

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie

**PROBLEMATIKA PATOLOGICKÉHO VZTAHU K JÍDLU SE ZAMĚŘENÍM
NA ZÁVISLOST NA JÍDLE**

**ISSUE OF PATHOLOGICAL RELATIONSHIP TO FOOD WITH CONCENTRATION ON FOOD
ADDICTION**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Helena Pipová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc

2014

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Problematika patologického vztahu k jídlu se zaměřením na závislost na jídle“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 23. března 2014

Podpis _____

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem“.

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat všem skvělým lidem, bez kterých by tato práce nikdy nemohla vzniknout. Velké poděkování patří PhDr. Janu Šmahajovi, PhD. za jeho vstřícnost, ochotu a za to, že se mi vždy snažil udávat správný směr v přehršli mých nápadů a myšlenek. Děkuji své rodině, protože mě v mé práci neustále podporuje a snaží se mi poskytovat ty nejlepší podmínky ke studiu, zvláště děkuji svému tatínkovi, který mi je svým životem vzorem. Děkuji všem svým přátelům za podporu a trpělivost, které se mi od nich dostává, zvláštní dík patří kamarádce Jaroslavě, která mi vždy byla neochvějnou oporou ve všech těžkých chvílích nejen při psaní této práce. Velice děkuji také respondentkám, bez jejichž otevřenosti a odvahy by tato práce nemohla vzniknout. Celé svépomocné skupině OA chci poděkovat za to, že mi ukázala svůj pohled na život a předala alespoň část z toho, jak radostně a svobodně lze prožívat každý den.

Úvod	9
1 Vztah k jídlu	11
1.1 Vývoj vztahu k jídlu.....	12
1.2 Formy narušeného vztahu k jídlu.....	12
1.3 Zdravý vztah k jídlu.....	14
1.4 Přejídání.....	15
2 Vymezení poruch příjmu potravy (PPP)	17
2.1 Záchvatovitého přejídání (binge eating disorder – BED).....	20
3 Nutkavé a impulzivní poruchy, závislí lidé	25
4 Závislost na jídle	28
4.1 Diagnostická kritéria závislosti na jídle	28
4.2 Ztráta kontroly.....	29
5 Příčiny vzniku závislosti na jídle	31
5.1 Psychická závislost na jídle	31
5.2 Sociální faktory	32
5.3 Kulturní a environmentální faktory	32
5.4 Biologické faktory	33
5.5 Genetické faktory	38
6 Cukr jako droga	39
6.1 Karbohydráty.....	39
6.2 Krevní cukr	40
6.3 Vliv cukru na mozek a chování.....	40
6.4 Závislosti na jednotlivých druzích potravin.....	42
6.5 Následky závislosti na jídle	42
7 Bažení po jídle (food craving)	44
7.1 Spouštěče.....	46
7.2 Prevence bažení po jídle	47
8 Léčba závislosti na jídle	48
8.1 Výživová doporučení.....	49
8.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	49
9 Overeaters Anonymous, Food Addicts Anonymous, GreySheeters Anonymous	52
9.1 Nástroje uzdravování.....	54
10 Výzkumná oblast	57
10.1 Přehled výzkumů.....	57
10.2 Příprava na výzkum	60
11 Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky	61
11.1 Výzkumný problém	61
11.2 Výzkumné cíle	62

11.3	Hlavní výzkumné otázky	62
11.4	1. Specifický cíl výzkumu: Existuje závislost na jídle?.....	64
11.5	2. Specifický cíl výzkumu: Vlastní vytvořený dotazník.....	64
12	Výzkumný vzorek	65
13	Aplikovaná metodika	66
13.1	Design výzkumu	66
13.2	Sběr dat	67
13.3	Metody zpracování dat.....	67
13.4	Standardy pro validitu	69
13.5	Etika výzkumu.....	69
14	Výsledky.....	71
14.1	Sociální situace a primární rodina lidí závislých na jídle	71
14.2	Vztah k jídlu	73
14.3	Oblasti života ovlivněné jídlm	82
14.4	Abstinence a členství v OA.....	86
15	Odpovědi na výzkumné otázky.....	94
15.1	Podobnosti v rodinných a sociálních vztazích u lidí závislých na jídle.....	94
15.2	Charakteristiky vztahu k jídlu u lidí závislých na jídle	94
15.3	Oblasti života, které jsou nejvíce zasaženy patologickým vztahem k jídlu	95
15.4	Charakteristika abstinence a členství v OA.....	95
16	Diskuze.....	97
16.1	Diskuze nad hlavními výzkumnými otázkami	99
16.2	Diskuze nad 1. specifickým cílem výzkumu: Existuje závislosti na jídle?.....	102
16.3	Diskuze nad 2. specifickým cílem výzkumu: Vytvoření vlastního dotazníku	103
17	Závěr	104
	Souhrn.....	106
	Použité zdroje a literatura	108

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Seznam zkratk a tabulek

Seznam tabulek

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové práce

Příloha 2: Dvanáct kroků

Příloha 3: Dvanáct tradic

Příloha 4: Seznam otázek pro respondenty

Příloha 4: Příklad jídelníčku před abstinencí

Příloha 5: Příklad jídelníčku v abstinenci

Příloha 6: Dotazník vlastní konstrukce mapující závislost na jídle

Úvod

Na uspokojování výživového pudu nemá zdaleka vliv jen biologický mechanismus hladu, ale jedná se o interakci psychických, sociálních, spirituálních, environmentálních, kulturních a fyziologických mechanismů a vlivů. Vztah člověka k jídlu tak může nabývat téměř nekonečného množství podob a může být ovlivněn mnoha faktory. Pod problematickým vztahem k jídlu si většina lidí nejspíše představí poruchy příjmu potravy, konkrétně bulimii nebo anorexii. Někomu možná vyvstane představa obézního člověka, který má slabou vůli a špatné stravovací návyky. Může se ale objevit i další extrémní forma patologického vztahu k jídlu, kterou lze označit až za závislost.

K tématu závislosti na jídle mě přivedlo náhodné setkání se svépomocnou skupinou „Anonymních přejídačů“. Členové této skupiny se považují za závislé na jídle, stejně jako je například alkoholik závislý na alkoholu.

Mechanismy závislosti jsou známé u různých látek. Jak je tomu ale u jídla? Jídlo je nezbytné pro přežití, ale návykové látky, jako je alkohol, cigarety nebo drogy, nejsou. Kdokoliv tak může spojení jídla a závislosti karikovat tím, že řekne, že lidé jsou závislí i na vodě a na vzduchu nebo že každý je na jídle závislý. Výzkum patologického vztahu k jídlu je ale důležitý, jelikož látka nezbytná pro přežití je konzumována způsobem, který přežití narušuje (Brownell, Gold, 2012).

Ačkoliv koncept závislosti na jídle je založen spíše na všeobecném vědomí než na objektivních datech, několik výzkumných týmů a odborníků se již pokusilo koncept závislosti na jídle obhájit vědeckými metodami. Mark Gold byl první, kdo problémem s jídlem směřoval do oblasti závislostí, na rozdíl od jiných kolegů, kteří svou práci v této oblasti zaměřovali na obezitu a výživu (Brownell, Gold, 2012).

V mé práci mě nasměřoval také doktor Miroslav Světlák (e-mailová korespondence, únor, 15, 2014), který naznačil, že skupina osob s obezitou a nadváhou je značně heterogenní a jen určitá část z nich má znaky závislosti na jídle a zvýšený food craving¹. U ostatních se nejčastěji jedná o chybné stravovací návyky. Klíčový je také genetický podíl obezity, což se prokázalo ve studiích dvojčat. Doktor Světlák k tomu doplnil, že jídlo je primární odměnou a skutečně se ukazuje, že v pozadí závislosti na jídle

¹Craving neboli bažení je silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít. Tato silná touha po droze je také příznakem některých odvykacích stavů a jedním z hlavních diagnostických kritérií závislosti (www.drogy-info.cz).

stojí stejné neurobiologické okruhy (systém odměny), jako je tomu u závislosti na psychoaktivních látkách.

Doktor Světlák (e-mailová korespondence, únor, 15, 2014) dále naznačil souvislosti mezi emocionalitou a určitými rysy osobnosti, které se mohou vztahovat k některým patologickým stravovacím aktivitám. Významný vliv má deprese a emočně nestabilní porucha osobnosti, zvláště u impulzivního přejídání. Stále častěji se uvažuje o tom, že impulzivní přejídání je výsledkem dysregulace afektu. V podstatě jde o to, že člověk neumí zpracovávat své emoce na vyšší úrovni emočního uvědomění a na emoční vzrušení reaguje automaticky přejedením. Výsledkem je pak uvolnění emočního napětí skrze jídlo, které je odměnou.

V teoretické části jsou zmapovány různé formy vztahu k jídlu a faktory, které náš vztah k jídlu ovlivňují. Poté jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy. Další kapitola je rešerší k tématu závislosti na jídle. V této kapitole se pokouším objasnit, zda závislost na jídle skutečně existuje, jak se projevuje a zda je srovnatelná s ostatními typy závislostí, nebo zda se jedná například o druh impulzivního nebo kompulzivního chování. Protože závislost na jídle bývá některými autory považována za pravou závislost, bylo nutné objasnit také její biologickou a neurobiologickou podstatu. Kromě biologické podstaty závislosti na jídle jsem popsala také její psychické, sociální a spirituální aspekty. Poslední kapitola teoretické části se zabývá možnostmi léčby.

Výzkumná část informuje o cílech výzkumu, aplikované metodice, výběrovém souboru a o realizaci výzkumu. V návaznosti na to popisují proces získávání dat, jejich následné zpracování a analýzu. Interpretaci dat a diskuzi nad nimi je věnován závěr výzkumné části.

1 Vztah k jídlu

Během ontogeneze si každý jedinec vytvořil individuální stravovací návyky a způsob, jakým uspokojuje potřebu jídla, kterou má každý na jiném místě ve své osobní hierarchii potřeb. Obživný pud určuje uspokojování ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci (Hainer, 2004).

Pojetí normality a abnormality je v tématu potřeby jídla značně nejasně vymezené. Každý člověk si během svého života osvojuje určitá pravidla, podle nichž se řídí. Normy se tak mohou lišit mezi kulturami i subkulturami (Fischer, Škoda, 2009). V souvislosti s tím je obtížné vymezit obecně správný přístup k jídlu, způsob stolování, množství přijatého jídla, časové rozestupy mezi jídly apod.

Někdo jí to, „co je zrovna po ruce“, aby utišil hlad, a příliš se přípravou pokrmů nezdržuje, jiný vynakládá neskutečné kreativní úsilí, užívá si výběr surovin, jejich nákup, přípravu i servírování (Kramulová, 2007). Někdo zase místo brambor, kuřecího steaku a tatarské omáčky vidí na talíři sacharidy, bílkoviny a tuky (Krch, F. D a kol. 1999).

Odlišnosti mezi jedinci jsou způsobeny biologickou jedinečností každého člověka a vlivem řady sociálních faktorů. Vágnerová (2004) uvádí, že pudová potřeba jídla je ovlivněna psychosociálně a významnou roli hrají také kulturní vlivy, které se projevují na oslavách, při rodinných tradicích, na společenských a pracovních večírcích, ve společném stravování a podobně.

Člověk se během socializace učí preferovat jídla, která odpovídají dobovým a krajovým zvyklostem a mnohdy si osvojuje složité způsoby jejich přípravy. Kuchařské umění se pro mnoho lidí stává celoživotním koníčkem a slouží nejen k realizaci tělesných potřeb, ale také tvořivosti a touze po poznání (Plhánková, 2003).

Existují i další faktory, které mají vliv na příjem potravy, jedním z nich je například životní prostředí, které je charakterizováno dostupností a všude přítomností velkého množství a druhů jídla. Lidé vyhledávají jídlo také pro jeho libé pocity (Krch, F. D a kol. 1999).

Nedostatečné uspokojování alimentálních² potřeb je doprovázeno nelibými pocity, stejně jako je nasycenost doprovázena libými pocity spokojenosti (Hainer, 2004).

² alimentace - výživa, strava

1.1 Vývoj vztahu k jídlu

Vztah k jídlu se začíná vyvíjet od bolestivého příchodu na svět, po kterém jsme byli odměněni mlékem. Děti jsou od raného věku uklidňovány jídlem, bez ohledu na příčiny pláče (Katherine, 1996).

Potřeba nasycení a potřeba lásky se vytváří hned po narození, kdy matka uspokojuje emocionální a fyziologické potřeby dítěte. První uspokojení potřeb proběhne při nasycení, z něhož pramení i první příjemné pocity. Potrava asociuje bezpečí, pohodlí, teplo, něhu a lásku. V procesu krmení dítě rozvíjí kontakt, posiluje emocionální vazbu, intimitu a učí se, jak matka reaguje na jeho prosby o nakrmení. Později se tento vztah ještě utužuje, když matka svou lásku projevuje prostřednictvím sladkostí. Dítě tak jídlem uspokojuje obě potřeby najednou, potřebu nasycení a sekundárně i potřebu lásky. Postupně zjistí, že pozřením oblíbeného jídla lze zahnat nepříjemné pocity i úzkosti. Dítě pak může mít problém rozeznat skutečný hlad od jiných potřeb a jídlem utěšuje všechny ostatní potřeby. Jídlo je spolehlivý a snadno dostupný partner, proto si na něj člověk zvyká velmi brzy. Společnost ale očekává ideál štíhlosti, který vyžaduje větší kontrolu nad složením a množstvím potravy, čímž může být člověk deprivován (Novák, 2010).

V rodině se člověk učí tzv. stravovacím návykům. Kvůli nevhodným návykům pak může člověk s jídlem, s nadbytečnými kilogramy či naopak chybějícími kilogramy, bojovat celý život (Novák, 2010).

1.2 Formy narušeného vztahu k jídlu

Vágnerová (2004) popisuje, že porucha vztahu k jídlu může mít dvě podoby. Prvním je jídlo jako zdroj slasti, odměna za splněný úkol, za úspěch (Příkladem by mohla být situace, kterou uvádí Wansink (2008, 162): „*když dostaneš jedničku z testu, půjdeme na zmrzlinu*“). Naopak například při jeho odnětí může mít funkci trestající. Wansink (2008) nabízí ještě jiný pohled na používání jídla jako trestu, který ilustruje tímto příkladem: Dokud nedoješ tu červenou řepu, nepůjdeš ven.

Wansink (2008) přidává další formy narušeného vztahu k jídlu. Jídla může být užíváno jako náhražky za jinou aktuálně nedostupnou slast, například ve stavu stresu nebo frustrace („Rozdělej tu bonboniéru, bude ti lépe.“ Wansink, 2008, 162). Někdy jídlo slouží ke kompenzaci nedostatečného uspokojení v sociálních vztazích, nedostatku lásky

nebo neúspěchu. Kromě toho může pomáhat zvládat zátěž a vyrovnávat emoční nepokoje jakéhokoliv původu. Autor dále popisuje jídlo jako pocit viny („Sněz to všechno. Vůbec si nevážíš jídla, děti v Africe umírají hladem.“) a užívání jídla jako útěchy („Dnes jsem měla problémy v práci, po cestě domů si koupím svůj oblíbený zákusek.“).

Na druhou stranu může být jídlo nejen cílem, ale i prostředkem. Jídlem lze ovlivňovat hmotnost. Člověk tak dává najevo vztah k sobě a svému tělu. Ovládání hladu může být projevem askeze, případně zdrojem sebeúcty – člověk ukazuje, že jeho vůle je silnější než pud. Jedinec může být schopen své tělo ničit nadměrným nebo nedostatečným příjmem potravy (Vágnerová, 2004).

Zdá se, že čím méně obtížné je uspokojování fyziologické potřeby jídla a čím je jídlo dostupnější, tím častěji slouží k náhražkovému uspokojování jiných potřeb (Papežová in Kramulová, 2007).

Stravovací zvyklosti se liší v každé rodině, kultuře, v jednotlivých zemích světa. V naší kultuře se výše popsané formy narušeného vztahu k jídlu objevují částečně jako reakce na nezdravé podmínky k jídlu (jídlo ve stresu, za pochodu), špatnou skladbu potravin a nápojů (nezdravá a tučná jídla, fast foody, příliš soli a zvýrazňovačů chuti, sladké nápoje), nepravidelný přísun potravin (vynechávání snídaně či její nahrazování kávou, hladovění přes den, přejídání večer, atd.). Vliv má i způsob stolování (konzumace jídla při sledování televize nebo při práci na počítači) (Novák, 2010).

Dnešní doba s sebou přináší další proměnné, které mohou mít vliv na to, že se u jedince objeví nějaká z forem narušeného vztahu k jídlu. Těmito faktory je obrovská nabídka potravin, stánků s občerstvením, reklam vzbuzujících chutě – to vše je dietology nazýváno „toxickou“ kontaminací prostředí. Na druhé straně existuje nepřehledné množství diet a doporučení pro zdravé stravování. Problematika jídla se dostává do naší mysli v nezdravé míře. Nadměrně ji řeší jak obézní lidé, tak lidé se zdravou váhou (Kramulová, 2007).

Nesčetná komerční varování o tom co a jak bychom měli jíst a vliv reklamy zapříčinily, že v dnešní době přestává být jasné, co znamená „jíst normálně“ (Krch, 2008).

1.3 Zdravý vztah k jídlu

Zdravý vztah k jídlu mají kojenci po narození, během života se pak vztah k jídlu různě modifikuje, pokřivuje a ztrácí (Papežová in Kramulová, 2007).

Vztah k jídlu, který můžeme označit za zdravý či normální, představuje zlatou střední cestu mezi potlačováním přirozené potřeby jíst a vyvyšováním jídla nad všechno ostatní. Vychutnat si jídlo a jeho přípravu je součástí lásky k sobě a péče o druhé. Člověk se zdravým vztahem k jídlu je schopen jíst bez problémů ve společnosti, vnímat pocit hladu i nasycení a přiměřeně na ně reagovat, někdy jíst více, někdy méně a to bez permanentních výčitek. Součástí zdravého vztahu k jídlu může být to, že jedinec má svou oblíbenou pochutinu a kvůli ní si třeba odřekne jiný „zdravější“ pokrm (Papežová in Kramulová, 2007).

Podle Krcha (2008) normálně jíst znamená být schopen jíst do sytosti, když mám hlad a vybrat si jídlo, které mám rád. Zároveň ale být schopen se ve výběru jídla trošku omezit, počkat si na to „pravé jídlo“, ale neomezovat se příliš dlouho. Jíst normálně je i to, že si dovolím někdy jíst, protože jsem šťastný, smutný, nebo znuděný. Někdy se zase můžu nejen najíst do syta, ale chtít i víc. Mít zdravý vztah k jídlu dále znamená věřit vlastnímu tělu, že chyby v jídlu zvládne, být schopen nechat na talíři třeba pár sušenek, protože je mohu mít i zítra, občas se najíst víc, když je jídlo čerstvé, věnovat jídlu pouze určitý omezený čas a pozornost, jíst většinou tři hlavní jídla denně, mít normální jídelní režim, který je flexibilní, mění se s pocity, časovým rozvrhem, hladem, dostupností jídla.

Krch (2008) dále tvrdí, že pokud člověk nedrží diety, ani jinak neexperimentuje se svým stravováním, tělo si samo řekne, na co má chuť. Když člověk někdy sní jeden rohlík nebo tabulku čokolády navíc, neztloustne.

Dle Hainera (2004) je zdravé stravování vyvážené a energeticky přiměřené výdeji. Složení a energetický obsah stravy by měli odrážet věk, pohlaví, stádium vývoje, chuťové preference, stravovací návyky a další individuální charakteristiky jedince

1.4 Přejídání

Jelikož ve své práci budu často pracovat s nejasně vymezeným fenoménem „přejídání“, které je nejzákladnějším projevem mnohých patologií ve vztahu k jídlu, považuji za důležité tento pojem vysvětlit.

Plháková (2003) uvádí, že pud sebezáchovy se projevuje jako snaha všech živých bytostí udržet se při životě. U mnoha lidí se ale vyskytuje chování, které poškozuje a ničí jejich zdraví. K takovým behaviorálním projevům patří kromě užívání drog a nedostatku pohybu také přejídání.

Podle Krcha (2008) přejedení znamená, že člověk sní víc než by chtěl, jí něco jiného, než na co je zvyklý nebo co by chtěl, konzumuje větší množství jídla a často v netradiční kombinaci. Navíc člověk během přejídání ztrácí kontrolu nad svým chováním.

Cooper (1995) uvádí, že naprostá ztráta kontroly je charakteristická pro záchvat přejedení a není součástí běžného přejídání.

V některých případech pocit přejedení spočívá spíše v nereálnosti očekávání, kdy člověk chce něco, co odporuje požadavkům těla, situaci nebo skladbě jídelníčku. Většinou jde o to, že člověk poruší dietní nebo stravovací omezení, která si ustanovil. Například když si po měsíční nízkotučné dietě dá řízek, může toto porušení vnímat jako přejedení. Pocit přejedení se dostaví i při sněžení větší porce v situaci, kdy člověk sní více, než si naplánoval nebo zkonsumuje více než sousedka u jídelního stolu. Přejídání se často objevuje při příležitostech jako je oslava, o Vánocích nebo na zabijačce (Krch, 2008).

S jídlem roste chuť a od pocitů přejedení se člověk snadno dostane ke skutečnému přejídání. Množství jídla sněženého během záchvatu přejídání se liší, obvykle se pohybuje mezi 1000 až 3000 kcal (což činí 4 200 kJ až 12 600 kJ). V záchvatu přejedení jedinec někdy konzumuje i základní potraviny jako jsou mouka nebo máslo a to v čisté podobě. Na cestě k návykům přejídání se velkým množstvím jídla bývá často vegetariánská strava. Nízká energetická hodnota ovoce a zeleniny nezbuzuje strach z nadváhy. Člověk má pocit, že si jich může dopřát neomezeně, ale zvětšený žaludek si říká o náhradu (Krch, 2008).

Přejídání vede ke zvyšování příjmu energie a lze ho proto diagnostikovat i na základě zhodnocení příjmu energie ve srovnání s výdejem. V normálním životě je přejedení něčím, čemu se nedá zcela vyhnout Krch (2008).

Aktivní a pasivní přejídání

Aktivní přejídání je vědomé přejídání na základě pocitu chuti k jídlu, který je způsobený externími i interními příčinami. Může se jednat o defekt v procesu regulace chuti, způsob reakce na stres, poruchy hypotalamických center regulace potravy v důsledku lokálního patologického procesu nebo farmakologie. Aktivní přejídání může být i součástí kultury, například upřednostňování žen s vyšší hmotností v Africe nebo na Blízkém východu (Stunkard a kol., 1996 in Hainer, 2004).

Pasivní přejídání úzce souvisí s energetickou vydatností potravin a vyskytuje se při konzumaci potravin s vysokým obsahem energie. Člověk více či méně vědomě přijme více energie, než jeho tělo potřebuje a než je jeho energetický výdej, přitom jeho chování nemusí být motivováno chutí, ale spíše neznalostí potravin (Hainer, 2004).

Příčiny přejídání

K přejídání dochází z mnoha situačních, tělesných a psychologických důvodů. K vnitřním impulzům vedoucím k přejídání patří nejen biologicky podmíněné pocity hladu a sytosti, ale také různé nelibé emoce jako je osamělost, podrážděnost či zklamání (Krch, 2008).

Zejména nelibé emoce jako jsou úzkost, prokazatelně zvyšují sílu bažení po jídle a tím i pravděpodobnost přejedení se. Významným činitelem jsou depresivní a úzkostné stavy, dále emoce hněvu, nudy a radosti. V případě radosti se může paradoxně objevit touha tyto pocity ještě prohloubit. Navíc příjemný pocit radosti snižuje míru obezřetnosti v chování, což může vést k porušení omezené konzumace jídla (Nešpor, Czémy 1999).

2 Vymezení poruch příjmu potravy (PPP)

Jídlo je zdrojem živin a podmínkou somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie, živin nebo změny v chuti k jídlu, změny v příjmu potravy a změny tělesné hmotnosti často signalizují rozvoj somatické či duševní poruchy od nachlazení až po vážná onemocnění. Vymezení příčin a stanovení hranice mezi normou a patologií je v bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu složité (Krch, 2005).

Papežová (2010) řadí k nejzávažnějším nozologickým³ jednotkám poruch příjmu potravy (dále pouze PPP) anorexii nervosu, bulimii nervosu a psychogenní přejídání spojené s obezitou.

Existuje velké množství pacientů, kteří se odlišují a nenaplnují některá z diagnostických kritérií. Proto 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F50.1) nebo atypické mentální bulimie (F 50.3). Těchto kategorií se využívá u pacientů, u kterých chybí jeden a více základních příznaků nemoci (Krch, 2005). Příkladem jsou pacientky, které i přes nízkou hmotnost mají pravidelnou menstruaci (Hainer, 2004).

Pod pojmem poruchy příjmu potravy se ale skrývá mnohem obsáhlejší spektrum diagnóz, například záchvatovité přejídání a přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (Hainer, 2004).

Následně uvádím výčet méně známých PPP uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. vydání (dále pouze MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch (dále pouze DSM-IV). Rozhodla jsem se tyto poruchy uvést, protože některé jejich příznaky jsou podobné příznakům záchvatovitého přejídání a závislosti na jídle.

Přejídání spojeného s jinými psychickými poruchami

Pod diagnózu přejídání spojeného s jinými psychickými poruchami, která má v MKN-10 kód F50.4, patří například přejídání spojené s psychicky náročnými situacemi (prejídání způsobené stresujícími událostmi – smrtí blízké osoby, nehodou, narozením dítěte) (MKN-10, 1992). Nešpor (2007) dodává, že stresující události jsou zvláště rizikové u

³ nozologie – nauka o třídění nemocí

lidí, kteří mají sklon k přibývání na váze a mohou vést až k tzv. „reaktivní obezitě“. Diagnóza F 50.4 nezahrnuje nepříjemné emoční stavy plynoucí ze vzniklé obezity, ani obezitu vzniklou v důsledku léčby farmaky (MKN-10, 1992).

Jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy (EDNOS)

DSM-IV obsahuje kategorii jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy (eating disorders not otherwise specified - dále pouze EDNOS) (Hainer, 2004).

Za EDNOS jsou považovány případy, kdy například nemocný jídlo jen žvýká a následně vyplivuje a nepolyká. Pod EDNOS řadíme i syndrom nočního přejídání (night eating syndrome - NES), pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání (Stunkard a kol., 2009 in Hainer, 2004).

Poruchu příjmu potravy a spánku – syndrom nočního přejídání (NES)

Stunkard v roce 1955 popsal u obézních pacientů poruchu příjmu potravy a spánku - syndrom nočního přejídání („Night Eating Syndrom“ - dále pouze NES). Syndrom nočního přejídání je pravděpodobně spojen se životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. „Noční jedlíci“ popisují neschopnost přestat jíst, když začnou. Jen vzácně se jedná o skutečný hlad nebo o situaci, že by jídlo nebylo k dispozici (Hainer, 2004).

„Bylo prokázáno, že u NES je zvýšena vazba serotoninových transportérů v mezencefalu, což vede k dysregulaci cirkadiálního příjmu potravy a neurohormonálních funkcí. Podávání selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI) upravuje u NES cirkadiální rytmus jak příjmu potravy, tak neuroendokrinních funkcí.“ (Hainer, 2004, 376)

Syndrom nočního příjmu potravy a pití (NEDS)

Syndrom nočního příjmu potravy a pití („Drinking Nocturnal Eating / Syndrom“ – dále pouze NEDS), které je řazeno do spánkových poruch a liší se od předešlých přítomností poruchy vědomí, amnézií na epizody ujidání či přejídání v noci.

Uvedené subtypy mohou mezi sebou přecházet, jejich léčba, průběh i prognóza se liší (Papežová in Fišar, 2009).

Prevalence PPP

Onemocnění postihuje nejčastěji dospívající dívky, vzácněji mladé muže a děti před pubertou. V současné době je výskyt PPP u žen a dívek všech věkových kategorií stále častější. V případě, že ženy a jejich rodiny spolupracují, je diagnóza snadná a spolehlivá (Papežová in Fišar, 2009).

Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2011 s diagnózami F50.0 – F50.9 (poruchy příjmu potravy) 363 hospitalizací u 303 osob, což je o 17 % méně než v roce 2005. Z celkových 303 hospitalizovaných pacientů s PPP mělo 30 pacientů diagnózu F50.4 (přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami, z toho 4 byli muži (Nechanská, 2011).

Příčiny PPP

O etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický, výkladový model má svá omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruch. Diferencovanost problému PPP a dynamika problému vylučují jednoduchou odpověď. Téměř vždy jde o konstelaci řady sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. V osobní a rodinné anamnéze pacientů se mohou vyskytovat i další nespecifické faktory (Krch, 2005).

Na základě dostupných materiálů lze nastínit nejvýznamnější rizikové faktory vedoucí ke vzniku PPP. Z odborné literatury vyplývá, že pokud jedinec začne s redukční dietou a je ženou, je u něho pravděpodobnější rozvoj PPP. Dalšími rizikovými faktory je, když jedinec žije v relativním blahobytu, v prostředí, které se ztotožňuje se „západními“ kulturními hodnotami, prochází zmatkem a nejistotou v dospívání, má nízké sebevědomí a špatné mínění o svém těle (Krch, 2005).

Riziko se také zvyšuje, jestliže je jedincův otec alkoholik nebo hypochondr a matka neustále drží diety, dále v případě, že jedinec opožděně fyzicky vyzrál a má nevhodnou distribuci tělesného tuku. Rizikové mohou být i některé zájmové a profesní aktivity. Dále záleží na emočních reakcích, postojích a chování jedince. Vliv může mít také přítomnost duševních poruch v rodině. Všechny tyto proměnné mohou podmiňovat dysfunkční vzor řešení problémů (Krch, 2005).

Léčba PPP

Nešpor (2007) uvádí, že léčba mentální bulimie i psychogenního přejídání by měla postihnout více rovin. Kromě tělesného zdraví, vnitřního prostředí organismu a psychiky nemocného, by se měla soustředit také na rodinu a širší sociální kontext.

Terapeutický plán je vždy třeba koncipovat s ohledem na nejvýznamnější aspekty problému (somatické obtíže, jídelní chování, kognitivní poruchy, interpersonální nebo rodinné problémy) a rizikové faktory (Krch, 2005).

Vytvořit si nový návyk je dlouhodobý a obtížný proces. Setrvačnost vrací jedince stále zpět a vyžaduje více než silnou vůli (Krch, 2008).

PPP a závislost na jídle

Nešpor (2007) v souvislosti s PPP uvádí, že za povšimnutí stojí části diagnostických definic PPP, které lze pozorovat také u závislosti na jídle. Neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha - bažení (craving) vyskytující se u mentální bulimie, připomínají obecné znaky závislosti.

Plháková (2003) píše o další souvislosti. Konzumace jídla u lidí trpících bulimií probíhá v cyklech. Se stejným cyklistickým průběhem se setkáváme u závislosti. „*Po velkém excesu v jídle následuje delší údobí ,očišťování a askeze', po kterém následuje další záchvat přejídání.*“ (Plháková, 2003, 327).

Americká psychiatrická asociace považuje zhoršené sebeovládání ve vztahu k jídlu za jedno z kritérií pro diagnózu mentální bulimie (DSM-IV).

