědomit si, proč pacient trpí a co vyjadřuje svým nepřizpůsobivým chováním. Zároveň má nabídnout možnosti, jak se patologického chování zbavit (Linehanová, 1993, in Beer, Pereira, & Paton, 2005).

4.2.3 Psychoanalytický přístup

Psychoanalytické teorie předpokládají zdroj patologie poruch příjmu potravy v raném dětství pacienta. Determinují ho vztahy s důležitými osobami (předně s matkou), které se později podílejí na patologizaci vnitřní psychické struktury jedince. Vazba mezi pacientem a primárním objektem zůstává narušena (Kocourková, in Krch et al., 2005). Oproti ostatním terapeutickým přístupům zdůrazňuje psychoanalýza význam nevědomých obsahů a fantazijních představ, které mají vliv na prožívání, myšlení a chování pacienta. Na ty se terapie zaměřuje (Kocourková et al., 1997).

Centrem zájmu nejsou symptomatické potíže, ale **osobnost** nemocného. Je zkoumána v rovině interpersonálního i intrapsychického fungování. Primárním cílem terapie je změna její struktury (Kocourková, in Krch et al., 2005). K užívaným technikám v terapeutickém procesu řadíme volné asociace, interpretační práce, ale primárně **přenos**³³ a **protipřenos**³⁴ (Kocourková, in Papežová Ed., 2010).

Přenos je nutným kritériem k hlubšímu porozumění prožívání nemocného. K jeho rozvinutí je zapotřebí bezpečná analytická situace, ve které se může pacient terapeutovi otevřít (Kocourková et al., 1997).

Na druhé straně stojí **protipřenos** terapeuta, který je podmínkou průchodnosti terapie. Během celého procesu mění své podoby. Schopností terapeuta by mělo být umět přijímat projekce pacienta, zároveň s tím dosahovat dostatečné narcistické rovnováhy, která je nezbytná při jejich zpracování (Kocourková, in Papežová Ed., 2010).

Dynamika přenosu a protipřenosu bývá komplikovaná, což dělá z psychoanalytické terapie poruch příjmu potravy obtížnou modalitu, jak z hlediska obsahu, tak z hlediska časové náročnosti. Kromě změny struktury osobnosti vede ke zrání v oblasti separace a individuace, sexuální identity, narcistické regulace a sebeakceptace (Kocourková, in Papežová Ed., 2010).

³³ **Přenos** je procesem na nevědomé úrovni, kdy pacient na terapeuta přenáší pocity a přání v kontextu svých minulých zkušeností (Hartl & Hartlová, 2010).

³⁴ **Protipřenos** je procesem na nevědomé úrovni ze strany terapeuta, který v průběhu terapie na klienta přenáší své vlastní prožívání nebo se snaží do nevědomého, ale i vědomého prožívání pacienta vcítit (Hartl & Hartlová, 2010)

4.2.4 Interpersonální terapie

V některých indikacích se jeví jako efektivní začlenění interpersonální terapie. S ohledem na povahu nemoci je dobré se k tomuto typu terapie přiklonit v případech pacientů, u kterých převládá nějaký interpersonální konflikt (Garner, in Krch et al., 2005).

Funguje jako krátkodobější terapeutická intervence (o rozsahu 12–16 sezení), která řeší současné interpersonální vztahy a životní situace pacienta. Jejím cílem je oslabení symptomů a zlepšení vztahů s druhými lidmi (Prochaska & Norcross, 1999). V kontextu poruch příjmu potravy se nezaměřuje na problémy s jídlem, nýbrž na okolnosti, které nemoc udržují v chodu. V průběhu léčby se hledají klíčové faktory interpersonálního konfliktu jak z minulosti, tak přítomnosti pacienta a ty jsou postupně rozebírány. Dojde-li k odkrytí a rozřešení toho, co pacienta podněcuje k patologickému jídelnímu chování, může to pozitivně ovlivnit další vývoj jeho chorobného stavu (Garner & Garfinkel, 1997).

Přestože v současnosti je metodou první volby KBT, interpersonální terapie se zdá být účinná u pacientek s mentální bulimií, které nevhodně reagovaly na průběh KBT. Vhodná je také v dlouhodobé terapii pacientů s mentální anorexií, u kterých přetrvávají příznaky (Garner, in Krch et al., 2005).

4.2.5 Skupinová terapie

Skupinová terapie je metodou volby u většiny adolescentních pacientů. Setkáváme se s ní prakticky ve všech léčebných programech určených pacientům s poruchami příjmu potravy (Kocourková et al., 1997). Je upřednostňována při hospitalizaci pacienta či v rámci denních stacionářů. Má různé podoby.

Terapeutické skupiny hospitalizovaných pacientů bývají smíšené (zastoupení obou syndromů). Práce s pacienty ve skupině a směr terapie se však vždy odvíjí od celkového složení (Krch, in Krch et al., 2005).

Dle Halla (1985, in Kocourková et al., 1997) může být určité skupinové uspořádání v kontraindikaci. Jsou to případy katechických pacientů, pacientů v akutní fázi léčby či diagnosticky homogenních pacientů ve skupině. Krch (in Krch et al., 2005) zmiňuje, že pro anorektické paciety, pokud tvoří homogenní skupinu, je typické utváření koalic vůči personálu.

Ze skupinového uspořádání tak vyplývá řada typických projevů, které jsou důsledkem vzájemné interakce mezi pacienty a jejich vlastními diagnózami.

U anorektických pacientů Krch (in Krch et al. 2005) uvádí manipulativní techniky či agrese vůči personálu, agrese mířenou na pacienty s mentální bulimií. Někdy u nich dochází k nápodobě formou naučeného zvracení od bulimických pacientů. U bulimických pacientů může dojít k projevení závislosti tělesného vzhledu pacientů s mentální anorexií. Objevuje se i soutěživost mezi pacienty navzájem.

Skupinová terapie může být inspirována různými psychoterapeutickými směry. Jednotčím úkolem skupiny je pravidelné setkávání se záměrem pomáhat si navzájem za účelem změny, která směřuje k optimálnímu vývoji. Využívá se skupinová dynamika. Terapeutova intervence je mísená s interakcemi členů skupiny (Langmeier et al., 2000).

Obvykle se postupuje od základní problematiky poruch příjmu potravy až ke kontextu psychických problémů. Je připojena i psychoedukace. Ve skupině se pacient učí řešit svůj problém, orientovat se ve svém vnitřním prožívání na pozadí výstupů ostatních ve skupině. Je konfrontován se svým strachem a hledá cestu, jak ho porazit. Očekávání a cíle členů skupiny bývají odlišné, proto je práce se skupinou obtížnější. Jsou situace, kdy terapeut musí být aktivnější a direktivnější. Navzdory tomu, bez aktivní účasti pacientů na skupině lze jen těžko dospět ke kvalitativní změně (Krch, in Krch et al., 2005).

4.3 Nutriční terapie

Do každé léčby poruch příjmu potravy je důležité začlenit vhodnou formu nutriční intervence. Jelikož změna stravovacích návyků je jedním z hlavních bodů léčby, je nutriční terapeut důležitým partnerem nemocného.

Po žádoucí realimentaci bývá pacient svěřen do péče **nutričního terapeuta**, který dále pracuje na normalizaci tělesné váhy pacienta. Ten je zodpovědný za nutriční stav a edukaci pacientů s narušenými jídelními vzorci. Spolupracuje s lékařem a sestavuje vhodný dietní plán, případně indikuje konkrétní formy nutriční podpory (Kohout, in Papežová Ed., 2010).

Cílem dietní léčby dle Beumonta & Williamsově (in Krch et al., 2005) je:

- aktivovat normální dietní chování
- podporovat zdravý postoj k jídlu
- naučit pacienta adekvátně reagovat na podněty hladu a sytosti

Nutriční terapeut spolu s pacientem vytváří vhodný jídelníček. Ten je sestavený tak, aby váha postupně stoupala. Musí být dostatečně pestrý, s důrazem na optimální příjem bílkovin, energie, minerálů, vitamínů a stopových prvků. Zároveň tím nesmí pacienta jakkoliv poškodit (Kohout, in Papežová Ed., 2010).

Důležitá je také podpora rodiny a blízkého okolí, zejména na počátku léčby a v období relapsu. S ohledem na zlepšující se zdravotní stav, lze sezení s terapeutem postupně omezovat, avšak doporučuje se jej z komplexní intervence nevyložit úplně (Beumont & Williamsová, in Krch et al., 2005)

4.4 Biologická terapie

Biologická léčba poruch příjmu potravy, to je předně **farmakoterapie**. Není metodou první volby. Je komplementární formou k psychoterapii, psychoedukacím, nutričnímu poradenství ad. (Papežová, in Fišar, Jiráček, Bob, & Papežová, 2009).

Celkový postoj k užívání léčiv při poruchách příjmu potravy je poměrně nejistý. Bylo zkoušeno množství psychotropních látek – antidepresiva, konvenční a atypická antipsychotika, látky stimulující chuť k jídlu atd. Žádná z výše zmíněných nebyla účinná natolik, aby vykompenzovala rizika nežádoucích účinků a nevyžadovala přidruženou psychoterapeutickou intervenci (Papežová, in Papežová Ed., 2010)

Garner (in Krch et al., 2005) uvádí, že u mentální anorexie není užívání farmak užitečné. U mentální bulimie má omezený vliv. Tvrdí, že aplikace farmakoterapie by měla být spíše alternativou pro takové pacientky, které na jinou formu léčbu nereagovaly, nebo pro které nebyla úspěšná. Papežová (in Papežová Ed., 2010) však argumentuje, že například u relapsu mentální anorexie jsou některá antidepresiva prokazatelně účinná. Podobně u mentální bulimie mají účinnost při snižování frekvencí záchvatů přejídání a zvracení. Své opodstatnění má také užívání psychofarmak v případě, kdy se u pacientů projeví depresivní, anxiózní či obsedantní symptomatika. Stále přitom platí, že farmakoterapie je pouze doplňkovou léčbou, která vyžaduje další empirické zkoumání.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Výzkum jako vědecká metoda

Pro začátek je nutné podotknout, že psychologie se svou povahou jednoznačně řadí k vědeckým disciplínám. Pomáhá nám interpretovat lidské chování a duševní procesy v realitě našeho bytí. Jako každá vědní disciplína, i psychologie potřebuje k rekonstrukci dílčích aspektů lidské existence určité nástroje, kterými bude schopna zpracovat a transformovat získané poznatky na úroveň vědeckých teorií.

Takovýmto nástrojem, a to nejen v oblasti psychologie, je **výzkum**. Lze jej definovat jako proces utváření nových poznatků, který je systematický a plánovaný. Klade si za cíl získat nové souvislosti a porozumění v pozadí zkoumaného problému (Hendl, 2012). Zjištěné informace, vyplývající z výzkumné činnosti, jsou zobecňovány do podoby tzv. **vědecké teorie** (Ferjenčík, 2010). Někdy však není její formulace nutným kritériem.

V psychologickém či sociologickém výzkumu totiž existují jevy, jejichž podstatu není možné uchopit v nějaké jednotící formuli, neboť některé fenomény jsou součástí širšího kontextu našeho světa a jsou neustále proměnlivé (Reichel, 2009). Nejinak tomu bude v mojí práci, kde se chci spíše soustředit na porozumění problematiky, než na vytváření nových závěrů.

5.1 Výzkumný problém

Jakákoliv výzkumná činnost se odvíjí od jevů, které jsou předmětem našeho zájmu, neboť ty se stávají ústředními motivy, tzv. **výzkumným problémem**.

Mým záměrem bylo soustředit se na existenci poruch příjmu potravy u populace lidí, která s některou jejich formou má konkrétní zkušenost.

V této práci jsem inklinovala především k základním kategoriím poruch příjmu potravy – **mentální anorexii** a **mentální bulimii**. Bylo by značně nevýhodné svou pozornost soustředit pouze na jednu z těchto diagnóz, neboť v současném pojetí se mnoho odborníků přiklání k variantě jednotlivé formy mezi sebou nerozlišovat. V praxi mají totiž tendenci vzájemně přecházet jedna v druhou.

To, jak dnes vnímáme typické psychopatologické projevy konkrétní diagnózy, je výsledkem dlouhodobého zkoumání a studování oblasti poruch příjmu potravy. K jejímu bližšímu porozumění nám bezpochyby pomohl osobní kontakt s pacienty samotnými. Setkat se proto s pacienty a pokusit se zachytit jejich osobní prožitky na pozadí určité formy diagnózy, bylo inspirací pro můj výzkumný záměr.

5.2 Cíle výzkumu

Za konkrétní cíl výzkumu v rámci této práce jsem si stanovila získání **obrazu subjektivního prožívání** pacientů, kteří se po různě dlouhou dobu svého života potýkali a léčili s poruchami příjmu potravy.

Předpokládala jsem, že tak, jako je každý člověk jedinečnou osobností, bude i vlastní zkušenost každého pacienta s tímto typem psychické poruchy zcela svébytnou.

Zpracování autentických výpovědí osob s obdobnou diagnózou poruch příjmu potravy má přispět k vytvoření rámcové představy o tom, jakých podob může nabýt a s jakou intenzitou může progredovat.

6. Výzkumné otázky

S ohledem na vytyčený cíl postihnout ucelený obraz subjektivního prožívání nemoci u konkrétních pacientů jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

Jaký byl život pacienta před vznikem onemocnění?

Otázka má dopomoci k orientaci v premorbidním životě pacienta a k zachycení potenciálních rizikových faktorů, jež se mohly podílet na vzniku onemocnění.

Kde pacient subjektivně spatřuje počátek onemocnění?

Tato otázka má přiblížit vlastní reflexi vzniku nemoci u pacienta.

Jaký byl život pacienta s onemocněním?

V rámci této otázky bude mým cílem postihnout vývoj a následný průběh diagnózy pacientů tak, jak ji subjektivně vnímali na pozadí svého života.

Jak onemocnění změnilo život pacienta?

Zde mne bude zajímat, jak onemocnění změnilo kvalitu života pacienta.

Jak pacient aktuálně vnímá onemocnění?

Touto otázkou se chci dopátrat toho, jak pacient s odstupem času chápe své onemocnění, jaký je jeho subjektivní názor na něj.

Výše uvedené otázky byly klíčové pro sestavení kompletní struktury rozhovoru.

V průběhu výzkumu byly modifikovány tak, aby svou podstatou odpovídaly obsahu získaných dat a současně dostály cíli práce.

7. Metodologický rámec výzkumné činnosti

Metodologie je naukou o metodách vědy. Zabývá se výzkumnými postupy a jejich výsledky s cílem vytvořit určitou soustavu pravidel, kterými lze dojít k vysvětlení nebo ověření určitých jevů a předpokladů (Reichel, 2009).

V rámci metodologie psychologického výzkumu využíváme dvou základních strategií, jakými lze výzkumnou činnost řídit. Jedná se o **kvantitativní** nebo **kvalitativní přístup**. Jejich směr určuje povaha výzkumného problému.

Tab. 3 Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem

kvantitativní přístup	kvalitativní přístup
extenzivní šetření zkoumané skutečnosti	intenzivní šetření zkoumané skutečnosti
dedukce: nejprve formulace vztahů, pak sběr dat	indukce: nejprve sběr dat, pak formulace vztahů
zkoumání předpokládaných vztahů, ověřování <i>hypotéz</i>	identifikace vztahů, vytváření nových <i>hypotéz</i>
zkoumání několika aspektů u mnoha objektů	zkoumání mnoha aspektů u mála objektů
postup předem naplánován <i>projektem zkoumání</i>	postup flexibilně reaguje na zjištěné informace
získávání údajů vysoce <i>standardizované</i>	získávání údajů značně <i>nestandardizované</i>
sběr a analýzu dat lze provést poměrně rychle	sběr a analýza údajů jsou většinou časově náročné
po výzkumu <i>výběrového souboru</i> sběr dat končí	sběr dat končí po <i>teoretickém nasycení</i>
vyhodnocování dat po ukončení jejich sběru	vyhodnocování dat v průběhu jejich sběru
statistické zpracování dat nezbytné	využití statistiky minimální až nulové
kvantifikace dat, unifikace výpovědi vysoká	výpověď nekvantifikovaná, jedinečná, obrazná
zobecnění výsledků možné a očekávané	zobecnění výsledků problematické, spíše nemožné
výsledky relativně nezávislé na výzkumníkovi	výsledky mohou být ovlivněny výzkumníkem
testuje <i>validitu</i> porozumění zkoumanému problému	pomáhá porozumět zkoumanému problému
závěry někdy příliš abstraktní pro konkrétní podmínky	dobré poznání konkrétních podmínek a situací

(převzato z Reichel, 2009, *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, s. 41)

Stěžejním krokem při každé realizaci vědeckého výzkumu, máme-li konkrétní výzkumné téma, je zvolení si vhodného přístupu (viz. výše). Nelze oba přístupy srovnávat, nadhodnocovat jeden před druhým. Předpokládáme jejich rovnocennost. Někdy dokonce integrujeme výhody obou přístupů v tzv. **smíšeném přístupu**.

Tak či tak, k tomu, abychom se dobrali výsledků s určitou výpovědní hodnotou, je zapotřebí orientovat se v metodologii každého přístupu zvlášť.

7.1 Kvalitativní výzkum jako volba metodologického přístupu

Miovský (2006) hovoří o tom, že v psychologii existují taková témata, která pro svou povahu nejsou vhodná ke zpracování kvantitativními metodami. Jedním z takových témat je i oblast emocí a prožívání.

Pro charakter výzkumného problému a vytyčený cíl, který má tato práce naplnit, bylo mým jednoznačným rozhodnutím zvolit **přístup kvalitativní**. Mou volbu podporuje i obecná teorie, vážící se k povaze tohto výzkumného přístupu.

Kvalitativní přístup ve výzkumné činnosti je přístup orientovaný **holisticky**. Ať už je zkoumán jakýkoliv fenomén, je zkoumán v celé své šíři a všech možných rozměrech. Veškeré takto získané poznatky jsou integrovány za účelem porozumění vzájemných souvislostí (Ferjenčík, 2010).

Současně s tím, jak data získáváme, podrobujeme je následné analýze; o každé získané informaci tak můžeme ihned rozhodnout, zda je pro náš výzkum použitelnou a cennou (Hendl, 2012). Po celou dobu sběru dat je vyznáván princip otevřenosti; směr našeho zájmu se může pružně měnit. Samotný sběr dat je ukončen tehdy, když rozhodneme, že byla naplněna podstata naší výzkumné činnosti (Miovský, 2006).

Pokud je tedy výzkum soustředěn na konkrétního člověka či skupinu lidí, je hlavním úkolem objasnit, jak ve svém přirozeném prostředí fungují. Pro Hendla (2012) to znamená:

- jak interagují v každodenním životě
- jak chápou kontext dění ve světě kolem nich
- proč jednají tak, jak jednají

Z tohoto lze vyvodit několik závěrů (Miovský, 2006):

1. Získaná data nebude možné zobecnit na celou populaci, ale pouze v rozsahu, v jakém jsou zkoumána.
2. Získaná data jsou obsahově pestrá a bohatá. Jdou do hloubky problému.
3. Výzkumník bude v těsném vztahu s účastníkem(y) svého výzkumu.
4. Každý kvalitativní výzkum je svým způsobem jedinečný. Mnohé jsou svázány s kontextem zkoumaného problému a není možné jej opakovat.

Pokud tedy uvážím, že mým záměrem je postihnout subjektivní prožívání pacientů s určitou poruchou příjmu potravy, jeví se kvalitativní výzkum jako vhodná cesta k naplnění výzkumného cíle. Krom toho, že budu osobně spolupracovat s pacienty, budu se detailněji zabývat jejich životním příběhem, naslouchat jejich vlastním sdělením s cílem porozumět. Stejně tak to, co mi o sobě, svém životě a zkušenostech s nemocí prozradí, nebude možno považovat za nějaký jednotící model. Jedná se o jejich subjektivitu, která bude vždy jedinečná, stejně tak jako každý člověk a jeho veškeré prožívání je z povahy vlastní individuality jedinečné.

7.2. Aplikace konkrétní formy výzkumu v kvalitativním přístupu

Miovský (2006) uvádí 5 základních typů výzkumu v kvalitativním přístupu:

- případová studie
- analýza dokumentů
- terénní výzkum
- kvalitativní experiment
- kvalitativní evaluace

Samozřejmě tento výčet není konečný. Existují další formy, kterými lze výzkum vést. Jednou z možností je také jednotlivé formy kombinovat.

Z pozice mého výzkumného problému bylo vhodné za konkrétní formu kvalitativního výzkumu pojmout **případovou studii**. Někdy se s případovou studií můžeme setkat pod pojmem „**kazuistika**“ (*case studies*). Představuje intenzivní výzkum vedoucí k porozumění vnitřní, často neopakovatelné dynamiky vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění, léčby, jeho interakcí s okolím apod. (Ferjenčík, 2010). Z toho vyplývá,

že případem rozumíme objekt našeho výzkumného záměru, s nímž pracujeme komplexně; snažíme se zachytit zkoumaný fenomén v celé jeho celistvosti a porozumět mu na úrovni širších souvislostí (Miovský, 2006).

V případě mé výzkumné práce můžeme hovořit o tzv. **jednopřípadové studii**. V oblasti psychologie považuje Miovský (2006) za její nejjednodušší a zároveň nejfrekventovanější formu **klinickou kazuistiku**, která podrobně reflektuje život jedné osoby. Jejím úsilím je vytvořit celkový obraz studie jedné osoby na pozadí vymezeného cíle výzkumu a stanovených otázek.

Klinická kazuistika se proto zdá být vhodnou formou případové studie, neboť její vlastnosti zcela vyplňují podstatu mého výzkumného záměru.

7.3 Metoda tvorby dat v kvalitativním výzkumu

V kvalitativním přístupu označujeme proces získávání dat termínem „**tvorba**“. To, že data nezískáváme, ale **tvoříme**, má podtrhnout důležitost role výzkumníka, který je součástí celého procesu a významně se na jeho průběhu podílí (Richardson et al., 1996 in Miovský, 2006).

Při volbě metody se odrážíme od povahy našeho výzkumného problému, neboť existuje pestrý výčet možností, jakými lze data získat. Reichel (2009) jednoduše shrnuje tyto základní metody:

- pozorování
- rozhovor
- dotazník
- studium (analýza) dokumentů

Pokud se v našem výzkumné projektu zabýváme myšlením a prožíváním lidí, v rámci kvalitativního přístupu upřednostňujeme pro tvorbu dat použití **rozhovoru**. Současně s tím se však nelze ke zvolené metodě stavět příliš rigidně (Hendl, 2012). Je třeba si uvědomit, že i když primárně data tvoříme na základě rozhovoru, některé metody (zejména pozorování) jsou jeho nevyslovenou součástí a nelze je od sebe oddělit.

Rozhovor neboli *interview* hodnotí Miovský (2006) jako nejvýhodnější, ale zároveň nejobtížnější metodu tvorby dat v kvalitativním přístupu. Lze jej chápat jako moderovaný

proces získání dat, který je řízený cílem a účelem výzkumného problému. Zpravidla je prováděn s jednou, nanejvýš pak třemi osobami (při více než třech osobách hovoříme o skupinovém interview nebo ohniskové skupině). V indikovaných případech může mít vysokou diagnostickou hodnotu.

Základní **typologie interview** členěná dle Miovského (2006) vypadá takto:

- nestrukturované interview
- polostrukturované (semistrukturované) interview
- strukturované interview

Vzhledem k výše zmíněným charakteristikám se volba interview, jako účinné strategie k získání potřebných dat, zdála být vhodnou pro nasycení výzkumných otázek této práce. Více dále.

7.3.1 Polostrukturované interview jako metoda tvorby dat

Zvolíme-li polostrukturované interview jako typ interview cílené na získání klíčových informací vzhledem k naší výzkumné problematice, znamená to hlavně mít připravené jakési schéma témat/ otázek, na kterém celé interview budeme stavět. Předem stanovené schéma pro nás jako výzkumníky bude sice platné, ale samotnou strukturu otázek lze různě modifikovat (zaměňujeme pořadí otázek, upravujeme jejich formulaci, vytváříme nové doplňující otázky k vynořujícím se souvislostem atd.) (Reichel, 2009).

Každé polostrukturované interview má tedy své „**jádro**“, které obsahuje minimum témat a otázek, které je povinností probrat. Další úpravy probíhají přímo v rámci vlastního průběhu interview, tak jak to výzkumník s ohledem na kontext vyhodnotí jako relevantní výzkumnému tématu. Polostrukturované interview se proto mnohdy jeví jako technicky náročnější (Miovský, 2006).

