

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a prevence

Poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých

Bakalářská práce

Autorka: Kristýna Macáková
Studijní program: B7507 - Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Macáková**
Osobní číslo: **P111705**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální patologie a prevence**
Název tématu: **Poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých**
Zadávající katedra: **Katedra sociální patologie a sociologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í:

Práce vychází z biopsychosociálního přístupu k multikauzální etiopatogenezi poruch příjmu potravy. Teoretická část práce obsahuje vymezení pojmu PPP, projevy a hlavní příznaky PPP, příčiny a rizikové faktory vzniku PPP, komorbiditu, důsledky a nebezpečí PPP. Empirická část práce je založena na kvalitativním šetření, které předkládá podrobné kazuistiky osob s poruchami příjmu potravy.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování bakalářské práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie

Oponent bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Tereza Raszková**

Datum zadání bakalářské práce: **27.3.2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17.4.2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
Děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
vedoucí katedry

dne 17. 4. 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 17. 4. 2015

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mě podpořili při tvorbě této bakalářské práce.

Děkuji všem osloveným respondentkám za ochotu a spolupráci.

Především pak děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za jeho cenné připomínky, odborné rady a trpělivé vedení.

Anotace

MACÁKOVÁ, Kristýna. *Poruchy příjmu potravy u dětí a mladistvých*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. x s. Bakalářská práce.

Práce vychází z biopsychosociálního přístupu k multikauzální etiopatogenezi poruch příjmu potravy.

Úvodní kapitoly teoretické části práce obsahují vymezení pojmu PPP, projevy a hlavní příznaky PPP. Následující kapitoly jsou věnované problematice rizikového chování v adolescenci. Práce také uvádí příčiny a rizikové faktory vzniku PPP, epidemiologii a komorbiditu. Závěr práce je věnován důsledkům a nebezpečí PPP.

Empirická část práce je založena na kvalitativním šetření, které předkládá podrobné kazuistiky osob s poruchami příjmu potravy.

Tato bakalářská práce si klade za cíl pokusit se shrnout teoretické poznatky o dané problematice.

Klíčová slova: *poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimi, rizikové chování, adolescence, dítě.*

Annotation

MACÁKOVÁ, Kristýna. Eating disorders in Children and Adolescents. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. x pp. Bachelor Degree Thesis.

The Bachelor's thesis is based on the biopsychosocial approach to multi-causal etiopathogenesis of eating disorders.

Introductory chapters consist of definition of the term causes of eating disorders, the main signs and symptoms. The following chapters are devoted to the issue of risk behavior in adolescence. The thesis also presents the causes and risk factors for development causes, epidemiology and comorbidity. The conclusion is devoted to the consequences and dangers of the problem.

The research is based on the qualitative survey, which presents detailed case reports of people with eating disorders.

The thesis aims to try to summarize the theoretical knowledge of the issue.

Keywords: eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, risk behavior, adolescence, child.

Obsah

Úvod.....	9
1. Poruchy příjmu potravy	11
1.1 Mentální anorexie (F50.0).....	13
1.2 Mentální bulimie (F50.2)	15
1.3 Nespecifické a jiné PPP.....	17
2. Rizikové chování v adolescenci	19
3. Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci.....	22
4. Příčiny a rizikové faktory vzniku PPP	25
4.1 Biologické faktory.....	25
4.2 Vliv rodiny	27
4.3 Sociokulturní faktory.....	28
4.4 Psychologické faktory	31
5. Epidemiologie PPP v České republice.....	34
5.1 Ambulantní péče	34
5.2 Lůžková péče	35
6. Komorbidita.....	36
6.1 Deprese.....	36
6.2 Obsedantně kompulzivní porucha.....	37
6.3 Abúzus návykových látek	37
7. Rizika a následky.....	39
8. Multikauzální etiologie mentální anorexie.....	43
8.1 Cíl praktické části.....	43
8.2 Aplikovaná metodika	43
1. kazuistika - Adéla.....	45
2. kazuistika - Martina L.	47

3. kazuistika - Martina S.	49
8.3 Výstup z polostrukturovaných rozhovorů	51
Závěr.....	55
Seznam použitých zdrojů.....	57
Seznam příloh	62

Úvod

„Jím proto, abych žil, nežiju proto, abych jedl“ řekl již 400 let před naším letopočtem Sokrates. V dnešní době, kdy je významná část obyvatelstva obézní, by tuto myšlenku měli ve správné míře přijmout za svou všichni lidé.

Důležitá je však správná míra uvedení této myšlenky do reality, protože v dnešní konzumně zaměřené době nejsou obětmi jídla jen lidé, kteří se nezdravým způsobem stravování a potažmo celého životního stylu stali obézními, ale na druhé straně také osoby, které se jídlu naopak záměrně vyhýbají.

Jídlo, ať už v nadměrném množství, nebo naopak v množství pro zdravý život naprosto nedostatečném, je předmětem poruch příjmu potravy. Ty postihují stále více osob, přičemž pro tyto osoby je jídlo středobodem jejich života.

Vše se točí kolem jídla i v případě dvou nejznámějších poruch příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie, které postihují zejména mladé dívky a ženy a zpravidla se vyvíjí již u dívek ve věku od 13 let, výjimkou však nejsou ani dívky mladší. A právě mentální anorexie a mentální bulimie u dospívajících dívek bude stěžejním tématem tohoto textu, který si klade za cíl porozumění problematice poruch příjmu potravy.

Text přitom bude koncipován od souhrnu teoretických poznatků o dané problematice, které budou získány z odborné literatury a budou zaměřeny zejména na:

- vymezení rizikového chování adolescentů,
- vymezení poruch příjmu potravy se zaměřením zejména na mentální anorexii a mentální bulimii,
- podrobný rozbor příčin a rizikových faktorů vzniku poruchy příjmu potravy,
- možnosti léčby osob trpících mentální anorexií a mentální bulimií,
- rizika a následky těchto nemocí,

až po podrobný rozbor tří reálných případů (kazuistik) mladých dívek, které si prošly, nebo si stále procházejí mentální anorexií, přičemž pro zjištění osobních zkušeností těchto dívek budou použity polostrukturované rozhovory.

Tyto reálné případy budou v závěru komparovány nejen navzájem, ale také vzhledem k teoretickým poznatkům o dané problematice.

1. Poruchy příjmu potravy

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

Dle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace se pod pojem poruchy příjmu potravy zařazují dvě nemoci: **mentální anorexie** a **mentální bulimie**. Oběma nemocem je společné to, že dívky s touto diagnózou touží zůstat štíhlé. Postiženými bývají převážně ženy a mladé dívky. Dále budu tedy o obětech těchto dvou nemocí hovořit v ženském rodě, tzn. jako o anorektičkách a bulimičkách. Maloney, Kranzová (1997) zmiňují, že pouze 5% osob trpících anorexií jsou muži a přibližně stejně tomu tak je i u bulimie.

Obě nemoci jsou hodně propojené a často přechází jedna v druhou. Podle VI. Hort et al. (2000) se často stává, že dívka s mentální anorexií přejde do formy mentální bulimie. Uvádí, že někteří autoři užívají pro tyto případy pojmu **bulimarexie**.

Společným a nejdůležitějším středobodem zájmu anorektiček a bulimiček se stává **jídlo**. Jídlo je jediným středem jejich pozornosti. Přátelé, rodina a školní povinnosti se přesouvají do pozadí. Ačkoli si to nemocná nepřipouští, jediné na co dokáže myslet je, kolik toho snědla a jak moc to na ní bude vidět. Kdyby to bylo možné, nejdly by anorektičky vůbec. Jídlo se jim hnusí a každé sousto je pro ně problém. Hodně nemocných se stýká s lidmi, ale konverzace se převážně vždy točí jen kolem jídla, vzhledu a váhy. Nutkavě nakupují vybrané potraviny a mnohdy bývají i dobré kuchařky, které ale své jídlo nikdy nesní. Určit hranici, kdy se z omezování jídla a držení diet stává psychická porucha lze v momentě, pokud začnou ovlivňovat ostatní stránky života jedince (Maloney, Kranzová, 2000, str. 8).

Každý z nás při pohledu do zrcadla hodnotí své tělo. Tato představa o tom, jak vypadáme, vždy nemusí odpovídat realitě. Tělo se nám může jevit jinak,

než jaké ve skutečnosti je. Někteří se vnímají mohutnějšími, než doopravdy jsou, jiní naopak. Dle Vágnerové (2004) se tento psychický obraz nazývá **tělové schéma**. Pojetí vlastního těla bývá zkresleno emocionálně, obavami, nebo také přáním. Člověk se vnímá takovým, jakým by si přál být, či naopak, jakým se obává, že je.

Pro obě poruchy je tedy příznačné

- *intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu,*
- *strach z tloušťky*
- *nespokojenost s vlastním tělem (Marádová, 2007, str. 6).*

Obě poruchy se zdají být díky společným zájmům dosti podobné. V následující tabulce můžeme vidět patrné rozdíly mezi oběma nemocemi.

Tabulka 1 Srovnání anorexie a bulimie

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí.	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti.
Amenorea	60 - 100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce.	10 - 30 %
Navozené zvracení	15 - 30 %	75 - 90 %
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená.
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin.	Spíše rychlé jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin.
Počátek obtíží	13 - 20 rok, výjimečně později.	14 - 30 rok, výjimečně dříve.
Pohlaví nemocných Ženy : Muži	(10 - 15) : 1	20 : 1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15 - 30 let)	0,5 - 0,8 %	2,5 - 6 %
Deprese	10 - 60 %	20 - 90 %
Užívání alkoholu	Výjimečně.	Často.
Významné zlepšení	20 - 75 %	60 - 85 %
Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi.	Výrazný v případě přejídání, nízký v případě diet.
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím.	Snaha zbavit se přejídání, někdy snha zhubnout.

Zdroj: (Krch, 2008, str. 23).

Jedním ze zásadních rozdílů mezi oběma nemocemi podle Krcha a kol. (2005) se jeví tělesná hmotnost. U anorektiček je typická extrémní vyhublost, naopak u osob postižených mentální bulimií si často nikdo nevšimne, že je něco v nepořádku. Bulimičky často mají tělesnou hmotnost v normě a není tak na první pohled patrné, že nejsou v pořádku.

1.1 Mentální anorexie (F50.0)

„Pro mentální anorexii (MA) je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu“.

(VI. Hort et al., 2000, str. 264).

Leibold (1995) uvádí, že mentální anorexie (anorexia nervosa - náruživá abnormální snaha zhunout) je nejproslulejší PPP už odedávna. Je známá především tím, že její vnější symptomy jsou velmi nápadné a v mnoha případech končí smrtí. Většina z nás má ve svém okolí, rodině či přátelích někoho, kdo je nápadně hubený. Nemusí se vždy jednat o chorobnou anorexii, ale tyto lidi lze považovat za anorexií ohrožené. Nejznámější módní ikonou, která v 60. letech minulého století prosazovala přehnaný kult vyhublosti, byla anglická manekýnka Twiggy.

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10

- *Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá pokrmům, "po kterých se tloustne", nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá*

laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).

- *Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.*
- *Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud neužívají náhradní hormonální léčbu*
- *. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree (první menstruace se nedostaví), u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází obvykle k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché (první menstruace) je opožděna (MKN-10, 2000, str. 55).*

Diagnostická kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN lze shrnout do tří základních znaků:

- 1) *aktivní udržování abnormálně nízké hmotnosti - pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI¹*
- 2) *strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost*
- 3) *u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky. (Krch, 2005, str. 17)*

¹ BMI (index tělesné hmotnosti) = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m)²

Tabulka 2 BMI

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méně než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Zdroj: (Krch, 2010, str. 32).

Krch (2002) uvádí, že tělesná hmotnost roste s věkem. Důležitějším ukazatelem než BMI u dětí zejména v období puberty je očekávaný váhový přírůstek.

Pokud tedy dítě nedosáhne BMI 17,5 neznamena to automaticky, že je nemocné.

Je ovšem zřejmé, že děti v tomto věku by měly přibývat na váze. Pokud by tedy dívka ve svých šestácti letech vážila stejně, jako ve svých třinácti, měla by se tomu přikládat pozornost.

„Podvýživa v dětství, ať už z jakýchkoliv důvodů, je vždy nebezpečná a může mít trvalé následky.“ (Krch, 2002, str. 24).

Atypická mentální anorexie F50.1

O atypické mentální anorexii hovoříme, pokud pacient splňuje pouze některá kritéria MA, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze.

V tomto případě chybí jeden nebo více symptomů, například signifikantní úbytek váhy, či amenorea (Praško, Látalová, 2013).

1.2 Mentální bulimie (F50.2)

„Mentální bulimie (MB) je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následně snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení. Nemocná

si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnou závislost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení.“

(VI. Hort et al., 2000, str. 271).

„Název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov: bous, což znamená kráva nebo vůl, a limos, které znamená hlad nebo hladomor.“ Z překladu vyplývá, že dotyční pociťují silný „vlčí“ hlad, který následně ukojují velkým množstvím jídla. Bulimičky jsou schopné spořádat najednou i desetkrát víc, než je běžná porce (Marádová, 2007, str. 8).

Energetická hodnota jednorázového příjmu potravy může mít 5-10 000 kcal a za celý den může dosáhnout až 50 000 kcal, což je mnohonásobně větší množství než doporučená denní dávka příjmu potravy. Stává se, že pacientka sní vše, co v lednici najde a mnohdy se jedná o velmi neobvyklé kombinace jídel (VI. Hort et al., 2000).

Po nasycení automaticky nastupují pocity viny a nechuti nad sebou samým. Následuje *„nutkavá tendence zbavit se požité potravy co nejrychleji a jakýmkoliv způsobem“*. Zvracení a projímadla přináší dočasnou úlevu, protože tím aktuálně sníží svůj strach z obezity (Vágnerová, 2004, str. 475).

Základní diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10:

- *Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná chuť po jídle.*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování se v jídle (MKN-10, 2000, str. 58).*

Atypická mentální bulimie F50.3

Pokud nejsou splněna všechna diagnostická kritéria, hovoříme i v tomto případě o nemoci jako o bulimii atypické. V tomto případě se jedná například o recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy (Praško, Látalová, 2013).

Návrátílová et al. (2000) zmiňuje, že mentální bulimie se vyskytuje častěji než čistá mentální anorexie. Prevalence je uváděna mezi 1 až 3% v případě mladých žen. Procenta se zvyšují u dívek na středních a vysokých školách, kde je výskyt častější. Mužů s MB je přibližně desetkrát méně. Tato data pochází z hospodářsky vyspělých zemí, neboť v chudých státech není možné onemocnění jednoznačně identifikovat.

1.3 Nespecifické a jiné PPP

Syndrom nočního přejídání

Jedná se o poruchu, při které se pacient několikrát během noci probudí a není schopen usnout, dokud něco nesní. Porce jídla jsou zpravidla značně kalorické a jejich složení nezdravé. Záchvaty nočního jedliectví není pacient schopen svou vůlí ovládnout. Mezi symptomy syndromu nočního přejídání patří ranní anorexie a zvýšený přísun potravy v pozdním odpolední a večer. Konzumace jídla zpravidla přináší pocity viny a úzkosti (Faltus, 2007).

