

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Život s poruchou příjmu potravy

Bakalářská práce

Autor: Andrea Toneiserová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Andrea Toneiserová
Studium:	P15K0097
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Život s poruchou příjmu potravy
Název bakalářské práce AJ:	A life with eating disorder

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy, blíže specifikuje příčiny, diferenciální diagnostiku PPP, důsledky poruch příjmu potravy, možnosti prevence a terapie. Empirická část práce se zabývá svépomocí a rolí rodiny při léčbě PPP. Výzkumná metoda kvalitativního šetření: polostrukturovaný rozhovor

Krch, F. D. (2008). Bulimie : jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada. Krch, F. D. (2010). Mentální anorexie. Praha: Portál. Papežová, H. (2012). Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum. Matoušek, O. 1993. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství. Papežová, H. 2010. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada Publishing. Novák, M. (2010). Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Cerm. Claude-Pierre, P. (2001). Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha: Pragma.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	5.1.2016

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Hradci Králové dne

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph. D. za jeho vstřícnost, vedení a přínosné rady. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se aktivně podíleli na mém výzkumu.

Anotace

TONEISEROVÁ, Andrea. *Život s poruchou příjmu potravy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 59 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá multikauzální etiologií poruch příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie a příznaky těchto poruch. Blíže specifikuje příčiny, diferenciální diagnostiku poruch příjmu potravy, důsledky poruch příjmu potravy, jejich léčbu a možnosti prevence a terapie. Dále se zabývá vlivem rodiny na poruchy příjmu potravy, kde rodinu chápeme jako protektivní i rizikový faktor. Rodinné zázemí může být spouštěčem některé z poruch příjmu potravy. Empirická část práce se zabývá svépomocí a rolí rodiny při léčbě poruch příjmu potravy. Výzkumnou metodou kvalitativního šetření je polostrukturovaný rozhovor. Šest respondentek odpovídá na předem stanovené otázky, ze kterých pak nalzáme odpovědi na čtyři výzkumné otázky.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, rodina

Annotation

TONEISEROVÁ, Andrea. *A life with eating disorder*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017, 59 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis deals with the multi-causal etiology of eating disorders, especially mental anorexia and mental bulimia and the symptoms of these disorders. Closer specification of causes, differential diagnosis of eating disorders, consequences of food intake disorders, their treatment and the possibilities of prevention and therapy. It also deals with the influence of the family on eating disorders, where we understand family as a protective and risk factor. Family background may be a trigger for some eating disorders. The imaginary empirical part of the thesis deals with the self-help and role of the family in the treatment of eating disorders. The research method of qualitative research is a semi-structured interview. Six respondents respond to predefined questions from which we then find answers to four research questions.

Key words: eating disorder, anorexia, bulimia, family

Obsah

Seznam zkratek	8
Úvod	9
1 Poruchy příjmu potravy	10
1.1 Mentální anorexie	10
1.2 Mentální bulimie.....	11
1.3 Nespecifické poruchy příjmu potravy	13
1.4 Etiologie poruch příjmu potravy.....	14
1.5 Důsledky poruch příjmu potravy	17
1.6 Deprese u poruch příjmu potravy	18
1.7 Léčba poruch příjmu potravy	19
1.8 Prevence poruch příjmu potravy.....	25
2 Rodina jako rizikový a protektivní faktor PPP	27
2.1 Funkce rodiny	27
2.2 Typy rodin	28
2.3 Vliv rodiny na vznik poruch příjmu potravy	28
2.4 Jak může rodina pomoci	30
2.5 Komunikace v rodině.....	30
3 Život s poruchou příjmu potravy	32
3.1 Cíl práce.....	32
3.2 Výzkumné otázky	32
3.3 Metodika práce	32
3.4 Rozhovory s respondenty	33
3.5 Výsledky šetření	50
3.6 Shrnutí šetření.....	53
Závěr.....	55
Použitá literatura	57

Seznam zkratk

AN- Anorexia nervosa

BMI- Index tělesné hmotnosti

KBT- Kognitivně behaviorální terapie

MKN-10- Mezinárodní klasifikace nemocí

PPP- Poruchy příjmu potravy

Úvod

K napsání bakalářské práce s tématem *poruchy příjmu potravy* mě inspirovala kamarádka, která si prošla anorexií. V současné době je poruchami příjmu potravy ohroženo čím dál tím více dívek a žen. Spousta dívek se například domnívá, že pokud nebudou štíhlé, nikdo je nebude mít rád, protože jednoduše nebudou dost dobré.

Teoretická část rozebírá jednotlivé poruchy příjmu potravy. Zabývá se příčinami, definicemi PPP, důsledky, možnostmi léčby, svépomocí. Zvláštní kapitolu věnuji rodině, která při vzniku poruch příjmu potravy může být rizikovým i protektivním faktorem, dále funkci rodiny, a tím, jak může rodina být při léčbě nápomocná.

Empirická část mé práce se zabývá vlivem rodiny na léčbu poruch příjmu potravy a taky svépomocí. Vybrala jsem si ženy, které v době onemocnění už byly plnoleté a měly partnera, nebo děti, a které svoji nemoc zvládly bez hospitalizace. Tuto cílovou skupinu jsem si zvolila také z důvodu opomíjené skutečnosti, že poruchy příjmu potravy nejsou výhradně nemocí dospívajících dívek. Avšak tyto nemoci se dospělým lidem nevyhýbají, můžou se rozvinout prakticky kdykoliv.

Cílem práce je zmapovat základní faktory rodinného systému, které ovlivňují vznik, průběh a úspěšnost léčby PPP.

Nemyslím si, že svojí prací přinesu něco převratného, ale myslím si, že by mohla někomu snad pomoci, i kdyby to byl jen jeden člověk. Myslím si, že když má někdo rodinu, bude se chtít hospitalizaci vyhnout. Podle mého názoru lze v některých případech zvládnout nemoc i bez hospitalizace.

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou nemocemi, kterými je ohroženo čím dál, tím více lidí. „Porucha příjmu potravy je onemocněním velmi starým, popisy této choroby se najdou v dávné historii, snad nejznámější osobností, která pravděpodobně trpěla mentální anorexií, byla rakouská císařovna Sisi. Poprvé byla mentální anorexie popsána v r. 1694 Mortonem, syndromologicky vymezena byla v r. 1868 Gullem a Laseguem. Přes to, že se toto onemocnění vyskytlo již v dávné minulosti, nejen že nebylo potlačeno, ale jeho incidence narůstá v souvislosti pravděpodobně se sociokulturními změnami a sociokulturním vývojem.“ (Němečková, 2011, s. 459)

Krch (2004, s. 14) mluví o tom, že poruchy příjmu potravy jsou po astmatu a obezitě třetím nejčastěji se vyskytujícím zdravotním problémem dospívajících dívek a mladých žen. V posledních desetiletích přibývá informací o jejich rostoucí incidenci. Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet se rozšiřuje výskyt mentální anorexie a mentální bulimie.

1.1 Mentální anorexie

MKN-10 (F.50.0) popisuje mentální anorexie jako poruchu, charakterizovanou úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, ale taky dospívající chlapci a muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jako vtíravá myšlenka, proto pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.

Podle Krcha (2007, s. 320) anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. V poslední době stále častěji argumentují tím, že chtějí být zdraví nebo výkonní. Omezování se v jídle je často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo- myslí na něj, rádi vaří a vykrmují ostatní. Jsou kritičtí k velikosti porcí, i ke svému tělu.

Při mentální anorexii rozlišujeme restriktivní typ (nebulimický typ) a purgativní typ (bulimický typ). Restriktivní typ anorexie je podle Krcha (1999, s. 18) typem, u kterého během epizody anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání a následného zvracení.

„Pokud pacientka splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně opakovaně zvrací nebo bere projímadla, jde o takzvaný bulimický typ mentální anorexie.“ (Krch, 2010, s. 26)

Papežová (2000, s. 12) mluví o tom, že je snazší vyjmenovat, co anorexie není. Anorexie tedy není známkou toho, že rodiče udělali něco špatně ve výchově. Dále není projevem zlomyslnosti, paličatosti, nebo rozmaru nemocné. Taky není něčím, co lze zakázat pod hrozbou trestu.

Diagnostická kritéria shrnuje Krch (2007, s. 320) takto:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní, nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo nadměrně cvičí, zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny.

1.2 Mentální bulimie

Podle MKN-10 (F.50.2) je mentální bulimie syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací.

Krch (2007, s. 320) dále charakterizuje mentální bulimii jako poruchu s opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je u každého relativní. To se jeví významnějším faktorem, než reálně zkonsumované množství jídla. Přehnaná nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje i střídavé období hladovění nebo extrémního cvičení.

„Bulimičky snědí tři chody najednou, nebo jdou z obchodu do obchodu a v každém si koupí nějakou dobrotu, kterou se cestou přejídají.“ (Maloney a Kranzová, 1997, s. 85)

Krch (2007, s. 320) mluví o tom, že na rozdíl od MA se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pro stanovení diagnózy bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů, a depresivních poruch. Přejídání se vyskytuje i u mánie a oligofrenie.

„Některé bulimičky navíc zneužívají lék Ipecac (hlavěnka dávivá), který se používá k vyvolání zvracení u malých dětí (batolat), které nedopatřením pozřely nebezpečné chemikálie. Ipecac zůstává navždy uložen v buňkách organismu a pokud je užíván pravidelně, může během velmi krátkého období (několik týdnů) způsobit smrt.“ (Maloney a Kranzová, 1997, s. 93)

K určení diagnózy mentální bulimie vymezuje Krch (2003, s. 19- 20) 3 základní znaky:

- Opakující se epizody přejídání.
- Opakující se přehnaná kontrola tělesné váhy, co kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje opakující se hladovky a nadměrné cvičení.
- Přítomnost strachu z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Krch (2003, s. 75) se věnuje i zneužívání projímadel a zvracení u této nemoci. Většina bulimiček zneužívá projímadla proto, aby získala kontrolu nad svým přejídáním. Tento zvyk je ale naopak spojen se ztrátou sebekontroly, protože snižuje strach z tloušťky, a opravňuje přejedení. Důsledkem je konzumace stále většího množství jídla. Jako každé nepřiměřené chování nastoluje i zvracení v životě pacienta podmínky, které brání normálnímu životu.

Atypická mentální bulimie

MKN-10 popisuje atypickou mentální bulimii, jako poruchu splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu. Například, mohou být recidivující záchvaty přejídání a nadměrného používání laxativ bez markantní změny váhy, nebo mohou být nepřítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar vlastního těla.

1.3 Nespecifické poruchy příjmu potravy

Desátá revize MKN-10 nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F50.1) a atypické mentální bulimie (F50. 3). „Tyto kategorie by se měli užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz.“ (Krch a kol., 1999, s. 19)

Záchvatovité přejídání

Krch (1999, s. 20) popisuje tyto příznaky:

- Člověk jí mnohem rychleji, než obvykle, dokud se necítí plný.
- Jí o samotě, protože se stydí.
- Po přejedení je sebou znechucen, cítí se provinile, je deprimován.
- K záchvatům dochází alespoň dvakrát týdně, po dobu šesti měsíců.
- V souvislosti s přejídáním se objevují pocity úzkosti.
- Záchvatové přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

Podle Krcha (1999, s. 20) existují zprávy o tom, že se tento typ poruchy příjmu potravy častěji u žen, avšak u mužů má častější zastoupení, než u ostatních PPP a projevuje se ve starším věku. Záchvatovité přejídání není spojeno s kompenzačním chováním, a bývá spojeno s nezdravou sebekontrolou, či nezdravým životním stylem. Existuje taky návrh klasifikovat

tento typ poruchy, jako třetí druh poruch příjmu potravy. Tento typ poruchy je často spojen s nadváhou a obezitou.

Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání je poměrně nově popsanou poruchou. Podle Krcha (1999, s. 20), je u tohoto syndromu příznačná je večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen se životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Málo hovoří o hladu a nemusejí jíst, pokud jídlo není k dispozici.

Němečková (2011, s. 461) říká, že syndrom nočního přejídání, neboli syndrom nočního příjmu potravy a pití, noční poruchy příjmu potravy je spojený s poruchou spánku. U těchto poruch bývá různá míra poruchy vědomí a různá míra amnézie na epizody přejídání během noci, vztah k anorexii a bulimii během dne, vztah ke stresu a psychické komorbiditě. Porucha je zatím málo známá.

1.4 Etiologie poruch příjmu potravy

O příčinách poruch příjmu potravy je mnoho hypotéz. Přes různé teorie dnes existuje shoda v tom, že na vzniku podílí celá řada faktorů. Mezi nimi hrají rozhodující roli ty skutečnosti a vlivy, které souvisí s držením diet. (Krch, 2010, s. 57)

„Pokud jde o faktory, které, „chrání“ před poruchami příjmu potravy, vyzdvihují současné studie aktivní řešení problémů, nízké užívání alkoholu, nízké užívání diet a vyrovnanou náladu. K těmto vlastnostem bychom ještě mohli přidat trpělivost a smysl pro humor.“ (Krch, 2010, s. 65)

Biologické a osobnostní faktory

Na vznik poruchy příjmu potravy má vliv mnoho biologických a osobnostních faktorů. „Rizikovou skupinou jsou mladé dívky a ženy, jejichž profese nebo profesní příprava je výrazněji spojena s fyzickým zevnějškem (sportovkyně, baletky, modelky, herečky).“

(Papežová, 2004, s. 291)

Papežová (2000, s. 15) mluví o několika rizikových povahových rysech, které mohou zapříčinit vznik některé poruchy příjmu potravy.