Jelikož má výzkumná práce měla za cíl navázat kontakt s pacienty a získat od nich dostatečné množství informací o prožívání jejich vlastní nemoci, rozhodla jsem se uskutečnit s nimi **polostrukturované interview**. Nejen, že bude pacientům vymezen dostatečný prostor pro popis konkrétních fenoménů v prožívání, ale také bude umožněno odklonit se od striktně stanovené struktury a doptávat se na nejrůznější souvislosti tak, aby byla získána co nejpodrobnější data pro vytvoření následného obrazu onemocnění.

Před samotnou realizací interview bylo mým úkolem sestavit soubor otázek, které primárně vycházely z otázek výzkumných.

Pro mou lepší orientaci jsem interview strukturovala do 2 základních bloků:

1. *Anamnestický rozbor pacienta*
2. *Rozbor vlastního onemocnění*

Každý blok obsahoval určité spektrum otázek, které jednotlivě navazovaly na různý životní kontext a onemocnění pacienta. S ohledem na flexibilní výpovědi pacientů bylo někdy vhodné otázky v jednotlivých okruzích modifikovat. Stejně tak jsem využila možnosti pracovat s doplňujícími otázkami. Ty měly přispět k rozšíření výpovědi pacienta, a tedy porozumění hlubším souvislostem v kontextu jeho výpovědi. V následné analýze samozřejmě nezůstaly opomenuty.

8. Výběr výzkumného souboru

V kvalitativním výzkumu vybíráme výzkumný soubor prostřednictvím tzv. **nepravděpodobnostních metod**. Miovský (2006) uvádí:

- a) totální výběr
- b) výběr metodou sněhové koule
- c) samovýběr
- d) příležitostný výběr
- e) záměrný (účelový) výběr
 - e.1. prostý záměrný (účelový) výběr
 - e.2. stratifikovaný záměrný (účelový) výběr
 - e.3. kvótový záměrný (účelový) výběr
 - e.4. záměrný (účelový) výběr přes instituce

Tolik alespoň pro přehled. Rozhodně nelze mluvit o celkovém výčtu. Samotná klasifikace se autor od autora liší.

Při výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu jde předně o to, že nikdy dopředu nevíme, jak přesně bude vypadat. Dle Charváta (2004, in Miovský, 2006) jej vybíráme na základě cílů výzkumu tak, aby relevantně pokryl výzkumný problém. Výzkumný soubor tedy musí být **reprezentativní vůči zkoumané problematice**, nikoliv populaci (jak je tomu u kvantitativního přístupu). Přitom počítáme s tím, že žádná z metod výběru není jedinou vyvolenou. Předpokládáme jejich kombinace.

Za účelem získání výzkumného souboru pro tuto práci byl jako první proveden **záměrný výběr přes instituci**, kdy jsem kontaktovala olomouckou psychosomatickou ordinaci PSYCHOMED s.r.o. pod záštitou Doc. MUDr. Libuše Stárkové, CSc. Výchozím cílem bylo získat pacienty, kteří měli/mají zkušenost s poruchou příjmu potravy. Tuto instituci jsem zvolila zejména proto, že MUDr. Stárková je v oblasti poruch příjmu potravy dlouholetým odborníkem a ve své praxi se na tuto problematiku a její léčbu specializuje. Dalším důvodem by mohla být celkově problematická přístupnost k populaci trpící poruchami příjmu potravy.

Spolupráce s institucí MUDr. Stárkové byla navázána v říjnu 2013, kdy došlo ke stanovení základních podmínek mého výzkumného šetření. Následně byly instituci předány

dokumenty, které oslovují její pacienty diagnostikované pro určitou formu poruchy příjmu potravy s žádostí o účast na výzkumu (viz. Příloha č. V: „Průvodní dopis“).

Mezi měsíci listopad 2013 – únor 2014 mi potvrdily účast 2 pacientky, které byly ochotny se aktivně do výzkumu zapojit.

8.1 Charakteristika výzkumného souboru

Nejdříve několik málo vět pro přiblížení současného výskytu diagnózy F50 na území České republiky.

Z aktuálních dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (Nechanská, 17. prosince, 2013) byly zjištěny tyto:

- za rok **2012** bylo v psychiatrických ambulancích léčeno celkem **3 461 pacientů** pro diagnózu F50 (o více než 2 % více než v roce 2011),
- **91 %** takto léčených byly **ženy**,
- 37 % z celkového počtu ambulantně léčených pacientů byli léčeni poprvé,
- věková struktura diagnózy F50 měla takovéto složení:
 - 8 % z celkového počtu ambulantně léčených pacientů se nacházelo ve věkovém rozmezí 0–14 let,
 - 30 % ve věkovém rozmezí 15–19 let,
 - **téměř 62 % starších 20let**
- přepočteno na počet pacientů, v **Olomouckém kraji** vychází 37,5 na 100 000 obyvatel daného kraje (příčemž pacienti jsou sledováni **podle sídla zdravotnického zařízení**, nikoli podle jejich trvalého bydliště)

V mém výzkumném souboru můžeme najít jistou návaznost na výše zmíněné celorepublikové statistické údaje diagnózy F50. Ten totiž tvořili **2 pacienti ženského pohlaví ve věkovém rozmezí 29 – 35 let**, kteří navštěvují psychiatrickou ambulantní praxi MUDr. Stárkové v Olomouci. Obě ženy byly léčeny s diagnózou mentální anorexie, přičemž s odlišnou prognózou.

Při pravidelné návštěvě psychiatrické ordinace obdržely pacientky průvodní dokument (viz. Příloha č. V: „Průvodní dopis“), ve kterém byly požádány o spolupráci na výzkumném projektu pro mou bakalářskou diplomovou práci. Na základě jeho prostudování měly možnost samy

se rozhodnout, zda se dobrovolně chtějí na výzkumu podílet. Kontakt se mnou, jakožto realizátorem, byl navázan prostřednictvím mailové korespondence.

Před samotnou realizací byl podepsán **písemný souhlas** o účasti na výzkumu (viz. Příloha č. VI: „Prohlášení klienta“). Více v kapitole 11. Etické aspekty výzkumné činnosti.

9. Vlastní realizace interview

V rámci mé výzkumné činnosti jsem realizovala celkem **2 polostrukturovaná interview**. Každé probíhalo vždy na základě předem smluveného termínu ve **standardizovaném prostředí** (viz. Příloha č. V: „Průvodní dopis“). Předpokládaný časový rozsah jednoho interview s pacientkou byl **60–120 minut**.

První interview (viz. 12.1 Kazuistika č. I) bylo uskutečněno 17.1.2014 na základě předcházející emailové komunikace s pacientkou. Celková délka činila 112 minut.

Realizaci **druhého interview** (viz. 12.2 Kazuistika č. II) přecházelo několik málo komplikací. Emailový kontakt s pacientkou byl na určitou dobu přerušen. Nakonec však došlo k jeho znovunavázání. Setkání proběhlo 11.2.2014. Délka tohoto interview činila 86 minut.

Před samotným zahájením každého interview bylo zajištěno několik věcí:

- občerstvení
- seznámení s průběhem interview
- seznámení s cílem výzkumu
- připomenutí základních etických aspektů
- prostor pro jakýkoliv dotaz

Průběh obou interview byl zaznamenávan na **diktafon**. V podobě hlasové stopy byla data připravena pro vlastní analytické zpracování. O tom více v následující kapitole.

10. Zpracování a analýza výzkumných dat

Veškerá data získaná prostřednictvím obou interview byla snímána nahrávacím zařízením (diktafonem). S touto skutečností byl každý účastník seznámen a zároveň s ní musel **souhlasit** (viz. Příloha č. V: „Průvodní dopis“ a Příloha č. VI: „Prohlášení klienta“).

Každá nahrávka byla přenesena a uložena na osobní účet mého počítače, do samostatně určené složky. Přístup k datům podléhal znalosti přístupového hesla, kterým byl můj osobní účet vybaven.

Před vlastní analýzou bylo nutné data zpracovat do podoby, která umožní další práci s nimi. Jednalo se zejména o převedení hlasové povahy dat do podoby textové. Tento úkon nazýváme **transkripce**. U obou nahrávek jsem provedla doslovný přepis, který byl zaznamenán pomocí textového editoru MS Word. Takto surová data byla připravena pro vlastní analytickou část.

Jelikož obsahově se jednalo o data velmi bohatá, pro lepší orientaci bylo vhodné rozčlenit je do kratších analytických úseků, s ohledem na strukturu interview a výzkumné otázky. Tyto pomyslné tematické segmenty byly následně analyzovány každý zvlášť. V konečné fázi došlo k propojení těchto segmentů tak, aby je bylo možné při vlastní interpretaci vnímat jako logicky plynulý příběh.

V průběhu analýzy jsem využila několik metod, které uvádí Miovský (2006):

- metoda vytváření trsů
- metoda zachycení vzorců („gestaltů“)
- metoda kontrastů a srovnávání
- metoda vyhledávání a vyznačování vztahů

Metoda vytváření trsů staví na řazení výroků do určitých skupin (trsů). Ty se v mnoha případech nějakým způsobem tematicky překrývají. Trsy mají za cíl postihnout nějakou informaci, která má opakující se charakter a vytvořit tak obecnou kategorii v kontextu daného tématu.

Metoda zachycení vzorců („gestaltů“) vyhledává určité obecné principy, které odpovídají námi zachyceným jevům, jsou vázané na určitý kontext a mají tendenci se opakovat.

Metoda kontrastů a srovnávání je vhodná v případě, kdy potřebujeme zvýraznit rozdíly mezi kategoriemi, byť spolu sdílejí společné znaky. Snažíme se tímto zdůraznit, jak odlišný kontext u vybraných fenoménů může být.

Metoda vyhledávání a vyznačování vztahů pracuje s takovými vztahy mezi proměnnými, na které nás účastník výzkumu v kontextu svých výpovědí upozorňuje.

V rámci tohoto výzkumu bylo mým úkolem uchopit subjektivní prožívání každého z účastníků a současně jej co nejneutrálnějším způsobem posoudit z vlastní perspektivy tak, aby došlo k vyplnění kontextuální souvislosti s daným tématem.

Je zapotřebí zdůraznit, že obě interview byla analyzována nejprve odděleně. Ze získaných dat jsem sestavila průřezový příběh každé pacientky (**kazuistiku**), který se svou strukturou blížil v určitém ohledu psychologické anamnéze. Kazuistika byla tematicky rozčleněna do různých bloků pro svou větší přehlednost a snadnější orientaci. Snahou bylo udržet jednotnou strukturu interpretace získaných dat, avšak to nebylo možné, neboť prožívání nemoci v obou případech se natolik kvalitativně odlišovalo.

Z pohledu jazykového zpracování je možné setkat se s určitými prvky **narativity**. Takto stylizovaný text má zpřístupnit lepší pochopení celistvého prožívání nemoci pacientek tak, jak se formovalo v průběhu jejich života a jak mi bylo předloženo v jejich výpovědích.

Veškerá data použitá při sestavování příběhu jsou založena na doslovných výpovědích, které jsou textem volně prokládány (psáno *kurzívou*), a to tak, aby doplnily jeho logickou linii. Výpovědi nebyly očištěny od slovní vaty, a to zejména z důvodů zachování subjektivity a autenticity u každé zúčastněné.

Informace z jednotlivých kazuistik jsou formulovány pouze na základě toho, co mi bylo sděleno v čase interview (lékařská dokumentace mi nebyla zpřístupněna). Výsledkem každé z nich je shrnutí klíčových zjištění, která by měla dostát zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Závěrečná výsledná interpretace sestává z poznatků, které vplynuly z pohledu obou zúčastněných pacientek trpících konkrétní diagnózou poruch příjmu potravy. Zároveň by mělo dojít k naplnění cíle výzkumného záměru, tedy postihnutí obrazu nemoci na pozadí subjektivního prožívání každé z nich.

11. Etické aspekty výzkumné činnosti

Etická pravidla jsou nedílnou součástí každého výzkumného projektu. Závazkem každého výzkumného pracovníka je tato pravidla respektovat a dodržovat.

Výzkumný pracovník musí dbát především na **ochranu účastníků** výzkumu. Během výzkumné činnosti nesmí dojít k jakémukoliv poškození či újmě účastníka. Veškerá práce s jeho soukromím a osobními údaji je ošetřena platnými zákonnými normami a při jakémkoliv pochybení je zákonem postihnutelná. Důležité je nezapomínat, že veškerá etická pravidla mají obousměrnou vazbu – dbá se i na ochranu výzkumníka. Před samotnou realizací výzkumu by měl být každý účastník výzkumu důkladně seznámen se všemi informacemi o bezpečnosti a průběhu výzkumu.

V rámci mého výzkumu obdržel každý potenciální účastník 2 dokumenty:

- **„Průvodní dopis“** (viz. Příloha č. V: „Průvodní dopis“)
- **„Prohlášení klienta“** (viz. Příloha č. VI: „Prohlášení klienta“)

Oba tyto dokumenty by měly pokrýt základní etické zásady, které se pojí s každou realizací výzkumu.

11.1 „Průvodní dopis“

V tomto dokumentu oslovuji potenciální účastníky výzkumu. Představuji svůj výzkumný projekt a informuji o jeho účelu. Následně v několika bodech zdůrazňuji důležité etické zásady:

- zaručení anonymity
- dobrovolnost účasti
- ochrana osobních údajů
- zabezpečení výchozích dat
- právo kdykoliv odstoupit od výzkumu s udáním důvodu (to, že by se účastník odvrátil od výzkumu s určitým důvodem, považuji za nezbytné zmínit)

Dále poskytuji informace o místě realizace výzkumu a metodě tvorby dat. V závěru dokumentu uvádím svoji kontaktní emailovou adresu, kde potenciálním účastníkům vyhrazuji prostor pro jakékoliv dotazy.

11.2 „Prohlášení klienta“

Tento dokument je ekvivalentem k tzv. **informovanému souhlasu**. Rekapituluji zde stěžejní informace z předchozího dokumentu („Průvodní dopis“). Podepíše-li potenciální účastník tento dokument, uděluje svůj souhlas k účasti na výzkumu a zpracování získaných dat pro účely výzkumné práce.

12. Výsledky

Nyní přecházím k výsledkům analýzy 2 realizovaných polostrukturovaných interview.

Pro lepší orientaci a plynulost textu bylo každé pacientce přiřazeno **smyšlené jméno**, které současně s tím chrání identitu každé z nich.

Za účelem prvotního seznámení se s účastnicemi mého výzkumu jsem vytvořila přehledovou tabulku, která poskytuje základní identifikační údaje o jejich osobě, které vycházejí z aktuálního stavu každé z nich. Poté plynule návažu jednotlivými kazuistikami.

Tab. 4 Základní sociodemografické údaje

pacientka	pohlaví	věk	bydliště	nejvyšší dosažené vzdělání	aktuální pracovní pozice	rodinný stav	aktuální bytová situace
Kamila	žena	29	Olomouc	VŠ	mateřská dovolená	vdaná / 1 dítě	s manželem a dítětem
Silvie	žena	35	Olomouc	VŠ	bez práce	bez partnera	sama

12.1 Kazuistika č.I

První kazuistika mapuje příběh Kamily, devětadvacetiletá ženy, pocházející z Olomouce, která se několik let potýkala s poruchou příjmu potravy. Byla druhou pacientkou, která reagovala na můj dopis s prosbou o účast na výzkumu. V mailové komunikaci se jevila příjemně, ihned souhlasila s realizací a chtěla dohodnout schůzku.

Kamila působila mile i při osobním kontaktu. Neustále usměvavá, výřečná a spontánní. Svým vzezřením a vystupováním nenaplnovala kritéria člověka postiženého poruchou příjmu potravy. Spolupráce s ní byla velmi příjemnou zkušeností.

Kamila: „Byla to zbytečnost.“

Kamila je olomoucká rodačka, narozena v roce 1984. V současné době je již vdanou paní a zároveň maminkou. Protože Olomouc zůstala jejím srdcovým místem, žije zde ve vlastním bytě s manželem, osmiměsíčním synem a kočkou. Kamila je v tuto chvíli na rodičovské dovolené. Vystudovala sociální politiku na cyrilometodějské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci s titulem Bc. Zaměstnaná je na Městském úřadě ve Šternberku v úseku sociálně-právní ochrany. Jak Kamila tráví svůj volný čas? Odpověď si rozmýšlí. *Tak teď je to ve směr furt všechno kolem syna, ale jinak...nevím, já jsem to měla takový složitý vlastně... teprve aktuálně spíš můžu říct, že jsem se ze všeho takhle dostala.*

12.1.1 Rodinné prostředí

Kamila pochází z úplné rodiny, aktuálně však žije pouze jeden z rodičů. (...) *Mám jenom maminku, tatínek zemřel už vlastně předloni, předloni na podzim. Zemřel na rakovinu (...).* Jako rodina bydleli prvních 13 let Kamilina života v bytě na jednom olomouckém sídlišti. Poté se odstěhovali do vesnice Hnojice, do opraveného domu po dědovi. K tomuto bydlení začali její rodiče paralelně stavět nový dům a tento starý měla zdědit Kamila se svou sestrou. Nakonec jej však prodali. (...) *Ségra by to sama neutáhla.* O bydlení v Hnojicích Kamila nemluví s velkým nadšením. (...) *Já jsem tam prostě nechtěla zůstat v Hnojicích. Pro mě... já nemám k nim vztah. Já tam prostě nemůžu být, jo. Já mám na to špatný vzpomínky, takže...*

Jen velmi stroze se zmiňuje o své jediné sestře. *Ano, mám sestru o 8 let starší... ale s tou se moc nevidáme.* Důvodem byl konflikt kvůli opakovaným dluhům, které pro rodiče znamenaly značnou finanční a majetkovou újmu. Nyní se její sestra od rodiny úplně distancovala. (...) *Mamce nezvedá telefony, nic. Je prostě uražená, že ju přestala dotovat.* Konkrétnější informace o sestře nemá. Nejsou vůbec v kontaktu.

O rodičích naopak Kamila hovoří hezky. Její matka se aktuálně nachází v částečném invalidním důchodě. Zaměstnaná je jako vrátná na jedné z fakult Univerzity Palackého v Olomouci. Je vyučená a během života vystřídala různá zaměstnání. Její zdravotní stav je dobrý. Trpí pouze bolestmi kyčlí. Co prozradila o vzájemných vztazích?

(...) S maminkou ted' dobrý jako. Když je nějaká hádka, tak jenom tak třeba těch 5 minut a pak zase dobrý. My jsme si tak jako kdyby zůstaly. (...) Jezdíme tam vlastně o víkendu aji s manželem a s malým. (...) Ona zůstala sama na baráčku, co si postavili s tat'kou. Nakonec dodává. (...) A jó, dobrý vztahy s ňou mám. Určitě to je lepší, než to bylo.

Kamila přišla před rokem a půl o svého otce, bývalého policistu. V průběhu života měl otec Kamily potíže s tlakem, jelikož trpěl obezitou. Zemřel však na rakovinu slinivky. *(...) Dali mu 6 měsíců, ale tím vlastně, že maminka si ho vzala z onkologie domů, tak si ho vypiplala a pečovala o něho, (...) prodloužila mu života.*

O žádných vážných onemocněních v rodině Kamila neví. Podobně sociálně-patologické jevy Kamila v okruhu rodiny popírá. Pouze ve vzdálenější rodině vzpomíná, že snad někdo spáchal sebevraždu.

12.1.2 Osobní anamnéza

Kamila o sobě prozrazuje, že byla vymodlené dítě. Na svět přišla přirozenou cestou, avšak porod byl časově náročný a bolestivý. Jako každé dítě prodělala běžná dětská onemocnění. Častěji trpěla záněty průdušek, proto od první třídy začala hrát na flétnu.

Neuvědomuje si, že by měla v dětství jakékoliv problémy s jídlem či spánkem. Měla však typický zlovyk kousání nehtů, často až do krve. S odstupem času se ho však zbavila. Jeden zlovyk jí zůstal dodnes – žmoulání rožků polštáře se speciálně zesíleným švem. Svůj psychomotorický vývoj celkově vnímá jako bezproblémový.

Kamila netrpí žádným závažným onemocněním. Nemá alergii ani ekzém. Zmiňuje se pouze o drobných úrazech jako rozbitá hlava či zlomený malíček na noze. Kromě psychiatrických hospitalizací a hospitalizací spojených s těhotenstvími neuvádí žádné. Pravidelnou medikaci, kterou bere, je Zoloft (100mg/den). Antikoncepci brala naposledy před těhotenstvím.

V současné době Kamila nekouří. Kouřit přestala spolu se svým manželem zhruba před 3 lety. Do té doby kouřila od střední školy, ale vždy jen málo (2 – 3 cigarety/den). Vztah k alkoholu již nemá. *(...) Jednou jsem se tak ožrala, že od té doby nemůžu. (...) Mně to nechutná. Zkušenosti s jinými drogami má jen sporadické. Jednou zkoušela marihuana, ale nic jí to neudělalo.*

12.1.3 Dětství a školní období

Jak daleko já si pamatuju dětství? Já si pamatuju možná tak na základní školu. (...) Určitě jsem chodila do školky, ale školku si teda nepamatuju. Vzpomínky na základní školu, kterou Kamila v Olomouci navštěvovala, nejsou jedny z nejšťastnějších. (...) Tam byla docela hnusná šikana. Jenomže tenkrát se to... prostě tenkrát se to neřešilo... Kamila přinává, že i ona sama byla objektem šikany. (...) Byla jedna vůdčí osoba a ta jako kdyby ovládala celou třídu, (...) prostě takový naschvály, spíš taková ne fyzická, ale psychická, no. Kamila se o tom nikdy nepokoušela nikomu svěřit. (...) Já jsem to tenkrát držela v sobě jako takový...tam spíš bylo takový, jak to člověk drží v sobě... třeba ráno mi bylo špatně, nechtěla jsem jít do školy, (...) prostě takovým způsobem, ale nikdy se to neřešilo.

V sedmé třídě Kamila odešla na gymnázium do Šternberka. Sama to částečně vnímala jako útěk z tehdy agresivního školního prostředí. Na druhou stranu vnímá i určitý tlak od rodiny. (...) *Vlastně tenkrát s tím gymnáziem, to byl nápad rodičů. (...) Já jsem byla vychovávána k perfekcionismu, takže (...) u mě si rodiče hodně zakládali na tom, co mám za známky. A já tenkrát jsem se už na základce hrozně bála, jestli jsem dostala nějakou trojku nebo čtyřku.*

Gymnázium ve Šternberku byla vítaná změna v Kamilině životě. *Byla to změna, byli to noví lidi, takže takový prostě... takovej čistej vzduch, takovej prostor, jo, vybudovat si nějaký nový vztahy. Ulevilo se mi, hodně se mi ulevilo. Jelikož Kamila v té době ještě stále bydlela s rodiči v Olomouci, přes školní týden pobývala na internátě, aby se vyvarovala dennodenního dojíždění.*

Bylo jí asi okolo 12-ti let, když se stavební práce na domě v Hnojicích blížily ke svému zdárnému konci. S opravami pomáhal otcův bratr s celou rodinou. Měli dva chlapce. Otevírá se další, pro Kamilu, citlivé téma. (...) *Jeden z nich mě zneužíval. (...) ...Ošahával mě, šahal mi na přirození, (...) když jsme byli my dva sami spolu. Tenkrát jsem se, myslím, ani nějak nebránila, (...) v tom věku mi to přišlo, že to je něco normálního, jo. (...) Tenkrát se to profláklo. (...) Myslím, mamka si toho všimla. Naši se s něma pohádali a přestali jsme se prostě s něma stýkat. Ale tím to haslo, (...) nikdy se o tym se mnou nebavili. Ve mně to prostě tak nějak zůstalo.*

Kamila prozrazuje, že se poprvé o sexuálním zneužívání zmínila až v době, kdy u ní propukla nemoc. (...) *Bylo to těžký (...) aji složitý popsat, protože do té doby jsem o tom nikomu jako neříkala. Jako naši to věděli, tenkrát tušili, ale že bysme se o tom bavili...ne...vůbec.* Sama Kamila se s tím vyrovnala statečně. Částečně se jí ulevilo, když se s touto zkušeností mohla svěřit a dokázala se s tím sama vyrovnat. (...) *Já jsem to brala líp, než všichni ostatní kolem, protože já jsem si to urovnala v hlavě.* S letným pousmání dodává... (...) *Byl to zmetek a já jsem se s tím vyrovnala.*

Rodina Kamily se ale s faktem sexuálního zneužívání nikdy nevyrovnala. *Maminka doted'... ta prostě, ta ho nemůže vidět. (...) Ona vždycky brečí, když si vzpomene, že... ona se obviňuje strašně, že nic neudělala.*

Ve školním kolektivu se Kamila vnímala spíše jako extrovertka – upovídaná, ukecaná. (...) *Byla jsem drzá...byla jsem šprtka... (...) Pak bych spíš řekla, že jsem byla takovej pozorovatel...* S přicházejícím obdobím puberty Kamila začala velmi pociťovat změny, které se s jejím tělem děly. *No, strašně jsem to vnímala. Mně bylo hrozně. Neměla jsem prsa a furt jsem čekala, že mi vyrostou (...). Pak pas jsem měla širokej – no, strašně jsem to řešila...* S ostatními dívkami se začala porovnávat až o něco později.