Záchvatovité přejídání

V posledních letech stále častěji slyšíme o tzv. záchvatovitém přejídání. Krch (2005) uvádí, že pro epizody přejídání je příznačné, že člověk jí mnohem rychleji, než je u něho obvyklé. Dotyčný jí, aniž by pociťoval hlad a zpravidla tak koná o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho. Po přejedení bývá často sám sebou znechucen a cítí se provinile. Přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

Oproti MA a MB se záchvatovité přejídání často projevuje až ve starším věku. Vyskytuje se častěji u žen, avšak zastoupení mužů je v tomto případě častější než u jiných PPP (Krch, 2005).

Záchvatovité přejídání je spojeno s nezdravými jídelními návyky. Prevalence mezi pacienty obezitologických studií bývá kolem 30%. Kromě nadváhy se často vyskytují deprese, závislost na alkoholu a emocionální problémy (Krch, 2005).

Pica

Termín pica vychází z latinského označení pro straku. Ta je známá tím, že je schopna zkonzumovat téměř cokoliv. Jedná se tedy o poruchu, kdy dotyčný má nevhodné stravovací návyky a velmi neobvyklé chutě jíst věci, které nejsou k jídlu. Jde o požívání různých látek jako je hlína, sklo, papír, prací prášek, molitan a tak dále. Tento syndrom je velmi nebezpečný. V případě konzumace nestrávitelného materiálu vzniká v žaludku tzv. bezoár, hrozí ucpání střev, otrava a poranění orgánů (Pivoňková, 2013).

2. Rizikové chování v adolescenci

Úvodem této kapitoly je třeba podotknout, že rizikové chování se v tomto vývojovém období prezentuje vůbec nejčastěji ze všech vývojových stádií v životě člověka. Důvodem je fakt, že jedinec v době dospívání se postupně odvrací a odtaňuje od rodičů, a o to více se přiklání či se snaží vyrovnat svým vrstevníkům. Současně se v době staršího školního věku a adolescence výrazně mění tělesné proporce a prezentují se sekundární pohlavní znaky (prsa), které u dívek mohou způsobovat stud a strach z vlastního dospívání. V této době se také objevuje výrazná potřeba adolescenta, se identifikovat se svým ideálem, kterým v době dospívání bývají modelky, herečky apod. Pokud se zaměříme na fyziognomii současných oblíbených hereček a zpěvaček, tak zjistíme, že se vesměs jedná o osoby s BMI v hodnotách podvýživy.

V době adolescence rizikové chování nepředstavuje pouze poruchy příjmu potravy, ale i výrazné riziko vzniku například závislosti.

Období dospívání představuje přechodnou vývojovou fázi mezi obdobím dětství a dospělosti. V této době dochází ke zcela komplexní proměně osobnosti, ve všech jejích aspektech (tělesné, psychické, emocionální a sociální). Mnohé změny vznikají na podkladě biologických faktorů, ale vždy je významně ovlivňují faktory psychické a sociální, s nimiž se propojují a jsou s nimi v neustálé interakci (Vágnerová, 2012). Vágnerová uvádí, že: „*průběh dospívání je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplývají požadavky a očekávání společnosti ve vztahu k dospívajícím*“ (Vágnerová, 2012, s. 367). Mnoho dospívajících se, především dívky, se svým zevnějškem zabývá více než li čímkoli jiným (Langmeier, Krejčířová, 2006). Rozvoj vlastní identity a sebepojetí je u dospívajícího jedince velmi nestálým a dynamickým procesem. Veškeré změny a proměny, které souvisejí s vývojovým stádiem dospívání, mají pro jedince velmi subjektivní význam (Vágnerová, 2005).

V době dospívání se zvyšuje subjektivní význam toho, jak jedinec vypadá, jak se jeví sám sobě. Toto se projevuje větší zaměřeností a zabýváním se vlastním

tělem a jeho vzhledem, snahami o jeho změnu a to za jakoukoli cenu (diety, nadměrné fyzické cvičení, experimentování s účesy, barvení vlasů apod.).

Celková proměna osobnosti jedince v době dospívání velmi výrazně ovlivňuje a transformuje i sebepojetí a identitu adolescenta. Adolescent neustále usiluje o znovunalezení vlastní identity a sebevymezení se vůči druhým (vrstevníkům i dospělým osobám). Současně si také osvojuje a inovuje vlastní schopnosti, kompetence, sociální role a s nimi úzce propojený sociální status. Proměny, které se prezentují s adolescencí, představují pro jedince velmi výraznou výzvu, neboť nabízejí a také umožňují možnost jeho dalšího osobnostního rozvoje. Záleží pouze na každém jedinci, jak tuto možnost využije ve svůj prospěch nebo nepospěch (Říčan, 2006). Schopnost chápání vlastní identity souvisí s rozvojem kognitivních procesů adolescenta. Také zvýšená sebekritičnost, která se pojí s emoční instabilitou a nejistotou, velmi výrazně komplikuje proces hledání vlastní sebeidentity a sebepoznání (Vágnerová, 2005). Říčan uvádí, že: *„adolescent se má vyznat sám v sobě a najít své místo ve světě, ověřit si, co dokáže a co vydrží, sám sebe najít v nějakém přesvědčení a životním programu“* (Říčan, 2006, s. 191).

Za hlavní důvody vzniku problémů v adolescenci je považován ten fakt, že než li kdykoli jindy se prezentuje výrazný nepoměr mezi ideálem a realitou, které je adolescent vystaven. Tento nevyrovnaný stav je zdrojem mnohých problémů, stresů, a frustrací, ale zároveň tyto skutečnosti napomáhají adolescentovi, především v době přechodu do vývojového stádia mladší dospělosti, vyrovnat se s realitou a přijmout ji jaká je (Vágnerová, 2005). Potřeba diferenciacce mezi ideálem a skutečností zároveň bývá velmi výrazným stimulem a motivátorem k aktivitě, která povede k uskutečnění naplňování tohoto ideálu. Je pravdou, že dospívající jedinec, který si stanoví určitý ideál je schopen „jít“ za svým cílem, často až přes „mrtvoly“ (Novák, 2010).

Vágnerová dále k této problematice uvádí, že: *„ani starší adolescenti nejsou ještě dostatečně sebejistí a často pochybují o své vlastní hodnotě“*. (Vágnerová, 2005, s. 409).

Nebezpečí pro adolescenty tkví v různých aktivitách, v rámci kterých se často adolescenti, hledají. Souhrnně se hovoří o tzv. sociálně patologických jevech, kam můžeme zařadit právě poruchy příjmu potravy, delikvence, užívání návykových látek, šikana, záškoláctví apod.

V posledních letech se z hlediska problematiky poruchy příjmu potravy prezentují tzv. pro-anorektické weby. Tyto weby se snaží nalákat a „stimulovat“ či přesvědčit dívky, že poruchy příjmu potravy vlastně nejsou nebezpečné a rizikové, a naopak se snaží dívky přesvědčit, že anorexie a bulimie jsou vlastně „normální“ a módní záležitostí, že jimi trpí všichni kolem a nejedná se o nic nebezpečného (Novák, 2010). Na podkladě těchto agitací a podporování poruch příjmu potravy si mnohé adolescentní dívky najdou svůj „anorektický ideál“, dle kterého se řídí a vše mu přizpůsobují. Tyto weby dívkám radí, jak s mentální anorexií nebo bulimií začít, návody na webu je vyzývají k silné vůli a aby vydržely ve svých předsevzetích. Vzájemně se zde také podněcují a podporují či si radí, jak například ošálit rodiče, jak vůbec nejíst nebo jaké potraviny se „dobře“ zvrací aj. (Dostupné z: <http://my-love-is-anorexia.blog.cz>, 2010).

3. Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci

Porucha příjmu potravy je chorobou, která je spíše typická pro jedince v době dospívání či mladé dospělosti. Ale jsou známy, a v posledních letech, narůstají případy výskytu poruch příjmu potravy již u jedinců v dětském věku. Za raný začátek poruch příjmu potravy je považován věk 8-14 let. U dětí mladšího věku se objevuje mentální anorexie ojediněle, časté je spíše zvracení, které ale může být způsobeno i jinými než li psychickými faktory, např. somatickým nebo psychosomatickým onemocněním (Papežová, 2010).

Je nutné si uvědomit, že již sama diagnostika poruch příjmu potravy u dětí je, pro dětské lékaře a ostatní odborníky, velmi náročná a obtížně zjiřitelná, neboť odmítání potravy u dítěte může být jedním ze základních symptomů počínajícího tělesného onemocnění (např. infekce aj.). Vlastní diagnostiku poruch příjmu potravy je nutné objasnit co nejdříve, neboť jedinec se nachází ve vývinu a uvedené poruchy způsobují výrazné problémy s vývojem a způsobují budoucí negativní dopady na celkovou osobnost jedince, a to jak z hlediska tělesného, tak psychického a psychosociálního.

Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie:

- *menší tukové rezervy - rychlejší nástup zdravotních obtíží, větší nebezpečí dehydratace;*
- *omezení v příjmu potravy vede rychleji k výraznější vyhublosti;*
- *možnost zastavení tělesného růstu, puberty a zpomalení sexuálního zrání;*
- *mentální bulimie vzniká před 14. rokem jen vzácně. Mezi mladšími pacienty jsou relativně více zastoupeni chlapci;*
- *větší důslednost v dodržování osobních dietních pravidel. Děti se oproti starším pacientům méně často přejídají, zvrací a užívají projímadla;*
- *na domluvy a snahu vykrmit je reagují mladší pacienti často dramatictější odporem, jsou útoční, agresivní nebo se naopak chovají jako malé děti;*

- *obtížná spolupráce při léčbě, jejíž cíle často nechápou, vykrmování pociťují velmi úkorně*
 - *častý výskyt depresivních příznaků*
 - *problémy dítěte mohou vést k vyhrocení konfliktů v jeho rodině a obviňování mezi rodiči. Rodiče se cítí provinile, často nevhodně ustupují konfliktům s dítětem. Zájem rodiny se často stále více soustřeďuje na problematické dítě, ostatní sourozenci zůstávají stranou;*
 - *do léčby je třeba vždy zapojit rodiče, kteří by měli zajistit kontrolu nad tím, jak jejich dítě přijímá jídlo a tekutiny;*
 - *vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte*
- (Krch, 2002, str.30 - 31).

Mimo mentální anorexie se u dětí můžeme setkat i s dalšími atypickými jídelními poruchami. Pokud má dítě možnost jíst kdykoliv, kdy má chuť a cokoliv na co si vzpomene, začne upřednostňovat své oblíbené potraviny. Nejčastěji to bývají sušenky či brambůrky. Naproti tomu začne vynechávat jídla „zdravá“. Tyto děti nemají problém s podvýživou, jelikož vybíraná jídla jsou energeticky vydatná. To obnáší různé drobné zdravotní potíže (Krch, 2002).

Vybíravost v jídle v dětském věku je normální, ale rodiče by měli jejich stravovací návyky usměrňovat, tak aby strava byla vyvážená a zamezilo se vážnějším zdravotním problémům.

Jednou z dalších atypických jídelních poruch je „**emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu**“ a v dětství může mít mnoho podob. Dítě uvádí různé důvody, proč nejí, například strach, že mu bude špatně, strach z polykání, zvracení, udušení. Často opakuje, že „nemá hlad“, že „jíst nemůže“, nebo že ho „bolí břicho“. Tito pacienti jsou fyzicky ohroženi ve stejné míře jako pacienti s mentální anorexií. Výsledky léčení emoční poruchy však bývají často lepší (Krch, 2005).

Nejvzácnější poruchou spjatou s problémy s jídlem představuje „**syndrom pervasivního odmítání**“. Pro tuto nemoc je typické úplné odmítání jíst, pít, chodit, mluvit, nebo se o sebe starat. Často je pervasivní odmítání spojováno s předchozím zneužíváním. „*Tomuto stavu lze nejlépe porozumět, jako extrémní podobě*

vyhýbavého chování , která se vyskytuje u posttraumatické stresové poruchy“
(Krch, 2005, str. 115).

Dospívání je energeticky náročné a vyžaduje vyšší nutriční příjem. Oběd ve školní jídelně často bývá jediným pravidelným a nutričně vyváženým denním jídlem. Vzhledem k tomu se zvyšuje riziko rozvoje nesprávných stravovacích návyků (Marádová, 2007).

Závěrem této kapitoly je možno uvést, že je nutné, aby odborníci, ale i laická veřejnost (rodiče) si byli vědomi možnosti rizika, že se poruchy příjmu potravy mohou objevovat již u dětí mladšího věku, s velmi raným počátkem a to kolem osmého roku věku. Vyhýbání se jídlu je hlavním diagnostickým kritériem mentální anorexie, kdy se dítě snaží nejprve vyhýbat kalorický jídlům a poté množství jídla neustále snižuje. S omezováním jídla velmi často omezuje i příjem tekutin (Záměčnicková, Hort, 2003). Pro pediatry je velmi náročné odlišení skutečné mentální anorexie od např. vybíravosti v jídle, kdy dítě sní pouze určitá jídla, ta která zná, a jiná striktně odmítá. Důležité je si, ale uvědomit, že v dětství může být odmítání jídla propojeno s prezentací počínajícího tělesného nebo i psychického onemocnění.

4. Příčiny a rizikové faktory vzniku PPP

Základní příčiny PPP nejsou dosud jasné, avšak je zřejmé, že hlavní roli hraje známý bio-psycho-sociální model. Čím více na mladého člověka působí činitelů, tím je větší pravděpodobnost, že u něho propukne snaha zhubnout. Obecně se dá říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem souhry několika nepříznivých vlivů (Marádová, 2007).

4.1 Biologické faktory

Otázka pohlaví

Prvním zásadním rizikovým faktorem je fakt, jestli je dotyčný muž nebo žena. Otázka pohlaví zde hraje významnou roli.

„Stačí být ženou a riziko vzniku poruchy příjmu potravy, je mnohohnásobně větší.“ (Krch, 2010, str. 59).

Zastoupení mužů mezi pacienty s PPP se podle různých studií pohybuje v rozmezí 0 až 15 %. Hoek (1993) uvádí, že anorektických pacientek je v průměru 10x více než mužských anorektiků a v případě mentální bulimie je zastoupení žen až 20× vyšší (Krch, 2004).

„Muži jsou méně ohroženi PPP zejména proto, že méně často než ženy drží diety ve snaze kontrolovat svoji tělesnou hmotnost. Méně jim vadí tloušťka, protože v pubertě oproti dívkám méně přibývají na tuku a více jim rostou svaly, což vnímají pozitivně“ (Krch, 2004, str. 14-16).