- **Genetické riziko**- existuje určitá dispozice z otcovy, či matčiny strany, jako preference určitých jídel, nebo tělesné dispozice. Nevhodné jídelní návyky rodičů, sourozenců, obezita v rodině, soutěživost v rodině.
- **Perfekcionismus**- snaha být naprosto dokonalá, nízké sebevědomí, chování dívek vychází z přesvědčení, že lásku si člověk musí vykoupit zvýšeným úsilím, je třeba si ji vysloužit výborným chováním, dokonalým zevnějškem. Neschopnost dosáhnout dokonalosti vede k odmítnutí.
- **Zranitelnost**- nejistota ohledně samé sebe vede ke zvýšené snaze zalíbit se druhým
- **Nestálost**- kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.
- **Sebetrestání**- dívky, nebo ženy se můžou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat.

Krch (2004, s. 14) popisuje osobnostní faktory takto: „v souvislosti se vznikem a rozvojem PPP bývají připomínány určité osobnostní rysy, některé afektivní a kognitivní poruchy. Anorexie, to je především úzkost, kognitivní rigidita, vyhýbavé chování, perfekcionismus a obsedantní rysy. Mentální bulimie je spojována s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou.“ (Krch, 2004, s. 15) Dále dodává, že: „z hlediska rozvoje poruchy je nebezpečné zejména negativní sebehodnocení, které u děvčat snadno vede k narušenému vnímání tělesného vzhledu a dietám. Zatímco depresivní příznaky ustupují, když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, známky úzkosti často přetrvávají nebo se ještě zvýrazní. Srozumitelnou logiku má i předpoklad, že deprivace obživného pudu musí mít svůj emoční korelát.“ (Krch, 2004, s. 15)

Sociální faktory

Faktorem, který má velký vliv, jsou media. Denně jsou k vidění hubené modelky, které se dívky snaží napodobit, a které jsou vnímány, jako ideál krásy, a to jak má žena

vypadat. „Současná média oproti době minulé obsahují mnohem více témat pojednávajících o štíhlé linii, dietách, cvičení, ale i doprovodného, vizuálního materiálu znázorňujícího ženský ideál štíhlosti, s čímž souvisí i posun ženského ideálu směrem ke štíhlé postavě, který je nejen přijímán ale i preferován stále větším počtem žen (a mužů).“ (Novák, 2007, s. 400)

Dále Novák (2007, s. 400) popisuje, že expozice obrazům štíhlého ideálu v médiích může vést k většímu oceňování štíhlosti, tudíž i poruchám jídelního chování, což může v důsledku přispívat k zájmu o články o dietách. Každopádně by bylo naivní domnívat se, že pouhá expozice štíhlým postavám v médiích má u žen za následek výskyt symptomů poruch příjmu potravy. Pouhé sledování štíhlých žen na obrazovce nebo v časopisech poruchy příjmu potravy nevyprovokuje, mnohem pravděpodobněji u žen přispěje ke znechucení z medií a odporu ke štíhlým celebritám. Nebezpečí vzniká tehdy, když dívky a ženy začnou považovat štíhlé postavy za přitažlivé.

Psychosociální rizikové faktory

Existují určité rizikové faktory, které mohou mít vliv na vznik anorexie, nebo bulimie, ale nejsou příčinou nemoci. Tyto faktory popisuje Pavlová (in Papežová, 2010, s. 37) následovně:

- Pohlaví- ženy onemocní mnohem častěji, než muži. Anorexií, nebo bulimií onemocní až 10x častěji, než muži.
- Etnický původ- poruchy jsou vnímány jako nemoc „bílých dívek“ To, do jaké míry je etnický původ rizikovým faktorem je však nezodpovězenou otázkou.
- Věk- nejrizikovějším věkem onemocnění je adolescence a časná dospělost.

Co se týče věku, jako rizikového faktoru, Krch (2004, s. 15) říká, že průběhu dospívání se diferencuje své vlastní Já, vzrůstá sebeuvědomování se a zájem o svět vrstevníků. Ve vztahu k němu, k jeho hodnotám a kritériím se dospívající velmi citlivě vymezuje. Je sociálně vnímavější, a proto zranitelnější. Jeho sebevědomí je labilnější. Puberta je ale taky obdobím dramatických tělesných změn a především dívky nebývají spokojeny se svým tělem.

Pohlaví je taky rizikovým faktorem. „Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je mnohonásobně vyšší. V různých studiích se zastoupení mužů mezi pacienty s PPP pohybuje v rozmezí 0 až 15 %.“ (Krch, 2004, s. 14). Dále Krch (2004, s. 14) popisuje výzkum, který

uvádí, že anorektických pacientek je v průměru 10x více než mužských anorektiků a že v případě mentální bulimie je zastoupení žen 20× vyšší. 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 přibývají na tuku méně a více jim rostou svaly, co spíše uvítají.

1.5 Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy přinášejí mnohé následky, a to jak duševní, taky fyzická. Papežová (2000, s. 48-49) uvádí následovní tělesné důsledky:

- Přecitlivělost na chlad, horší oběh v rukou a nohou. Některé ženy zemřely na podchlazení.
- Poruchy spánku, časté probouzení brzo ráno, a probouzení se několikrát za noc.
- Slabý močový měchýř, časté močení přes den i v noci.
- Nárůst jemného ochlupení na těle, na zádech a na obličeji.
- Poruchy oběhu, pomalý pulz, nízký krevní tlak.
- Zeslabení kostí, osteoporóza.
- Menstruace přestává, nebo je nepravidelná.
- Zmenšený žaludek, po jídle nepříjemný pocit, žaludeční vředy.
- Zácpy, která je důsledkem pomalých střev.
- Selhávání funkce kostní dřeně, anémie.
- Vysoký cholesterol, který stoupá vlivem estrogenu.
- Nervy a svaly jsou poškozené, zhoršení chůze do schodů, únava
- U dětí se zastavuje růst a puberta.
- Snížení krevního cukru může přinést někdy stavy paniky a zmatenosti. Při zanedbání může vést ke kómatu i smrti.
- Užívání laxativ, nebo léku na navození zvracení zvyšují riziko zdravotních komplikací, zvláště jsou poškozeny zuby, ledviny a střeva.

Jako duševní důsledky jsou dle Papežové (2000, s. 52) především tyto:

- Zhoršení nálady a deprese, ztráta naděje a pesimismus.
- Duševní život ovládají představy o jídle.
- Zhoršuje se koncentrace, je těžké pracovat naplno.
- Komplexní myšlení je poškozeno, je těžké sledovat několik myšlenkových plánů najednou.
- Schopnost a zájem tvořit vztahy jsou zmenšeny, izolace od ostatních.

1.6 Deprese u poruch příjmu potravy

Deprese velice často provází poruchy příjmu potravy. „Poruchy příjmu potravy jsou v praxi velmi často provázeny další psychiatrickou komorbiditou, kde má největší zastoupení depresivní syndrom. Léčba deprese u poruch příjmu potravy se liší od léčby depresivní poruchy. U deprese při mentální anorexii antidepressiva nepřinášejí velký efekt a prvním krokem je režimová a nutriční terapie vedoucí k navýšení tělesné hmotnosti. U mentální bulimie je účinek antidepressiv podobný jako u depresivní poruchy, je však třeba brát v úvahu specifická rizika.“ (Theiner, 2011, s. 105)

„Depresivní a úzkostné příznaky jistě hrají významnou, avšak často rozdílnou roli v dynamice vývoje poruchy příjmu potravy. Zdá se, že nízká úroveň sebevědomí, negativní sebehodnocení, pocity neefektivnosti nebo úzkostné sebepozorování patří mezi časté predisponující faktory. Na druhé straně může být deprese i „finální možností“ pro chronické pacienty, podobně jako tomu je v případě alkoholizmu.“ (Krch, 2004, s. 16)

Theiner (2011, s. 106) uvádí, že léčba deprese u poruch příjmu potravy může být v zásadě farmakologická a nefarmakologická. U depresivních pacientek s mentální bulimií mají antidepressiva význačně místo v léčbě. Lze využít mnohé preparáty, na prvním místě by měl být ale zvažován fluoxetin pro svůj antidepressivní a zároveň antibulimický efekt. Nefarmakologické možnosti zahrnují různé psychoterapeutické přístupy, z nichž se v kontrolovaných studiích jeví, jako výrazněji účinnější než jiné jen rodinná terapie.

1.7 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je dlouhodobým a náročným procesem. Je potřeba především odhodlání nemocné k léčbě, a je nutné přiznat si problém. Léčba by podle popisu Krcha (2007, s. 321) měla respektovat jak konkrétní situaci nemocného, tak základní symptomatologii poruchy a nespočívat jen v pátrání po příčině. Nelze opomenout ani skutečnost, že většinou pracujeme s nemotivovanou nebo s ambivalentní pacientkou, která přichází až pod tlakem okolí, obtíží nebo neudržitelné zdravotní nebo osobní situace. Současně je třeba respektovat, že některé příznaky PPP (například sebekontrola v jídle, nebo určité zlepšení výkonu) mohly nemocnému po určitou dobu přinášet úlevu a uspokojení. Důraz je kladen na komplexnost řešení. Nestačí se zaměřit jen na aspekty, které pacientku nejvíc trápí, nebo které je ochotna řešit (zdravotní obtíže, přejídání apod.).

Papežová (2010, s. 141) hovoří, že předpokladem úspěšné léčby je včasná diagnostika včetně rozpoznání komorbidit, léčba by měla být komplexní, a měla by respektovat odlišnost průběhu nemoci související s konkrétním vývojovým obdobím pacienta. Zásadní otázkou je spolupráce s rodinou a blízkými.

Cíle léčby

Cílů léčby poruch příjmu potravy je několik. Papežová (2010, s. 289) je u mentální anorexie vymezuje následovně:

- Navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí- menstruace a normální ovulace u žen
- Navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů
- Zastavení demineralizace kostí
- Odstranění dalších biologických následků malnutrice
- Psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
- Stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy
- Změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
- Léčba dalších psychopatologických projevů, poruchy nálady, sebehodnocení
- Podpora rodiny nebo partnerů, poradenství, nebo terapie

- Prevence relapsu

Podobné cíle má i léčba mentální bulimie:

- Redukovat přejídání a zvracení
- Akceptovat stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability
- Nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat držení diet
- Volit adekvátní fyzickou zátěž
- Léčit komorbiditu, osobnostní problematiku, závislost na návykových látkách (Papežová, 2010, s. 289)

Hospitalizace

Hospitalizace je často jedinou možností, jak nemocné zachránit život. „Posledním východiskem pro osoby trpící poruchou příjmu potravy je hospitalizace. Některé anorektičky je nutné hospitalizovat a uměle vyživovat. V důsledku zdravotních problémů způsobených narušeným jídelním režimem však mohou zkolabovat i lidé trpící jiným druhem poruch příjmu potravy.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 122)

Krch (2007, s. 322) říká, že hospitalizace na psychiatrii je indikována při závažnější psychiatrické komorbiditě, nebezpečí sebevraždy a současném abúzu návykových látek. Doporučována je i při výrazné sociální izolaci nemocného a opakovaném neúspěchu ambulantní léčby. Důvodem hospitalizace (většinou na metabolické jednotce) jsou i závažné somatické komplikace a výrazný hmotnostní úbytek.

Ambulantní lékařská péče

Ambulantní léčba je často prvním místem, kde si pacientka přizná problém. „Ordinace praktického lékaře, pediatra, psychiatra a dalších oborů především diagnostikují osoby PPP ohrožené nebo s již počínajícím onemocněním a předávají je k následné psychiatrické či psychologické specializované péči. U pacientek s anorexií s hmotností pod 30% ideální váhy je ambulantní péče vhodná pouze při dobré motivaci, kooperativní rodině a v krátkém trvání.“ (Papežová, 2010, s. 297)

Dle Krcha (1999, s. 130) se tato léčba nezaměřuje na překonání poruchy příjmu potravy, ale pouze na navrácení pacienta do stavu somatické a psychické stability. Existují totiž chroničtí pacienti, kteří prošli léčbou několik let, a již nechtějí v léčbě pokračovat, a mají jen malou naději na úspěch.

