

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristina Kurišová

**Poruchy příjmu potravy, možnosti a podmínky její léčby
v hlavním městě Praha**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2022

BACHELOR THESIS

Kristina Kurišová

**Eating disorders, possibilities and conditions of its treatment
in the capital city of Prague**

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. února 2022

Kristina Kurišová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Zdeňku Mouchovi, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, praktické připomínky a zejména za vstřícnost a pochopení. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části této práce. V neposlední řadě patří poděkování mé dceři Haně a Ing. Nicole Houškové za podporu, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje vymezení poruch příjmu potravy jako sociálně-patologického jevu, detailnímu přiblížení čteněji zastoupených poruch v českém etniku a zhodnocení dostupných možností léčby těchto poruch v hlavním městě Praze. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy související s problematikou poruch příjmu potravy. V praktické části práce je stěžejní pozornost věnována podmínkám léčby v našem hlavním městě za využití metody výzkumu formou dotazníkového šetření face to face a následného zhodnocení zjištěného stavu. Součástí praktické části je navržení konkrétních opatření pro zlepšení možností léčby a prevence těchto onemocnění v Praze.

Klíčová slova

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, Praha, prevence, terapie.

Annotation

This bachelor thesis deals with the definition of eating disorders as a socio-pathological phenomenon, with detailed approach to the more frequent disorders within the Czech population and evaluation of available treatment options for these disorders in the capital city of Prague.

The theoretical part defines the basic concepts related to the issue of eating disorders. In the practical part of this work the main attention is paid to the conditions of treatment in our capital city using a research method in the form of a face-to-face questionnaire survey and subsequent evaluation of the identified situation. At the end of the practical part specific precautions to improve the treatment and prevention of these diseases in Prague are suggested.

Keywords

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, Prague, prevention, therapy.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	11
2.1 Diagnostika.....	12
2.2 Symptomy mentální anorexie	13
2.3 Zdravotní důsledky mentální anorexie	14
3 MENTÁLNÍ BULIMIE	15
3.1 Diagnostika	16
3.2 Symptomy mentální bulimie	17
3.3 Zdravotní důsledky mentální bulimie	17
4 ATYPICKÉ a NESPECIFICKÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	17
4.1 Záchvatovité (psychogenní) přejídání.....	18
4.2 Syndrom nočního přejídání	18
4.3 Bigorexie (Adonisův komplex).....	19
4.4 Drunkorexie	20
4.5 Ortorexie	20
4.6 Diabulimie.....	21
5 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	21
5.1 Historie mentální anorexie	21
5.2 Historie mentální bulimie.....	23
6 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
6.1 Sociální a kulturní faktory.....	25
6.2 Biologické faktory.....	25
6.3 Situační a rodinné faktory	26
6.4 Osobnostní faktory	27
7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	27
7.1 Rodinná a vícerodinná terapie.....	27
7.2 Kognitivně - behaviorální terapie.....	28
7.3 Skupinová psychoterapie	30
7.4 Farmakologická terapie	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
8 METODOLOGIE VÝZKUMU	32
8.1 Cíle výzkumu	32

8.2	Hypotézy	32
8.3	Metoda výzkumu.....	33
9	POPIS ZVOLENÉHO VZORKU.....	34
10	INTERPRETACE VÝZKUMU	35
10.1	Respondent I (Andrea)	35
10.2	Respondent II (Barbora).....	37
10.3	Respondent III (Cecilie).....	39
10.4	Respondent IV (Daniel)	41
10.5	Respondent V (Eva)	42
10.6	Respondent VI (Filip)	44
10.7	Respondent VII (Gabriela).....	46
10.8	Respondent VIII (Helena)	48
10.9	Respondent IX (Ivana)	50
11	ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	52
11.1	Vyhodnocení výzkumu	52
11.2	Vyhodnocení hypotéz.....	56
11.3	Možnosti zlepšení	58
11.3.1	Školské preventivní programy	58
11.3.2	Preventivně výchovná činnost v rodině	59
11.3.3	Prevence ve sportovních klubech	59
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
	SEZNAM ZKRATEK.....	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	66

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce bude řešena problematika poruch příjmu potravy. Hlavním záměrem práce je poukázat na závažnost této problematiky a upozornit na zkreslené vnímání poruch příjmu potravy většinovou společností.