Psychogenní přejídání je zase zajímavé tím, že bývá spouštěno stresovými situacemi, které často hrají roli také při recidivě⁴ u návykových látek (Nešpor, 2007).

2.1 Záchvatovitého přejídání (binge eating disorder – BED)

V posledních letech je rozlišována kategorie osob, kteří se přejídají, aniž by se jednalo o druh kompenzačního chování (jako je tomu například u bulimie). V MKN-10 ho najdeme pod označením psychogenní přejídání spojené s obezitou. Hainer (2004) ho uvádí pod pojmem záchvatovité přejídání. Tato porucha je často spojena s nadváhou

⁴ Recidiva – návrat zpět k závislému způsobu chování, může vést ke stejnému nebo dokonce vyšší frekvenci užívání (www.drogy.org,).

nebo obezitou. Mezi obézními, kteří vyhledali odbornou pomoc, uvádí podobné problémy asi čtvrtina, u ostatních se jedná o špatné stravovací návyky a slabou vůli (Hainer, 2004).

Diagnostická kritéria záchvatového přejídání

Dle Hainera (2004) by epizody záchvatového přejídání měly být spojeny alespoň se třemi z následujících diagnostických kritérií:

1. Jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé.
2. Jí, dokud se necítí nepříjemně plný.
3. Jí, aniž by pociťoval hlad.
4. Raději jí o samotě, protože se stydí za to, že jí tak mnoho.
5. Po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile.

Charakteristika záchvatového přejídání

Záchvatové přejídání je charakterizováno déletrvajícím, nekontrolovanou konzumací velkého množství potravin. Člověk konzumuje nepřiměřené množství jídla, ačkoliv není nijak zvlášť hladový (DSM-IV). Málková, Krch (2001) také potvrzují, že záchvatové přejídání tedy není způsobeno hladem, ale nutkáním zbuzeným přítomností jídla, určitou situací nebo vnitřními impulzy (stres, napětí).

Někteří lidé s touto nemocí jí obrovské porce jídla nebo jedí velmi často, ale způsobem, který vypadá poměrně normálně. Jejich vztah k jídlu však neurčuje hlad nebo potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem a pocitem frustrace nebo hněvu. Jedinec reaguje jídlom na špatné i dobré zprávy, jí, když se nudí, je nervózní, frustrovaný, rozzlobený nebo osamělý

Téměř všechny nejintenzivnější pocity jedince, strach, vina, očekávání, potěšení, souvisejí s jídlom. Jedinec se těší na jídlo, cítí se provinile, když sní něco sladkého, bojí se, že se přestane ovládat a bude mít záchvat přejídání. Společenské události jsou vnímány kategorií jídlo, ať už to znamená příjemné očekávání nebo obavu z přejedení (Maloney, Kranzová, 1997).

Charakteristická je také naprostá ztráta kontroly nad jídlom. Během záchvatu jí člověk rychleji než je obvyklé a nemůže přestat i když se cítí plný (Málová, Krch, 2001).

Během záchvatu jí rychle, přičemž si vytváří libé pocity, které se následně mění se v pocity nepříjemné (Cooper, 1995). Záchvat přejedení bývá zpravidla následován pocity

viny, znechucením a odporu k sobě samému (DSM-IV). Při záchvatu přejedení jedinci obvykle nevnímají zvláštní potěšení z jídla. Ti, kteří považují jídlo za potěšení, se po něm cítí provinile a zahanbeni. Někdy cítí, že způsob, jakým jedí, případně jejich tloušťka (když se jedná o člověka s nadváhou) je pro ně dokladem nedostatku sebekontroly a důkazem toho, že svůj život nezvládají. Někdy mají pocity méněcennosti nebo závisti vůči lidem, o kterých si myslí, že si s jídlem zvládají poradit lépe. (Málková, Krch, 2001). Nemocní popisují stavy přejídání jako stavy zoufalství. Tyto epizody jsou rychlé a člověk během nich sní obrovské množství jídla, proto taková nadměrná konzumace jídla bývá označována jako nutkavá a záchvatovitá (Cooper, 1995). Na rozdíl od bulimistického přejídání nejsou u záchvatovitého přejídání užívány žádné prostředky na kontrolu váhy, ani vyvoláváno zvracení (Málková, Krch, 2001).

Nemocný si celý den plánuje podle jídla (případně si ho plánuje jako vyhýbání se jídlu) a má zvláštní rituály, které se týkají potravin a jídla, bojí se zůstat sám s jídlem, má silné pocity viny a zahanbení ve vztahu k jídlu a potravinám, střídá období přejídání a diet, neustále se bojí, že bude obézní (Maloney, Kranzová, 1997).

Člověk se záchvaty přejídání se většinou přejídá o samotě, ve skrytu, často to roky tají. Snaha zachovat toto tajemství ho pak vede k lstivosti a podvádění. Přejídání většinou probíhá na místech s jídlem, tedy v kuchyni nebo po cestě domů z nákupu potravin (Cooper, 1995).

Co se týče výživové hodnoty jídla Cooper (1995) uvádí, že při záchvatu přejedení jedinec konzumuje jídlo, které je více kalorické. Je v něm sice vyšší poměr sacharidů, ale zároveň obsahuje i více bílkovin a tuků.

Každý se může někdy nekontrolovaně přejíst, o záchvatovité přejídání se jedná, pokud k němu dochází s navyklou pravidelností (Málková, Krch, 2001). Hainer (2004) uvádí, že k záchvatům přejídání musí docházet alespoň dvakrát týdně po dobu delší než půl roku.

Maloney a Kranzová (1997) uvádí, že jedinec jí nejen velké množství jídla (například celé dorty), ale také jí denně více než tři hlavní jídla a svačiny.

Pro jedince trpící záchvatovitým přejídáním jsou typické charakteristiky jako nevyvážené stravování, značné omezování se v jídlu (i hladovění) či jednostranný

jídelníček. Ten se střídá s neodolatelnou a nutkavou touhou se přejít. Takové stavy nejsou výjimečné, naopak se s jistou pravidelností opakují (Maloney, Kranzová, 1997).

Biologické faktory záchvatového přejídání.

Biologicky se dá záchvatové přejídání vysvětlit návykem na určité jídlo a reakcí na něj. Člověk trpící záchvatovým přejídáním tyto reakce vyhledává. Jedná se o pocit velmi naplněného žaludku nebo o rychlé zvýšení hladiny krevního cukru.

Jídlo obsahující cukr a škrob působí rychle na zvýšení krevního cukru, který podporuje tvorbu inzulínu, při jehož vysoké koncentraci v krvi dochází ke zvýšenému pocitu hladu. Jedinec pocítí hlad a opět zkonzumuje potraviny bohaté na cukr a škrob (neboli potraviny s vysokým glykemickým indexem GI), jelikož je na ně zvyklý, tím ale dojde k opětovnému zvýšení hladiny inzulínu a následnému pocitu hladu.

U některých lidí je toto kolísání krevního cukru způsobeno zdravotním stavem. V těchto případech se jedná o hypoglykémii. V určitém smyslu je hypoglykémie opakem diabetu. U hypoglykémie je, na rozdíl od diabetu, produkce inzulínu nadměrná. Člověk tak jí více, než jeho tělo potřebuje, a přitom má neustále pocit hladu a neuspokojenosti (Maloney, Kranzová, 1997).

Lidé trpící záchvatovým přejídáním a se sklonem k hypoglykémii mají s cukrem, čokoládou, kofeinem a rafinovanou moukou dvojnásobný problém. Tyto látky mohou vést k vytvoření závislosti a zároveň zvýšit hladinu inzulínu a způsobit její následný pokles (Maloney, Kranzová, 1997).

Mnozí vědci vidí souvislost také mezi návykem na cukr a na alkohol, jelikož alkohol obsahuje cukr. Studie prokázaly, že lidé náchylní k alkoholu jsou rovněž náchylní k nutkavé konzumaci sladkých jídel s obsahem škrobu. Takže vedle psychologických faktorů zde může hrát roli i tělesná závislost organismu na cukru (Maloney, Kranzová, 1997).

Prevalence záchvatového přejídání

Nemoc postihuje obě pohlaví. Ženy tvoří přibližně 85 % osob trpících záchvatovým přejídáním (Maloney, Kranzová, 1997). Poměr mužů a žen je u záchvatového přejídání vyšší než u ostatních PPP (Hainer, 2004).

(Maloney, Kranzová, 1997) uvádí, že toto onemocnění se může rozvinout v jakémkoliv věku od dospívání až do pozdní dospělosti. Hainer (2004) dodává, že jeho výskyt se s věkem zvyšuje.

Někdy se v rodinách přenáší jako dědičný způsob reakce v určitých emocionálních situacích a můžeme se s ním setkat v různých společenských vrstvách a kulturách (Maloney, Kranzová, 1997).

Záchvatovitěho přejídání a obezita

Čím těžšího stupně obezita je, tím častěji se lze setkat se záchvatovitým přejídáním. Jak jsem již zmínila, záchvatovité přejídání není spojeno s kompenzačním chováním, častěji se jedná o nezdravou sebekontrolu a nevhodné stravovací návyky (Hainer, 2004).

Je důležité si uvědomit, že člověk může být obézní a nemusí se záchvatovitě přejídat. Jiný člověk může být štíhlý a mít přitom nutkavý vztah k jídlu (Maloney, Kranzová, 1997).

Genetické faktory se na hmotnosti člověka podílí z 25–40 %. Ještě větší je podíl genetiky u poměru tělesného tuku a aktivní hmoty (Krch, 1999).

Jedinci trpící touto nemocí často prokládají záchvaty přejídání sériemi diet, což způsobuje, že tito lidé, nejčastěji ženy, mají většinou průměrnou tělesnou hmotnost, to ale neznamená, že jsou méně posedlé jídlem než lidé, kteří se nutkavě přejídat a jsou obézní. Ať už nutkání k jídlu vzdorují nebo podléhají, ať přibývají na váze nebo ne, svůj emocionální život organizují podle pocitů vůči jídlu a tělesné hmotnosti. Tomuto onemocnění často předchází právě nevyvážené stravování a redukční diety (Maloney, Kranzová, 1997).

Záchvatovité přejídání tedy není určováno množstvím jídla nebo tělesnou hmotností, ale způsobem, jakým se člověk vypořádává s jídlem, potravinami a tělesnou hmotností, která proto není správným ukazatelem vztahu k jídlu. Pokud má člověk opravdové potěšení z jídla, nepronásledují ho pocity viny a hanby, když si dopřeje velkou porci, na jídle oceňuje jeho chuť i výživovou hodnotu, nepovažuje ho za zdroj útěchy a způsob odreagování hněvu a uklidnění, pak netrpí záchvatovitým přejídáním, přestože není příliš zdravě (Maloney, Kranzová, 1997).

3 Nutkavé a impulzivní poruchy, závislí lidé

Ačkoliv je tato kapitola spíše okrajová, nakonec jsem se rozhodla ji zařadit. V literatuře Anonymních přejídačů jsem totiž narazila na to, že se často nazývají „kompulzivními⁵ přejídači“. Z mého výzkumu dále vyplynulo, že některé ženy považují svoji nemoc za obsedantně kompulzivní poruchu. Tato diagnostika není zřejmě zcela přesná ve všech ohledech, přesto se v patologickém vztahu k jídlu, který se podobá závislosti, vyskytují prvky chování, které lze označit za kompulzivní, impulzivní a zkratkovité, včetně výskytu se obsesních myšlenek na jídlo.

Nutkavé a impulzivní poruchy (F63)

Tyto poruchy se vyznačují nutkáním k určitým činnostem. Toto nutkání je doprovázeno tenzí a napětím. Pokušení k provedení impulzů je neodolatelné a jejich realizace je spjata se vzrušením nebo uspokojením. Bezprostředně po činu se dostavuje uvolnění tenze a libé emoce. Následně se mohou dostavit výčitky svědomí. I přes negativní důsledky v oblasti života, vztahů, práce ale i financí je u člověka tendence k opakování. Vzhledem k podobným atributům lze tyto tendence, pocity a chování přirovnat k sexuální touze, sexuálním aktivitám a následnému uvolnění. Samotný čin je v rámci nutkavých a impulzivních poruch označován jako egosyntonní⁶ a vychází z vědomého přání. Opakem je například obsedantně-kompulzivní porucha, u které je kompulze egodystonní⁷ (Orel, Heřman; Kaláb, Koranda, Šimonek, 2012).

Nutkavé (kompulzivní) jednání

Takové jednání bývá projevem vtíravých (obsedantních) myšlenek, velmi zatěžuje život jedince, jelikož ho nutí k často velice nesmyslným činům. Nutkavé jednání patří mezi návykové a impulzivní poruchy (Pavlovský, 2012).

⁵ kompulzivní - nutkavé jednání člověka, nedostatečně řízené rozumově (příp. pro nedostatečnou schopnost sebekontroly -tiky, opakované pohyby či jejich souslednosti, opakované ujišťování se o uzamčení bytu, zavření plynu ap.)

⁶ ego-syntonní - je označením pro nemoc, nejčastěji poruchu osobnosti, kterou jedinec vnímá jako svou součást a nesnaží se jí zbavit, důsledky nechápe v souvislosti se svou osobou

⁷ egodystonní - jedinec svou nemoc vnitřně nepřijímá, nepovažuje ji za součást své identity, a vnitřně se od ní distancuje

Impulzivní jednání

Impulzivní jednání patří k poruchám jednání. Impulzivní jednání bývá také definováno jako provedení okamžitého nápadu (lze říci, že chorobného nápadu). Impulzivní jednání bývá často slepé a nepředchází mu úvaha (Pavlovský, 2012).

V MKN-10 slovo impulzivní popisuje osobnost emočně nestálou s nedostatečnou kontrolou jednání a chování (Pavlovský, 2012).

Impulzivita je významnou složkou temperamentu, což dokládá následující vysvětlení. Existují tři hlavní temperamentové faktory: sklon k negativním emocím, sklon k pozitivním emocím a sklon z dezinhibici (odbrždování). Právě dezinhibice se silně uplatňuje při regulaci emocí. Může tak souviset právě s impulzivitou (Říčan, 2010).

Cloninger (2004, in Říčan, 2010) pracuje se čtyřmi dalšími temperamentovými dimenzemi: vyhýbání se poškození, vyhledávání nového, závislost na odměně a vytrvalost. Tyto oblasti temperamentu mohou také hrát významnou roli při vzniku a udržování patologického vztahu k jídlu.

Zkratkové jednání

Pavlovský (2012) popisuje toto chování jako zbrklé jednání bez rozmyslu, v každodenním životě velmi časté. Jedinec jedná zkratkovitě, aby uspokojil své potřeby a aby unikl z nepříjemné situace (Pavlovský, 2012).

Obsedantně kompulzivní porucha a závislost na jídle

Nedávné výzkumy prokázaly, že obsedantně kompulzivní porucha (dále pouze OCD) není jen úzkostná porucha. Na mechanismu jejího fungování se významně podílí aktivita mozku, která reaguje na podněty z vnějšku. Ve výzkumech na toto téma vědci předkládali lidem obrázky slastného jídla. Po promítnutí takového obrázku se významně zvýšila aktivita částí mozku stimulující chuť a vzrostla aktivita prefrontální mozkové kůry. Afektivní chování jedince v oblasti emocí tak může být do značné míry stimulováno vnějšími podněty a dále může stimulovat systém odměny (Gold, 2004).

Závislí lidé

Popis závislých lidí, jak ho uvádí Plamínek (2008, 176) je jednoduše aplikovatelný také na vztah k jídlu: „*Závislí lidé opírají své chování především o reakce na přicházející podněty. Navyklé vzorce chování opakují i v případě, že znají jejich negativní dopad (názorně je to vidět u kuřáků a alkoholiků).*“ Lidé závislí na jídle jsou si ve většině případů plně vědomi negativ, které jim nadužívání jídla způsobuje, přesto nejsou schopni s přejídáním přestat. Tito lidé často na vnitřní i vnější podněty, které je pobízí k přejedení, reagují spontánně.

4 Závislost na jídle

Je všeobecná tendence nazývat závislost na jídle jemnějším termínem než je závislost. Dlouho se věřilo, že závislost na jídle je, na rozdíl od závislosti na alkoholu nebo na drogách, pouze poruchou síly vůle a nemá biologický základ (Avena, 2010).

Avena (2010) ale považuje závislost na jídle za diagnózu s podobným mechanismem vzniku, jako je tomu u jiných drog. Drogy i jídlo totiž aktivují systém odměny v mozku, který stimuluje chování ve vztahu k jídlu (Volkow, Wise, 2005).

Dow (in Conner, 2013) přiznává, že závislost na jídle je stejně reálná jako závislost na drogách a alkoholu a dodává, že může být těžší překonat závislost na jídle než závislost na ostatních drogách.

Pravděpodobně nejzřetelnějším dopadem závislosti na jídle je nadváha nebo obezita. Jen někteří obézní ale vykazují znaky závislosti na jídle a food craving. U ostatních se jedná o nevhodné stravovací návyky a podobně (Volkow, Wise, 2005).

Závislost je nemoc, a jelikož v psychologické praxi v současnosti převažuje přístup k dimenzi zdraví-nemoc, tzv. Engelův bio-psycho-sociálně-spirituální model, který pohlíží na zdraví-nemoc ze čtyř vzájemně propojených oblastí, jak uvádí Baštecká (2003). Následně popíši v této kapitole závislost na jídle z pohledu těchto dimenzí.

4.1 Diagnostická kritéria závislosti na jídle

Bouček (2006) uvádí diagnostická kritéria pro závislosti, jak jsou popsána v MKN-10. Ke stanovení definitivní diagnózy by mělo dojít pouze tehdy, když u jedince dojde v průběhu jednoho roku k minimálně třem následujícím projevům: Silná touha, pocit puzení, zhoršené sebeovládání, růst tolerance, zanedbávání ostatních činností, somatický (tělesný) odvykací stav či pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Pro případ závislosti na jídle existují dle Katherine (1996) následující diagnostická kritéria korespondující se závislostmi obecně. Jedinec má neodolatelnou touhu jíst a konzumaci nemá pod kontrolou, své dávky zvyšuje, zanedbává své zájmy, práci, rodinu, intimní vztahy, přátelství. Negativní důsledky se projevují také v morální a duchovní

oblasti nebo ve vztahu k právu. Pokud nepřijímá potravu, objeví se u něj abstinenční příznaky. Závislý konzumuje jídlo, i když mu činí problémy.

4.2 Ztráta kontroly

Ztráta kontroly nad jídlem může být charakterizována mnoha způsoby. Ztrátu kontroly lze vidět nejen v nadměrném množství jídla. Člověk může ztratit kontrolu nad tím, jaký druh jídel si vybírá, jedení jednoho typu jídel nebo disproporce mezi druhy jídla znamená určitou ztrátu kontroly. Závislý například jí velké množství cukrů a škrobů, konzumuje hodně pečiva a zeleniny, nebo naopak jí hodně smažených jídel a vynechává ovoce a zeleninu, což jsou další způsoby nevyváženosti v jídle. Někteří závislí jí zdravá, vyvážená jídla, ale ve dvakrát nebo třikrát větším množství než jejich tělo opravdu potřebuje (Katherine, 1996).

Ztráta kontroly se také projevuje jako neschopnost zastavit jedení, které už začalo. Může znamenat i silné nutkání jíst, kterému nelze odolat. Člověku se například vybaví jen představa konkrétního jídla, kterou následuje nucení k tomu ho získat a sníst. Toto nutkání je velice silné a téměř nevědomé (Katherine, 1996).

Nutkání může být tak silné, že člověk lže nebo manipuluje ostatními, aby svoje nutkání uspokojil. Může lhát, přestože je hluboce věřící nebo spirituálně a úzkostlivě čestný v ostatních oblastech života. Nutkání je však tak silné, že jedinec pohrdá vlastními morálními standardy. Pro mnoho závislých na jídle je jednodušší nejíst vůbec, než zastavit jedení, které už začalo. Toto hledisko závislosti na jídle vede ke zvláštním stravovacím návykům, jako je hladovění celý den a následnému jedení před spaním, což jen podporuje nekontrolované jedení a přibírání na váze (Katherine, 1996).

Ztráta kontroly může spočívat i v jedení v nevhodné časy nebo na nevhodných místech. Další znakem závislosti je například neustálé jedení během dne. Varovným signálem může být, když má jedinec potřebu jíst v situacích, ve kterých jíst není obvyklé. Kromě normálního stravování patří mezi takové vzorce chování schovávání jídla na tajná místa a vyčkávání na situaci, kdy jedince při konzumaci nikdo nepřistihne (Katherine, 1996).

Ještě dalším příkladem ztráty kontroly je ustanovování extrémních opatření k získání jídla, dokonce riskování zraněn (například riskování dopravní nehody při přejíždění plného pruhu silnice, aby jedinec získal sladkost, po které touží) (Katherine, 1996).

Nešpor (2007) uvádí dvě situace, při kterých nejčastěji dochází ke ztrátě kontroly. Za prvé jsou to situace, kdy si člověk nedostatečně uvědomuje své emoce a to například ve stavu únavy a vyčerpání. Další typické situace jsou takové, kdy se člověk vyrovnává s aktuálním bažením nebo se nachází se v rizikovém prostředí, kde je recidiva rychlá a impulzivní (Nešpor, 2007).

Krch (2008) dodává, že ztrátu kontroly nad jídlem může způsobovat vzpomínka na přejedení v minulosti.

5 Příčiny vzniku závislosti na jídle

Neexistuje jeden jediný model vzniku závislostí. Nemůžeme popsat přesnou osobnost budoucího závislého, ale můžeme identifikovat rizikové faktory. Jedná se o multifaktorový model vzniku závislostí (Bouček a kol., 2006).

Současné moderní pojetí vzniku závislostí se shoduje na mnohočetné podmíněnosti vzniku, nazývaný multifaktorový model. Tento model neuvádí jednoznačné specifické faktory, ale vychází z toho, že rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické. V oblasti rodinných vztahů se předpokládá narušený vztah matka-dítě, dle novějších poznatků se pozornost začala upínat na vztah otec-dítě.

Většina zmíněných faktorů může sehrát roli při vzniku závislostí. Některé osobností rysy a rodinné vztahy mohou podněcovat vznik návyků a závislostí, některé je doprovázejí nebo vznikají jako důsledek (Kalina, 2008).

Jak už jsem zmínila, Baštecká (2003) popisuje Engelův bio-psycho-sociálně-spirituální model, ze kterého budu vycházet.

5.1 Psychická závislost na jídle

Příkladem psychické závislosti jsou například situace, kdy dotyčný sahá po sladkém, jakmile přijde z práce, aby se odměnil za celý den. Konzumuje karbohydráty, aby se zbavil hněvu. Psychickou závislost si jedinec vytváří, když opakovaně zneužívá jídlo k vyrovnání se náročnými životními situacemi (Katherine, 1996).

Někteří lidé si vytvoří vztah k jídlu rychle a pevně. Mnoho kompulzivních přejídačů začalo velice brzy. Někteří z nich se mohou rozpomenout na to, jaké úsilí věnovali získání sladkého už v pěti letech jejich života. Jasně si dokážou vzpomenout na chuť, vůni i konzistenci sladké tyčinky, kterou jedli. Jiní vytvářeli složité plány a vynaložili mnoho úsilí k získání sladkého (Katherine, 1996).

Význam stresu

Novější výzkumy poukazují na roli aktuálního i vývojového stresu při vzniku i průběhu PPP, potažmo závislosti na jídle. Význam stresu pro individuální průběh onemocnění se liší. Stres má dopad především u jedinců s porušenými adaptačními

schopnostmi. V takovém případě je v léčbě důležité pochopení dopadu stresu a posílení zdravějších adaptačních mechanismů, než je manipulace s jídlem. Hladovění i přejídání modifikuje emoční změny navozené stresem (Papežová in Fišar, 2009).

5.2 Sociální faktory

Za sociální faktory jsou označovány dva nejdůležitější vlivy, a to rodina a sociální skupina. V rodině hraje roli tlak na výkon, tlak na školní a pracovní úspěchy, důraz na vzhled, diety rodičů apod. To vše si potomci zredukuje na kontrolu nad jídlem, je to něco, co mohou ovládat, když nic jiného nefunguje. Důležitá je zde výchova, například byly popsány tzv. anorektické matky, které jsou hyperaktivní, obtěžující a dominantní. Na rozvoj PPP mají vliv i stravovací návyky vycházející z původní rodiny (Krch, 2005).

V rodinách s PPP je možné dohledat problém s příjmem potravy až ve druhé nebo třetí generaci. Problém je v rodinách často utajovaný a neléčený (Papežová, Hanusová, 2012).

Rizikovější může být také pokud byli rodiče obézní nebo byli součástí nějakého rigidního systému jako je například náboženská sekta, nebo pokud byli kompulzivní pracovníci, sexuálně kompulzivní nebo perfekcionisti (Katherine, 1996).

Faibrun in Krch (2008) uvádí, že například u mentální anorexie se vyskytuje ve 24 %⁸ komorbidita s alkoholismem a ve 23 % komorbiditu s depresivitou u rodičů.

Negativní vztah ke zvýšenému BMI byl prokázán v rodinách s rodiči, kteří měli vyšší vzdělání a také ve vícedětných rodinách (Maddi a kol. in Papežová, 2010).

5.3 Kulturní a environmentální faktory

Vlivem sociokulturního, technického a ekonomického vývoje západní společnosti se změnil životní styl jejich obyvatel, stejně jako způsob uspokojování základních potřeb. Rapidně se změnilo zevní prostředí, včetně jídelních a pohybových zvyklostí (lehčí a pohodlnější obstarávání potravy, sedavý způsob zaměstnání, až 50 % lidí se stravuje mimo domov). Významný je i vliv reklamy a nedostatečné informace o potravinách. Tyto změny s sebou přinášejí rychlý vzestup počtu lidí s nadváhou a obezitou (Hainer, 2004).

⁸ komorbidita - výskyt více nemocí najednou

Na druhou stranu se zvyšuje tlak proti tomuto trendu (předpokládaná představa, že skutečně spokojený a šťastný může být jen štíhlý jedinec). Tento tlak způsobuje nárůst psychogenních poruch příjmu potravy (Hainer a kol., 1999 in Hainer 2004).

Společenské klima ovlivňuje všechny bez výjimky, záleží na tom, do jaké míry přijímáme tyto vzory a jak sami sobě věříme. Kultura dnešní doby zdůrazňuje štíhlost. Na druhou stranu ale nabízí snadný přístup k vysoce chutným a kalorickým jídlům. Přes rozšíření různých diet a kultu štíhlosti, lidí s obezitou narůstá. Nejnovější výzkumy ukazují, že dietní chování a nezdravá kontrola váhy v dospívání predikují větší nárůst hmotnosti v budoucnosti (Papežová, Hanusová, 2012).

Kulturní teorie jsou podporovány především rostoucím výskytem PPP v zemích „západního světa. Důležitým faktorem je i předpojatost vůči obézním, kteří bývají považováni za líné, hloupé, ošklivé. Vliv má také tlak na ženy na jejich profesní uplatnění (Krch, 2005). Kromě idealizace štíhlosti, skandalizace obezity a dramatizace zdravotních důsledků i mírné obezity hraje vliv životní styl a žebříček hodnot více orientovaný na zevnějšek (Papežová, Hanusová, 2012).

Nové tisíciletí odkrylo i možný vliv patogenetických faktorů, kterými jsou doba spánku,⁹ adenovirové infekce, klimatizace v létě a přetápění v zimním období a podobně (Hainer, 2004).

5.4 Biologické faktory

Mezi biologické vlivy vzniku závislosti na jídle řadíme nervovou a humorální soustavu, genetiku, pohlaví, tělesné dispozice, včetně vulnerability ke vzniku různých nemocí. Významný je i neurobiologický mechanismus vzniku závislostí, který podrobně popíší později (Katherine, 1996).

Je zajímavé spojení závislosti na alkoholu a závislosti na jídle. Závislost na jídle se častěji vyskytuje ve stejných rodinách jako závislost na alkoholu, což naznačuje podobný chemický základ. Na druhou stranu závislí na jídle mají vysoké riziko závislosti na alkoholu (Katherine, 1996).

⁹ adenoviry - živočišné viry vyvolávající například infekční onemocnění dýchací soustavy

Fyzická a neurobiologická složka závislosti na jídle

Nahlížení na podstatu závislostí prošlo dlouhým a zajímavým vývojem. Od krajně pojímaných morálních modelů přes modely sociální a model úzce medicínský, až k dnešnímu modelu komplexnímu. Když je postihnuta jedna dimenze bio-psycho-sociálně spirituálního modelu, nastává nerovnováha. Závislost na jídle je do značné míry porucha chemické stránky, což následně působí na fyzickou stránku (obezitu, diabetes, nemoci srdce, problémy s klouby a někdy bulimii nebo anorexii) a emoční stránku jedince (nedostatečné sebehodnocení, deprese, izolace, samota, beznaděj, bezmoc). Závislost na jídle je biochemický problém, který bývá často zaměňován s nedostatečnou vůlí. Výzkumy, ve kterých byl snímán obraz mozku, prokázaly, že mozek obézních lidí je podobný mozku drogově závislých (Conner, 2013). Tento koncept byl nejdříve postaven na klinické zkušenosti. S rozvojem neurověd ale došlo k vytvoření silného modelu závislosti založeného na objektivnějších neurobiologických poznatcích (Jiří Dvořáček in Kalina, 2008).

Ve svých různých podobách tento model vychází z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích, v češtině nazýván jako systém odměny. Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je to, jak působením agens (drogy) na biologický substrát (mozek) dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží na závislost jako na chronické recidivující onemocnění mozku (resp. systému odměny), který má behaviorální projevy. Mezi behaviorální projevy patří kompulzivní charakter užívání látky, preference drogy před přirozeným zdrojem odměny, silná kontrola podnětů spojených s užitím drogy (nebo s možností drogu užít). V mozku dochází k trvalým změnám, které způsobují vysokou tendenci k relapsu¹⁰ a to i po letech abstinence (Jiří Dvořáček in Kalina, 2008).

Řízení chuti k jídlu, hladu a tělesné hmotnosti je složitým mechanismem a podíl na něm má velké množství neuronálních mechanismů (Papežová in Fišar, 2009).

10 relaps - Návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Někteří autoři odlišují relaps a laps (uklouznutí), označující izolované užití alkoholu nebo drog. (www.drogy-info.cz, 2010)

Potravné chování a dlouhodobá regulace váhy a obsahu tuku v těle jsou zprostředkovány komplexní interakcí centrální nervové soustavy a periferních orgánů (látkami peptidické povahy, hormony trávicí soustavy, leptinem, inzulinem, glukokortikoidy). Vnímání sytosti a chutí ovlivňuje objem potravy, její kvalita a skladba. Periferní signály ovlivňují hladinu exogenních a anorexigenních neurotransmiterů a neuropeptidů v hypotalamu a dalších oblastech mozku, které centrálně regulují příjem potravy, energetický metabolismus, tělesnou váhu a tělesnou aktivitu (Papežová in Fišar, 2009).

Neuropřenašeče, endorfiny, enkefaliny

Mezi neuropřenašeče, které mají vliv na konzumaci jídla, řadíme noradrenalin, serotonin, endokanabinoidy a dopamin (Hainer, 2004).

Endorfiny jsou v rozdílné chemické třídě než serotonin, přesto obě tyto látky hrají v závislosti na jídle významnou roli (Katherine, 1996).