12.1.4 Cesta do nemoci

Když přišlo na otázku samotného onemocnění, Kamila znejistěla. (...) *To je těžko říct, (...) diagnóz už jsem měla víc (...).* V kontextu poruch příjmu potravy však přiznává mentální anorexii.

Zajímalo mě, co pro Kamilu mentální anorexie představuje. (...) *Pro mě osobně ted' už nic a lituju všech ostatních, který prostě ONA dostane!* Kamila se s mentální anorexií začala potýkat zhruba od 14-ti let. Počátek nemoci byl však nejasný. Mentální anorexie se v životě Kamily neobjevila jako primární syndrom, ale jako komorbidní syndrom k obsedantně-kompulzivní poruše.

12.1.4.1 Život s obsedantně-kompulzivní poruchou

Všechno to začalo na konci druhého ročníku nižšího gymnázia. Kamila v té době již bydlela s rodiči v Hnojicích, spolu s ní i její spolužačka. Kamila však začala pociťovat, že se od sebe vzdalují. V té době se Kamile začaly vracet vzpomínky na šikanu ze základní školy. (...) *Že mluvily holky za zádama... (...) Mně to dělalo hrozně zle, úplně se mi vracely takový ty pocity paniky a té hrůzy, prostě, co já jsem pociťovala, když se to dělo na té základce. A tenkrát jsem vlastně jako kdyby začala strašně řešit, abych vypadala dobře, abych cokoliv, co budu dělat, aby to bylo správně, (...) aby oni neměli jakoukoliv věc, která by jim mohla na mě vadit. To byl prostě pocit (...).*

Její spolužačka nechtěla dál bydlet s Kamilou v Hnojicích a v třetím ročníku nižšího gymnázia se přestěhovala na internát za ostatními dívkami. Kamila zůstala „sama”.

Jelikož autobusová spojení jezdila do Hnojic jen několikrát za den, nemohla ani Kamila se spolužačkami trávit více času. *No, v té době nějak...já prostě jsem začala... jo, pořád pokračovalo to, abych nějak vypadala, (...) hlídala jsem si věci... tím začala ta obsedantní porucha. (...) Všechno mělo svoje místo. (...) Vlezlo mně to vlastně do celého života – 24 hodin denně prostě, každá minuta denně byla nalajnovaná. A jakmile to bylo špatně, tak ve mně to vyvolávalo strašnej pocit jak kdyby strachu, panika, že prostě něco se stane. Takže já jsem tu jistou činnost musela opakovat tak dlouho, až prostě ve mně byl ten pocit, že je to správně.*

U Kamily se začaly projevovat některé typické rituály, které pomalu a jistě začaly ovládat její život. (...) *Večerní umývání – důležitěj postup... (...) Určitým způsobem jsem prostě umývala tvář, (...) určitým způsobem jsem držela kartáček, (...) pokládala jsem ručník... všechno muselo být určitým způsobem, který jsem měla naučenej, a když to bylo nějak, že ten ručník třeba omylem spadl, tak to bylo strašný, jo... to jsem musela celej ten proces udělat úplně znovu. Nebo jsem třeba šla k pokoji a z ničeho nic jsem měla pocit, že jsem ten krok, co jsem udělala, udělala špatně, takže já jsem se vrátila a zase šla znova. (...) Co si dodneška pamatuju, to bylo, když se psaly zápisy v hodině, taky určitým způsobem. Já už jsem to pak ani nepřečetla po sobě, protože jsem psala tužkou a tak strašně slabě, že jsem se z nich nemohla ani učit.*

Kamile pomalu a jistě začaly docházet síly. Od všech se odtáhla a uzavřela do sebe, přestala komunikovat a započaly problémy s jídlem. Kamila v té době začala méně jíst

a začala se kontrolovat v tom, co jí. Tehdy však ještě nedominoval typický psychopatologický obraz mentální anorexie. (...) *Tenkrát to ani nebylo tak spojený s tím třeba, že bych chtěla nějak zhubnout nebo něco takovýho. (...) Tenkrát jsem měla strašnou paniku třeba z toho, že by se mi udělalo akné. (...) Tím by si mě všichni všimli a najednou by se o mně mluvilo.*

V té době si poprvé rodina začala všimnout omezení, která Kamila sužovala. (...) *Já jsem to jako nevnímala, že oni mě vidijou... (...) Oni se vždycky ptali jako CO dělám, ale já jsem jim na to prostě nereagovala, nechtěla jsem jim to vysvětlovat.*

O tehdejších Vánocích situace vygradovala. (...) *Už toho bylo strašně moc. Já jsem byla vyčerpaná.* Tehdy poprvé se Kamila se svými obtížemi svěřila matce. Rodiče zajistili vyšetření na psychiatrii ve Šternberku. K přiznání své dcery se však stavěli ambivalentně. Zejména otec vnímal Kamilino chování jako určitou formu protestu.

Tehdy šestnáctiletá Kamila byla dívkou v pubertě. Vzhledem k obsesím a kompulzím se velmi uzavřela okolnímu světu. S nikým se nebavila. Jako žena se naprosto nenáviděla. (...) *Neměla jsem se ráda. Nebylo NIC, jediná věc, kterou bych měla ráda.* Když přitom vzpomíná na svou postavu, přiznává, že byla spíše hubená. *Já jsem byla vždycky jak pavouk (...).* V té době se ještě nezaměřovala na svou postavu cíleně.

12.1.4.2 První hospitalizace

Obsedantně-kompulzivní porucha u Kamily začal postupně ovlivňovat její školní výkon. Na konci prvního pololetí prvního ročníku vyššího gymnázia nastupuje do psychiatrické léčebny ve Šternberku, na interní oddělení. Po 14-ti dnech byla převezena do Fakultní nemocnice v Olomouci ve víře, že pro její diagnózu bude toto léčebné zařízení více uzpůsobené.

Byla přijata na dětské oddělení. Potíže s obsesemi a kompulzemi přetrvávaly dál. (...) *Já jsem se třeba nechtěla umývat vodou z vodovodu. (...) Chtěla jsem, aby mi naši vozili vodu v petkách, což mi i vozili. Oni mi to tam tenkrát pak zakázali (...).* Kamila nastoupila do určité režimové léčby, jejíž součástí byly i skupinové terapie. Zde se poprvé setkává s pacientkami diagnostikovanými pro poruchy příjmu potravy. (...) *Nějak jsem se*

tam začla prostě bavit s těma holkama vzhledem k tomu, že já jsem v té době taky nějakým způsobem řešila to jídlo, i když ne tenkrát ještě z toho důvodu jak oni...

Strach z jídla u Kamily přetvrával. Nemocniční stravu nejedla vůbec, protože nevěděla, z čeho se skládá. (...) *Tenkrát jsem si říkala „Ne, to já nebudu jest. To je mastný. Co když tam bude moc tuku a já z toho budu mět uhry?“. Žila pouze z toho, co jí na jídlo vozila matka, protože ta věděla, co je Kamila schopná sníst. Já jsem jedla mléčnou rýžu, to si pamatuju. To jsem furt jedla (...).*

Při pravidelném vážení u Kamily zjistily podváhu. (...) *Já jsem tam tenkrát hodně zhubla a oni mě hodili na pokoj k těm holkám s tím, že tam asi taky bude nějaký ten problém s jídlem. Tak jsem se dostala na tu jednotku poruch příjmu potravy.*

12.1.4.3 Diagnóza F50.1

Při pobytu na psychiatrickém oddělení byla Kamile medikována antidepresivy. Pobyt na jednotce poruch příjmu potravy byl však spíše kontraproduktivní. K obsedantně-kompulzivní poruše se postupně přiřadila mentální anorexie. (...) *Tak ony mě podpořily v tom, že jsem přestala jíst úplně. Kamila byla zařazena do stejné režimové léčby jako pacientky s poruchami příjmu potravy. Neustále kontrolovaly jejich váhu.*

Když Kamilu přijaly na jednotku poruch příjmu potravy, vážila při své výšce 170 centimetrů pouhých 45 kilogramů. (...) *Měla jsem cíl, že až budu mít 52 kilo, tak budu moct jít domů. (...) Jakmile jsem měla těch 52 kilo, nějaký týden nebo čtrnáct dní jsem to udržela, tak jsem mohla jít domů. Kamila mi přiznává, že této váhy dosáhla jen proto, aby mohla být propuštěna. To se jí po 4 měsících povedlo. Doma pochopitelně přestala jíst. (...) Tam to prostě bylo tak nastavený. Teď když se na to podívám zpětně...Jako kolik nás tam bylo? Dvacet procent holek, který opravdu chtěly se z toho dostat a zbytek? Pro ně bylo důležitý dostat se domů.*

Kamila pravidelně dojížděla na kontroly, kde byla vážena. Protože Kamila, krom dvou nízkokalorických jogurtů za den, nic nesnědla, hrozila jí další hospitalizace. (...) *Tenkrát paní doktorka říkala, že pokud zase shodím, tak mě vezme zpátky.*

Navzdory tomu, že Kamiliny obsese a kompulze byly na ústupu, tlumeny léky, novou náplní jejího dne bylo přemýšlet nad tím, jak lze ještě více zhubnout. (...) *Běhala jsem,*

vážila se furt jak šilená několikrát denně, (...) cvičila jsem a nejedla. Hubnutí bylo velmi rychlé. Kamila tenkrát byla smířená s tím, že se znovu vrátí na jednotku poruch příjmu potravy. Sbalila jsem si tašku a šla jsem na kontrolu a věděla jsem, že tam zůstanu, (...) že jedině takhle se z toho dostanu.

12.1.4.4 Druhá hospitalizace

Kamila tentokrát nastoupila přímo na jednotku poruch příjmu potravy. Tento pobyt měl však o něco komplikovanější průběh. Začala se sebepoškozovat. *Řezala jsem se na rukách, (...) většinou žiletkou nebo prostě holítkem. (...) Svým způsobem jsem ze sebe vyventilovala prostě nějaký ty špatný pocity, (...) úzkost. Bylo mi do breku, připadalo mi všechno na nic, už mě nic nebavilo, jo... měla jsem pocit, že už se prostě z ničeho nevyhrabu (...).* Každé říznutí pro Kamilu znamenalo pocit úlevy. Ošetřující doktorka si však jejího sebedestruktivního chování všimla a Kamila dostala ultimátum. Pokud by dál pokračovala s automutilací, musela by být přeložena do Kroměříže.

Během tohoto pobytu se Kamila sblížila s jednou spolupacientkou. *(...) Vždycky jsme měly takový chvílky, že jsme brečely, měly deprese a takhle (...).* V diagnóze Kamiliny se pravidelně střídaly epizody anorexie a bulimie. Kamila otevřeně přiznává, že díky ní se seznámila s bulimií. Sama o bulimii hovoří jako o *té druhé*. V obou nemocech se dívky zároveň podporovaly.

U Kamily se již v této době vyskytovala pravá symptomatika mentální anorexie. Toužila po štíhlosti. Docházelo ke zkreslenému vnímání vlastního tělesného schématu. *(...) Když jsem se podívalal na sebe, tak jsem si připadala tlustá, jo... velký stehna, prostě tlustý ruce, (...) ale odraz třeba ve výloze nebo takhle – to jsem se viděla reálně.*

Pro přetrvávající sklony k sebepoškozování byla Kamila nakonec přeložena do Kroměříže. Přesto, že jí bylo 16 let, byla umístěna na dětské oddělení, kde se nacházely děti převážně s poruchami chování. *Tam to bylo úplně šilený. To byla nejhorší zkušenost, kterou jsem kdy zažila. (...) Oni mě tam hodili, (...) já jsem si neměla s kým co říct...* Zde byla Kamila ve shodném režimu se všemi ostatními pacienty po 14 dní. Poté byli všichni propouštěni domů z důvodů letních prázdnin. *(...) Za celých těch 14 dní se mnou NIKDO nemluvil... žádný doktor, psycholog, nikdo... prostě jsme byli jenom v režimu (...), jak v nějakým výchovným ústavu.*

Tehdy Kamila docela dost přibrala. Sama si myslela, že je mentální anorexie za ní. Začaly se ovšem objevovat epizody zvracení. Kamila zvracela vždy, když ji popadl špatný pocit z pozřeného jídla. Sama byla překvapená, jak jednoduché to bylo. (...) *Já jsem měla takovej zvláštní reflex. (...) Stáhla jsem jako kdyby břišní svaly a prostě vyzvracela jsem to (...).* Prázdniny strávila v bludném kruhu.

Kamila se do Kroměříže znovu nevrátila. Na gymnázium nastoupila znovu do prvního ročníku. Anorexie však v Kamile přetrvávala. (...) *Pořád to tam prostě bylo. Zase jsem přestala. Zase jsem míň a míň jedla.* Touha hubnout také pramenila ze zájmu nového kolektivu o její vzhled. (...) *Tenkrát, když jsem nastoupila v září, tak už jsem jako zase něco zhubla. Byla jsem jak lunt a mně dělalo dobře, když mi to někdo prostě řekl... když mi to pochválili.* Kamile dělalo dobře, když se o ni někdo zajímal. O pomoc však nestála. Přestože subjektivně si svůj problém připouštěla, před okolím vše tajila.

Zdravotní stav se ale horšil. *Čím víc jsem hubla, tak tím víc mi bylo zle psychicky, (...) už mě to nějak přestávalo bavit (...).* *Hrozná úzkost, prostě deprese. Nechtělo se mi ráno vůbec vstávat... bylo to pro mě hrozně náročné. Nic mě netěšilo a všechno nějak ztrácelo smysl (...).* Během dne snědla nějaký kousek suchého pečiva. Pokud musela doma něco sníst, následně to vyzvracela. Již užívala také laxativum – projímavý čaj z listů Senny. Ze somatických komplikací, které se dostavily v kontextu nemoci, vzpomíná Kamila na únavu, vyčerpanost a motolice. Řídly jí také vlasy a kůže byla sušší. Po těle se jí utvářely modřinky. Menstruace však nevymizela *nikdy* během nemoci.

Psychický stav Kamily se den ode dne horšil. Velmi se do sebe uzavřela. Žádné kamarádky neměla. (...) *Koncem ledna jsem na tom byla tak špatně, že prostě jsem si začala plánovat sebevraždu. Měla jsem ji tak pečlivě promyšlenou... (...).* Kamila se pokusila předávkovat různými léky, které užíval její otec. Místo školy zůstala jednoho dne sama doma. *Já jsem byla smířená s tím, že se to povede. Já jsem prostě chtěla, aby se to povedlo.* Její sebevražedný pokus však narušil nečekaný příchod rodičů – ti ji našli a tím i zachránili. (...) *Takže mě odvezla záchranka, vypumpovali mi žaludek a zase jsem byla na psychině (...).* Kamila se dostala zpět do psychiatrické léčebny ve Šternberku, kde byla léčena pro sebevražedný pokus. Problém s mentální anorexií však pokračoval dál. Opět míň jedla a občas zvracela.

12.1.5 Cesta z nemoci

Po propuštění z psychiatrické léčebny se Kamila nechtěla znovu vrátit na gymnázium. (...) *Já jsem potřebovala jít tam odsad' pryč, jo. Já jako kdybych tam zůstala, tak by se to vleklo pořád dokola (...).* Kromě toho si Kamila ujasnila, že pokud se nedostane na vysokou školu, s vystudovaným gymnáziem z ní nic nebude. Rozhodla se tak pro studium sociální péče v Zábřehu. *Tam to bylo moc fajn. (...) Byla to škola sociální péče a všichni byli takoví spíš jako lidští (...).* Tady Kamila poprvé přiznává, že se se svým stavem začala poprvé nějak srovnávat. (...) *...furt jsem byla zdechlá jak pes – jedla jsem, nejedla jsem. Svým způsobem jsem si tu váhu nějak držela (...).* Touha po hubenosti však přestávala být natolik intenzivní. Kamila se spíše snažila o to váhu si udržet, ne cíleně pokračovat v hubnutí. V té době vážila okolo 48 kilogramů. Současně nastoupila i ambulantní léčbu.

Zde přichází i jakýsi zlom v postoji Kamily k nemoci. *Tenkrát už mě to štvalo. Už mi to vadilo. (...) Už se mi to přestávalo líbit. (...) Už mi ani nelichotily ty poznámky (...).* Kamila byla sice pořád hubená, ale chtěla přibrat. Nešlo to však rychle. (...) *Na mě se muselo pomalu. (...) Každý to kilo... jsem se s tím musela nějak srovnávat.* Vybíravost v jídle přetrvávala dál. (...) *Pořád jsem jedla jenom takový to dietní jídlo, nízkotučný (...).*

V začátcích ambulantní léčby byla Kamila tvrdohlavá. Nenechala si do ničeho mluvit. S představou přibrání se navzdory tomu, že ji nemoc začínala unavovat, dokázala poměrně těžko srovnat. *Se mnou se to táhlo dlouho. (...) Pořád jsem prostě hubla, pak jsem zase sem tam teda přibrala... (...)* *Já jsem moc nechtěla spolupracovat (...).* Na kontrolách se probíralo jídlo, občas došlo k převážení. Někdy Kamila vyplňovala různé testy na vnímání vlastního těla, jindy byla přeměřována či točena na kameru. Přestože získávala rady na to, jak se stravovat, jedla si, co chtěla. Nakonec si k ošetřujícímu lékaři našla cestu. (...) *Paní doktorka byla jediná, s kterou jsem tenkrát řešila svoje pocity. (...) Ona byla jediná, s kterou jsem se pobavila vždycky... vždycky jsem jí mohla cokoli říct (...).*

12.1.6 Partnerství na pozadí onemocnění

Počátek partnerského života Kamily byl poněkud opožděný. *To si moc dobře vzpomínám, kdy jsem začla partnerský život, protože já jsem byla unikát, já jsem začla až ve čtyřiaadvaceti (...).* Kamila díky své traumatizující negativní zkušenosti dlouhou dobu

hledala cestu zpět k mužům. (...) *Prostě nevím, neměla jsem k nim důvěru. (...) Mně to trvalo, než jsem si našla někoho, komu bych měla jako věřit.* První partnerský vztah Kamily trval rok a půl, ale rozchod byl velmi neadekvátní. (...) *Když jsem jela domů, poslal mi smsku, (...) že mě nemiluje (...).* Prožívala to velmi.

Se svým aktuálním partnerem (nyní manželem) se Kamila seznámila před 3 lety prostřednictvím internetové seznamky. Paralelně k tomu se pořád potýkala s problémy s jídlem. (...) *Už tam nebylo to, že bych chtěla hubnout, už to bylo jako kdyby zlovyk (...).* O mentální anorexii partner věděl. Občas měl výtky ke stravovacím návykům Kamily, zejména v době, kdy byly problémy s jídlem stále ještě aktuální. (...) *Já jsem mu vždycky odsekla, že to je moje věc, ať se o to nestará (...).*

O dítěti a o možnosti vysadit antikoncepci začali mluvit ještě v době, kdy nebyli manželé. S ohledem na svůj zdravotní stav chtěla Kamila podstoupit určitá vyšetření, aby vůbec zjistila, zda je schopna mít dítě. Nevěděla však, že věci nabudou takový spád. Měsíc po vysazení antikoncepce totiž Kamila otěhotněla. Aby plod nebyl poškozen, bylo nutno změnit medikaci (Zolofit).

Už na počátku těhotenství se Kamila snažila dodržovat stravu. To, zda přibere, prakticky neřešila. *Těšila jsem se na břicho. Byla jsem s tím smířená, úplně. (...) Možná i v tom dítěti jsem viděla ten způsob, jak se z toho dostat... Nepůjde jenom o mě, půjde i o někoho druhého...* Postupně se měnily i její stravovací návyky. Přestože chtěla jíst všechno, ten špatný pocit z toho, že to s jídlem přehání, přetrvával. *Někdy jsem to přešla, někdy se mi z toho udělalo zle, že jsem to vyzvracela, někdy zaspala... jak kdy.*

Všechno se zdálo být v pořádku, avšak v 5. měsíci těhotenství Kamile praskla plodová voda a musel být vyvolán umělý porod. (...) *Já jsem to první těhotenství brala jako samozřejmost. Ženská otěhotní a bere to, jako že prostě bude mít miminko... neuvědomuje si tu hodnotu toho (...).* Potrat Kamilu velmi zasáhl. (...) *Nebyla jsem schopna jít do práce, jít mezi lidi. Tenkrát, to ani manžel neví, (...) tenkrát jsem to začalal kompenzovat zvracením, ale jako úmorným zvracením. Já jsem prostě jedla a zvracela, pak jsem se zas najedla a vyzvracela. Ten den jsem tímhle zaplnila, no... (...).* Problémy s jídlem se vrátily.

Jak čas plynul, Kamila se dokázala se ztrátou dítěte pomalu vyrovnat. Začali se s manželem znovu snažit o dítě.

Po 3 měsících Kamila znovu otěhotněla. Tentokrát se jednalo o zamklé těhotenství, kdy v 9. týdnu opět potratila. S druhým potratem se srovnala daleko lépe. (...) *Už mi bylo jasné, že musím jít do práce jinak... jinak spadnu tam, kde jsem byla. Takže jsem nebyla ani na nemocenské. Byla jsem týden doma a pak jsem šla normálně do práce.*

Snaha o dítě Kamily s manželem nepolevila. Třetí těhotenství přišlo za 4 měsíce. (...) *To jsme teda čekali dvojčata, ale museli jsem jít na redukci. Další komplikace do samotného porodu nebyly. Kamila během tohoto těhotenství radikálně změnila svůj jídelní režim. (...) ...ten den, co jsem se dozvěděla, že jsem těhotná, tak ze dne na den jsem prostě začala jíst pravidelně – snídaní, oběd, večeře, svačiny, prostě jsem si to hlídala. Cítila se dobře a tak si postupně začala snižovat dávky antidepresiv.*

V 35. týdnu těhotenství musela být Kamila hospitalizovaná pro hrozící předčasný porod. (...) *Já jsem to tam hrozně špatně psychicky nesla, prostě tam být, doma nic nachystaný, jo...prostě začla jsem zmatkovat. Tamní psycholožka jí konfrontovala s informací, že by měla antidepresiva vysadit, že jde na dětech poznat, když je matka medikovaná. Kamila tedy před porodem vysadila Zoloft. (...) Jenže to jsem nevěděla, co mě čeká v šestinedělí. (...) To bylo peklo a to si teda se mnou prošel i manžel (...).*

Kamilu tehdy dostihly těžké poporodní deprese. Dokonce musela přestat kojit. *Strašně se vrátily obsese, kompulze. Strašně jsem všechno řešila – čistotu, všechno jsem dezinfikovala. (...) Ze všeho jsem se hroutila, mlíko se mi netvořilo, furt jsem brečela... Furt jsem musela něco umývat (...). Byl to hnus teda, co jsme prožívali s manželem. Kamila musela ihned znovu nasadit medikaci.*

Po porodu opět nastaly u Kamily problémy s jídlem. Tentokrát ne proto, že by nechtěla jíst, ale protože neměla chuť. Nedokázala si na to udělat čas. Přesto všechno se snažila jíst všechno tak, jak se to naučila během těhotenství.

12.1.7 Současný pohled Kamily na onemocnění

Kamila aktuálně váží kolem 56 kilogramů. Vztah k jídlu hodnotí velmi pozitivně. (...) *Ted' po porodu jak kdyby se to změnilo... (...) Přecpem se pizzou nebo jdeme do McDonalda...* Je přesvědčena o tom, že mentální anorexie je u ní minulostí. Ráda by se pokusila s manželem o druhé dítě. Pokud to nevýjde, chce se vrátit do práce.