Poruchy příjmu potravy řadíme mezi duševní nemoci, které byly a jsou předmětem mnoha polemik v odborné veřejnosti. Vzhledem ke skutečnosti, že zkoumané poruchy nejvíce postihují mladou generaci a procentuální výskyt těchto poruch v rámci české populace stoupá, lze považovat řešení tohoto problému za prioritní.

Psychické onemocnění poruchou příjmu potravy je charakteristické dlouhodobostí léčby a na ni vázanou sníženou kvalitou života nemocného. Onemocnění bývá taktéž provázeno zdravotními komplikacemi souvisejícími s jeho vysokou komorbiditou. V případě onemocnění mentální anorexií lze jakožto riziko vnímat i potencionální úmrtí.

Základním cílem bakalářské práce je vymezení poruch příjmu potravy jako sociálně-patologického jevu, detailní přiblížení čteněji zastoupených poruch v českém etniku a zhodnocení dostupných možností léčby těchto poruch v hlavním městě Praze.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, části teoretické a části praktické.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy související s touto problematikou a popsány doposud známé poruchy související s příjmem potravy. Zaměřena je zejména na mentální anorexií a mentální bulimii, jelikož se jedná o dvě nejčastější onemocnění poruch příjmu potravy v České republice. Hlavní důraz v této části práce je kladen na historii, diagnostiku, etiologii a možnou léčbu poruch příjmu potravy.

V praktické části je stěžejní pozornost věnována důvodům vzniku onemocnění a podmínkám léčby v našem hlavním městě za využití výzkumné metody formou osobního dotazníkového šetření face to face. Následně dochází ke zhodnocení zjištěného stavu a k navržení konkrétních forem zlepšení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy bývají laiky často považovány za novodobé psychické poruchy, vzniklé v souvislosti se současným stavem a možnostmi dnešní moderní společnosti. Původ těchto psychických onemocnění však lze dohledat již ve středověku (Laca, 2019, str. 340).

Poruchy příjmu potravy řadíme mezi tzv. závislosti na činnostech a jedná se o závažný sociálně-patologický jev (Laca, 2019, s. 326, 335). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) spolu s mezinárodně uplatňovaným Diagnostickým a statistickým manuálem mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V) Americké psychiatrické společnosti pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch (APA) vyjmenovávají jako poruchy příjmu potravy více nemocí, které bývají často hraniční. Syndromy s nejvyšší četností zastoupení v populaci a zároveň také nejzřetelněji vymezené jsou mentální anorexie a mentální bulimie.

K dalším poruchám patří atypické typy mentální anorexie a bulimie, psychogenní (záchvatovitě) přejídání, syndrom nočního přejídání, a dále bigorexie (Adonisův komplex), drunkorexie, ortorexie, diabolimie a pregorexie.

Podle Krcha (2005, s. 15) jsou si mentální anorexie a mentální bulimie, jako dvě nejznámější a nejrozšířenější poruchy příjmu potravy, přes zdánlivou rozdílnost velice podobné. Rozlišují se podle závažnosti malnutrice a dle konkrétních postupů jedince při kontrole své váhy. Obě poruchy však spojuje strach z nadváhy a nezdravá pozornost věnovaná svému vzhledu a váze ze strany nemocného.

V rámci poruch příjmu potravy lze pozorovat shodné rysy jednotlivých poruch, například nízkou sebeúctu nemocného, vliv onemocnění na sociální vztahy člověka a zejména potíže se zdravím vázané k úbytku či příbytku tělesné hmotnosti jedince. Podle Maloneyho (1997, s. 126) se jídlo stává prostředkem pro řešení emocionálních problémů.

V případě poruch příjmu potravy lze mluvit o celkovém vlivu na jedincův život v sociální, pracovní i sexuální oblasti. Nejzávažnější vliv tak mají na jeho vztahy k nejbližšímu okolí, rodinným příslušníkům a přátelům (Procházková, 2017, s. 7).