Svépomoc

Pacientka se může taky snažit ulehčit si sama. „Prvním a nejdůležitějším krokem k uzdravení je přiznat si problém. To ovšem není vůbec snadná práce. Znamená to si uvědomit, že něco s tím, jak se chovám, jak jím, jak se cítím, není v pořádku. Toto uvědomění přichází většinou až v době, kdy se objeví první negativní zdravotní nebo jiné komplikace.“ (Švédová, 2012, s. 14)

Jídelní záznamy- vedení záznamů může mít vliv na jídelní chování. „Jídelní záznamy vám pomáhají dodržovat jídelní plán, každý den vám připomínají vaše odhodlání překonat anorexii a umožňuje zpětnou kontrolu jednotlivých kroků, (nevynechávat žádné hlavní jídlo, rozšíření jídelníčku, jíst ve společnosti a podobně). Pro některé z vás mohou být známkou toho, že máte všechno pod kontrolou.“ (Krch, 2010, s. 198-199)

Svépomocné skupiny- v České Republice existuje sdružení Anabell. Práce pracovníků sdružení naplňuje poslání sociální práce, jako takové, jedná se o vyhledávání klientek s těmito problémy, kontaktní práci s nimi, pomoci jim vyjít z izolace a zapojit je zpět do společnosti, navázání vztahu, motivace k léčbě a zprostředkování pomoci psychologické či psychiatrické. Na českém knižním trhu doposud není dostupná odborná literatura týkající se svépomocných skupin obecně (Svépomocné skupiny u PPP, © 2015, online)

Švédová (2012, s. 70) má pro pacientky taky pár rad:

- V práci i při studiu dodržovat pravidelný jídelní režim, odpočívat, dělat si pauzy, přestávky. Po práci i studiu relaxovat, zabývat se činnostmi, které pacientovi přinášejí uvolnění a potěšení.
- Nezapomínat na zásadu přiměřenosti, která platí i v práci. Pacient se nemusí přepracovat, nemusí být perfektní a nejlepší.
- Je dobré pátrat po svých zdrojích kreativity, seberealizovat se, dělat, co ho baví.
- Myslet pozitivně.

- Nepřítahovat svým negativním myšlením další problémy a bezvýchodnost situace.
- Zapojit se do jakékoli dobrovolné práce.

Rodinná terapie

Barker (2012, s. 242) říká, že rodinnou terapií se ve své praxi zabývají lidé z různých oborů v oblasti péče o duševní zdraví. V první řadě sociální pracovníky, klinické psychology a psychiatry. Využívají ji i ostatní profese, například zdravotní sestry.

„Rodinná terapie je účinná u většiny pacientek trpících mentální anorexií v adolescenci. Menší část (10–20 %) těchto pacientek však příznivě na standardní rodinnou terapii neodpovídá. Tyto pacientky vyžadují neúměrně větší množství péče a často musí být nakonec přijaty k hospitalizaci.“ (Papežová, 2001, s. 177)

Novějším způsobem rodinné terapie u poruch příjmu potravy je vícerodinná terapie. „Vícerodinná terapie jako nový terapeutický přístup v České republice je koncipována jako jednoletý kurz s danou strukturou. Jednoho cyklu kurzu se účastní 5 až 6 rodin, v nichž některý z členů trpí mentální anorexií. Nejčastěji to bývá dospívající dcera, méně často syn či matka (manželka). Terapie je vhodná i pro partnerské páry, kdy se žena (výjimečně muž) potýká s mentální anorexií. Terapeuti tvoří ve skupině menšinu, zpravidla pečuje o rodiny 4 až 5 terapeutů, kteří se dlouhodobě specializují na práci v oblasti poruch příjmu potravy. Každá z rodin (nebo jen dcera) je ve stálé péči jednoho ze zúčastněných terapeutů.“ (Vícerodinná terapie mentální anorexie v Čechách, © 2015, online).

Papežová (2001, s. 177) mluví o tom, že předběžné údaje naznačují, že tato terapie je jednak účinná, jednak vnímaná samotnými rodinami jako pozitivní léčebný postup založený na spolupráci.

Jakákoliv nemoc v rodině dovede rodinu nepříznivě proměnit. Gjuričová a Kubička (2009, s. 193) tvrdí, že terapeutický kontakt může pomoci hledat aktivnější postoj k nemoci, zlepšit vztahy v rodině, a kvalitu života nemocného. Někdy dochází zároveň se změnami v rodině ke zlepšení zdraví.

Kognitivně behaviorální terapie

Tato terapie je pro pacienty, pro které není z důvodu věku vhodná rodinná terapie, a mají střední, nebo těžké příznaky. Dle Papežové (2001, s. 177) klasická kognitivně behaviorální terapie vede k vyléčení u bulimie v 40–60 %.

„Novější formy KBT berou v úvahu motivační otázky a terapeutický vztah, interpersonální vztahy i emoční reakce na emoční ohrožení. Mohou znamenat vhodnější formy u pacientek s osobnostními problémy a atypickými rysy či „speciálními potřebami“ (danými atypickým věkem, pohlavím, kulturně či váhově). Na KBT jsou založené svépomocné manuály, nebo podporované svépomocné aktivity, které jsou často také účinné, ale jejich vliv na průběh onemocnění je také ještě předmětem výzkumu.“ (Papežová, 2001, s. 177)

Dialektická behaviorální terapie

Tato terapie patří taky k metodám terapie u poruch příjmu potravy. Papežová (2001, s. 177) vysvětluje, že u bulimie s komorbidní poruchou osobnosti byla užitá terapie používána u chronicky suicidálních hraničních pacientů. Postup pro tuto terapii je zaměřený na zlepšení ovládnutí afektů u žen s psychogenním přejídáním a založen na předpokladu, že přejídání plní u těchto pacientek stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů, krátkodobou úlevu od nepříjemných, negativních afektů. Pacientky se učí, jak zvládat stres, regulovat emoce a zvládat interpersonální dovednosti. Tento přístup může být užitečný i pro bulimické pacientky bez poruch osobnosti.

Motivační terapie

Novější metodou při léčbě poruch příjmu potravy je motivační terapie. Papežová (2001, s. 178) mluví o tom, že shoda cílů terapeuta a pacienta je základní podmínkou pro účinnou léčbu. U pacientek s PPP je často motiv návštěvy odlišný. Přichází k lékaři jen proto, aby vyhověly naléhavému přání své rodiny (přátel, školy, zaměstnavatele...), aby dokázaly, že obavy okolí jsou přehnané. Tyto motivy, často spojené s ambivalentním postojem k terapii, jsou charakteristické pro oblast zneužívání psychotropních látek, závislostí. Primární úloha terapeuta spočívá v tomto případě v poskytnutí takových podmínek a informací, které

napomohou „zdravému“ posunu v motivaci pacienta a umožní vytvořit terapeutický vztah umožňující spolupráci.

Motivačně působí, když terapeut:

- pochopí a přijme význam, jaký má choroba pro pacienta
- vyjadřuje přijetí a potvrzení klienta
- zdůrazňuje promotivační prohlášení klienta a nikoli tvrzení antimotivační
- svými reakcemi vede klienta k vyjádření promotivačních myšlenek (včetně použití paradoxních technik, jako například „přestřelení“)
- přizpůsobí terapeutický proces momentálnímu stupni motivace
- zdůrazňuje klientovu možnost svobodné volby. (Papežová, 2001, s. 178)

Motivační terapie je podle Papežové (2010, s. 292) obvykle relativně krátkodobá (typicky 4 sezení). Stává se důležitou součástí terapeutických programů pro PPP. Zásahy motivačního přístupu jsou užitečné v léčbě pacientek v primární péči a lze je naučit i rodinu v rodinné terapii nebo ve svépomocných skupinách.

Farmakoterapie

Jednou z možností, jak ulevit pacientce s poruchou příjmu potravy je farmakoterapie. Farmakoterapie je často nedílnou součástí léčby PPP. „Farmakoterapie poruch příjmu potravy má především tyto úkoly: Regulaci příjmu jídla a úpravu tělesné hmotnosti, zaměřit se na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese, odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy.“ (Krch a kol, 1999, s. 157)

Podle Theinera (2011, s. 105) hraje farmakoterapie jen pomocnou roli, avšak v praxi je využívána poměrně široce, často bez dostatečné znalosti o bezpečnosti a účinnosti daného léku (či kombinace léků). U mentální anorexie patří k nejčastěji předepisovaným lékům antipsychotika, antidepresiva, lithium, thymostabilizatory, cyproheptadin, prokinetika a zinek. Žádný z těchto léků ale nemá dostatečně prokázanou účinnost na jádrové příznaky mentální anorexie.

U mentální bulimie Threiner (2011, s. 106) mluví o tom, že jsou výsledky farmakoterapie nadějnější. Nejlépe fungují antidepresiva. Nejvíce prostudovaným preparátem v léčbě mentální bulimie je fluoxetin, který má oficiální schválení pro léčbu této nemoci.

Nutriční poradenství

U poruch příjmu potravy pacientky často nevědí co jíst, jaká je správná velikost porcí, jaká má být skladba jídelníčku. S tím může pomoci nutriční terapeut. Je však nutná spolupráce pacienta a jeho odhodlání se léčit.

„Nutriční podpora by měla být součástí komplexní léčby pacientů s AN. Cílem nutriční podpory je v ideálním případě normalizovat váhu tak, aby odpovídala výšce a věku pacienta. Většinou lékař dosáhne při komunikaci s pacientem pouze kompromisu plánované váhy, který se pohybuje mezi váhou ideální a váhou aktuální. Nutriční specialista by měl být členem týmu, který navrhne dietní opatření, případně doporučí v této problematice péči nutričního terapeuta (dříve dietní setra), či navrhne nutriční substituci přípravky umělé výživy. Prostředky, které má nutriční specialista k dispozici jsou úprava diet a dietní intervence, podání nutričních suplementů, přípravků enterální výživy ve formě sippingu.“ (Kohout, in Papežová, 2010, s. 183)

„V diagnostice je nutné provést vyšetření příjmu potravy. Pacienti by měli přinést jídelníček, v případě těchto pacientů je nutné často tyto informace objektivizovat, případně provést výpočet a zpracování jídelníčku v průběhu hospitalizace.“ (Kohout, in Papežová, 2010, s. 182)

1.8 Prevence poruch příjmu potravy

Na místě je otázka, jak je možné poruchám příjmu potravy předcházet. Uhlíková (in Papežová, 2010, s. 140) popisuje tyto druhy prevence:

- Primární prevence- spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů, kultuře ve stravování.
- Sekundární prevence- spočívá v prevenci u ohrožených skupin, ke kterým patří například děti ohrožené obezitou.
- Terciální prevence- je prevencí relapsu PPP.

Prevence ve stravě:

Samozřejmostí v prevenci je mít normální a optimální stravovací návyky, jako je vymezuje Havelková (2008, s. 4):

- Jíst 5 × až 6 × denně.
- Jíst pestře a rozmanitě.
- Jíst dostatek cereálií (pečivo tmavé, celozrnné i bílé).
- Mít denně mléko nebo mléčné výrobky.
- Nezapomínat na cukry a tuky.
- Denně jíst kvalitní zdroje bílkovin (vejíčko, maso, luštěniny).
- Každý den vypít 2 až 3 litry tekutin.
- Nepřejídat se ani nehladovět

Prevence relapsu

Možnost relapsu se dá eliminovat. Havelková (2008, s. 3) shrnuje možnosti v následujících bodech:

- Nárůst a udržení optimální hmotnosti.
- Přiměřený a pravidelný jídelní režim.
- Přiměřený pohyb.
- Terapie narušeného tělesného schématu, tzn. vnímat správně své tělo, mít ho rád
- Realistické očekávání – nevzdávat se, pokud nejde v léčbě vše dokonale.
- Zvládání stresu – naučit se reagovat na stres jinak než přejídáním a hladověním.
- Léčba všech příznaků poruchy příjmu potravy trvá i několik let – nebát se začít znovu.

2 Rodina jako rizikový a protektivní faktor PPP

Kramer (1980, in Sobotková, 2001, s. 22) definuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí, nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty.“

Podle Možného (1990, in Sobotková, s. 22) je rodina vnímaná jako instituce racionální, pragmatická, funkčně vertikálně hierarchizovaná a kulturně omezující a současně je světem autenticity, přirozené rovnosti a emocionality.

2.1 Funkce rodiny

Parsons (1951, in Kraus a Poláčková, 2001) vidí v rodině dvě základní funkce, a to funkci prvotní socializace dětí a emocionálně psychologickou stabilizaci dospělých.

Kraus s Poláčkovou (2001, s. 79-84) hovoří o těchto funkcích:

Biologicko- reprodukční funkce- má význam jak pro společnost jako celek, tak pro jedince. Pokud má zabezpečit svůj rozvoj, potřebuje stabilní reprodukční základnu.

Sociálně- ekonomická funkce- rodina je chápána jako významný prvek v rozvoji ekonomického systému společnosti.

Socializačně- výchovná funkce- rodina je první sociální skupinou, která učí dítě přizpůsobovat se sociálnímu životu, osvojovat si základní návyky a způsoby chování ve společnosti.

Citová funkce rodiny- je funkcí, kterou není schopna žádná jiná funkce dostatečně naplnit, rodina je základní jistotou, kterou může jedinci poskytnout.

Sociálně-psychologická- rodina vytváří specifické klima, v němž hraje roli citová složka utváření a udržování vědomí, že je jedinec akceptován, uznáván a hodnocen.

Podle Barkera (2012, s. 38) by rodina měla plnit následující funkce: obstarávání základních životních potřeb všech jejích členů, výchovu a socializaci dětí, zajištění legitimního vyjádření manželské párové intimity, zajištění přirozeného bezpečí a podpory pro členy rodiny, reprodukci a pokračování druhu.

2.2 Typy rodin

Dunovský (1986, in Kraus 2015, s. 104-105) rozlišuje 4 typy rodin.