Mentální anorexie vzala Kamile 12 let života. (...) *Lituju těch 12-ti let, co mi to zabralo život...Byla to zbytečnost... Trápili se rodiče, trápila jsem se já... Bylo to k ničemu. Přesto ji mentální anorexie přeci jen v životě posunula. (...) Možná sem tam, kde jsem i díky tomu, co člověk v životě zažije... Takže mám jiný hodnoty. Vážím si jiných věcí, než druzí...*

Něco se i z nemoci naučila. *Jediný pozitivum mně dala v tom, že dokážu pochopit lidi, který mají ten problém... Vždycky když někdo o někom takovým mluví, vždycky se je snažím strašně omlouvat.*

Podle Kamily neexistuje jednotná rada na to, jak nemoci čelit. (...) *Každá ta anorexie má svoje jiný pozadí, svůj jinej důvod, proč vznikla. Nejvíce však viní společnost. (...) Nikdy by k ničemu takovému nedošlo, kdyby se na to neupozorňovalo. (...) Prostě ta společnost nás strašně nutí k perfekcionismu...*

12.1.8 Interpretace dat kazuistiky č. I

Jaký byl život pacienta před vznikem onemocnění?

Přestože rodinné prostředí a celkově dětství Kamily se jeví jako bezproblémové, měl Kamilin život do vzniku poruchy příjmu potravy několik výrazných momentů, kterým lze přisuzovat podíl ve vývoji jejího následného zdravotního stavu, a to v těchto rovinách:

1. Školní prostředí

Na základní škole se Kamila setkala s psychickou šikanou stran svých spolužáků, s jejíž zkušeností se nikdy nikomu nesvěřila. Díky přechodu na víceleté gymnázium se zachránila před jejím dalším možným nežádoucím průběhem. Dosavadní traumatickou zkušenost si však nesla hluboko uvnitř sebe dál. Určitým způsobem se promítala do interakce s novými spolužáky. Vždy velmi lpěla na tom, jak před ostatními vypadá a co si o ní druzí myslí.

2. Vrstevnické vztahy

Jak je vidno, Kamila mnoho kamarádů neměla. Sama se sice zpočátku charakterizovala jako extrovertní člověk, ale postupně se ke svému okolí začala stavět se značným odstupem. Dávala si pozor na to, komu se otevře. Když se od ní později odstěhovala spolužačka, která suplovala veškerý kontakt s lidmi stejné věkové kategorie, zůstala Kamila sama.

3. Vývojové determinanty

V období puberty pociťovala jistou nespokojenost se svým tělem. Neměla ho ráda.

4. Bytová situace

Kamila trpěla změnou bydlení, když se z velkoměstského prostředí přestěhovala s rodiči do odlehle vesnice. Cítila se zde odříznuta od vrstevníků a veškerého dění. Nebyla tam šťastná.

5. Výchovný styl

Kamila byla vždy vedena k perfekcionismu. Při očekávaném neúspěchu reagovala úzkostí. Její rodiče velmi apelovali na výkon a prospěch, který podávala ve škole. O tom, jak by se měla vzdělávat, za ní do určité doby rozhodovali rodiče.

6. Sexuální zneužití

Ve 12. roku života došlo k sexuálnímu zneužívání Kamily stran svého bratrance. I tento zážitek v sobě nesla Kamila dlouhou dobu zcela neošetřen a nezpracován. Došlo k výraznému narušení intimity, které negativně ovlivnilo další vývoj sexuální identity Kamily. Řadu let Kamila neměla důvěru v muže a jakýkoliv partnerský vztah představoval pro Kamilu jedno velké tabu. Až s odstupem času se s tím sama dokázala vyrovnat.

7. Obsedantně-kompulzivní porucha

Kamila díky vlastní zkušenosti s šikanou trpěla strachem z pomluv. Neustálým hlídáním a kontrolováním toho, jak před ostatními vypadá, se u ní začaly projevovat neurotické reakce, které se do chování promítly jako systém určitých rituálů, postupů, kterými Kamila třídila veškerou svou psychickou činnost. Její stav výrazně zasahovala do celého tehdejšího života Kamily.

Lze shrnout, že v premorbidním životě Kamily bylo mnoho faktorů, o kterých lze uvažovat jako o možných spouštěcích ve vztahu k onemocnění mentální anorexie.

Kde pacient subjektivně spatřuje počátek onemocnění?

Kamila subjektivně připisuje první problémy s jídlem době, kdy se nacházela v hospitalizační péči na psychiatrickém oddělení. Jelikož tehdy díky obsedantně-kompulzivní poruše velmi lpěla na tom, co jí, zároveň s tím docházelo k úbytku váhy.

V této době v nemocnici pobývala s pacientkami s poruchami příjmu potravy. S ohledem na váhový úbytek a odmítavý postoj vůči jídlu, jí byla diagnóza F50.1. přidružena, byť její psychice prozatím nedominoval autentický obraz mentální anorexie.

Jaký byl život pacienta s onemocněním?

Protože zde byla zřejmá korelace mezi obsedantně-kompulzivní poruchou a mentální anorexií, nelze přesně říct, které onemocnění na počátku více zasahovalo do života Kamily. Později, kdy byly obsedantně-kompulzivní symptomy tlumeny medikací, začala spíše progredovat mentální anorexie s restriktérskými prvky, která nakonec převzala nadvládu nad Kamilíným životem.

Objevil se typický psychopatologický obraz onemocnění (excesivní cvičení, nadměrné zabývání se jídlem, cílené hubnutí). S progredujícím stavem se výrazně zhoršovalo i psychické prožívání Kamily (deprese, úzkost, pocity bezmoci, ztráta smyslu). Dostavovaly se i určité somatické komplikace (únava, vyčerpanost, řídnutí vlasů, poruchy srážení krve, motolice). Nikdy však nevydezignovala menstruace.

Přetrvávající restriktce jídla přivedla Kamilu několikrát k hospitalizačnímu pobytu. Kamila neměla vůli čelit problému. Nemocniční prostředí se také zdálo být spíše kontraproduktivní. Nejen, že díky pobytu s pacientkou, která uplatňovala zvracení jako kompenzační mechanismus, došlo k naučení se takto reagovat na sněžené jídlo, ale také došlo k narušení sebezáchovného pudu, neboť Kamila se začala během navazující hospitalizace sebepoškozovat (zejména kvůli depresím). Řezání představovalo určitou formu úlevy. Po ukončení hospitalizace vždy následoval relaps onemocnění (reakce na váhový přírůstek – zvracení, užívání laxativ).

Kamilinu touhu po štíhlosti současně posilovaly pochvaly jejího vzhled, které se jí dostávaly stran vrstevnického okolí. Její psychický stav se však horšil (deprese, ztráta smyslu). Kamila se pokusila spáchat sebevraždu – nedokončila. Po následné rekonvalescenci se Kamila odmítla vrátit do tehdejšího školního prostředí a zcela změnila své zaměření v otázce vzdělání.

Dá se říct, že s přechodem na novou školu, současně i s určitou dlouhodobostí onemocnění, získávala na svou nemoc náhled. Přestože pro ni ztrácela dosavadní význam, v jídle přetrvávalo striktní omezování (nízkokalorická strava).

Na počátku ambulantní léčby byla Kamila spíše nepřizpůsobivým pacientem. Později si dokázala najít k lékaři vztah (lékař rozuměl jejím pocitům). Nebylo jednoduché ze dne na den měnit několik let zažité jídelní vzorce a pohled na sebe samu. Kamila sice vystudovala vysokou školu a byla schopna najít si uplatnění na trhu práce. Přesto bylo stále těžké zaujmout normální přístup ke stravování.

Motivací k tomu přijmout své tělo, přijmout skutečnost, že bez přibrání se nelze z nemoci vyléčit, jí byl přítel (v současné době manžel). Díky němu a následné touze po dítěti byla Kamila schopna postupně nacházet k jídlu vztah, stejně tak vztah ke svému tělu.

Relaps onemocnění přišel v momentě, kdy Kamila nebyla schopna opakovaně donosit plánované dítě. Došlo ke dvěma potratům. Opět se dostavily problémy s jídlem

doprovázené výrazně zhoršeným zdravotním stavem (deprese, zvracení). Těžké chvíle byla schopna překonat. Touha po dítěti přetrvávala.

Třetí těhotenství se jí podařilo úspěšně dokončit (přesto na svém konci mělo rizikový průběh). Komplikace přišly zejména po porodu, kdy Kamila vysadila antidepresiva z obav o zdraví dítěte. Následovaly stavy poporodních depresí, doprovázené relapsem obsesí a kompulzí. Po obnovení medikace se Kamila pomalu dostávala do stabilizovaného stavu. V té době se snažila vztah k jídlu udržet, protože si uvědomila, že v životě již nejde pouze o ni, ale že také záleží na zdraví jejího dítěte. Tento stav přetrvává dodnes.

Jak onemocnění změnilo život pacienta?

Mentální anorexie měla řadu let rozhodující moc nad směrem, kterým se Kamilin život ubíral. Dá se říct, že žádné závažné somatické důsledky si Kamila z nemoci neodnáší. I když Kamila stále užívá antidepresiva, její stav je nyní v normě. Pozastavit se můžeme pouze nad problematikou nevydařených těhotenství, z nichž si Kamila odnesla bolestivou zkušenost.

Mentální anorexie v kombinaci s obsedantně-kompulzivní poruchou vzala Kamile dospívání. Přesto všechno je přesvědčena, že právě její nemoc ji v životě posunula tam, kde se nyní nachází. Rozhodně zcela změnila pohled na určité věci. Její hodnoty se kvalitativně odlišují od hodnot druhých. Dokáže najít pochopení pro všechny, kteří nemocí trpí nebo trpěli. Umí porozumět pocitům ostatních, respektuje jejich problém a hájí je před stigmatizujícími názory ostatních.

Jak pacient aktuálně vnímá onemocnění?

Kamila považuje mentální anorexii za svou minulost. Našla si cestu zpátky k jídlu a dosáhla zdravé váhy. Velký podíl na takto významném kroku mělo i těhotenství Kamily a perspektivní partnerský vztah. Nyní s odstupem času na mentální anorexii pohlíží jako na naprostou zbytečnost, kterou ztratila 12 let života. Trpěla ona a všichni lidé, pro které Kamila něco znamenala. Upřímně projevuje lítost na konto všech, kteří nemocí propadnou. Mentální anorexie je podle Kamily problém, který vychází z dosavadního života každého člověka. Pozadí této nemoci je odlišné s ohledem na kontext toho, jak je každý člověk jiný.

Kamila tvrdí, že velký podíl na nemoci si nese společnost, neboť ta nás všechny vede k dokonalosti a zcela otevřeně ji prezentuje celému světu jako něco, co je žádoucím standardem.

12.2. Kazuistika č. II

Druhá kazuistika popisuje případ pacientky Silvie, pětaticetileté ženy, jejíž život stále svazuje diagnóza poruchy příjmu potravy.

Silvie byla první, která projevila zájem o to, podělit se se mnou o svoje zkušenosti a prožívání onemocnění. V emailové komunikaci vystupovala velmi ochotně. Bohužel náš kontakt byl přerušen pro její náhou hospitalizaci v prosinci 2013.

Přes relaps onemocnění Silvie neodstoupila od účasti a naše setkání bylo nakonec uskutečněno. Chronická povaha onemocnění je však do života Silvie natolik vtisknuta, že vůbec popsat prožitky spojené s nemocí bylo pro ni jednoznačně nelehkým úkolem. Tady je její příběh.

Silvie: „Mentální anorexie mi zničila život, ale chci ji zpátky.“

Silvie se narodila před 35 lety ve Zlíně, avšak v současnosti žije sama v podnájmu v Olomouci. Zde také, v rámci filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, vystudovala dvouobor čeština-francouzština s titulem Mgr. Nyní je bez práce.

12.2.1 Rodinné prostředí

Silvie pochází z úplné rodiny. Do 5 let bydlela s rodiči ve Slušovicích, poté se přestěhovali do vesnice Velké Karlovice. Rodiče jsou podnikateli v oblasti brýlových obrub.

O rodičích mluví Silvie velmi rozpačitě. Matka má dokončeno základní vzdělání, což se Silvie snažila obhájit. (...) *Co se týče schopností, tak je mnohem schopnější než otec...* Ten má inženýrský titul v odvětví zemědělství.

Silvie má o 5 let mladšího bratra, který pracuje jako vysokoškolský učitel v Brně. Moc informací o něm nemá. *Já upřímně ani nevím. (...) My jsme spolu roky vůbec nebyli v kontaktu.*

Rodinné prostředí hodnotí jako špatné. *Otec docela hodně pil nebo pije. On si to odmítá připustit ale, (...) pořád nemá problém. (...) Mamka se s ním chěla asi v mých 14-ti rozvíst, ale to nebylo jenom kvůli alkoholu, ale celkově kvůli němu jako osobě.*

Vztah otce k Silvii i jejímu bratrovi nebyl nikdy ideální. *(...) Nevěnoval se nám (...). Silvie toto dodnes nese těžce. No, mně otec nikdy nedal třeba najevo, že by mě měl rád. (...) Pořád samá kritika a výtky (...).*

Snahou Silvie bylo odloučit se od rodiny co nejdříve. *Já jsem s něma bydlela asi do osmnácti. Snila jsem o tom vypadnout z baráku a už se tam nikdy nevrátit!*

Silvii není známo, zda by v její rodině trpěl někdo nějakým závažnějším onemocněním. Matka má diagnostikované migrénové stavy, také má potíže s klouby. Otec trpí vysokým tlakem. Vzpomíná však, že otcova matka se jednou pokusila o sebevraždu, neúspěšně. *Nedokončila, nepovedlo se. Důvody neuvádí.*

12.2.2 Osobní anamnéza

Těhotenství Silviiny matky plánované nebylo. *To bylo ještě před svatbou... byla těhotná, takže se vzali. (...) Myslím si, že nebylo chtěné. Porod byl komplikovaný, neboť matka málem vykrvácela.*

Jako dítě Silvie prodělala běžné dětské nemoci. Nemocná však byla velmi často. *(...) Já jsem byla pořád nemocná, když jsem byla malá. Furt. Mamka říkala, že jsem byla čtrnáct dní zdravá, čtrnáct dní nemocná. Byly zde i závažnější nemoci. To byly vždycky nějaký zápalý plic nebo tak.. Pak jsem byla se slepým střevem (...). Přesný počet hospitalizací vzhledem k jejich četnosti si nebyla schopna vybavit. Já nevím, desetkrát? Nevím...*

Se spánkem ani s jídlem v dětství problémy neměla. K jídlu měla zdravý vztah. Psychomotorický vývoj Silvie považuje za bezproblémový. Zlozvykem, který se u Silvie vyskytoval, bylo kousání nehtů.

Dále uvádí alergii na prach, pyly a roztoče. Jednu dobu se léčila s astmatem. Nyní nemá pravidelnou medikaci. Antikoncepci užívala jen chvíli. *Je to prostě svinstvo.* K alkoholu ani cigaretám vztah nemá. Když pije, tak pouze příležitostně.

12.2.3 Dětství a školní období

O svém dětství nemluví v pozitivním duchu. *No, já si nic moc pěknýho nepamatuju. Já si pamatuju jenom samé výtky.* Silvie přiznává, že už jako dítě se neměla ráda. Vůči ostatním dětem se však hodnotila jako přátelská, ale později uzavřená. *Když jsem narazila na nějaký narážky některých děcek nebo tak, tak jsem se prostě bála, jak na ně budu působit... jestli mě mezi sebe přijmou a tady ty věci.*

Na základní škole patřila k premiantům. *No, já jsem byla jedničkářka. Pak od první třídy jsem měla problémy s matematikou. To jsem moc nezvládala. Do školy jsem chodila s šíleným strachem, že selžu...ať jsem naučená, jak jsem naučená, tak to stejně nebude stačit, a že prostě selžu.* Rodina velmi apelovala na výkon, zejména pak otec s babičkou. Běžně od nich slyšovala: „(...) *Měla bys jít na gympl, musíš se dobře učit, trojky do baráku nosit nebudeš...*”

Školní prostředí hodnotí Silvie pozitivně, přesto kolektiv spolužáků ji nikdy moc nebral. *Spíš jsem byla taková ta, co je šprtka (...), takže jsem v podstatě neměla žádné kamarády nebo to byly takové kamarádky, které mě za rohem pomluvíly.*

Volný čas tehdy trávila četbou knih nebo s bratrem. (...) *My jsme žili jako v takový části vesnice, kde skoro nikdo nebyl, takže to bylo takový, že jsem tam byla skoro v podstatě sama.*

Po základní škole Silvie toužila jít na zdravotnickou školu. (...) *Naši usoudili, že to pro mě není vhodný. Já sama jsem byla dost zmatená. Nevěděla jsem, co dál. Vůbec.* Nakonec odešla na gymnázium. *Prostě se to předpokládalo, tak jsem šla (...).* Gymnázium Silvii neprosplávalo. (...) *Z matematiky jsem skoro propadala. Vůbec jsem to nezvládala. (...) Já jsem tam neměla ani žádnýho blízkyho člověka nějak extra (...).*

Někde tady začínají první problémy s jídlem...

12.2.4 Cesta do nemoci

Kořeny mentální anorexie se nacházejí už někde v raném dětství Silvie. Od 5-ti let začala pozorovat své tělo a zaujímat vůči němu jakýsi odpor. (...) *Někdo třeba řekl: „Máš divné oči.“* (...) *Pro mě to bylo: „Seš hnusná.“* (...) *Takové narážky si člověk zapamatuje* (...). Určitou vinu subjektivně připisuje Silvie i svému otci. (...) *Za všechno kritizoval, nikdy člověka nepochválil...*

Změny, které se se Silvií začaly dít během puberty, jen těžko snášela. *Já jsem trpěla hrozně. Mně když začly růst prsa a tady ty věci, já jsem to brala jako trest. Když jsem dostala menstruaci – to bylo pro mě to největší ponížení... Takže jsem byla velice ráda, když jsem se jí potom zbavila.* Vždycky byla fascinovaná hubeným tělem. (...) *Chtěla jsem vypadat jako Kate Mossová. Ale tím to začalo, pak už to nebylo o tom vůbec. Prostě jsem chtěla být co nejhubenější.* Touhu po štíhlém těle v ní posiloval pocit vlastní nedostatečnosti.

Na počátku nemoci, při své výšce 167 centimetrů, vážila Silvie 56 kilogramů, což lze považovat za normální tělesnou hmotnost. Postupně začala ubírat na jídle. *Někdy v těch třinácti, čtrnácti jsem začala vlastně hladovět, někdy i vůbec nejíst.* (...) *Jako to, že nejím, bylo pro mě něco čistého... schopnost nějaké sebekontroly. Když jsem jedla, tak jsem to brala jako prohru... selhání.* Svě tělo vnímala nepěkně. *Neměla jsem ho ráda...tlustá, tlustá, tlustá.* Nejhorší partií byl zadek a stehna. Svou váhu kontrolovala neustálým poměřováním svého těla.

Silvie na problém s jídlem neměla náhled. *Mně připadalo, že pořád nemám problém, že nejsem anorektička.* Když se jednalo ještě o čistou formu anorexie, Silvie kromě neustálého vážení a odměřování si jídla, zapojila cvičení. (...) *Pak už jsem na to stejně neměla energii ani myšlenky, (...) hubla jsem i bez toho cvičení.*

Odolávání jídlu bylo pro Silvii zpočátku snadné. *Mně to hodně dlouho šlo samo celkem.* (...) *Pila jsem strašně moc vody.* Později se přidalo zvracení. *Během vlastně posledního toho roku na střední jsem se strašně začla bát maturity, že to prostě nezvládnou. Do toho se zhoršily ty problémy s jídlem, že jsem prostě spadla do té anorexie, bulimie... těžko říct, co to bylo. Spíš taková anorexie purgativního typu.* (...) *Celý den nejíst, pak se odpoledne nabouchat a všechno vyzvracet...* Při přejezení Silvie vždy cítila vinu a přicházely ovládací myšlenky. *Musela jsem to jít vyzvracet... „Selhalas. Musíš to vyzvracet.“*

Rodiče o problémech Silvie s jídlem netušili. *Naši z toho byli zděšeni, protože jsem byla hubená, ale jako je vůbec nenapadlo, že mám problémy s jídlem (...).* Jídlo Silvie zatajovala nebo zvracela. Díky zvracení si později Silvie dokázala uvědomit svoji nemoc. *(...) Jako problém jsem brala to zvracení... že jsem to prostě nevydržela a přejedla jsem se a zvracela jsem. (...) Váhově mně to nepřipadalo jako problém.*

12.2.4.1 První hospitalizace

Před maturitou dosáhla Silvie 40 kilo, při kterých byla nedobrovolně hospitalizovaná na dětském oddělení ve Fakultní nemocnici Olomouc. Zde se neustále porovnávala s lidmi se stejnou diagnózou. Během svého pobytu se učila na maturitu, kterou nakonec úspěšně složila. *Nechápu, jak jsem to mohla zvládnout.* Na psychiatrii byla v režimové léčbě celé 2 měsíce. Po dosažení žádoucí váhy 53 kil byla propuštěna. Postupně však docházelo k relapsu nemoci. *Ta sebekontrola tam byla pořád. Nedovolila jsem si sníst nic navíc... Já jsem se v té nemocnici v podstatě nenaučila, myslím si, jíst normálně. Pořád jsem se kontrolovala.*

Zmapovat přesné číslo hospitalizací bylo i pro samotnou Silvii dostatečně problémové, proto o dalších hospitalizacích bude mluveno tak, jak se formovaly v kontextu životních událostí.