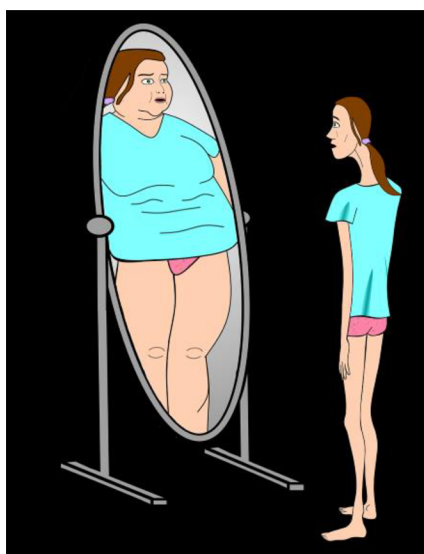
Vzhledem ke svému chronickému průběhu a svým důsledkům se tyto poruchy řadí mezi jedny z nejzávažnějších psychických nemocí. Postihují zejména dívky a ženy mezi 12. a 25. rokem života, v menší míře i ženy ve vyšším věku. U chlapců a mužů se s těmito poruchami lze setkat zřídka, i když se v posledních letech jejich počet zvyšuje.

Svým charakterem mentální anorexie i bulimie zasahují do více lékařských oborů, jedná se zejména o psychiatrii, psychologii, nutriční lékařství, ale také sociologii či pedagogiku. Při léčbě nemocných poruchou příjmu potravy tak spolupracují odborníci napříč vědními obory.

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Obecně lze mentální anorexii charakterizovat odmítáním jídla nemocným a následným dramatickým úbytkem hmotnosti. Existuje několik stupňů této poruchy a v extrémních případech, zejména při dlouhodobém neléčení, může mít i smrtelné následky (Ladishová, 2006, s. 30). Jedinec trpící anorexií si vlastní potřeby uspokojuje výhradně skrze snižování tělesné váhy. Společností bývá tento postoj k sobě samému považován za nepatřičný a narušený.

Obrázek 1: Zkreslený pohled nemocného na své tělo



Zdroj: Bulimie, co to je a kde hledat pomoc?, online, cit. 2021-12-10

Popírání nechuti jíst z důvodu vzniklé averze je jedním z průvodních jevů tohoto nemocnění. Následně vzniklé nechutenství u většiny postižených je v tomto případě pouze důsledkem hladovění organismu a se vznikem onemocnění nesouvisí. Dle Procházkové a Ševčíkové (2017, s. 8) některé anorektičky naopak rády o jídle mluví s ostatními, vyhledávají si recepty a rády vaří, zejména pro druhé. Averze k jídlu tak není u těchto konkrétních nemocných přítomná.

2.1 Diagnostika

K diagnostice mentální anorexie se v případě klinické praxe užívá MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), pro jejich výzkum je spíše vhodný DSM-V (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch).

Krch (2002, s. 23) uvádí, že při diagnostice mentální anorexie odborník sleduje tři základní znaky, které mentální anorexii provází. Konkrétně se jedná o tyto znaky:

1. aktivní udržování extrémně nízké tělesné váhy (pod 85 % průměrné tělesné hmotnosti s ohledem na stáří a výšku posuzovaného (u dívek staršího věku koresponduje s váhou nižší než 17,5 BMI – index tělesné hmotnosti),
2. obava z tloušťky, trvající i v době velice nízké tělesné váhy,
3. u žen porucha menstruační periody, u mužů snížení funkce pohlavního ústrojí.

MKN- 10 dále uvádí tyto faktory:

1. aktivní snižování váhy dietami, zvracením, užíváním diuretik a laxativ, nepřiměřeným cvičením,
2. opoždění či zastavení tělesného růstu, růstu prsou a chlapeckých genitálií, chybějící či opožděnou amenoreou (první menstruace) v případě vzniku nemoci v předpubertálním věku.

Podle DSM-V rozlišujeme dva základní typy mentální anorexie, nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ. (Laca, 2019, s. 342).

Jestliže trpí pacientka poruchou bez zvracení a přejídání, jedná se o nebulimický typ anorexie. (Procházková, 2017, s. 9). Purgativní typ anorexie s opakovanými epizodami záchvatovitého přejídání je naopak často začátkem pro pozdější vznik mentální bulimie.