Endorfiny a enkefaliny poskytují úlevu od bolesti a vyvolávají pocit radosti. Když sníme potravu, endorfiny se uvolní a člověk se během konzumace potravy cítí dobře (Katherine, 1996).

Serotonin podněcuje relaxaci, úlevu od bolesti a stresu a snižuje úzkost. Dopamin poskytuje vzrušení a nabuzení (Conner, 2013).

Serotonin i endorfin jsou uvolňovány a vysoce koncentrovány v částech mozku, které regulují jedení, spaní, agresi, pití a sex (Katherine, 1996).

Je pravděpodobné, že člověk se stává závislým na jídle, pokud dojde k narušení fungování serotoninu a nerovnováze v uvolňování endorfinů a enkefalinů (Katherine, 1996).

Serotonin

Serotonin je produkován amonikoysleninou tryptoptalon, která jakmile se dostane k neuronu, vyrobí a uvolní serotonin (Katherine, 1996).

Situace se změní, když tělo přijme karbohydráty. Cukr a škroby zvyšují krevní cukr. Vysoký krevní cukr falešně uvolňuje inzulin, který způsobí, že začne kolísat množství aminokyselin ve svalech, které vylučují tryptoptalon. Tělo se jeho množství tryptoptalonu

snaží udržet, k čemuž potřebuje energeticky bohatá jídla (Katherine, 1996). Michaelas (2013) podotýká, že serotonin se může začít produkovat už při pohledu na oblíbené jídlo.

Lidé citliví na alkohol a závislost na jídle mají pravděpodobně poruchu serotoninových funkcí. Buď je produkováno nedostatečné množství serotoninu, nebo se uvolňuje dost snadno. Lidé, kteří nemají dostatek serotoninu, se cítí více ve stresu a bolesti více akutně než ostatní lidé s normálním množstvím. Některým lidem může dokonce nedostatečná úroveň serotoninu způsobovat deprese (Katherine, 1996).

Při konzumaci rafinovaných karbohydrátů jako jsou cukr, těstoviny, alkohol nebo bílý chléb, se serotonin produkuje a uvolňuje. Když je někdo ve stresu nebo je nešťastný, serotonin mu poskytuje úlevu. Takže lidé, kteří baží po karbohydrátech, jich mohou sníst obrovské množství ve snaze zlepšit náladu nebo napravit nedostačující chemické fungování. A právě na této reakci si člověk může vytvořit závislost (Katherine, 1996).

Studie potvrzují, že serotonin také snižuje konzumaci potravy. Jakmile serotonin dosáhne určité hranice, člověk by měl přestat jíst. Při poruše této zpětné vazby člověk například sní bochník chleba a nic mu neřekne „stop“ (Katherine, 1996).

Porucha v produkci serotoninu může také způsobovat craving. Člověk není morálně slabý ani nedisciplinovaný, ale jeho tělo si stále říká o další jídlo. Je tedy možné, že takový člověk má méně serotoninu než většina lidí. Tento stav je pravděpodobně zděděný (Katherine, 1996).

Michaelas (2013) uvádí, že obézní lidé mají stejně jako lidé závislí na drogách méně dopaminových receptorů. Vědci zatím neobjasnili, zda se receptory unaví opakovaným přísunem dopaminu vlivem drogy (záchvatů přejídání) nebo jestli se závislí lidé již narodili s menším množstvím receptorů. Podstatný výsledný efekt, který působí, že jedinec chce stále více své drogy. V případě závislosti na jídle může pomoci přirozené zvýšení hladiny dopaminu a to například prostřednictvím cvičení nebo dostatečného přísunu bílkovin (Michaelas, 2013).

Endorfiny

Endorfiny způsobují, že se cítíme dobře. Když jedinec jí cukr, beta-endorfiny se uvolňují, které způsobí, že člověk chce jíst cukru více. Další dávka cukru uvolní více beta-endorfinů a stimuluje další konzumaci potravy. Lidé, kteří jsou na tento mechanismus

citliví, mohou jíst enormní množství jídla a pořád nejsou zcela uspokojeni, mají tak problém přestat jíst, když už začali (Katherine, 1996).

U lidí, kteří se kompulzivně přejídají, bylo objeveno větší množství beta-endorfinů a menší množství specifického druhu enkefalinů (-látky endorfinům podobné), než je normální množství u zdravých jedinců (Katherine, 1996).

Přítomnost beta-endorfinů tak stimuluje potřebu konkrétního jídla. Výzkumníci zjistili, že při dlouhodobé konzumaci velkého množství cukru, se nervové buňky mění podobným způsobem, jako je tomu například u závislosti na kokainu. Cukr ovlivňuje jiné nervové buňky než například zmíněný kokain. (Katherine, 1996).

Neurotransmitery a temperament

Kagana (in Říčan, 2010) rozlišuje tzv. inhibované a neinhibované děti. Inhibované děti utíkají před novými podněty, zatímco neinhibované děti s radostí přijímají a prozkoumávají nové podněty. Následně bylo zjištěno, že amygdala mladých dospělých, klasifikovaných v raném dětství jako inhibovaní, reagují na nové podněty silněji než amygdala neinhibovaných (Schwartz in Říčan, 2010). Významnou roli v tomto procesu hrají také neurotransmitery, které přenášejí informace mezi neurony. Jedním z nich je dopamin, který odměňuje mozek za úspěšnou práci (a jehož účinek napodobuje kokain), serotonin je pak spojen s depresivitou, agresí a impulzivitou (Říčan, 2010).

Centrální opioidní systém

Centrální opioidní systém ve ventrálním ¹¹striatu a ostatních limbických strukturách hraje roli v rovnováze mezi hedonickou hodnotou jídla (v reward systému působí jídlo jako odměna) a pocitem sytosti a chuti k jídlu. Působením na D2 receptory¹² hypotalamu tlumí pocit hladu, snižuje příjem potravy (především proteinů) a vede k hyperaktivitě, často pozorované u pacientek AN (Papežová in Fišar, 2009).

¹¹ Striatum neboli corpus striatum je nejobemnější část bazálních ganglií (Dylevský, 2009).

¹² D2 receptory - dopaminové receptory, které jsou v jiných částech mozku, např. v striatu

Hypotalamické hormony a hormony gastrointestinálního traktu

Významný vliv mají i nově objevené hypotalamické hormony (neropeptid Y, orexiny, agouti-related peptide, melanocyty koncentrující hormon) a hormony gastrointestinálního traktu (inzulín, amylin, cholecystokinin, glucagon-like peptide-1, gherlin, oxyntomodulin, peptid YY), které ovlivňují řízení energetické rovnováhy (Hainer, 2004).

5.5 Genetické faktory

Ke stigmatizaci závislostí a obezity přispívá všeobecné mínění, že přejídání a užívání drog jsou kompletně pod kontrolou vůle. Závislost a obezita jsou multifaktoriální onemocnění na které mají významný vliv také genetické komponenty. Výzkumy ukazují, že zřejmě existuje polygenní genotyp, který zvyšuje riziko obezity a závislosti (Volkow, Wise, 2005).

Volk a Wise (2005) uvádí, že 40–60 % náchylnosti k závislostem a 50–70 % variability v body mass indexu je geneticky podmíněna.

Dle Krcha (1999) se na hmotnosti člověka genetické faktory podílí z 25–40 %. Významný je také podíl genetiky v poměru tělesného tuku a aktivní hmoty.

K pochopení interakce mezi genetickými faktory a prostředím při rozvoji obezity dále přispěly dvojčecí studie Alberta Stunkarda (Hainer, 2004).

Dle Stunkarda (in Hainer a kol., 2004) má dědičnost na vzniku obezity významný podíl. To bylo zjištěno na studii dvojčat, která od narození žila v odlišném prostředí. Téměř dvakrát vyšší korelace BMI byla u dvojčat monozygotních bez ohledu na faktor vnějšího prostředí.

Člověk je k závislosti na jídle náchylnější, v případě, že jeho rodiče byli závislí na alkoholu či cukru, trpěli depresemi nebo měli problémy s vysokým krevním cukrem (Katherine, 1996).

6 Cukr jako droga

6.1 Karbohydráty

Nyní se budu krátce věnovat karbohydrátům neboli sacharidům. Tato podkapitola je důležitá pro pochopení toho, jak se v lidském těle vytváří energie z jídla a jak vlastně může fungovat případný mechanismus závislosti.

Karbohydráty je jedno z označení pro sacharidy. Bývají označovány také jako glycidy nebo cukry. Dnes méně používanými názvy jsou právě karbohydráty nebo uhlovodany (Grosvenor, 2009).

Sacharidy, tuky a bílkoviny jsou základní makro živiny. Sacharidy jsou obsaženy ve veškeré potravě kromě živočišných tuků a masa. V přirozeném stavu jsou obsaženy v ovoci, zelenině, luštěninách, mléce. Existují tři duhy sacharidů: monosacharidy, disacharidy a polysacharidy (Grosvenor, 2009).

Monosacharidů a disacharidům se říká jednoduché cukry, které mají sladkou chuť. Příkladem monosacharidů je glukóza (krevní cukr), galaktóza (v mléce), fruktóza (ovocný cukr obsažený v ovoci, zelenině, medu). Disacharidy jsou maltóza (vzniká během trávení škrobů, projevuje se jako například nasládlá chuť po konzumaci pečiva), sukrosa (klasický bílý cukr), laktóza (mléčný cukr obsažený v mléce) (Grosvenor, 2009).

Polysacharidy neboli složené (komplexní) cukry nemají sladkou chuť a měly by tvořit většinu naší potravy. Patří sem škrob a vláknina. Škrob by měl tvořit 65% naší potravy, je nejrychlejším a nejefektivnějším zdrojem energie. V rychlosti trávení je důležitý rozdíl mezi rafinovanými a celozrnnými škroby (Grosvenor, 2009).

Sacharidy začínáme trávit v ústech a následně v tenkém střevě, odtud přechází do buněk, kde se přeměňují na energii. Glykemická odezva je doba je doba za kterou člověku stoupne hladina cukru v krvi.¹³Rafinované potraviny (bílý cukr, bílá mouka, loupaná rýže) a potraviny s vysokým obsahem monosacharidů a polysacharidů mají krátkou tuto dobu odezvy, jelikož se velice rychle dostávají do krevního oběhu (Grosvenor, 2009).

¹³ rafinované potraviny (čištěné sacharidy) jsou cukry, škroby, které jsou během průmyslového čištění zbaveny vlákniny, rafinované potraviny jsou vysoce čištěné škroby a cukry

6.2 Krevní cukr

Dalším důležitým biochemickým faktorem závislosti na jídle je hladina cukru v krvi (glukóza), na které závisí pocit hladu. Když množství glukózy klesne pod určitou hladinu, člověk pociťuje hlad. Poté, co přijme potravu, zvýší se mu hladina glukózy, a do dvaceti minut přestává hlad cítit. Během zpracovávání krevního cukru pracuje i endokrinní systém, konkrétně slinivka, která vyplavuje inzulín. Čím víc se hladina krevního cukru zvyšuje, tím více inzulínu se vyplavuje. Některé potraviny jako jsou sladkosti, pečivo, alkohol, kofein, způsobují rychlý nárůst glukózy.

Když tělo přijme potraviny s vysokým glykemickým indexem (GI) jakou jsou cukr, škrob, rafinované a energeticky bohaté potraviny, produkce inzulínu prudce vzroste a krevní tlak se rychle snižuje a klesá na nepříjemně nízkou hodnotu. V důsledku toho pak dochází ke změnám v hodnotách krevního cukru, což vede k trvale vyšší produkci inzulínu, a způsobuje stav hypoglykémie. Když uplyne určitá doba od konzumace potravy, člověk pociťuje silný pocit hladu, zmatenost, není schopný se soustředit na cokoli jiného než na jídlo.

Je tak možné si vypěstovat jistý druh závislosti na cukru nebo kombinaci cukru a kofeinu. Pokud si organismus přivykne na rychlé povzbuzení krevního cukru těmito potravinami, bude bez nich pociťovat abstinenční příznaky, jako bolesti hlavy, nevolnost, nepříjemné fyzické pocity (Maloney, Kranzová, 1997). Dalším předpokladem vzniku závislosti na jídle je výživa matky a dítěte v prenatálním a časně postnatálním období, včetně kojení (Hainer, 2004).

Inzulín také slouží jako signál sytosti v těle, ale periferně vyplavovaný inzulín chuť k jídlu stimuluje. Slinivka může inzulín vyplavovat již při pohledu na jídlo.

6.3 Vliv cukru na mozek a chování

Z kvalitativního hlediska můžeme nahlížet na cukr jako na drogu, minimálně podle jeho neurofyzilogických a neurobiologických účinků. Vědci tyto účinky testovali na krysách (Maloney, Kranzová, 1997). Pro objasnění tento zajímavý výzkum zkráceně popíši.

Jedné skupině krys byla, v několika týdenních cyklech, obvyklá strava doplňována chutným a kaloricky vydatným jídlem. Kontrolní skupině vědci podávali pouze zrní. Hlodavcům více chutnala vydatnější strava, kterou se začaly přejídat, a brzy si na ni zvykli

a tloustli. Když jim pak byla strava s velkým množstvím cukru a energie odebrána, začala se u krys projevovat úzkost, a dokonce abstinenční příznaky. Dále se u nich vyskytl stres, který se snížil až při opětovném přísunu cukru. Zároveň s těmito změnami se měnily reakce centra radosti v mozku, tzv. amygdaly, která je zodpovědná za prožívání slasti a která reagovala stále méně (Maloney, Kranzová, 1997).

Po tomto experimentu začali vědci krysám podávat látku blokuující stres, po které se krys uklidnily, a po které jim normální strava začala chutnat. Tento blokátor byl později zkoušen i u lidí, u kterých sice redukoval úzkost a abstinenční příznaky, ale způsoboval jim selhání ledvin.

Souběžně s těmito změnami se měnilo i chování hlodavců. Ti byli naučeni, že v momentě rozsvícení červeného světla dostanou elektrický šok. Kontrolní skupina hlodavců, kterou krmili zrním, se při rozsvícení červeného světla lekla a přestala žrát. Druhá skupina, která se stravovala energeticky obohacenou stravou, v konzumaci pokračovala. Ani elektrický šok do srsti je neodehnal od slastné potravy. Studie ukázaly, že zvířata ztratila kontrolu nad svým chováním, což je jeden ze znaků závislosti (Maloney, Kranzová, 1997).

Stejně jsou reakce mozku u všech ostatních závislostí, kdy je ke stejnému prožitku potřeba stále vyšší dávky. Podle vědců je tento výzkum důkazem toho, že závislost na drogách a obezita jsou založeny na stejných neurobiologických mechanismech (Maloney, Kranzová, 1997).

Cukr stimuluje pomocí neurotransmiteru dopaminu centra odměny v mozku, stejně jako jiné návykové látky. Zobrazovací metody mozku (PET skeny) ukazují, že potraviny bohaté na cukr a potraviny s vysokým obsahem tuku fungují v mozku stejně jako heroin, opium nebo morfin (Maloney, Kranzová, 1997).

PET skeny také ukázaly, že obézní lidé a drogově závislí mají nižší počet dopaminových receptorů, takže je více pravděpodobné, že touží po látkách, které zvyšují dopamin (Maloney, Kranzová, 1997).

Lidé závislí na jídle tak stále jedí velké množství energeticky bohatých a nezdravých potravin, i přes závažné sociální a osobní negativní důsledky, stejně jako lidé závislí na alkoholu, kteří pokračují v pití i přes objektivní potíže (Maloney, Kranzová, 1997).

Abstinenční příznaky jsou při omezení cukru podobné jako u lidí závislých na detoxikačních drogách (Maloney, Kranzová, 1997).

Fyzická závislost navíc vzniká i tím, že nervové buňky vyvinou další receptory kvůli změněnému množství neurotransmiterů. Tyto receptory už nikdy nezaniknou, takže jakmile závislý opět užije drogu, bez ohledu na délku abstinence, začne užívat drogu opět velice rychle (Katherine, 1996).

Vincenzo Campaneli (in Maloney, Kranzová, 1997) tvrdí, že lidé se ke konzumaci sladkého uchylují, když jsou ve stresu, neštěstí nebo depresi. Cukr jim dodá energii a uklidní je, jedinci zažívají stav podobný orgasmu, cítí tak silnou touhu jíst, že jí nedokážou odolat.

6.4 Závislosti na jednotlivých druzích potravin

Avena (2010) uvádí, že v rámci závislosti na jídle lze pozorovat i závislost na konkrétním druhu jídla.

Conner (2013) uvádí, že z výsledků výzkumů vyplývá, že 20-70 % Američanů občas zažívá cravingy po určitém druhu potravin.

Někdy se mluví o závislosti na jednotlivých druzích potravin. Preference některé potravin může být tak výrazná, že lze mluvit o závislosti. O takovou závislost se může jednat například v případě energetických nápojů nebo Coca-Coly (Avena, 2010).

V dnešní době je populární termín „čokololik“ a s ním související závislost na čokoládě. V čokoládě je obsažen cukr, kakao, kakaové máslo a často i cukr. V kakau a čokoládě je obsažen theobromin, který má budivé účinky a kofein. V čokoládě jsou obsaženy také flavoidy (druh antioxidantů), jenže ty jsou v daleko vyšší míře obsaženy v kakau. Zřejmě se nejedná přímo o závislost, jako spíše o nějaký způsob narušení příjmu právě této potravin. Člověk tak může být do určité míry nutkán k užívání čokolády pro její budivé látky, nebo kvůli v ní obsaženému cukru (Nešpor, 2007).

6.5 Následky závislosti na jídle

Častým následkem je obezita a nadváha. Obezita je diagnostikována při hmotnosti alespoň o 25 procent vyšší, než je normální tělesná hmotnost. Obezita se dále pojí s řadou zdravotních problémů jako je riziko infarktu, problémů se srdcem, zvýšení krevního tlaku, mozkové mrtvice či problémů s pohyblivostí. Řada studií spojuje obezitu

s psychologickými problémy, jako jsou úzkost, deprese a nízké sebevědomí (Maloney, Kranzová, 1997).

Otázkou zůstává, zda jsou psychické komplikace jednou z příčin obezity, nebo spíše jejím následkem. Většina studií ukazuje, že nelze prokázat specifickou osobnostní strukturu obézních, že obézní netvoří samostatně homogenní skupinu. To podporuje interakční, multifaktoriální výklad, který zahrnuje také dědičnost, metabolismus hormonů, mozků, psychiky, vnějšího prostředí a dalších faktorů (Hainer, 2004).

7 Bažení po jídle (food craving).

Nyní se zaměřím na bažení po jídle jako jeden z příznaků závislosti na jídle. Může se vyskytovat jako globální vlastnost nebo může být zaměřeno na konkrétní potravinu (Brownell, Gold, 2012).

Vymezit fenomén bažení je poměrně problematické, protože je to hypotetický konstrukt odvozený z fyziologických a behaviorálních změn těla a dále zejména ze subjektivních výpovědí lidí, kteří ho prožívají. Lidé, kteří zažili bažení, ho popisují jako silné prožitky, proto Nešpor (2007) nabízí pohled na bažení jako na druh emoce.

Bažení po jídle lze definovat jako intenzivní a neodolatelnou touhu jíst jídlo určitého druhu. Výzkumy ukazují, že bažení po jídle je důležitou proměnou v etiologii nadváhy a obezity a je významným faktorem relapsu při snižování váhy (Světlák, Pšenická, 2012).

Výsledky řady studií ukazují, že téměř každý člověk má zkušenost s neodolatelnou tuhou po určitém jídle. Dále byl prokázán vztah mezi mírou cravingu a excesivním stravováním, které se často vyskytuje u obézních osob (Světlák, Černík, 2010).

Bažení po jídle je v normálním fyziologickém stavu spojeno s hladem a je tak ovlivňováno časovými a situačními proměnnými, jako je čas oběda nebo lákavá reklama na jídlo (Světlák, Černík, 2010).

Bažení po drogách a bažení po jídle

Na rozdíl od závislosti na návykových látkách je těžké food craving definovat, protože v chemické analýze potravin se zpravidla nejedná o vliv působení jedné látky, ale o složitou kombinaci několika látek. Takže mechanismy bažení po jídle nejsou zcela totožné s bažením po návykových látkách. Složení lidské stravy, ačkoliv má sloužit k přežití, nás nedeterminuje ke vzniku závislosti na jídle (Weingarten, Elston in Hill, 2007).

Jak jsem již zmínila, existuje rozdíl mezi bažením po jídle a po drogách. Pokud je bažení po návykových látkách spojováno s abstinčním syndromem po vysazení určité látky a následným relapsem, tak je bažení po jídle spojeno s nárazovým přejídáním či s nevhodným omezováním příjmu potravy jako je nevhodná dieta (in Muele, Kübler, 2012).

Bažení po jídle je přímo spjato se zdravotními důsledky a souvisejícími diagnózami a přímo souvisí s excesivní konzumací jídla. Touhu po jídle, kterou lze považovat za bažení,

lze pozorovat i u lidí obézních a u lidí s mentální bulimií. Intenzita bažení po jídle je významná pro posouzení relapsu v průběhu léčby pacienta (Světlák & Černík, 2010).

Mechanismus fungování cravingu

Mechanismus bažení do určité míry souvisí s nerovnováhou v dopaminergním neurotransmitterovém systému. Bažení tak nastává při nedostatečné i nadměrné stimulaci mozku. U návykových látek se dostavuje při odnětí drogy, protože se sníží aktivita dopaminergního systému. Dochází k němu ale i během abstinence při kontaktu s drogou nebo v případě, kdy se jedinec ocitne v situaci potencionálního užití drogy, jelikož v takové situaci aktivita dopaminergního systému zvyšuje (Kalina, 2008).

Z biochemické podstaty můžeme u bažení rozlišit tři rozdílné tělesné stavy, při nichž lze sledovat změny činnosti různých neurotransmiterů v těle. Craving tak lze vnímat třemi způsoby. Jednak jako touhu po účincích drogy v souvislosti s činností dopaminergního a opioidního systému, dále jako touhu uniknout z nepříjemných stavů, které jedinec zažívá při abstinenci, při zapojení ¹⁴GABAergního a ¹⁵glutamátergního systému, nebo se jedná o stav obsesivního charakteru při dysbalanci serotoninergního systému (Kalina, 2008).

Při bažení po jídle se aktivují jiné vývojově starší části mozku, než při obyčejném chtění nebo chuti. Znamená to, že je rozdíl v tom, když zdravý člověk má chuť například na zákusek po obědě a když člověk závislý baží po jídle (Marinov, 2012).

Při bažení se zapojují části mozku spojené s emocemi a pamětí. Psychické bažení se tak objevuje i po delším časovém období abstinence a často vzniká jako reakce na situační podněty a různé vnější spouštěče (Nešpor & Czémy, 1999).

¹⁴ GABAergní systém - „GABA je hlavní inhibiční neurotransmitter v mozku (30-40% všech synapsí).“ (Langmeir, Kittnar, Marešová, Pokorný, 2009, 215). Neurony obsahující GABA se nacházejí především v bazálních gangliích, hipokampu a neokortexu a jejich axony končí především v hypotalamu šedé kůře mozkové a hypokampu. GABAergní systém ovlivňuje vigilitu (bdělost) a také celkové ladění organismu (Langmeir a kol., 2009).

¹⁵ Glutamátergní systém - „Glutamát je nejrozšířenější (excitační) neurotransmitter v mozku.“ (Langmeir, 215) Neurony obsahující glutamát se nacházejí v mozkové kůře (především v hypokampu), amygdale v bazálních gangliích. Jeho dráhy končí v neokortexu, hypokampu, amygdale a v bazálních gangliích. Glutamátergní systém ovlivňuje především procesy, které se týkají učení a paměti a také další psychické funkce (Langmeir a kol., 2009).

Projevy food cravingu

Klinická praxe lékařů a výpovědi pacientů popisují neodolatelnou chuť k jídlu, která se vymyká kontrole, je v rozporu s dlouhodobým cílem pacientů kontrolovat svou hmotnost a je zcela mimo kontext interních a situačních motivů souvisejících s jídlem. Pacienti referují o tom, že z jídla vlastně nemají potěšení, a že často jedí ve chvílích, kdy jim jídlo nechutná. Existuje jednoznačná souvislost mezi intenzitou bažení a rizikem relapsu (Světlák, Černík, 2010).

Postiženými je bažení popisováno jako nepříjemný a obtěžující stav, při kterém nejsou schopni kontrolovat množství sněženého jídla ani kvalitu potravin. Vyskytuje se i u bulimie nebo záchvatovitého přejídání. Jedinec není schopen ovládnout touhu a následně má pocity úzkosti. Jenže i úzkost vyvolává bažení, proto je tak těžké bažení zvládat. Craving nejpravděpodobněji souvisí s některými osobnostními rysy, zejména s impulzivní nezdrženlivostí a se sníženým sebeovládáním. Zároveň hraje jednu z důležitých faktorů udržování obezity. Vystupňovaný craving ovlivňuje v podstatě všechny psychické procesy. V oblasti kognitivních procesů může způsobovat poruchy paměti, vnímání a koncentrace pozornosti (Marinov, 2012).

Zvýšená touha po jídle se projevuje častým přejídáním. Lidé na jídlo neustále myslí, nemohou přestat, ačkoliv to zkouší. Mnoho stráví přemýšlením o tom, co budou jíst příště. Jakmile začnou jíst, přestanou se kontrolovat a sní toho příliš (Koníčková, 2009). Conner (2013) uvádí, že touha jíst (craving) je z 50 % vrozená a zbytek je ovlivněn vnějšími faktory jako je levné jídlo, jídlo z rychlého občerstvení, nezdravé jídlo a velké porce, které jsou jen o málo dražší, než ty normální. Nejen díky těmto faktorům postupně dochází k posílení těch nervových drah v mozku, které mají následně vliv na neodolatelnou touhu po určitém jídle a nárůstu dopaminu a serotoninu, jež stimulují centrum odměny v mozku a ovlivňují neodolatelnou touhu po určitém jídle.

7.1 Spouštěče

Záchvat přejedení mohou spustit situace související s nějakým způsobem s postavou člověka, tělesnou hmotností nebo strachem z tloušťky a dále situace ve kterých se člověk jakkoliv dostává do kontaktu s jídlem – nakupování, stolování, vaření. Problémem se může pro závislé na jídle stát situace, kdy obdrží dar ve formě jídla nebo

situace ve které nemá možnost volby jídla, sociální situace jako oslavy apod. Oslabenou sebekontrolu vědomí působí například to, že dotyčný bude „muset“ jíst něco, co „nesmí“. (Krch, 2008). Významným spouštěčem jsou také potraviny, ze kterých se energie rychle dostává do krevního oběhu a po nichž brzy nastává hlad (viz. kapitola č. 6 Cukr jako droga).

Při bažení dochází k oslabení kognitivních funkcí, takže člověk není schopen adekvátně vyhodnotit situaci, přestože spouštěč je mnohdy jednoduše identifikovatelný. Při bažení dochází k oslabení sebekontroly. Lidé s bažením jsou však mnohdy schopni se ovládat. Jiní v rizikových situacích ztrácejí kontrolu, aniž by bažení vůbec pocítili (Krch, 2008).

7.2 Prevence bažení po jídle

Pro stanovení konkrétních postupů je třeba si uvědomit míru jednotlivých faktorů vedoucích ke vzniku bažení a způsoby zvládnání vlastního chování, které potencionálně vedou až k vytvoření závislosti na jídle. Základem jsou seberegulační vlastnosti, k nimž patří schopnost hlubšího sebeuvědomění a sebemonitorování. Mezi další techniky patří odvedení pozornosti, relaxační a pohybová cvičení, schopnost odložení impulzivního jednání, slovní vyjadřování pocitů spojených s bažením, uvědomení si negativních důsledků relapsu, obrat myšlenek a emocí v opačné či další specifické kognitivně-behaviorální techniky. Dalšími technikami k prevenci bažení jsou rozvoj sociálních dovedností, jako je asertivní komunikace, posílení empatie a celkové porozumění světu či techniky prohlubující efektivní rozhodování a vzdělání v této oblasti. Někdy je nutná celková změna životního stylu (Nešpor, 2007).

Bláha (in Czémy a kol., 2005) uvádí další konkrétní postupy první pomoci při přejídání. Když vás přepadne chuť na jídlo, zkuste se pomalu zamyslet nad tím, na kterém jídle byste si opravdu pochutnali. Potom si udělejte přesně toto jídlo a jezte ho, jak nejpomaleji to dokážete. Pozorně se soustředte jen na toto jídlo, jeho chuť, vůni, konzistenci. Nerozptylujte se jinými činnostmi (TV, četba, práce na PC). Při jídle se snažte zaměřit na vlastní prožívání a zhodnoťte, zda již můžete přestat jíst či nikoli. Buďte se sebou trpěliví a nekritizujte se. Po každém záchvatu přejedení si zkuste sepsat i nějaké pozitivní aspekty svojí situace a shromažďujte je například ve formě deníku

8 Léčba závislosti na jídle

Pochopení stravovacích návyků v kontextu složitých interakcí a vlivů na regulaci chuti, energetického metabolismu a tělesné váhy přináší nové podněty pro interdisciplinární výzkumy i terapeutickou práci. Neurobiologické poznatky přispívají k celostnímu pochopení centrálních, periferních, biologických a psychologických mechanismů a k objektivnímu zhodnocení aktuálního stavu, výsledků léčby i predikci dalšího průběhu. Může jich být využito v psychoterapii (např. u úzkostí, maladaptivních řešení konfliktů, osobnostních rysů, hypersenzitivních reakcí na stres), psychoedukaci, motivační terapii, KBT a u dalších postupů (včetně destigmatizace psychosomatické problematiky). Pochopení těchto mechanismů může pomoci v léčbě i k pochopení celospolečenských preventivních opatření.

Závislý neustále slyší od svého okolí, že stačí přestat tolik jíst. Všichni okolo říkají, že své jídlo lze kontrolovat silou vůle. Nemocní se o to nespočetněkrát pokusili a trápili své tělo dietami, cvičením a snahou kontrolovat příjem jídla. Na základě těchto marných pokusů a tvrzení okolí, že stačí silná vůle, se nakonec začali považovat za slabé a bez sebekontroly. Snažili se totiž kontrolovat a měnit něco, co je mimo jejich kontrolu (Katherine, 1996).

Řešení rozhodně není rychlé, vyžaduje velkou změnu a někdy trvá roky. Přesto všechno jedinec může svůj vztah k jídlu změnit a napravit. Může rozlomit bludný kruh špatných pocitů kvůli sobě samému, začátků diet a abúzů jídla (Katherine, 1996).

Důležitá pro léčbu závislosti a obezity je změna chování, která zahrnuje práci s motivací, kognitivně behaviorální terapii a 12krokový program. Zásadní pro předcházení relapsům a záchvatům kompulzivního přejídání je vyhnout se karbohydrátům a tukům nebo jejich kombinaci (Volkow,Wise, 2005).

S ohledem na fungování mozku (systém odměny, motivaci, učení, kortikolární inhibitory kontroly apod.) je vhodná i farmakologická léčba (například kanabinoid CB1 antagonist). (Volkow,Wise, 2005).

8.1 Výživová doporučení

Člověk by měl ze stravy vyloučit cukr, bílou mouku, kofein, alkohol, rafinované potraviny. Kromě cukru by se měl vyhnout i všem sladidlům včetně kukuřičného sirupu, sladu z ječmene a melasy. I když umělá sladidla nevyvolávají stejnou inzulinovou reakci jako cukr, vyvolávají touhu po sladkostech (Maloney, Kranzová, 1997).