12.2.4.2 Boj s nemocí

Stravovací návyky, kterých se Silvie držela, byly poměrně zvláštní. *Já jsem jedla divně, (...) samý sladkosti. (...) Ráno jsem měla vždycky džus, 2 rohlíky s máslem nebo s džemem, pak jsem měla dopoledne nějaký jogurt nebo mléčný výrobek. Nechodila jsem na teplé obědy – kupovala jsem si buchty, který měly váhový limit 150 gramů. Odpoledne to byla půlka čokolády (50 gramů) s coca-colou. Pak byla večeře – 2 rohlíky s troškou něčeho a 3 malá rajčátka. Druhá večeře nějaký sušenky třeba.* Silvie se nikdy nestarala o kalorie, zaměřovala se na množství. *(...) Postupně, ten oběd se vytratil úplně, že jsem třeba asi rok a půl obědvávala balíček bonbónů k obědu.*

Po střední škole Silvie nastoupila na vysokou školu. *Ale taky prostě problémy... celou dobu problémy s jídlem, psychické problémy – nezvládala jsem to. Školu jsem dodělala s odřenýma ušima. Přerušila jsem. Chtěla jsem odejít. Chodila jsem tam s tím, že na to nemám, že tam nepatřím, že jsem úplně k ničemu...*

Silvie vystudovala vysokou školu s nulovými ambicemi na další uplatnění. *Já jsem vylezla ze školy s tím, že nic neumím, sebevědomí nula. Takže to bylo strídavě, že jsem si vždycky něco našla, ale neodpovídalo to třeba vzdělání. (...) Já jsem vlastně rok byla na pracáku, než jsem něco sehnala... Zaměstnání bylo několik. O to poslední přišla také díky nemoci. Tehdy pracovala v jedné olomoucké certifikační firmě. (...) Tam se to nějak provalilo. Byla jsem už hodně hubená. (...) Tu práci jsem moc nezvládala. Já jsem vždycky dolezla do práce z posledních sil, byla jsem pořád unavená. Ten výkon tím byl určitě ovlivněný.*

12.2.5 Partnerství na pozadí onemocnění

Partnerský život Silvie je s její nemocí úzce provázán. Začal v 17-ti letech. *Ale to bylo prostě takový, že jsme spolu ani pořádně nechodili, ten kluk... ten na mě kašlal (...). Tenkrát se to na Silviině stavu podepsalo (...) To mě uhnalo ještě víc do tý anorexie... takový to sebetrestání, že to je moje vina, že jsem hnusná, že mě prostě nikdo nemůže chtít, když vypadám, jak vypadám.*

Další vztah Silvie přišel po první hospitalizaci. *(...) To byl ale jeden velký omyl a nerada bych se o tom bavila.*

Během vysoké školy se Silvie seznámila se svým dlouholetým partnerem. Žili spolu 10 let. Okolo roku 2000 si Silvie v afektu sáhla na život. *(...) Takový ten pocit, že ten náš vztah... že mě přítel nemá rád, že jsme si zevšedněli. (...) Předávkovala jsem se práškama, protože jsem nevěděla, co dál. Našel ji přítel. Na psychiatrii poté byla 3 týdny. Málem se tenkrát rozešli.*

Jednu dobu pro ni sám přítel představoval velkou motivaci k vyléčení, avšak nestačilo to. *(...) On se mi snažil třeba i vařit nebo chystat jídlo, ale já jsem to třeba vyhodila (...). Nemoc neustále ovládala život Silvie, její váha klesala. (...) Já celou tu dobu, co jsem měla ty problémy s jídlem a co jsme byli spolu, tak jsem si to nepřipouštěla a cítila jsem se dobře. Říkala jsem si, že nemám žádný problém. Sice hubnu, ale tím líp (...). Když potom viděl, že zase s tím jídlem sklouzávám dolů a váhově sklouzávám dolů, tak už to nakonec psychicky vzdal. Nastala další z mnoha hospitalizací, která byla hlavním impulzem k rozchodu (...). Kvůli těm problémům s jídlem se se mnou po 10-ti letech rozešel. Říkal, že už nikdy víc... že už nic takového zažít nechce. V roce 2010 se tedy rozešli.*

12.2.6 Krizové období

Silvie rozchod neunesla, neboť její přítel jí byl zároveň celou rodinou. K rodičům nejzdila. (...) *Najednou jsem byla prostě sama, musela jsem si hledat podnájem a všechno... To byla konečná pro mě. A to jsem dospěla do toho nejhoršího fyzického i psychického stavu.*

Dny po rozchodu byly, dá se říct, prázdné. *Ráno jsem uklidila celý byt, televize, nákupy... nic víc. (...) Byla jsem posedlá uklízením, strašně. Všechno muselo být čistý, srovnaný...*

Silviina nemoc udeřila v nejhorší formě. (...) *Já jsem se upnula vlastně k tý anorexii... nic víc mi nezbylo.* Její zdravotní stav se začal rapidně zhoršovat. (...) *Začala jsem mít hrozné migrény, takže díky tomu jsem třeba celý den nejedla, protože jsem prostě zvracela, i když nebylo v podstatě co.* V této době přišla i o práci v certifikační firmě. (...) *Mně se na jednu stranu ulevilo, jo, protože jsem to nevládala chodit do té práce (...).* Na druhou stranu však Silvie pociťovala zklamání ze sebe samotné. (...) *Ted' jsem si řekla: „To ti nevyšlo, to ti nevyšlo... Nic v životě ti nevychází, tak se vyhladov k smrti a hotovo.“*

V těchto těžkých chvílích jí byla největší oporou matka. *Máma, ta za mnou jezdila každé měsíc. Viděla, že jsem čím dál hubenější. (...) Byla jediný člověk, který při mně byl, když mi bylo nejhůř.* Matka vždy naléhala na Silvii, ať se vrátí domů. Silvie to odmítla. Kvůli jídlu, i kvůli otci nechtěla. *Pak už jsem třeba viděla, že jsem hubená, ale mně to dělalo dobře... Líbilo se mi to (...).*

Závažnost Silviina zdravotního stavu nabrala na největší intenzitě v prosinci 2012, kdy dosáhla váhového minima 35 kilogramů. (...) *Neměla jsem žádnou energii. Přišel minerální rozvrat a neměla jsem prostě žádnou sílu. Věděla jsem, že takhle už to dál nejde. Zavolala jsem našim, ať mě teda zavezou někam, protože jsem věděla, že už melu z posledního. Fyzicky jsem na tom byla hodně špatně.* Krom toho, že menstruaci neměla celé roky, dostavil se reflux jícnu. (...) *Už jsem ani netrávila to, co jsem jedla. Mně se to vracelo do pusy (...).*

Silvie byla hospitalizovaná na JIP v Brně. Zde byla do Vánoc. *Já jsem strašně rychle spěchala domů, vrátit se k tomu starému režimu, protože jsem se styděla za to, že tam jím.* Propouštěcí váha byla kolem 40 kil. *Podle mě i přes 40. Takže já jsem odcházela z nemocnice s tím, že jsem tlusté prase (...).*

Pro Silvii bylo těžké vidět se v zrcadle. (...) *Ten náhled se změnil. Vlastně když jsem po tý první JIPce přijela domů a měla jsem třeba těch 40 kilo, při kterých jsem si předtím připadala hubená, tak jsem si najednu připadala hrozně tlustá... Já jsem si na to tělo takhle zvykla, jo, že jsem byla samá kost (...).*

Silvie po urgentní hospitalizaci na JIP odmítla následnou doléčovací péči na psychiatrii. Vrátila se do Olomouce zpět do svého bytu a ihned došlo k relapsu. (...) *Zase jsem začala ty svoje rituály kolem jídla. (...) Akorát po tý hospitalizaci už to nebylo tak jednoduchý. (...) Ten stav, ty následky... Jakmile jsem ubrala na tom jídle, bylo mi samozřejmě hůř, a i s tím žaludkem byly problémy. Teď jsem prostě záviděla normálním lidem, jak normálně jí (...). Skončilo to tak, že jsem vešla do obchodu a nebyla jsem schopna koupit si nic k jídlu. „Seš tlustá, nesmíš jíst.“ (...) Tak jsem raději nejedla už vůbec, protože jsem chtěla zhubnout to, co jsem přibrala na té první JIPce. (...) Bála jsem se už cokoliv vložit do úst, protože jakmile jsem něco snědla, tak jsem si uvědomila, jaký mám hlad... (...).*

Váha Silvie opět začala klesat. Něco však bylo jiné. *Teď jsem najednou zjistila takovej zvláštní stav, že už tu anorexii nechci, ale bez ní to taky neumím.* Silvie naprosto propadla svému zoufalství. *Pak jsem prostě měla dny, kdy jsem vůbec nevstala z postele... nevstala z postele, nejedla nic, celý den jenom pila. Pořád jsem jenom každý den lezla na váhu a věděla jsem, že to je špatně, že se vlastně zabijím zase. Nedokázala jsem s tím ale přestat.*

V dubnu 2013 přišel další sebevraždený pokus. *Nakonec jsem se předávkovala práškama, protože jsem nevěděla, co dál prostě.* Silvie se ihned obrátila na rodiče s prosbou o pomoc. (...) *Já jsem prostě našim řekla, ať mě dovezou na JIPku, že je mi zle.* Když se Silvie dostala z nejhoršího, pokračovala v doléčování na psychiatrickém oddělení, kde byla do května 2013. Nakonec podepsala revers a odjela k rodičům.

(...) *U rodičů jsem byla až do října asi. Tam jsem zkoušela nějak začít jíst, protože jsem najednou věděla, že už nechci jíst jako dřív... Já jsem prostě záviděla mamce každý sousto. Akorát jsem se nedokázala smířit s tím, že přiberu, no... A další impulz byl, že jsem se bála chodit do obchodu s potravinama, protože všude bylo jídlo a já jsem nevěděla, jak si sestavit svačinu a pořád jsem měla hlad... Začala jsem se bát bulimie.*

Silvie tedy vyhledala odbornou nutriční pomoc a přibrala na váhu okolo 60 kil. V prosinci 2013 se kvůli svému vzhledu znovu pokusila o sebevraždu. Opět se tak ocitla v Brně

na psychiatrii. K žádnému pozitivnímu posunu v jejím psychickém stavu však nedošlo. *No nic, nasypali do mě nějaký antidepresiva a tím to haslo. (...) Měla tam být skupina pro lidi s poruchama příjmu potravy, ale otevřena nebyla. Že prý nás je tam málo. (...) Jen se zapisovalo, co za den sníme. Jednou za den přišla dietní sestra. Když jsem se řídila jejíma radama, tak jsem zjistila, že mi to nevyhovuje... Do toho jsem se tam srovnávala s těma holkama, co přišly z JIPky, takže jsem tam zase začala ubírat na jídle. Hospitalizace skončila v plánovaném termínu v únoru 2014. (...) Doktoři si se mnou stejně nevěděli rady a... prostě mě propustili. Tato poslední hospitalizace byla pro Silvii vyčerpávající. (...) Odcházela jsem ještě v horším stavu, než jsem tam nastoupila.*

Celkově se k léčbě staví se značným rozčarováním. *Já nevím. Já si pořád říkám, že bych to měla zvládnout sama. Já jsem z těch hospitalizací a ze všeho strašně zklamaná. Já jsem tam chodila i k psycholožce... Mně ty její řeči nepomáhaly, takže jsem se k ní potom ani nehlásila.*

Silvie trávila první týden po hospitalizaci u rodičů. *Sněžila jsem se jíst normálně, ale prostě otec neustále narážky, že je podle něho nesmysl jíst šestkrát denně, že bych měla sportovat... Takže já jsem odjížděla z baráku s tím, že otec si o mně myslí, že jsem totálně tlustá.*

Nyní se vrátila zpět do podnájmu v Olomouci a neví, co bude dál.

12.2.7 Současný pohled Silvie na onemocnění

Přestože v nynější době nabyla Silvie normální váhy 60 kil, chtěla by zpátky svoji nejnižší hmotnost. Aktuální vzeření prožívá s naprostým odporem. *(...) To, jak teď vypadám, je pro mě silný. Já jsem se přestala malovat. Chodit do sprchy je pro mě utrpení. (...) Nechci tak vypadat!*

Jak Silvie vyřeší bytovou situaci zatím neví. *Upřímně nevím, kde budu, protože to nezvládám ani tady, ani doma. (...) Asi nejsem schopna samostatný existence... (...) Přemýšlím, jestli se mám vrátit k rodičům a zůstat už u nich nebo být tady... (...) Hlavně nevidím smysl být tady sama... nevím, co budu dělat.*

O svých cílech do budoucna také není přesvědčena. *(...) Já upřímně nevím, co se se mnou stalo. Já nejsem schopna se rozhodnout. Mě život přestal těšit. Stydím se za to, jak*

vypadám. (...) Na jedné straně chci být člověk normální, normálně se najíst a neřešit to, pak se na sebe podívám do zrcadla a je mi špatně... (...) Nechtěla bych mít v hlavě jenom jídlo, (...) zároveň mě něco tahá jako by dolů.

S terapiemi zkušenost má, ale dále o nich neuvažuje. (...) Já nevím, jestli to má nějaký smysl. (...) Nikdy jsem to nevydržela. Mně přišlo, že mi to nic nedává, že to nepomáhá.

Nemá žádnou konkrétní motivaci, která by jí do života vrátila sílu. Bojí se jídla, bojí se samoty. Proto je jejím aktuálním cílem vyvarovat se samotě, trávit čas s normálními lidmi.

Pohled na nemoc je u Silvie značně ambivalentní. *Pro mě to byla taková jediná jistota v životě. Jediný, co mi zbylo.* Nikdy ji však nic nepřinesla. (...) *Všechno mi vzala. Najednou zjistíte, že jste měla jenom tu anorexii a najednou nemáte nic.*

Čemu by připsala Silvie hlavní podíl na vzniku nemoci, si není jista. *Nevím, možná stylu tý výchovy...*

Mentální anorexie se na Silvii podepsala i po fyziologické stránce. *Jsem pořád unavená, nesoustředěná, těžký deprese.* (...) *Když začnu pocítovat hlad nebo tak, tak se mi hrozně klepou ruky.* Přesto všechno svým vzhledem se chce podobat tomu, co z ní mentální anorexie udělala v nejakutnějším stádiu. *Chtěla bych zpátky tu nejnižší váhu.*

Co by vzkázala Silvie ostatním ženám s mentální anorexií? *Mně to zničilo život... Takže holky, který si začnou zahrávat takhle s jídlem, tak nevědí, kam to vede. Dlouhou dobu se cítíte dobře a pak najednou se všechno sesype. Psychika špatná, tělesný následky, který už zůstanou třeba na furt...*

12.2.8 Interpretace dat kazuistiky č. II

Jaký byl život pacienta před vznikem onemocnění?

Silviin život do vzniku poruchy příjmu potravy se výrazně formoval s ohledem na tyto roviny:

1. Rodinné vazby

U Silvie můžeme do určité míry vnímat neuspokojivou úroveň vztahů v primární rodině. Již na úplném počátku jejího života věnujeme pozornost jedné věci a sice, že nebyla

plánovaným dítětem (současně porod její matky doprovázely komplikace). Subjektivně Silvie cítí, že nebyla ani chtěným dítětem, ale toto je pouze její domněnkou.

O rodinném prostředí celkově nemluví pozitivně. Otec má blízký vztah k alkoholu, avšak sám alkohol nevnímá jako problém. Svou otcovskou funkci nikdy moc dobře nezvládal. U Silvie je viditelné, že jí vždy chyběl zájem otce o ni (neprojevoval jí lásku). Od malička se z jeho strany setkávala s vlnou kritik. Už jako dítě k sobě Silvie neměla pozitivní přístup, neměla se ráda.

2. Školní prostředí

Ve škole byla Silvie premiantkou s výborným prospěchem. Sama se však potýkala s nízkou sebedůvěrou. Obávala se selhání. Kolektiv se jí stranil.

3. Vrstevnické vztahy

Silvie sama sebe vnímala spíše jako uzavřenou ve vztahu ke svým vrstevníkům. Přiznává, že moc kamarádů neměla. Vždy se velmi se soustředila na to, jak ji ostatní vnímají. Pokud se někdo vyjadřoval k její osobě, většinou reagovala úzkostí. Reakcí druhých se bála. Jakoukoliv poznámku vztahovala na svůj vzhled.

4. Vývojové determinanty

Období puberty prožívala velmi intenzivně. Nedokázala se vypořádat s biologickými změnami, které její tělo provázely (zejména menstruace).

5. Bytová situace

Silvie se svou rodinou bydlela ve vesnici, kde nebylo mnoho možností, jak trávit volný čas. Převážnou většinu času trávila sama nebo s bratrem.

5. Výchovný styl

Otec Silvie vždy kladl vysoké nároky na její vzdělání. Její výkon byl hodnocen na základě známek, které nosila ze školy. Byla vždy vedena k tomu, aby podávala perfektní výkon, proto když Silvie začala pociťovat určitou nedostačivost ve škole, reagovala s úzkostí.

Nikdy nebyl brán ohled na to, čemu by se Silvie chtěla ve svém životě věnovat. Její studijní zaměření bylo nalinkováno již v době, kdy Silvie sama nevěděla, na co by se při svém dalším studiu chtěla zaměřit. Tehdy to přijala bez nějakého většího vzdoru.

Kde pacient subjektivně spatřuje počátek onemocnění?

Silvie vnímá první náznaky nemoci již v době svého dětství. Tam začalo první pozorování vlastního vzezření. Silvie měla vždy normální postavu, ale lehce se nechala ovlivnit tím, co si myslí okolí (bála se reakcí druhých).

Určitý význam připisuje Silvie i postoji vlastního otce, který k ní zaujímá. Nikdy nedal najevo zájem o Silvii jako o dceru. Neustále ji kritizoval a kladl na ni vysoká očekávání, První manipulace s jídlem začaly mezi 13. a 14. rokem. Zde Silvie přiznává změnu postojů k jídlu (ubírání na jídle).

Jaký byl život pacienta s onemocněním?

U Silvie můžeme počátek nemoci označit za typický. Čistá forma mentální anorexie u ní propukla v době jejího dospívání (13–14 let). Změny svého těla tehdy nesla velmi těžce. Nejprve začala v omezování jídla, poté přišlo hladovění. Někdy nejedla vůbec. Nejíst představovalo schopnost vlastní kontroly.

Sebevědomí Silvie bylo abnormálně nízké. Sama se cítila tlustá (váhově se však nacházela v normě). Dominovala touha po tom být štíhlá. Svou váhu pečlivě kontrolovala. Vnitřně v sobě popírala jakoukoliv možnost toho, že trpí nějakou nemocí.

Před koncem střední školy skončila na své první hospitalizaci. Rodina o jejích problémech neměla žádné tušení, neboť Silvie vždy vše dokázala zatajit.

Po ukončení léčby došlo k relapsu. Sebekontrola dál přetrvávala v prožívání Silvie. Během pobytu při režimové léčbě se nenaučila jíst normálně. Přestože jedla několikrát denně, složení potravin podléhalo přísným váhovým limitům. Energetická složka konzumovaného jídla byla předně založena na vysokém podílu sacharidů.

Na prahu dospělosti se přidaly problémy se zvracením. K tomu docházelo nejčastěji pod tíhou výčitek ze sněženého jídla. Až tehdy si dokázala připustit, že nějaký problém má. Na pozadí restriktivního období se začaly objevovat záchvaty přejídání.

Následné studium na vysoké škole nebylo pro Silvii vůbec jednoduché. Nízké sebevědomí ovládalo její psychické prožívání. Přetrvávaly obtíže s jídlem.

V této době již Silvie nebydlela s rodiči. Žila se svým dlouholetým partnerem, který pro ni mohl být dostatečným motivem k uzdravení. Chronická povaha nemoci jejich vztah ovšem zničila (byl zde jeden sebevražedný pokus, jedna hospitalizace s mentální anorexií).

Tehdy zůstala Silvie na všechno sama. Díky svému zdravotnímu stavu si nedokázala udržet žádnou práci. Život pro ni začal ztrácet smysl. Váha klesala, projevovaly se i výrazné somatické obtíže, když její tělo dosáhlo kritické váhy. Pro svůj závažný somatopsychický stav skončila na JIP (minerálový rozvrat, reflux jícnu).

Po realimentaci ovšem nenastoupila do doléčovací péče. Jejím hlavním záměrem bylo znovudosažení kriticky nízké váhy. Svě tělo považovala za tlusté, byť při minimální váze (zkreslení vjemu vlastního těla).

Silvie již v této době získala částečný náhled na své onemocnění. Přestože přetrvával chorobný strach z jídla, ostatním lidem záviděla zdravý stravovací režim. Anorexie pro ni sice ztrácela původní hodnotu, ale bez ní žít nedokázala. V reakci na své zoufalství si opětovně sáhla na život – sebevražedný pokus nedokončila. Následovala další hospitalizace na JIP. Po ní tentokrát navázala psychiatrickou léčbu.

Tehdy byla odhodlaná změnit své stravovací návyky. Pomocí speciálně upraveného jídelníčku se jí podařilo nabýt původní váhy, avšak nedokázala se smířit s tím, jak vypadá. Reagovala dalším sebevražedným pokusem.

Při posledním hospitalizačním pobytu nezaznamenala žádný zásadní posun ve svém psychickém stavu. Nacházela se pouze v režimové léčbě. Sezení se zdejším psychologem jí nic nepřineslo.

Hospitalizace byla ukončena, neboť Silvie nereagovala na léčbu. Sama ji pokládala za nepřínosnou. Subjektivně pociťuje zhoršení svého psychického stavu, současně zklamání z jakékoliv odborné intervence. O tom, co bude dál, nemá jasnou představu.

Jak onemocnění změnilo život pacienta?

Mentální anorexie přetrvává v životě Silvie jako určující smysl. Svazuje ji už více než 20 let. Chronická povaha nemoci znemožňuje Silvii jakékoliv zapojení do běžného života, neboť neustále přetrvávají obavy z jídla.

Nemoci ji připravila o přítele, o práci, způsobila jí výrazné psychické i somatické obtíže, které se nadále vyskytují (únava, nesoustředěnost, deprese). Stala se ústředním motivem každého jejího dne. Vzala jí způsobilost svobodně rozhodovat o věcech ve svém životě. Strach, který jídlu v Silvii vyvolává, umocňuje neschopnost jejího samostatného fungování bez pomoci okolí.

Jak pacient aktuálně vnímá onemocnění?

V současné době Silvie neví, jak se její život bude ubírat dál. Je přesvědčena o tom, že sama být nemůže, zároveň s tím se nechce vracet k rodičům, zejména kvůli svému otci. K dnešnímu dni není schopna udržet si nějaký trvalý zdravý vztah k jídlu. V psychice Silvie nadále dominuje deprese a úzkost, zejména v kontextu jejího aktuálního vzezření. Přestože Silvie projevovala snahu zapojit se do určité formy léčby, nikdy ji nebyla schopna dokončit. O dalším léčení proto neuvažuje (nevídí v tom smysl). K léčbě této nemoci ztratila veškerou důvěru a je z ní velmi zklamaná.

Současný postoj k mentální anorexii je u Silvie rozpačitý. Na jednu stranu hovoří o nemoci jako o něčem, co ji zničilo celý život, na straně druhé pro ni nemoc vystupuje jako jediná životní jistota.

Ve věku 35 let Silvie nedosáhla žádného konkrétního cíle v životě. Všechno, co kdy měla a co kdy vybudovala, jí nemoc zase vzala zpátky. Vždy byla na prvním místě mentální anorexie, která třídila veškeré další prožitky. Je pro ni těžké nyní začít znovu od začátku, protože ani neví, jak by tak měla učinit. Svým příběhem dává varovné signály pro všechny ty, kteří se rozhodnou, ať už z jakéhokoliv důvodu, měnit své jídelní návyky.

12.3 Sumarizace získaných dat a závěrečná interpretace

V tomto závěrečném shrnutí bude mým cílem odpovědět na výzkumné otázky s ohledem na získaná data z obou kazuistik.

Jaký byl život pacienta před vznikem onemocnění?

Jak u Kamily, tak u Silvie můžeme v premorbidní životě pozorovat některé shodné vzorce, které předcházely vzniku onemocnění mentální anorexie, a to v těchto rovinách:

1. Rodinné prostředí

V případě Silvie nelze zůstat bez povšimnutí, že rodinné klima bylo od dětství značně nestabilní. Usuzovat takto můžeme už jenom ze skutečnosti, že Silvie přišla na svět s nálepkou neplánovaného dítěte. Přestože o matce hovoří v pozitivním duchu (podpora), o otci se vyjadřuje s výrazným odstupem.

Silvie trpí jistým nedoceněním, kterého se jí dostává stran svého otce a otevřeně toto ve svých výpovědích přiznává. O to víc potom reflektuje interakce, do kterých se svým otcem vstupuje. Jejich vztah je citově plochý a celkově neuspokojivý.

Obě pacientky současně poukázaly na omezený kontakt se svým sourozencem, což zrovna nemusí být klíčovou informací, ale do určité míry je to zajímavým zjištěním.

V porovnávání se Silviiným rodinným zázemím lze prostředí Kamiliny rodiny hodnotit jako nekonfliktní.

2. Školní prostředí

Obě ženy byly žákyněmi s výtečným prospěchem. Bály se jakéhokoliv školního pochybení. Do třídního kolektivu spíše nezapadaly. Jak u Kamily, tak u Silvie můžeme sledovat apel na to, jak na kolektiv působily. Dle toho, jakým způsobem byly svým okolím přijímány, třídily své psychické prožívání. U obou rozpoznáváme obavy z pomluv (u Kamily až patologické povahy).

3. Výchovný styl

U Kamily i Silvie byla výchova rodičů orientovaná na školní výkon a vedení k perfekcionismu. Důležitým kritériem hodnocení v obou případech byl prospěch.

Rodiny obou žen stanovily jejich studijní záměření dávno předtím, než si jak Kamila, tak Silvie samy dokázaly uvědomit, čemu by se v budoucí profesi chtěly věnovat. Samy spíše nevěděly, proto rezignovaly.

4. Vývojové determinanty

Silvie i Kamila intenzivně reagovaly na změny, kterými jejich tělo procházelo. U obou případů došlo k plnému propuknutí nemoci v totožném psychobiologickém období (puberta).

5. Bytová situace

Jak Kamila, tak Silvie žily na vesnici. Kontakt s okolím podléhal omezeným možnostem spojeným s dopravní infrastrukturou a hustotou zalidnění obce (samota).

6. Vrstevnické vztahy

Kamila ani Silvie neměly mnoho kamarádů. Kamila se sice považovala za extrovertku, avšak s odstupem času k ostatním vrstevníkům vystupovala zpovzdálí. Podobně Silvie se hodnotila jako přátelská, ale později spíše rezervovaná vůči svému okolí.

To, co si o nich ostatní vrstevníci mysleli, bylo vždy významným kritériem s vysokou výpovědní hodnotou pro obě ženy.

7. Traumatická životní událost

O Kamile víme, že se v jejím dosavadním životě vyskytly dvě traumatické zkušenosti – šikana a sexuální zneužívání. Ty se významně podílely na celkovém vztahování se Kamily k okolnímu světu (zejména šikana). Takovéto sociálně-patologické jevy u Silvie nepozorujeme.

Kde pacient subjektivně spatřuje počátek onemocnění?