Samotná diagnostická kritéria pro mentální anorexii jsou podle MKN-10 a DSM-V obdobná a zjednodušeně lze vyjádřit ve třech základních bodech:

1. stálá a aktivní snaha o udržení extrémně nízké tělesné váhy,
2. stále přítomná obava z tloušťky, i v případě již nízké hmotnosti,
3. chybějící amenorea.

Vzhledem k tomu, že není nechutenství ve většině případů důvodem pro vznik anorexie, je nutné při diagnostice jedince vyloučit somatickou či duševní poruchu, která by byla příčinou nechutenství. Jedná se zejména o úbytek tělesné váhy v souvislosti s nádorovým onemocněním, hypotalamickou či endokrinnou poruchou, a na základě duševního onemocnění (Krch, 2005, s. 27). Častým projevem je také vyhýbavé chování a deprese nemocných, u kterých se objevují zejména pocity úzkosti. Jedince celkově charakterizuje utlumené a kontrolované chování (Kocourková, 2002, s. 98).

2.2 Symptomy mentální anorexie

Prvotní příznaky onemocnění je možné sledovat ve změně jídelníčku a celkově jídelního režimu postiženého. Krch uvádí (2002, s. 27-28) mnoho příznaků, které lze z chování nemocného vyzorovat.

1. V jídelníčku se objevují méně vydatné potraviny, které jsou považovány za „zdravé“, tedy většinou dietní. Zároveň dochází k minimálnímu příjmu potravin posuzovaných nemocným jako nevhodné (tučná jídla, sladkosti, později i knedlíky, bílé pečivo, maso aj.).
2. Změny ve složení jídelníčku provází omezování příjmu potravy jako takové. Za účelem snížení příjmu kalorií lze zaznamenat časté výmluvy a podvody nemocného a s tím související důslednost a rafinovanost při plnění tohoto cíle.
3. Požívání jídla se stává malým obřadem a dochází k prodloužení doby při jídle, což často vede k nižšímu příjmu potravy.
4. Ve společnosti nemocní rádi hovoří o jídle, ale zároveň se mezi lidmi stravují s nechutí (obava ze sledování).
5. Pro potlačení pocitu hladu žvýkají, hodně solí, kouří, pijí kávu a značné množství vody.
6. U nemocných nepřiměřeně vzrůstá jejich fyzická aktivita, intenzivně chodí, běhají a jezdí na kole.

7. Ustupuje schopnost soustředění a přirozeného uvolnění organismu spojeného s nečinností. Zároveň trpí organismus na vyčerpání, únavu a celkovou apatii.
8. Počátek nemoci většinou provází vzrůstající sebevědomí a zlepšení nálady z pocitu uspokojení. Postupně se však stále více nemocní soustředí na svou postavu a hmotnost, oblékají se do volnějšího ošacení a společností se vyhýbají.

Obrázek 2: Složení jídelníčku nemocného



Zdroj: Vše o poruchách příjmu potravy, aneb jak se vypořádat se zákeřnou nemocí, online, 2021-12-10

2.3 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Mentální anorexie má mnoho zdravotních důsledků, mnohdy ohrožujících život nemocného:

1. Jiří Štork in Papežová (2010, s. 251-253) uvádí, že při dlouhodobě trvající anorexii dochází k řadě kožních změn. Jedná se zejména o akné, alopecii (řídnutí až vypadávání vlasů), suchou šupinatou kůži (xerosis cutis) a chronickou iritační dermatitidu. Dochází také ke zvýšenému růstu lanuginózního ochlupení po těle a lámavosti nebo snížení kvality nehtových plotének. V ústní části se objevují afty, bolestivě praskající koutky a vzniká více zubních kazů.
2. Papežová uvádí (2010, s. 211), že mentální anorexie narušuje reprodukční činnost kvůli možné poruše sexuality, poruše menstruačního cyklu, patologii v průběhu těhotenství i v čase porodním a poporodním. První menstruace (menarche) se často u nemocných nedostavuje a objevuje se pouze při váhovém příbytku. Případná porucha či ztráta menstruace je ovlivněna nízkým podílem tělesného tuku v organismu, který musí činit přibližně 20 % tělesné hmotnosti ženy.