Pokud člověk po změně jídelníčku trpí nedostatečnou výživou, může mu jídlo obsahující cukr a škrob připadat jako alternativa zdroje energie a k záchvatovitému přejídání se vrátí (Maloney, Kranzová, 1997).

Čokoláda obsahuje cukr i kofein, proto se na ni může vytvořit dvojnásobná závislost. Závislost na čokoládě tak může být silnou fyzickou reakcí, která vyžaduje její úplné vypuštění z jídelníčku nebo omezení spotřeby natolik, aby už nevyvolávala žádost (Maloney, Kranzová, 1997).

Ve výživě některých lidí trpících záchvatovitým přejídáním chybí určitý vitamín nebo minerální látka. Mohou se tak nutkavě přejídat, protože se snaží doplnit látku, která jim schází (Maloney, Kranzová, 1997).

8.2 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

V případě návykového chování (např. obezita, kouření, drogy) se ukazuje, že KBT patří k nejeftivnějším směrům (Hainer, 2004).

Kognitivně behaviorální terapie pracuje s faktory behaviorálními, kognitivními a interpersonálními (Možný, Praško, 1999 in Hainer, 2004).

V celé škále psychoterapeutických směrů se rozlišují dva základní cíle. Prvním je odstranění a zmírnění tělesných příznaků a druhým cílem jsou změny v celé osobnosti.

KBT k problematickému vztahu k jídlu přistupuje jako k nevhodnému chování (chybné stravovací a pohybové návyky) a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími i vnitřními faktory. Klient se v terapii může toto chování odnaučit a naučit se novým, vhodnějším způsobům řešení (Hainer, 2004).

Existuje 12krokový KBT program pro nemocné, kteří si potřebují osvojit správné stravovací návyky. V tomto programu jsou KBT prakticky aplikovány právě na oblast jídla. Praktickými podpůrnými pomůckami programu jsou například sebezpozorování, vedení si záznamů o čase a trvání jídla, o druhu a množství jídla, energetické hodnotě, režimu jídla,

místu stolování, činnost při jídle, přítomnosti druhých osob, psychickém stavu a pocitech před, po a během jídla, stupeň hladu a nasycenosti. Takové poznámky a pozorování stravovacích návyků může vést k odhalení špatných stravovacích návyků a k následné změně.

Selhání

V případě selhání je třeba pokusit se získat nadhled nad konkrétní situací. Zachovat klid, nechat odeznít pocity viny, které se zákonitě dostaví. Obnovit odhodlání pokračovat, třeba tím, že si člověk uvědomí, kam až došel. Odhodlání lze obnovit taky rozpomenutím se na motivaci k abstinenci. Je vhodné se ze situace, která vedla k selhání, poučit (Krch, 2008).

Abstinence

V případě návykových látek je možné uzdravení dosáhnout pouze abstinencí. Zde narážíme na problém definice abstinence pro závislost na jídle. V případě závislosti na alkoholu či jiných drog je definice mnohem jednodušší, závislý se prostě musí 100 % vyhnout jakékoliv konzumaci drogy. Vzhledem k tomu, že v případě jídla to není možné, je obtížnější abstinenci definovat (www.oa.org, 201).

Abstinence u závislosti na jídle není jasně vymezená, ale většinou je charakteristická tím, že jedinec musí ze svého jídelníčku vypustit potraviny, které v něm vzbuzují bažení a následně tak spouští záchvat přejedení. Často se jedná o karbohydráty a rafinované potraviny, z důvodu jejich působení na lidské tělo (viz. kapitola 6.6 Karbohydráty). Součástí abstinence je to, aby si jedinec sám nebo po poradě s odborníkem na výživu jasně stanovil množství jídla a časy konzumace, to zajistí, že příjem jídla bude ovlivněn tělesnou potřebou jídla a ne chutí nebo náladou.

Abstinence ale nesouvisí jenom s konzumací jídla, zahrnuje i obecně chování ve vztahu k jídlu a udržování psychické a duševní vyrovnanosti. Zde už se promítá souvislost například s tím, že přejídání je častější ve stresu. Důležité je i vyhýbání se rizikovému prostředí, protože z teorie vyplývá, že třeba jen pohled na slastné jídlo může spustit craving. Udržování dobré psychické kondice zahrnuje také stimulaci systému odměny jinými způsoby, než jídlom (pohyb, dobře odvedená práce). Jedinec se musí snažit o to,

aby udržoval své duševní zdraví i pravidelným utužováním se ve svém rozhodnutí a motivovanosti.

Důležitým aspektem je také pomoc okolí, například formou svépomocných skupin, jelikož každý může mít náročnější období nebo silnější cravingy, při kterých může hrát významnou roli podpora od lidí, kteří žijí se stejným problémem. Důležitá je také podpora rodiny a celkově zdravé životní prostředí, které ve člověku nestimuluje chuť na jídlo, ani potřebu řešit náročné situace nadbytečným jídlem.

Je také důležité si uvědomit, že takto patologický vztah k jídlu nevznikl sám od sebe, ale může pramenit z různých dimenzí člověka, proto je důležité celkové uzdravení psychiky, myšlení a vztahů nemocného.

9 Overeaters Anonymous, Food Addicts Anonymous, GreySheeters Anonymous

Overeaters Anonymous (Anonymní přejídači - dále jen OA), Food Addicts Anonymous (Anonymní závislí na jídle - dále jen FAA) a GreySheeters Anonymous (dále jen GSA) jsou svépomocné skupiny zaměřující se na pomoc lidem, kteří se přejídají nebo jsou závislí na jídle. Všechny skupiny vychází z původní svépomocné skupiny Anonymní alkoholici - (Alcoholics Anonymous - dále jen AA). Základními nástroji uzdravování jsou, stejně jako u AA, program „Dvanácti kroků“ (viz Příloha 2) a „Dvanácti tradic“ (viz Příloha 3). Jelikož jsou si skupiny OA a FAA ve své podstatě velice podobné, uvedu „Dvanáct kroků“, „Dvanáct tradic“, stejně tak i nástroje uzdravování pro skupinu Anonymních přejídačů. OA lze jednoduše zaměnit za FAA nebo GSA (www.foodaddictsanonymous.org, 2014).

Overeaters Anonymous (Anonymní přejídače) uvádím na prvním místě záměrně, jelikož se jako jediná skupina vyskytují na Slovensku, a v minimálním zastoupení i v České Republice. Také proto, že respondenti výzkumu jsou členové právě OA.

Všechny tři skupiny jsou společenstvími žen a mužů, kteří sdílí své zkušenosti, sílu a naději, že s pomocí ostatních mohou svůj problém vyřešit a pomoci i ostatním. Členové jsou odlišní v mnoha směrech, ale spojuje je stejná nemoc a také to, že řešení svého problému našli ve Dvanáctikrokovém¹⁶ programu. V programu je vítán každý, kdo chce přestat jíst neovladatelně. Všechny skupiny kromě dvanácti krokového programu poskytují i další nástroje uzdravování. Neplatí se žádné poplatky, skupiny jsou soběstačné prostřednictvím členských příspěvků. Jedinou podmínkou pro členství je touha přestat jíst kompulzivně. Skupiny nejsou spojeny s žádnou sektou, náboženskou nebo politickou organizací či institucí a nechtějí se zapojit do žádné kontroverze. Jejich prvořadým cílem je udržovat abstinenci a pomoci ostatním abstinence dosáhnout. V těchto programech nemocný najde přijetí, pochopení, komunikaci, úlevu a je zde respektována naprostá anonymita členů. Pravidlo anonymity a další pravidla skupiny jsou zajištěny 12 tradicemi.

¹⁶ 12 krokový program svépomocných skupin je něco naprosto odlišného než 12krokový program KBT, jedná se jen o shodu názvů

Pro celý proces uzdravení je také důležitý koncept tzv. Vyšší síly, která pomáhá ovládat cravingy a pomáhá v uzdravení, jelikož člověk sám je příliš slabý na to, aby dokázal s touto nemocí bojovat (www.anonymnialkoholici.cz, 2014).

Tyto tři svépomocné skupiny se odlišují v tom, jak definují abstinenci a jak vypadá jídelní plán, který je u nich koncipovaný různě striktně. Skupiny následně řadím podle toho, jak na mě působí jejich přísnost v abstinenci a jejich strukturovanost, od nejvíce benevolentního programu k nejstriktnějšímu.

OA

Overeaters Anonymous (Anonymní přejídači) nabízí program, který umožňuje uzdravení z nutkavého přejídání. Důležitá je také fyzická, psychická a duševní pohoda. Nejedná se o žádný hubnoucí program nebo zvláštní dietu. Většina lidí nedokáže abstinovat od nutkavého přejídání, když nepoužívá všechny nebo alespoň některé z nástrojů uzdravování.

Abstinence v OA je definována jako chování, které brání kompulzivnímu přejídání. Tímto chováním může být kromě vyhnutí se některým konkrétním potravinám, které mohou spustit záchvat přejedení, také vyhýbání se rizikovým situacím, ve kterých byl například člověk zvyklý se přejídat nebo které by ho mohly spouštět. V OA není jídelní plán pevně stanovený, ale každý člen si ho koncipuje dle svých potřeb, proto je velice důležitá i upřímnost sama k sobě. (Čo Vám OA ponúka, 1995).

FAA

Food Addicts Anonymous je organizace, která věří, že závislost na jídle je biochemická porucha, která se vyskytuje na buněčné úrovni. Proto podle nich nemůže být vyléčena jen vůlí nebo terapií a kladou důraz na to, že závislosti na jídle není morální nebo charakterová vada. Tento dvanácti krokový program je založený na přesvědčení, že závislost na jídle může být léčena jedině abstinencí od návykových potravin, jídelním plánem a prací na dvanácti krocích. Jako návykové látky jsou zde definovány potraviny s vysokým podílem škrobů (mouka, pšenice), cukrů a další potraviny s vysokým GI. Abstinence vede k osvobození od šílenství tohoto onemocnění. Důležitá je poctivost, otevřená mysl a ochota podělit se o své zkušenosti, sílu a naději (Newcomer's Packet Online Version., 2010).

GSA

GreySheeters Anonymous je skupina, která je zřejmě nejstriktnější skupina. Abstinence je zde definovaná třemi zváženými odměřenými jídly denně, nic mezi tím, jen černá káva, čaj nebo soda (www.oa.org, 2014).

9.1 Nástroje uzdravování

Ve všech programech existuje osm nástrojů uzdravování: Jídelní plán, sponzorství, setkávání – meetingy, telefonování, psaní, literatura, anonymita, služba (*Tools of Recovery*, 1995).

1.) Jídelní (stravovací) plán

V Jídelním plánu si jedinec stanoví, co, kdy, jak a proč bude jíst. Je důležité se o jídelní plán podělit nejen se sponzorem, nějakým členem OA, ale případně i s odborníkem na výživu. OA poskytuje rady a návody na sestavení jídelního plánu a měl by být flexibilní nebo strukturovaný dle individuální potřeby každého jedince. Tento nástroj pomáhá zaobírat se fyzickým aspektem onemocnění a dosáhnout fyzického zdraví (*Tools of Recovery*, 1995).

2.) Sponzorství

Sponzoři jsou členové OA, kteří žijí podle principu „Dvanácti kroků“ a „Dvanácti tradic“, nejlépe, jak umí a jsou ochotní se podělit s ostatními lidmi ze společenství o svoje odhodlání abstinovat. Sponzor pomáhá s programem uzdravování ve třech rovinách: fyzické, emocionální (citové) a duchovní. Spoluprací s ostatními členy OA jedinec sdílí zkušenosti, sílu a naděje. Sponzoři tak obnovují a posilňují svoje vlastní uzdravení a dělí se o program v rozsahu svých vlastních zkušeností (*Tools of Recovery*, 1995).

3.) Setkávání - „meetingy“

OA meetingy jsou setkáním dvou a více lidí s problémem nutkavého přejídání se, kteří se setkávají, aby si vyměnili své osobní zkušenosti, sílu a naději, které získávají prostřednictvím práce na programu (*Tools of Recovery*, 1995).

4.) Telefonování

Telefonování pomáhá dělit se o zkušenosti ve dvojicích a vyhnout se izolaci, kterou mohou členové programu pociťovat. Jedinec se telefonicky kontaktuje se svým sponzorem nebo jinými členy společenství. Tento nástroj učí požádat o pomoc a poskytnout pomoc druhým. Telefonování zároveň poskytuje prostor ke sdílení aktuálních problémů a slabostí (*Tools of Recovery*, 1995).

5.) Psaní

Nástrojem psaní je sepisována osobní inventura a seznam lidí, kterým dotyčný v životě ublížil, jedná se o důležitý nástroj pro práci s 12 kroky. Položení myšlenek na papír, psaní událostí, které člověka trápí, pomáhá lépe pochopit vlastní chování a reakce jiným způsobem, než když o tom člověk jen přemýšlí nebo mluví. V minulosti bylo jedení nejběžnější reakcí v životě, když jedinec sepíše své těžkosti, vidí situace v jiném světle a lépe dokáže poznat další potřebné kroky a chování (*Tools of Recovery*, 1995).

6.) Literatura

Čtení a studium OA letáků a OA knih, například druhé vydání „Nutkaví přejídači“ (Overeaters Anonymous – Second Edition), Dvanáct Kroků a Dvanáct tradic, pro nutkavě se přejídající (Twelve Steps and Twelve Traditions for Overeaters Anonymous), nebo Pro dnes (For Today), četba měsíčníku o uzdravování Lifeline. Taktéž studium knihy Anonymní Alkoholici (Anonymous Alcoholics), označovanou jako Velkou knihu (Big Book), pomáhá posilnit a pochopit program. Jedná o vždy dostupný nástroj, který poskytuje vhled do nutkavého jedení, sílu řešit ho a velmi reálnou naději, že existuje řešení (*Tools of Recovery*, 1995).

7.) Anonymita

Anonymita, na kterou poukazuje tradice 11 a 12, je nástroj, který zaručuje, že principy mají přednost před osobnostmi. Ochrana, kterou pravidlo anonymity zabezpečuje, poskytuje svobodu ve vyjadřování a ochraňuje před pomlouváním. Zároveň zajišťuje to, že každý individuální člen má právo hovořit o svém vlastním členství v OA.

Dalším aspektem anonymity je, že ve Společenství jsou si všichni rovni, bez ohledu na to, zda je nováček nebo dlouholetý člen. Členové mezi sebou nedělají rozdíly, setkávají se jen jako lidé s problémem nutkavého přejídání (*Tools of Recovery*, 1995).

Anonymita na úrovni rádia, tisku, filmu a televize znamená, že nikdo nebude spojovat konkrétní osobu se členstvím v OA. To ochraňuje jak jednotlivce, tak celé společenství (*Tools of Recovery*, 1995).

8.) Služba

Základním cílem těchto společenství je předávání odkazu jiným kompulzivně se přejídajícím lidem, kteří stále trpí. Proto ochota dělit se o program je nejzákladnější forma služby, která zároveň zlepšuje kvalitu uzdravování člověka, který toto poselství předává. Je to způsob jak to, co člověk dostal, může vrátit zpět a zároveň si to udržet. Jedná vlastně o výsledek práce na 12 krocích (*Tools of Recovery*, 1995).

Další formou služby může být například úklid prostor, kde probíhají setkání, překlad literatury nebo jiné podílení se na chodu skupiny. (*Tools of Recovery*, 1995).

10 Výzkumná oblast

10.1 Přehled výzkumů

Jak jsem již zmínila v úvodu bakalářské práce, nenašla jsem výzkum, který by se problematikou závislosti na jídle zabýval kvalitativně a komplexněji.

Většina výzkumů se zaměřuje na poruchy příjmu potravy. Výzkumy, které se věnují závislosti na jídle, se většinou zaměřují na jednotlivé aspekty nemoci, většinou z oblasti neurobiologie.

Problematicke poruch příjmu potravy se v České republice věnuje Papežová, H., Krch, F. nebo Málková I., která u nás založila organizaci věnující se obezitě - STOB.

Pro ilustraci jsem vytvořila tabulku s některými již proběhlými výzkumy a se jmény odborníků, kteří se patologickým vztahem k jídlu zabývají. V tabulce vždy uvádím konkrétní oblast, které se v rámci patologického vztahu k jídlu odborník věnuje. Neuvádím zde výzkumy věnující se PPP, kterých existuje velké množství, a nejsou pro moji práci stěžejní.

Plháková (2003) uvádí následující výčet českých psychologů, kteří se věnují patologickému vztahu k jídlu. Významným představitelem KBT, který se věnuje této problematice je pražský psycholog František, D. Krch, z hlediska psychoanalýzy se touto problematikou zabývá Jana Kocourková (např. 1997) a český psychoanalytik žijící v Německu Jan Poněšický (1999). Liberečtí terapeutové Vladislav Chvála a Ludmila Trapková se na tuto problematiku zaměřují psychodynamicky a spojují PPP s potížemi při adolescentním odloučení dítěte od rodiny. Ve své práci se zaměřují na význam separačních a individuálních procesů.

Tabulka 1: Přehled výzkumů zaměřených na závislost na jídle

Food craving	
Jáuregui-Lober, I.	Induction of food craving experience; the role of mental imagery, dietary restraint, mood and coping strategie.
Světlák, M.	Bažení po jídle. Měření cravingu a BMI u dětí.
Muele, A.	Impulsive reactions to food-cues predict subsequent food craving.
Nijs, I.	The modified trait and state Food-Cravings Questionnaires: Development and validation of a general index of food craving.
Lane, H.	Validity of the eating attitudes test among exercisers.
Bažení po konkrétních potravinách	
Rozin, P	Chocolate craving and liking
Neurobiologická a biochemická podstatu závislosti na jídle	
Muele, A.	Heart rate variability biofeedback reduces food cravings in high food cravers.
Avena, N.	The study of food addiction using animal models of binge eating.
Peeke, P.	The dopamine made me do it.
Conner, M.	The hunger brain.
Fungování systému odměny u lidí závislých na jídle	
Stice, R.	Relation of obesity to consummatory and anticipatory food reward.
Engelmann, J.	Personality predicts responsivity of the brain reward system.
Projevy závislostního chování u závislosti na jídle	
Barry, D.	Obesity and its relationship to addictions: Is overeating a form of addictive behavior?
Vliv krevního cukru na příjem jídla	
Gerald, J.	Control your blood sugar to help protect your brain.

Výzkumy o vztahu emocí a příjmu potravy	
Bongers, P.	Happy eating: The single target implicit association test predicts overeating after positive emotion.
Gianini L.	Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorders.
Macht, M.	How emotions affect eating: A five-way model.
Ostrovsky, N	Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals.
Vztahem mezi závislostí na jídle a obezitou	
Pedram, P	Food Addiction: Its Prevalence and Significant Association with Obesity in the General Population.
Význam svépomoci při léčbě závislostí	
Weiner, S.,	The addiction of overeating: Self help groups as treatment models.

10.2 Příprava na výzkum

Nejdříve jsem nastudovala literaturu Anonymních přejídačů a odbornou literaturu k tématu závislosti na jídle.

Poté jsem provedla rešerši výzkumů zabývajících se problematikou závislosti na jídle a metod, které se pro tuto problematiku používají. Na základě této rešerše a po zvolení metod jsem objasnila výzkumný problém, formulovala cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky.

V následující fázi jsem osobně navštívila setkání „Overeaters anonymous“, zde jsem se dohodla s několika členy, prostřednictvím nichž jsem pak předložila otázky ostatním členkám. Také jsem se zabývala etickými otázkami. Vypořádat se s nimi mnohdy nebylo jednoduché, ale pro mou práci nezbytně nutné. Následně jsem zpracovala data, které jsem vyhodnotila níže popsanými metodami.

11 Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky

11.1 Výzkumný problém

Jídlo může být jednou z velmi pozitivně působících a potěšujících stránek života, na druhou stranu ale může vést k mnoha nemocem a psychickým problémům (Hainer, 2004).

Každá doba má své problémy a choroby charakterizované životním stylem. Žijeme v kultuře ovládanou kultem štíhlosti a jsme zahlceni množstvím dietních postupů k redukci tělesné hmotnosti. Na stranu druhou žijeme v prostředí, ve kterém jsme denně „bombardováni“ reklamou na lahodné a skvěle vypadající jídlo. Navíc je jídlo dostupné jako nikdy v historii. Žijeme ve světě, který na člověka klade obrovské nároky ve všech směrech. Vzniklý stres a negativní pocity je potom člověk nucen nějakým způsobem potlačit a redukovat. Každý z nás disponuje jinými strategiemi, kterými se s takovými situacemi vypořádá, někteří lidé jsou ale zřejmě předurčeni k tomu, aby jejich „berličkou“ bylo právě jídlo.

Když kromě problematického zvládnání emočně náročných situací vezmeme v úvahu také biologické souvislosti, jako je odlišné fungování systému odměny v mozku nebo bažení po jídle, které lze označit za food craving, máme před sebou regulérní druh závislosti, kterým je závislost na jídle.

Z mnoha důvodů je ale pro nás tento fenomén nepředstavitelný. Mnozí mohou namítat, že jíst se musí, a že každý je vlastně závislý na jídle. Ostatní budou tvrdit, že se jedná spíše o nedostatečnou vůli. Pochopení tak citlivého a křehkého tématu vyžaduje otevřenou mysl a citlivost.

Jsem si vědoma toho, jak nelehkým úkolem je popsat tuto nemoc. Původně zvolené kvantitativní postupy výzkumu jsem proto shledala jako nedostatečné, a zvolila jsem takové metody a postupy, kterými se pokusím představit, jaké to je žít se závislostí na jídle, jak takový člověk přemýšlí a jak svůj každodenní boj prožívá. Také se pokusím blíže popsat život člověka závislého na jídle, s jeho vztahovými a rodinnými charakteristikami, s cílem redukovat mnohé předsudky pramenící z neznalosti a bagatelizace tohoto problému.

11.2 Výzkumné cíle

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat životy lidí, kteří se považují za závislé na jídle a to, jak oni svoji nemoc prožívají.

Konkrétním cílem bylo zmapovat vztahy v primární rodině a sociální vztahy lidí závislých na jídle, jejich vztah k jídlu, to, jak tento vztah ovlivňuje a ovlivňoval další oblasti jejich života, a také jak se jejich život po příchodu do OA a zahájení léčby změnil.

V rámci výzkumu jsem si stanovila následující výzkumné otázky.

11.3 Hlavní výzkumné otázky

HVO1: Jaké podobnosti se vyskytují v rodinných, sociálních vztazích u lidí závislých na jídle?

HVO2: Jaké jsou charakteristiky vztahu k jídlu u lidí závislých na jídle?

HVO3: Které oblasti života jsou nejvíce zasaženy patologickým vztahem k jídlu?

HVO4: Jaká je charakteristika abstinence a členství v OA?

Tematické okruhy výzkumu

Na základě problému výzkumu a cíle výzkumu jsem formulovala otázky určené pro respondenty (viz Příloha 4), ze kterých následně vyvozují 24 níže uvedených okruhů. Tyto okruhy jsou roztrženy do 4 oblastí, které odráží hlavní výzkumné otázky.

1. SOCIÁLNÍ SITUACE A PRIMÁRNÍ RODINA LIDÍ ZÁVISLÝCH NA JÍDLE

Dětství a vztahy v původní rodině (vychází z otázky č. 1)

Výskyt problematického vztahu k jídlu nebo PPP v primární rodině (vychází z otázky č. 2)

Výskyt psychických problémů v původní rodině (vychází z otázky č. 3)

Vztahy s širší rodinou, přáteli, spolupracovníky (vychází z otázky č. 4)

Partnerské vztahy (popř. vztahy v sekundární rodině, vychází z otázky č. 5)

2. VZTAH K JÍDLU

Historie jedení (jeho změna v průběhu času a délka abstinence, vychází z otázky č. 6)

Subjektivní faktory zásadní pro vznik nemoci (vychází z otázky č. 7)

Okolnosti přejedení (spouštěče přejedení, pocity předcházející záchvatům přejedení a pocity následující po přejedení? (vychází z otázky č. 8 a č. 9)

Jídla a potraviny, kterými se přejídají (vychází z otázky č. 10)

Subjektivní diagnostika nemoci (vychází z otázky č. 11)

Změny ve stravování po začátku řešení problému (vychází z otázky č. 12)

Jednodenní jídelníček¹⁷ před abstinencí (vychází z otázky č. 13)

Jednodenní jídelníček¹⁸ v abstinenci (vychází z otázky č. 14)

3. OBLASTI ŽIVOTA OVLIVNĚNÉ JÍDLEM

Přítomnost dalších závislostí (vychází z otázky č. 15)

Zdravotní problémy vzniklé v souvislosti s jídlem (vychází z otázky č. 16)

Konkrétní projevy „chorého myšlení“ (vychází z otázky č. 17)

Oblasti života narušované jídlem (vychází z otázky č. 18)

Tělesná hmotnost (vychází z otázky č. 19)

4. ABSTINENCE A ČLENSTVÍ V OA

Délka členství v OA (vychází z otázky č. 20)

Definice abstinence (vychází z otázky č. 21)

V čem spočívá největší síla OA (vychází z otázky č. 22)

Jak OA změnilo život závislých (vychází z otázky č. 23)

Změna víry a pohledu na život po vstupu do OA (vychází z otázky č. 24)

Nástroje uzdravování (vychází z otázky č. 25)

Představa života bez abstinence (vychází z otázky č. 26)

¹⁷ V přílohách uvádím pro ilustraci jednodenní jídelníček před abstinencí (viz Příloha 5)

¹⁸ V přílohách uvádím pro ilustraci jednodenní jídelníček v abstinenci (viz Příloha 6)

11.4 1. Specifický cíl výzkumu: Existuje závislost na jídle?

Na základě teoretického poznání a výzkumného snažení bych v rámci diskuze ráda odpověděla na výše zmíněnou výzkumnou otázku.

11.5 2. Specifický cíl výzkumu: Vlastní vytvořený dotazník

Jak jsem již mnohokrát zmínila - koncept závislosti na jídle není zcela jasně vymezen a hranice mezi závislostí na jídle, poruchami příjmu potravy a dalšími patologiemi, které se vztahu k jídlu vyskytují, není zcela jasná. Proto je důležité používat kvalitní diagnostické nástroje. Z dostupných diagnostických nástrojů jsou nejčastěji používány následující metody:

1. **EAT 26** neboli Gardnerův test jídelních postojů je vytvořený k mapování narušených jídelních postojů a vztah ke svému tělu (Lane, 2004).
2. **EDI (dotazník stravovacích porucha)** měří různé postoje, pocity a projevy chování ve vztahu k jídlu. Některé otázky se týkají postavy a jídla, jiné pocitů, které vůči sobě jedinec prožívá (Garner, (n. d.); Garner, 1982).
3. **Food Choice Questionnaire (FCQ)** je screeningový nástroj, který mapuje chuť k jídlu a bažení po jídle, tzv. craving (Lane, 2004).
4. **Yale Food Addiction Scale** se zaměřuje na stravovací návyky ve vztahu k cukrům, škrobům a na vysoce kalorická a energetická jídla.

EAT 26 i dotazník EDI jsou konstruovány jako screeningové nástroje pro PPP. Food Choice Questionnaire (FCQ) je zase zaměřený pouze na jednu složku závislosti. Yale Food Addiction Scale dotazník je pro naši problematiku nejvhodnější. V České republice ale nebyl standardizován (Gearhardt, 2009).

Na základě poznatků z rešerše literatury a na základě zjištění z kvalitativního výzkumu bych proto chtěla vytvořit dotazník, který by mapoval závislost na jídle a který by byl vhodným nástrojem k jasnější diagnostice závislosti na jídle. Tento nástroj by mohl sloužit k rozšíření tohoto výzkumu a lepšímu uchopení a prohloubení této problematiky v České republice.

12 Výzkumný vzorek

Výběr vzorku respondentů

Praktickou část práce jsem zaměřila na populaci členů Anonymních přejídačů (Overeaters anonymous - OA), a tak jsem oslovila všechny potenciální participanty. Jednalo se o příležitostný výběr výzkumného souboru.

Jediné kritérium, které musely ženy splňovat, aby mohly být zařazeny do výzkumu, bylo jejich členství ve svépomocné skupině Anonymních přejídačů.

Jedna aktivní členka, která je aktivní i ve službě OA uvedla, že „OA na Slovensku má více jak 70 členů, aktivních členek, které pracují na programu je cca 10.“ (Členka OA, e-mailová korespondence, 20. březen, 2014), v České republice jsou aktuálně 2 aktivní členky.

Popis výběrového souboru

Sběr dat probíhal v měsíci únor roku 2014. Kvalitativní otázky byly vyplněny elektronicky. Celkově se podařilo získat data od 9 participantů, kteří v době realizace byli členy svépomocné skupiny Anonymních přejídačů. Věkové rozpětí jedinců se pohybovalo od 22 do 38 let.

Výzkumný soubor byl svou problematikou homogenní. Skládal se z pouze z žen.

Tabulka 2: Popis výzkumného souboru

Jméno	Věk (v letech)	Výška (v centimetrech)	Váha (v kilogramech)	Ideální váha dle názoru respondentky
Ludmila	25	175	75	63
Kamila	23	181	69	69
Barbora	35	167	63	60
Silvia	22	164	60	53
Jana	26	173	61	58
Natália	38	158	55	54
Vierka	30	160	¹⁹	²⁰
Alexandra	23	167	54	50
Zdenka	34	169	73	65

¹⁹ Respondentka neuvedla svou váhu, jelikož se už roky neváží.

²⁰ Kontrola tělesné hmotnosti jí může spouštět záchvaty přejedení.

13 Aplikovaná metodika

13.1 Design výzkumu

Hendl (2008) uvádí, že kvalitativní přístup je vhodné použít právě v případě, kdy se snažíme porozumět podstatě zkoumaného jevu a jedincově zkušenosti s ním.

Croswell (1998, in Hendl, 2008, 50) popisuje, že: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Vzhledem k výzkumným otázkám, malému počtu respondentů a povaze dat, které je nutné zpracovat hlouběji a detailněji, jsem se tedy rozhodla použít právě kvalitativní výzkum, konkrétně obsahovou analýzu.

Dle Hendla (2008) neexistuje obecně vymezený nebo uznávaný způsob, jak dělat kvalitativní výzkum, „Ve shodě s Plichtovou (1996) chápeme obsahovou analýzu jako velmi široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoliv textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu.“

Obsahová analýza

Obsahovou analýzu vyvinul Bernard Berelson ve čtyřicátých letech. V původní podobě sloužila k analýze obsahu masmédií. Později se rozšířila do společenských a humanitních oborů (Holsti, 1969 in Kronick, 1997). Obsahová analýza slouží primárně k převodu verbální komunikace do měřitelných proměnných (Kronick, 1997).

Obsahová analýza se zaměřuje na námět, obsah a formu. Prostřednictvím obsahové analýzy dochází ke klasifikaci a kategorizaci dat, aby se mohla dále interpretovat.“ (Miovský, 2005)

13.2 Sběr dat

Hendl (2008) uvádí, že rozhovor může mít řadu podob. Z důvodu jazykové bariéry a toho, že kromě dvou žen, nežijí respondentky v České republice, jsem se rozhodla pro alternativní způsob získávání dat. Byl jím dotazník s otevřenými odpověďmi. Od začátku jsem si byla vědoma možnosti polostrukturovaného interview, které by bylo pro náš výzkum vhodnější vzhledem k možnosti zaměňování pořadí otázek, kvůli kontextu a povaze tématu, tak kvůli možnosti využít doplňující otázky. Tuto možnost jsem zavrhla kvůli nemožnosti provést s každým respondentem osobní rozhovor.