1. Funkční rodina: v té je zajištěn správný vývoj jedince.
2. Problémová rodina: vyskytují se v ni závažnější poruchy některých nebo všech funkcí rodiny. Rodina je schopna problémy řešit nebo je kompenzovat.
3. Dysfunkční rodina: je rodina, ve které se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí. Tyto poruchy ohrožují rodinu jako celek, ale i dítě a jeho vývoj. Rodina není schopna řešit problémy vlastními silami.
4. Afunkční rodina: rodiny takového typu přestávají plnit svoje základní funkce. Dítěti rodina škodí, nebo jej dokonce může ohrožovat v jeho existenci. V případě afunkční rodiny je jediným řešením odebrání dítěte z rodiny a umístění ho do náhradní rodiny.

2.3 Vliv rodiny na vznik poruch příjmu potravy

Výskyt poruchy příjmu potravy je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor. Krch (2004, s. 15) mluví o tom, že v souvislosti s rozvojem PPP je poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie a některé další nedostatky v rodičovské péči. Z praktického hlediska je významná skutečnost, že rodiče, kteří jsou v konfliktu nebo dokonce chybí, nemohou dceři zajistit ani pravidelné jídlo. Stejně tak často nejsou schopni přiměřeně spolupracovat při řešení dceřina problému.

„Z hlediska vzniku PPP je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů.“ (Krch, 2004, s. 15)

Trapková a Chvála (2004, s. 92) mluví taky o to, že vliv ze strany rodiny mohou mít i stravovací návyky v rodině. Například v některých rodinách není zavedeno společné stravování. „Známe to z rodin matek, které samy trpí bulimií, společnému jídlu se vyhýbají a pak se přejídají tajně o samotě. Nestoluje se také v rodinách, kde prostě žádný režim neplatí. Každý tam jí, jak se mu zachce, odnese si jídlo do svého kouta, pokoje nebo až do postele k televizi, aby se oddělil od ostatních důkladně i zvukovou clonou. (Trapková, Chvála, 2004, s. 92)

U dívek může být spouštěcím faktorem taky patologické chování ze strany matky. Poněšický (2004, s. 117) popisuje případ, kdy: „Na základě defektního sebehodnocení matky, jejího vlastního neuspokojeného života či neuspokojujícího manželství, se začne odvíjet symbiotický vztah mezi matkou a dcerou. Dcera tím dostává do vínku za úkol uspokojovat frustrované potřeby a přání matky, jindy má být zprostředkovatelkou v konfliktech mezi otcem a matkou, jindy se opět stává společnicí matky v jejím boji proti otci, proti jeho sexuální žádostivosti, stává se její důvěrníci.“ (Poněšický, 2004, s. 117). Poněšický (2004) dál mluví o tom, že takový vztah do budoucna může být problémem, kdy se dívka bude chtít od matky odtrhnout, a navázat vlastní vztah, o intimním styku může být mylně informována.

To, že rodina může být rizikovým faktorem při vzniku některé z poruch příjmu potravy potvrzuje například i Papežová (2004, s. 292). „Problémy ve vztazích rodič – dítě vidáme v posledních letech u případů anorexie vznikající ve středním věku, kde se projevuje strach ze stárnutí a přetrvávající závislost na rodičích. Pacientky jsou neschopné zvládnout nezávislejší životní styl a projevuje se u nich i strach ze stárnutí jejich rodičů. Tyto případy mohou vyústit v obtížně léčitelné formy anorexie. Problémy se separací od nukleární rodiny u adolescentních dívek jsou v literatuře diskutovány poměrně často.“ (Papežová, 2004, s. 292)

2.4 Jak může rodina pomoci

Rodina by měla být ta, která se bude snažit pomoci pacientce s poruchou příjmu potravy, a díky které se nemoc může lépe zvládat. Krch (2010) má spoustu rad pro rodinu postiženou některou ze vzpomínaných poruch.

- Neustupovat anorexií, nepřístupovat na žádné výmluvy, že dcera, nebo manželka nemůže jíst, že si musí sama připravovat jídlo.
- U velmi vyhublých žen a dívek je třeba zvážit hospitalizaci ve specializovaném zařízení zabývající se poruchami příjmu potravy.
- Být trpělivý, snažit se nesoutěžit s pacientkou, kdo je na tom hůř.
- Mít své blízké rád pro ně samé, ne pro jejich vzhled, váhu, krásu nebo úspěchy.
- Podporovat v pacientce pocit vlastní důležitosti a důstojnosti tím, že budou podporovat její osobní zodpovědnost.
- Nespoléhat se na to, že se povede dceři, nebo partnerce anorexii nebo bulimii vymluvit.
- Je třeba pamatovat na to, že rodina sama o sobě poruchu příjmu potravy nevyvolává, ani neléčí, ale může výrazně přispět k vyléčení nemocného.
- Nenechávat svůj život zbytečně narušovat hádkami s nemocnou, obviňováním a nezvladatelnými emocemi. Je třeba učit se zvládat úzkost a obavy.

2.5 Komunikace v rodině

Komunikace je velice důležitou částí rodinného života. „Komunikace, resp. jednotlivé komunikační akty, jsou udržovateli vztahu a zároveň indikátory jeho kvality. Přehled komunikačních aktů umožňuje usuzovat na povahu vztahu. Komunikace však může zastírat povahu vztahu, pokud se např. souběžně adresátovi komunikace posílají zprávy protichůdnými významy.“ (Matoušek, 2014, s. 65)

„Rozhodujícími aspekty komunikace, ať už verbální nebo neverbální, jsou jasnost, přímota a množství komunikačních signálů, které si členové rodiny vzájemně vyměňují, a

také dostupnost a otevřenost příjemců komunikace. Komunikovat lze emocionálně (vyjadřování pocitů), instrumentálně (souvisí s pokračujícími a nezbytnými činnostmi v běžném životě) nebo jiným způsobem (např. vyjádření názoru na umělecké dílo).“ (Barker, 2012, s. 73-74)

V komunikaci může být problém, v tom, že ne vždy může druhá strana pochopit význam toho, co se mu někdo jiný snaží říci. Gjuríčová a Kubička (2009, s. 76) to vysvětlují tak, že zatímco komunikace pouze o vztazích možná je, komunikace o věcech nevypadá tak, pouze pokud ji abstrahujeme do kontextu. To znamená, že lidé nevědí co tím myslí, pokud mluví o „věcné komunikaci“, můžou se shodnout na pravidlech o tom, co „věcný údaj“ je. Vědomí vztahového významu každé komunikace je pak jedním ze základů rodinné terapie.

3 Život s poruchou příjmu potravy

3.1 Cíl práce

Výzkumná část práce se zaměřuje na možnou roli rodiny v multikauzální etiologii poruch příjmu potravy. Cílem práce je zmapovat základní *faktory rodinného systému, které ovlivňují vznik, průběh a úspěšnost léčby PPP*. Shodně s cílem práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

3.2 Výzkumné otázky

VO1: Je rodina motivačním faktorem zahájení aktivního řešení PPP?

VO2: Existují laické aktivity, činnosti přispívající k léčbě?

VO3: Mění se vztahy uvnitř rodinného systému v průběhu onemocnění?

VO4: Poskytuje rodinné prostředí podmínky pro uzdravení?

3.3 Metodika práce

Metodou kvalitativního výzkumu je polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí Hendl: „Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Kvalitativní výzkum je orientován na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků.“ (Hendl, 2005, s. 63). U polostrukturovaného rozhovoru podle Miovského (2006, s. 160), přikládáme vnějšímu prostředí větší váhu kvůli zachování autentičnosti a přirozeným projevům účastníků rozhovoru.

Cílovou skupinou jsou ženy, které si nemoci procházely v době, kdy již byly plnoleté, a měly partnera, nebo i děti. Vzhledem k citlivému tématu a zvláštnostem cílové skupiny byla pro sestavení výzkumného vzorku stanovena metoda sněhové koule (Snowball sampling method). Čtyři respondentky znám osobně. Myslím si, že otevřít se úplně cizímu člověku je těžší. Zbylé 2 respondentky byly osloveny prostřednictvím internetového portálu, který se zabývá poruchami příjmu potravy. S jednou z nich jsem se sešla osobně, s druhou rozhovor proběhl přes e-mail, protože bydlí 200 km daleko. Se třemi respondentkami jsme se sešly u nich doma, se dvěma u mě doma. Respondentky nechtěly, aby někdo mohl zaslechnout rozhovory, proto jsme zvolily tato místa výzkumu. Některé rozhovory byly na začátku trochu rozpačité, avšak nakonec byly opravdu příjemné, ač jsme si nepovídaly zrovna o hezkých věcech. Všem respondentkám jsem slíbila zachování anonymity bez možnosti je dohledat. K rozhovorům docházelo od září 2017 do prosince 2017. Jména respondentek jsem na jejich žádost změnila. Všechny respondentky jsou plnoleté, ve věku od 27-40 let. Doba trvání nemoci je taky různá, od 1 roku po 15 let. Doba, která uplynula od nemoci, se pohybuje od 4 do 14 let.

3.4 Rozhovory s respondentky

Všech 6 respondentek jsem nejdříve nechala, ať mi sami popíšu důvody a průběh nemoci, jak se léčily, a v jaké situaci se nacházejí dnes. Pak jsem realizovala samotný rozhovor, a následně jsem rozhovory zpracovala. Z etických důvodů byla jména respondentek změněna.

Respondentka č. 1 – Ema

162 cm, nejnižší váha 41 kg, mentální anorexie purgativního typu, 30. let.

Počátek anorexie začal ve 24 letech. Bojovala s ní 3 roky. V původní rodině měli naprosto normální jídelní zvyky, žádné diety se u nich nedržely. V době onemocnění žila s přítelem a jejich společnou dcerou. Příčinu vidí v problematickém vztahu s tehdejšími partnerem. Ten upřednostňoval velmi štíhlé ženy, když viděl ženu s více kily, tak ji nevybíravě komentoval. Před Emou byl zamilovaný do jedné dívky, se kterou ji podváděl již

na začátku jejich vztahu. S tím se Ema nedokázala srovnat. Ema byla taky vždy hubená, ale propuklo u ní onemocnění štítné žlázy a kila šla nahoru. V průběhu 2 měsíců přibrala 12 kil. Navíc se tou dobou nestravovala zrovna zdravě, na denním pořádku byla Cola, smažená jídla apod. Přítel začal mít řeči na její „vanu“ a chtěl, aby zhubla. Ze strachu, aby o něho nepřišla a aby si nenašel hubenější ženu, a hlavně, aby zase nechtěl svoji bývalou lásku, začala omezovat jídlo. Nejdříve jedla menší porce, pak například vynechávala večeře. Bohužel hubnout se jí nedařilo a cítila frustraci. Jednou ji napadlo, že by jídlo mohla vyzvracet. Napoprvé se jí to nepodařilo, pak si našla způsob, jak to udělat. Chtěla zvracet jen výjimečně, když měla pocit, že snědla moc jídla. Pak přišlo období, kdy hladověla, nebo se přejídala a zvracela. Toto období se podepsalo na jejích zubech, vlasech, měla tachykardii, často na Emu šly mdloby. Kupodivu i při nízké váze jí nikdy nevymizela menstruace. V období, kdy hladověla, jedla například dva rohlíky denně, nebo jedno jablko. Naopak v období přejídání byla schopna se přejíst a zvracet i 5 krát denně. Snědla například svíčkovou s 10 knedlíky, k tomu 5 namazaných rohlíků, čokoládu a pak to všechno šla vyzvracet. Chtěla pouze trochu zhubnout, ale úplně se jí to vymklo z rukou. Nejdříve se chtěla dostat na váhu 50 kg. Pak dostávala komplimenty o své štíhlosti, a dávala si nové cíle- 48 kg, 45kg. Nejvíce toužila po 40 kilech, ale to se jí nikdy nepodařilo. Začala zneužívat projímadla, ale používala je maximálně dvakrát týdně. Nechtěla si vypěstovat závislost. Postupně, kdy si začalo okolí všimnout, že zhubla, začaly hloupé řeči. Po tom, co se svěřila kolegyni, šla k obvodnímu lékaři, který jí dal doporučení k psychiatrovi. Kolegyně to však říkala všude, kam přišla, říkala ostatním kolegům, ať se s Emou nebaví, protože je „pošahaná anorektička“ V práci Emě nastalo špatné období, kdy na ni ostatní koukali špatně. V jídelně jí kuchař odmítl nabrat jídlo, a přede všemi jí řekl, že by to stejně zvracela. Dodnes s kolegy udržuje pouze formální vztahy, protože toto období hodně změnilo, ale jako plus Ema uvádí to, že aspoň zjistila, kdo je přítel a kdo ne. S kolegyní, která všem řekla o nemoci, se už ani nepozdraví.