3. Sabina Pálová a Jiří Charvát in Papežová uvádí (2010, s. 170), že vedle sebevraždy je jako druhá nejčastější příčina mortality nemocných mentální anorexií srdeční bradykardie, tj. snížená tepová frekvence, a srdeční arytmie. Zdravotní problémy se srdcem se vyskytují u 90 % nemocných a v nejtěžších případech může vést až k srdečnímu selhání.
4. Podvýživa organismu poškozuje játra a ledviny, zeslabuje funkci močového měchýře, ovlivňuje odvápnění kostí a celkově oslabuje obranyschopnost organismu.
5. Nástup časně mentální anorexie ovlivňuje růst jedince a často dochází k závratím až poruchám vědomí, dvojitému vidění či bolestem hlavy (Krch, 2002, s. 42).

3 MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimii lze stručně charakterizovat jako opakující se přejídání, nejčastěji ve formě záchvatovitého přejídání, a následnou přehnanou kontrolu své tělesné hmotnosti. Při řešení problému nadváhy související s požitím nadměrného množství potravy volí bulimik kompenzaci ve formě nepřiměřeného tělesného pohybu či vyvolání zvracení (Hall, 2003, s. 15).

Mentální bulimii lze charakterizovat enormní obavou ze zvyšující se hmotnosti a zejména pocitem viny a studu nemocného vzniklým z důvodu jeho stravovacích návyků (Kocourková, 1997, s. 18-19).

Krch uvádí (2005, s. 18) anglického psychiatra Geralda Russella, který v roce 1979 vymezil mentální bulimii ve svém vědeckém referátu v časopise *Psychological Medicine* na základě 3 kritérií:

1. intenzivní až neovladatelná touha přejídat se,
2. úsilí zabránit nárůstu tělesné váhy zvracením, užíváním purgativ (projímadla), příp. zneužíváním obou faktorů zároveň,
3. patologický strach z tloušťky.

Ve srovnání s mentální anorexií vidí Russell zásadní rozdíl v tělesné hmotnosti nemocného, kdy se mentální bulimie ve více než třetině případů rozvíjí z původního onemocnění mentální anorexií.

3.1 Diagnostika

Při stanovení diagnózy je stejně jako v případě mentální anorexie nutné vyloučit neurologickou poruchu a také poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucího ke zvracení.

MKN-10 uvádí pro mentální bulimii 4 základní kritéria:

1. K epizodám, kdy nemocný požívá značné množství jídla v omezeném časovém úseku, dochází nejméně 2× týdně v době delší než 3 měsíce.
2. Stálé zabývání se jídlem a intenzivní touha po jídle v neovladatelné formě (žádostivost).
3. Úsilí o snížení následků epizody přejedení pomocí vyvolání zvracení, zneužití laxativ, střídání fází hladovění, užívání léků druhu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo léků zvyšujících uvolňování vody z organismu (diuretika).
4. Pocit nadměrné tloušťky a strachu z přibývání na váze.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle DSM-V kromě uvedených charakteristik MKN-10 zmiňuje ztrátu kontroly během jednotlivé epizody přejídání a sebehodnocení neúměrně podléhající tvaru postavy a tělesné váze.

Na rozdíl od MKN-10 manuál DSM-V uvádí jako jednu z forem kompenzačního chování také nadměrné cvičení. V tomto smyslu rozlišuje 2 typy mentální bulimie:

1. purgativní typ – nemocný k potlačení růstu své váhy pravidelně zvrací, užívá laxativa a diuretika,
2. nepurgativní typ – nemocný nevolí purgativní metody a využívá přísné diety, hladovky a zejména enormní fyzické cvičení (Laca, 2019, s. 344).

Existuje několik stupňů této poruchy a v extrémních případech, zejména při dlouhodobém neléčení, může mít i smrtelné následky (Ladishová, 2006, s. 30).

Papežová (2018, s. 124) v tomto smyslu zmiňuje rozlišení několika stupňů závažnosti mentální bulimie, které DSM-V hodnotí. Manuál posuzuje závažnost onemocnění na základě četnosti epizod nevhodného kompenzačního chování v době jednoho týdne. Uvádí mírnou až průměrnou bulimii v případě 1-3, resp. 4-7 epizod týdně, a naopak kritickou až extrémní při 8-13, resp. 14 a více epizodách za týden.