Odlišné vnímání vlastního těla bylo zjištěno už u chlapců a dívek v mladším školním věku. K dramatičtějším a významnějším změnám však dochází v období puberty. Zatímco fyzické dospívání chlapců znamená přibližovat se maskulinnímu ideálu krásy, vývoj dívek se naopak odklání od toho, co je považováno za krásné (Krch et al., 2005).

„Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává do adolescence. Z hlediska etiologie PPP může být významná časnost nástupu puberty a tělesného zrání“ (Krch et al., 2005, str. 62).

Genderové rozdíly se neobjevují jen ve fyzickém vývoji. Dívky jsou často citlivější, nejistější, oproti chlapcům pocítují větší obavy, zda jsou, či nejsou oblíbené. Hůře vnímají vlastní tělo a to se projevuje na nižším sebevědomí (Krch, 2010).

Jedním z důvodů vzniku PPP v tomto věku je fakt, že se pubescent nedokáže smířit s růstem a vývojem těla. S tím souvisí odmítání dospělé role. Adolescent ztrácí jistoty, které dřív měl a otvírá se mu zcela nový svět, ve kterém se o sebe musí postarat sám. Někteří citlivější jedinci pak mohou reagovat na situaci tím, že se odmítají stát dospělým. A to jak v psychické, tak ve fyzické rovině (Potužníková, 2013).

„Mentální anorexie je jednou z možných forem reakce, jak oddálit přechod do života dospělých“ (Leibold, 1995, str. 57).

Tělesná hmotnost

Tělesná hmotnost je pro pacientky s poruchami příjmu potravy velmi důležitá. Mezi hmotností a spokojeností dívek se svým tělem by se jistě dala najít spojitost. Čím více bude hmotnost narůstat, tím více bude narůstat riziko nebezpečných diet, hladovek a následně i poruch příjmu potravy.

„Významnou roli při vzniku a rozvoji PPP hraje zejména distribuce tělesného tuku. Steiner, Sanders a Ryst (1995) zjistily, že ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a na hýždích, vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy“ (Krch et al., 2005, str. 62).

4.2 Vliv rodiny

Rodina je bezesporu nejdůležitější sociální skupina, se kterou člověk v průběhu svého života přijde do styku. Je to místo, kde dochází k uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb. Každá rodina je jiná, a každá z nich odlišně působí na jedince v průběhu jeho vývoje. Je to důležitý faktor ovlivňující naši budoucí společenskou roli (Fisher, Škoda, 2009).

„V některých případech se rodina může stát sama o sobě zátěží. Může se tak stát i zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. Může dojít k vážnému narušení psychosociálního vývoje a fungování všech jejích členů, zejména ale dětí“ (Fisher, Škoda, 2009, str. 140).

Dle Navrátilové et al. (2000) bývá v rodinách, ve kterých se anorexie či bulimie vyskytují, často narušena vzájemná interakce mezi členy rodiny. Dochází ke střetu názorů rodičů a dítěte. Do toho navíc působí tlak společnosti - zůstat štíhlá. Úlevou od rodinných stresů pak bývají anorektické a bulimické praktiky.

„Mentální anorexii by bylo možné interpretovat jako projev pasivní vzpoury omezené na oblast jídla, protože jiný způsob je nedostupný“ (Vágnerová, 2004, str. 469).

Je známo mnoho studií, které se orientují na četnost výskytu PPP mezi sourozenci a rodiči. Krch (2010) uvádí, že výskyt anorexie mezi sourozenci nemocných se pohybuje v rozmezí 3-10%. Podle Strobera et al. (1990) trpělo MA někdy v životě 6,2% matek sledovaných anorektiček. Dle Hsu (1990) se PPP v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci.

„Samotný výskyt anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za rizikový faktor“ (Krch, 2005 str. 64).

Vliv rodiny a rodinného prostředí na vznik a prezentaci poruch příjmu potravy je zcela nezastupitelný, U mnohých jedinců s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy bylo zjištěno, že jejich matky jsou výrazně tenzní, nadměrně starostlivé. Toto vše vede k tomu, že jedinec se nemůže realizovat v takové intenzitě,

jak by potřeboval, své skutečné emoce a názory, v důsledku chování matky, potlačuje, což v něm vyvolává frustraci, nejistotu a napětí. Poruchy příjmu potravy se pro jedince stávají možností, jak upustit „ventil“ a možností, jak ovládat pouze sám sebe. Jedince podněcuje, v daném chování, ještě fakt, že dokáže hubnout, že ho ostatní obdivují za jeho silnou vůli aj.

4.3 Sociokulturní faktory

Počátek poruch příjmu potravy je výsledkem souhry mnoha faktorů a aspektů, které ovládají a transformují osobnost jedince. Vyjma tzv. dobrých důvodů k dietě, kdy jedinec opakovaně vidí někoho ze svého blízkého okolí, že drží diety, má významnou roli i nejistota jedince, která provází dospívání, kdy se zcela fyziologicky mění jeho postava. Jestliže tento jedinec klade zvýšený důraz na svůj vzhled nebo výkon a jeho povaha je spíše perfekcionalistická, tak vzniká zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy (Novák, 2010). Na podkladě mnohých výzkumných šetření bylo zjištěno, že módní vliv kultu štíhlosti má na vznik a průběh poruch příjmu potravy velmi výrazný vliv. Tento módní vliv se týká především dívek a žen, které chápou krásu jako štíhlost, která se tedy stává i měřítkem štěstí, úspěchu, radosti, spokojenosti a kvalitního života (Papežová, 2010).

Čím intenzivněji se ženy a dívky ztotožňují s ideálem krásy a čím více nejsou spokojené s aktuální podobou svého těla a jeho proporcemi, tak tím jsou vulnerabilnější a snadněji propadají poruchám příjmu potravy. Také velkým problémem poruch příjmu potravy je skutečnost, že poruchy příjmu potravy jsou často prezentovány i v médiích, kde oné ženy dosahují, díky své tělesné „kráse“, mnohých úspěchů. Jedná se o úspěšné modelky, herečky, zpěvačky. Jedná se vlastně o formu sociálního učení, kdy si jedinec vybírá svůj ideál, pozoruje jej a snaží se jej následně imitovat až se s ním ztotožní, identifikuje. Sociální učení probíhá především v době dětství a adolescenci, kdy tedy velmi záleží na skutečnosti, který ideál si jedinec zvolí a jak se staví k negativním projevům a chování ideálu. Zda jedinec ideál nekriticky a bez promyšlení důsledků svého jednání a chování, napodobuje.

V současné době je zdůrazňován vliv a koexistence variabilních aspektů, které se podílejí či mají vliv na vzniku poruch příjmu potravy. Hovoříme o tzv. bio-psycho-sociální podmíněnosti vzniku poruch příjmu potravy (Záměčnicková, Hort, 2003).

Z hlediska sociálních faktorů se nejčastěji tedy jedná o špatné až negativní hodnocení obezity jako takové aktuální společnosti, kdy obézní lidé jsou často podceňováni a odmítáni (Šenkýřová, 2012). U dospívajících dívek zcela přirozeně dochází k proměně fyzického vzhledu, kdy dívky přibírají na váze, zaoblují se jim boky (Vágnerová, 2012). Jestliže je dívka ovlivněna módními vzory a ideály a pokud neakceptuje své tělesné proměny, tak stačí velmi málo, například poznámka jejího sociálního okolí (rodiče, kamarádi aj.), aby započala ve zkoušení diet, ve cvičení a v hladovění. Osoby, které jsou zranitelnější a citlivější se mohou následně dostat až do stavu mentální anorexie či mentální bulimie (Papežová, 2010).

Vznik poruch příjmu potravy bývá také dáván do souvislosti s nějakou významnou životní událostí nebo situací. Často se například jedná o rozmanité narážky na tělesný vzhled jedince nebo na změny, které probíhají v rámci rodinného společenství, např. rozvod rodičů, úmrtí jednoho z rodičů či rodinné konflikty a neshody a další (Leibold, 1995).

Z uvedené literatury bylo zjištěno, že poruchy příjmu potravy se neobjeví pouze při působení jednoho z faktorů (např. sociální vliv), ale jedná se o úzkou souhru více aspektů, např. genetické predispozice, osobnostní charakteristika jedince (úzkostnost, perfekcionismus aj.). Jestliže se u jedince prezentují určité genetické (přítomnost poruchy příjmu potravy u rodinného příslušníka) a osobnostní predispozice (perfekcionismus) ke vzniku poruch příjmu potravy, tak je nutné, aby se tyto osoby vyhnuly tzv. rizikových povoláním, jako je balet, vrcholová gymnastika, modeling aj.

Proměna ženského ideálu krásy

Předem je nutné uvést, že jednotný ideál, který by jednoznačně definoval ženskou krásu, neexistuje. Všichni známe dnešní ideál krásných postav, které jsou

prezentovány na obálkách časopisů, v televizi nebo v reklamách. Ale i v minulosti byly vytvořeny určité ideály krásy. Vůbec prvním ideálem ženy byla **Venuše-matka**, která se zdobila, ale především byla považována za matku rodu, tedy významnou nositelku života. A tomuto pojetí odpovídalo i její ztvárnění, kde byly zdůrazněny ženské partie (široké boky a velká prsa). **Egypt'aneky** byly prezentovány jako krásné ženy s pečlivě udržovaným účesem a dokonalým obličejem. Jejich postava byla vyobrazována jako vysoká a štíhlá (Paulovičová, 2009). Ve **starověkém Řecku** se zase jednalo o ženy se souměrným obličejem, dlouhými vlasy. Ideální tělo bylo zaoblené. V době **středověku** byly ženy nedostupné a prezentované tak, že byly zahalené od hlavy až k patě. Změna přichází v **renesanci**, kdy žena je vysoce moderní, věnuje se sama sobě (vlasy, pokožka aj.). Doba renesance je znovuobjevení oblých proporcí těla ženy (Novák, 2010).

20. století až současnost jsou typické tím, že dochází k neustálému koloběhu výše uvedených ideálů krásy ženského těla. Důkazem toho je preference fyzického vzhledu Marilyn Monroe a následně ideál, kterým byla modelka Twiggy. Jedná se o dva naprosté opaky, které ale zcela zásadním způsobem ovlivnily chápání a pojetí ženské krásy, kdy krása podle Marilyn Monroe představuje „normální“ zdravou ženskou krásu, tzv. „krev a mléko“ a druhá, modelka Twiggy, se svou vyhublou postavou způsobila situace, že mnoho žen, ve snaze se jí vyrovnat, se dostalo až na pokraj zdravotních problémů či právě vzniku poruch příjmu potravy (Paulovičová, 2009).

„Mezi četnými sociálními vlivy, které dnes působí na děti a mladistvé, hrají u mentální anorexie důležitou úlohu tyto:

- *pronikavá změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti, která byla výsledkem emancipačního a feministického hnutí;*
- *přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti, který se dá odvodit částečně od tradičního nepřátelství k tělu, částečně ale také od přehnaného a nesprávně zaměřeného zdravotního uvědomění (ale i od jiných příčin)*
- *hojnou nabídkou potravin, která vlastně sama teprve umožňuje odmítání jejich příjmu, protože ten, komu nebyla poskytnuta možnost, aby dostatečně pokryl svou životně nutnou potřebu jídla, bojuje o své*

přežití a nebuded se vzdávat dosažitelné potravý.“

(Leibold, 1995, str. 47).

4.4 Psychologické faktory

Psychologické faktory vzniku poruch příjmu potravý se úzce pojí s osobnostními charakteristikami jedince a jeho genetickými predispozicemi, které iniciují u jedince propuknutí daného onemocnění.

Z psychologického hlediska jsou poruchy příjmu potravý, především mentální anorexie, chápány a považovány za reakci dané dívky na potřebu sebepojetí a vlastní autonomie, kterou v důsledku chování svého okolí nepocítuje. Také se může jednat o důsledek neuspokojené potřebý zvýšeného sexuálního nebo sociálního fungování, které se nejčastěji prezentuje právě v období adolescence či mladé dospělosti.

U těchto jedinců se objevují prožitky tenze, nejistoty, ale i nedostatečné míry vlastní nezávislosti (Papežová, 2010). Právě poruchy příjmu potravý, těmto dívkám umožňují a nabízejí, tím že se až „maniakálně“ kontrolují a ovládají, osobní svobodu a možnost se za sebe rozhodovat, kdy dívka rozhoduje o tom, co a kdy sní.

Tímto mechanismem dívka získává větší pocit sebejistoty a především sebekontroly. Dochází tak k realizaci nebo posilování nedostatečné primárně prezentované sebeúcty a sebepojetí jedince (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011).

Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková uvádějí, že: *„nelze se divít, že mentální anorexie je nemocí, která je „ego-syntonní“, posiluje hrdost a sebedůvěru.*

Je nasnadě, že se takového povzbuzení dívka nechce vzdát, i když třeba dlouhodobě balancuje na hranici života a smrti“

(Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011, s. 479).

V pozadí mentální bulimie se prezentují podobné psychologické faktory a aspekty, jako je tomu u mentální anorexie. Nejčastěji se jedná o nedostatečnou sebeúctu jedince k sobě sama, o výraznou impulzivitu nebo o emoční instabilitu s častou emoční labilitu. Vlastní úsilí o dosažení cíle představuje „vysněná“ tělesná hmotnost (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011). Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková uvádějí, že: *„držení diety se střídá se stavy přejídání velkým*

množstvím jídla, které následně dívka vypuzuje zvracením nebo použitím vyprazdňovacích prostředků. Cíle tedy nedosahuje, což vede k pocitům selhání a k depresi“ (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011, s. 479).

Nemoc tedy na rozdíl od mentální anorexie dívku neposiluje, ale naopak ji vede k pocitům selhání, vlastní neschopnosti a ještě více snižuje její sebeúctu. Začarovaný kruh, který vzniká na podkladě držení diet – záchvatovitého přejídání – zvracení může zcela ochromit sociální fungování daného jedince a výrazně narušit či dokonce poškodit jeho sociální interakce. Mentální bulimie je tedy nemocí s charakterem „ego-dystonním“. Z tohoto důvodu často klient sám vyhledává léčbu, neboť mu nevyhovuje, co mu nemoc způsobuje a přináší nebo co je nucen jí obětovat (Tuček, Chodura, 2005).

Adolescence jako rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy

Z hlediska rizika vzniku poruch příjmu potravy, ale i dalších patologických projevů a chování, v době adolescence se velmi výrazně uplatňuje míra a vliv tzv. resilience u daného jedince. Pelcák uvádí, že: *„resilience je víceúrovňový multidimenzionální konstrukt, zahrnující variabilitu vnitřních a vnějších zdrojů zvládnutí, adaptivních procesů probíhajících na úrovni jedince, sociálních skupin i společnosti, různých výsledků a vyústění zvládnutí nároků vnějšího prostředí“* (Pelcák, 2013, s. 208).

Resilienci lze charakterizovat na podkladě tří základních specifikací:

- Míra a intenzita změny, kterou může ještě systém (organismus) podstoupit, aby došlo k zachování původního stavu, homeostázy, funkce, struktury a identity.
- Úroveň, do které je organismus ještě schopen a ochoten sebeorganizačního procesu.
- Úroveň, do které je organismus ještě schopen projevit schopnost učít se a adaptovat se na podmínky jeho vnějšího i vnitřního prostředí (Pelcák 2014).