Psychiatřička, ke které začala chodit, jí předepsala medikaci a doporučila měsíční hospitalizaci, kterou Ema odmítla, a domluvily se na vedení jídelních záznamů, a na psychoterapii. Na tu chodila téměř 2 roky. K psychiatřičce po několika měsících přestala chodit, protože v tom neviděla smysl, nechtěla brát léky a záznamy o jídlu si hodně přibarvovala, protože nechtěla přiznat pravdu. Doba léčení byla dobou, jako na horské dráze. Malé úspěchy v jídlu střídaly pády. Jeden den jedla normálně, další zvracela. S projímadly dokázala skončit ze dne na den, necítila bez nich žádné potíže. Na začátku léčby si dávala krátkodobé cíle, například vydržet 3 dny bez zvracení, pak týden, poté 10 dní, 14 dní. Nedalo

se s tím přestat ze dne na den. Emu pak vyhodili z vysoké školy a navíc se projevíly silné deprese, přála si umřít. Přemýšlela nad tím, jak se zabít. Měla dokonce vymyšlené, jak to udělá. Dnes se považuje za víceméně vyléčenou, i když není úplně spokojena se svým tělem, a neví, zda někdy bude. Naučila se ale pravidelně jíst a pravidelně cvičit. Občas se zvaží, ale radši svoji váhu nechce vědět, protože nechce, aby znova začal celý kolotoč hladovění, přejídání a zvracení. Období anorexie u Emy trvalo 3 roky, z toho 2 se z ní snažila vyléčit.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„U mě ty momenty byly vlastně dva. Poprvé to bylo, když jsem jednou šla spát, a najednou jsem měla šílenou tachykardii. Měla jsem v tu chvíli pocit, že je se mnou konec. Toto se mi stalo asi 3 krát a pokaždé jsem byla kousek od toho, abych si volala záchranku. Druhým momentem bylo, když jsem se jednou zase přejedla a šla zvracet a přišla za mnou dcera a zeptala se mě: „Mami, ty už jdeš zase blinkat?“ To mě zasáhlo. Dceři byly tenkrát 4 roky a vůbec jsem netušila, že si toho všeho všímala. Tehdy mi došlo, že to musím začít řešit. A navíc jsem už na nic neměla sílu. Zpětně nechápu, jak jsem mohla takto žít. Obdivovala jsem na sobě kostnatá ramena, každý den jsem kontrolovala, zda mi jsou kosti vidět. Brečela jsem nad tím, jak jsem tlustá, a přitom jsem měla 41 kil. Měla jsem v hlavě jakoby 2 osoby, jedna mi říkala, že jsem hubená, viděla jsem to v zrcadle, a druhá mi říkala, že jsem tlustá, hnusná.“

2. Které činnosti Vám pomáhaly při léčení?

„Hodně mi pomáhaly procházky, nebo si pustit nahlas hudbu. Pomáhalo mi to zahnat chuť se přejíst a jít zvracet. Taky mi pomáhalo mluvit se svoji psychoterapeutkou. I když to není něco, co mě vyléčilo, pokaždé po odchodu z její ordinace mi bylo o něco lépe. Jsem ji vážně vděčná. Ještě mě napadla jedna věc, která mi pomáhala, a to bylo moje tehdejší studium na VŠ. Ač jsem to zvládala, jak se říká „s odřenejma ušima“, tak po každé úspěšné zkoušce jsem se cítila strašně nabitá energií, neměla jsem problém odměnit se například obrovskou obloženou bagetou. Pak mě ze školy vyhodili a bylo to ještě horší. Mrzí mě, že u anorexie neexistuje lék, který by vám pomohl třeba během pár dní, jako je to například u chřipky. Když jsem se z nemoci snažila „vyhrabat“, pomáhalo mi trochu si zacvičit, protože jsem pak měla mnohem menší výčitky z jídla.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Moji rodiče o nemoci dodnes nevědí, protože když jsem onemocněla, bydlela jsem daleko od nich, s přítelem a dcerou. Babička něco tušila, ale nikdy jsem ji to nepotvrdila, protože jsem nechtěla, aby se trápila. Před onemocněním jsem měla s přítelem konflikty kvůli jeho bývalé lásce. Několik let jsem se jí snažila podobat, nebo možná spíše vyrovnat. Ona je vysoká a štíhlá, já byla vždy malá a taky štíhlá, ale ne tak, jak ona. Měla jsem z ní mindráky. I když přítel říkal, že je to mezi nimi dávno pryč, nevěřila jsem mu. Dohnalo mě to až k anorexii. Nechci svého, teď už bývalého partnera ze své nemoci vinit, ale má na tom značný podíl. Když jsem onemocněla, tak bylo vidět, že přítele mrzí, že jsem ze snahy být mu dobrá přestala jíst. Začal se o mě víc zajímat, třeba si se mnou sednul k jídlu a dohlížel na to, abych jedla. Řekla bych, že nemoc nás na jistou dobu více sblížila, a snad si uvědomil, že na tom měla taky svůj podíl.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Myslím si, že se partner mohl trochu více zajímat. Nemyslím ani tak co se týče jídla, ale někdy jsem se potřebovala jen vypovídat. Myslím si ale, že on vlastně ani moc nevěděl, co má dělat, neměl s tím zkušenosti.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Partner byl asi jediný, co mě nesoudil. Okolí se chovalo dost otřesně. V práci se jednou na obědě u stolu vedle mě na celou jídelnu bavili kolegyně o poruchách příjmu potravy a hodně uráželi dívky, které nemocí trpí. Bylo to samozřejmě mířené na mě, jen mi to neřekli do očí. Partner takové podrazy nedělal a to si cením. Taký se snažil vařit lehčí jídla, žádné smažené, které bych tou dobou opravdu nesnědla, protože jsem se bála, že budu tlustá. Bylo fajn, že když jsme byli doma sedli jsme si ke stolu a najedli se spolu. Pak to šlo o něco lépe.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Myslím si, že přítel nemusel poslouchat za záchodovými dveřmi, jestli nezvracím. Přišlo mi to ponižující. Taký mi partner pár dní normoval jídlo. To mě tenkrát opravdu vytočilo. Dnes ale chápu, že to musel udělat, protože když jsem se přejídala, snědla jsem jídlo za hodně peněz. V té době to bylo dost ponižující. A neuvěřitelně mě vytáčely poznámky

typu: „konečně jsi přibrala“, nebo „už se konečně zakulacuješ“. Anorektičce to říkat prostě nemůžete. Ona nechápe, že vypadá líp. Slyší to, že je prostě tlustá.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

„Motivací pro mě byla moje dcera. Nechtěla jsem, aby přišla o mámu. Taky jsem nechtěla přijít o přítele. A chtěla jsem dostudovat, ale v době nemoci jsem na to neměla sílu. V neposlední řadě, mi byla pořád zima. I v létě jsem spala v teplácích a mikině, pod dekou a péřovou peřinou. Sex byl naprosté tabu. Dále mi strašně padaly vlasy. V neposlední řadě jsem měla šílené deprese a myšlenky na smrt. Nechtěla jsem už takto dál žít. Fakt jsem se chtěla zabít. Denně jsem řešila jen jídlo a smrt. Taky jsem chtěla, ať mě přestane každý řešit. Doteď jsem nepochopila, jak si vůbec někdo cizí může dovolit řešit moje tělo. Například cizí paní v obchodě mi řekla, ať se najím, protože vypadám strašně. Já bych si to k nikomu nedovolila.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„Myslím si, že určitě. Jsem ráda, že jsem měla v té době partnera a dceru. Neumím si představit, že bych s anorexií bojovala sama. U této nemoci je třeba mít vedle sebe někoho, s kým o tom můžete mluvit, komu se vypovídat.“

Respondentka č. 2 – Monika

171 cm, nejnižší váha 45 kg, mentální anorexie restriktivního typu, 27 let.

Monika začala trpět anorexií ve svých 18 letech, zhruba do svých 22 let. Pochází z úplné rodiny, má 2 bratry. Její máma kdysi trpěla taky anorexií. V tom vidí počáteční příčinu ve svých problémech s jídlem. Jako malá měla problémy jíst maso, protože matka ho taky odmítala. V pubertě hůře nesla to, jak se její tělo vyvíjelo, ale s jídlem moc problém neměla. Byla sportovně založená a sportem si postavu udržovala. Zlom nastal, když odešla bydlet na internát. Bylo jí 18 let, a najednou nebyl nikdo, kdo by jí diktoval, co má jíst, kdy má jíst, všechno si řídila sama a líbilo se jí to tak. Během zkouškového období jedla velice málo, protože byla ve velkém stresu. Zhubla pár kil, a začala chtít pořád víc. Našla si partnera, a začali spolu bydlet. On si problému s jídlem nejdříve vůbec nevšímal. Štíhlé dívky sám preferuje. Sama neví jak, ale najednou přišlo období, kdy téměř nejedla, a opravdu hodně cvičila. Každý den aspoň hodinu běhala, a hodinu posilovala. K tomu chodila na volejbal. Ač

měla nedostatečnou výživu, měla hodně energie. Byla hrdá na to, že je tak zásadová a má všechno pod kontrolou. Od mala byla perfekcionistkou, chtěla být ve všem co nejlepší, když to nešlo, cítila se méněcenná. Postupně si však přítel začal všimnout, že se Monika jídlu vyhýbá. Ona se vymlouvala, že jedla jinde, nebo se nají později, ale to už jí nevěřil. Jednou se hodně kvůli jídlu pohádali, protože se mu její vyhublost nelíbila. Následovala hádka s rodiči.

Monika se pak uvědomila, že musí začít jídlo řešit. Psychologickou pomoc odmítla, považuje ji za ponižující. Vždy chtěla všechno zvládnout sama. Svoje léčení začínala tak, že si nejdříve pár týdnů dopřávala aspoň vydatnou snídani. Ostatní jídla nezvládala, byla ráda za snídaneň, protože věděla, že kalorie přes den spálí. Pak začala jíst i obědy a večeře, ale pouze v malých porcích. Místo klasických čtyř knedlíků na porci snědla například jen jeden. Po tom následovalo zbesilé cvičení. Asi po roce a půl léčení bojování s jídlem se už zvládla najíst prakticky normálně- má klasické porce, svačiny. Dlouho ale musela mít každý den pohyb, jinak měla pocit, že si jídlo vlastně nezaslouží. Asi 5 let považuje anorexii za uzavřenou kapitolu.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„Když přijela na návštěvu máma s tátou a všimli si, že jsem hodně zhubla a že to takhle nejde a začali to se mnou řešit. Dále navazovalo kritické hodnocení od přítele, kterému se také líbí hubenost, ale prý to bylo až moc.“

2. Které činnosti Vám pomáhaly při léčení?

„Uvědomění si, že je člověk opravdu v problému a říct si a hlavně uvědomit si v hlavě, že tohle už nechci. Pomáhalo mi cvičení a volejbal, který hraji od mala. Když jsem si přes den zacvičila, neměla jsem takové výčitky z jídla. Nebo aspoň hodinové procházky. Dodnes, i když prší, tak na procházky chodím. Pomáhá mi to nemyslet na kila, na jídlo.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Před nemocí jsem měla s rodiči normální vztah, asi jako každý jiný. Když si pak všimli, jak jsem hubená, vztahy byly napjaté, většinou probíhala kontrola a nucení jídla. Přítel to zas až tak neřešil, jen občas řekl, že jsem až moc hubená. Po určité době přišlo od rodičů

vyhrožování, že pokud se to nezlepší, tak půjdu bydlet k nim, kde si mě už ohlírají. Asi dva měsíce jsem s nimi pak nekomunikovala, protože mě prostě nebavili.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Rodina v tomto případě nehraje až zas tak velkou roli. Nemocná osoba si to musí urovnat v hlavě sama. A čím víc se mi rodina snažila pomoci, tím víc jsem se stavěla proti tomu.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Nejvíce mi pomohla v tom, že to rodina přestala řešit. Už se to nedalo dokola poslouchat. Neposlouchala jsem nic jiného, než že mám začít pořádně jíst, že vypadám strašně, že mají všichni o mě strach. Jsem člověk, který se chce se vším poprat sám.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Psychický nátlak a vyhrožování. Tím mi vůbec nepomáhali, právě naopak jsem dělala natruc. Tato nemoc je kouzelná v tom, že když se vám ostatní snaží pomoci, vy to berete od nich jako zradu. Berete to tak, že ostatní chtějí, ať jste tlustí. Vy vlastně ty lidi od sebe odháníte, nikoho k sobě nepustíte. Všechno berete, jako urážky, s cílem vás vykrmit.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

„Můj osobní úsudek, že nechci celý svůj život počítat jenom kalorie a žít jenom tím, co sním. Okolo toho se točil můj život. Nic jiného nebylo důležité. Já jsem chtěla žít normálně. Chtěla jsem chodit ven, a dělat to, co ostatní a nežít s depresemi.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„V mém případě to byla možná vzpomínka na to, kdy moje matka trpěla tím samým onemocněním a já to jako malá vše vnímala a viděla. To mělo u mě vliv na to, že jsem nechtěla žít stejně. Rodina má vždy vliv, ať chceme, nebo ne.“

Respondentka č. 3. – Julie

172cm, nejnižší váha 50 kg, mentální anorexie a občasné záchvatové přejídání, 35 let.