3.2 Symptomy mentální bulimie

1. Mentální bulimici trpí zvýšenou chutí k jídlu, na základě zvýšeného příjmu jídla však nemocní zvrací, užívají projímadla nebo extrémně cvičí.
2. Postižení mentální bulimií stejně jako anorektičtí pacienti neustále myslí na jídlo a předem si plánují, jakým způsobem se zbaví nadbytečné energie z jídla.
3. V průběhu dne se většinou stravují minimálně a nedostatek jídla v průběhu dne doplňují o samotě doma nadměrným příjmem potravy.
4. Vzhledem k charakteru nemoci a jejím možným důsledkům trpí nemocní úzkostmi a depresemi, celkově jsou nespokojeni se svým tělem.

3.3 Zdravotní důsledky mentální bulimie

Ve srovnání s mentální anorexií nedochází u pacientek k závažnější ztrátě tělesné hmotnosti a také ve většině případů nepřichází organizmus trvale o menstruaci.

Krch (2005, s. 95) mezi zdravotními komplikacemi uvádí:

1. Chronické užívání projímadel a diuretik v některých případech vede k ledvinovému selhání, je tedy nutné sledovat renální funkce, hladinu urey (močoviny) a výdej moči.
2. Velice častým zdravotním problémem při onemocnění mentální bulimií je zduření příušních slinných žláz, jež se objevují u 25-50 % nemocných. Se zvracením souvisí časté potíže v oblasti úst, zejména dochází k poškození zubní skloviny a zuboviny.
3. Vzhledem k nadužívání diuretik a projímadel, zvracení a klystýrům se může u nemocného projevit porucha elektrolytové rovnováhy, což má za následek neurologické komplikace.

4 ATYPICKÉ a NESPECIFICKÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Se zvyšujícím se výskytem poruch příjmu potravy přibývá onemocnění, která splňují jen část z diagnostických příznaků. V MKN-10 jsou uvedeny atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie. V případě atypické mentální anorexie pacientky většinou neztrácí menstruaci a neobávají se příbytku na váze. Atypickou mentální bulimii často

neprovází kompenzační mechanismy, příp. pouze některé. Frekvence přejídání může být také méně častá.

Do atypických poruch příjmu potravy dále MKN-10 řadí psychogenní (záchvatovité) přejídání a syndrom nočního přejídání. Poruchy bigorexie (Adonisův komplex), drunkorexie, ortorexie, diabulimie a pregorexie (těhotenská anorexie) již MKN-10 nepopisuje.

Podle Papežové (2010, s. 127) jsou v DSM-V tyto atypické formy uvedeny pod zkratkou EDNOS (Eating disorders not otherwise specified). Dále uvádí, že je nutné upozorňovat nemocné na podobné zdravotní následky při neléčení těchto atypických forem a potřebu jejich léčby stejnými postupy.

4.1 Záchvatovité (psychogenní) přejídání

Záchvatovité přejídání charakterizuje nadměrná konzumace jídla zejména z pocitu osamělosti, neklidu nebo životní prázdnoty. Postižení touto poruchou však nehledoví, neužívají diuretika či neprovozují zvýšenou fyzickou aktivitu (Procházková, 2017, s. 11).

Papežová (2010, s. 128) vymezuje poruchu diagnosticky při frekvenci záchvatovitého přejedení nejméně 2× týdně. Jedinec však stále na jídlo myslí, baží po něm. Stejně jako u alkoholismu, zde uvádí anglický výraz „craving“, tedy puzení či bažení. Cooper (2014, s. 14) v souvislosti s rysy záchvatovitého přejídání zdůrazňuje zejména „*subjektivní pocit ztráty kontroly*“ při konzumaci jídla.

Jakožto znaky záchvatovitého přejídání v rámci epizody přejídání lze chápat:

1. rychlé a hltavé jezení,
2. jídlo nemocný požívá i přes pocit sytosti,
3. příjem stravy není řešením pocitu prázdného žaludku,
4. nemocný požívá velké množství jídla různé chuti,
5. po přejedení se jedinec necítí dobře.

4.2 Syndrom nočního přejídání

Papežová (2010, s. 128) uvádí bližší popis tohoto syndromu americkým psychiatrem Albertem Stunkardem již z roku 1955. V tuto dobu dochází k charakteristice syndromu

nočního příjmu potravy s pitím a také nočního příjmu potravy spojeného s poruchou spánku.