Adolescenční moratorium spolu s explorační dospívajícího jedince způsobují určitá sociální a zdravotní rizika, která vyplývají z daného chování a jednání adolescenta. V posledních letech, ve vyspělých státech, stále častěji dochází k situacím, že adolescenti přijímají nebo dokonce vyhledávají rizikový způsob svého života, který výrazně ohrožuje jejich aktuální zdraví, ale i charakter budoucího zdraví a spokojenosti se svým životem. Hovoří se tzv. „nové morbiditě mládeže“, která se stává důležitým aspektem a příčinou mortality (úmrtí) a také morbidity (nemocnost) adolescentů (Pelcák, 2014). Za rizikové chování a jednání je považováno takové chování a jednání, které může buď přímo a jednoznačně či nepřímo ohrozit jak zdraví, tak i prospěch adolescentů. Za rizikové chování v adolescenci můžeme uvést například delikvenci, kriminalitu, agresivní chování, šikanu, užívání návykových látek, záškoláctví, útěky a toulky, poruchy příjmu potravy, ale i promiskuitu, prostituci apod. (Tuček, Chodura, 2005).

5. Epidemiologie PPP v České republice

Aktuální informace jsou získány z ročních výkazů o činnosti zdravotnických zařízení pro obor psychiatrie. Konkrétně se jedná o článek 55/13 – Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2012.

„Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta, či jeho přeložením na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení. Jeden pacient může být během sledovaného období hospitalizován vícekrát, a tím se počet hospitalizovaných osob a hospitalizací liší“ (Nechanská, 2013, str. 12).

5.1 Ambulantní péče

V roce 2012 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s diagnózou F50 celkem 3 461 pacientů (o více než 2 % více než v roce 2011), z toho bylo 91 % žen. Pacienti, kteří byli léčeni pro tuto diagnózu v daném roce poprvé v životě, tvořili téměř 37 % z celkového počtu těchto pacientů.

Z hlediska věkové struktury bylo více než 8 % z celkového počtu pacientů léčených pro dg. F50 ve věku 0–14 let, téměř 30 % ve věku 15–19 let a téměř 62 % starších 20let.

Nejvíce těchto pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Prahy (113,9 pacientů na 100 tisíc obyvatel kraje), a to 3,5krát více než byl celorepublikový průměr (32,9). Průměr za ČR by dále překročen v Pardubickém (38,3), Olomouckém (37,5) a Jihomoravském kraji (34,2). Je ale nutné upozornit, že pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle jejich trvalého bydliště.

5.2 Lůžková péče

V roce 2012 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 330 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy (dg. F50) u 229 osob. Téměř 62 % hospitalizací bylo pro diagnózu F50.0 - mentální anorexie, téměř pětina s diagnózou F50.2 - mentální bulimie a 11 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie. Ostatní ze sledovaných diagnóz byly příčinou necelé desetiny hospitalizací pro poruchy příjmu potravy.

Celkový počet hospitalizací pro poruchy příjmu potravy se během sledovaného období snižoval, a to ze 436 hospitalizací v roce 2007 na 330 v roce 2012. Častěji byly hospitalizovány ženy, muži se ve sledovaném období podíleli na celkovém počtu hospitalizací v průměru pouze cca 5 %.

Nejvíce hospitalizací v přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného kraje mělo v roce 2012 trvalé bydliště v Pardubickém kraji (5,6 hospitalizace na 100 tisíc obyvatel), Karlovarském kraji (4,3 hospitalizace) a v Praze (4,1 hospitalizace). Nad celorepublikovým průměrem, který činil 3,1 hospitalizace na 100 tisíc obyvatel, byl ještě kraj Středočeský (3,7 hospitalizace), Královéhradecký (3,6 hospitalizace) a Jihomoravský (3,5 hospitalizace). Nejnižší byl tento ukazatel v Plzeňském kraji, a to 1,6 hospitalizace.

V roce 2012 tvořily hospitalizace pacientů ve věku do 15 let téměř 19 % z celkového počtu hospitalizací s diagnózami F50.0 –F50.9. e věku 15–19 let bylo 23 % hospitalizací a ve věkových skupinách 20–24 let a 25–29 let bylo dohromady 29 % z celkového počtu těchto hospitalizací.

6. Komorbidita

Poruchy příjmu potravy jsou spojovány s komorbiditou jak somatickou, tak s psychiatrickou. Výskyt další psychiatrické poruchy se u hospitalizovaných pacientek s PPP uvádí až v 97% případů. Z toho 94% zaujímá porucha nálady (především unipolární deprese), 56% některá z úzkostných poruch, 22% zneužívání návykových látek. Pro každou z poruch příjmu potravy jsou příznačné rozdílné komorbidity (Theiner, 2011).

Dle studie Jordana a kol. (2008) se u pacientek s mentální anorexií vyskytují častěji deprese, úzkost a OCD. U pacientek s mentální bulimií se jedná o bipolární afektivní poruchu a abúzus návykových látek.

6.1 Deprese

„Depresivní syndrom je charakteristický patologickým smutkem, který vzniká bez zjevné příčiny. Depresivní nálada ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování a chování nemocného.“ (Vágnerová, 2004, str. 397).

Příznaky deprese u dětí a adolescentů jsou podobné jako u dospělých. Jedná se o nízké sebevědomí, neschopnost se radovat. Trápí je pocity viny a chvílemi mívají zoufalou náladu s myšlenkami na smrt. Typická je podrážděnost, sociální izolace, někdy agresivita a neposednost, jindy naopak únava a útlum (VI. Hort et al., 2000).

Výskyt deprese u pacientů s PPP je popisován v 60%-95%. Jedná se tak o velmi častou komorbiditu. Depresivní syndrom se v projevech u pacientů s MA a MB liší. U obou nemocí je etiologie depresivního syndromu odlišná a liší se tudíž i účinnost léčby antidepresivy. Zatímco u depresivních pacientů s mentální bulimií mají důležité místo v léčbě, u pacientů s mentální anorexií není farmakologická léčba antidepresivy účinná (Krch, 2004).

6.2 Obsedantně kompulzivní porucha

OCD (obsessive compulsive disorder) je úzkostná porucha, kdy člověk pociťuje vtíravé nepříjemné myšlenky, že se stane něco hrozného.

Jedná se o vracející se obsese, na které dotyčný nemůže přestat myslet.

Jde o mimovolní, opakující se neodbytné myšlenky, či impulsy, které se vtírají do mysli člověka. Předmět úzkosti bývá rozličný. U někoho jde o obavu z infekce, ušpinění, jiný pociťuje potřebu vše kontrolovat. Obsese se objevuje po celé řadě spouštěcích podnětů. Může to být následek podání ruky, zamčení bytu, nebo třeba dotyk domněle kontaminovaného místa (Praško, Prašková; 2008).

Úzkost z obsesí pak člověk zahání kompulzemi, což jsou opakované úkony, které dočasně pomůžou nepříjemné pocity zahnat. Často se jedná o nesmyslnou a nadměrnou činnost (Praško, Prašková; 2008).

OCD je z PPP častěji spojován s mentální anorexií. Morgan a Russel (1975) uvádí výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy u anorektických pacientek mezi 27-81% převážně ve formě nutkavého cvičení.

6.3 Abúzus návykových látek

Návykovou látkou se podle Fishera, Škody (2009) rozumí každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.

Látek, na kterých si člověk může vytvořit závislost je mnoho. MKN-10 vymezuje všechny psychoaktivní látky v kapitole V. Psychoaktivní látky, jejichž zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch.

Psychoaktivní účinky mají i přírodní látky, či léky, pokud je překročena doporučená denní dávka.

„Patří sem široká škála léků a lidových prostředků, ale zvláště důležité skupiny jsou: (a) psychotropní léky, které nezpůsobují závislost, jako antidepresiva, (b) laxativa a (c) analgetika, která lze koupit bez lékařského předpisu, jako aspirin a paracetamol“ (MKN-10, 2000, kapitola F-55).

Zvláště pak používání laxativ a diuretik, je mezi pacientkami PPP velmi oblíbené. Projímadla urychlují pasáž potravin střevem, zamezují tak jejímu plnému využití a zabraňují tak zvyšování tělesné hmotnosti (Leibold, 1995).

7. Rizika a následky

Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková uvádějí, že: „*prognóza poruch příjmu potravy není příliš příznivá. Zhruba si 25% dívek trpících mentální anorexií se uzdraví, asi 50% má chronický fluktuující průběh, kdy stav v průběhu dalšího života kolísá*“ (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011, str. 481).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že poruchy příjmu potravy představují celoživotní onemocnění, které může kdykoli opětovně vzplanout a začít se prezentovat v celé své šíři a závažnosti.

Co se týká dopadů a následků poruch příjmu potravy tak je lze diferencovat na následky tělesné, psychické a také sociální. Je třeba uvést, že se následky výrazně liší u mentální anorexie a u mentální bulimie.

Dopady **mentální anorexie** se promítají především do změn, které se nacházejí v ose hypotalamo-hypofýzárně-gonádové, kdy se jedinec v důsledku závažné podvýživy navrácí zpět do fáze infantilního, předešlého, vývojového stádia. Důsledkem uvedeného mechanismu je fakt, že u dívky se prezentuje buď primární nebo sekundární amenorea (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011). Mentální anorexie svým nositelkám způsobuje zkreslenou představu o jeho těle, a vzbuzuje či podněcuje v nich strach z tloušťky (Tuček, Chodura, 2005). Další následky mentální anorexie prezentuje tabulka 3.

Tabulka 3 Souhrnné důsledky mentální anorexie

Somatické důsledky anorexie	
Kachexie	Ztráta tukové a svalové hmoty, snížení metabolismu hormonu štítné žlázy (T3), poruchy termoregulace.
Kardiovaskulární	Snížení objemu srdeční svaloviny, arytmie, bradykardie, komorová tachykardie, pomalé vyprazdňování žaludku, zácpa, bolesti břicha.
Reprodukční	Amenorea, pokles luteinizačního a folikulostimulačního hormonu.
Dermatologické	Lanugo, otoky, vrásčitá, pokožka.
Hematologické	Leukopenie (snížení množství leukocytů).
Neuropsychiatrické	Mimo formy kognitivních poruch, apatie, depresivní ladění až po rozvoj klinické deprese.
Skeletální	Osteoporóza.

Zdroj: (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011).

Z tabulky 3 je zřejmé, že v oblasti tělesné se důsledky mentální anorexie objevují téměř ve všech tělních soustavách a systémech. Výrazným projevem je vznik kachexie, kdy se jedná o totální ztrátu podkožního tuku, v důsledku čehož dochází k poruchám termoregulace. Výrazné dopady se objevují také u kardiovaskulárního systému, kdy dochází k atrofii srdečního svalu, snižuje se činnost srdce: bradykardie a arytmie. V oblasti reprodukčního systému se objevuje výrazný symptom a to amenorea (primární či sekundární), což může způsobovat budoucí problémy s reprodukcí nebo problémy v graviditě (narušení hladin hormonů v těle aj.). Z hlediska psychického se v důsledku mentální anorexie mohou prezentovat deprese a neurózy. Časté jsou suicidální sklony. Sociální dopady se objevují často v partnerském životě (neochota jíst, problémy s otěhotněním) nebo ve vztahu k rodičům (hádky kvůli jídlu, hubnutí, odpor k rodičům apod.).

Dopady **mentální bulimie** jsou také závažné, ale ne tolik jako je tomu u mentální anorexie. U mentální bulimie se největší riziko poškození týká skutečnosti, že jedinec nejí, poté sní velké množství jídla a opakovaně jej zvrací (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011). Dopady mentální bulimie zobrazuje tabulka 4.

Tabulka 4 Dopady mentální bulimie

Somatické důsledky	
Metabolické	Hypokalemie, metabolická alkalóza.
Gastrointestinální	Zduření slinných a příušních či podčelistních žláz, zánět jícnu až po riziko perforace jeho stěny.
Kardiovaskulární	Kardiomyopatie, změny na EKG záznamu, a dokonce mitrální prolaps.
Dermatologické	Mozoly na drobných kloubech rukou.
Stomatologické	Eroze zubní skloviny a zvýšená kazivost zubů, paradentóza.
Neurologické	Epileptické záchvaty.

Zdroj: (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011).

Z tabulky 4 je zřejmé, že také důsledky mentální bulimie jsou pro organismus závažné a dá se říci především celoživotní. Neustále se opakující stavy zvracení, po určité době, způsobují rozvrat vnitřního prostředí organismu, tzv. homeostázy, kdy může dojít k rozvratu minerálů a elektrolytů. Daný stav má za následek vznik srdeční arytmie, tetanie, epileptické záchvaty apod (Tuček, Chodura, 2005).

V důsledku častého a opakovaného zvracení se prezentuje bolest v krku (mechanické poškození sliznice při vyvolávání zvracení, ale také v důsledku působení kyselého žaludečního obsahu), objevuje se výrazně se zvyšující kazivost zubů s tvorbou hlubokých kazů (poškození zubní skloviny kyselým žaludečním obsahem). Zcela typickým dopadem mentální bulimie je dlouhotrvající či trvalý otok slinných žláz (příušních, podjazykových), kdy obličej „bulimičky“ vypadá jako „tlustý“ (Práško, Látalová, Ticháčková, Stárková, 2011).

V důsledku bulimie se objevuje výrazné celkové vyčerpání, nevykonnost a zvýšená potřeba spánku. Časté jsou trávicí obtíže, jako je bolest žaludku, nadýmání, zácpa. Osobnost „bulimika“ je onemocněním zasažena ve všech aspektech jeho života. Z hlediska psychologického se u jedince objevují pocity vlastní neschopnosti, selhání a v důsledku výrazné únavy se objevuje porucha koncentrace a chybovost. Také sociální důsledky jsou závažné, neboť jedinec se zajímá pouze o to, co snědl a kde se snědeného může co nejdříve „zbavit“. Mnoho „bulimiků“ se stává samotáři, ztrácejí své sociální kontakty, izolují se. Jejich život se smrkne do situace, kdy nakoupí velké množství jídla (výrazná finanční náročnost choroby), vše snědí a následně se objeví výčitky a jsou nuceni vše vyzvrátit, aby výčitky o vlastní neschopnosti potlačili nebo alespoň zmírnili.

8. Multikauzální etiologie mentální anorexie

Tato část práce je založena na kvalitativním šetření, které předkládá tři kazuistiky dívek trpící PPP. Výběr respondentek proběhl přes sociální síť. Oslovila jsem skupinu, která se zaměřuje na PPP. Ozvalo se mi 12 dívek, ze kterých jsem následně vybrala 3, které byly ochotné mi poskytnout svůj životní příběh. S respondentkami jsem se individuálně scházela v období leden až duben 2015. Ze získaných informací jsem následně vytvořila kazuistiky a respondentky porovnávala mezi sebou.