U Julie propukla anorexie v jejích 18 letech, v posledním ročníku střední školy. Období PPP trvalo asi rok. V rodině neměli ohledně stravování žádné zvláštní zásady. Jedlo se všechno. Jako spouštěcí faktor uvádí rozvod rodičů, který ji zasáhl. V té době bydlela s mámou a měla o 7 let staršího přítele. Ve snaze líbit se příteli začala nejdříve omezovat jídlo, jedla třeba jeden jogurt denně, pak se naopak hodně přejídala, ale nezvracela. Z původních 68 kg zhubla na 50 kg. Tehdejší přítel chodil hodně za svoji expřítelkyní a jednu dobu se Julie naopak ze smutku přejídala, ale nikdy jídlo nezvracela. Pak znovu začala hubnout, protože téměř nejedla. Hubnutí si všimla její lékařka, která se jí snažila pomoci. V důsledku nízké váhy a hladovění skončila Julie na týden na interně, měla potíže se slinivkou a ztratila menstruaci. Pak pokračovala v ambulantní léčbě u psychiatra, dále chodila na individuální psychoterapii, kde se soustředili na vtaah samé k sobě a vztahu k jídlu. Na tyto terapie chodila převážně sama. Součástí terapie bylo taky vedení si záznamů o jídlu. Léčba trvala něco málo přes rok.

Ted' se považuje za vyléčenou. Je šťastně vdaná, má tři děti. Netrápí se nejedením. Ve stresu jí sice míň, ale není to cíleně v souvislosti s poruchou příjmu potravy. Anorexie ji svým způsobem posunula dál. Umí se vcítit do jiných lidí, kteří se svým tělem trápí. Má syna, který má trochu problém s nadváhou, ale umí to s ním řešit a podporuje ho ve zdravějším stylu života.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„Bylo to jednou u mé lékařky, která mi řekla, že pokud budu takto pokračovat, tak možná nebudu mít děti. S někým to třeba ani nehne, ale v té chvíli mi došlo, že mám opravdu problém, a začala jsem to řešit. Neměla jsem v té době menstruaci, tak o dětech nemohla být řeč.“

2. Které činnosti Vám pomáhaly při léčení?

„Cvičení a procházky. Nebylo ale nijak přehnané. Člověk, který se léčí s takovou nemocí si musí nějak zaměstnat mysl, protože jídlo jinak řeší od rána do večera. Řekla bych, že takový člověk je skutečně na pokraji šílenství. Nebo třeba jsme si s mámou po jídlu sedly

k televizi a pak jsem na všechny kalorie moc nemyslela. Na doporučení mojí lékařky, jsem si vedla jídelní deníček. Řekla bych, že i to mi pomohlo, protože jsem pak měla lepší přehled o jídle.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Před nemocí se moji rodiče rozvedli, s přítelem to bylo v pohodě, dokud nezačal chodit za bývalou přítelkyní. Začala jsem se ze smutku přejídat, pak jsem měla výčitky. Když se přítel dozvěděl, jak se s jídlem trápím, snažil se mě hlídat. Koukal, co jím, ale moc mě nemotivoval. V průběhu nemoci jsme se rozešli, on se vrátil k expřítelkyni. S mámou jsem před nemocí měla horší vztah, protože pila. Když se o mé nemoci dozvěděla, vážně se snažila. Měla pod kontrolou dokonce i pití. Nemoc na chvíli sblížila, i když dnes už to znova není nic moc. Zbytek rodiny o anorexii neví. Nebo možná to vědí, ale nikdy jsme se o tom spolu nebavili.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Zpětně si myslím, že mohli chodit se mnou chodit na terapie, víc se angažovat, chodit se mnou k lékařce. Tím vším jsem si prakticky procházela sama. Někdy jsem potřebovala, aby tam někdo se mnou byl, i když to nebylo nic hezkého.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Hodně pomohli s jídlem, s vařením. Nebyli nijak hnusný, nenutili mě k jídlu. Snažili se vařit to, co mi chutná, nemastit.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Jednou máma volala do školy a mluvila s učitelkou o mé nemoci. I když chápu, že to myslela dobře, měla strach, neměla to udělat za mými zády. Jde spíš o to, že nevěděli, co mají dělat. Brala jsem to jako podraz, styděla jsem se za to, že to někdo ví.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

„Motivací bylo mít jednou alespoň 3 děti, mít velkou rodinu a být spokojená. Po tom, co mi lékařka řekla, že bych děti mít nemohla, jsem přehodnotila svůj postoj k sobě, k jídlu.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„Rodina má vždy velký vliv na uzdravení. Je důležité, aby člověk věděl a cítil, že ho rodina podpoří, má ho ráda a chce mu pomoci vše špatné zvládnout.“

Respondentka č. 4. – Sofie

159 cm, nejnižší váha 34 kg, mentální anorexie restriktivního typu, 29 let.

Počátek anorexie začal v 19 letech. V době onemocnění žila s přítelem a zahájila první semestr na vysoké škole. Příčinu vidí v odpoutání se od ochranné rodiny, pod jejímž dohledem byla denně od narození až do maturity (oba rodiče pracovali doma, přístup dosti ochranný až rozmazlující, vztahy možná až nezdravě blízké). Najednou si mohla svůj život řídit sama. I když byla štíhlá, nebyla se svou váhou spokojená. Mimo jiné kvůli bývalé přítelkyni jejího přítele, která byla dost vyhublá, „modelkový typ“. Od počátku vztahu se cítila méněcenná, myslela si, že pro partnera není tak atraktivní jako jeho ex. Partner jí nezavdával příčinu, ovšem ona se s ním neustále srovnávala. Dalším faktorem byla i její genderová nejistota, nikdy se necítila být ženou (ani mužem) a fyzické projevy ženství jí vždy odpuzovaly – ideální by pro ni bylo, kdyby vůbec neměla ženské křivky.

Pochybnosti o svém vzhledu měla ale už od puberty, kdy si prošla šikanou. Příbuzní jí v jejích pochybách utvrzovali. Od svých 13 let se neměla ráda. Už v minulosti se jí podařilo zhubnout, ovšem v rozumné míře. Přejít na vysokou školu byl tedy obdobím, kdy mohla s tímhle problémem svobodně zatočit, a navíc to byla doba plná změn, což tuto velmi labilní a přecitlivělou dívku zasáhlo. Anorexie se stala klíčem ke všemu – bylo to řešení problému s postavou, byla to cesta k ovládnutí celé té nejisté situace (protože jediné, na co se mohla spolehnout, byl hlad a její naplánované asketické jídelníčky) a i zábava ve volném čase. Počítání kalorií, vymýšlení jídelníčků atd.

Takhle to trvalo od října 2008 do dubna 2009. Z původní váhy 48 kg se dostala na 34 kg. Byla navenek šťastnější a extrovertnější, byla plná energie, dokázala se vybičovat k velkým sportovním výkonům, kterým nikdo nemohl vzhledem k její postavě uvěřit. Zároveň byla ale uvnitř zničená. Upadala do těžkých depresí. Neměla žádné vzpomínky a zážitky – jediné, co si z daného dne pamatovala, bylo, že měla jeden tvaroh, jablko a okurku. Padaly jí vlasy. Spala průměrně 5 hodin denně, a to byla dříve velkým spáčem. Při námaze jí bolely klouby. Měla problémy s vyprazdňováním.

Jednoho dne se vše změnilo. Po těžké depresivní epizodě se probudila plná energie a odhodlání, jako kdyby k ní promluvil anděl strážný. Najednou všechno zapadlo do sebe. Všechny starosti o sebe (vlasy, klouby, vyprazdňování), starosti o rodinu, strach z jejich výhrůžek - vše se spojilo dohromady a ona věděla, že je s tou potvornou nemocí konec. A byl. Skončila s tím ze dne na den na konci dubna 2009. V září toho roku se už považovala za víceméně vyléčenou. Neměla sice ještě dobrou váhu a pořád si jídlo trochu hlídala, ale už to nebyla posedlost.

Absolutní konec jakékoliv sebekontroly v restriktivním slova smyslu přišel až o dva roky později, kdy se nadchla pro fitness. Začala jíst víc, aby přibírala na svalech. To se jí povedlo. Pak přestala posilovat a postupně se vrátila do absolutního normálu „neřeším jídlo“. Dnes se považuje za zcela vyléčenou – nehlídá si příjem kalorií, dá si v přiměřeném, někdy i nepřiměřeném množství cokoliv, nemá výčitky, když se přejí. Dnes, po 9 letech má 52 kg. Ráda by měla zpět těch svých 48 kg z dob, kdy začínala hubnout, ale ví, že jí to za tu námahu nestojí.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„Hodně mi padaly vlasy, to mě trápilo. Rodiče se kvůli mně trápili a hádali. Trápil se i můj přítel, kterého jsem navíc přestala přitahovat. Ale samo o sobě by mě to asi nedokopalo. Hlavní impulzy byly dva – jeden pragmatický a druhý dosti duchovní, spirituální, těžko popsatelný. Začnu od toho druhého, který se chronologicky odehrál dříve – během anorexie jsem trpěla depresemi. Zvykla jsem si je vždy zaspát. Jednoho dne, byla ta deprese zvlášť silná a neměla jsem daleko k sebevraždě. Usínala jsem s pocitem, že vše je ztraceno. A jako by mě nějaká vyšší síla vyzvedla ze dna – vzbudila jsem se plná energie, radosti, najednou bylo vše v pořádku. Zlomilo se to. Hned jsem se šla najíst, dokonce jsem si i po víc než měsíci došla na velkou. Od toho okamžiku jsem na tom začala pracovat. Dalším momentem bylo převážení na gynekologii, kvůli ztrátě menstruace. To už jsem měla sice 3 kg nahoře, ale pořád byla váha tristní. Sestřička si mě dost vychutnala, ale doktor mě podržel a moc hezky si se mnou promluvil, dodalo mi to sílu. Sice jsem už byla plnoletá, ale moje mamka chodila ke stejnému doktorovi, tak jsem měla strach, že jí to napráskají. Od té chvíle jsem se začala ládovat ostošest.“

2. Které činnosti Vám pomáhaly při léčení?

„Odmítla jsem jíst nezdravá jídla, jedla jsem pořád víceméně zdravě, ale ve větším množství. Už jsem to měla v hlavě srovnané – ono „osvícení“ – takže s tím problémem nebyl. Pár měsíců jsem se srovnávala, jak váhově, tak stravou. Musela jsem se znovu naučit, jak se má jíst, co to znamená „porce“ atd. Ale vzala jsem to dost vědomě a racionálně, od podlahy. Vedla jsem si záznamy o jídle. Jak se to zlomilo, už nebyl problém.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Vztahy s rodiči před anorexií velmi vřelé, během anorexie vypjaté (hádky, podstrkování jídla, vyhrožování hospitalizací), po anorexii v něčem vřelejší než dříve, v něčem nalomené. Je to ví než 8 let od doby, kdy jsem se z toho dostala, ale dodnes, když na tohle téma narazíme, dojde na slzy. Když jsem pak přestala jíst maso a omezovat další živočišné produkty, hned byli ve střehu, řešili, zda to není kvůli hubnutí atd. Přítel to se mnou vydržel a nevyčítá mi to, za což si ho moc vážím. Ví, že ho to hodně trápilo, dokonce hrozilo, že si najde bokovku, protože jsem ho odpuzovala. Do hlavy mu nevidím, možná něco bokem bylo, ale vydržel to se mnou, byl tolerantní a vždy se ke mně choval hezky. Těžko u něj hodnotit před-během-po, protože ten vztah se vyvíjel a vyvíjí i bez ohledu na tuhle nemoc – to nedokážu objektivně analyzovat.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Nic. Anorektik je jako narkoman. Chce svoji drogu a udělá pro to cokoliv. Lže, zrazuje své blízké, je to zmetek, co si jde za svým cílem. Dokud se mi to nestalo, říkala jsem si: „Proč s tou holkou její rodiče něco neudělali? Co to musí být za rodinu, že to došlo tak daleko?“ Ale teď vím, že se s tím moc udělat nedá.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Můj táta mi pomohl v tom, že mi vyhrožoval hospitalizací. Tehdy mě to zraňovalo, ale byla to pro mě velká výstraha, kterou jsem podvědomě vnímala. Sice jsem už byla plnoletá, ale pořád jsem žila u rodičů, byla jsem na nich existenčně závislá. Kdybych to neukočírovala, možná by mě i přestali finančně podporovat a vyhodili by mě. To byla velká hrozba. Mamka mi pomohla pozitivně – vždy, když jsem potřebovala a byla jsem na dně, mě podržela, totéž i přítel.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Těžko říct, toto je tak složitá a pro okolí bezvýhodná situace, že to asi nedokážu vystihnout. Co mi ale vadilo, a to nejen od blízkých, ale i od širšího okolí, bylo období přibírání při rekonvalescenci. Nesnášela jsem se, připadala jsem si jako tuleň, i když jsem v reálu byla štíhlá. Oni to mysleli dobře a říkali mi: „Teď ti to moc sluší, jak ses zakulatila... a ty tvářičky máš konečně buclatý.“ To jsem měla chuť se na to všechno vykašlat a začít znovu hubnout. Kdyby to nekomentovali, udělali by líp. Je to myslím pro každou holku, která si tímhle prochází, hodně těžké období a hodně citlivé téma.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení

„Váha pořád klesala, i když už jsem to chtěla zarazit – najednou jsem to neměla pod kontrolou. A mít své tělo pod kontrolou, to byl právě onen první spouštěč anorexie. Najednou se mi to začalo hroutit. Měla jsem strach, že už to nezarazím. Že mi vypadají všechny vlasy. Že se rodiče utrápí, rozvádají a třeba se kvůli mně i rozvedou. Malý bráška, který se téhle hrůzy musel účastnit. Přítel, který měl vedle sebe chodící mrtvolu, kterou nemůže opustit, i když ji už třeba i za to všechno nesnáší. Prostě jsem chtěla, aby už bylo všechno zase v normálu, abych už netrápila své blízké ani své tělo, a aby mě neřešil každý soused, bratr bratrance mého dědy a kdovíjaký další cizí člověk.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„Ano, měla, jednak jejich vyhrožování, dále jejich pomoc a jejich utrpení. Kdybych je neměla, kdybych v té době byla sama, tak se z toho nedostanu.“

Respondentka č. 5. – Adéla

176 cm, nejnižší váha 60 kg, mentální anorexie, mentální bulimie, 40 let.