Kamila připisuje počátek nemoci době svého léčení se s obsedantně-kompulzivní poruchou. Tehdy poprvé začala vědomě omezovat jídlo a následně hubnout, byť prozatím ne kvůli typické snaze o štíhlost. Pravý symptomatický obraz mentální anorexie se rozvinul až po ukončení léčby.

Silvie vnímá prvotní příznaky onemocnění v útlém dětství. Již tehdy svůj vzhled považovala za nepěkný. Jídelní chování zůstalo nenarušeno až do období puberty, než se její tělo začalo prudce měnit. Současně s tím vyzdvihuje ustavičnou kritiku z pozice svého otce a výchovu orientovanou k bezchybnému školnímu prospěchu.

Jaký byl život pacienta s onemocněním?

1) Onemocnění a jeho počátek

Jak Kamila, tak Silvie trpěly diagnózou mentální anorexie. U obou žen nemoc udeřila v období dospívání, avšak na pozadí mírně lišícího se premorbidního životního kontextu (viz. *Jaký byl život pacienta před vznikem onemocnění?*).

Dá se říct, že obě ženy před plným propuknutím mentální anorexie přistupovaly ke svému tělu s určitým nepříjetím (zejména Silvie), přestože ve skutečnosti disponovaly zcela normální váhou. Kamila intenzivněji reagovala na vzhled svého těla až s příchodem puberty. Jisté neúměrné zabývání se postavou však pozorujeme již při výskytu obsedantně-kompulzivní poruchy.

Silvie přiznává nelibost vůči svému tělu od dob svého dětství. Současně zde působila i neustálá kritika a výtky otce vůči její osobě. Nadměrné pozorování vlastního těla spolu s nevyvratnými domněnkami o tloušťce své postavy nastává, jako u Kamily, až v pubertě. Tehdy v ní biologické proměny jejího těla evokovaly pocity studu, které ovšem přetrvávají dodnes.

2) Povaha onemocnění

Zprvu dominovala u obou pacientek čistá forma mentální anorexie. Jak Kamila, tak Silvie nejedly a veškeré své jednání orientovaly na hubnutí. U obou žen se vyskytovaly některé typické rysy mentální anorexie jako restriktce jídla, hladovění, cvičení či stálá kontrola

váhy. V psychice obou žen dominovala touha po štíhlosti, strach z jídla a zkreslené vnímání vlastního těla.

Obě ženy vykazovaly určité osobnostní disproporce. U Silvie však výrazně dominovalo nízké sebevědomí, negativní sebehodnocení a s ním narušená sebeúcta. Problémy s vlastním přijetím byly kompenzovány vědomým odpíráním jídla, které jim dodávalo pocit vlastní sebekontroly. Vyhublý vzhled obou žen byl okolím chválen, což v nich vyvolávalo dobrý pocit (posilující charakter).

Jak Kamila, tak Silvie tajily svůj problém s jídlem před svými rodinami a byly schopny lhát o svém denním příjmu jídla. Obě ženy přiznaly nestandardní jídelní návyky. Pokud jídlo přijímaly, tak buďto v minimálním množství nebo podléhalo přísným pravidlům. Kamila jedla nerovnoměrně a většinou nízkokalorické produkty, Silvie dávala přednost stravě s vysokým podílem sacharidů, která však podléhala stanovenému váhovému limitu.

Jídelní zvyklosti se v průběhu nemoci u obou měnily. V důsledku klesající váhy přiznávají obě pacientky výrazné psychické obtíže – deprese, úzkost, únava, podráždění, ztráta zájmu aj. Náhled na nemoc přišel u obou až s odstupem času.

V pozdějším průběhu došlo k výskytu některých purgativních metod: u Kamily to bylo zvracení a užívání laxativ, u Silvie pouze zvracení. Purgativní jednání se však objevilo ne dříve, než po absolvovaných hospitalizačních programech jako reakce na zvýšení hmotnosti následkem režimové léčby. Poté byly purgativní mechanismy udržovány jako zvyk a obrana před úzkostí z jídla. Z výpovědí obou účastnic lze vyvodit přítomnost bulimických epizod střídaných s obdobím hladovění.

3) Hospitalizace

Obě ženy opakovaně podstoupily hospitalizační léčbu v několika psychiatrických zařízeních. U pacientky Kamily byla situace o něco zvláštnější tím, že na úplném počátku historie její mentální anorexie se léčila pro obsedantně-kompulzivní poruchou, která během pobytu na psychiatrii vyústila v mentální anorexii.

Mimo mentální anorexii byly důvodem hospitalizace obou žen sociálně-patologické jevy. Jak pacientka Kamila, tak pacientka Silvie trpěly sebedestruktivními tendencemi: u Kamily došlo k sebepoškozování už během hospitalizace. Jednou se pokusila o sebevraždu.

I Silvie přiznala několik sebevražedných pokusů. Navíc dvakrát absolvovala nutriční rehabilitaci na metabolické jednotce. V rámci každé hospitalizace dosáhly pacientky vždy požadované váhy, přičemž po propuštění u nich došlo k relapsu onemocnění.

Pacientky se k prožitým hospitalizacím stavějí se shodně negativním postojem.

4) Ambulantní léčba

Kamila i Silvie jsou dlouhodobě v péči ambulantní psychiatrické praxe. I když Kamila se z počátku intervenci bránila, při získání náhledu na nemoc se pro ni ošetřující lékař stal důvěrnou osobou, která ji doprovázela na cestě k uzdravení. V současné době je stále medikována antidepresivy. Na kontroly chodí jen z vlastní potřeby.

U Silvie konstatujeme chronický průběh onemocnění. Přestože později projevila snahu se z nemoci uzdravit, v terapii vždy selhala. Silvie byla naposledy medikovaná při posledním pobytu na psychiatrii, a to antidepresivy. Nyní vůči jakýmkoliv léčebným možnostem vystupuje s velkou nedůvěrou, neboť nikdy ji nedokázalo nic dostatečným způsobem nasměrovat a motivovat k nutné změně.

5) Somatické komplikace

U pacientky Kamily se žádné výrazné somatické obtíže nevyskytují. Velmi zvláštním jevem u ní byla kontinuálnost menstruačního cyklu po celou dobu onemocnění, a to i při její nejnižší váze (atypický průběh). Fyziologický problém u Kamily nastal v otázce fertility. Dvě těhotenství nebylo možné dokončit a došlo k potracení plodu. Prožité potraty nesla velmi těžce, v návaznosti na to nastal relaps onemocnění. Zdravé dítě dokázala donosit až na třetí pokus.

Silvie prostřednictvím své mentální anorexie dosáhla kritické váhové hranice, která ji reálně ohrožovala na životě. S ohledem na závažnost a dlouhodobost stavu u ní došlo k minerálnímu rozvratu a porucha ve funkci gastrointestinálního systému (refluxu jícnu). Jako trvalé následky uvádí neschopnost soustředit se, deprese. Při jakémkoliv poklesu váhy se dostavuje třes rukou a celková fyzická nepohoda.

Pacientky shodně vypověděly, že čím nižší váhy dosahovaly, tím větší vyčerpanost a únava doprovázela jejich psychické prožívání. V nejkřivějších momentech onemocnění poukazují obě ženy na ztrátu smyslu života.

6) Vývoj onemocnění

Dá se říct, že prožívání nemoci u Kamily a Silvie se rozchází v motivaci k vyléčení. Přestože Kamila uvedla, že na počátku nebyla ukázkovým pacientem při spolupráci s odborníky, v určitém momentu svého života naznačila, že atraktivita mentální anorexie pro ni ztrácí na hodnotě. Touha hubnout vystřídala u Kamily snaha o udržení si určité váhy. Postupně se začala s nemocí smířovat. Motivací k vyléčení jí byl partner a současně touha po dítěti, která nakonec pomohla Kamile boj s mentální anorexií vyhrát.

Určitý náhled na mentální anorexii nacházíme i v životě Silvie. Byla si vědoma toho, jak je nemoc vyčerpávající a bezesmyslná, ale přesto se jí nedokázala vzdát. Silvie nikdy nevydržela při nějaké kontinuální léčbě. Podobně jako u Kamily, byl určitým podnětem k vyléčení její tehdejší přítel a jeho podpora, ale nemoc u Silvie chronifikovala a vždy předčila snahu o znovunastolení zdravých jídelních návyků a schopnost vlastního sebezpřijetí. Mentální anorexie Silvii připravila o přítele a později také o práci. Do dnešního dne touto diagnózou trpí. Po četných léčebných intervencích sice dostala normální váhy, a tedy její aktuální vzezření neodpovídá obrazu člověka s mentální anorexií, v psychice Silvie však dominuje neustálá touha vrátit se ke své morbidní váze. Nadále přetrvává i výrazný strach při jakékoliv manipulaci s jídlem (obává se bulimie).

Jak onemocnění změnilo život pacienta?

Přestože Kamila i Silvie trpěly stejnou diagnózou, v současných životech jsou každá někde jinde.

Kamila subjektivně pocítuje vyléčení se z mentální anorexie. Přestože stále užívá antidepressiva a dochází do ambulance psychiatra, symptomatika vymizela. Mentální anorexie Kamile otevřela oči. Myslí si, že právě díky své diagnóze ve svém životě vyznává takové hodnoty, jaké vyznává. Má schopnost vnímat věci zcela jinak, než lidé v jejím okolí. To mimo jiné zahrnuje míru pochopení pro všechny, kteří mentální anorexií či jinou přidruženou poruchou příjmu potravy trpí.

Silviin průběh mentální anorexie nabyl chronické povahy. Nemoc její život změnila od základů. Připravila ji o dlouhodobého partnera a jakékoliv životní jistoty, které se mohly jevit jako perspektivní.

Přestože vystudovala vysokou školu, není schopna uplatnit se v oblasti práce. Není schopna postarat se sama o sebe, neboť neustále dominuje strach z jídla. Mentální anorexie ji přinesla určité zdravotní obtíže, se kterými se bude potýkat do konce života. Dominuje neschopnost jakkoliv plánovat budoucnost a nacházet v ní nějaký hlubší smysl.

Jak pacient aktuálně vnímá onemocnění?

Mentální anorexii již Kamila nevnímá jakou součást svého života. Ztratila s ní 12 let života, dle jejích slov zcela zbytečně. Nemoc představovala utrpení jak pro ni samotnou, tak pro její nejbližší.

U Silvie je mentální anorexie stále aktuálním problémem, který trvá více než 20 let. Její vztah k tomuto onemocnění je značně rozporuplný. Na jednu stranu pro ni mentální anorexie byla a stále je jedinou životní jistotou, na druhou stranu jí zničila život a o všechno připravila. Silvie vnímá destruktivní kvalitu tohoto onemocnění, srovnat se však se svým aktuálním vzhledem stále nedokáže.

Největší podíl na existenci mentální anorexie má podle Kamily společnost, neboť ta v nás pěstuje touhu po dokonalosti a současně s tím nás nutí propadat patologickým jídelním návykům. Jinak to vidí Silvie, která subjektivně připisuje podíl na vině výchovnému stylu.

Jednotící poselství, které by Kamila vzkázala ostatním dívkám či ženám s poruchou příjmu potravy, je těžké formulovat. Podle ní žádná jednotící rada neexistuje. Každá mentální anorexie je svým způsobem odlišná. Naproti tomu Silvie odkazuje na svůj životní příběh a v jeho kontextu apeluje na všechny ty, které se rozhodly nebo rozhodnou měnit své stravovací návyky. Nemoc podle ní dlouho uzrává, a když propukne, její dopady jsou nezvratitelné.

13. Diskuze

Součástí mé bakalářské práce byl výzkum, ve kterém jsem se soustředila na subjektivní prožívání určité formy poruch příjmu potravy u pacientů v ambulantní péči.

K tomu, abych vůbec mohla pochopit mechanismus tohoto komplexního psychického onemocnění a přistoupit tak ke spolupráci s konkrétními lidmi, bylo nutné detailně prostudovat dostupnou literaturu, která se v mém případě primárně skládala z prací domácích autorů, neboť problematika poruch příjmu potravy je českými autory důkladně uchopena. U novějších poznatků, které nemají zastoupení v česky dostupných zdrojích, nebo jejich zastoupení není dostatečné, bylo zapotřebí obrátit se na zdroje zahraniční. Mou snahou bylo vycházet z aktuálních informací. Zdali se v textu nacházejí starší odkazy, je tomu tak proto, že se jedná o takový pramen informací, který je svým obsahem dodnes konzistentní.

Cílem mé výzkumné práce bylo získat autentický obraz skládající se z dojmů, prožitků a zkušeností těch, kteří se někdy v průběhu svého života potýkali či stále ještě potýkají s vybranou diagnózou poruchy příjmu potravy.

Vhodným přístupem v rámci tohoto výzkumného záměru byl bezpochyby přístup kvalitativní, neboť důkladně postihnout vlastní prožívání nemoci lze předně kvalitativními metodami.

Již na počátku výzkumu mi bylo jasné, že získat vzorek populace, jež měla či má zkušenost s poruchou příjmu potravy, bude značně problematický úkol, neboť mnohdy se jedná o ty, kteří svou nemoc tají, nedokáží si ji připustit, stydí se za ni nebo v kontextu nepříjemných vzpomínek o ní nechtějí hovořit.

Rozhodla jsem se tedy oslovit soukromou psychiatrickou instituci PSYCHOMED s.r.o. v Olomouci pod záštitou Doc. MUDr. Libuše Stárkové, CSc., a to zejména proto, že tato instituce, konkrétněji MUDr. Stárková, má v problematice poruch příjmu potravy letité zkušenosti a hojně zastoupenou klientelu. Spolupráce s touto institucí byla velmi rychle navázána a s úspěšnými výsledky. Na základě oslovovacích dokumentů, které byly instituci předány a určeny pro následné rozšíření mezi potenciální účastníky, jsem v průběhu několika měsíců získala dvě pacientky svolné k účasti na mém výzkumu.

S oběma pacientkami bylo za předem stanovených podmínek uskutečněno polostrukturované interview zaměřené na jejich subjektivní prožívání nemoci. Pro toto interview byl sestaven soubor základních otázek. Počítala jsem však s tím, že v průběhu vlastní realizace vyvstanou otázky dopňkové, které budou mít za cíl rozšířit dosavadní získané informace či dovysvětlit kontext odpovědí.

Věděla jsem, že postihnout ucelený obraz takto komplexního onemocnění na pozadí života konkrétního člověka bude časově náročnější už jen proto, že každý člověk je jinak výřečný a dokáže se více či méně otevřít před cizí osobou. Proto jsem pro naplnění kritérií každého interview vymezila časově širší horizont.

Každé interview sice probíhalo v různé dny, avšak ve standardizovaném prostředí a za dodržení všech etických podmínek, které se váží k výzkumné činnosti. Data byla sejmuta prostřednictvím diktafonu a pečlivě uschována. Poté byla zpracována do podoby kazuistik, které jsou z velké části formulovány na základě zcela nezkreslených osobních výpovědí zúčastněných pacientek (transkript nepřikládám z důvodů rozsahu). Analýza a interpretace získaných informací byla nejdříve provedena pro každou kazuistiku zvlášť tak, aby bylo možné zorientovat se ve výpovědích jednotlivých pacientek. Následovalo hledání určitých vztahů, podobností a vzájemností napříč oběma případy, které byly shrnuty v závěrečné interpretaci.

Inspiraci pro tento výzkum jsem hledala zejména ve vlastní zvědavosti a zájmu o tuto problematiku. Již na počátku jsem byla smířena s tím, že účelem výzkumu nebude získání nějakých průlomových poznatků, které by mohly tuto oblast obohatit. Ostatně se vzorkem dvou osob bychom těžko mohli generalizovat výsledky do širěji aplikovatelných teorií. Mou snahou bylo převážně, vyzkoušet si komunikovat a spolupracovat s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy, uplatnit informace, kterých jsem doposud nabyla, dále ověřit, zda teoretické závěry, prezentované v odborných textech, odpovídají své podobě v reálných prožitcích pacientů a v neposlední řadě zpřístupnit individuální pohled osob, které byly ochotny účastnit se tohoto výzkumu se svou vlastní zkušeností.

Pokud bych se měla zamyslet nad úskalími, která mohla jakkoliv můj výzkum ohrozit, určitě bych zdůraznila samotnou problematiku poruch příjmu potravy. Existovalo zde určité riziko, že nedojde k získání dostatečného množství probandů, a tedy výzkumný cíl nebude možné splnit. Přestože můj výzkumný vzorek sestává pouze ze dvou osob,

s ohledem na metodologický přístup a výzkumný problém věřím, že zkoumaná problematika byla stran množství dat dostatečně satureována.

Jsem si vědoma toho, že hovořit o vnější validitě výsledků s ohledem na velikost mého vzorku nelze, avšak mým cílem nebylo získat výsledky zobecnitelné na celou populaci. Troufám si domnívat, že je to z povahy výzkumného cíle nemožné, neboť zkoumání subjektivního prožívání bude vždy u každého člověka záležitostí zcela exkluzivní.

Určitým rizikem se jeví míra zkreslení, kterou mohla data během procesu sdělování nabýt. Toho, zda podané informace byly skutečně pravdivé, je v tuto chvíli nemožné se dopátrat. Pacientky však měly na svá vyjádření dostatečně velký časový prostor. Pokud došlo k neporozumění otázce, byly navedeny otázkou jinou, více specifikovanou.

V kontextu probíraného tématu bylo nutné uvažovat o možné dekompenzaci účastnic, zejména pak v případě pacientky s chronickým průběhem nemoci, neboť ta se jevila být značně depresivní již v průběhu realizace výzkumu. Proto vždy po ukončení obou interview proběhl krátký debriefing, kde bylo zjišťováno, zda pacientka má v sobě veškeré znovuotevřené prožitky dostatečně zpracovány tak, aby mohlo dojít k jejich bezpečnému uzavření. Současně s tím byl dán prostor pro zpětnou vazbu.

Na základě subjektivních výpovědí zúčastněných pacientek můžeme poukázat na několik skutečností, které během výzkumu vyvstaly a současně navazují na informace shrnuté v teoretickém modulu:

1. Bylo zjištěno, že u obou pacientek v počáteční fázi onemocnění dominovala restriktivní forma mentální anorexie. Dle Nováka (2010) je restrikce jídla spojována s výskytem sebekontroly. Ta byla taktéž potvrzena v obou případech. Ve svých pozdějších výpovědích však obě pacientky zmiňovaly zkušenosti se zvracením, které jak u Kamily, tak u Silvie souvisely s určitou emoční tenzí, vázanou na selhání v původním restriktivním chování (nejčastěji jako reakce na přejezení, reakce na pocit tloušťky, ale i stres). Zvracení či užívání laxativ (jen v případě Kamily) fungovalo jako kompenzační mechanismus stabilizující tuto vnitřní tenzi. O shodném principu reagování hovoří i Vágnerová (2012).

Protože nemoc je podmíněna kontextem každodenního života a interakcemi pacientek v něm, Krch (2005) potvrzuje, že takovéto modifikace čisté formy mentální anorexie jsou možné.

2. Obě pacientky současně potvrdily minimálně jednu zkušenost s bulimickou epizodou. Odborná literatura, např. Koutek (2008), poukazuje na to, že až v 50% případů je možné setkat se s volným prolínáním jednotlivých syndromů poruch příjmu potravy. Vystává tedy otázka: Je vůbec podnětné od sebe diagnosticky odlišovat syndromy mentální anorexie a mentální bulimie, pokud jednotlivé jejich symptomy mohou mezi sebe různě vstupovat? Tuto otázku si klade za cíl řada výzkumů. Zatím zůstává nezodpovězena. Píše o tom např. Papežová (2010).

3. Z výsledné interpretace dat dále vyplynulo, že v premorbidním životě každé pacientky bylo dostatečné množství rizikových stimulů, které mohly různou měrou přispět k rozvoji onemocnění u každé účastnice.

S odkazem na teoretické koncepce etiopatogenetického modelu poruch příjmu potravy nacházíme tyto souvislosti:

- U Silvie lze rozpoznat dysfunkční rodinné vztahy, v nichž stěžejní roli sehrál otec. Ten nikdy nedokázal Silvii ocenit a emočně se před ní otevřít. Na tuto skutečnost shodně poukazuje Krch (2005).
- Obě ženy byly stylem výchovy vedeny k perfekcionismu, zejména v otázce školního výkonu, kdy se od nich očekávaly nadprůměrné výsledky. I zde nacházíme souvislosti s poznatky Krcha (2005).
- Obě ženy se potýkaly s problémem přijetí nové identity v rámci procesu dospívání. Zdůrazňovaly zejména kvalitativní proměny tělesného vzhledu během puberty. Nespokojenost s fyzickým vzezřením do určité míry podmínila počátek restriktivního období. Podíl výrazných tělesných změn na vývoji onemocnění zmiňuje i Vágnerová (2012), neboť fyzická atraktivita je součástí identity a je na ni kladen zvláštní důraz (obzvláště v tomto problematickém věku). Podobně o tom hovoří i Krch (2005), který tělesný vzhled žen uznává jako vysoce rizikový prediktor onemocnění. Dle Polivy & Herman (2002) je fyzický vzhled a důraz na štíhlost v tomto vývojovém období u dívek akcentován jako žádoucí vrstevnická norma.

- Můžeme také konstatovat určitou shodu v osobnostních rysech obou pacientek (premorbidně). Evidujeme perfekcionistické sklony, negativní sebehodnocení, nízké sebevědomí a nedostatečnou sebeúcta (tyto výrazně u Silvie). Byla zde také určitá vztahová rezervovanost ve vrstevnických kruzích, závislost na hodnocení druhých a nejistota v otázce přijetí okolím. Obě pacientky byly spíše samotářkami orientovanými na své vnitřní prožívání. Jak Kamila, tak Silvie se ve svém psychickém prožívání jevily výrazně úzkostné a depresivní. Takovéto osobnostní nastavení u pacientů s mentální anorexií potvrzuje např. Papežová (2000; 2012), Krch (2005) i Vágnerová (2012).
- U pacientky Kamily jsme zjistili, že prožila dvě traumatické události – šikanu a sexuální zneužití. Názor na to, zda lze takovýmto zážitkům připisovat podíl na vzniku onemocnění, je ambivalentní. Vandereycken a Norré (2005) však uvádějí, že 20 až 50 % žen s poruchami příjmu potravy přiznalo ve své anamnéze pohlavní zneužití. Přímý vliv dle Krcha (2005) však prozatím nebyl prokázán.

S odkazem na výše uvedené skutečnosti je možné prohlásit, že poruchy příjmu potravy (zde konkr. mentální anorexie) jsou multifaktoriálně podmíněným duševním onemocněním, které má vždy individuální vývojový kontext. Shodují se na tom i různí autoři, např. Koucourková et al. (1997) a Novák (2010).

4. Lze vypořádat, že obě mentální anorexie si na svém počátku byly svou povahou velmi blízké. Jak u Kamily, tak u Silvie propukly ve shodném biologickém období (puberta) a se stejným psychopatologickým obrazem. V psychice shodně dominoval strach z jídla, pocit vlastní tloušťky, touha po štíhlém těle (byť obě pacientky premorbidně disponovaly normální váhou). Na konto toho docházelo k prvotní manipulaci s jídlem (restrikce potravy, hladovění, cvičení) a tomu odpovídajícímu hubnutí. S odstupem času (zejména při dlouhodobosti trvání onemocnění) došlo ke zkreslení vjemu vlastní postavy, které postupovalo psychickým prožíváním obou pacientek. Veškeré tyto uvedené poznatky obecně vychází z diagnostických kritérií MKN-10. Totožně jsou uváděny napříč tvrzeními celé řady autorů.

5. Jako podmínku přijetí diagnózy mentální anorexie uvádí Papežová (2010) definitivní splnění všech diagnostických kritérií (dle MKN-10). Přestože symptomatika u obou žen

byla více či méně ve shodě, pouze Silvie splňovala tato diagnostická kritéria ve všech bodech.

Na výraznou odchylku musíme upozornit v případě Kamily, u které nedošlo v jediném momentu onemocnění k přerušení menstruačního cyklu. Přestože se jedná o jev velmi ojedinělý, jeho výskyt je možný. Z tohoto pohledu bychom měli označit Kamilinu mentální anorexii za atypickou, podobně jak o tom hovoří Papežová (2010), neboť v jejím případě k avizovanému definitivnímu naplnění všech diagnostických kritérií (dle MKN-10) nedošlo.

6. Nástup mentální anorexie u Kamily a Silvie podléhal odlišnému vývojovému pozadí. Zatímco Silviin zdravotní stav sice premorbidně nevykazoval žádné abnormality, již od dětství přiznala, že ke svému tělu přistupovala se značnou nelibostí, která vyústila v jisté jeho nepřijetí. Dle Papežové (2012) je problematika nízké sebeúcty významným korelátem při vzniku poruchy příjmu potravy.