8.1 Cíl praktické části

Cílem práce bylo podrobně popsat vývoj a průběh nemoci prostřednictvím kazuistik. Seznámit čtenáře s životním příběhem respondentek, tak aby lépe porozuměl, co nemoc obnáší. Domnívám se, že člověk nejlépe porozumí této nemoci skrze oči pacientů. Čtenář se dozví, jak u respondentek nemoc propukala, co bylo podle nich důvodem vzniku a jak s ní bojují.

8.2 Aplikovaná metodika

Pro získání potřebných informací byla v rámci praktické části využita metoda rozhovorů, kdy jsem byla v přímém kontaktu se třemi respondentkami, kterým jsem pokládala předem připravené otázky.

Vzhledem k pokládaným otázkám v rámci rozhovoru se přitom jednalo o polostrukturovaný rozhovor, který představuje určitou střední cestu mezi strukturovaným rozhovorem a volným rozhovorem, který má podobu normální komunikace.

Podstatou probíhajících polostrukturovaných rozhovorů byl tedy fakt, že jsem měla předem připravené dotazy tvořící kostru rozhovoru, ale v případě potřeby či vhodnosti, byly pokládány také doplňující otázky.

Otázky pro rozhovor přitom byly koncipovány od otázek identifikačních (např. věk, škola, rodinná situace, přítel apod.), přes otázky týkající se spouštěcího momentu poruchy příjmu potravy u respondentek, popis průběhu nemoci a reakcí okolí až po průběh léčby a vymezení důsledků nemoci. Závěrečná otázka rozhovoru byla věnována budoucnosti dívek a jejich plánům a snům.

1. kazuistika - Adéla

Adéla je devatenáctiletá dívka, která se v současnosti léčí s mentální anorexií. Bydlí s matkou na vesnici v rodinném domě. S otcem ve styku není. Letos maturuje na OA v Chotěboři, kde studuje obor finance a daně.

Dětství popisuje jako „kouzelné“. I přesto, že má staršího bratra, nejvíce času trávila s matkou, která byla zároveň její učitelkou v mateřské škole. Popisuje se jako společenská, vřelá osobnost, která měla mnoho kamarádů a kamarádek. Více se v té době bavila s kluky. Ráda chodila ven, hrála si na rytíře a lezla po stromech. Do první třídy ZŠ nastoupila jako malá a drobná dívka, která vážila pouhých 18kg. Jídlo v té době neřešila. Její tehdy nejlepší kamarádka musela chodit svačit o přestávkách do sborovny a v té době Adéla zaznamenala první známky toho, že „někdo nejí“. Na druhém stupni ZŠ se o tématu PPP začala dozvídat více. V jednom z dívčích časopisů jí kamarádka udělala test, zda jí nehrozí nějaká z poruch příjmu potravy. Výsledek byl, že se nemoc začíná projevovat, ale nebrala ho vážně. Později si začala na internetu vyhledávat různé informace o PPP. Zlomovým okamžikem bylo podle Adély, když jednomu ze spolužáků řekla, že se roztahuje „jako prase“ a on jí na to odvětil, že alespoň tak nevypadá. V této době začala vyhledávat první pro-ana blogy. Líbily se jí holky s vyzáblou postavou. Snila o tom, že by vypadala jako ony. V sedmé třídě začala zkoušet různé diety. Měřila 150cm a vážila 38kg. Postupně přestala jíst sladké a cvičila mnohem více. Pila pouze zelený čaj, jídlo schovávala a vyhazovala. Ve školní jídelně si odhlašovala obědy. První, kdo si začal všimnout změn, byly učitelky ve škole. Adéle byla neustále zima, v létě nosila dlouhé kalhoty a mikinu. Začala si psát vlastní pro-ana deníček. Sladkosti, které dostala, schovávala do krabice. Od mala hodně sportovala a jednou na závodech omdlela. Poté byla pozvána k ředitelce, která jí dlouho vyslýchala. Ptala se jí, jak jí a jestli nezvrací. Po přestupu na střední školu si kamarádi ničeho zvláštního nevšimli. Adéla si koupila knížku o anorektičce a brala jí jako svůj vzor. Uvádí, že v této době anorexii propadla úplně. Během dvou měsíců zhubla z 57kg na 51kg (při výšce 165cm). Bylo to poprvé, co si její matka všimla, že něco není v pořádku. Vzala jí k obodnímu lékaři, který Adéle řekl, že vlastně není tak hubená, a „že to její matka zbytečně nafukuje“.

To byl další impulz k hubnutí. V tomto období se „bála“ cokoliv sníst. Doma se často hádaly. Matka ji nutila stále více jídla a Adéla stále víc zvracela, tudíž nepřibírala. Objížděly spolu různé doktory a výživové poradce, nic jí nedonutilo ke změně. Adéla uvádí, že se tou dobou ve škole s nikým nebavila. Byla uzavřená do sebe. V období 5. - 24. prosince snědla pouze půl jablka. Tvrdí, že jí bylo tak zle, že myslela, že jí „praskne břicho“. Jednou jí při zvracení nachytala matka a od té chvíle doma nezvracela. Naposledy zvracela v lese, když šla běhat. Impulzem k tomu aby přestala, bylo to, že zvracela krev. Matka jí tou dobou vyjednala, že nastoupí na léčení na dětskou psychiatrii v Motole, pokud nezačne jíst. Adéla na chvíli jíst začala, takže se nástup odložil. Nemohla spát, i přesto že byla velmi unavená. Jedna z psychiatriček jí předepsala léky na spaní, po kterých ale během týdne zhubla na 39kg. Matka jí okamžitě odvezla do nemocnice v Havlíčkově Brodě, kde strávila 3 dny. Mezitím jí dohodla hospitalizaci v nemocnici v Motole. Tam strávila 5 měsíců od února do června. Po týdnu stráveném v Motole ji zemřela babička. Adélu nepustili na její pohřeb s poznámkou, že je to pro ní nebezpečné. Propouštěcí váha byla stanovena na 51kg. Propuštění bylo možné po dosažení váhy a jejím dvoutýdenním udržení. V nemocnici byl nastaven přísný režim, který bylo velmi těžké zvládat. Často brečela a bojovala proti nabírání na váze. Přesto tvrdí, že jí hospitalizace velmi pomohla. Naučili ji znovu jíst, ale kalorie počítá do teď. Čtyři roky jí váha kolísá mezi 49 - 51kg a vyrostla o pouhé 2cm na 167cm.

V současnosti kvůli nemoci nemá menstruaci, padají jí vlasy a třepí se jí nehty. Nemá moc energie a je jí neustále zima. Trpí nízkým tlakem a často omdlévá. Nedokáže před nikým jíst a začala kouřit. V budoucnu by chtěla mít rodinu, dostat se na žurnalistiku a anorexii překonat.

2. kazuistika - Martina L.

Martině je 22 let. Léčí se s mentální anorexií sedmým rokem. Studuje na Jihočeské univerzitě obor Učitelství pro mateřské školy.

Své dětství popisuje jako poklidné a krásné. Čas trávila se svým starším bratrem a kamarádkami. Se všemi vycházela a nic jí nechybělo. Závodně dělala atletiku se zaměřením na dlouhé běhy. Zmiňuje se, že v té době ji nedělalo problém sníst o půlnoci loupák s máslem, marmeládou a kakaem. Popisuje se jako veselá holka, plná života a elánu. Postavu měla vysportovanou a rodiče jí říkali, že by ji každá holka mohla závidět. V patnácti letech se v posilovně seznámila s kulturistou, který jí po čase začal kritizovat její stravovací návyky. Řekl, že „pokud se bude takhle cpát, bude z ní tlusté prase“. On si každé jídlo hlídal. To byl impulz ke změně. Místo sladkostí začala jíst hodně ovoce, vynechávala pečivo a zmenšovala si porce. Zároveň si přidala i cvičení. Uvádí, že cvičila 3x denně. Ráno běhala 20km, po obědě následovala návštěva posilovny a večer procházka, či bazén. Večer ji přepadaly velké bolesti svalů a křeče. Před spaním dlouhou dobu poskakovala, protože „bude dlouho ležet“. Ve vlaku raději stála dvě hodiny v uličce, než aby si sedla. Rodiče byli hodně zaneprázdnění, takže si zprvu ničeho nevšimli. Prvně si toho všimla učitelka ve škole, která rodiče informovala. Jednou na tréninku vyčerpáním omdlela a probudila se až v nemocnici. V té době vážila 40kg na 162cm. Tam jí poprvé diagnostikovali mentální anorexií. Lékaři si jí tam chtěli nechat, ale Martina přemluvila matku, že to zvládne a odjely domů. V obchodě spolu nakoupily potraviny a vše naplánovaly. Pár dní to fungovalo, ale po přibírání na váze se Martina lekla a začala jídlo schovávat a vyhazovat. Váha jí spadla na 36kg. V šestnácti letech začala navštěvovat dětskou psychiatrii v Plzni, kam každý týden docházela na vážení. Psychiatricka byla nepříjemná a Martina měla strach. Nabrala a držela si dobrou váhu do svých devatenácti let. Říká, že tou dobou nebyla úplně v pořádku, ale mohla fungovat v běžném životě a při každodenních činnostech. Minulý rok, ve svých jednatváceti letech, do „toho zase spadla“. Rozhodla se zkusit léčebnu ke Karlovu, kde ale vydržela jeden měsíc.

Martina dnes ve svých dvaadvaceti letech s nemocí stále bojuje. Její váha je 37kg na 162cm. Uvádí, že se cítí bez síly, vše jí bolí, padají jí vlasy a přepadají

ji silné křeče do břicha a píchání v boku. Menstruaci má jen díky hormonům. Velký problém má se spánkem. Za noc naspí 3-4 hodiny a stále se budí. Celý její den se točí kolem jídla. Své tělo vnímá „dost hubeně“. Uvádí: „jedna strana mozku chce přibrat, ale druhá říká: „ nesmíš, jsi tlustá“. Hodně se zajímá o zdravou stravu a uvádí, že ji to moc baví. Je vegetariánka a nesní krom ryb žádné maso. V budoucnu by se chtěla stát učitelkou v mateřské školce. Ví, že pokud nepřibere, nebude moci toto povolání vykonávat.

3. kazuistika - Martina S.

Martině je 22 let. Od patnácti let se léčí s mentální anorexií a mentální bulimií. Letos končí Vyšší odbornou školu v Praze, kde zároveň s přítelem bydlí. Rodiče a mladší bratr bydlí v Hradci Králové.

Na dětství vzpomíná Martina ráda. Měla úplnou rodinu, ve které vše klapalo, než nastoupila puberta. Během té s otcem kvůli jeho přísné výchově hodně bojovala. Celé dětství se závodně věnovala plavání a dosahovala slušných výsledků. Ve třinácti letech se při náročném soustředění nechtěně nalokala vody a udělalo se jí špatně od žaludku. Chtěla si dát chvíli pauzu, ale trenér jí řekl, že je potřeba aby plavala, ať si strčí prst do krku a tu vodu vyzvrací. Tak také udělala. Časem na tento „chvat“ zapomněla. Při výšce 170cm vážila 56-58kg. V patnácti letech s plaváním skončila a začala přibírat kilogramy. Její otec pravidelně při návštěvách lednice prohlašoval věty typu: „už zase tam lezeš?“, což byl jeden z impulzů s tím něco provést. Vzpomněla si na chvat z minulosti a začala pravidelně po jídle zvracet. Doma nikdo nic nepoznal. Martina si držela přibližně stejnou váhu. Začala se omezovat v jídle. Pila nízkokalorické nápoje a vyhýbala se akcím, kde se objevovalo jídlo a pití. Znovu začala hodně sportovat. Nastoupily deprese, výčitky a Martina se uzavřela do sebe. V sedmnácti letech měla příležitost znovu začít plavat a využila ji. Kilogramy šly rychle dolů. Občas si úbytku váhy někdo všiml, ale nikdo tomu nevěnoval velkou pozornost. U plavání Martina vydržela necelý rok. Jednou na tréninku byla tak vyčerpaná, že nemohla ani zvednout ruce nad hlavu. V té době vážila Martina 49kg. Začaly jí vypadávat vlasy a metabolismus se zpomalil. Tou dobou si uvědomila, že takhle dál žít nemůže a rozhodla se s tím něco udělat. Sama se rozhodla, že navštíví lékaře, i přes strach, že jí „zavřou někde v nemocnici a budou do ní tlačit jídlo“. Doktorka viděla, že je odhodlaná s nemocí bojovat a nasadila antidepresiva a poslala Martinu domů. Zprvu chodila jednou za 14 dní na pravidelná sezení a postupem času se intervaly prodlužovaly.

Dnes je to tři a půl roku, co byla u doktorky poprvé. Léky už rok nebere a po státních závěrečných zkouškách se chystá doktorku navštívit. Podle Martiny to bude poslední návštěva. Od doby co se léčí přibrala na 72kg a sportuje rekreačně. Naučila se jíst postupně vše, ale vyhýbá se tučným a mastným jídlům, protože

jí po nich bývá těžko. Samotný průběh nemoci ji vzal hodně sil, jak psychických, tak fyzických, ale cítí se psychicky odolnější. Jejím tajným přáním je, aby se vešla do svých oblíbených kalhot, které nosila pro 64kg.

8.3 Výstup z polostrukturovaných rozhovorů

Na základě polostrukturovaných rozhovorů byly mimo jiné nalezeny odpovědi na šest následujících bodů. Před jejich vyhodnocením, je vhodné zde uvést, že respondentce Adéle bylo v době uskutečnění rozhovoru 19 let, respondentce Martině L. 22 let a respondentce Martině S. také 22 let.

1) Kterou z PPP respondentka trpí/trpěla ?

Adéla	mentální anorexie
Martina L.	mentální anorexie
Martina S.	mentální anorexie + mentální bulimie

Z výše uvedené tabulky je tedy zřejmé, že všechny respondentky trpěly či stále trpí mentální anorexií, přičemž u jedné z nich byla mentální anorexie spojená také s mentální bulimií. Toto není neobvyklá situace, ba naopak tato skutečnost odpovídá teoretickému předpokladu, že obě tyto nemoci jsou spolu úzce propojené a často přecházejí jedna v druhou. U této respondentky je tedy možné konstatovat, že trpěla tzv. bulimarexií.

2) Kdy se nemoc začala projevovat?

Adéla	ve 12 letech
Martina L.	v 15 letech
Martina S.	v 15 letech

Respondentky Martina L. a Martina S. uvedly jako věk, kdy se u nich začala nemoc projevovat shodný věk – 15 let, což je věk, který spadá do odborníky stanoveného rozmezí, ve kterém zpravidla v případě anorexie začínají u nemocného člověka obtíže, tedy ve věku 13 až 20 let. U respondentky Adély se začaly obtíže projevovat dříve, a to ve 12 letech, což je rok před odborníky stanoveným rozmezím, ale nejedná se o výraznou odchylku.