Adéla měla život zhruba do 10 let v pořádku. Pak ji umřel otec a máma si po čase našla nového muže. Matka byla zaměřená na výkon, a to samé požadovala i po dceři. Otčím pak začal Adélu zneužívat. Ze smutku se začala přejídat. Matka o zneužívání nechtěla nic slyšet, nevěřila jí to. Bránila svého manžela a ze strany Adély to brala tak, že ji nový otec prostě vadí. Zneužívání trvalo zhruba do 15 let. Tehdy zneužívání přestalo, protože se začala vyvíjet, a otčíma už nepřitahovala. Začala postupně přibírat, dospívala, tělo se stávalo ženským. Tak to bylo do jejich 18 let. Pak začala hubnout, protože už nechtěla být tlustá, a navíc jako plnoletá měla pocit, že ji do života už nemá co kdo mluvit. V průběhu dvou měsíců

se ji povedlo zhubnout 25 kg. Málo jedla, cvičila a běhala. Nová postava zvýšila Adéle sebevědomí, přitahovala zájem mužů, a její chování hraničilo s promiskuitou. Chodila klidně i se třemi kluky najednou. Přestala zvládat jídlo, ovládala jí touha nepřibrat. Anorexie střídala bulimií.

Pak si našla muže, za kterého se i vdala a mají 2 děti. S manželem se jí její potíže dařilo zvládat, i když byla i období, kdy se opět přejídala, nebo hladověla. Hospitalizovaná s poruchou příjmu potravy nebyla, ale léta chodila k psychiatrovi ambulantně, a docházela i k psychologovi, což jí podle jejich slov pomáhalo. Dodnes má potíže s jídlem, někdy se jí nedaří jíst pravidelně, ale váhově je v pořádku. Léta boje s poruchou příjmu potravy ji naučila, jak se má jíst, umí velikosti porcí, a to jak by se mělo jíst. V rámci možností se tím řídí. Střídání mentální anorexie a mentální bulimie trvalo téměř 15 let, s přestávkami, kdy se jí dařilo PPP zvládat.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„Svoji nemoc jsem si uvědomovala prakticky celou dobu, a asi ani nemám žádný moment, kdy mě „osvítilo“. Neměla jsem nikdy nijak zkreslený pohled na sebe, nemoc jsem si vždy uvědomovala. Mám děti, tak hlavně kvůli dětem jsem se chtěla vyléčit. Nechtěla jsem, aby se dívaly na nemocnou mámu, protože rodiče by měli být svým dětem příkladem. Když dítě uvidí, že máma s nimi nejí, nebo jí málo, bude ji napodobovat.“

2. Které činnosti vám pomáhaly při léčení?

„Pro mě bylo důležité něčím se zaměstnat, abych po jídle neměla výčitky, a nešla ho vyzvracet. Důležité pro mě bylo si ráno zacvičit, pak jsem den zvládala. Hodně mi vždy pomáhala voda, plavání. Běhat už nemůžu, protože po těch letech s poruchou příjmu potravy mám potíže s klouby, tak aspoň plavu, a jsem ráda, že mám aspoň nějaký pohyb. A hodně mi pomáhala moje práce, a setkání s psychologkou.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Matka byla vůči mojí nemoci hluchá a slepá. Byla zaměřená na výkon, vychovávala mě dost tvrdě. Dodnes dobré vztahy nemáme, a neměly jsme ani předtím. Vztah s matkou považuj za zásadní, všechny křivdy se se mnou táhnou celý život. Možná, kdyby žil otec, tak

by všechno bylo jiné. S manželem to bylo před tím, než se to dozvěděl dobrý, v průběhu nemoci to bylo jak kdy. Někdy, když mu docházela trpělivost, tak to bylo zlý, ale vždy stál při mně. Co se týče dětí, tak ty o tom neví.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Především matka se měla zajímat. Neměla jsem tehdy komu věřit. Já jsem vždy stála za svými dětmi. Moje matka za mnou nikdy nestála. Partner podle mě nemohl udělat víc. On se vážně snažil ve všem mi pomáhat. Sám měl co dělat, aby se s tím vypořádal, protože se s anorexií předtím nesetkal. Chlapi to berou prostě jinak než ženy. Poruchy příjmu potravy jsem přeci jen víc ženskou záležitostí.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Asi se budu opakovat, ale nejvíc mi manžel pomáhal v tom, že stál při mně a bylo se o koho opřít. Vždy mě ve všem podporoval. Nejen v jídle. Totéž bych potřebovala od matky, ale nedočkala jsem se.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Můj manžel neuměl říct mírně, co ode mě požaduje. To, co chtěl, mi nařídil. Teď už se naučil podat tak, aby to bylo únosné. Když mi povelím řekl, ať se jdu nasnídat, tak jsem se více zatnula. Důležité je umět říct, co člověku vadí a naučit se komunikovat. Když toto lidi navzájem umí, je všechno jednodušší.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

„Jednoznačně moje děti. Když jste rodič, tak podle mě jde sobectví stranou, a člověk už přirozeně nemyslí jen na sebe. I když se najdou výjimky, jako moje matka. U mě jsou děti na prvním místě. Taky jsem chtěla vést normální život, nemít pořád ty temné depresivní myšlenky.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„Samozřejmě, že rodina má vliv a to podle mě u jakékoliv nemoci. Sám člověk prostě některé věci zvládá hůř. Manžel se snažil, mohla jsem si s ním o tom povídat, vybrečet se mu, a děti mi pomáhaly už jen tím, že byly.“

Respondentka č. 6. – Lucie

179 cm, nejnižší váha 53 kg, mentální anorexie purgativního typu, 29 let.

Problémy s jídlem začala mít Lucie již v 16 letech, avšak do světa anorexie se dostala ve svých 21 letech. Byla vždy hodně vysoká, a tudíž vážila více než ostatní dívky, což v ní vzbuzovalo pocit, že by měla něco změnit. Spolužáci se jí posmívali. Od té doby se to s ní táhlo, kolísalo to jako na horské dráze. Občas už si myslela, že má vyhráno, někde hluboko vzadu v hlavě věděla, že ne. Dokud nezačala s nynějším přítelem, nikdo o tom netušil, vše se dalo schovat, před ním už ne. Přestěhovala se k němu, a když se o problémech s jídlem dozvěděl, začal ji vyhrožovat, že o tom řekne její rodině, což by jí zničilo, tak se pokusila začít normálně jíst, ale nešlo to. Měla fáze, kdy byla schopna nejíst, protože se cítila hrozně provinile, jindy se záchvatově přejedla a pak to vyzvracela. Přidaly se problémy se žaludkem, na které brala prášky. Psychologa i psychiatra odmítala navštívit, protože jí to přišlo ponižující. Příklad ji zařídil návštěvu kineziologa, ke kterému pár týdnů docházela. Ten jí opravdu pomohl. Pomalu se začal měnit její vztah ke svému tělu. Pořád ale měla potíže s některými potravinami, jako je například maso, tučné sýry, tučné jogurty. Luciina blízká kamarádka je veganka. Veganství ji vždy bylo hodně sympatické a postupně začala i ona přecházet na veganskou stravu. To bylo zlomem v boji a anorexií. Na začátku zařadila hodně zeleniny, ovoce, přidávala pak lehčí potraviny, po kterých se necítila plná. Po několika měsících už byla schopna jíst plnohodnotnou veganskou stravu. Ač je často nařčena z toho, že má pořád potíže s jídlem, protože nejí maso ani jiné živočišné produkty, toto tvrzení odmítá. Veganství ji svým způsobem zachránilo život. Dnes už zvládá i pocit sytosti bez výčitek, kaloricky jsou její jídla v pořádku. S přítelem je pořád a plánují rodinu. Období anorexie trvalo 3 roky.

1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

„Bylo to jednou, když jsem byla na procházce a bylo mi na omdlení. Myslela jsem si, že ani nezvládnou přijít domů, tak jsem volala příteli, ať pro mě přijde. Byl hodně naštvaný. V té době jsem měla výčitky i z džusu. Neměla jsem menstruaci a bolelo mě snad všechno. Věděla jsem, že to už dál takto nejde. Do toho všeho jsem měla deprese, neměla jsem už sílu pokračovat.“

2. Které činnosti vám pomáhaly při léčení?

„Na internetu jsem si hledala různé rady, jak zaměstnat mysl, když máte černé myšlenky o jídle. Radili například jít si nalakovat nehty, jít ven, prostě dělat něco, abych na to všechno nemyslela. To mi ale pomáhalo jen na chvíli. Nakonec mi hodně pomohlo právě veganství, i když to hodně lidí odsuzuje. Veganská strava je taky plnohodnotná, pokud víte, jak na to, nic vám nemusí chybět. Jedla jsem to, co mi chutnalo, a po čem jsem se necítila plná. Přítel na to nejdříve měl řeči, ale pak si moji stravu taky oblíbil a sám dnes jí maso jen výjimečně. A taky mi pomohlo občas zajít do posilovny.“

3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

„Moje rodina o nemoci dodnes neví. Tedy aspoň myslím, že to nevědí, protože mi nikdo z nich nic neřekl, ani nenaznačil. Ví o tom jen přítel. Předtím, než se to dozvěděl, byl náš vztah v pohodě. V průběhu nemoci to bylo různé, podle toho, jak jsem na tom s jídlem byla. Občas jsme se hádali, ale je pravda, že se mi snažil pomáhat, jak uměl. Vypadala jsem, jak reklama na koncentrační tábor, tak je logické, že se o mě prostě bál. Taky bych se bála o člověka, který mi je blízký. Po nemoci můžu říct, že to náš vztah posílilo, a nejspíš už zvládneme všechno. Přála bych takového přítele každé holce.“

4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

„Myslím, že přítel dělal maximum. Ale asi mě mohl více podporovat ve veganství. On to bral, jako snahu vyhnout se jídlu, ale já se pouze snažila jíst aspoň něco. Chvilku jsem si myslela, že to nedám. Kdo nezažil, nepochopí.“

5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

„Přítel mi pomohl v tom, že vůbec byl. A taky v tom, že si to nechal pro sebe, a nešel s tím za mojí rodinou. Já jsem se s tím chtěla poprat sama, nepotřebovala jsem publikum. Neumím si představit, jak bych to rodině vysvětlila.“

6. Dělali něco, co nebylo nutné?

„Určitě nemusel vyhrožovat, že to řekne mé rodině. Jednu chvíli jsem se s ním kvůli tomu chtěla rozejít. Potřebovala jsem podporu, ne strašení. Ale chápu, že to nemyslel zle. Mě to motivovalo k tomu, abych se sebou něco dělala, protože jsem do toho nechtěla tahat rodinu. Ví, že by je to mrzelo a možná zklamalo.“

7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

„To, že nechci celý život řešit jen jídlo. Vědomí, že bych takhle měla žít celý život je pro mě hrozné. Nechtěla jsem skončit v nemocnici, nechtěla jsem mít pořád deprese. Nemohla jsem jít s přáteli na večeři, s partnerem jsme společně nejedli. Například, když jsme šli do kina, nemohla jsem si dát ani popcorn a kolu. Přitom je to úplná banalita. Jsem ráda, že toto období je za mnou a ráda bych na to zapoměla.“

8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

„Mě stačilo vědět, že se přítelem můžu přijít a probrat to s ním. Vliv měl asi v tom, že se třeba přede mnou normálně najedl. Víím, že se z jídla neumírá, ale když si dal normální oběd, tak jsem si říkávala, že je hloupé, že já to nedokážu. Přitom, co může být jednodušší, než se najíst? Dokážou to i malé děti, já to neuměla.“

3.5 Výsledky šetření

Otázka č. 1. Co bylo momentem, kdy jste si uvědomila, že musíte začít řešit svoji poruchu příjmu potravy?

Respondentky uváděly různé důvody, pro které se rozhodly řešit svoji nemoc. U třech respondentek byla důvodem rodina (rodiče, partner, nebo dítě). Jedna respondentka uvedla jako důvod to, když se dozvěděla, že by nemusela mít děti, další respondentka nemá konkrétní důvod. Pro jednu z respondentek byl moment uvědomení si, když šla běhat a udělalo se jí špatně a měla deprese. Tři respondentky mají jako jeden z důvodů ztrátu menstruace.

Otázka č. 2. Které činnosti Vám pomáhaly při léčení?