Při vytváření schématu strukturovaného rozhovoru jsme vycházela z cílů výzkumu a stanovených výzkumných otázek. Konečný soubor obsahuje 24 otázek.

Respondentky jsem požádala o pravdivé zodpovězení otázek. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma, bylo důležité vytvořit atmosféru důvěry, bezpečí a stoprocentní anonymity.

Na úvod jsem respondentky požádala také o vyplnění faktografických údajů o jejich pohlaví, věku, výšce a jejich váze.

13.3 Metody zpracování dat

Po sběru dat probíhala práce s daty následujícím způsobem: přepis do podoby textového dokumentu RTF, kódování a kategorizace dat, analýza dat a jejich následná interpretace a vytvoření závěrů.

Kódování

Hendl (2008) uvádí, že v kvalitativním výzkumu existují tři druhy kódování. Jedním z nich je otevřené kódování, které probíhá při prvním průchodu daty. Ke konci analýzy se provádí spíše selektivní kódování. Základem selektivního kódování je axiální kódování, v jehož rámci se vytváří kategorie a podkategorie.

Výzkumník se musí nejdříve rozhodnout, jakou jednotku kódování zvolí: mohou to být jednotlivá slova, slovní spojení, věty nebo celé části textu (Kronick, 1997).

Glasser in Hendl (2008) popisuje že nejdříve vzniká třída kódů, jim podřazené koncepty a navíc jsou uváděny i příklady.

Já jsem kódovala dle Glassera: na základě otázek výzkumu jsem vytvořila okruh, v obsahu jeho odpovědí jsem pak hledala kategorie, kterým odpovídali nejčastější odpovědi. K některým kategoriím pak vznikaly podkategorie. Vše jsem doplňovala příklady (přímými citacemi).

Kategorizace

Hendl (2008) uvádí, že při kvalitativní obsahové analýze určujeme výskyt jednotlivých kategorií informací a příslušné vztahy mezi nimi.

Kategorie jsem vytvářela s ohledem na cíle výzkumu. Při vytváření kategorií jsem se maximálně držela datové materiálu. Dále jsem se snažila o to, aby výsledky byly co nejvíce deskriptivní povahy a kde to bylo vhodné a možné jsem kategorie a tvrzení podkládala četnostmi respondentek, v jejichž výpovědích se informace objevily.

Metoda vytváření trsů

Při analýze bylo využito metody vytváření trsů. Tato metoda obvykle slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin, např. dle určitých jevů. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tento proces slouží ke vzniku obecnějších induktivně zformovaných kategorií, které jsou do dané skupiny (trsu) řazeny na základě toho, že asociují určité opakující se znaky nebo podobné charakteristiky. Například ve výrocích osob můžeme najít pasáže, které se týkají jednoho užšího tématu (Miovský, 2006).

Metoda zachycení vzorců („gestaltů“)

Dále bylo při analýze využito metody zachycení vzorců („gestaltů“), která slouží k zachycení určitých opakujících se vzorců (případně témat) a k jejich zaznamenání. Jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které jsou vázány na určitý kontext nebo osobu. Tím dochází k redukci, jelikož původní bohatost a jedinečnost zaznamenaných jevů je nahrazována obecnější kategorií a to na základě vzájemných podobností a odlišností (Miovský, 2006).

13.4 Standardy pro validitu

Miovský (2005) zmiňuje značný vliv výzkumníka na proces zpracování a analýzy dat, jelikož na každý složitější text je možné nahlížet z několika úhlů pohledu, a podle toho ho také interpretovat. Proto jsem se snažila o to, abych při práci s daty dodržela níže uvedené standardy pro validitu.

Existují čtyři hlavní kritéria pro validitu interpretce. První je kritérium konzistence, to znamená, že interpretace jednotlivých částí musí být v souladu s interpretací celku i ostatními částmi. Interpretace musí být v souladu s tím, co víme o kontextu a s tím, co se dělo v dané době. Druhým kritériem je celistvost, což znamená, že interpretace musí brát v úvahu všechny důkazy. Třetím kritériem je přesvědčivost. Toto kritérium se zamýšlí nad tím, zda výroky v textu dávají právě tuto interpretaci, nebo zda je možný i jiný výklad. Čtvrté kritérium se týká smysluplnosti. Zda dává interpretace materiálu smysl, přispívá k porozumění a rozšiřuje vědění (Kronick, 1997).

Při interpretaci textu je důležitá objektivita v objevování a v rozvíjení hlubinného porozumění dokumentu a jeho kontextu. Tento proces vede k objevování vztahů a vyvozování závěrů, při kterém je nutná pozornost, svědomité zaujetí pro detaily, kontrolu nad projektováním sebe sama do textu, neustálé pochybování o důkazech, hlubokou znalost oboru. Konkrétní interpretace vyžaduje ochotu procházet znovu a znovu části textu a upravovat názor na význam textu, to činíme, dokud nenalezneme interpretaci, která je ve shodě s veškerou evidencí (Kronick, 1997).

13.5 Etika výzkumu

Participantů byli zapojeni do výzkumu na základě jejich dobrovolnosti. Nejprve byli potencionální respondenti informováni o povaze a záměru výzkumu, stejně jako byli seznámeni s formou zpracování a způsobem skladování získaných dat. Zodpovězení otázek bylo anonymní a získaná data byla ponechána výzkumníkem pouze po dobu nutnou.

Jak už jsem několikrát zmínila, respondentky jsou členkami svépomocné skupiny, která vychází z Anonymních alkoholiků a je součástí obrovské rodiny anonymních skupin. Princip anonymity je základním kamenem všech těchto skupin, stejně jako princip tradic, který zajišťuje neutrálnost skupin vůči organizacím a lidem z vnějšku. Při formulaci

výzkumného problému, cílů výzkumu, výzkumných otázek, i při práci s daty a jejich interpretaci, stejně jako při kontaktu s respondentkami, jsem brala na tyto faktory stále ohled a veškerou svou výzkumnou činnost jsem koncipovala tak, abych v žádném ohledu nepoškodila respondentky ani svépomocné anonymní skupiny.

Během výzkumu nedošlo k žádnému poškození účastníků a účastníci nebyli vystaveni situaci, které by vedla k poškození jejich osoby.

14 Výsledky

Okruhy vytvořené z otázek, které respondentky zodpovídaly, jsou podtrženy a označeny tučně. Číslo otázky, ze které okruh vychází je uvedeno v závorce vedle okruhu. V okruhu je vždy definováno několik kategorií, které jsou označeny tučně. V případě že jsem zařadila také podkategorie, jsou označeny tučně a kurzívou. Přímé citace respondentek jsou uvedeny v úvozovkách v závorkách.

14.1 Sociální situace a primární rodina lidí závislých na jídle

Dětství a vztahy v původní rodině (vychází z otázky č. 1):

Sedm žen popisuje vztahy ve své původní rodině, především vztahy s rodiči, jako **negativní** („Vztah s otcem a matkou nebyl takový, jaký by měl být.“). Ostatní (2 ženy) popisují vztahy s rodiči a dětství jako **pozitivní**. („Rodiče nás se sestrou měli rádi. Starali se o nás, nedávali nám pocit zodpovědnosti. Mohli jsme být dětmi.“).

Většina (7 žen) popisuje **vztah s matkou jako velice špatný** („Matka byla neurotická, měla narcistickou poruchu osobnosti, nikdy mě nepřijala, vždy zraňovala mou osobnost, abych byla taková, jaká ona chce, podle jejích představ.“). Ženy ve vztahu s matkou často zmiňují to, že se jim matka nikdy moc nevěnovala a nikdy s ní nenavázaly vztah, ve kterém by pociťovaly dostatek lásky a důvěry. Jediná žena zmiňuje matku jako **láskyplnou** („Matka byla láskyplná, velmi vázaná na děti. Někdy ale byla úzkostná a depresivní.“).

Pokud jde o vztah s otcem, třetina žen s ním neměla téměř **žádný vztah** („Otec se v pubertě často vysmíval mým snahám nejíst a zhubnout.“, „Vztah s otcem si moc nepamatuji, byl spíše neutrální. Myslím, že mi nevěnoval moc pozornosti. Nebýval moc doma, když jo tak spal. V mých 6 letech zemřel.“). Pouze dvě popisují **vztah s otcem jako bezproblémový**.

Výskyt problematického vztahu k jídlu nebo PPP v primární rodině (vychází z otázky č. 2):

Pět žen uvádí, že v rodině se nevyskytly vůbec **žádné patologie ve vztahu k jídlu** („Nevím o nikom.“, „Ne, neměl.“). A čtyři ženy zmiňují to, že jejich **matka řešila jídlo**, třeba tak, že

držela diety, řešila váhu, někdy se přejídala („*Matka se někdy přejídala, držela diety a menší hladovky.*“).

Výskyt psychických problémů v původní rodině (vychází z otázky č. 3):

Většina (6 žen) uvádí **psychické problémy u matky**, zmiňují depresivní, úzkostné a labilní projevy („*Nic extra. Máma byla úzkostná, trošku depresivní, ale nebyla tak diagnostikovaná – to spíš hodnotím tak zpětně.*“). Ve všech případech se ale jedná o domněnky dcer, nikoliv o diagnózu.

Tři ženy uvádí, že v rodině se **žádné psychické problémy** nevyskytly a tři ženy zmiňují **alkoholismus u otce**.

Vztahy s širší rodinou, přáteli, spolupracovníky (vychází z otázky č. 4):

Všechny ženy popsaly vztahy s **širší rodinou jako neutrální a nekonfliktní, ale ne příliš intenzivní**. Většina žen ani početnější širší rodinu nemá („*Širší rodinu nemám. Po smrti otce jsme se přestali stýkat s jeho částí.*“).

Tři ženy měli dva sourozence, jinak po jednom sourozenci, pouze **jedna je jedináček**.

Všechny ženy popsaly vztahy na pracovištích jako **dobré, případně bezproblémové a neutrální** („*Myslím, že málokdo opravdu pozná, jaká jsem. Vztahy na pracovišti mám nekonfliktní, často mi do hodnocení píšou, že je zábavné se mnou pracovat, a že přispívám k příjemné pracovní atmosféře.*“)

Co se týče přátelství, pouze dvě ženy popisují **intenzivní přátelské vztahy** („*Mám mnoho přátel. Lidi mě vnímají jako velmi společenského člověka. Nemám problém navazovat nové kontakty, umím se dobře otáčet i mezi novými lidmi.*“).

Pět žen uvádí, že **nemá blízké přátelské vztahy** („*Přátelům se spíše vyhýbám, nemám žádné blízké vztahy.*“), („*S přáteli mám dobré, ale ne příliš intenzivní kontakty.*“). Případně mluví jen o **několika blízkých přátelích** („*Žádné nemám, mám dvě nebo tři kamarádky.*“).

Partnerské vztahy (popř. vztahy v sekundární rodině) (vychází z otázky č. 5):

Všechny ženy uvádí **problematické a neúspěšné partnerské vztahy** („*Měla jsem velmi mnoho pokusů o partnerské vztahy, všechny neúspěšné. Vždy zamilovanost, poté strach z opuštění, který se projevil jak slovně, tak činy. Stahovala jsem se do sebe a k jídlu, a ukazovala jsem partnerovi, že jsem lepší než on.*“),

(„Během období přejídání nejsem schopná najít si partnera, jelikož vždy trpím nízkou sebedůvěrou a zavrhuji sama sebe.), („Měla jsem mnoho partnerských, ze kterých ale žádný dlouho nevydržel.“), („Nedokázala jsem partnerovi dávat tolik lásky, jako on mně. Na druhou stranu jsem vždy měla pocit, že mám oproti němu navrch v jiných oblastech.“). Dvě respondentky uvádí **závislé vztahy** („Ke vztahům se připoutávám a hledám hodnoty v druhých lidech, často se sebeobviňuji a přizpůsobuji, nejsem schopná budovat si vlastní život, pořád něco očekávám a mám falešné naděje. Taky vím, že nejsem schopná opustit špatné situace a vztahy, často zůstávám na cestě, přestože vím, že je špatná.“), („Vnímám, že mám tendenci se chovat a přežívat ve vztazích spoluzávisle.“) Dvě respondentky také uvedly, že trpí **strachem ze samoty** („Měla jsem strach, že mě přátelé opustí, že pro ně nebudu dost dobrá, až poznají, jaká opravdu jsem.“).

14.2 Vztah k jídlu

Historie jedení (jeho změna v průběhu času a délka abstinence (vychází z otázky č. 6):

Osm žen popsalo svůj **vztah k jídlu v dětství jako bezproblémový** („Jako malá jsem jedla všechno a kolik jsem chtěla, bez výčitek. Byla jsem při těle. Postupně, jak jsem přišla do puberty, jsem si uvědomila, že se nikomu nelíbím a musím zhubnout, zredukovala jsem stravu na minimum a začala nadměrně cvičit. Po čase mě to přestalo bavit a začala jsem jíst ve velkém množství a nadměrně.), (Jako dítě si nepamatuji nic speciálního. Vždycky jsem měla ráda sladkosti. Na SŠ jsem si uvědomila, že jediná věc, která mě na světě těší, je jídlo. Tehdy začalo přejídání, neměla jsem nějak velké následky na váze, ale nebyla jsem šťastná, jedla jsem hlavně sladkosti a pečivo. Pak nastal výkyv, když jsem měla partnerský vztah – to jsem začala jíst málo. Po skončení VŠ nastoupilo přejídání, které se vymykalo kontrole. Přejídání bylo záchvatovité i celodenní - po troškách stále něco.“), („Nějak zvlášť jsem to v dětství nevnímala, ale při práci na krocích se mi najednou odkrývá mnoho situací a období mého života, kam vlastně jídlo vstupovalo a vidím, že jsem nikdy nejedla tak jako ostatní. Jídlo vždycky hrálo v mém životě jinou roli, než v životě ostatních. Nikdy jsem nebyla obézní, ale střídala se období, kdy jsem se v jídle celkem držela, byla jsem spokojená, s období, kdy jsem byla baculatější a taková otupělá tím jídlem. Teď si vzpomínám na jedno období, ve kterém jsem fakt vždycky jedla do takové plnosti, že už jsem prostě víc nemohla, pak jsem chodila s děčkama na hřiště a skoro jsem nemohla

dýchat, jak jsem byla přecpaná. Táta mě v tom ale podporoval s tím, že jsem ve vývinu. Myslel to se mnou dobře“.).

Všechny ženy uvádí, že vždy měly k jídlu **jiný vztah než jejich vrstevníci a ostatní kolem nich**, popisují například to, že když třeba jedly ve společnosti s dalšími lidmi, ostatní se cítili nasyceni, ale ony by si rády daly něco dalšího, nestačilo jim to a přemýšlely, na čem ještě si pochutnat a nikdy neskončily jídlo bez toho, aby byly **úplně přeplněné jídlem**. Často **se těšily na společenské události** kvůli tomu, co si tam dají k jídlu. Mnohé **situace života také mají spjaté s jídlem**, dokážou se třeba přesně rozpomenout na svůj oblíbený zákusek z dětství. Jídlo si často hodně **plánovaly** („*Třeba dva dny dopředu jsem si plánovala, co budu vařit.*“ „*Když jsme třeba měli jít s kamarádama někam na jídlo, už dopředu jsem si našla jídelníček dané restaurace a těšila se na to, co si tam dám.*“) a velice si **užívaly jeho přípravu a nakupování jídla**. („*Těšila jsem se na nakupování jídla a vždycky jsem nakupovala hodně a do zásoby.*“)

Když třeba jídlo neměly nebo se nejedlo včas, popisují, že byly **nevrlé a podrážděné**. Jejich **myšlenky se často točily kolem jídla a těšení se na jídlo**.

Většinou konzumovaly jídlo **po kouskách během celého dne**, později s věkem, jak se nemoc zhoršovala, byly častější vyloženě **záchvaty přejedení**.

Většina žen (6) uvádí, že jako malé jedly hodně, ale svou váhu neřešily, ani nebyly obézní, často se vyskytovala spíše **nadváha**. Svou váhu začaly řešit většinou při nástupu puberty.

(„Vždycky jsem jedla hodně, dojídala jsem jídlo po ostatních, těšila se na jídlo, když jsem ho neměla, byla jsem podrážděná. Nikdy jsem nejedla tajně, až od vstupu do OA, teď se totiž vždycky držím a pak se spustím tak brutálně, užívám si toho, že najednou můžu.“,
„Vždycky jsem měla jiný vztah k jídlu než ostatní, na rozdíl od svých vrstevníků jsem jídlo hodně řešila, upínala se k němu, nikdy jsem nezapomněla na žádné jídlo, když třeba vzpomínám na rodinné dovolené, které jsem zažila jako malá, přesně si vzpomínám, co jsme tam tenkrát jedli.“),

(„V raném věku do 6 let vztah k jídlu neutrální. Od 6 let, v 1. třídě, jsem jedla obědy ve škole a potom i druhý oběd doma u babičky. S tím, že mi to ve škole nechutnalo, ale i tam jsem to snědla. Konkrétní důvod jsem neměla, možná mě ovlivnilo úmrtí otce. Záchvaty přejídání, tajné jedení začaly zhruba v 8 letech. Většinou po večeři jsem mívala pocity neuspokojení a touhu po více jídla. Hlavně chléb, vařené jídlo. Ve škole jsem si chtěla

přidávat svačinu, ale bylo mi to trapné. Ostatní pojedli a už se jídlem nezabývali. Já jsem nad jídlem přemýšlela (touha po jídle) dokud jsem se k dalšímu nedostala. Nikdy jsem neuměla sníst jednu oplatku, vždy jsem chtěla více oproti ostatním. Mnohdy jsem se tedy raději vyhýbala sladkostem, vždy jsem však dříve či později podlehla a snědla jsem větší množství, než je norma. Od cca 10 let začaly diety, jako kontrola přejídání a váhového přírůstku. Připadala jsem si velice obézní (pár kg navíc jsem měla). Obsedantní vztah k jídlu mi zůstal do dnešního dne. Po opakovaném váhovém přírůstku (až 30 kg) a následné snaze zhubnout (většinou úspěšné) byla má maximální váha 100kg a minimální váha 58kg. Začala jsem zvracet, abych se zbavila hrozby váhového přírůstku, po „nájezdech“. Toto chování mě nyní doprovází 2 roky. Stalo se však ještě více návykovým také proto, že tolik nepřibírám a tudíž nemám takovou motivaci přestat. Jediná motivace přestat se přejídat byla vždy nadváha.“)

Subjektivní faktory zásadní pro vznik nemoci (vychází z otázky č. 7):

*Třetina žen uvedla, že příčiny své nemoci vidí v **genetice a neurobiologii** („Někdy si myslím, že je to částečně i genetické, protože mi máma párkrát povídala o tom, jaká jsem byla od mala zvýšenou chutí k jídlu, že mě musely v porodnici kojít i jiné ženy, protože ona už neměla mléko a že i v raném dětství jsem vždy chtěla jíst. Bála se o mě, abych nebyla tučná, tak mě někdy klamala, že už nemáme kakao, ale jenom čajík. Myslím, že tak nějak to mohlo začít. Kromě toho si myslím, že mi rodiče vštěpili málo sebevědomí a vždy upozorňovali spíše na to, co by se ještě dalo zlepšit než na to, co jsem udělala dobře.“), („Když si uvědomím, jak silné cravingy občas mívám, myslím, že ta nemoc musí být částečně i v biologii mého těla, že prostě můj mozek funguje nějak jinak než u ostatních. Asi jako u alkoholiků, kteří v mnoha případech pijí, i když jim ten alkohol ani nechutná, ani jim nepřináší potěšení, a ví, že by neměli pít nejen kvůli zdraví, ale i třeba kvůli rodině, o kterou tím přichází. A já to mám s tím jídlem stejně, prostě je to tak silné bažení, tak strašně mě to k tomu jídlu táhne, že nechci nic jiného. Není to jako, když třeba kolegyně v práci mají po obědě chuť si dát větrník a tím skončí. Já jsem sem prostě jak v tranzu a jediný na co myslím je to jídlo a už když jím, tak vím, že to nechci a plánuju si, jak se pak budu zase držet, ale v tu chvíli to prostě nedokážu zastavit, tyto stavy jsou prostě*

absolutně mimo kontrolu mojí vůle, protože tu já mám silnou, ale co této mé drogy týče, jsem tak slabá.“).

Další třetina vidí příčiny své závislosti v **nedostatku lásky a nepřijetí sama sebe** („*Myslím, že zásadní vliv měl nedostatek lásky v rodině, od dětství, nadměrné kritizování ze strany matky, špatný způsob výchovy, nemožnost projevovat pocity, žádná něha, láska dobrotu. Byla jsem vždy submisivní, neschopná vystoupit a posadit se, nízký pocit sebehodnoty. Jídlo pro mě bylo jediným kamarádem, k jídlu utíkám, svět je nehostinné místo, ve kterém neumím žít. Jídlo je pro mě náhradou normálního života a rozptýlením.“).*

Jako příčinu vzniku své nemoci některé ženy popsaly to, **jaký vztah k jídlu jim rodiče vytvořily** („*Myslím, že máma nás zbytečně poutala k jídlu. Nechtěli jsme jíst, tak nás do jídla nutila. Zbytečně moc jsme se tím zaobírali. Taktéž se kladl velký důraz na to, abychom snědli všechno, přičemž máma určovala množství naloženého jídla na talíři.“)*

Ostatní ženy viděly příčinu své nemoci v **neschopnosti zpracovat emoce** („*Nejsem schopná zpracovávat pocity strachu a zlosti. Unikám tak od negativních imaginací a projekcí, od myšlenek na minulost, negativních představ o budoucnosti.“)*, („*Neschopnost zvládat emoce. Myslím, že v sobě mám nějaké zranění z dětství, které mají dopad na to, jak prožívám stres. Mám tendenci mít strach a jistý druh věčné nespokojenosti, takového permanentního neklidu.“).*

Okolnosti přejedení (spouštěče přejedení, pocity předcházející záchvatům přejedení a pocity následující po přejedení) (vychází z otázky č. 8 a č. 9):

Jelikož ženy často uváděly několik spouštěčů najednou, s tím, že v mnoha případech právě psychické rozpoložení a negativní pocity byly spouštěči, v následujícím okruhu nebudu uvádět přesné četnosti. Všechny spouštěče, které popíši jako kategorie, byly zmíněny vždy minimálně třemi ženami.

Jako pocity, které předchází přejedení a mohou ho spouštět, jsou nejčastěji zmiňovány **negativní emoce** jako **hněv, úzkost, strach, stres, nervozita** („*Mým záchvatům přejedení často předchází negativní emoce jako hněv, úzkost, strach, resentment, když věci nejdou podle mých představ, když se lidé nechovají tak, jak chci, když nedostávám, co očekávám, stres, nervozita. Potom třeba to, že nechci čelit emocím, chci je potlačit. Nechci trpět, tak si raději ulevím jídlom. Přejedení spouští i klamání se, že zvládnou jen kousek nevhodného*

jídla, nebo když se pokusím jíst normálně bez omezení.“), (“Dnes už si můžu přiznat to, že kromě smutku přejedení často předchází závist, žárlivost a nedostatek lásky, proto je tak důležité pracovat na celkové duchovní vyrovnanosti, zdaleka to není tak, že by mě spouštělo jen to, když uvidím třeba koláč.“), („Vždyť já ani nevím, vždycky to přijde nečekaně, nemá to žádné objektivní příčiny. Ale asi se častěji přejídám, když je toho na mě hodně, jsem nějak unavená, nešťastná, nespokojená nebo naopak šťastná.“).

Ženy často uváděly, že jim záchvat spustí, když sní **jídlo nebo potravinu, která je jejich spouštěčem**, nejčastěji pak uváděly **rafinované sacharidy**.

(„Mé záchvaty spouští i to, když i to, když se třeba podívám na nějaký obrázek jídla nebo když se v obchodě zastavím u regálu se sušenkami. Vlastně už teď, když o tom jenom mluvím, tak přichází myšlenky na to, že bych se nejradyji přejedla něčím sladkým a představuji si, jak by to bylo super, jít do obchodu a jíst neomezeně. Koupit si cookies a buchty a zmrzlinu a chlebiček. Akorát si zatím uvědomuji, co by přišlo po tom a taky vím, jak bych si říkala, že si dám ještě jeden poslední kousek, ale nikdy bych ten poslední kousek nedocílila, pořád bych byla „těsně“ před tím posledním soustem, které mě uspokojí.“)

Všechny ženy zmínily **negativní pocity po přejedení**, nejčastěji se jednalo o **hněv na sebe, nespokojenost, napětí, výčitky**, ale také **únava a naprostá letargie**.

(„Pocity po přejedení jsou děsivé, přicházejí vlastně už během přejídání, ale člověk to prostě nemůže zastavit! Je to nenávisť sebe sama, fyzická bolest, únava, nespokojenost, výčitky, bolest. Nechci nic jiného, než vystřízlivět! Během toho přejídání vím, že to nechci, ale proti tomu bažení je moje vůle příliš slabá.“), („Po přejedení následují pocity hněvu na sebe, pocity viny, výčitky, lítost, zlost.“), („Po přejedení je to různé – nenávisť sebe sama, hněv na sebe, nespokojenost, deprese, napětí.“).

Po přejedení bylo ženami často popisováno **smlouvání se sebou a nové odhodlání přestat** (*„Okamžitě po přejedení přichází pocit provinění, chvilka únavy a znovu výčitky a předsevzetí, že to musí přestat.“*), (*„Vždycky po tom záchvatu si řeknu, že tentokrát to bylo opravdu naposledy, že teď jsem už fakt sebrala všechnu sílu začít znovu a že to bude navždy, že to dokážu a úplně bezmezně tomu věřím. A pak to přijde zase, po různě dlouhé době. No kdybych tomu nevěřila, tak se snad ani nemůžu zvednout a začít znovu.“*), (*„Je to recidivující onemocnění, já vím, že ty recidivy přichází zas a znovu, ale vždycky potom věřím, že to dokážu, že to bylo naposledy. Slíbím to sobě, své rodině, Bohu.“*).

Časté bylo i to, že **přejedení nastane bez zjevné příčiny** („Někdy je zase všechno úplně v pohodě, daří se mi v práci, ve vztazích, dobře se vyspím, před sebou nemám žádné tíživé povinnosti ani stres, ale prostě to udělám. Možná je to tím, že jsem méně opatrná nebo se nudím. Jsem zkrátka nemocný člověk a ta nemoc nikdy nespí, člověk jí dá jen malou skulinku, chvíli zapomene na to, že jí má a ona ho dostane.“), („Neumím popsat, jaké pocity tomu předchází, většinou u toho nepřemýšlím, zpětně mám pocit, jako kdybych v tu chvíli nebyla pánem svého těla a své mysli.“), („Nesmím se tolik vystavovat podnětům s jídlem jako je koukání do vitríny se zákusky, mluvení o jídle, příprava večeře apod. Na světě je přece tolik jiných a krásných podnětů! - Musím dbát na to, abych svou rovnováhu nikdy ničím neohrozila.“). Ženy zmiňovaly také to, že se u nich často vyskytuje chuť **odměnit se jídlem**. („Je to takový pocit, asi jakože teď jsem udělala něco opravdu dobře, tak přece můžu. Možná to není tak, že by u mě záchvat přímo spouštěla ta situace, ale spíš si to ta moje nemocná hlava ospravedlní a taky v tu chvíli nedávám tolik pozor.“), („Když mám pocit, že si zasloužím odměnu.“)

Strach z velkého úkolu, který před ženou stojí, byl také jedním z častěji zmíněných spouštěčů („Když jsem ještě byla na škole a měla jsem třeba před zkouškami, tak to vždycky šly všechny zábrany stranou, prostě jsem si to úplně maximálně ospravedlnila, že teď je důležitější, abych zvládla tenhle úkol, co je přede mnou a pak se můžu zabývat jídlem. Asi jsem se nějak nedokázala s tou náročnou situací poprat jinak než s pomocí jídla. Třeba jsem si řekla, že teď potřebuju hodně energie, aby mi mohl mozek dobře myslet. Jenže to množství jídla mě vždycky akorát unavilo.“)

Jako rozšíření uvádím výpověď jedné respondentky o jejích spouštěčích:

(„Asi bych to rozdělila to na 2 kategorie: 1.) Když se přejídám několik dní, tam není mnoho na výběr. Nejsou zde žádné situace, které mě „spouští“, pouze pokračuji v neovladatelném chování z předešlého dne. 2.) Když abstinuji cca 3 dny a více. Zde si uvědomuji nepříjemné pocity zlosti, strachu z budoucnosti, většinou imaginární strachy, negativní projekce, mnohdy stačí špatná vzpomínka, nad kterou začnu přemýšlet a okamžitě začnou naskakovat myšlenky na jídlo, někdy pocit v ústech, pachů určitého jídla (makový závin). Nedokážu se těmto negativním představám či myšlenkám reálným nebo nereálným bránit. Dále situace, kdy se cítím ohrožená, hlavně v partnerských vztazích. Unikám k jídlu, abych se „obrnila“ vůči potenciálnímu nebezpečí, které ve vztazích číhá – nevěra, lži, opuštění.

Díky nakupování jídla a jedení mám pocit, že mi nic neublíží, že to všechno zvládnu, že nikoho nepotřebuji.“), („Po přejedení si uvědomím, že to jídlo mi nic nedalo. Že to byl klam, že situace je stále stejná, ba naopak horší. Jelikož jsem se přejedla, přiberu, bude to vidět, také zvracím, takže budu oteklá. To jsou fyzické následky. Psychické pocity viny – naprosté porážky, uvědomění si závažnosti situace, ztráty kontroly, pocity strachu z budoucnosti, co bude příště, strach z nemoci, smrti, zlost na sebe, chuť si ublížit, potrestat se.“).

Jídla a potraviny, kterými se přejídají (vychází z otázky č. 10):

Všechny ženy z výzkumného vzorku uvedly, že se přejídají především **uhlohydráty a rafinovanými potravinami** („Mým ‚alkoholickým‘ jídlem jsou sladké, slané a mastné potraviny, sladkosti, pochutiny, pečivo, cukrovinky. Pokud tyto nejsou k mání, tak se přejídám ovocem, zeleninou, prakticky čímkoliv.“).

Zřejmě nejčastěji ženy uváděly **sladká jídla a cukrovinky** („Nejčastěji se přejídám spouštěči, takže rafinovanými sladkými potravinami.“). Často se přejídají **pečivem** („Hlavně pečivo – slané, sladké, ale například i těstoviny apod.“). Dále pak zmiňují **smažená a tučná jídla** („Čokoláda, sladké, pečivo, oříšky, sýr, šunka, med, buchty, sladké ovoce jako banány, chci se napěchovat něčím pořádným a vydatným.“)

„Sacharidy, sladkosti, čokolády, koláče, keksy, příliš tučná jídla.“)

Několik žen (4) uvedly konkrétně **čokoládu**.