Z těchto údajů lze také odvodit a potvrdit další důležitou skutečnost, a to je fakt, že mentální anorexie a bulimie a její následná léčba je běh na velmi dlouhou trať, kdy dvě respondentky s ní bojují již 7 let a stále se léčí a jedna respondentka s ní bojovala také 7 let, ale v současné době je již úspěšně vyléčena. Zde je však třeba

poznámenat, že ne vždy je vyléčení z anorexie konečné, výjimkou bohužel nejsou ani případy, kdy dochází k recidivě.

3) Jaký byl „spouštěč“ nemoci?

Adéla	Výsledek orientačního porovnání s údaji v dívčím časopisu zaměřený na PPP + nevhodná poznámka spolužáka
Martina L.	vztah s kulturistou a jeho kritizování stravovacích návyků Martiny
Martina S.	konec závodního plavání způsobil nárůst hmotnosti, + následně nevhodné připomínky ze strany otce při jídle

Zde je vhodné připomenout, že poruchy příjmu potravy jsou multifaktorovým onemocněním, což znamená, že u jedince vznikají v důsledku více společně působících faktorů. Což ostatně dokládají i příklady našich respondentek. Odhlédneme-li od společného biologického faktoru – pohlaví a rizikového věku, u všech tří lze najít ještě další společný faktor, a to jsou kritické poznámky okolí – spolužáka, přítele a otce.

Objevuje se zde také další velmi významný faktor pro vznik poruchy příjmu potravy, kterým jsou změny tělesných proporcí, a to buď v důsledku tělesného vývoje v období puberty, nebo jako v případě Martiny S. ukončení závodního plavání.

4) Jak probíhala léčba?

Adéla	v nemocnici v Havlíčkově Brodě strávila 3 dny, poté 5 měsíců hospitalizována v nemocnici v Motole
Martina L.	ambulantně, jednou týdně navštěvovala dětskou psychiatrii v Plzni, měsíc strávila v léčebně Ke Karlovu, domácí léčba
Martina S.	ambulantně, jednou za dva týdny docházela k psychiatričce v Pardubicích, domácí léčba

V České republice je mentální anorexie a mentální bulimie léčena buď ambulantně, kdy pacient zůstává doma a k lékaři – specialistovi dochází pouze ve stanovených termínech, nebo je hospitalizován v nemocnici/léčebně, kde je pod neustálým přísným dohledem zdravotnického personálu.

Obě tyto varianty ostatně dokládají také příklady respondentek, kdy u jedné proběhla pouze domácí léčba doplněná o ambulantní léčbu u psychiatra, u jedné proběhla 5 měsíční léčba v nemocnici a u jedné se uskutečnila nejen ambulantní léčba, ale také měsíční pobyt v léčebně.

Zde je vhodné vypíchnout skutečnost, že nejúspěšnější byla překvapivě léčba u Martiny S., u které proběhla pouze domácí léčba doplněná o ambulantní léčbu – docházení k psychiatrice jednou za dva týdny

5) Jaké zdravotní (somatické) následky nemoc zanechala?

Adéla	amenorea, padání vlasů, slabé nehty, málo energie, porucha termoregulace, nízký tlak
Martina L.	silné křeče v břiše, píchání v boku, porucha spánku, padání vlasů, málo energie
Martina S.	vypadávání vlasů, zpomalený metabolismus

Jak již bylo uvedeno v teorii, poruchy příjmu potravy sebou přinášejí celou řadu následků, které ovlivňují téměř všechny tělní soustavy a systémy – zejména se jedná o ztrátu tukové a svalové hmoty, poruchu termoregulace, poruchy metabolismu, amenorea (vynechání menstruace), dermatologické problémy, vypadávání vlasů, osteoporózu apod.

K těmto následkům je vhodné na základě odpovědí respondentek doplnit také velmi časté důsledky mentální anorexie – nedostatek energie, který uvedly dvě dívky, a nízký tlak a silné křeče v břiše (které uvedla vždy jedna z dívek).

Porucha spánku, kterou uvedla Martina L., není v odborné literatuře zpravidla uváděna jako následek mentální anorexie, ale vzhledem k tomu, že nemoc výrazně ovlivňuje neurologicko-psychologickou sféru osobnosti, lze ji do seznamu následků také přiřadit.

6) Aktuální stav a kvalita života ?

Adéla	léčí se
Martina L.	léčí se
Martina S.	vyléčena

Na závěr je vhodné zhodnotit aktuální zdravotní stav u respondentek, kdy pouze jedna z nich v rozhovoru uvedla, že je vyléčena a zbylé dvě uvedli, že se v současné době stále léčí. To ostatně dokládá i to, že Adéla v rozhovoru mimo jiné uvedla, že kromě sýru Cottage se jí jídlo hnusí a nenávidí ho, a to i přes to, že do budoucna by chtěla anorexii překonat. Také Martina L. s nemocí stále bojuje, přičemž mimo jiné uvedla, že sice má ráda jídlo, ale strach z toho, že přibere, je u ní stále silnější.

Bohužel i u vyléčené respondentky je stále patrné určité riziko recidivy, protože i když byly její odpovědi poměrně rozumné, stále je z nich patrný určitý vnitřní boj, kdy na jednu stranu uvádí, že se naučila jíst vše, že se snaží sportovat jen rekreačně, ale na druhou stranu také uvedla, že by rozhodně potřebovala zpevnit a vyběhat a tajně si přeje, aby mohla nosit kalhoty, které nosila v době, kdy vážila 64 kg (v současné době váží při výšce 170 cm 72 kg).

Závěr

Na základě polostrukturovaných rozhovorů se třemi mladými ženami, které si prošly, nebo stále procházejí mentální anorexií (v jednom případě společně s mentální bulimií), lze konstatovat, že realita potvrzuje teoretické informace uváděné v odborné literatuře věnující se problematice poruch příjmu potravy.

Na základě případů respondentek došlo mimo jiné k potvrzení následujících teoretických poznatků o mentální anorexii:

- existuje úzký vztah mezi mentální anorexií a mentální bulimií, kdy tyto nemoci jsou spolu úzce propojené a často přecházejí jedna v druhou a vzniká pak tzv. bulimarexie,
- platí rozmezí věku, ve kterém zpravidla začínají u nemocného člověka v případě mentální anorexie obtíže – věk 13 až 20 let, přičemž výjimkou nejsou ani osoby mladší,
- existuje dlouhodobost onemocnění, respektive celoživotní riziko recidivy nemoci,
- funguje multifaktorovost onemocnění, kdy nemoc vzniká na základě společného působení více faktorů, přičemž u respondentek byl vedle biologického faktoru – pohlaví a rizikového věku nalezen jeden společný faktor – kritické poznámky okolí, ať již se jednalo o spolužáka, přítele či dokonce otce respondentky,
- v České republice existují v podstatě dvě varianty léčby mentální anorexie – domácí léčba + ambulantní léčba nebo dlouhodobá hospitalizace v nemocnici/léčebně, případně je možná kombinace obou tak, jak ji absolvovala jedna z respondentek, Martina S.,
- mezi nejčastější následky mentální anorexie patří zejména: ztráta tukové a svalové hmoty, porucha termoregulace a metabolismu, amenorea, vypadávání vlasů, nedostatek energie apod.,
- boj s mentální anorexií je velmi složitý, přičemž jedna respondentka s nemocí bojovala 7 let a další dvě také bojují již 7 let, ale bohužel svůj boj stále nevyhrály.

Poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexie a mentální bulimie, jsou velmi komplikované nemoci, které mohou jedinci ovlivnit velkou část života, celý jeho život nebo jej dokonce i zabít. Tato nemoc se nedá opravdu a nenávratně vyléčit.

Proto prosím držme třem respondentkám, které se zúčastnily polostrukturovaného rozhovoru, všichni palce, ať nad zákeřnou nemocí vyhrají a mohou realizovat své plány do budoucnosti a splnit si své sny.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

1. CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, c2001, 264 s., [8] s. obr. příl. ISBN 80-7205-818-5.
2. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-813.
4. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.
5. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 978-807-1785-989.
6. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2 aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.
7. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
8. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.
9. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
10. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie. příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. 139 s. ISBN 80-205-0499-0.
11. MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6248-0.

12. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
13. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Luboš SOBOTKA a Eva ČEŠKOVÁ. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady : praktická doporučení : osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, c2000, 270 s., [10] s. obr. příl. ISBN 80-85912-33-3.
14. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
15. PAPEŽOVÁ, H. a kolektiv. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
16. PELCÁK, S. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 207 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
17. PELCÁK, S. BĚLÍK, V. Osobnostní faktory syndromu rizikového chování v adolescenci. In: *Sociálně ohrozenia detí a mládeže v XXI. storočí a možnosti ich prevencie*. 1. vydání. Banská Bystrica: Belianum, 2014, s. 207-216. ISBN 978-80-557-0807-2.
18. PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., TICHÁČKOVÁ, A., STÁRKOVÁ, L. *Klinická psychiatrie*. 1. vydání. Praha: TIGIS, 2011. 514 s. ISBN 978-80-87323-00-7.
19. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. ISBN 978-80-204-2798-4.
20. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
21. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita., 2005. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

23. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum., 2012. 531 s. ISBN 978-246-2153-1.

Příspěvky a časopisy

1. ZÁMEČNÍKOVÁ, R., HORT, V. Léčba mentální anorexie u dětí a adolescentů se zaměřením na farmakoterapii. *Česko-slovenská pediatrie*. 2003, roč.99, č. 4, s. 209, ISSN 0069-2328

Internetové zdroje

1. [Http://my-love-is-anorexia.blog.cz](http://my-love-is-anorexia.blog.cz) [online]. Anorexia nervosa. 2010 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://my-love-is-anorexia.blog.cz/>.
2. Příznaky a projevy nemocí. PIVOŇKOVÁ, Eva. *Pica syndrom, pajka - příznaky, projevy, symptomy* [online]. 2012 - 2014 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/pica-syndrom-pajka-priznaky-projevy-symptomy>
3. Tabelární seznam. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize [online]. 2012 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
4. FALTUS, František. Syndrom nočního jedlictví. *Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J.E. Purkyně*. 2007, 291 - 296. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf
5. KRCH, PhDr. František David. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 1, s. 14-16 [cit. 2015-02-06]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
6. PAULOVICHOVÁ, A. *Www.fitweb.cz* [online]. 2009 Kult těla aneb Proměny Venuše. [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: <http://www.fitweb.cz/clanky/krasa/419943-kult-tela-aneb-promeny-venuse>.

7. POTUŽNÍKOVÁ, Jana. Proč dnes děti odmítají dospět?. In:
Http://psychologie.cz/ [online]. 2013 [cit. 2015-02-04]. Dostupné z:
<http://psychologie.cz/proc-dnes-deti-odmitaji-dospet/>
8. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Galén, c2008, 69 s. ISBN 978-80-7262-531-4. Dostupné z:
https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Obsedantne_kompulzivni_porucha.pdf
9. THEINER, Pavel. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 105-107 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201103-0005_Lecba_deprese_u_pacientu_s_poruchou_prijmu_potravy.php

Ostatní zdroje

1. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. 2. vyd. Geneva: World Health Organization, 2000, 2 sv. (305, [66] s.). ISBN 80-85121-44-1.
2. Hoek HW. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 1993
3. Hsu LK. *Eating Disorders*. Guilford Press, New York 1990
4. Jordan J, Joyce PR, Carter FA. Specific and Nonspecific Comorbidity in Anorexia Nervosa. *Int J Eat Dis*, 2008: 47-56
5. Morgan, H. G.; Russel, G. F. M.: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 6, 1975, s. 355-371.
6. NECHANSKÁ, B. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 55/2013.
7. Strober, M.: et al.: A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1990, s. 239-345

8. ŠENKÝŘOVÁ, T. *Úloha ošetrovatelství v prevenci poruch příjmu potravy*. 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mária Boledovičová.

Seznam příloh

1. Příloha - Přepsaný rozhovor s Adélou.
2. Příloha - Přepsaný rozhovor s Martinou L.
3. Příloha - Přepsaný rozhovor s Martinou S.

1. Adéla

1) Popiš sama sebe:

Jmenuji se Adéla, je mi 19 let a bydlím na malé vesnici. Bydlím s mamkou ve velkém rodinném domě. Ale v období, kdy se má PPP objevila, bydleli s námi brácha s přítelkyní a děda s babičkou. Otce jsem jezdila každý měsíc navštěvovat - naši jsou rozvedení a on je na vozíku, tak bydlí v DPS Třemošnice. K dnešnímu dni spolu nemluvíme. Do školy dojíždím každý den přes 20 km na VOŠ a OA Chotěboř, kde studuji již 4 rokem obor finance a daně (mimořádně, vůbec mě to nebaví). Ve třídě je nás 30, z toho mám ráda pouze 4 lidi, kteří se ke mně chovají hezky, jinak zbytek - bez komentáře. Všichni se navzájem pomlouvají, nadávají si. V prváku jsem se nejvíce kamarádila s Nikolou, ta později ze školy odešla. Přítelkyň nemám a ani před anorexií jsem ho neměla.

2) Jaké jsi měla dětství? Vyrůstala si s oběma rodiči? A co sourozenci?

Moje dětství, mohu říct, že bylo kouzelné! Od malička jsem byla vždy dobře naladěná, usměvavá, jak říkala mamka - sluníčko. Nejvíce času, jako malička, jsem trávila s maminkou, protože můj brácha je o 15 let starší. Takže jsem s ním moc času netrávila. Když jsem si začala uvědomovat své okolí, nastoupil na VŠ v Brně. Všichni ostatní se mi moc věnovali, měli mě rádi, byla jsem jejich vymodlená holčička. Teda táta byl neustále v práci. Ve 3 letech jsem nastoupila do MŠ, kde pracuje moje maminka jako učitelka, takže ani zde mi nebylo odepřeno trávit veškeré chvíle v blízkosti mámy. Ve školce jsem měla plno kamarádů a kamarádek, byla jsem vůdčí osobnost. Vždy jsem byla velmi společenská, milovala jsem rozruch a rej. Dokázala jsem se ale zabavit i sama. Milovala jsem malování a stavění bunkrů. Chodila jsem ven, ležla po stromech, hrála si na rytíře, klacků (mečů) jsem měla dva plné koše. Více jsem se bavila s kluky. Na prvním stupni ZŠ jsem se bavila opět víc s chlapci. Ve družině jsme spolu stavěli hrady z lega a našich batohů. Nyní si uvědomuji, že jsem vlastně byla vždycky malá, drobná a nijak extra jsem nejedla. Paní učitelky si ze mě dělaly legraci, že žiju pouze ze vzduchu (do první třídy jsem nastupovala s 18 kg). Jídlo jsem v tomto věku neřešila, ale už tady jsem

zaznamenala první známky toho, že někdo nejí. Moje nejlepší kamarádka musela chodit svačit o velké přestávce do sborovny, aby pani učitelka mohla informovat její mamku, že to skutečně jí. V tomto období jsem začala schovávat snídaně.

3) Pamatuješ si na chvíli, kdy to začalo? Kdy jsi poprvé pocítila, že je něco jinak? Předcházelo tomu nějaký moment?