Pět respondentek se shodlo na tom, že jim nejvíc pomáhalo cvičení, třem respondentkám pomáhaly procházky. Jedné z respondentek pomohlo to, že jedla zdravě, ale ve větším množství. Dvěma dotazovaným pomáhaly sezení u psycholožky. Dvě taky uvedly, že jim pomohlo vedení záznamů o jídle. Jedna z respondentek taky uvádí, že ji hodně pomohlo veganství, další uvádí i práci.

Co se týče cvičení, je trochu sporné, zda se může vnímat, jako část svépomoci, protože podle Krcha (2007, s. 320) i podle diagnostických kritérií MKN-10 je nadměrné cvičení a zvýšený energetický příjem jedním z příznaků poruch příjmu potravy.

Otázka č. 3. Jak se vyvíjely vaše vztahy s rodinou před, v průběhu a po nemoci?

Co se týče rodičů, dvě respondentky uvedly, že o nemoci jejich rodiče neví. Dvě respondentky měly před nemocí s rodiči dobré vztahy, v době nemoci byly vztahy vypjaté, byly hádky a vyhrožování, ale nemoc je svým způsobem sblížila a semkla rodinu. Další dvě respondentky měly před nemocí s rodiči (matkami) vztahy horší, u jedné z nich se v průběhu nemoci vztahy zlepšili, a po nemoci se vztah na jistou dobu posílil, u druhé nikoliv, protože matka se nezajímala a vztah je pořád špatný.

Všechny respondentky měly v době nemoci partnera. Všechny uvádí, že před onemocněním, nebo předtím, než se to partner dozvěděl, měly víceméně dobrý vztah. Tři respondentky uvádějí, že v průběhu nemoci měli s partnery konflikty, ale zároveň se jim partneři snažili pomoci. Jedné z respondentek se vztah rozpadl. U dvou z respondentek se partneři moc neangažovali.

Matoušek (2003) popisuje reakce rodiny na duševní nemoc takto: „V první fázi rodina zesílí svůj kontakt s postiženým, pokouší se všemi dostupnými prostředky „normalizovat“ jeho chování. Pokud se to nepodaří nebo dokud nemocný svým chováním ohrožuje podstatné hodnoty rodiny, rodina kontakt s ním omezuje, případně ho svěří do péče psychiatrického ústavu.“ (Matoušek, 2003, s. 121)

Otázka č. 4. Co si myslíte, že mohla rodina udělat víc?

Dvě respondentky si myslí, že rodina nemohla udělat víc. Anorexie je jako droga a člověk si to musí v sobě ujasnit sám. Tři respondentky by uvítaly, kdyby se rodina zajímala více, jedna chtěla, aby ji někdo doprovázel na terapii. A jedna respondentka by chtěla, aby jí partner více podporoval ve veganství.

Otázka č. 5. V čem si myslíte, že rodina pomohla nejvíce?

Jedné z respondentek pomohlo v léčení to, že nemoc její rodina přestala řešit, protože se chtěla vyléčit sama. Dvěma z respondentek pomohla rodina tím, že se snažili vařit lehčí jídla, nemaštěná, nesmažená. Čtyři z respondentek se shodly v tom, že je rodina (partner) podržela, nesoudila a, že se měly o koho opřít. Jedné z respondentek paradoxně pomohlo vyhrožování otce hospitalizací- to brala jako výstrahu.

Otázka č. 6. Dělali něco, co nebylo nutné?

Dvěma respondentkám vadily řeči rodiny typu: „Teď ti to moc sluší, jak ses zakulatila...a ty tvářičky máš konečně buclatý.“, nebo „konečně jsi přibrala“. Obě se shodují v tom, že se tyto věci nemohou říkat pacientkám léčících se z poruch příjmu potravy, protože ony si to vyhodnotí tak, že jsou tlusté.

V tomto případě se jedná o problém v komunikaci v rodině. I slova mají velkou moc. Ač rodina myslí komplimenty v dobrém, můžou působit kontraproduktivně. Ve vztazích potřebujeme komunikovat. Gjuričová a Kubička (2009, s. 75) mluví o tom, že komunikace je neoddelitelnou součástí problému. Často se jeden, nebo více členů rodiny domnívá, že jejich popis je správný, ale ti druzí to nechápou.

Další dvě respondentky jako kámen úrazů uvádí vyhrožování a psychický nátlak, jedna z respondentek uvedla, že její máma nemusela o nemoci říct její učitelce.

Otázka č. 7. Co bylo největší motivací k uzdravení?

Dvě z respondentek jsou matkami, a obě uvedly jako největší motivaci právě svoje děti. Jednu respondentku motivovala právě touha po dětech. Čtyři respondentky uvedly touhu po normálním životě a normálních věcech, nechtěj pořád počítat kalorie. Taky čtyři respondentky uvedly, že motivací byla touha nemít deprese.

Otázka č. 8. Myslíte, že rodina měla na uzdravení vliv a jaký?

Všechny respondentky se shodly v tom, že rodina na uzdravení vliv má. Je důležité v průběhu léčení mít někoho, na koho se pacient může obrátit, komu se vypovídat. Tato otázka potvrdila významnou roli rodiny při uzdravování pacientek.

3.6 Shrnutí šetření

Na základě údajů, které jsem se z rozhovorů se šesti respondentkami dozvěděla, mi vyšly tyto odpovědi na výzkumné otázky.

VO1: Je rodina motivačním faktorem zahájení aktivního řešení PPP?

Rodina podle respondentek může být rodina jedním z faktorů k zahájení léčby. Respondentky uváděli, že motivací byly jejich děti, aby se nemusely koukat na nemocnou mámu. Další respondentka uvedla jako motivaci touhu po dětech, které by jako nemocná mít nemohla. Jedna z respondentek uvedla, že nechtěla, aby se trápila její rodina.

VO2: Existují laické aktivity, činnosti přispívající k léčbě?

Podle odpovědí respondentek se domnívám, že aktivity, které můžou v léčbě pomoci, jsou možné. Respondentky mluvili tom, že jim nejvíc pomáhalo cvičení, ač právě nadměrné cvičení je jedním z příznaků PPP. Některým respondentkám pomáhaly procházky. Dalšími odpověďmi bylo zdravé stravování, nebo veganství, pak sezení s psycholožkou nebo i práce a studium na vysoké škole. Respondentky se shodly na to, že v léčbě je třeba „zaměstnat si mysl“, aby nemocná nemyslela na kalorie, nebo na to, jak se zbavit jídla, resp. vyhnout se jídlu.

VO3: Mění se vztahy uvnitř rodinného systému v průběhu onemocnění?

Vztahy v rodinách nemocných pacientek se podle mého výzkumu opravdu mění. Pacientek, které měly před onemocněním s rodinou dobré vztahy, pak byly vztahy vypjaté, pod strachem o nemocnou. Další respondentky uvedly, že měly před onemocněním s rodinou konflikty, ale po onemocnění se vztahy zlepšily. Více u sebe držely, byly nemocné oporou. Jedna respondentka měla s rodinou špatný vztah celou dobu. Po nemoci měli některé respondentky vztah s rodinou lepší, pevnější, jiné nikoliv.

VO4: Poskytuje rodinné prostředí podmínky pro uzdravení?

Podle výsledků mého šetření rodina vytváří nemocné podmínky k uzdravení. Rodina se snažila pomáhat v rámci svých možností a schopností. Některým respondentkám rodina pomáhala tím, že se snažili vařit lehčí jídla, nesmažené. Čtyři respondentky ocenily, že je rodin podržela, a že se měly o koho opřít. Při snaze pomoci nemocné však členové rodiny dělali i trochu kontraproduktivní věci, které jsou pouze důsledkem špatné komunikace v rodině. Respondentky uvedly například lichotky (například: „Teď ti to moc sluší, jak ses zakulatila“), které se v očích nemocných můžou jevit, jako urážky, ač je rodiny myslí opravdu dobře. Každopádně všechny respondentky z mého výzkumu se shodly na to, že rodina má zcela zásadní vliv na léčbu PPP, a bez ní by léčba byla mnohem těžší a delší.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u dospělých pacientek, které v době onemocnění měly partnera, manžela, nebo i děti.

V první kapitole se vymezují poruchy příjmu potravy- mentální anorexie, mentální bulimie, nespecifické poruchy příjmu potravy. Následují příčiny poruch, důsledky a část taky věnuji léčbě. Druhá kapitola se věnuje rodině- její rozdělení, a rodinu, která je protektivním a zároveň může být i rizikovým faktorem při vzniku některé z uvedených poruch.

Výzkumu se účastnilo šest respondentek. Nejdříve je popsán průběh nemoci, pak je pokládáných osm otázek, kterými jsem se snažila dopracovat k odpovědím na výzkumné otázky. První otázka je o momentu, kdy si pacientka uvědomila, že má opravdu problém s jídlem, a měla by začít tento problém řešit. Okamžik uvědomění si problému, měla každá s respondentek jiný, každá z nich měla jiný průběh nemoci, a jiné zázemí. Ve druhé otázce ženy popisovaly činnosti, které jim pomáhaly k uzdravení, nebo k zahnání negativních myšlenek na své tělo, a na zbavení se jídla. Respondentkám pomáhalo například cvičení, co se může jevit, jako paradox, protože právě nadměrné cvičení je jedním z příznaků poruchy příjmu potravy. Avšak při našich rozhovorech jsme se shodly na tom, že pokud cvičení, které není přehnané, a může pomoci k tomu, aby pacientka začala relativně normálně jíst, může být bráno, jako svépomoc. Taky pomáhalo vedení záznamů o jídle. Ve třetí otázce jsme probíraly vývoj vztahů. V této otázce jsme dospěly k tomu, že rodina je důležitým faktorem a nemoc rodinu dovedla semknout. Čtvrtá otázka se zabývá tím, co mohla rodina udělat při léčbě nemocné víc, jak mohla víc pomoci. Polovina respondentek se domnívá, že se rodina měla pouze více zajímat. Pátá otázka je o tom, v čem rodina v léčbě pomohla nejvíce. Většině dotázaných stačilo, že je rodina podržela, a nikdo je nesoudil. Šestá otázka hovoří o tom, co bylo ze strany rodiny kontraproduktivní. Panují různé názory, například nevhodné řeči, které mohou nadělat více škody, než užitku. Sedmá otázka se zabývá motivací k uzdravení, kde jsem předpokládala, že motivací může být právě rodina, a co se mi i potvrdilo. V poslední otázce, kde jsem se dotazovala, zda má rodina vliv na uzdravení, se všechny respondentky shodly na tom, že má.

Rozhovory s respondentkami hodnotím velice kladně. Poznala jsem 6 různých osudů. Setkání byla velice příjemná, ač jsme neprobíraly zrovna hezké témata. Baví mě pozorovat progres pacientek, kdy se prakticky z trosek, z žen, jejichž život se točil jen kolem jídla,

kolem snahy vyhnout se jídlu, kolem toho být hubená, a některé z nich chtěly i umřít, se staly spokojené a relativně šťastné ženy. Myslím si, že překonání poruchy příjmu potravy vyžaduje opravdu hodně silnou vůli a svědčí o síle osobnosti. Taky je při léčbě nemoci třeba mít u sebe blízkou osobu, rodinu, bez které je všechno mnohem těžší. Myslím si, že se mi mojí prací povedlo dokázat, že rodina hraje u léčby zcela zásadní roli.

Použitá literatura

BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 324 s. ISBN 978-80-7387-530-5.

GJURICHOVÁ, Šárka a KUBIČKA, Jiří. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. 280 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2390-7.

HAVELKOVÁ, Ivana a kol. *Blízko smrti*. Vyd. 1. Brno: Anabell ve spolupráci s nakl. Albert, 2008. 96, 11 s. ISBN 978-80-7326-157-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 210 s. ISBN 978-80-7435-575-2.

KRAUS, Blahoslav, POLÁČKOVÁ, Věra, et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. 170 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 10, s. 420-422. ISSN: 1214-8687.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, Roč. 5, č. 1, s. 14-16. ISSN: 1213-0508.

MALONEY, Michael a KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize: aktualizovaná verze k 1.1.2013 (2013). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 2011, roč. 8, č. 11, s. 459-462. ISSN: 1214-8687.

NOVÁK, Michal. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy?. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2007, roč. 103, č. 8, s. 393-401. ISSN: 1212-0383.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, Roč. 2, č. 4, s. 177-178. ISSN: 1213-0508.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, Roč. 5, č. 6, s. 291-296. ISSN: 1213-0508. Číslo grantové zprávy: NF7549.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.

SVÉPOMOCNÉ SKUPINY U PPP- POSTUPOVÁ PRÁCE. *Idealni.cz* [online]. © 2015 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/svepomocne-skupiny-u-ppp-postupova-prace/>.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál, aneb, Jak si mohu sám/sama pomoci*. 1. vyd. Brno: Anabell, ©2012. 72 s. ISBN 978-80-260-4270-9.

THEINER, Pavel. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2011, roč. 12, č. 3, s. 105-107. ISSN: 1213-0508.

TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9.

VÍCERODINNÁ TERAPIE MENTÁLNÍ ANOREXIE V ČECHÁCH. *Idealni.cz* [online]. © 2015 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/vicerodinna-terapie-mentalni-anorexie-v-cechach/>.