Tento syndrom je často důsledkem nadměrného stresu a dlouhodobých dietetických snah. Onemocnění postihuje zejména ženskou část populace, kdy se jedinci trpící touto poruchou často stávají obézními.

Příjem potravy jedince s tímto syndromem narůstá v průběhu dne a nejméně ¼ denního příjmu potravy konzumuje nemocný v pozdních večerních hodinách. Během spánku dochází nejméně dvakrát týdně k probuzení a konzumaci jídla (Papežová, 2010, s. 128-129).

4.3 Bigorexie (Adonisův komplex)

Adonisův komplex (bigorexie) svým názvem charakterizuje, že se jedná o syndrom týkající se zejména mužů. Podle Papežové (2010, s. 130) je bigorexie vnímána jako porucha, která v sobě zahrnuje zdeformovaný pohled na své vlastní tělo, posedlost svalstvem a excesivním cvičením, nezdravé jídelní návyky a užívání anabolických steroidů.

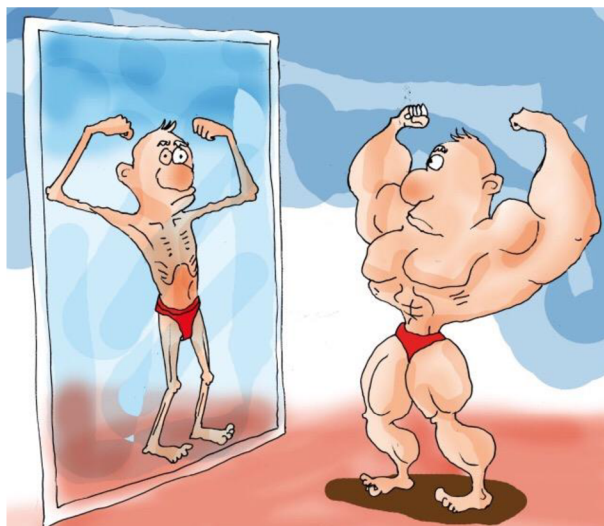
Při srovnání s mentální anorexií může i tento syndrom vést k sociální izolaci, k omezení realizace jiných zájmů a negativním vztahovým jevům.

DSM-V Adonisův komplex popisuje zvýšeným zájmem o svaly a zdůrazňuje zejména touhu jedince mít svaly veliké a bez tuku. Vysvětluje, že chování jedince ovlivňuje pocit nedostatečné svalové vybavenosti natolik, že lze pozorovat nejen zásadní změny postoje k sobě samému, ale také zanedbávání rodinných příslušníků a svých blízkých. Uvádí 4 kritéria, které přílišné zaujetí tělem charakterizují (Papežová, 2010, s. 130).

1. Z důvodu excesivního cvičení a uplatňovaným stravovacím postupům se jedinec straní sociálních, odpočinkových i pracovních aktivit.
2. Jedinec se snaží vyvarovat situacím, kdy by mohl být sledován, jelikož při nich pociťuje úzkost a stres.
3. Zaujetí vlastní muskulaturou a její nedostatečností uvádí jedince do značného diskomfortu a postihuje jej v různých sférách života, zejména se jedná o oblast sociální a pracovní.

4. Postižený přes vznikající nežádoucí psychické i fyzické účinky svého konání v tomto pokračuje. Věnuje se nadměrnému cvičení, dietním programům a nadále užívá prostředky na podporu svalového růstu.

Obrázek 3: Bigorexie



Zdroj: Máte pocit, že jsou vaše svaly neviditelné? Pak pozor na bigorexii! I cvičení může být totiž někdy přespříliš, online, cit. 2021-12-10.

4.4 Drunkorexie

Drunkorexie je porucha příjmu potravy omezující množství jídla na úkor navýšení konzumace alkoholu. Během dne se nemocný stravuje minimálně, a to mu umožňuje konzumaci alkoholických nápojů, většinou ve večerních hodinách, bez příbytku na váze. Jedná se o velice závažnou kombinaci anorexie a zneužívání alkoholu. Rizikovým chováním je z tohoto pohledu zejména požívání alkoholu na lačný žaludek, kdy hrozí rychlý vznik závislosti a také onemocnění jater.