Na druhém stupni jsme se tématu PPP přiblížila mnohem víc. V Bravičku jsem si přečetla články o anorektických a kamarádka mi dělala test, zda mi tato nemoc nehrozí. Test mi vyšel, že jsem ve stádiu, že se začíná projevat, ale nebrala jsem to až tak vážně (v ten moment). Později se mi to rozléhalo v hlavě a já o tom začala vyhledávat různé informace. Zlomovým okamžikem byla hodina dílen, kdy jsem jednomu klukovi řekla, aby uhnul, že se roztahuje jako „prase“. On mi odpověděl, že alespoň tak nevypadá. To bylo hrozné! To už jsem začala vyhledávat první pro-ana blogy. Čím jsem byla starší, tím více jsem do toho zabředávala.

čitelka na občanskou a zdravotní výchovu s námi toto téma probírala.

Bylo to úžasné! Ano, ty vyzáblé holky s postavou, že by je vítr zlomil, se mi líbily tak, že jsem snila o tom, že se ráno probudím a budu vypadat jako ony. To byla tak . třída. Začala jsem zkoušet různé diety, sváděla jsem to na to, že tak musím jíst kvůli aerobicu (tančím od 2. třídy), takže mi to celkem procházelo, ale nikdy jsem tak nezhubla.

Také asi to, že moje nejlepší kamarádka Lucka byla vždycky tlustá, ale pak začala extrémně hubnout a já najednou byla tlustší než ona! Nenáviděla jsem se i ji!

Od té doby ji moc v lásce nemám.

4) Jak jsi tenkrát vypadala?

Tenkrát jsem vážila 38kg/150 cm přibližně, ale vím, že jsem nesnášela pravidelné kontroly u lékaře, kam jsme chodili všichni ze třídy. Chodila s námi jedna učitelka, místo její hodiny. Vždycky jsem 3 dny před tím nejedla, a pak stejně jsem raději do školy nešla.

5) Jak to probíhalo? Popiš změnu ve tvém chování, jak nemoc propukala. Co jsi omezovala, či naopak.

Přestala jsem jíst sladké, cvičila jsem mnohem více než předtím. Pila jsem pouze zelený čaj, schovávala jsem jídlo, vyhazovala ho a odhlašovala jsem si obědy, za které mi vraceli peníze na začátku měsíc. Já si koupila časopisy, žvýkačky, colu light, zelený čaj a projímadla (jen někdy) a také čaj na hubnutí. Mamka si ničeho nevšimla, takže jsem byla v pohodě, ale učitelky ve škole si začaly všimnout, že jsem jiná. Byla mi neustále zima (bylo léto, 25°C a já měla dlouhé černé kalhoty, triko a černou mikinu, klepala jsem se zimou). Na to mi moje nejoblíbenější paní učitelka řekla, že je zima jen anorektičkám. Vysmála jsem se jí. Začala jsem si psát vlastní pro-ana deníček. Sladkosti, které jsem dostala od mamky nebo babičky jsem schovávala do krabice. Moje nejlepší kamarádka Adélka byla také šíleně hubená a já si vedle ní připadala, jako nenažranec. Pak se všechno začalo ve škole moc řešit. Dokonce ředitelka volala mamce, ale ta jí to naštěstí nevzala. Potom třídní na rodičácích neustále měla připomínky vůči mému stravování a vzhledu (na tělák jsem do tepláků nosila pásek). Jednou jsem na závodech dokonce omdlela a poté jsem byla pozvána k paní ředitelce na kobereček. Tam mě strašně dlouho vyslýchala, zachránilo mě jen to, že jsem musela na autobus. Zakazovala mi jezdit na jakékoli soutěže s tím, že nikdo nechce brát do zátěžových situací, když nejím. Ptala se mě, jestli si vyvolávám zvracení. V ten moment jsem se chtěla zeptat, jak to ví. Jistěže jsem to neřekla! Další výstup s ní jsem měla na horách, kde jsem prakticky nejedla. Vyhrožovala, že mě pošle domů, ale ustála jsem to a stále to před mamkou úspěšně tajila.

6) Kdy si tvé okolí začalo všimnout změny?

Kamarádi si zprvu vůbec nevšimli, protože jsme šla na SŠ, kam jsem chtěla jít jako holka, která je hubená, jí málo, ale není anorektička. Koupila jsem si knížku o anorektičce, kterou jsem brala jako svůj vzor. Psala jsem si s jednou holkou z pro-ana blogu, která byla fajn. Když mi napsala, že s tím končí, vykašlala jsem se na ni. To jsem se do spárů anorexie vrhla střemhlav. Aniž bych si uvědomovala, že se něco děje. Moje nejvyšší váha byla vyhnána antikoncepcí na 57kg/165cm, za dva měsíce jsem zhubla na 51 kg. To byl říjen. Vím to přesně, protože to bylo

poprvé, kdy si mamka všimla, že všechno není tak v pořádku, jak si myslela. Postavila mě na váhu, a málem mě přizabila! To bylo období, kdy jsem se bála i coca coly light! Nalila mi skleničku lightky a dala do ruky půlku čoko koblihy! Rozklepala jsem se jako při epileptickém záchvatu. Všechno bylo najednou nad hvězdy jasné. Nutila mě jíst, ale já všechno zvracela, takže jsem ani přibrat nemohla. Mamka do mě rvala víc jídla a já stále víc hubla.

7) Jak daleko to až zašlo? Nastaly nějaké momenty, kdy sis řekla, a dost... s tímhle musím přestat?

Zašlo to tak daleko, že jsem v roce 2011 v prosince od 5. do 24. snědla 1/2 jablka, po kterém mi bylo tak zle, že jsem myslela, že mi praskne břicho. To už jsem vážila 45 kg. Ale už jsem nezvracela, protože mě jednou nachytala mamka a já se pak bála. Jen párkrát jsem ještě zvracela. Poslední zvracení bylo, když jsem šla běhat, zaběhla jsem do lesa, kde jsem začala zvracet krev! To byl impuls, že už fakt nesmím. Mamka už se spojila s primářem dětské psychiatrie v Motole prim. Koutkem. Domluvili se na tom, že mě 25. 12. ráno přiveze, pokud nezačnu jíst. Začala jsem jíst, tak jsem nemusela, ale byl na ni naštvaný, protože jsem sice jedla, ale zase zhubla. Tak se to odložilo na 3. 1. 2012.

8) Pomyslela si někdy na to, že bys mohla zemřít?

Nikdy mě nenapadlo, že mám anorexii, takže myšlenky, že bych vyhladověla k smrti, mi přišly značně nemístné. S mamkou jsem měla občas neshody, tak jsem se začala řezat, ale nikdy bych se nedokázala pořezat tak, že bych umřela.

9) Kdy jsi poprvé kvůli nemoci navštívila doktora? Bylo to z tvé vlastní vůle, nebo to bylo nedobrovolně?

Asi v listopadu nebo říjnu 2011 mě mamka donutila jet k obvodnímu lékaři, který mně (zabředlé anorektičce) řekl, že nejsem hubená, že to mamka zbytečně nafukuje! Jasně, že jsem začala hubnout intenzivněji! S mamkou jsme se pak hádaly každý den, ona křičela, a já brečela. Nenáviděla jsem svůj život! Svoje tlustý tělo! Vzala mě k výživové poradkyni, ale té jsem se vysmála. Následovala další hádka s mamkou.

Objížděly jsme veškeré šarlatány. Nikomu jsem nevěřila. Moje kamarádka Anna byla jediná, kdo mi rozuměl. Holky ve škole se mnou moc nemluvily, já s nimi taky ne, měla jsem lepší kamarádku - Anu. Na každého jsem jen křičela, nadávala, ale uvnitř jsem byla zlomená, slabá a zmrzlá. Když jsem šla k jedné psychiatrice, myslela jsem, že ji natáhnu! Byla tak nepříjemná a ještě mě nutila jíst! Při odchodu jsem mamce řekla, že jestli si myslí, že tam ještě někdy vkročím, tak je ještě větší naivka, než jsem si myslela. Tak mamce její kamarádka poradila jednu psychiatricku v Pardubicích. Tam jsem jela místo Motola toho 3. 1. 2012. Předepsala mi léky, protože jsem už nemohla ani spát, ale byla jsem stále k smrti unavená. Už všechno vypadalo, že bude fajn (podle mamky), ale já za jeden týden zhubla na 39kg a bez milosti mě odvezla do HB do nemocnice na dětské.

10) Byla jsi někdy v léčebně, nemocnici?

V Brodě na dětském jsem byla 3 dny. Nehlíkali mě, jestli jím, jen si to zapisovali. Mamka mezitím dohodla hospitalizaci v Motole, ale primář v Brodě řekl, že mě nepustí, že už jsem do Motola měla nastoupit a nenastoupila. Mamka teda chtěla podepsat revers, ale ten byl zamítnut, že je to nebezpečné. Následovalo přemlouvání, volání do Motola. Nakonec mě pustili. A za týden jsem jela do Motola, kde jsem byla od února do června. Bylo to šílené! Týden po nástupu mi umřela babička a já nesměla ani na pohřeb, že bych mohla umřít. Blbost! Někdy jsem byla v pohodě, někdy jsem ale třeba měsíc v kuse brečela. Tím jsem zhubla a musela jsem z 38 nabrat na 51! Nechtěla jsem 50! Bojovala jsem proti tomu, ale neustoupili. Bylo to opravdu strašné. Myslím, že mi to ale přesto dost pomohlo. Naučili mě znovu jíst, ale jinak ne. Kalorie počítám stále a už asi nikdy nepřestanu. Čtyři roky kolísám mezi 49 - 51 kg a vyrostla jsem pouhé 2 cm na 167cm.

11) Jaký byl v léčebně režim? Popiš, jak vypadal tvůj den.

Motol, to si pamatuju přesně! Dokonce si pamatuju i všechny snídaně, které se každý týden opakovaly. To nezapomenu do konce života.

7:30 - Budíček.

7:45 - Komunita.

Všichni jsme se sešli v herně, sestřičky nám řekly, co bude zvláštního na konkrétním dni. Ten, kdo zrovna komunitu vedl, oznámil, co je za den, kdo má svátek.

8:00 - Snídaně (limit 15 minut)

Seděly jsme u stolu jen anorektičky, sestřičky seděly vedle nás, ale stejně se dalo podvádět.

8:30 - 9:50 - Škola.

9:50 - Autogenní trénink.

10:00 - Svačina (limit 10 minut).

10:15 - 11:50 - Škola.

12:00 - Oběd (limit 25 minut).

Potom buď byla ještě škola (ale pouze 1x týdně), nebo skupiny.

15:30 - Svačina (limit 10 minut).

17:30 - Večeře (limit 20 minut).

19:30 - Druhá večeře (limit 10 minut).

21:00 - Večerka.

Ted' k těm limitům. To byly určené časy, které jsme museli dodržovat, jinak hrozily červené zápisy. Za ty byly tresty (nedostali jsme mobil, zakázali nám návštěvu, apod.)

Pondělí, středa a pátek nás vážily. Budily nás třeba v 6. Musely jsme si dojít na WC a pak se svléknout do kalhotek a podprsenky, a zvážit se. Dalo se probudit dřív a vypít hodně vody. Nebo jsme na WC nešly, ale pak jsme musely vydržet až do půl 8, aby to nebylo nápadné. Občas to bylo utrpení! V močovém měchýři cca 2,5 litrů vody a 5 litrů v žaludku!! Jinak jsme nesměly mít mobil, foťák nic. Mobily jsme dostávali 2x týdně na hodinu. Jen úterý a čtvrtek. Středa a pátek byly návštěvy + víkendy (ty jsem většinou trávila doma). Stále nás kontrolovali, prohledávali věci. Každý den jsme měli individuální sezení s doktorem. Byly také terapie - arte, ergo, kaniste. Propuštění bylo možné po dosažení vypočtené váhy + 2 týdenním udržení si jí.

12) Jak ti nemoc brání v životě? Je něco, co kvůli ní dělat nemůžeš?

Stále nemám moc energie, je mi zima. Musela jsem skončit s aerobicem. Začala jsem kouřit. Nízký tlak a omdlávání je na denním pořádku, hádky s mamkou také. Nedokážu před nikým jíst. Vadí mi, jak si všichni fotí jídlo. Nikdy bych to neudělala. Bojím se přiznat si, že jím!

13) Jak vnímáš své tělo? Co se ti na něm líbí/nelíbí?

Přijde mi, že mám tlustý nohy a břicho. Chtěla bych vážit 45 kg.

14) Jaké tělesné změny na sobě pozoruješ?

Nemám menstruaci, vlasy jsem si musela dát přidělat a nehty se mi lámou. Střeva mi krvácejí.

15) Je něco co ti nemoc vzala, a naopak, je něco co ti dala?

Vzala mi zdraví, vztah s mamkou, kamarádky. Dala mi sílu a otrkala mě. A taky tisíce kalorických hodnot uložila do mozku.

16) Jaký je tvůj vztah k jídlu? Máš nějaká oblíbená jídla a naopak, co bys nikdy nesnědla?

Miluju Cottage sýr, jinak se mi jídlo hnusí a nenávidím ho. Nejím sladké, smažené, tučné. Bojím se teplého (vařeného) jídla.

17) Jak vypadá tvůj den? Co za celý den sníš?

Snídaně: rohlík + cottage

Oběd: 2 cereální housky + cottage

Svačina: kafe

Večeře: rohlík + cottage light

Druhý večeře: bílý jogurt

Ted' před maturitou je to ve škole náročné. Navíc jsem se zamilovala do staršího ženatého muže. Víkendy trávím s ním, nebo v práci. Pracuji jako číšnice.

Tam samozřejmě nejím, stydím se za to.

18) Jaký je tvůj aktuální stav?

Nyní jsem na to tak, že se v tom stále plácám, ale potají, mamku by to zabilo.

O Vánocích jsem zhubla na 45 kg. Zase mi vylezla pánev a já byla opět unavená.

Momentálně mám 50 kg (moje propouštěcí váha byla 51). Kalorie počítám denně a není jídlo, které bych snědla, aniž bych věděla, kolik kcal má.

19) Máš nějaké plány do budoucna? Čeho bys chtěla dosáhnout?

Chci se dostat na žurnalistiku, mít rodinu, překonat anorexii. Neřešit váhu. Připadat si jako normální člověk, nebo to alespoň tak neřešit. Bojím se, že už se toho nikdy nezbavím, ale nevím. Tak snad.

2. Martina L.

1) Popiš sama sebe:

Jmenuji se Martina, je mi 22 let. Studuji na Jihočeské univerzitě obor Učitelství pro mateřské školy. Bydlím s rodiči a mám staršího bratra. Přítelkyni nemám. Léčím se s mentální anorexií.

2) Jaké jsi měla dětství? Vyrůstala si s oběma rodiči? A co sourozenci?

Měla jsem krásné, poklidné dětství. Se všemi jsem vycházela, nic mi nechybělo. S bráchou jsem se, do doby než propukla nemoc, dokázala bavit normálně a vycházela s ním.