U Kamily byla diagnostikována obsedantně-kompulzivní porucha, která byla poměrně rychle zvládnuta psychofarmakologickou léčbou. Subjektivně ji Kamila vnímala jako prvotní onemocnění. Lze však uvažovat, že mentální anorexie existovala jako komorbidita již v době, kdy se Kamila léčila pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Tuto úvahu mimo jiné potvrzuje i Theiner (2011). Po medikamentózním zvládnutí symptomů obsedantně-kompulzivní poruchy se mentální anorexie následně stala dominujícím syndromem. Mohla však také existovat jako diferenciální diagnóza k obsedantně-kompulzivní poruše. O takovéto souvislosti hovoří např. Krch (2005). Původní vztah obou diagnóz u Kamily zůstává otázkou spekulací. Podstatné je, že psychopatologický obraz typický pro mentální anorexii se u Kamily dostavil až po odeznění symptomů obsedantně-kompulzivní poruchy. Některé projevy zůstaly svou formou shodné, avšak účel byl pozměněn (např. strach z jídla).

7. Rozvoj pozdějších obtíží u obou žen měl shodný charakter. Čím nižší byla váha obou pacientek, tím se na pozadí onemocnění horšilo jejich psychické prožívání. Pacientka Kamila i pacientka Silvie ve svých výpovědích potvrzují přítomnost deprese a úzkostnost (společným znakem byla ztráta životního smyslu).

Narůstající míru depresivní symptomatiky při progredující povaze onemocnění potvrzuje i Papežová (2000). Obecně o depresi jako přidruženém stavu mentální anorexie hovoří např. Garner (2005), Krch (2005), Theiner (2011) nebo Vágnerová (2012).

Spolu s výrazným narušením afektivní roviny prožívání se u Kamily i Silvie setkáváme se sebevražednými pokusy (u Silvie opakovaně). U Kamily dále pozorujeme epizodické sebepoškozující jednání. Na současný výskyt přidružených suicidálních tendencí poukazuje např. Koutek (2008), o zvýšené míře sebepoškozování při poruchách příjmu potravy hovoří Papežová (2010).

8. V návaznosti na dlouhodobé trvání a progredující charakter mentální anorexie u obou pacientek můžeme pozorovat výskyt určitých somatických obtíží:

U pacientky Kamily se jako nejzávažnější jevily dysfunkce v oblasti reprodukční orgánové soustavy. Dohromady u ní proběhla tři těhotenství, z nichž u dvou došlo k intrauterinní smrti plodu. Třetí těhotenství mělo ve svém závěru rizikový průběh. Bylo však úspěšně dokončeno. Takto problémový průběh gravidity můžeme připsat nedostatečné hormonální produkci v ženské pohlavní soustavě. Na shodné komplikace v reprodukční soustavě odkazuje Papežová (2010).

Pacientka Silvie ve své nejkrizovější fázi onemocnění přiznala celkový rozvrat vnitřního somatického prostředí, z nichž konkrétním zmiňovaným projevem byly dysfunkce v gastrointestinálním orgánovém systému (uvádí reflux jícnu). Dle Papežové se jedná o zdravotní komplikaci pokročilého stavu poruchy příjmu potravy (2010). Její život byl reálně ohrožen. Pro minerálový rozvrat vnitřního prostředí podstoupila celkem dvakrát realimentační léčbu (dva pobyty na JIP). Koutek (2008) potvrzuje takovýto léčebný postup při životaohrožující váhové hranici.

S ohledem na výpovědi obou pacientek můžeme uvažovat o určitém stupni hypotrofie, neboť pacientky uváděly únavu a celkové svalové oslabení. Na úrovni kognitivních funkcí u obou žen zaznamenáváme poruchy soustředění (u Silvie přetrvávajícím symptomem), únavu. Opět lze najít souvislost s poznatky Papežové (2010).

9. Jak Kamila, tak Silvie podstoupily hospitalizační léčbu a to opakovaně. U chronické Silvie byla četnost hospitalizací mnohonásobně větší. Na opakované hospitalizační pobyty

u pacientů s chronickým průběhem mentální anorexie poukazuje např. Papežová & Novotná (2010).

Mimo primární problém mentální anorexie obou pacientek se důvodem jejich hospitalizací staly parasuicidální tendence (viz. bod 6).

Hlavním cílem každé hospitalizace při mentální anorexii bylo stabilizování progredujícího somatopsychického stavu a následné znovuzapojení každé pacientky do běžného života. O shodném cíli hospitalizační léčby hovoří např. Garner (2005). Po ukončení každé takové léčebné intervence si měly pacientky samy dokázat udržet určitý řád v jídelním režimu. Současně s tím vyhledat navazující psychoterapeutickou podporu (pouze doporučeným stanoviskem). K tomu nedošlo.

10. Z výpovědí obou pacientek vyplývá, že Silvie i Kamila byly při každé hospitalizaci podrobeny přísnému jídelnímu režimu, který byl orientován na hmotnostní přírůstek. Dle Garnera (2005) jde o běžný postup hospitalizační léčby poruch příjmu potravy. Přestože v psychickém prožívání dominoval jasný vzdor proti přibrání, obě pacientky si byly vědomy toho, že pokud nedosáhnou určité váhy, nedojde k jejich propuštění. Vždy po ukončení režimové léčby logicky reagovaly návratem do nemoci. Docházelo k tomu zejména proto, že pacientky se nedokázaly smířit se znatelným nárůstem své hmotnosti. Krch (2005) dokládá, že strach z tloušťky je vůbec nejrezistentnějším symptomem mentální anorexie, který má tendenci přetrvávat v psychice i po odeznění průvodních symptomů.

Ihned po ukončení hospitalizace byl znovuobnoven dietní režim (v té době už s doprovodem purgativních metod). Dá se tedy předpokládat, že zejména v počátcích dominovala u obou z nich nulová motivovanost k vyléčení. Garner (2005) přiznává, že postoje pacientů vůči hospitalizaci bývají z větší části negativní, také potvrzuje nedostatečnou motivaci k léčbě.

Lze se ovšem i domnívat, že v rámci hospitalizační léčby došlo k absenci prevence relapsu onemocnění nebo jeho rozsah nebyl dostatečný.

11. Ze sdělení pacientek můžeme naznat, že v nich převládá veskrze negativní názor na hospitalizační péči. Pro obě z nich představovala tato forma léčby spíše zklamání a nešťastnou zkušenost. U Kamily se v průběhu hospitalizačních pobytů setkáváme

s depresi a sebepoškozováním. Takováto zjištění se nám v zásadě rozcházejí s teoretickými poznatky, kdy např. Garner (2005) uvádí, že prostřednictvím hospitalizační léčby by naopak měla být pozornost soustředěna na řešení takovýchto doprovodných stavů.

V souvislosti s Kamilinou výpovědí se jedná o viditelně protichůdná tvrzení. Nabízí se tedy otázka, proč došlo u Kamily ke vzniku takovýchto přidružených prvků nemoci tam, kde by předně měla být řešena jejich náprava.

12. Kamila během interview přiznala, že při hospitalizačním pobytu došlo ke sblížení se s pacientkou se stejnou diagnózou, od níž si mimo jiné odnesla i zkušenost se zvracením, kterou později uplatňovala jako formu kompenzačního mechanismu. O výskytu takovéto formy naučeného chování se zmiňuje např. Krch (2005), obzvlášť nacházejí-li se pacienti s homogenní diagnózou při hospitalizačním pobytu ve skupinové interakci.

Silvie v kontextu určité skupinové interakce uváděla snahu omezovat jídlo zejména tehdy, setkala-li se na oddělení s pacientkami v akutní fázi onemocnění, jejichž vzezření působilo abnormálně vyhublým dojmem. I výskyt tohoto jevu Krch (2005) potvrzuje.

13. S odkazem na výpovědi obou pacientek o jejich průběhu léčby lze usoudit, že existuje-li nějaká forma psychologické intervence během režimového pobytu na psychiatrii, tak jen v minimální míře, a nebo je metodicky nedostatečně koncipovaná.

Pacientka Silvie prozradila, že pokud došlo k sezení s psychologem, po věčné stránce naprosto nepostihlo její narušené psychické prožívání. Obdobnou zkušenost si z hospitalizačního pobytu odnesla i pacientka Kamila. Při její poslední léčbě byl dokonce nulový projev zájmu o její psychický stav ze strany ošetřujícího personálu.

Jelikož po ukončení hospitalizace je pacientům, podle Papežové & Novotné (2010), návazná psychoterapeutická péče pouze doporučena, spatřuji jako nedostatek podceňovat její přínos v rámci hospitalizačního pobytu. Ostatně podobně tomu bylo i v případě Silvie, která návaznou odbornou péči zprvu odmítala. S odstupem času se sice pokoušela zapojit do psychoterapie, ale nikdy ji nebyla schopna dokončit. Mohla zde koincidovat její převažující demotivovanost k uzdravení, a nebo již tehdy chronická povaha onemocnění. S ohledem na dlouhodobější horizont jejich obtíží došlo k rezignaci Silvie na jakoukoliv formu léčby. Ta přetrvává.

Na rezistentnost některých pacientů (zejména těch chronických) vůči léčbě poruch příjmu potravy upozorňuje opět Papežová & Novotná (2010).

Lze ovšem uvažovat, že pokud by byla již během hospitalizace zařazena intenzivní psychoterapeutická intervence se zaměřením na práci s vlastním sebepřijetím u pacientů s poruchou příjmu potravy, mohlo by následně dojít ke snížení rizika vzniku relapsů či jiných doprovodných patologických znaků (viz. bod 6), a nebo k mírnému posunu v motivovanosti a v nalezení smyslu toho, proč je potřeba obnovit premorbidní vzorce jídelního chování (minimálně u pacientů s dobrou prognózou onemocnění).

V tomto úsudku se však nelze odvolávat pouze na výpovědi pacientů z mého výzkumného souboru o dvou osobách. Jedná se pouze o domněle formulovanou myšlenku, která by však mohla být podmínkou k dalšímu výzkumnému bádání.

14. Za nejvýraznější rozdíl mezi oběma pacientkami považuji jejich přístup k onemocnění a celkovou prognózu. Obě pacientky jsou sice nyní letitými klientkami v ambulantní péči, avšak každá z nich se liší průběhem své nemoci.

Přestože na počátku léčby Kamila projevovala neochotu spolupracovat, v určitém bodě svého života naznačila, jak jí její nemoc obtěžuje život (získání náhledu). Najít však cestu zpět k vhodným stravovacím návykům podléhalo dlouhodobějšímu procesu. Motivací k vyléčení jí byl jednak přítel, jednak samotné spatření bezcílnosti nemoci a hlavně těhotenství, díky kterému si uvědomila, že pokud chce mít zdravé dítě, musí začít nejprve sama u sebe. Postupně si dokázala osvojit jistý přiměřený stravovací režim, kterého se drží dodnes. Jídlo už není určující smysl jejího života. K možnosti faktického vyléčení se z poruchy příjmu potravy přihlíží i Papežová (2012).

V případě Silvie nabyla její mentální anorexie chronické povahy, čímž kompletně narušila chod a kvalitu jejího života, při které není schopna samostatné existence. I Silvie došla do určitého stádia, ve kterém si uvědomila, že celý její život určovala mentální anorexie, která ji postupně všechno vzala (částečný náhled). Přesto není schopna najít cestu zpět ke zdravému fungování. Kvůli mentální anorexii přišla o osobní i profesní života a veškeré ambice na budoucnost. Pomocí nutriční terapie se jí v posledním roce sice podařilo dosáhnout odpovídající váhy, avšak tou je velmi frustrovaná. Svůj současným vzhledem prožívá s velkou intenzitou. I když touží stravovat se jako běžný člověk, nedokáže nadále přijmout svůj tělesný vzhled takový, jaký je. Podle Papežové (2000) je chronický průběh

onemocnění pozorovatelný téměř ve čtvrtině onemocnění. Co lze tedy považovat za klíčový faktor v průběhu a vývoji onemocnění?

Vysvětlení toho, proč dvě totožné diagnózy mohou mít takovýto kvalitativně odlišný průběh, lze hledat v **osobnostní struktuře** každé pacientky. I když obě ženy vykazovaly některé shodné osobnostní charakteristiky, u Silvie můžeme předpokládat další osobnostní predispozice. Zmiňovala, že nebyla chtěným dítětem (současně porod byl rizikový). Sama se již v dětství vnímala se značným odporem. O určité míře souvislostí mezi těmito dvěma poznatky lze uvažovat. O osobnosti jako faktoru podílejícím se na průběhu onemocnění shodně hovoří např. Vágnerová (2012).

Přestože bylo zjištěno, že v životě obou pacientek bylo mnoho shodných proměnných, pouze u Silvie nemoc progredovala do nezvratitelné podoby. Takovýto status Silviiny mentální anorexie může vysvětlovat to, proč nereagovala na žádnou formu léčby a zcela ztratila důvěru a motivaci pro jakoukoliv její iteraci. K shodným závěrům dochází např. Garner (2005).

15. I když každá z pacientek dosáhla náhledu na onemocnění, pouze Kamila se dokázala s mentální anorexií vypořádat a znovu si osvojit takové stravovací návyky, s kterými dnes dokáže žít běžným životem. V současnosti působí zcela zdravým dojmem.

Krch (2005) sice uvádí, že člověka s diagnózou mentální anorexie lze rozpoznat na první pohled, Silvie k dnešnímu dni svým vizuálním dojmem takovémuto vzezření rozhodně neodpovídá. Mentální anorexie však nadále přetrvává v její psychice. S tímto jsem byla konfrontována i v průběhu interview, kdy výrazná depresivní symptomatika a nepřijetí vlastního vzhledu u Silvie značně ovlivňovalo celkový průběh našeho setkání.

16. Současný pohled obou pacientek na onemocnění se odvíjí od jejich aktuálního zdravotního stavu:

Kamila ve své výpovědi otevřeně přiznala, že se mentální anorexií v nynější době necítí být ohrožena mentální anorexií. K jídlu získala zdravý vztah a je schopna ve svém životě fungovat naprosto kompenzovaně. Co se týče vlastního názoru na svou mentální anorexií, vnímá ji jako zbytečně ztracených 12 let života. Subjektivně z její existence viní společnosti, neboť právě ta v nás má pěstovat iluzi dokonalosti a snahu o její dosažení. Podobný názor zastává např. Fialová (2001).

Jelikož mentální anorexií je psychické prožívání Silvie stále zasaženo, nelze mluvit o její úzdavě. V současnosti se Silvie nachází krátce po další absolvované hospitalizační léčbě a nedokáže se zorientovat ve svém životě. Mentální anorexie jí byla vždy jistotou, bez ní je její život prázdný. Ve vědomí převládá určitá diskrepance. Chtěla by jíst jako normální lidé, ale současně touží vypadat tak, jako při své kritické váze. Zda věří ve své vyléčení, nedokáže říct. O další léčbě však neuvažuje, neboť ta pro ni nemá význam. Podle Silvie nejvíce umocňuje vznik nemoci styl výchovy (zde bychom mohli uvažovat o určité retrospektivní zkušenosti). Mentální anorexie ji sužuje více než 20 let. Co bude s jejím životem dál, neví.

14. Závěry

Na základě syntézy dat z výsledné interpretace obou kazuistik lze konstatovat takovéto závěry:

- Přestože obě pacientky trpěly shodným syndromem poruch příjmu potravy (mentální anorexie), pozadí vývoje a průběhu onemocnění se lišilo v závislosti na individualitě a jedinečnosti jejich vlastní osoby.
- U obou pacientek byly rozpoznány některé rizikové faktory, které se různou měrou mohly podílet na rozvoji nemoci. Potvrzují tak multifaktoriální povahu poruch příjmu potravy, jež se odráží v etiopatogenetických teoriích.
- Určité rizikové faktory podmiňující vznik onemocnění byly totožně zastoupeny v případech obou pacientek: výchovný styl, školní prostředí, vrstevnické vztahy, osobnostní dispozice, vývojové období (puberta).
- Povaha onemocnění u obou pacientek se volně přizpůsobovala interakcím v životním kontextu každé z nich. Docházelo k prolínání restriktivních a bulimických období.
- Na úrovni osobnosti byly u obou pacientek rozpoznány některé totožné rysy: nízké sebevědomí, nejistota, strach z nepřijetí okolím, perfekcionismus, negativní sebehodnocení, nedostatečná sebeúcta.
- Psychopatologický obraz onemocnění obou pacientek byl zastoupen takovými projevy (nejvýznamnější z nich strach z jídla, touha po štíhlosti, výrazné hubnutí), které vycházejí z diagnostických jednotek (dle MKN-10). U pacientky Kamily můžeme konstatovat atypický průběh (menstruace nevymizela). Shodně se u obou žen objevovaly další symptomy, které dominovaly v psychice každé z nich (sebekontrola, zkreslené vnímání tělesného schématu). Následná psychická činnost byla tříděna na základě výše zmíněných korelátů (hladovění, vědomé omezování jídla, cvičení, kompenzační mechanismy – zvracení, užívání laxativ).
- Zhoršující se psychosomatický stav při progredaci onemocnění vedl obě pacientky k sociálně-patologickému jednání (sebepoškozování, sebevražedné pokusy).
- Léčba poruch příjmu potravy v případě obou žen potvrdila svou obtížnou zvladatelnost. Z pozice obou pacientek nebyl zmíněn jakýkoliv pozitivní přínos hospitalizačních pobytů.

- S ohledem na dlouhodobost obtíží byly u obou pacientek potvrzeny určité komplikace v psychosomatickém fungování těla: reprodukční a neuroendokrinní komplikace, dysfunkce v gastrointestinálním trávicím traktu, elektrolytická porucha, neurologické komplikace (porucha kognitivních funkcí), deprese.
- Každá pacientka se během svého života dostala se svou mentální anorexií do pomyslného konfliktu (ztráta dosavadní hodnoty nemoci), kterým získala určitý náhled. Odtud se motiv k vyléčení odvíjel z komplexního osobnostního nastavení každé pacientky (nejspíše predispozičně i premorbidně).

- Obě pacientky se lišily prognózou onemocnění:

Pacientka Kamila subjektivně považuje své onemocnění za vyléčené. Motivací k vyléčení jí byl partner a potomek. V současnosti je bez návazných obtíží.

Pacientka Silvie trpí chronickou povahou onemocnění – aktuálně s přetrvávajícími obtížemi (touha po štíhlosti). Mentální anorexie ji omezuje v samostatném životě. Připravila ji o osobní i profesní život a veškeré záruky na perspektivní budoucnost. Motiv k vyléčení nenachází .

- Aktuální pohled pacientek na jejich onemocnění se různil s ohledem na dosavadní zkušenost a strukturu osobnosti každé z nich:

Pacientka Kamila se potýkala s mentální anorexií 12 let. Retrospektivně v ní nespátřuje jediného smyslu. Díky této zkušenosti získala jiný pohled na svět. Lituje všech, kteří nemocí trpí. Vinu subjektivně připisuje společnosti a hodnotám, které nastavuje.

Pacientka Silvie se potýká s mentální anorexií více než 20 let. Onemocnění stále dominuje v jejím psychickém prožívání. Přestože získala určitý náhled, nedokáže se od mentální anorexie oprostit (chronifikace). Představuje jedinou jistotou v životě, která jí zůstala. Vinu subjektivně připisuje výchovnému stylu v rodině.

15. Souhrn

Tato bakalářská práce představuje sondu do problematiky poruch příjmu potravy – multidimenzionálního psychického onemocnění. Přestože se jedná o téma neustále diskutované, společnost k němu přistupuje stále více jako k senzaci a trendu dnešní doby, nežli k závažné duševní chorobě. Tak či tak, rozhodně se jedná o oblast aktuální a ta jako taková si žádá, aby nebyla přehlížena či jakkoliv podceňována.

V práci jsem se prvně zaměřila na zmapování obecných teoretických východisek poruch příjmu potravy, které byly následně zužitkovány při navazující výzkumné činnosti.

Teoretická část této bakalářské práce byla shrnuta do čtyř samostatných kapitol, které byly dále strukturovány do jednotlivých menších tematických celků. Základní okruhy, s kterými práce operuje, se dotýkají historie, obecného vymezení problematiky, její etiologie a v neposlední řadě léčby. Mým zájmem bylo obsáhnout dnes nejpodstatnější dostupné informace, které jsou současně stěžejními v orientaci této problematiky. K tomu byly použity publikace předních českých autorů, např. F. D. Krcha (2005; 2008; 2010) či H. Papežové (2010; 2012). Tematika poruch příjmu potravy má v české odborné literatuře solidní zastoupení, proto byla výchozím zdrojem pro moji práci. Pokud bylo nutno soustředit se na novější poznatky, které nejsou českou publikační činností dostatečně podloženy, vycházela jsem ze zdrojů zahraničních.

Jakákoliv návazná činnost spojená s výzkumem byla podmíněna osvojením si dostatečně rozsáhlého pojmového aparátu, vycházejícího z obecně platných teorií poruch příjmu potravy.

Ústředním motivem realizovaného výzkumu v rámci mé bakalářské práce bylo postihnutí komplexního obrazu vlastního prožívání osob s konkrétní diagnózou poruchy příjmu potravy. Vlastní realizace spočívala v navázání kontaktu s lidmi s určitou formou poruchy příjmu potravy a získání autentických výpovědí o prožívání jejich nemoci tak, jak vycházely ze subjektivní perspektivy každého zúčastněného. V pozdější práci měly být porovnány informace získané s těmi, které vycházejí z obecně platných teoretických poznatků. Takto mohlo dojít k odhalení možných souvislostí či k poukázání na rozdíly v obou zastoupeních.

Výzkumný soubor tvořily pacientky ze soukromé ambulantní praxe PSYCHOMED s.r.o. v Olomouci. Díky spolupráci, která byla s touto institucí navázána, jsem v průběhu měsíce listopad 2013 – únor 2014 získala dvě pacientky, které byly ochotny se dobrovolně výzkumu účastnit.

S oběma účastnicemi byla vedena polostrukturovaná interview ve standardizovaném prostředí. Délka jejich trvání podléhala časově širšímu intervalu, s kterým byly obě pacientky dopředu seznámeny. Data v průběhu interview byla snímána nahrávacím zařízením. Jejich následným přenesením do elektronické podoby a doslovným přepisem byla získána jejich surová podoba, která mohla být podrobena vlastnímu zpracování.

Z dat obou interview byly sestaveny kazuistiky tak, aby postihly cíl výzkumu – tedy sestavení obrazu subjektivního prožívání nemoci u konkrétních osob. Kazuistiky se opírají o velké množství doslovných výpovědí pacientek, kterými je zachována autentičnost jejich zkušeností a zároveň ošetřena moje vlastní subjektivita, kterou jsem mohla získaná data při výsledných interpretacích znevážit.

Data jsem analyzovala tak, jak mi byla po čas trvání interview předvedena. Vycházejí z osobních výpovědí obou pacientek. Mou snahou bylo přistupovat k datům s co největší objektivitou a dát prostor skutečným informacím, v kterých se odráží vlastní prožívání zúčastněných osob. Celá realizace výzkumu podléhala předem stanoveným etickým zásadám, které byly důsledně dodržovány.

Sumarizací všech dosud získaných informací z obecné teorie spolu s těmi, které vyplynuly ze závěrečné interpretace výsledků výzkumu, došlo k potvrzení toho, že poruchy příjmu potravy představují vícerozměrné duševní onemocnění, které v realitě koinciduje s ohledem na individualitu každého člověka. Existují určité rizikové faktory, které se v různé míře podílejí na vzniku a rozvoji onemocnění, platí však jen za určitých podmínek, v určité situaci, na konkrétních lidech.

U obou pacientek došlo ke zjištění, že v jejich premorbidním životě existovala určitá shodná riziková úskalí, která mohla různou měrou přispět ke vzniku konkrétního syndromu poruchy příjmu potravy (výchovní styl, školní prostředí, vrstevnické vztahy, osobnostní dispozice, vývojové období). Zároveň nacházejí svá zastoupení v dosud známých etiopatogenetických modelech poruch příjmu potravy.

Diagnózou obou pacientek byla mentální anorexie (u pacientky Kamily s atypickým průběhem), která u každé z nich sice propukla ve stejném biologickém období (puberta), avšak za zcela jiných situačních podmínek (u Kamily předcházela obsedantně-kompulzivní porucha).