Respondentky dále popisují, že po tom, co se záchvat přejídání rozjede nebo potom co sní všechny vysoce kalorické potraviny, které doma měly, už nezáleží ani tak na druhu potraviny, ale jde o to, něco do sebe „cpát“, takže už se pak přejídají **jakýmkoliv jídlem** („Uhlohydráty a ovocem, sladkými věcmi, pečivem a podobně. Ale když je to rozběhnuté, tak už čímkoliv.“), („Všechno, co doma máme. I ovoce, zelenina, sladkosti, všechno, všechno, všechno.“), („Vzpomínám si, jak jsem přišla do OA a volala jsem si s jednou holkou a ta mi popisovala, že prostě dostane tu myšlenku na to, že si půjde do supermarketu koupit tiramisu a prostě půjde a celý ho sní. Přišlo mi to nepředstavitelné, protože já jsem to měla tak, že jsem vždycky jedla všechno a hodně a přejídala jsem se tak nějak „plynule“ a postupně. Teď už se to ale změnilo, když abstinuji a držím se, tak jím normálně, ale když to pak přijde, tak to už není přejídání jako dřív. Najednou mám pocit, že teď už můžu a jsem jako nepřičetná a žeru prostě všechno, co mi přijde pod ruce.

Primárně sladké, miluju buchty. A ten pocit svobody, když můžu jít do obchodu a tam si najednou nakupovat neomezené množství jídla, které v abstinenci nemůžu, dostaví se takový pomíjivý pocit svobody. Nikdy bych nevěřila, co se do mě všechno vejde. Už jen čekám, až mě ta nemoc dostane tak, že se budu ládovat kostkami másla a krabicemi s cukrem. Teď už není cesty zpět, jakmile jednou zjistíte, že máte tuhle nemoc a začnete ji řešit, už nikdy nebudete jíst jako předtím.“)

Ženy uváděly také to, že z jídelníčku často byly nuceny vyřadit **alkohol, černou kávu**, potraviny obsahující **kofein a smažená a tučná jídla**, protože je také spouštěly.

Jedna žena poukázala také na zajímavý mechanismus substituce, která se vyskytne při abstinenci od kompulzivního jídla (*„Když se nepřejídám, tak začnu až nutkavě pít ochucené tekutiny, například čaj s mlékem, džusy apod. Myslím, že je to jistý mechanismus, jen má fyzicky menší následky.“)*

Subjektivní diagnostika nemoci (vychází z otázky č. 11):

Pět žen považuje svoji nemoc za **závislost** (*„Ano, je to závislost, vím to podle sebe.“*), (*„Porucha příjmu potravy. A je to závislost, protože jsem závislá na jídle.“*), (*„Neumím to rozlišit, ale vnímám, že to má charakter závislosti, z diagnóz by to odpovídalo nutkavému přejídání - je to nutkavé.“*), (*„Jednoznačně za závislost. Protože když mám bažení, tak ho nedokážou vůlí ovládat, protože úplně ztrácím kontrolu a jídlo vstupuje snad do všech oblastí mého života. Je to recidivující onemocnění.“*).

Další ženy považují svou nemoc za **PPP** (*„Porucha příjmu potravy. Protože to zapadá do definice poruch příjmu potravy. Nevím, kolik je dost, mnoho věcí řeším jídlem.“*).

Jedna žena zmínila také **genetické onemocnění** (*„Jednoznačně genetické onemocnění se smrtelnými následky.“*

Ženy zmínily také **obsedantně kompulzivní poruchu (OCD)** (*„Převážně závislost, jelikož jsem byla závislá na jiných látkách v minulosti. Je to velice podobné. Jde mi o ten pocit, který to vyvolává. Také bych to přirovnala k OCD. Okamžitý únik do činnosti, kterou nedokážu přestat dělat. Přejedení/zvracení trvá i hodiny, např. 8 hodin. Nedokážu se od této činnosti odtrhnout.“*)

Jedna žena nechtěla uvádět **žádnou diagnózu**, protože jí to přijde zbytečné („*To je jedno, jak to pojmenujeme, slovíčka jsou zbytečná, mně to všechno přijde stejné. Prostě mám problém s jídlem a nikdy nebudu moct jíst jako ostatní lidé.*“).

Změny ve stravování po začátku řešení problému (vychází z otázky č. 12):

Od té doby, co ženy začaly svůj problém s jídlem řešit, začaly postupně měnit i **stravovací návyky na takové, které jim zajišťují abstinenci** („*Jím předem stanovené množství, nejím mezi jídly, většinou 3x denně.*“)

Některé ženy uvedly také to, že se většinou **nestravují v restauracích** („*Nejím často v restauracích, ale nevyhýbám se jim, dá se vybrat vhodné jídlo.*“),

(„*V restauracích jím téměř každý den, celkem mi to vyhovuje, že mi tam odměří „normální“ dávku, jaká by měla člověku stačit. Chodím do „zdravých“ zařízení, kde dělají domácí polévky, saláty a podobně.*“)

Ženy změnilly i **druh jídla a jeho kvalitu** („*Jím kvalitní a zdravé jídlo, které si předem připravuji, nutričně vyvážené. Snažím se nekupovat hlouposti a vyhýbám se sladkostí a cukru.*“), („*Změnila jsem jídelníček, jím hodně ovoce a zeleniny a vyloučila jsem spouštěče.*“)

Ženy uváděly i **změny ve stolování a skladování potravin** („*Nejím ve stoje nad umyvadlem. Stoluju v sedě, nečtu.*“), („*Málokdy kupuji jídlo do zásoby (jen na pár dní), málokdy vařím tak, abych měla navařené jídlo i na další den, jen zřídka se totiž dalšího dne dožilo. Mám několik potravin, které zdálky obcházím a ani se sebou o nich nediskutuji. Chtěla bych, abych byla schopná jich na tento seznam zařadit víc.*“), („*Neměla bych si dělat velké zásoby, protože pak jsem otrokem jídla a mám pocit, že ho musím sníst. Tak tomu je zvláště u jídla v ledničce – měla bych tam vždy mít jídlo tak na tři dny, nedělat velké zásoby. Navíc mám potom jídlo pořád na očích. To platí i u velkého vaření do zásoby, to bych neměla dělat. Měla bych nakupovat na ty dny, kdy dělám například polévku - jde o to, abych nebyla otrokem jídla.*“), („*Jím vždy pomalu a u stolu. Prožívám a uvědomuji si každé sousto.*“), („*Nevařím a nepřipravuji komplikovaná jídla.*“), („*Nepiji žádný alkohol, piji jen čaj a vodu bez ničeho, maximálně s citronem. Nemusím mít strach, že bych měla energie málo, protože lidé často jí mnohem méně a žijí, žijí plnohodnotněji. Navíc jím 5x denně, což znamená, že přijmu opravdu dostatek energie.*“)

Nesmím svoje chutě příliš dráždit ani různými omáčkami a dochucovadly. Po velkém jídle jím po 3 hodinách a po svačinách za 2,5 hodiny. Všechno jídlo doplňuji zeleninou, v případě snídaně ovocem.“).

Jednodenní jídelníček před abstinencí (vychází z otázky č. 13):

Ženy většinou zmiňovaly, že je těžké popsat typický jídelníček, protože jejich **stravování nebylo pravidelné a nemělo řád** („*Když se člověk přejídá, neexistuje typický jídelníček na každý den. Někdy jsem se týden nepřejedla a myslela jsem si, že jsem v pořádku, dodržovala jsem zdravý životní styl, a najednou jsem si úplně bezmyšlenkovitě dala něco sladkého a všechno se točilo v kruhu.“*)

Jednodenní jídelníček v abstinenci (vychází z otázky č. 14):

Ženy většinou (6 žen) popsaly konkrétní abstinenci jídelníček (uvedu na konci tohoto okruhu).

Některé ženy uvedly, že například nevečeří, většina jídelníčků ale byla podobná. Většinou jedí **tříkrát nebo pětkrát denně**. Jídelníčky obsahují hodně ovoce a zeleniny, celozrnné potraviny, vločky, jogurt, rýži, tofu, sýr,

Asi třetina žen uvedla, že se stravuje **vegetariánsky**.

Ostatní buď byly aktuálně **v recidivě, proto nemají abstinenci jídelníček** nebo například **nepřaktikují program OA v tomto směru** („*Nepřaktikuji program v tomto směru, nepřipravuji si jídelníček.“*).

14.3 Oblasti života ovlivněné jídlem

Přítomnost dalších závislostí (vychází z otázky č. 15):

Třetina žen odpověděla, že **nemá jinou závislost** než na jídle. Ženy dále zmiňovaly **spoluzávislost na vztazích a potřebu lásky a přijetí** (4 ženy).

Jenom jedna žena uvedla i **další závislosti** („*Jídlo je a bude primární, v minulosti jsem byla závislá také na alkoholu, drogách a automatech.“*).

Zdravotní problémy vzniklé v souvislosti s jídlem (vychází z otázky č. 16):

Šest žen neuvedlo **žádné zdravotní problémy ani obezitu**. Tři ženy zmínily **problémy s trávením, nafukování, únavu a bolesti hlavy** („Měla jsem problémy s trávením, časté pálení žáhy. Předpokládám, že i moje celková kondice a pocit únavy souvisí s jídlem.“) Jen dvě ženy popisovaly **přechodnou obezitu nebo nadváhu**.“ Dvě ženy zmínily také **problém s menstruací** („Když jsem zhubla pod 59 kg, tak jsem neměla menstruaci asi dva roky.“).

Konkrétní projevy „chorého myšlení“ (vychází z otázky č. 17):

Čtyři ženy uvedly, že **stále myslí na jídlo** („Hodně myslím na jídlo, skoro při každé činnosti mě napadne, kdy už budu jíst, někdy neumím přestat na jídlo myslet, když mám na něco chuť.“)

Ženy dále popisují **bezmoc vůči jídlu** („Když jsem se přejídala, říkala jsem si, že to nedokážu řešit, ale trápila jsem se tím, že jsem necítila, že bych měla dost síly to změnit.“)

Ačkoliv ví, že racionálně to tak není, nemohou se zbavit vnímání jídla jako nejlepšího přítele a **zdroje potěšení** („Jídlo je stále základním zdrojem potěšení v mém životě i když mnoho jiných věcí je dobrých.“).

Ženy často uváděly, že jejich „choré“ myšlení se projevuje nejčastěji **v myšlenkách, když si ospravedlňují jídlo**, o kterém ví, že by ho neměly jíst, jelikož je jejich spouštěčem nebo je to jídlo navíc, které není v jejich jídelním plánu. („Ospravedlňuji si to tím, že mám mnoho problémů, že si chci jen trošku zajíst a uspokojit se, jsme jen lidi.“), („Na jídlo myslím pořád, prostě se toho nemůžu zbavit, je to hrozné. Mám třeba nějaký jídelní plán a pak mi vyvstane myšlenka o tom, co bych si mohla dát, a tak dlouho mi tu hlavu nahlodává, že nejdřív odolávám, pak jí postupně podléhám a začnu si to různě ospravedlňovat, třeba, že jsem unavená a potřebuji energii, nebo když je to levné, a tak. A někdy to najednou udělám a ani nad tím nepřemýšlím, prostě to najednou nejsem já.“), („Pokud nemám abstinenci, tak na jídlo myslím v průběhu celého dne. Zakázané jídlo si ospravedlním tím, že nemám sílu se tomu bránit a musím ho mít. Nebo také výmluva, snědla jsem příliš ovoce nebo něčeho jiného, už je to stejně jedno. Už se přejím, můžu přejíst, už je to jedno. Takový ten nikdy nekončící pocit, že bych si ještě něco dala. Ale to ‚ještě‘ nikdy nebere konce.“)

Nemocná mysl se často projevuje v samotném **popření nemoci** („Ještě stále věřím, že silou vůle to dokážu zvládnout.“, „Popírání – nic mi není, nemám problém, zvládám to.“). Projevy „choré“ mysli byly popisovány i v souvislosti s tím, že závislý člověk si, ještě než se začne přejídat nebo už když se přejídá, slibuje, že **druhý den začne znovu a s obrovským odhodláním změnit se** („Většinou si řeknu, že zítra začnu znovu, že budu držet hladovku, dietu, půjdu běhat. Dnešek se nebude počítat.“), („Moje myšlení je často hrou s pravidly, s jejich nekončícím ustanovováním a porušováním. Například když jdu nakupovat, tak si slíbím, že nebudu kupovat výhodné balení třeba sladkého jídla, které mě spouští. Když pak v obchodě dojdou k takovému jídlu, rozhodnu se, vím, že takové jídlo nesmím, ale řeknu si třeba, že dneska mám před sebou ještě ten a ten náročný úkol a že prostě potřebuji energii. Ale abych se uchlácholila, tak si slíbím, že vždycky sním jenom jednu porci a že budu jíst až doma v klidu. Balení ale otevřu ještě v autě a po tom, co s ním tři kousky se rozjedu. Je to až fascinující, jak vždy zas a znovu věřím tomu, že skončím u těch třech kousků. Slíbím si potom, že během řízení už jíst nebudu. Když pak zastavím na světlech, vnímám to jako příležitost rychle do sebe něco nacpat a pak už jím i během řízení. Pak si řeknu, že nebudu večeřet, když už jsem jedla. Moje nemocná mysl ale nakonec udělá ústupek, že si dám třeba jenom jednu malou porci. Až ji sním, chci ještě a další a další a nikdy nemám dost. Pak si řeknu, že když už jsem to dneska porušila, tak to nemá cenu a že začnu druhý den úplně naplno. Večer se ještě nacpu tak, že jsem na prasknutí. Ráno začínám znovu s tak velkým odhodláním a vůlí, že si to jen málo kdo umí představit. Snídaně je většinou ukázková a pak postupně moje nemocné myšlení pracuje podobným způsobem, jak jsem popsala výše. Ospravedlním si to, že si musím dát jídlo navíc, protože v práci se stalo to a to a třeba jsem se s někým pohádala. Nebo se odměním, když jsem něco udělala dobře. Když natahuju ruku pro jeden kousek manga na oslavě, jsem si jistá tím, že to bude ten jeden jediný kousek, chci to ochutnat, protože jsem mango přece tak dlouho neměla. Ten druhý si pak ospravedlním třeba tak, že mango má určitě hodně vitamínů, které do sebe jinak nedostanu a že tak prospěju svému zdraví. Většinou je to tak, že nezačnu jíst hned svoje zakázané jídlo, že bych si na té oslavě šla rovnou pro chlebiček, když mi tahle myšlenka přijde na mysl. Moje hlava to vymyslí tak, že najde nějaký most, nějaké menší zlo, kterým mě do toho dostane. Na to, abych začala chlebičkem, mám ještě moc silnou vůli, ale když si to prvním kompulzivní sousto takhle hezky ospravedlním. A pak

už si řeknu, že jsem stejně porušila svůj jídelní plán, který měl danou gramáž, takže je to už jedno. A začnu jíst i jídlo, které není abstinenci a jím všechno a jím víc a víc a najednou chci ochutnat úplně všechno. Je to koloběh ospravedlňování, ustanovování pravidel a jejich následné porušování. Je to koloběh nových nadějí a začátků. Koloběh slibů sobě i okolí. Koloběh plnosti vědomí, když nemám chutě, když si uvědomuji, jak mi je krásně v abstinenci a co všechno mi jídlo bere a že ta falešná svoboda, kterou mi jídlo dává je tak pomíjivá. Je to takový můj svět jídla, kde jsem pánem, kde se schovám před ostatními a kde si můžu všechno vysvětlovat a ospravedlňovat a slibovat a jíst tak, aby to ostatní neviděli. Při takových tajnostech a menších či větších lži sobě i okolí je mi dobře.“).

Oblasti života narušované jídlem (vychází z otázky č. 18):

Každá z žen uvedla několik oblastí nebo konkrétních situací, které jsou negativně poznamenány jejich patologickým vztahem k jídlu. Popisovány byly tři hlavní oblasti: osobní, rodinná a vztahová, pracovní.

V rámci **osobní** oblasti byla popisována **narušená sebedůvěra** a **problém s přijetím sama sebe** („Vztah k sobě - hanba a nenávisť sebe sama, deprese a negativní prožívání, partnerský vztah - byla jsem podrážděná, otrávená.“).

V **rodinné a vztahové** oblasti ženy popisují nejčastěji **narušení partnerských vztahů** a negativní dopad na **vztahy s přáteli** („Okrádá mě to o čas na koníčky, myslím, že nepřímo ochlazuje svoje vztahy s okolím.“, Vztahy s přáteli - jak jsem přejedená, tak už ani nemám kapacitu jim naslouchat.“).

Patologický vztah k jídlu se v neposlední řadě negativně popisuje v **pracovní oblasti** a v **rovině povinností** („Vidím to hodně například na školních povinnostech - třeba mám udělat nějakou důležitou práci a místo toho pořád myslím na jídlo, nebo chytanu záchvat přejedení. Nedokážu se pak už vzchopit a něco udělat.“).

Závislí popisovali také **konkrétními situace**, například návštěvu koupaliště. Zmíněna byla i rovina **zdraví**.

Tělesná hmotnost (vychází z otázky č. 19):

Necelá polovina má **aktuálně normální váhu** („Teď ji mám a snažím se ji udržet normálním způsobem.“), („Mám stabilní váhu mezi 54–60 kg, což je přiměřené.“), („Měla

jsem 84 kg, když jsem začala hubnout, zhubla jsem na 62 kg, pak jsem začala přibírat, což mi bylo jedno, neboť jsem měla návaly přejídání. Teď vážím 55 kg.“), („Skoro stále jsem měla váhu relativně normální. Kolísala jsem s váhou relativně málo a pomalu - maximum jsem měla (v dospělosti) 72 kg a minimum okolo 56 kg. Měla jsem asi jen 1x to minimum a 1x to maximum, teď mám okolo 63 kg a je to OK.“).

Další necelá polovina popisuje, že **nemá normální váhu a nikdy ani dlouhodobě neměla.** („Normální váhu jsem měla vždy jen krátce. Dokud jsem se zase nezačala přejídat. Vždy jsem měla radost, že jsem zhubla, ale většinou jsem už začala mít strach, kdy to přejídání přijde znovu a zase přiberu. Přibírání bylo velice deprimující. Vždy jsem věřila, že to mám pod kontrolou a zase zhubnu a přestanu se přejídat. Tato fáze však trvala někdy i rok.

Poslední hrozbu přibírání jsme začala řešit zvracením a běháním na dlouhé tratě (10 km a více.“, „Možná jednou na konci základky, když jsem zhubla, jezdila jsem hodně na kole, sportovala, hlídala se v jídle, to jsem přibírala postupně.“), („Když jsem se vždy nějakou dobu nepřejídala, zhubla jsem, ale vždy jsem znovu přibrala.“).

Obecně ženy popisují **ne příliš dramatické výkyvy ve váze** („Neměla jsem nikdy velké výkyvy váhy. Moje maximum bylo 65 kg asi 5 roků dozadu, potom jsem i pod vlivem povinností a stresu zhubla na 60-61 kg, na této váze se přibližně držím (+/- 2 kg). Moje vysněná váha je 58 kg. Párkrát už jsem se tam dostala, byla jsem celkem šťastná.“)

14.4 Abstinance a členství v OA

Délka členství v OA (vychází z otázky č. 20):

Dle délky členství se jedná o velice **heterogenní skupinu**. Nejdelší členství, které respondentka zmínila, bylo **8 let, další je v OA 7 let**, pak se členství pohybují okolo 4 nebo 5 let („*Tak přibližně 4–5 let čtu emailové příspěvky ve skupině, poslední půlrok skoro každý večer. Velmi mi to pomáhá a povzbuzuje mě to.*“). Další členství byla **okolo 1 roku nebo 2 let**. Dvě ženy se ještě **za členky nepovažují**, ačkoliv aktuálně navštěvují setkání a čtou příspěvky, jsou ve fázi, ve které se snaží svůj problém nějakým způsobem identifikovat a zjistit, zda je OA pro ně.

Definice abstinence (vychází z otázky č. 21):

Respondentky popisují svůj život v abstinenci jako diametrálně **odlišný a neporovnatelně lepší** („Neporovnatelné. S abstinencí je život totálně opačný, ve všem. O 100 % lepší. Jsem trpělivá, bdělá, starostlivá, pozorná, lidská, přátelská, obětavá, usměvavá, laskavá, veselá, aktivní, pracovitá. Je to to nejlepší pro nás závislé.“, „Nejhorší den v abstinenci není zdaleka tak hrozný jako jeden den v přejídání.“, „Hlavně fyzicky se cítím lépe a psychicky též. Přestává intenzivní nenávist a dokáží se vnitřně rozvíjet. Vnímám to jako psychické i duchovní uzdravování a abstinence je jeho podmínkou. Necítím se tak šílená.“).

Často popisovaly to, **jak by jejich život vypadal, kdyby neabstinovaly, popisují svůj život v recidivě nebo relapsu** („Kdybych neabstinovala, byla bych v recidivě nebo relapsu. Můžete srovnávat například způsob stravování, fyzické, psychické, duchovní rozpoložení apod.), („Období abstinence je pro mě žádné kompulsivní jednání s jídlem i hladověním) bylo obdobím, kdy se střídaly chvíle vnitřního klidu s emocemi. Opravdu nevím jak to popsat. Byly chutě i bažení, ale pokud jsem je překonala, následoval pocit klidu. Byla jsem vyrovnanější, mohla jsem se rozhodovat, co budu dělat, plánovat. Věděla jsem, že se můžu spolehnout sama na sebe. Fyzicky v jednom týdnu je mi stále zle, ale s každým dnem je to lepší. Začínám zase pravidelně sportovat. Duchovně je mi také lépe, ale to pouze za předpokladu, že následuji 12krokový program, jinak mířím k recidivě a začínám pociťovat úzkosti, zlost a strach a vracím se pomalu nebo rychle k původním zvykům, k přejídání. V recidivě jde jenom o přejídání, nic jiného není důležitější než jídlo, kdy a jak se přejím a jestli to všechno vyzvracím. Pocity úzkosti, deprese, paranoia, strach ze smrti, budoucnosti, pocity bezmocnosti. Někdy také pocity, že vše bude dobré, že to zvládnou atd. Stravování je bez kontroly, jím, abych uspokojila závislost, chutě a bažení. Duchovně mám sebevražedné myšlenky nebo také agrese. Fyzicky je mi zle, jsem unavená a bolavá.“)

Některé vidí abstinenci v **dodržování jídelního plánu**, zahrnující časové **rozestupy mezi jídly a absenci spouštěčů** („Abstinence je nejedení mezi naplánovanými jídly, nemyšlení na jídlo, žádné cravingy s obsesí kolem jídla.“).

V čem spočívá největší síla OA (vychází z otázky č. 22):

Nejčastější odpovědí respondentek bylo, že je založený na **12krokovém programu** („V 12krokovém programu, který zahrnuje psychologické a duchovní principy, které jsou prakticky uplatnitelné v každodenním životě a které fungují tak, že uzdravují.“).

Další zmiňovanou odpovědí byla **spirituální dimenze**, která je součástí programu („Dává poznat Boha, který uzdravuje.“).

Vzhledem k tomu, že se jedná o svépomocnou skupinu, byla často zmiňovaná také síla **společenství** („V tom společenství, že máte třeba sponzora, který vám poradí.“, „Nachází se tam lidi, kteří vám rozumějí někdy více než vlastní rodina.“).

V rámci společenství ženy zmiňovaly, že si cení **rovnosti** mezi členy, v tom, že mají všichni stejný problém, který mohou společně řešit. („V tom, že jsme na tom všichni stejně, „V síle vzájemné podpory lidí, s podobnou zkušeností.“)

V rámci společenství byly dále zmiňovány **osobní příspěvky a zamyšlení**.

Někteří závislí vidí největší přínos OA v tom, že je **osvobozuje od obsesních myšlenek na jídlo a cravingů** („Myslím, že i různé vtíravé myšlenky, které jsem měla v dětství a takové neustálé utíkání do světa fantazií, představování si, jak třeba najednou zhubnu a všichni mě budou mít rádi. Tohle všechno asi byla moje obrana v dětství, když to doma nebylo v pohodě a táta pil, poznamenalo mě to a teď si to s sebou nesu a nebýt OA, tak jsem pořád tak trošku divná a jiná a žiju ve svém světě představ a myšlenek na to, jak zhubnu a že tím se jako všechno vyřeší. Ono to ale je o něčem jiném, není to o tloušťce. Už nechci ani tak zhubnout, jako spíš celkově uzdravit svou duši, mysl a psychiku a zvládat lépe a šťastněji a víc v klidu svůj život, pak už ani jídlo nebudu potřebovat.“).

Jak OA změnilo život závislých (vychází z otázky č. 23):

Ženy nejčastěji popisovaly, že jejich život se změnil ve čtyřech základních dimenzích: fyzické, vztahové, duchovní a psychické.

V rámci **fyzické** dimenze oceňovaly nejvíce to, že díky práci na programu mají dlouhodobě trvalou **normální váhu** („Mám přiměřenou hmotnost, nepřejídám se, nemám vážnější trávicí problémy.“) a že se také zlepšil jejich **zdravotní stav** („Mám teď například mnohem lepší pleť, netrpím tolik nadýmáním a celkově se mi upravilo trávení.“), („Celkově se cítím tak lehčeji, nebolí mě klouby, líp se mi dýchá.“).

V rámci **vztahů** ženy popisují kvalitnější **partnerské vztahy** („Mám stabilní a uspokojivý vztah – s člověkem, který je též ve 12krokovém programu, a tak ho můžeme sdílet.“) i celkové **zlepšení vztahů s rodinou, přáteli a okolím** („Když mou mysl pořád nezaměstnávají myšlenky na jídlo, mohu být bdělejší a být tu více s lidmi, které mám ráda.“), („Když jím normálně, tak mě neovládají pocity viny a nenávisti sebe samotné, takže jsem celkově více v pohodě a můžu tu být s ostatními a pro ostatní.“).

Neméně často ženy popisují svůj **duchovní život**, který je mnohem bohatší a je důležitým faktorem jejich uzdravování („Roste moje důvěra ve vyšší sílu a pocit, že můžu být Vyšší silou přijatá a milovaná, takže i já sebe dokážu lépe přijmout.“), („Zbavilo mě posednutí a utrpení.“), („Protože jsem se začala pravidelně modlit, cítím, že jsem k Bohu blíž, že méně řeším některé situace života, které si mou pozornost vlastně ani nezaslouží a akorát mě vyčerpávají.“).

V **psychické rovině** ženy mluví hodně o tom, že negativní stavy jako **úzkosti a deprese ustoupily**, že dokážou **lépe zvládat svůj život** („Nemám teď takové úzkosti a deprese, jsem tak celkově vyrovnanější a cítím, že můžu svůj život zvládnout i bez nadměrného jídla.“). Často zmíněná byla i větší **chuť do života** („Mám víc energie, sportuji víc a pravidelně, zkouším nové sporty.“), („Postupně jsem objevila tolik krásy v sobě i okolí. Když nemám hlavu a žaludek přeplněný jídlem, najednou jsem schopná se zastavit a vnímat malé krásy všedního dne, být tu víc pro lidi, být k nim citlivější, naslouchám svému tělu a tomu, co potřebuje. Myslím, že nikdy nepotřebovalo, abych mu před spaním dala tři čokolády, balení karamelových sušenek, půl kila sýry, dvě bagety, sáček mandlí, několik lžic medu a skleničku paštiky a ještě abych to všechno do sebe nahrnula rychle nad ledničkou, aby mě u toho nikdo neviděl.“).

Kromě těchto pozitivních aspektů dvě ženy popsaly i negativní změnu v jakémsi „**prohloubení své nemoci**“ („Vím, že program mi může dát a dává mnoho dobrého a mění mě k lepšímu. Vypozorovala jsem ale jednu důležitou věc. Dřív jsem se tak nějak přejídala neustále, buď jsem pořád něco uzobávala, nebo jsem se přejedla při nějakých třeba společenských příležitostech, které se ale střídaly s často dlouhodobějším obdobím zdravého stravování a střídmosti. Nikdy jsem ale neměla takové nájezdy a záchvaty jako teď. Změnilo se to jednou provždy. Když vám OA ukáže, že můžete mít tuhle smrtelnou chorobu a vy postupně zjistíte, že ji skutečně máte, tak to nejdřív tak nějak popíráte.“).

Říkáte si, že na tom nejste zase tak špatně jako ti ostatní, že vy to máte ještě jinak nebo vám vaše chorá mysl nalhává, že zvládnete jíst normálně samy bez práce na programu. A takhle to zkoušíte pořád dokola. Třeba já jsem tuhle fázi měla asi rok a půl. Vždycky jsem chvíli dělala program a pak se na to vykašlala, zkoušela jíst normálně sama. Ale už teď nedokážu jíst jako předtím, vlastně nikdy jsem nejedla normálně, ale teď, když nedodržuji abstinenci, tak se mi prostě spustí úplný záchvat, že teď se jako můžu přejíst a že když už jsem to něčím malým porušila, tak už je to stejně jedno a prostě jedu, jedu a ,žeru a žeru', dokud se ,neztrískám' úplně do ,němoty'. Víím, že to vždycky takhle skončí, ale ta moje nemocná hlava to v tu chvíli, když se rozmýšlím, tak nějak popře, namluví mi, že tentokrát si zvládnou dát jen jeden kousek buchy navíc. Nikdy už to ale neskončí tím jedním kouskem. Přejím se buď okamžitě, nebo za hodinu nebo třeba vydržím do večera nebo i den, dva, ale přijde to, ta nemoc nakonec ovládne mou hlavu, zvítězí. Když se přejídám, tak víím, že to nechci, že budu muset začít zase znovu, ale prostě to snad ani nejsem já, je to něco ve mně, co si myslí, že mu to jídlo poskytne nějaký pocit štěstí a svobody, ale to naplnění se pořád ne a ne dostavit. Potom mi je špatně a začínám ,spráskaná jako pes' zase znovu. Na začátku, když jsem poznala program, tak jsem byla nadšená a spousta věcí v životě se začala zlepšovat, ale teď, jakmile v té práci polevím a nejsem ostražitá, tak mám cravingy, které jsem asi dříve také mívala, ale nevnímala. No a ty záchvaty jsou taky horší a horší, je to proto, že najednou cítím tu příležitost se pořádně nabažit. Vnímám to tak, že čím víc se uzdravuji, tím víc chce nemoc ožít. Ale já chci bojovat, chci se od toho osvobodit. Už teď ale víím, že už nikdy nebudu moct jíst tak bezstarostně jako ostatní a vždycky to budu muset řešit, ale za tu svobodu mi to stojí.“), („Vzhledem k tomu, že nemám abstinenci (3 dny zatím), tak je to těžké říct, ale momentálně mám naději a věřím, že mi program pomůže. Vyzkoušela jsem již vše a víím, že jedině program mi pomůže žít lepší život ne jenom bez přejídání. Změnu vidím na ostatních lidech v programu, kteří mají abstinenci a změnili se jako lidé k lepšímu.“).

Změna víry a pohledu na život po vstupu do OA (vychází z otázky č. 24):

Čtyři ženy **nedokázaly svou víru a svůj vztah s „Vyšší silou“²¹ vůbec popsat.**

Některé uvedly jen to, že **nějaká změna vůbec nastala** („*Žiji s Bohem živější vztah, přijala jsem ho do svého života a on mě uzdravuje.*“), („*O vyšší síle, tak jak ji teď chápu, jsem neměla ani potuchy.*“).

Čtyři respondentky popsaly své vnímání Boha a svůj duchovní život jako **intenzivní a hluboký** („*Měla jsem vždycky duchovní život, ale v OA jsem začala víc vnímat přijetí a laskavost VS.*“), („*Postupně rozvíjím vztah s VS, tak že moje sebe přijetí roste. Víc věcí odevzdávám a postupně se učím více důvěřovat.*“), („*Můj každodenní život je duchovněji a konstruktivněji, takže mi to ulehčuje život.*“).