3) Pamatuješ si na chvíli, kdy to začalo? Kdy jsi poprvé pocítila, že je něco jinak? Předcházel tomu nějaký moment?

Ano pamatuji. Bylo mi 15. Končila jsem devátou třídu. Dělala jsem závodně atletiku, dlouhé běhy. Jelikož jsem měla velký výdej, neměla jsem problém si dát o půlnoci loupák s máslem, marmeládou a kakaem. Prostě mi chutnalo. Ale v posilovně jsem se seznámila s kulturistou. První měsíce to vše klapalo, jak mělo, ale po nějaké době to přišlo. Začal mi nadávat, že budu tlusté prase, pokud se budu takhle cpát. A začal koloběh plný rituálů, kterých se nejde zbavit.

4) Jak jsi tenkrát vypadala?

Byla jsem veselá holka, plná života a elánu. Vysportovanější, ale žádná rambice. Dost lidí mi říkalo, že můžu něco nabrat. Rodiče na mě byli pyšní. Říkali, že každá holka mi může postavu závidět.

5) Jak to probíhalo? Popiš změnu ve tvém chování, jak nemoc propukala. Co jsi omezovala, či naopak.

Propukla, když mi přítel začal vyčítat každé sněžené jídlo, jelikož jako kulturista si vše hlídal. Já na večer jedla těstoviny se sýrovou omáčkou a podobné dobroty, které běžný člověk jí. A začalo to. Místo sladkostí jsem začala jíst hodně ovoce, pečivo začala vynechávat, zmenšovat porce a k tomu začala více cvičit (více je třeba třikrát denně). Ráno jsem šla běhat, když jsem měla volno kolem 20 km, pak po lehkém obědě 2 hodiny dřiny v posilovně a večer třeba ještě procházka, bazén. Večer jsem upadala do bolestí svalů a křečí. Ale jelikož jsem měla stále z čeho brát, nikdo si ničeho nevšímal. Nechtěla jsem sedět, protože jsem si myslela, že mi z toho naroste zadek. Před spaním jsem poskakovala, protože budu dlouho ležet. Prostě sedět ve vlaku, MHD nepřipadalo v úvahu. Někdy jsem klidně i 2 hodiny stála v uličce. Ale jelikož jsem závodně běhala, trenér mi dával pěkně zabrat. A já s mým jídelníčkem takový nátlak nemohla zvládnout. Jediné jídlo, které jsem za den měla, byl shake z MC Donalds na energii. Občas jsem si dala nějaké to jablko, zelenina, müsli s mlékem. Nic víc. Vybavuji si ten moment, kdy jsem na tréninku dostala běhat 500m desetkrát. Na 70% a zpět vyklusat a znova. Moje váha byla 40kg na 162 cm. Běžela jsem a najednou si pamatuji jen, že jsem se probrala v nemocnici. Jasná diagnostika mentální anorexie. Chtěli si mi tam nechat, ale já přemluvila mamku, že to zvládnou sama. Věřila mi. V krámu mi nakoupila jídlo. Vše jsme naplánovali a u mě začal další kolotoč. Pár dní to šlo, ale s přibývajícím číslem na váze jsem se zase sekla a začala jídlo schovávat, vyhazovat. Váha 36 kg.

6) Kdy si tvé okolí začalo všimnout změny?

Jelikož mám hodně zaneprázdněné rodiče, kteří jsou od rána do večera v práci, podvádět mi šlo velice dobře. Všimla si toho učitelka na základní škole. Volala mamce, ať si mě ohlídkají, a že má o mě strach. Taký, že se nesoustředím a jsem duchem nepřítomná. Pak to začala řešit už i mamka s tatškou.

7) Pomyslela si někdy na to, že bys mohla zemřít?

Ano, myslím na to dost často. Léčím se už skoro 7 rokem. S váhovým výkyvem. Teď mám 37kg na 162 cm. Cítím, jak jsem bez síly, vše mi bolí, padají mi vlasy. Co je ale nejhorší - dostávám neuvěřitelné křeče do břicha a píchání v boku. Kolikrát se svíjím a brečím bolestí.

8) Kdy jsi poprvé kvůli nemoci navštívila doktora? Bylo to z tvé vlastní vůle, nebo to bylo nedobrovolně?

Poprvé jsem nedobrovolně skončila na dětské psychiatrii v Plzni. Bylo mi šestnáct a každý týden jsem docházela na vážení. Psychiatrička byla dost nepříjemná a zlá. Měla jsem strach, nabrala jsem a držela si dobrou váhu do svých devatenácti let. Nebyla jsem úplně v pořádku, ale mohla jsem fungovat v běžném životě a při každodenních činnostech.

9) Byla jsi někdy v léčebně, nemocnici?

Ano. Zkusila jsem léčebnu Ke Karlovu, kde jsem vydržela měsíc. Pak jsem musela odejít. Minulý rok jsem do všeho zase maximálně spadla a rozhodla se něco s mou váhou udělat. Ale jelikož nejím maso kromě ryb a v léčebně nevedou vegetariánskou stravu, musela jsem odejít. A začal další kolotoč, ze kterého se nemůžu dostat.

10) Jak ti nemoc brání v životě?

Brání mi hodně. Přišla jsem o kamarády a vlastně můj celý den je jen jídlo, jídlo, jídlo. Nic jiného se mi v hlavě netočí.

11) Jak vnímáš své tělo?

Teď už se vnímám dost hubeně. Na druhou stranu jedna strana mozku chce přibrat, ale ta druhá strana říká - ne nesmíš, jsi tlustá.

12) Jaké tělesné změny na sobě pozoruješ?

Menstruaci mám jen díky hormonům, jelikož gynekoložce nezbyvalo nic jiného. Vlasy mi dost padají a mám je hodně řídké. Občas mě zlobí nehty a dělají se mi velké modřiny na nohou. A další můj problém je spánek. Naspím třeba jen 3-4 hodiny a stále se budím.

13) Je něco co ti nemoc vzala, a naopak, je něco co ti dala?

Dala mi akorát tak trápení. Vzala mi všechny mé zájmy, kamarády a chuť žít.

14) Jaký je tvůj vztah k jídlu? Máš nějaká oblíbená jídla a naopak, co bys nikdy nesnědla?

Mám ráda jídlo, ale strach je silnější. Nedávno jsem jedla mrkvovou polévku se zázvorem a chlebem. Přišla mi slanější, ale mamka říkala, že je úplně v pořádku. Já seděla u té polévky a brečela, jaké jsem prase a podobné komentáře. Nesním žádné maso, kromě ryby a takové ty omáčky, knedlíky a masové vývary. Začala jsem se dost zajímat o zdravou stravu a moc mě to baví.

15) Jak vypadá tvůj den? Co za celý den sníš?

Den, kdy jsem ve škole (pondělí až středa): Ráno vstávám kolem čtvrté a dám si sprchu. Udělám si snídani a vyrazím na vlak. Ve vlaku jsem hodinu a půl, pak mám školu. Domů se vracím mezi 16-18 hodinou. Navečeřím se a jdu si lehnout, jelikož už jsem hodně vyčerpaná.

A den, kdy nejsem ve škole: Vstanu brzo, jelikož nemohu spát. Udělám si snídani. Pak ležím v posteli třeba do 8-9 a mám výčitky ze snídani. Dopoledne se vzbudím a jdu se psem na procházku. Když přijdu a jsem sama, nemohu si uvařit, jelikož to nějak psychicky nezvládám. Tak jezdím na oběd do vege bistra. Pak něco udělám doma a odpočívám. Občas jedu na nákup. Ale celý den mě provází myšlenky a výčitky ohledně jídla.

Jídelníček např. včerejší:

SN: ovesná kaše z rýžového oříškového mléka, ovesné vločky (40g), hrst ořechů, banán

OB: zapečené brambory s nivou, sýrem, brokolicí a salátem z červené řepy.

To jsem se skoro zhroutila, jelikož brokolice nebyla uvařená podle mých představ a byla tužší.

VE: mrkvovo-zázvorová polévka s krajícem chleba

Když se mi zadaří a zvládnu odpolední svačinu, tak je to většinou kus ovoce.

Nebo naopak. Někdy dokážu, když mi něco nesejde, nejíst od oběda až do rána.

16) Máš nějaké plány do budoucna? Čeho bys chtěla dosáhnout?

Ano miluju děti a chtěla bych být učitelkou ve školce. Chodím teď na praxe, a vím, že pokud nepřiberu, s touhle váhou, tohle povolání vykonávat nebudu moci.

3. Martina S.

1) Popiš sama sebe:

Jmenuji se Martina. Je mi 22 let a v červnu budu končit Vyšší odbornou školu v Praze. Rodiče a 19-ti letý bratr bydlí v Hradci Králové. V Praze bydlím s přítelem v menším bytečku. Od 15 let jsem trpěla anorexií a bulimií. V 18 letech mi to vše přerostlo přes hlavu, měla jsem toho dost. Jedno ráno jsem se vzbudila a řekla si, že toho bylo už dost a vše jsem řekla mamince. Byla jsem natolik silná (dodnes nevím, kde se to ve mě vzalo), v hlavě jsem si to urovnala a u psychiatra jsem řekla, že to takhle už dál nechci. Byl to velký boj, ale troufám si říct, že od 20 let jsem „relativně“ zdravá.

2) Jaké jsi měla dětství? Vyrůstala si s oběma rodiči? A co sourozenci?

Na dětství vzpomínám s radostí. Byli jsme úplná rodina, všechno klapalo, mně se dařilo, než přišla puberta. Bojkot proti mému otci, který měl razantnější výchovu než mamka. Vlastně jsme spolu dost bojovali.

3) Pamatuješ si na chvíli, kdy to začalo? Kdy jsi poprvé pocítila, že je něco jinak? Předcházel tomu nějaký moment?

Celé dětství jsem závodně plavala. Kolem třinácti let jsem dosahovala poměrně slušných výsledků. První moment, na který nikdy nezapomenu. Při náročném soustředění jsem si nechtěně nalokala vody a bylo mi špatně od žaludku. Chtěla jsem si dát chvilku pauzu na suchu. Přišel trenér a řekl mi, že jsme na soustředění a že je potřeba abych plavala, ať si strčím prst do krku a tu vodu vyzvracím. Taky jsem to tak udělala. Časem jsem na tento „chvat“ zapomněla. V patnácti letech jsem s plaváním skončila a začala přibírat kilogramy. Můj otec tomu rozhodně nepřidal, když pravidelně prohlašoval při mé návštěvě lednice:

„Už zase tam lezeš?!“

Vzpomněla jsem si, že tenkrát to šlo vyzvracet, tak to zkusím i teď. A už jsem v tom lýtala. Doma nikdo nic nepoznal, držela jsem si váhu, občas jsem kilíčko sem, kilíčko tam zhubla.

4) Jak jsi tenkrát vypadala?

Při výšce 170 cm jsem měla 56-58kg – krásná holka.

5) Jak to probíhalo? Popiš změnu ve tvém chování, jak nemoc propukala. Co jsi omezovala, či naopak.

Omezovala jsem vše. Pila nízkokalorické nápoje. Vyhýbala jsem se akcím, kde bylo jídlo a pití. Začala jsem přemíru sportovat. Deprese, výčitky, uzavřela jsem se do sebe.

6) Kdy si tvé okolí začalo všimnout změn?

V sedmnácti letech jsem měla příležitost začít znovu plavat a já ji využila. Zhubla jsem na 49kg, jelikož jsem nejedla ani před tréninkem, ani po. Kila šla velmi rychle dolů a já byla spokojená. Občas si někdo všiml, ale já to svedla na plavání, že zase trénuju a je to náročné.

7) Jak daleko to až zašlo? Nastaly nějaké momenty, kdy sis řekla, a dost... s tímhle musím přestat?

Zašlo to tak daleko, že jsem jednou na tréninku nemohla zvednout ani ruce nad hlavu. To byl zlom, kdy si i trenér (jiný než tenkrát) všiml, že je něco špatně. U plavání jsem vydržela jen necelý rok kvůli škole, na kterou jsem naprosto kašlala. 4x dostatečná na vysvědčení našim už přišlo přespříliš.

8) Pomyslela si někdy na to, že bys mohla zemřít?

Bohužel si to my uvědomíme až poměrně pozdě. Já na to přišla, když mi začali vypadávat vlasy a měla jsem sotva 50kg.

9) Kdy jsi poprvé kvůli nemoci navštívila doktora? Bylo to z tvé vlastní vůle, nebo to bylo nedobrovolně?

Jak už jsem řekla, tak jsem si k tomu došla sama. Maminka mi byla velkou oporou. Měla jsem hrozný strach, že mě zavřou někde v nemocnici a budou do mě tlačit jídlo. Ale když mě doktorka viděla, jak jsem odhodlaná s tím bojovat, tak nasadila antidepressiva (Prozac) a poslala mě domů. Ze začátku jsem chodila na pravidelné sezení – cca 1x za 14 dní. Postupem času se intervaly prodlužovaly. 15. listopadu 2014 to byly přesně 3 roky, co jsem byla u doktorky poprvé. Momentálně to vypadá tak, že léky neberu už skoro rok a k doktorce se chystám po státnicích v červnu. Myslím, že to bude moje poslední návštěva.

10) Byla jsi někdy v léčebně, nemocnici?

Ne, nebyla.

11) Jak ti nemoc brání v životě? Je něco, co kvůli ní dělat nemůžeš?

Snažím se eliminovat moje myšlenky na jídlo. Dřív jsem 90% času přemýšlela nad tím co jím/nejím. Mám problém se zpomaleným metabolismem. Daleko hůře spaluju tuky.

12) Jak vnímáš své tělo? Co se ti na něm líbí/nelíbí?

Od doby, co se léčím, jsem přibrala na 72kg. Moje tělo by rozhodně potřebovalo zpevnit a vyběhat, ale všechno beru s rezervou a snažím se sportovat rekreačně.

13) Jaké tělesné změny na sobě pozoruješ?

Vlasy mi padaly a zpomalený metabolismus.

14) Je něco co ti nemoc vzala, a naopak, je něco co ti dala?

*Samotný průběh nemoci mi vzal moc sil, jak psychických, tak fyzických.
Naučila jsem se o sebe více starat, správně jíst a sportovat v mezích. Po nemoci
jsem psychicky odolnější a snažím se bránit holky, které nemají zrovna časopisovou
postavu.*

**15) Jaký je tvůj vztah k jídlu? Máš nějaká oblíbená jídla a naopak, co bys nikdy
nesnědla?**

*Naučila jsem se jíst úplně vše. Trošku rezervu mám k tučným a mastným jídlům,
ale to spíš proto, že mi je po nich velmi těžko.*

16) Co za celý den sníš?

Jím vyváženě. Ovoce, zelenina, pečivo, maso. Opravdu vše.

17) Máš nějaké plány do budoucna? Čeho bys chtěla dosáhnout?

*Moje tajné přání je, abych se vešla do mých oblíbených kalhot, které jsem nosila,
tak při 64kg. Být zdravá a šťastná.*