Povaha každé mentální anorexie se následně modifikovala v souvislosti s životním kontextem každé pacientky. Přestože převažovala forma restriktérská, po čase trvání docházelo k občasným výskytům bulimických epizod (s ohledem na situační kontext).

V obou případech pacientek byly objeveny obdobné prvky onemocnění, které vychází z platných diagnostických kritérií mentální anorexie (např. strach z jídla, touha po štíhlosti, výrazné hubnutí) i obecných mechanismů onemocnění (hladovění, kompenzační chování – zvracení, cvičení, užívání laxativ, dále zkreslené vnímání tělesného schématu, sebekontrola aj.).

Některé se odvíjely z osobnostní struktury každé pacientky (nízké sebevědomí, nejistota, strach z nepřijetí okolím, perfekcionismus, negativní sebehodnocení, nedostatečná sebeúcta).

Se zhoršujícím se somatopsychickým stavem obou pacientek došlo k výskytu sebedestruktivního chování (sebepoškozování, suicidální tendence), které mělo v případě pacientky s chronickým průběhem opakovaný charakter. Současně s tím se projevovaly jisté zdravotní komplikace na pozadí tělesného fungování (reprodukční a neuroendokrinní komplikace, dysfunkce v gastrointestinálním trávicím traktu, elektrolytická porucha, neurologické komplikace).

Léčba byla oběma pacientkami vnímána spíše negativně. Obě k ní zprvu přistupovaly odmítavým způsobem, bez motivace. Po následném ukončení léčby vždy subjektivně vnímaly zhoršení svého stavu, který doprovázel relaps onemocnění. O opakovaných hospitalizačních pobytech, které pacientky absolvovaly, nehovořily jako o dobré zkušenosti. Vše vypovídá o tom, jak těžce zvladatelná léčba je.

Celkový průběh mentální anorexie u obou pacientek se pravděpodobně odvíjel z osobnostního nastavení každé z nich (jak predispozičně, tak premorbidně). Tím by bylo možné vysvětlit, proč u pacientky Silvie došlo k chronifikaci onemocnění (potíže se sebezpřijetím již v dětství).

Přestože obě z pacientek v určitém momentě života získaly náhled na své onemocnění, s dostatečnou motivovaností dokázala pouze pacientka Kamila dojít k uspokojivým výsledkům v procesu léčení. Pacientka Silvie přes pozdější pokusy o návaznou léčbu nedosáhla významných výsledků.

V současné době je pacientka Kamila v kompenzovaném stavu a sama subjektivně nevnímá, že by byla mentální anorexie nadále součástí jejího života. Dokázala si osvojit jídelní návyky slučitelné s běžným životem. Funguje jak v životě osobním (zde našla i motivaci k vyléčení), tak v životě profesním.

U pacientky Silvie přetrvává morbidní stav. I když se jí podařilo konfrontovat se se svou mentální anorexií, nedokáže se od ní oprostit. O tom, co bude s jejím životem dál, nemá jasnou představu. Aktuálně není schopna samostatné existence (stále přítomný strach z jídla).

Větší část informací, které mi byly o subjektivním prožívání pacientek zúčastněných v mém výzkumu poskytnuty, lze shodně porovnat s těmi, které vycházejí z obecně platných teorií.

Nejasné závěry panují v otázce léčby poruch příjmu potravy. Obě pacientky prožívaly její průběh s viditelnou frustrací. Zda se negativní odezva na léčbu odvíjí skutečně jen z osobnostní struktury a povahy onemocnění, nebo je intervence během hospitalizační léčby podceňována vzhledem k obecnému předpokladu demotivovanosti pacientů, zůstává nezodpovězenou otázkou, která by však v budoucí výzkumné činnosti problematiky poruch příjmu potravy mohla představovat zajímavé téma k bádání.

Literatura

- 1) Barrys (6. prosince 2012). být jednou z vás.... [Zpráva z blogu]. Získáno 10. února 2014 z <http://baryys.blog.cz/1212/byt-jednou-z-vas>
- 2) Beer, M. D., Pereira, S. M. & Paton, C. (2005). *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada.
- 3) Beumont, P. & Williamsová, H. (2005). Poradenství v oblasti výživy při léčbě mentální anorexie. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (159–164). Praha: Grada.
- 4) Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body*. Berkley: University of California Press.
- 5) Burke, S. C., Cromeens, J., Vail-Smith, K. & Woolsey, C. (2010). Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption Among College Freshman. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 54(2), (17-34). Získáno 23. listopadu 2013 z <http://www.biomedsearch.com/article/Drunkorexia-calorie-restriction-prior-to/236247802.html>
- 6) Deth, R. & Vandereycken, W. (2005). Historie poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (27–34). Praha: Grada.
- 7) Eisler, I. (2005). Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (179–191). Praha: Grada.
- 8) Fairburn, Ch. G. (2005). Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě mentální bulimie. In Krch, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy* (133–143). Praha: Grada.
- 9) Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (20–23). Praha: Grada.
- 10) Ferjenčík, J. (2009). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- 11) Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- 12) Fialová, L. (2006) *Moderní body image : jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- 13) Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- 14) Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (123–132). Praha: Grada.

- 15) Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie : systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- 16) Grogan, S. (2000). *Body image : psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- 17) Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 18) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 19) Johnsson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. (2002). Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 59(6), (545-552). doi:10.1001/archpsyc.59.6.545
- 20) Klimešová, I. & Stelzer, J. (2013). *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 21) Knopf, A. & Enos G. (2008) Addiction programs recognize “drunkorexia”. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* 20(12), (7 – 8). doi:10.1002/adaw.20130
- 22) Kocourková, J., Koutek, J. & Lebel, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- 23) Kocourková, J. (2005). Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (145–150). Praha: Grada.
- 24) Kocourková, J. (2010). Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (340–342). Praha: Grada.
- 25) Kohout, P. (2010). Nutriční poradenství. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (179–186). Praha: Grada.
- 26) Kolařík, M. (2010). Zkušenost s použitím externalizace při práci s poruchami příjmu potravy. *E-psychologie*, 2010, 4(3), (70–77). Získáno 13. února 2014 z <http://e-psycholog.eu/pdf/kolarik.pdf>
- 27) Koutek, J. (2008). Poruchy příjmu potravy. In Hort V., Hrdlička, M., Kocourková, J. & Malá, E. et al., *Dětská adolescentní psychiatrie* (263–283). Praha: Portál.
- 28) Kratina, K. (nedat.). *Orthorexia Nervosa*. Získáno 23. listopadu 2013 z <http://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>
- 29) Kraus, J. et al. (2005). *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia
- 30) Krch, F.D. (2005). Vymezení poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy* (15–25). Praha: Grada.

- 31) Krch, F. D. (2005). Etiologie a komorbidita. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (57–79). Praha: Grada.
- 32) Krch, F. D. (2010). Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (343–350). Praha: Grada.
- 33) Krch, F. D. (2007). KBT poruch příjmu potravy. In Praško J., Možný, P., Šlepecký, M. et al., *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- 34) Krch, F. D. (2008). *Bulimie : jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- 35) Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- 36) Kulhánek, J. (nedat). *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Získáno 23. listopadu 2013 z http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251
- 37) Kunczik, M. (1995). *Zákony masové komunikace*. Praha: Karolinum
- 38) Langmeier, Balcar & Špitz (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- 39) Lerner, R. M. & Gellart, E. (1969). Body build identification, preference and aversion in children. *Developmental Psychology*, 1(5), (456–462). doi:1037/h0027966
- 40) Lusková, E., Blinka, L. & Šmahel, D. (2008). Blog jako cesta k porozumění dospívajícím. *E-psychologie* 2(3), (1–15). Získáno 21. února 2014 <http://e-psycholog.eu/pdf/luskovaetal.pdf>
- 41) Martykánová, L. & Piskáčková, Z. (leden, 2010). *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy*. Získáno 23. listopadu 2013 z <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html>.
- 42) Meadow, R. M. & Weiss, L. (1992). *Women's Conflicts about Eating and Sexuality: The Relationship Between Food and Sex*. New York: Haworth Press.
- 43) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize: aktualizovaná verze k 1.1. 2013* (2013). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- 44) Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
- 45) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 46) Mitchell, D. (říjen, 2009). *Drunkorexia: Eating Disorder Plus Binge Drinking*. Získáno 23. listopadu 2013 z <http://www.emaxhealth.com/1275/63/34202/drunkorexia-eating-disorder-plus-binge-drinking.html>

- 47) Nechanská, B. (17. prosince, 2013). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2012*. Získáno 1. března 2014 z http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_55.pdf
- 48) Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Praha: Cerm.
- 49) Ogden, J. (2010). *The psychology of eating : from healthy to disordered behavior*. Získáno 20. listopadu 2013 z http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781444319293_sample_415246.pdf
- 50) Orel, M., Facová, V. & Šimonek, J. (2012). Příčiny vzniku duševních poruch. In Orel et al., *Psychopatologie* (21–39). Praha: Grada.
- 51) Orel, M. & Facová, V. (2012). Vybrané kapitoly obecné psychopatologie a psychiatrie. In Orel et al., *Psychopatologie* (63–85). Praha: Grada.
- 52) Orel, M. (2012). Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. In Orel et al., *Psychopatologie* (152–158). Praha: Grada.
- 53) Papežová, H. (2000). Poruchy příjmu potravy. In Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. *Psychiatrie* (599–606). Praha: Tigris.
- 54) Papežová, H. (2009). Poruchy příjmu potravy. In Fišar, Z. Jiráček, R., Bob, P. & Papežová, H., *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (339–351). Praha: Grada.
- 55) Papežová, H. (2010). Diagnostika poruchy příjmu potravy. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (126–132). Praha: Grada.
- 56) Papežová, H. (2010). Poruchy příjmu potravy v primární péči u nás. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (148–160). Praha: Grada.
- 57) Papežová, H. & Novotná, P. (2010). Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (288–310). Praha: Grada.
- 58) Papežová, H., Uher, R. & Soukup, J. (2010). Motivační rozhovory a odvozené postupy u poruch příjmu potravy. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (327–339). Praha: Grada.
- 59) Papežová, H., Tomanová, J. & Pelková, L. (2010). Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (351–358). Praha: Grada.
- 60) Papežová, H. (2010). Farmakoterapie. In Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (377–384). Praha: Grada.

- 61) Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.
- 62) Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (36–55). Praha: Grada.
- 63) Pěč, O., Koblíček, K., Lorenc, J., Beránková, A. (2003). Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. *Čes. a slov. Psychiat.* 99(S2). (10–16). Získáno 10. února 2014 z <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>
- 64) Polivy, J., & Herman, C., P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, (187–213). Získáno 22. ledna 2014 z <http://comp.uark.edu/~nlwilli/polivy02.pdf>
- 65) Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy : průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- 66) Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- 67) Rieger, Z. & Vyhnálková, H. (1996). *Ostrov rodiny : integrující přístup pro práci s rodinou : příručka pro odborníky*. Hradec Králové: Konfrontace.
- 68) Říčan, P. & Krejčířová, D. (Ed.). (2009). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- 69) Schoemaker, C., Smit, F., Bijl, R. V. & Vollebergh, W. A. M. (2002). Bulimia Nervosa Following Psychological and Multiple Child Abuse: Support for the Self-Medication Hypothesis in a Population-Based Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders* 32(4), (381–388). Získáno 23. ledna 2014 z <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/eat.10102/asset/10102 ftp.pdf?v=1&t=ht7j4n80&s=a8a58a9d3c2256f4ea615cde5cecca12ce974d52>
- 70) Sládková, I. & Vybíral, S. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruch příjmu potravy. *E-psychologie*, 2008, 2(4), (13–23). Získáno 13. února 2014 z http://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova_etal.pdf
- 71) Stárková, L. (2003). Kognitivně-behaviorální terapie : praktické užití v ordinaci pedopsychiatra. *Psychiatrie pro praxi*, 2, (52–56). Získáno 28. září 2013 z <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/02/03.pdf>
- 72) Stárková, L. (2010). Poruchy příjmu potravy a mortalita. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (405–408). Praha: Grada.
- 73) Trapková, L. & Chvála, V. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch : rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.

- 74) Theiner, P. (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi 2011*, 12(3), (105–107). Získáno 19. března 2014 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>
- 75) Uhlíková, P. (2010). Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. In Papežová, H. (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (134–142). Praha: Grada.
- 76) University of Missouri-Columbia. (17. října, 2011). “Drunkorexia” : A recipe for disaster. *ScienceDaily*. Získáno 23. listopadu 2013 z www.sciencedaily.com/releases/2011/10/111017171506.htm
- 77) Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 78) Vandereycken, W. & Norré, J. (2005). Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (103–112). Praha: Grada.
- 79) Vítovský, A. (2004). *Anglicko-český a česko-anglický výkladový slovník internetu*. Praha: AV Software.
- 80) Vokurka, M. & Hugo, J. et al. (2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Seznam příloh

Příloha č. I: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. II: Český abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. III: Cizojazyčný abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. IV: Schéma léčby poruch příjmu potravy dle Garnera

Příloha č. V: „Průvodní dopis“

Příloha č. VI: „Prohlášení klienta“

Příloha č. I: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

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

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MUŠKOVÁ Lucie	Opluštilova 8, Šternberk	F120778

TÉMA ČESKY:

Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy

NÁZEV ANGLICKY:

The subjective experience of female patients with selected eating disorders

VEDOUcí PRÁCE:

MUDr. PhDr. Miroslav Orel - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Tato bakalářská práce bude specifikovat téma poruch příjmu potravy. Vzhledem k rozsahu a náročnosti celé problematiky shrne základní poznatky dané oblasti.

Teoretická část se zaměří na práci s dostupnou literaturou, na základě které budou získány potřebné informace o spektru poruch příjmu potravy.

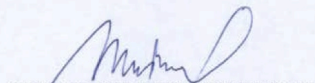
Praktická část bude vycházet z kvalitativního šetření. V rámci toho dojde k oslovení klientek ze soukromé praxe, s nimiž se povedou rozhovory zaměřené na jejich subjektivní prožívání nemoci.

Cílem práce je teoreticky se zorientovat v dané problematice prostřednictvím informačních zdrojů. Dále se zaměřit na rizikovou skupinu a posoudit tak životní zkušenosti pacientek s tímto onemocněním.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

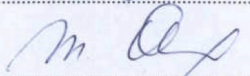
- [1] Hort V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D. et al. (2000). Dětská a adolescentní psychologie. Praha: Portál.
- [2] Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2002). Psychiatrie. Praha: Tigris.
- [3] Krch, F. D., Beumont, P., Deth, R., Eisler, I., Fairburn, Ch.G., Faltus, F., et al. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada.
- [4] Krch, F. (2008). Bulimie : jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada.
- [5] Krch, F. (2010). Mentální anorexie. Praha: Portál.
- [6] Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- [7] Novák, M. (2010). Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- [8] Osborne, V. A., Sher, K. J., & Winograd, R. P. (2011). Disordered eating patterns and alcohol misuse in college students: Evidence for "drunkorexia"? Comprehensive Psychiatry, 52 (6), 1-12.
- [9] Papežová, H. (Ed.). (2010). Spektrum poruch příjmu potravy : interdisciplinární přístup. Praha: Grada.
- [10] Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (Eds.). (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton.
- [11] Svoboda, M. (Ed.), Česková, E., & Kučerová, H. (2006). Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál.
- [12] Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.

Podpis studenta:



Datum:

Podpis vedoucího práce:



Datum:

Příloha č. II: Český abstrakt bakalářské diplomové práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy

Autor práce: Lucie Mušková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Počet stran a znaků: 135 stran, 224 688 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 58

Abstrakt:

Tato práce se zabývá tématem poruch příjmu potravy. Má za cíl postihnout obraz subjektivního prožívání pacientů, kteří se někdy ve svém životě potýkali s konkrétní formou tohoto duševního onemocnění. Práce je členěna do dvou částí. První část má zpřístupnit základní teoretická východiska problematiky poruch příjmu potravy. Ve čtyřech samostatných kapitolách je shrnuto jejich historické pozadí, obecné vymezení, teorie příčin vzniku a nakonec samotná léčba. Praktická část se orientuje na vlastní výzkumnou činnost. Jejím výsledkem jsou dvě kazuistiky, které vznikly na základě realizovaných polostrukturovaných interview. Během nich zúčastněné pacientky hovořily o svých subjektivních dojmech a prožitcích spjatých s jejich onemocněním. Následnou kvalitativní analýzou těchto sdělení byla získána data s určitou výpovědní hodnotou pro tento výzkum. Cílem práce bylo tato data interpretovat a pokusit se o jejich zasazení do obecně platných teorií.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, prožívání, kazuistika

Příloha č. III: Cizojazyčný abstrakt bakalářské diplomové práce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The subjective experience of female patients with selected eating disorders

Author: Lucie Mušková

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Number of pages and characters: 135 pages, 224 688 characters

Number of appendices: 6

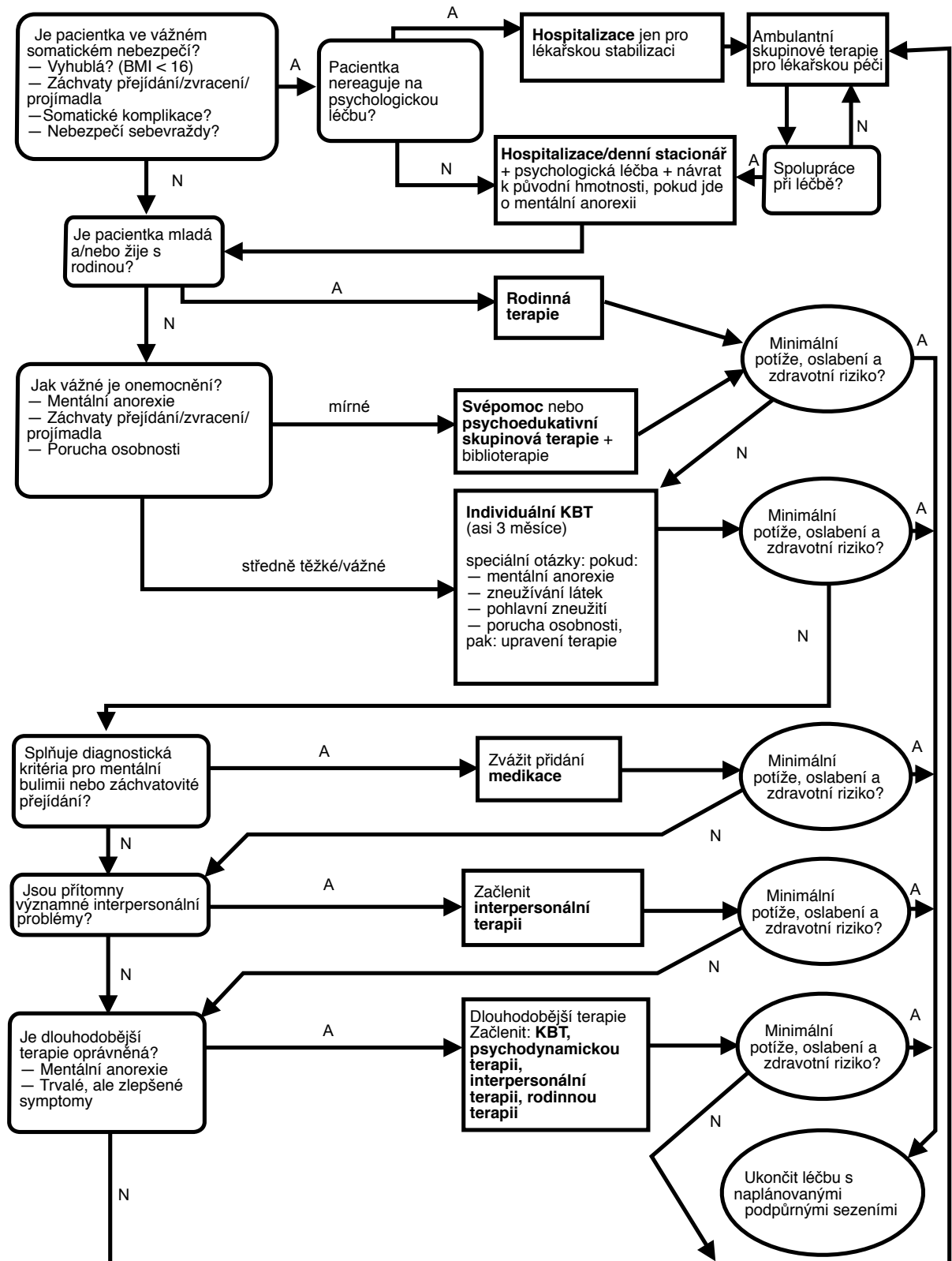
Number of references: 58

Abstract:

This thesis covers the topic of eating disorders. The aim is to capture an image of the subjective experience of the patients who have suffered from some specific form of this mental disease during their lifetime. The thesis is divided into two parts. The first part discloses basic theoretical starting points of eating disorders. In four separate chapters historical background, general definition, theories of causes and finally the treatment are summarized. The practical part is focused on the research activity itself. The result are two case studies, which were created on the basis of realized semi-structured interviews. During them the patients talked about own subjective impressions and experiences that were associated with their disease. Through related qualitative analysis of the patients experience data with certain explanatory value for this research were gathered. The aim of this thesis was to interpret obtained data and attempt to put them into the generally valid theories.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, experience, case study

Příloha č. IV: Schéma léčby poruch příjmu potravy dle Garnera



(převzato z Krch et al., *Poruchy příjmu potravy*, 2005, s. 124)

Příloha č. V: „Průvodní dopis“



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
Email: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

Vážená paní, vážená slečno,

jmenuji se Lucie Mušková a jsem studentkou 3.ročníku psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci praktické části mé bakalářské práce s názvem “*Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy*” realizuji výzkum mapující problematiku poruch příjmu potravy. Metodou mého výzkumu je rozhovor zaměřený na vlastní zkušenosti a prožitky s diagnózou poruch příjmu potravy.

S Vaší účastí na výzkumu je spjato několik důležitých bodů:

1. Účast je zcela **anonymní (tj. žádné osobní údaje o Vaší osobě nebudou nikterak zveřejňovány)**.
2. Souhlas s účastí je Vaším **dobrovolným rozhodnutím**.
3. Metodou sběru dat bude **rozhovor**, který bude evidován nahrávacím zařízením, případně doplněn písemnými poznámkami.
4. Fyzickým místem realizace rozhovoru bude praktická ordinace MUDr. Libuše Stárkové, CSc., adresou Vídeňská 636/10, 779 00 Olomouc.
4. Audiozáznam rozhovoru bude přenesen do osobního počítače a archivován v **heslem zabezpečené** elektronické složce.
5. Výsledná data budou použita v rámci práce “*Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy*”, a to opět se zárukou nezveřejnění osobních údajů.
6. Od účasti na výzkumu **máte právo odstoupit** kdykoliv během realizace, avšak s **udáním důvodu**.

Tímto se na Vás obracím s prosbou Vaší účasti na tomto výzkumu, která pro mne představuje zcela důvěrnou formu spolupráce, jejímž výsledkem bude hodnotný a jedinečný materiál ke zpracování. Ten jako takový podléhá veškerým zákonným a etickým normám, a bude k němu i takto přístupováno.

Jako potencionální účastnice **máte nárok klást** pro Vás potřebné a důležité **dotazy** a získat na ně **dostatečně relevantní odpověď**.

Příkládám svou kontaktní emailovou adresu, luciemus@email.cz, na kterou se můžete s veškerými takovými dotazy obrátit.

Děkuji za Váš dosud vynaložený čas a budu se těšit na případné brzké shledání!

S přátelským pozdravem

Lucie Mušková



Příloha č. VI : „Prohlášení klienta“



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
Email: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

Prohlášení klienta

Já,, **prohlašuji**, že jsem byla **plně obeznámena s podmínkami** mé účasti na výzkumu k bakalářské práci s názvem „*Subjektivní prožívání pacientek s vybranými poruchami příjmu potravy*“. Potvrzuji, že jsem měla dostatečně velký prostor pro zvážení mé účasti na tomto výzkumu a na veškeré dotazy z ní vyvstávající mi bylo řádně zodpovězeno.

Je mi známo, že má účast na tomto výzkumu je mým **dobrovolným rozhodnutím**, a že veškerá získaná data související s mou osobou budou zpracována **zcela anonymně** a bude s nimi nakládáno **v souladu se zákonnými a etickými normami**.

Svým podpisem takto **uděluji souhlas** se zahrnutím získaných dat o mé osobě do výše zmíněné bakalářské práce.

V dne

.....
Podpis klienta