Respondentky se dále snažily popsat svou **cestu k přijetí nějaké koncepce Boha** a proč je tak důležité ho přijmout („*Na začátku je těžký přijmout Boha a vytvořit si nějakou představu o něm, jelikož nejsem z věřící rodiny, ani jsem tyhle věci nikdy moc neřešila. Nakonec jsem ale přijala, že je něco nade mnou, něco, co mě převyšuje a že já sama jsem příliš slabá, abych s touhle nemocí bojovala svou vůli, ale že ta ‚vyšší moc‘, tak, jak ji já sama chápu, mě učí pokoře a duchovně mě uzdravuje a pomáhá mi bojovat s touhle zákeřnou nemocí.*“).

Nástroje uzdravování (vychází z otázky č. 25):

Nejčastěji uvedená byla **denní zamyšlení**, které členům skupiny chodí každý den na e-mail a dále **práce na krocích** („*Pracuji na krocích, píše odpovědi na otázky k nim a čtu o nich.*“).

Některé ženy sepisují své sponzorce **denní report** o tom, co jedli.

Ženy zmiňovaly v podstatě všechny nástroje uzdravení: **četba literatury, návštěva skype meetingů, psaní, akční plán**. Často zmíněný byl i nástroj **telefonování** („*Volám si s jednou členkou, která mě podporuje.*“), („*Přes den zavolám někomu z programu, ptám se, buď jak se mají, nebo sdělím svůj problém.*“), („*Když zavolám někomu druhému z programu a mluvím o něm, tak na chvíli zapomenu na své problémy a mnohdy ten nepříjemný pocit,*

²¹Ve dvanáctikrokových programech je základním principem koncept Boha, tak jak ho každý chápe. Jelikož ne každý je schopný přijmout slovo Bůh, bývá v programu používáno obecnější označení, tedy Vyšší síla.

který mám, přejde.“), („Pokud někomu zavolám a svěřím se svým problémem, druhý mi pomůže vidět ten problém jinak a uleví se mi.“).

Sponzorství, které ženy aplikují dvěma způsoby. Buď mají sponzorku, nebo ženy, které jsou v programu déle, dělají sponzorky dalším členkám (*„Mám své sponzee, se kterým hovořím o své zkušenosti s programem.“*).

Členky OA dle svých výpovědí také často **navštěvují akce jiných skupin**, jelikož OA není vzhledem k množství členů tolik početnou skupinou (*„Chodím na akce AA a Al-anon.“*)

V rámci **nástroje služba** popisují, že například **přispívají do internetové skupiny** nebo **překládají materiály OA**.

Jako zásadní shledávají práci na **vztahu se svou ,vyšší mocí'** (*„Modlím se, medituji a odevzdávám svůj život do péče Boha.“*)

Všechny ženy uvedly vždy výčet několik nástrojů, které jim pomáhají, bylo zmíněno všech **osm nástrojů uzdravování** (*„Všechno dohromady mi to pomáhá abstinovat a zachovat si jistou vyrovnanost, zdravou psychiku a duchovní kondici.“*), (*„Nejvíce mi pomáhá, když ráno začnu s modlitbou, poprosím Boha, aby mě zbavil sobeckých motivů a vedl mě. Pak si čtu OA literaturu, to vše mi pomáhá.“*)

Představa života bez abstinence (vychází z otázky č. 26):

Z výpovědí respondentek bylo jasně cítit, že abstinence je to nejdůležitější v jejich životě, že ať se děje cokoliv, je pro ně důležité si ji zachovat, protože bez ní jsou jejich život plné **strachu a neštěstí** (*„Chcípla bych jako ,tlusté prase' bez energie a nešťastná.“*).

Ženy často popisují smrt, kterou by jim jejich nemoc způsobila (*„Zabila bych se neštěstím a zoufalstvím.“*).

Dále byly popisovány **zdravotní problémy a nadváha** (*„Předpokládám, že bych měla nadváhu nebo bych zvracela, takže bych měla zdravotní problémy.“*).

Popisovány byly **psychické problémy** spojené s nemocí (*„Šílenství choroby – myšlení na jídlo, hanbení, nenávidění se.“*), (*„Můj život by zase ovládly deprese, úzkosti a byla bych podráždění.“*), (*„Určitě bych byla netrpělivá, nervózní, nezajímala bych se o ostatní, byla bych nepřátelská vůči lidem, byla bych zapšklá, smutná, líná, pasivní a neochotná pomoci ostatním.“*).

V rámci psychiky byly často uváděny **bezmocnost a nespokojenost se sebou a svým životem** („*Tak jako do pondělí. Deprese, smutek, strach, paranoia, zlost. Zanedbaná dcera, ráno opice po jídle, dlouhá sprcha, výčitky, myšlenky na jídlo, boj, prohra, příchod domů, předení, zvracení, opakování i 5x, spánek nebo taky bezesná noc, zničené vztahy, opuštění,...*“).

15 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole proto shrnuji výsledky a odpovídám na výzkumné otázky. Výsledky jsou shrnuty do čtyř kapitol dle výzkumných otázek. Každá kapitola shrnuje nejčastější odpovědi respondentek. Odpovědi v kapitolách jsou řazeny dle posloupnosti otázek.

15.1 Podobnosti v rodinných a sociálních vztazích u lidí závislých na jídle

Ženy pochází z rodin, které vykazují podobné charakteristiky. Ve vztazích s matkou se vyznačoval nedostatkem lásky a vřelosti. Většina matek žen závislých na jídle byla depresivní a úzkostná nebo měly jinak narušenou psychiku. I když se v rodinách nevyskytovaly léčené patologie ve vztahu k jídlu, ženy často zmiňovaly, že jejich matky se jídlom hodně zabíraly, například různými dietami nebo naopak přejídáním. V rodinách žen se příliš nevyskytovaly diagnostikované psychické problémy, až na alkoholismus u otce. V dospělosti vytváří ženy nekonfliktní, ale spíše neutrální vztahy. Přátelské vztahy nejsou u mnoha žen příliš intenzivní, ženy většinou mají opravdu blízké vztahy jen s několikadobrymi přáteli. Výrazně problematické a neúspěšné jsou partnerské vztahy, popsány byly také tendence k závislým vztahům.

15.2 Charakteristiky vztahu k jídlu u lidí závislých na jídle

Vztah k jídlu v dětství ženy popsaly jako v podstatě bezproblémový, ačkoliv byl vždycky jiný než u jejich vrstevníků a jídlo hrálo v životech žen významnou a v mnoha ohledech zvláštní roli. Ženy při konzumaci jídla neuměly skončit včas. Popsaly, že se často těšily na společenské události kvůli jídlu více než kvůli lidem. Velice si užívaly přípravu i nakupování jídla. Když měly nedostatek jídla, byly extrémně podrážděné a nepříjemné na své okolí. Jejich myšlenky se točily kolem jídla a kolem jeho přípravy. Ženy většinou konzumovaly jídlo během celého dne, později jak se nemoc zhoršovala, stále častěji se objevovaly přímo záchvaty přejedení. Ženy popsaly, že ačkoliv jako malé hodně jedly, svou váhu příliš neřešily, ani nebyly obézní, často se vyskytovala spíše nadváha. Svou váhu začaly řešit po vstupu do puberty. Ženy svou nemoc považují za PPP nebo vidí její příčiny v genetice a neurobiologii, kompulzivním chování, nedostatku lásky a problémy s přijetím sebe sama. Ostatní uvádí neschopnost zpracovat emoce a vliv stravovacích návyků, kterým se naučily od rodičů.

Ženy se shodují na negativních emocích předcházejících záchvatům přejedení, jedná se o hněv, úzkost, strach, stres, nervozitu. Častými spouštěči jsou rafinované sacharidy. Někdy přejedení nastane bez zjevné příčiny nebo se jedná o chuť odměnit se jídlem či strach z velkého úkolu. Negativní emoce následující přejedení jsou hněv na sebe, nespokojenost, napětí, výčitky, únava. Po přejedení následuje smlouvání se sebou a nové odhodlání přestat. Mezi potraviny, kterými se přejídají patří nejčastěji uhlohydráty, rafinované potraviny, sladká jídla, zvláště čokoláda. V záchvatu přejedení už je konzumováno jakékoliv jídlo. Ženy z jídelníčku vyřadily své spouštěče, mezi které často patří také alkohol, červená káva, kofein, smažená a tučná jídla. Stravování před abstinencí nemělo řád. Po tom, co ženy začaly svůj problém řešit, změnily se jejich stravovací návyky, stolování, druha a kvalita jídla kterým se stravují.

15.3 Oblasti života, které jsou nejvíce zasaženy patologickým vztahem k jídlu

Nevyskytuje se komorbidita s jinými závislostmi, až na spoluzávislost ve vztazích a potřebu lásky a přijetí. Většina žen není obézních, a kromě obtíží s trávením a únavou nemají zdravotní problémy. Výrazně je narušeno myšlení a vnitřní svět žen, které neustále myslí na jídlo a zároveň jsou vůči jídlu bezmocné. Často dlouho bojují s myšlenkami, které ospravedlňují jídlo a ve kterých si slibují, že druhý den začnou znovu a mají mnohdy neskutečně silné přesvědčení, že se jim to skutečně podaří. Jídlo narušuje také osobní a pracovní život. Když jsou ženy ovládány myšlenkami na jídlo nebo se dokonce přejí, nejsou schopny plnohodnotně fungovat ve vztazích, na které se podepisuje i to, že jsou nespokojené samy se sebou.

15.4 Charakteristika abstinence a členství v OA

Délka členství ve svépomocné skupině se pohybuje od osmi let do jednoho roku. Život v abstinenci je neporovnatelně lepší v mnoha ohledech. Ženy popsaly, že kdyby neabstinovaly a podléhaly nutkání jíst nadměrně, přejídat se a následně tloustnout, upadaly by po stránce fyzické i psychické. Abstinence pro ženy znamená vyhýbání se spouštěčům, rozestupy mezi jídly, stabilní množství jídla, práci na programu, který je uzdravuje celkově. V OA je pro ženy důležitá také síla společenství, ve kterém jsou si

všichni rovni, dále osobní příspěvky a každodenní zamyšlení. Abstinence, včetně členství v OA a práce na programu, osvobozuje od obsesních myšlenek na jídlo a cravingů, které vedly k přejídání. Po vstupu do OA se změnila nejen fyzická rovina, tedy získání normální váhy, ale také psychická rovina charakterizovaná celkovým zlepšením vztahů s rodinou, přáteli a laskavějším přístupem k okolnímu světu. V psychické rovině se ženy naučily lépe zvládat své úzkosti a celý svůj život, získaly větší chuť do života a dokázaly se oprostít od věcí, které je dříve zbytečně trápily. Významnou roli hraje spirituální rozměr a budování vztahu s Vyšší silou. Některé ženy žijí intenzivní a hluboký duchovní život, ačkoliv cesta k přijetí vlastní koncepce Boha byla mnohdy velice složitá. Některé popsaly, že po vstupu do OA a odhalení reálnosti své nemoci se jejich vztah k jídlu ještě změnil. Když do OA přišly, myslely, že jsou na tom lépe než ostatní nebo že zvládnou svůj narušený vztah k jídlu i bez programu, jejich nemoc je ale ničila více a více a po tom, co se staly také pokornějšími, začaly se ozdravovat. V OA ženy používají v různé míře všech nástrojů uzdravování.

16 Diskuze

Původně jsem se ve své práci chtěla věnovat skupině Anonymních alkoholiků, ve které vidím skutečně efektivní cestu práce se závislostmi, začala jsem proto pravidelně navštěvovat setkání AA, která mi dovozovala nahlédnout hlouběji do problematiky závislostí a chápat jejich komplexnost.

Kromě pravidelných meetingů pořádají Anonymní alkoholici semináře, které jsou místem setkání i mnoha dalších svépomocných skupin, které vychází z AA. Na semináři jsem se setkala se členy například Anonymních sexholiků, Anonymních narkomanů, Anonymních gamblerů nebo Anonymních přejídačů. Poslední zmíněná skupina mě okamžitě zaujala hned z několika důvodů. Prvním důvodem bylo samozřejmě samotné téma jídla, které je v dnešní době nadbytku velice oblíbenou slastí i pro mě samotnou. Jedním z důvodů jistě bylo i to, jak vypadali členové této skupiny. Když se totiž řekne „prejídač“, většina lidí si pravděpodobně představí obézního člověka, který má slabou vůli, konzumuje velké množství jídla a přibírá na váze. Členové této skupiny ale byli ve většině případů štíhlí, spokojení a absolutně nesplňovali typickou představu o „prejídači“.

I přes zájem, který ve mně tato skupina vzbudila, jsem začala s realizací původního výzkumu (o AA). Postupně jsem ale zjistila, že téma AA není tak málo prozkoumané, jak jsem předpokládala, a proto jsem se rozhodla svůj záměr změnit a zaměřit se právě na skupinu Anonymních přejídačů a patologický vztah k jídlu, který lze v extrémní podobě označit za závislost na jídle.

Dlouho jsem zvažovala různé možnosti, jak pojmout výzkum. Jako nejvhodnější se zdálo zaměřit výzkum přímo na populaci lidí, kteří jsou závislí na jídle. Tato diagnostika ale není běžná a je poměrně obtížné ji určit proto, že hranice mezi závislostí na jídle a další formami narušeného vztahu k jídlu nejsou vždy jasné. V členech svépomocné skupiny OA jsem našla jedinou možnost, jak zkoumat fenomén závislosti na jídle přímo u lidí s touto nemocí.

Jelikož Anonymní přejídači jsou málo početnou, velice specifickou a v České republice se v podstatě neexistující skupinou (dva členové), oslovila jsem Slovenskou skupinu, se kterou jsem se již setkala na semináři pořádným AA. Slovenská skupina má asi 10 aktivních členů, proto jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum. Při výběru metody

sběru a analýzy dat jsem musela zohlednit problémy s částečnou jazykovou bariérou a se získáním respondentů. Měla jsem obavy, zda budou respondentky ochotné se do výzkumu zapojit, jelikož se jedná o velice citlivé a společností možná ne zcela pochopené téma. Dalším důvodem mohlo být například riziko spuštění záchvatu přejedení při rozpomínání na spouštěče. Skutečnost, že respondentky často považovaly zodpovězení otázek za součást jejich procesu uzdravování, protože mohou pomoci někomu, kdo stále trpí a proto, že si samy svou nemoc připomenou a v neposlední řadě můj i osobní kontakt s nimi přispěly k jejich ochotě spolupracovat. Respondentky nakonec byly velice ochotné se o svůj problém podělit a jejich výpovědi tak byly poměrně obsáhle, z toho důvodu jsem přes veškerou snahu nebyla schopná zredukovat množství citací, které respondentky uvedly a které pokládám za opravdu cenná data a nedocenitelnou možnost nahlédnutí do světa lidí trpících závislostí na jídle a cestu ke snazšímu pochopení jejich problému.

Nakonec se do výzkumu zapojilo 9 respondentek, z toho 2 členky byly z České republiky a 7 ze Slovenska. V České republice se tedy jedná o totální výběr a vzhledem k počtu 10 aktivních členek ze Slovenské republiky obsahuje výzkumný vzorek 75% všech možných respondentů. Z důvodu nejasného teoretického zakotvení jsem se rozhodla (po provedení důkladné rešerše výzkumů a metod k tomuto tématu) vytvořit obsáhlý výzkum mapující všechna možná hlediska a okolnosti tohoto fenoménu a formulovala jsem 26 kvalitativních otázek, které jsem tematicky rozdělila je do čtyř oblastí, které odrážejí cíle výzkumu.

Mnozí odborníci a především laická veřejnost směřují fenomén závislosti na jídle do oblasti poruch příjmu potravy, proto jsem se rozhodla zahrnout screeningové metody EAT 26 a EDI. Další metodu jsem směřovala do oblasti závislostí dotazníkem Food Choice Questionnaire (FCQ), který mapuje food craving. Po konzultaci s doktorem Světlákem jsem baterii doplnila osobnostním dotazníkem SCL 90, mapujícím takové projevy v psychopatologii osobnosti, které často souvisí s narušeným vztahem k jídlu. Z výše uvedených metod jsem vytvořila baterii pěti dotazníků. Respondentky vyplnily kvalitativní otázky a následně i baterii dotazníků. Z kapacitních důvodů jsem ale byla nucena data z baterie dotazníků do následné analýzy dat nezařadit. Ráda bych se k těmto datům vrátila při další práci na tomto tématu.

V následující části diskuze se budu věnovat reflexi sesbíraných dat, závěrům výzkumu a jejich srovnání s teorií.

16.1 Diskuze nad hlavními výzkumnými otázkami

První výzkumná otázka byla zaměřena na primární rodinu a ostatní sociální vztahy. Ženy popsaly své vztahy s rodiči jako negativní, konkrétně uvádí velice špatný vztah s matkou. Kalina (2008) popisuje oblast narušených rodinných vztahů a narušený vztah mezi matkou a dítětem jako rizikový pro vznik PPP. V souvislosti s tím téměř všechny ženy popsaly depresivní, úzkostné a labilní projevy u matek. Dle Katherine (1996) je člověk k závislosti na jídle náchylnější, v případě, že jeho rodiče byli závislí na alkoholu nebo cukru či trpěli depresemi. Kalina (2008) uvádí, že v poslední době věnováno stále více pozornosti vztahu otec-dítě, jehož narušení může být také rizikové pro vznik PPP. Ženy často uváděly právě málo intenzivní nebo chybějící vztah i s otcem. V původních rodinách respondentek se nevyskytly žádné patologie ve vztahu k jídlu, ale čtyři popsaly, že jejich matky přehnaně řešily jídlo. Krch (2005) uvádí jako významné riziko pro vznik PPP právě to, když matka neustále drží diety a řeší jídlo. Ve výpovědích žen se objevoval alkoholismus u otce, což je dle Krcha (2005) dalším významnou predispozicí pro vznik PPP. Respondentky v současnosti vytváří spíše neutrální a nekonfliktní vztahy, které ale nejsou příliš intenzivní. Objevily se i tendence k závislým vztahům. To, že ženy nejsou schopné navazovat intenzivnější vztahy se svým okolím, bych přičítala právě narušené citové vazbě z dětství.

V rámci druhé výzkumné otázky ženy popisovaly svůj vztah k jídlu, který se dle jejich výpovědí vždy lišil od jejich vrstevníků. Ženy popisují to, jak každé jídlo končily úplně přeplněné. To, že člověk jí, dokud se necítí nepříjemně plný je dle Hainera (2004) jedno z diagnostických kritérií záchvatovitého přejídání. Ženy mluví o tom, že se vždy těšily na společenské události kvůli tomu, jaké jídlo se bude podávat. Maloney, Kranzová (1997) uvádí, že člověk závislý na jídle vnímá společenské události právě prostřednictvím jídla. Jedna z definic závislosti na jídle uvádí, že se celý den postižené osoby točí kolem jídla, což ženy také ve svých výpovědích také uváděly. Jako odpověď na subjektivní diagnostiku ženy, kromě závislosti na jídle a PPP, uváděly obsedantně kompulzivní poruchu. Jiné vidí příčiny problému v neurobiologii, nedostatku lásky a problémy s přijetím sebe sama. Dle Kaliny (2005) se na vzniku PPP podílí i nevhodné stravovací návyky z dětství. Ženy v

několika případech zmínily, že na jejich nemoc má vliv právě to, jaký vztah k jídlu jim rodiče vytvořily.

Z teorie vyplývá, že impulzivní přejídání, je výsledkem dysregulace afektu. Stunkard a kolektiv (1996, in Hainer, 2004) v souvislosti s tím popisují, že spouštěcím mechanismem může být stresová situace. Ženy často uváděly jako příčiny své nemoci právě neschopnost zpracovat emoce a popsaly negativní emoce jako hněv, úzkost, strach, stres, nervozita, které mnohdy záchvatům přejedení předchází. Nešpor, Czémy (1999) přidávají k těmto emocím depresivní a úzkostné stavy, emoce nudy a radosti. Radost proto, že se člověk snaží tyto pocity ještě prohloubit a také proto, že při těchto pocitech se snižuje obezřetnost. Všechny tyto emoce ženy také uvedly. Hainer (2004) uvádí jako jednu z definic záchvatovitého přejedení to, že po přejedení je člověk sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile. Pocity po přejedení, které respondentky popsaly, právě hněv na sebe sama, nespokojenost, napětí, výčitky, ale také únava a naprostá letargie. Po přejedení bylo často popisováno smlouvání se sebou a nové odhodlání přestat. Plháková (2003) tento cyklistický průběh popisuje u pacientů s bulimií, kteří se po velkém excesu v jídle snaží o očistu a změnu, brzy se však dostaví další záchvat.

Ženy popsaly různé každodenní situace, které u nich spouští záchvat přejedení. Dle Krcha (2008) skutečně mohou záchvat přejedení spustit všechny situace, kdy se jedinec dostává do kontaktu s jídlem – nakupování, stolování a vaření. Ženy často uváděly také situaci, že přejedení nastane bez zjevné příčiny, nebo je výrazem snahy odměnit se jídlem, či reakcí na strach z velkého úkolu.

Katherine(1996), zmiňuje jako rizikovou konzumaci rafinovaných karbohydrátů jako jsou cukr, těstoviny, alkohol nebo bílý chléb. Výše zmíněné karbohydráty se objevily i ve výpovědích žen, které je jako svoje spouštěče musely zcela vyřadit z jídelníčku. Jako potraviny, kterými se přejídají, uvádí uhlohydráty a rafinované potraviny, sladká jídla a cukrovinky. Konkrétně uváděly čokoládu. Ženy popsaly i to, že v záchvatu přejedení konzumují jakékoliv jídlo. To, že ženy volí právě tyto potraviny, může být způsobeno nejen potřebou stimulace mozku, který může být závislý na cukru, ale také potřebou krevního cukru, jehož fungování jsem podrobně popsala v teorii.

Další výzkumná otázka se zaměřovala na oblasti života, které jsou patologickým vztahem k jídlu zasaženy. U žen se téměř nevyskytla komorbidita s dalším psychickým

onemocněním nebo závislostí. V popisu svého „chorého“ myšlení uváděly, že neustále myslí na jídlo, jsou vůči jídlu bezmocné, jídlo je pro ně zdrojem potěšení, ve svých myšlenkách si jídlo ospravedlňují a často svou nemoc popírají. V rámci psychických následků ženy uváděly narušenou sebedůvěru, problémy v partnerských i přátelských vztazích. Jedním z diagnostických kritérií závislostí je to, že droga vstupuje do různých rovin života jedince a narušuje je. Patologický vztah k jídlu dle žen zasahuje také pracovní oblast a rovinu povinností. Šest žen uvedlo, že netrpěly žádnými zdravotními problémy ani obezitou. Polovina žen má normální váhu. Obecně ženy nepopisují příliš dramatické výkyvy ve váze. Maloney, Kranzová (1997) uvádí, že váha skutečně nemusí souviset se záchvatovitým přejídáním ani závislostí na jídle, jedním z důvodů je přerušování záchvatů přejídání sériemi diet.

Poslední čtvrtá výzkumná otázka se týkala abstinence a členství v OA. Respondentky jsou v programu v rozmezí 8 let až 1 roku. Svůj život v abstinenci popsaly jako neporovnatelně šťastnější a to v mnoha směrech. Chápání abstinence jednotlivých členek je ale odlišné, někdo považuje za abstinenci dodržování jídelního plánu, zahrnující rozestupy mezi jídly a absenci spouštěčů, někdo zase vidí abstinenci v udržování psychické a duševní rovnováhy, která následně vede k tomu, že jedinec nevyhledává uspokojení v jídlu. Svou léčbu v OA ženy realizují prostřednictvím 12krokového programu a v procesu uzdravování jim pomáhá všech osm nástrojů. Jako významná byl také spirituální rozměr a síla společenství. Ženy popsaly změny po vstupu do OA v dimenzi fyzické (normální váha, zlepšení zdravotního stavu), vztahové (zlepšení partnerských vztahů, intenzivnější vztahy s rodinou, přáteli a okolím), psychické (útlum úzkostí a depresí, lepší zvládání každodenního života, chuť do života) a duchovní (bohatší duchovní život, přijetí konceptu Boha).

Zobecnitelnost výsledků má v kvalitativním výzkumu vždy značná omezení. Z výpovědí také jasně vyplývá, že závislost na jídlu má mnoho variací a velké množství projevů závislosti na jídlu, které se objevily, patří zároveň mezi projevy PPP.

16.2 Diskuze nad 1. specifickým cílem výzkumu: Existuje závislosti na jídle?

Při studiu odborné literatury jsem se setkala s nejednotností názorů na fenomén závislosti na jídle. Odborná literatura totiž nabízí několik úhlů pohledu na problematiku závislosti na jídle. Výzkumy jsou zase velice často orientovány jen na jeden aspekt nemoci, například na neurobiologii, závislosti na jídle nebo na psychickou rovinu, kdy jedinec nadužívá jídlo, aby se vyrovnal například se svými emocemi. Domnívám se proto, že závislost na jídle je vždy souhrou několika různých proměnných a může tak nabývat různých podob.

Myslím, že je velice obtížné a v podstatě nemožné závislost na jídle naprosto izolovat od jiných forem patologického vztahu k jídlu. Závislost na jídle se v mnoha směrech odlišuje například od bulimie, záchvatovitého přejídání a dalších poruch příjmu potravy, stejně jako se s nimi v mnohém prolíná.

Kromě psychických a sociálních vlivů je významným činitelem také biologický faktor, který v různých formách ovlivňuje biologickou potřebu jídla a zároveň různými mechanismy podporuje vznik závislosti na jídle. Mezi biologické proměnné řadíme rozdílné fungování dopaminového systému v mozku, reakce na změny krevního cukru a cravingy, které jsou biologicky podloženy. Marinov (2012) uvádí, že existuje podstatný rozdíl mezi patologickým bažením a běžné chuti na nějakou pochutinu. Při bažení po jídle se aktivují jiné vývojově starší části mozku, než při obyčejném chtění. Proto člověk není schopen kontrolovat příjem jídla. Zásadní vliv má také environmentální a kulturní prostředí. Výzkumy, jejichž součástí bylo snímání obrazu mozku, prokázaly, že mozek obézních lidí je podobný mozku drogově závislých (Conner, 2013). Nešpor (2007) zase nepopisuje závislost na jídle ve smyslu pravé závislosti, ale řadí ji do kategorie „Zneužívání látek nevyvolávajících závislost“ a také mezi „Návykové chování.“

Z výše uvedeného tak vyplývá, že fenomén závislosti na jídle nemůže stát úplně samostatně ve všech ohledech. Například jeho příčiny mohou být podobné příčinám vzniku PPP a projevy v chování jedince mohou být blízko k diagnostice záchvatovitého přejídání. Ani vztah obezity a závislosti na jídle není jednoznačný. Hainer (2004) například

uvádí, že jen u 1/4 obézních lidí lze diagnostikovat projevy závislosti na jídle, u ostatních se jedná vesměs o špatné stravovací návyky a slabou vůli.

Nelze tedy jednoznačně tvrdit, že existuje závislost na jídle ve stejné podobě jako závislost na jiných drogách. A to i přesto, že vědci objasnili biologické mechanismy a možnou chemickou závislost na konkrétních jídlech, které v kombinaci s některými vlastnostmi jedince a dalšími okolními vlivy mohou způsobit stav, který je do určité míry srovnatelný s jinými typy závislostí.

16.3 Diskuze nad 2. specifickým cílem výzkumu: Vytvoření vlastního dotazníku

Na základě výše popsaných výsledků výzkumu a jemu předcházejícího teoretického zkoumání se mi podařilo zkonstruovat dotazník (viz příloha č. 6), který by měl sloužit k diagnostice závislosti na jídle.

Zkoumání tohoto tématu pro mě bylo velice přínosné a vzbudilo ve mně obrovský zájem a nadšení, proto bych se ráda k této problematice vrátila například při vypracovávání diplomové práce. Na zjištění, poznatky a zkušenosti z této práce bych ráda navázala například prostřednictvím práce právě na mnou vytvořeném dotazníku.

Po tom, co jsem pochopila, jakým „vězením a bezmocností“ může být život s touto často tak bagatelizovanou nemocí, jsem se pro tuto práci velice nadchla a ráda bych v ní v budoucnu pokračovala. Mým osobním, tak trochu skrytým cílem byla také edukace v této oblasti. Největším zadostiučiněním by pro mě bylo, kdyby tato práce přispěla k zamyšlení třeba jen jednoho člověka nad tím, zda popsané projevy nejsou součástí i jeho života a třeba mu následně pomohla zlepšit kvalitu jeho života. Pokud by tato práce přispěla k případnému vzniku svépomocné skupiny OA v České republice, byla by to pro mě opravdu největší odměna.

17 Závěr

Patologický vztah k jídlu je možné popsat širokou škálou diagnóz. Narušení ve vztahu k jídlu může nabývat nesčetného množství podob, důležitá je míra jednotlivých projevů. Alespoň některé z nezdravých vzorců jídelního chování je možné pozorovat u většiny lidí. Diagnózy, které jsou pro tuto problematiku nejčastěji používány, jsou poruchy příjmu potravy, konkrétně záchvatovité přejídání nebo psychogenní přejídání spojené s náročnou životní situací. S nadužíváním jídla a ztrátou kontroly vůči jídlu mohou souviset s osobností a temperamentem člověka, nutkavé a impulzivní chování, obsedantně kompulzivní poruchou. U někoho se může jednat o způsob zvládání náročných a stresujících situací. Na nadužívání jídla se podílí také biologické mechanismy, jako je systém odměny, fungování krevního cukru a biologický mechanismu cravingu. Téměř pro žádného jedince, který má výrazněji narušený vztah k jídlu (ve smyslu nadužívání), není možné vyslovit jasnou diagnózu. Ve většině případů se jedná o kombinaci výše popsaných diagnóz a aktuální životní situace člověka, což vyplývá i ze subjektivního hodnocení problému respondentkami výzkumu.

Jak se ve výzkumu ukázalo, většina respondentek má zřejmě z dětství narušenou citovou vazbu s rodiči, což pravděpodobně ovlivnilo také vztahy v dospělosti, do kterých ženy nedokážou investovat dostatek lásky a které jsou spíše povrchní. Ženy dále popsaly svůj vztah k jídlu, který byl už v dětství rozdílný od jejich vrstevníků. Popsány byly také emoce, stravovací návyky a potraviny, které mohou spouštět záchvaty přejídání. Respondentky dále zmínily impulzivní, nutkavé a obsesní projevy ve vztahu k jídlu a subjektivně zhodnotili svůj problém. Výzkum se zaměřoval na to, jakou roli v jejich životech hraje jídlo a jeho nadužívání. Následně ženy popsaly, jak realizují abstinenci od nadměrného a rizikového jídla. Svépomocná skupina OA je pro ženy místem, kde se setkávají s lidmi, kteří mají stejný problém a podobné životní osudy. Zároveň jim tato forma svépomoci poskytuje různé cesty k tomu, jak svůj vztah jídlu napravit a celkově zlepšit nejen svůj vztah k jídlu, ale celkově svůj život.

Jedním z cílů této práce také bylo objasnit, zda skutečně může existovat vztah k jídlu, který lze označit za závislost. U ostatních pravých závislostí je kromě všech psychických, biologických, sociálních a spirituálních vlivů důležitá také návykovost látky.

Po tom, co jsem objasnila fungování systému odměny u lidí, kteří se považují za závislé jídle, a to že skutečně může existovat závislost na cukru, je možné popsat vztah k jídlu, který lze označit termínem závislost. Mechanismus vzniku závislosti na jídlu je v některých ohledech více, v některých ohledech méně totožný s mechanismem vzniku jiných závislostí. Z výzkumu ale jasně vyplývá, že dopad na kvalitu života jedince je ve všech ohledech srovnatelný se stavem, který způsobuje závislost na drogách.

Diagnostika závislosti na jídlu by zřejmě mohla být velice častá. Mnoho lidí ale svůj vztah k jídlu neřeší, protože na první pohled není na životě ohrožující. Patologický vztah k jídlu ale může být do značné míry omezující a může snižovat kvalitu života. Důležité jsou následky tzv. závislosti na jídlu, jako je nadváha, neustálá nespokojenost jedince s vlastním životem, různým způsobem narušené myšlení nejen k jídlu, ale i ve vztazích s lidmi kolem. Tyto projevy však bývají zpočátku nenápadné a člověk si většinou ani neuvědomuje, že by takový problém mohl skutečně mít. Ačkoliv se s tzv. závislostí na jídlu dá žít dlouhou dobu relativně spokojeně, uvědomění si reálnosti tohoto problému a odhodlání ho řešit může zásadním způsobem změnit kvalitu života.

Souhrn

V první kapitole teoretické části se zabývám obecně vztahem k jídlu a jeho možnými variacemi, běžně se vyskytujícími patologiemi v souvislosti s jídlem a tím, jak by mohl vypadat zdravý vztah k jídlu. Druhá kapitola se věnuje poruchám příjmu potravy jako jednomu z možných a nejrychleji se nabízejících vysvětlení závislosti na jídle, blíže se zaměřuji na záchvatovité přejídání. Ve třetí kapitole je popsáno návykové, nutkové a impulzivní chování, které může být v různé míře přítomno u závislosti na jídle. Následně se zaměřuji konkrétně na závislost na jídle, diagnostická kritéria této nemoci, a možné příčiny vzniku. Vysvětleny jsou psychické, sociální a kulturní faktory a podrobněji se zaměřuji na biologické faktory. Následně popisuji fyziologii cukru, který může působit na mozek obdobně jako jiné drogy. Dále je popsán food craving a spouštěcí mechanismy záchvatů přejedení. Poslední kapitola popisuje možnosti léčby, včetně terapie a svépomocných skupin.

Stěžejní metodologií celého výzkumu je kvalitativní výzkumu, v jehož rámci respondentky odpovídaly na otevřené otázky. Ke kódování výpovědí respondentek byl použit program Atlas.ti. Odpovědi jsem kódovala do kategorií, případně podkategorií a podpořila přímými citacemi. Metodou vyhodnocování je obsahová analýza, v jejímž rámci byly podrobně popsány a analyzovány obsahy odpovědí každé z 26 otázek. Při analýze dat byly použity metody vytváření trsů metody zachycení vzorců („gestaltů“). Vzorek čítal 9 respondentek ze svépomocné anonymní skupiny Overeaters anonymous., což je 75% ze 100% aktivních členů. Nejvýznamnější a nejčastěji se vyskytující kategorie odpovědí jsou obsaženy v kapitole číslo 15 (Odpovědi na výzkumné otázky). Hlavním cílem této práce bylo zjistit nejen to, jak je život s touto nemocí prožíván jedinci s diagnózou závislosti na jídle. Na základě obsahové analýzy odpovědí byly zodpovězeny čtyři hlavní výzkumné otázky, které se týkaly oblasti sociálních vztahů, charakteristiky vztahu k jídlu, oblastí života, které jídlo narušuje a členství v OA.

Ženy, které se považují za závislé na jídle, pochází z podobných primárních rodin, ve kterých byl značně narušený vztah s oběma rodiči, především s matkou, kterou ženy často popisují jako labilní, úzkostnou a depresivní. Takto narušené vztahy pravděpodobně negativně poznamenaly i všechny další vztahy, do kterých ženy vstupují.

Ženy popisují svůj vztah k jídlu od dětství jako odlišný od svých vrstevníků. Ženy často pociťují silné bažení a nutkání k užití jídla. Tyto stavy bývají vyvolány negativními emocemi, přítomností konkrétních potravin, které spouští nebo situace nějak související s jídlom. Potraviny, po kterých ženy nejvíce baží a které zároveň spouští jejich záchvaty, jsou karbohydráty (cukry, škroby), energeticky bohaté potraviny a slastná jídla. Součástí příloh jsou konkrétní jídelníčky, které ženy uvedly.

Respondentky popsaly oblasti života, které jsou zasaženy jejich vztahem k jídlu. Výpovědi zahrnovaly složku fyzickou a zdravotní, kterou nadměrná konzumace jídla narušuje například nadváhou. Dále popsaly sociální oblast (vztahy) a psychickou dimenzi, jejichž kvalitu jídlo snižuje mnoha způsoby.

V závěru výzkumu respondentky definovaly svou abstinenci a jejich osobní vnímání a realizování abstinence. K získání a udržení abstinence užívají 12krokového programu OA a osmi nástrojů uzdravování.

Dalším cílem práce bylo objasnit, zda existuje skutečná závislost na jídlu. Výpovědi respondentů potvrzují multifaktorovost příčin této nemoci. Z výzkumu zároveň vyplývá, že tato nemoc může nabývat mnoha podob a není možné jednoznačně kategorizovat ani její příčiny, ale ani projevy, které se v mnoha ohledech prolínají s některými druhy PPP, záchvatovitým přejídáním a dalšími diagnózami. Hranice mezi normalitou a patologií ve vztahu k závislosti na jídlu není zcela jasná. Práce na výzkumu mě přivedla k přesvědčení, že může existovat onemocnění, které lze nazývat závislostí na jídlu a v mnoha směrech ho tak skutečně chápat, ačkoliv se v některých ohledech liší od přesné definice závislosti a do určité míry se prolíná s diagnostikou PPP a dalších forem patologických vztahů k jídlu. Toto onemocnění ale může zásadním způsobem snižovat kvalitu života jedince naprosto stejně jako jiná závislost. Důležitá je zde upřímnost k sobě samému, ochota a motivovanost svůj problém řešit.

Z důvodu problematické diagnostiky závislosti na jídlu, k níž nejsou dostupné kvalitní diagnostické nástroje, byla specifickým záměrem této práce konstrukce dotazníku, vycházející z poznatků získaných v teorii a výzkumu. Práci na úpravě tohoto dotazníku bych ráda navázala a vytvořila například vhodný diagnostický nástroj.

Použité zdroje a literatura

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed)*. Získáno z <http://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr#301>.
2. Anonymní alkoholici. (2014). Získáno z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/>.
3. Anonymní přejídači. (1995). *Čo Vám OA ponúka*.
4. Avena, N. M. (2010). The study of food addiction using animal models of binge eating. *Appetite*, 55(2010), 734-737.
5. Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
6. Bouček, J., & kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
7. Brownell, D. K., Gold, S. M. (2012) *Food and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York: Oxford University Press.
8. Conner, M. (2013). *The hunger brain*. *American Fitness*, 31(2), 62-69.
9. Cooper, J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: VOTOBIA.
10. Dostálová, J., Dlouhý, P. Tlášal, P. & kol. (2012). *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Praha: Společnost pro výživu. Získáno z <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>.
11. Drogy info. (2010). *Relaps*. Získáno z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p
12. Drogy.org. (n. d.). *Návraty k drogám - relapsy a recidivy*. Získáno z <http://drogy.org/index.php/drogy/zavislost/81-navraty-k-drogam-relapsy-a-recidivy>
13. Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada.
14. Fischer, S.; Škoda, J. (2009). Fischer, S.; Škoda, J. (2009). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
15. Food addicts Anonymous. (2014). Získáno z: www.foodaddictsanonymous.org/.
16. Garner, D. M. (n. d.). *Eating Attitudes Test (EAT - 26): Scoring and Interpretation*. Získáno z <http://www.eat-26.com/Docs/EAT-26IntpretScoring-Test-3-20-10.pdf>.
17. Garner, D. M., Olmsted M. P., Bohr Y, Garfinkel P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psycho Med*, 12(4), 871-8.

18. Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., Brownell, K.D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52, 430-436.
19. Gold, S. Mark. (2004). *Eating Disorders, Overeating, and Pathological Attachment to Food: Independent or Addictive Disorders?* New York: The Haworth Medical Press.
20. GreySheeters Anonymous. (n. d.). Získáno z: <http://greysheet.org/cms/>.
21. Grosvenor, M. B. and L. A. Smolin. (2009). *Visualizing Nutrition: Everyday Choices*. New York: John Wiley and Sons.
22. Hainer, V. & kol. (2004). *Základy klinické obezitologie*. Praha:Grada.
23. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum-základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps.
24. Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
25. Katherine, A. (1996). *Anatomy of a food addiction*. Carlsbad: Gürze Books.
26. Khantzian, .J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*. 10 (47-48), 53-54.
27. Kramulová, D. (2007). Jídlo jako vášeň. *Psychologie dnes*, 13(12), 12-18.
28. Krch, F. D. (2008). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
29. Krch, F. D., Drábková, H. (1999). *Současné změny životního stylu a duševní zdraví české mládeže*. Budapest: Open Society Získáno z: <http://rss.archives.ceu.hu/archive/00001028/01/29.pdf>
30. Krch, F.D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
31. Kronick, J. C. (1997). Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat. *Sociologický časopis*, 33(1) 57-67.
32. Lane, H. J., Lane, A. M., Matheson, H. (2004). Validity of the eating attitude test among. *Journal of Sports Science and Medicin*, 3(4), 244-253.
33. Langmeir, M.; Kittnar, O.; Marešová, D.; Pokorný, J. (2009). *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada.
34. Málková, I., Krch F.D. (2001). *SOS nadváha*. Praha: Portál.
35. Maloney M., Kranzová, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Linka důvěry.
36. Marinov, Z., Pastucha, D. (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada Publishing.

37. *Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize): Duševní poruchy a poruchy chování, Diagnostická kritéria pro výzkum.* (1996). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
38. Michaels, J. (2013). *Ovládněte svůj metabolismus.* Olomouc: Anag.
39. Miovský, M.(2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.
40. Nechanská, B. (2011). *Péče o pacienty s diagnózami F50.0– 50.9 poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR.* Praha: ÚZIS. Získáno z: http://www.uzis.cz/system/files/60_11.pdf.
41. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost.* Portál: 2007.
42. Nešpor, K., Csémy, L. (1999). *Bažení (craving): společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání.* Praha: Sportpropag.
43. Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy.* Brno: CERM.
44. Orel, M.; Facová, V.; Heřman, M.; Kaláb, M.; Koranda, P. (2012). *Psychopatologie.* Praha: Grada.
45. Overeaters Anonymous (n. d.). Dostupné z: <http://www.oa.org/>
46. Overeaters Anonymous. (2010). Welcome Newcomer to Food Addicts Anonymous.
47. Overeaters Anonymous.(1995). *Tools of Recovery.*
48. Papežová, H. (2009). Název kapitoly. In. Fišar, Z. (2009), *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie.*(339-351), Praha: Grada.
49. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy.* Praha: Grada.
50. Papežová, H., Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese.* Praha: TOGGA.
51. Pavlovský, P. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie.* Praha: Grada.
52. Plamínek, J. (2008). *Komunikace a prezentace.* Praha: Grada.
53. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia.
54. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti.* Praha: Grada.
55. Silverstone, T. (2005). *Eating disorders and obesity.* Amsterdam: IOS Press.
56. Světlák, M., Černík, M. (2010). Bažení po jídle: Dotazník neodolatelné chuti k jídlu. *Praktický lékař*, 90 (1), 44-47.

57. Světlák, M., Pšenicová K. (2012). Příznaky bažení po jídle u dětí staršího školního věku a jejich vztah k body-mass indexu. *Vnitřní lékař*, 58(2), 110–117.
58. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
59. Velký lékařský slovník. (2008). Získáno z <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/ego-dystonni>.
60. Volkow, N. D., Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity?. *Nature Neuroscience*, 8(5), 555-560.
61. Wansink, B. (2008). *Nezřízené labužnictví*. Praha: Columbus.
62. Volkow, N. D., Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity?. *Nature Neuroscience*, 8(5), 555-560.
63. Wansink, B. (2008). *Nezřízené labužnictví*. Praha: Columbus.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Problematika patologického vztahu k jídlu se zaměřením na závislost na jídle

Autor práce: Helena Pipová

Vedoucí práce: Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 109 stran, 207 229 znaků

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 63

Abstrakt:

Práce je přehledem patologických vztahů k jídlu, s užším zaměřením na závislost na jídle. Teoretická část je věnována obecně se vyskytujícím narušením ve vztahu k jídlu. Následně jsou obecně vymezeny poruchy příjmu potravy, konkrétně záchvatovité přejídání. Další kapitoly se podrobně věnují fenoménu závislosti na jídle a jsou v nich popsány biologické, psychologické, sociální a spirituální aspekty této nemoci. Teorii uzavírá kapitola věnující se možnostem léčby, zvláště svépomoci. Cílem výzkumu bylo zmapování života lidí závislých na jídle a popis jejich vztahu k jídlu. V rámci výzkumu byly zformulovány čtyři výzkumné otázky. Jako metodologický přístup byl zvolen přístup kvalitativní. Získaná data byla dále analyzována prostřednictvím metody obsahové analýzy. Respondenti byli členi svépomocné skupiny Anonymních přejídačů. V rámci popisu a interpretace výsledků jsem došla k závěru, že existují významné podobnosti v primárních rodinách závislých, především v jejich narušeném vztahu s matkou. Respondenti vykazovali podobné charakteristiky ve vztahu k jídlu a popsali svou abstinenci a oblasti jejich života, které jsou jejich závislostí na jídle nejvíce zasaženy.

Klíčová slova: patologický vztah k jídlu, závislost na jídle, Overeaters anonymous, obsahová analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Issue of Pathological Relationship to Food with Concentration on Food Addiction

Author: Helena Pipová

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 109 pages, 207 229 characters

Number of appendices: 7

Number of references: 63

Abstract:

The work is an overview of pathological eating attitudes, mainly focusing on food addiction. The theoretical part is concerned with generally occurring disruptions of eating habits. In the secondary part, eating disorders in general and specifically the binge eating disorder are defined. Further chapters discuss the food addiction phenomenon and describe its biological, psychological, social and spiritual aspects. The theoretical part concludes with a chapter that deals with the possibilities of treatment, especially self-help. The aim of this research was to observe the lives of food addicts, and to describe their eating attitudes. For the research, four questions were formulated and a qualitative methodological approach was chosen. The collected data was further analysed using the content analysis method. The respondents were members of the self-help groups of Overeaters Anonymous. Using the description and interpretation of the results, I came to the conclusion that there are significant similarities among the primary families of the addicts, especially when damaged relationships with their mothers are considered. The respondents reported similar characteristics of food addiction, described their abstinence and also the most affected areas of life.

Keywords: pathological attachment to food, food addiction, Overeaters anonymous, content analysis

Seznam zkratek

AA	Anonymní alkoholici
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4.revize
EAT 26	Test jídelních postojů
EDI	Dotazník stravovacích porucha
EDNOS	jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy
FAA	Anonymní závislí na jídle (Food Addicts Anonymous)
FCQ	Food Choice Questionnaire
GI	glykemický index
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MNK-10	Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. vydání
NEDS	syndrom nočního příjmu potravy a pití (Drinking Nocturnal Eating / Syndrom)
NEDS	syndrom nočního příjmu potravy a pití(Nocturnal Eating/Drinking Syndrom)
NES	poruchu příjmu potravy a spánku - syndrom nočního přejídání
NES	syndrom nočního přejídání (Night Eating Syndrom)
OA	Anonymní přejídači (Overeaters Anonymous)
OCD	obsedantně kompulzivní porucha
PPP	poruchy příjmu potravy

Seznam tabulek

Tabulka 1: Popis výzkumného souboru

Tabulka 2: Přehled výzkumů zaměřených na závislost na jídle

Přílohy

Příloha 1: Podklad pro zadání bakalářské práce

Příloha 2: 12 kroků OA

Příloha 3: 12 tradic OA

Příloha 4: Seznam otázek pro respondenty

Příloha 5: Příklad jídelníčku před abstinencí

Příloha 6: Příklad jídelníčku v abstinenci

Příloha 7: Můj vlastní vytvořený dotazník

Příloha 1: Zadání 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
PIPOVÁ Helena	Bobrůvka 81, Bobrůvka	F110055

TÉMA ČESKY:

Problematika patologického vztahu k jídlu se zaměřením na závislost na jídle

NÁZEV ANGLICKY:

Issue of pathological relationship to food with concentration on food addiction

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Provedení rešerše relevantní literatury k tématu práce a studium odborné literatury z oblasti adiktologie, psychopatologie, obecné psychologie, elektronických zdrojů, zahraničních odborných článků a literatury svépomocné skupiny "Overeaters Anonymous".
2. Úvod teoretické části se bude věnovat specifické terminologii spojené s tématem (např. výklad pojmů jako je norma, normalita, definice a projevy závislosti, impulzivní a nutkavé chování, závislí lidé), dále se zaměřím na oblast emočnosti, sociálních vztahů a především na popis určitých rysů, vztahujících se k některým formám patologických stravovacích aktivit.
3. Odlišení termínů a souvisejících teorií: záchvatovité přejídání, psychogenní přejídání, polyfagie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, závislost na jídle, psychogenní přejídání, mentální bulimie a atypická mentální bulimie. Ověření toho, že pojmy nejsou stejné. Čím se jednotlivé poruchy liší a čím se vyznačují.
4. Zvláštní záměr BP: Součástí BP bude zpracování současných výzkumů o závislosti na jídle a provedení odborného konzilia, které bude realizováno kontaktováním a diskuzí s odborníky z oblastí závislosti, léčby poruch příjmu potravy a psychopatologie.
5. Praktická část bude prováděna pomocí kvalitativního výzkumu. Stěžejní metodou je strukturovaný rozhovor s respondenty, který bude realizován formou otevřených otázek, které sama formuluji na základě poznatků z oblasti adiktologie a jednotlivých projevů závislosti na jídle. Výzkumný vzorek bude tvořen členy svépomocné skupiny "Overeaters Anonymous".
6. Cílem výzkumu je zmapování problematiky patologického vztahu k jídlu u lidí, kteří se považují za závislé na jídle. Prozkoumán bude jejich pohled na závislost obecně a na to, jak vnímají svůj vlastní problém s jídlem a svou závislost. Dále bude provedena explorační jejich vlastních pocitů, chování a jednání ve vztahu k jídlu.
7. Cílem bakalářské práce je zaměřením se na specifika problematiky patologických vztahů k jídlu a poruch příjmu potravy. Dalším záměrem je pak explorační konkrétního problému závislosti na jídle.
8. Parametry práce budou odpovídat metodickým pokynům katedry.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Gold, S. Mark. (2004). Eating Disorders, Overeating and Pathological Attachment to Food. New York: The Haworth Medical Press.
- Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.
- Krch, F.D. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada.
- Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Portál: 2007.
- Plháčková, A. (2003). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- Říčan, P. (2010). Psychologie osobnosti. Praha: Grada.

Příloha 2: Dvanáct kroků

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad jídlem – naše životy se staly neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že jen síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.

Příloha 3: Dvanáct tradic

1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě OA.
2. Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.
3. Jediným požadavkem pro členství v OA je touha přestat pít.
4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo OA jako celek.
5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství nutkavě se přejídajícímu, který stále trpí.
6. Skupina OA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo OA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.
7. Každá skupina OA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.
8. Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.
9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.
10. Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.
11. Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.

Příloha 4: Seznam otázek pro respondenty

SOCIÁLNÍ SITUACE

1. Popište své dětství a vztahy ve své původní rodině (Váš vztah s otcem, matkou, sourozenci,...)
2. Měl někdo ve Vaší rodině poruchu příjmu potravy nebo jiný problém se vztahem k jídlu
3. Vyskytly se ve Vaší primární rodině nějaké psychické problémy?
4. Charakterizujte, prosím, Vaše vztahy s širší rodinou, přáteli, spolupracovníky.
5. Jaké jsou/byly Vaše partnerské vztahy (popř. vztahy v sekundární rodině)? (Spokojenost ve vztahu, opakované problémy ve všech vztazích, apod.)

VZTAH K JÍDLU

6. Popište prosím vývoj Vašeho vztahu k jídlu od raného dětství do současnosti. (Jak se měnil přístup k jídlu, jeho množství, důvody jedení, výskyt tajného jedení, kdy začaly záchvaty přejídání, rozdíly ve stravovacích návycích oproti vrstevníkům apod.)
7. V čem vidíte příčiny Vaší závislosti na jídle?
8. Jaké situace, věci nebo jídlo spouští záchvaty neovladatelného chování ve vztahu k jídlu?
9. Jaké pocity předchází záchvatům? A jaké pocity následují po přejedení?
10. Jakým druhem jídla nebo potravin se přejídáte?
11. Považujete svůj vztah k jídlu za závislost, poruchu příjmu potravy, návykové chování či jiný stav? A proč?
12. Jaké změny ve stravování proběhly po tom, co jste začala svůj problém řešit? (Druh jídla, jeho příprava, změny ve stolování, skladování potravin, jak často jíte v restauracích a ve kterých,...)
13. Popište prosím svůj typický jídelníček (během dne), který jste měl/a před zahájením léčby.
14. Jak vypadá Váš denní jídelní plán dnes? (Kdy, co a jak konzumujete?)

DALŠÍ OBLASTI OVLIVNĚNÉ JÍDLEM

15. Jste závislá i na něčem jiném než na jídle? Jestliže ano, tak na čem? Kterou závislost vnímáte jako primární?

16. Měl/a jste někdy nějaké zdravotní problémy v souvislosti s jídlem?

17. Jak konkrétně se projevuje Vaše „choré myšlení“? (Jak často myslíte na jídlo, jak si sama sobě ospravedlníte „zakázané jídlo.“)

18. Které oblasti Vašeho života přejídání narušuje? Uveďte alespoň tři hlavní oblasti.

19. Tělesná hmotnost - měl/a jste někdy normální váhu, podařilo se Vám zhubnout? Jak jste se vyrovnala s tím, že jste zhubl/a a jak jste se vyrovnal/a s případným opakovaným přibýváním na váze?

Abstinence a členství v OA

20. Jak dlouho jste v OA?

21. Co pro Vás znamená abstinence? Porovnejte prosím období abstinence s obdobím, kdy jste neabstinovala, byla v recidivě nebo relapsu. (Můžete srovnávat například způsob stravování, fyzické, psychické, duchovní rozpoložení apod.)

22. V čem vidíte největší sílu OA?

23. Jak OA změnilo Váš život? (Například v oblasti: fyzické, vztahové, duchovní, psychické...)

24. Jak se změnila Vaše spiritualita a pohled na život po vstupu do OA?

25. Popište prosím, jaké používáte nástroje uzdravování, jakým způsobem je používáte a jak Vám pomáhají.

26. Popište prosím, jak by vypadal váš život bez abstinence.

Příloha 4: Příklad jídelníčku před abstinencí

Snídaně: – pohanková kaše mléko, zdravá porce.

Svačina: dva pomeranče

Oběd: salát, ryba

Svačina: ovoce – zde již i kilogram ovoce, začíná bažení, chutě

Večeře: 10 rohlíků, pařížský salát 30 dkg, salám, šunka, párečky, sladkosti, oplatky, 5 zákusků, nanukový dort, 3 čokolády

Rozdíl mezi jídelníčky v abstinenci a v průběhu nemoci²²

Snídaně: müsli s mlékem, ovoce

Svačina: ovoce, zelenina

Oběd: Rýže, zeleniny

Svačina: ovoce, zelenina

Večeře: ryba, zelenina

„Takhle bych to měla normálně teď v abstinenci, akorát jsem k tomu dnes přidala: Velkou celozrnnou bagetu (asi jako 3 normální rohlíky), jeden hermelín, tyčinku ze sušeného ovoce, vlašské ořechy, sušené banány, sušené fíky, brusinky, skoro celou čokoládu Milka, zbytek Studentské pečeti, asi tak ¼ další čokolády, 1 knäckerbrot, hrušku, jednu balenou oplatku, tak 5 kousků sušenek, 2 porce rýžové kaše s banánem a tou čokoládou, jeden kousek buchty, 3 jablka, 1 zavařeninu jahod, pár lískových ořechů, dvě hrsti mandlí, 1 balení cookies.“

²² Jedna z žen byla v den odpovídání na otázky v recidivě, proto uvedla oba jídelníčky pro srovnání: „Po dlouhém zkoumání a experimentování jsme si určila takový jídelníček, který obsahuje dost energie i živin pro moje tělo. Mám přesně určené rozestupy mezi jídly i váhu jídla, vše tak, abych nikdy neměla hlad nebo málo energie. Vím, která jídla a potraviny mě spouští a musím se jim proto vyhýbat. Nedieta ani jinak neexperimentuju s jídlem. Stravuji se podle svého jídelníčku, který mi teď absolutně vyhovuje, ale který se může časem měnit. Teď jsem se podle svého abstinenciho jídelníčku stravovala asi měsíc a bylo to super, měla jsem dost energie a byla jsem plná života. No a pak najednou přijde bažení, někdy v náročnějším období, někdy prostě jen tak a já zapomenu na to, jak dobře se cítím v abstinenci a prostě mě úplně ovládnou chutě a jím všechno, co mi přijde pod ruce a moje mysl je jak v tranzu a jím a jím, dokud mi není totálně zle. Chci z toho ven, chci svobodu, nechci, aby mě jídlo zotročovalo. Vím, že jsem nemocná a proto to nikdy nebude jen gram jídla navíc. Vždycky, když jsem porušila abstinenci, tak jsem skončila úplně opilá jídlem, dokud alespoň trošku můžu tak jím, takže naprosto v pohodě sním to, co dneska a i mnohem víc.“

Příloha 5: Příklad jídelníčku v abstinenci

Jídelníček č 1:

Snídaně – celkem 350 g: pouze snídaně můžou být sladké, snídám většinou - mléčné výrobky, vločky, müsli, na snídani může být doplněna sušeným ovocem, oříšky,... – 200 g tvoří sacharidy a bílkoviny, 150 g ovoce, snídaně můžou být i slané – 150 g z toho je pak zase ovoce nebo zelenina

Svačina – celkem 170 g - vždy čerstvé ovoce nebo zelenina (kdyby byly jiné podmínky, tak třeba i sušené, ale není potřeba)

Oběd – celkem 400 g – sacharidy 100 g (žitný chléb, rýže, celozrnný kuskus, bulgur, brambory), bílkoviny 100 g (vajíčko, maso, sója, sýr,...) a 200 g zeleniny (když nemám čerstvou, může být sterilovaná)

Svačina - celkem 170 g - zelenina, může být i ovoce, upřednostňuji zeleninu

Večeře – celkem 400 g - sacharidy 100 g, bílkoviny 100 g a 200 g zeleniny (když bych neměla čerstvou - může být sterilovaná)

Svačina – Večerní svačinu zařazuji v případě, že je nutná a je to jen zelenina

Jídelníček č 2:

Snídaně: zelený čaj s citrónem, jogurt, med, ovoce nebo chléb, mozzarella, rajčata nebo chléb, máslo, šunka, sýr, zelenina

Oběd: řádné vařené slané jídlo, polévku i druhé

Svačina: když je třeba, tak bílý jogurt a ovoce

Večeře: normální vařené jídlo typu maso, ryba, dušená zelenina, těstoviny, rizoto

Jídelníček č 3:

Snídaně: 320g ovoce, jogurt/tvaroh, skořice, 5 ks sušených meruněk

Svačina: po 3h: ovoce

Oběd - po 2h: žitný chléb, sýr, tuňák, zelenina

Večeře - po 5h: stejné jako oběd nebo zeleninový salát, čínské zelí, sušená rajčata, avokádo, rajčata, okurka apod.

Příloha 6: Dotazník vlastní konstrukce mapující závislost na jídle



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI

Realizátor výzkumu:

Helena Pipová

E-mail:

helen.pipova@gmail.com

Tel.:+420603871177

DOTAZNÍK ZÁVISLOSTI NA JÍDLE

Dobrý den,

jmenuji se Helena Pipová a jsem studentka třetího ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tento dotazník byl vytvořený v rámci praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je proces léčby a vývoj závislosti na jídle. Dotazník je zaměřen na posouzení závislosti na jídle.

Dotazník obsahuje 31 otázek a jeho vyplnění Vám nezabere více jak 20 minut. Odpovídejte prosím, pravdivě. Žádná odpověď není správná ani špatná. Vyplněním tohoto dotazníku dáváte souhlas k jeho využití pro účely mé bakalářské práce. Všechna data jsou zcela anonymní a dotazník je dobrovolný.

Instrukce k vyplnění:

Správnou odpověď označte křížkem.

ANO	NE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pro změnu označte správnou odpověď křížkem a dejte do kolečka.

ANO	NE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Předem děkuji za Vaši ochotu vyplnit dotazník.

1. Pohlaví :(Označte jen jednu z uvedených možností.)

1 Muž

2 Žena

2. Věk: _____

Vyjádřete Váš souhlas/nesouhlas s následujícími tvrzeními:

	Silný souhlas	Mírný souhlas	Mírný nesouhlas	Silný nesouhlas
3. Jím, i když nemám hlad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mé okolí nebo já si dělám starosti s mým vztahem k jídlu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítím se provinile, když se přejím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dopředu plánuji, že se v tajnosti přejím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jím před ostatními způsobně a potom se „dorazím“ o samotě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rozčiluje mě, když mi ostatní říkají, že to chce „jen trochu pevné vůle“, abych se přestal/a přejídat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Těším se na chvíle, kdy budu jíst sám/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Léčil/a jsem se kvůli obezitě, anebo jinému problému souvisejícím s jídlom (anorexie bulimie apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zkoušel/a jsem držet dietu (týden i déle), ale stejně jsem podlehl/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Věnuji příliš mnoho času myšlenkám na jídlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Moje hmotnost ovlivňuje můj způsob života.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vyhýbám se sociálnímu kontaktu, protože si nepřipadám dost hezký/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cítím, že můj život bude spokojený, jen když se určití lidé nebo věci změní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.	Můžu držet úspěšnou dietu kdykoliv si usmyslím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Jím, abych unikl/a před starostmi a problémy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Zanedbávám své koníčky kvůli jídlu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Na společenské události mě více než lidí zajímá to, jaké jídlo se bude podávat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Stává se mi, že se náhle rychle přejím bez objektivní příčiny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Cítil/a jsem se podrážděně po sněžení určitého typu jídla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Cítím se depresivně, beznadějně, smutně nebo zahanbeně kvůli jedení nebo svojí váze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Kradl/a jsem jídlo jiným lidem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Zvracel/a jsem, užíval/a projímadla, diuretika nebo jsem hodně cvičil/a abych ztratil/a hmotnost po tom, co jsem hodně jedl/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Mám neovladatelnou chuť jíst v určitém čase dne (večer, noc nebo mimo jiný obvyklý času jedení).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Jím, když jsem smutný/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Nemám dostatek dobře padnoucího oblečení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Mám výčitky, když se přejím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Odměňuji se jídlem, když udělám něco dobře.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Trápím se kvůli jídlu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

4