4.5 Ortorexie

Podle Papežové (2012, s. 130) je ortorexie „*patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě*“. Jedinci postižení ortorexií se snaží jíst pouze potraviny s minimálním obsahem soli, cukru a bílé mouky. Zásadně odmítají potravinářská barviva a konzervační látky. Jestliže jsou jejich obavy tak silné, že ovlivní množství přijímané stravy, mohou trpět i podváhou (Procházková a Ševčíková, 2017, s. 11-12). V případě postižení ortorexií často dochází k preferenci jedné skupiny potravin, držení detoxikačních kúr, diet či dokonce naprostému půstu.

4.6 Diabulimie

Porucha diabulimie představuje závažné patologické chování diabetiků, kteří si úmyslně podávají nižší množství inzulínu za účelem snížení hmotnosti. Postiženými jsou především ženy s diabetes mellitus I. typu, u nichž se vyskytuje tato porucha až ve 39 % (Martin, Darbar a Mokha, 2008, s. 31).

5 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Historie poruch příjmu potravy je značně obsáhlá a její počátky lze hledat již v 5. století před našim letopočtem, kdy Hippokrates označil tyto poruchy pojmem asithia (Faltus in Papežová, 2018, s. 21). Raná historie poruch příjmu potravy zmiňuje převážně anorexii, bulimie je v tomto smyslu novější poruchou.

5.1 Historie mentální anorexie

Současný pojem mentální anorexie lze z historického pohledu chápat jako odmítání jídla jedincem s následkem řady somatických a psychických poruch. „*Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů.*“ (Krch, 2005, s. 27).

Termín „anorexie“ byl poprvé použit starověkým lékařem Galénem ve 2. století našeho letopočtu. Ze 14. století je uváděna sv. Kateřina Sienská, jež svůj asketický život zasvětila péči o nemocné a stravovala se pouze chlebem, čerstvou zeleninou a vodou. V případě požití většího množství jídla si pomocí spolykaných kořinek vyvolala zvracení (Faltus in Papežová, 2018, s. 21). Omezování v potravě v tomto případě úzce souvisí s vyznávaným náboženstvím a jednotlivé příklady se tak objevují především ve středověku u silně věřících asketických osob nebo zázračných panen. Jejich půst byl formou očisty ducha od pozemských statků a přiblížení se k Ježíši Kristu. Tělesné projevy, které byly způsobené jejich hladověním, byly poprvé medicínsky popsány Richardem Mortonem v roce 1689 v díle „Phthisiologia“ (Laca, 2019, s. 340).

Galassi (Galassi et al., 2018) tuto mentální anorexii mirabilis srovnává s psychickým onemocněním současných pacientů, kdy se jedná zejména o problematický vztah pacienta ke své tělesné hmotnosti a o negativní postoj ke svému vzhledu.

S termínem nervová anorexie se setkáváme zejména ve francouzské literatuře v první polovině 19. století, kdy lékař Fleury Imbert rozděluje anorexii na gastrickou a nervovou. Tvrdí, že v případě gastrické anorexie se jedná o zažívací poruchu, naopak anorexii nervovou charakterizuje jako mozkovou blokaci chuti k jídlu a pocitu hladu (Faltus in Papežová, 2018, s. 22).

Autory prvních konkrétních charakteristik této nemoci na základě pozorování vzorku dívek v pubertálním věku byli v 50. letech 19. století americký lékař Stout Chipley a francouzský psychiatr Louis-Victor Marcé, jejichž zveřejněné odborné články však nebyly lékařskou veřejností přijaty. Za autory jednoznačného popisu nemoci jsou považováni Francouz Ernest-Charles Lasègue a anglický lékař sir William Withey Gull, kteří se této problematice věnovali v 70. – 80. letech 19. století. Lasègue nazval anorexii ve svém článku „anorexie hysterique“, Gull při publikaci svého článku již uvedl termín „anorexia nervosa“ a stal se tak autorem tohoto termínu. Oba lékaři charakterizují nemoc velkou ztrátou hmotnosti, zácpou, amenoreou, psychickým neklidem a chybějící etiologií v organismu. Tyto znaky nemoci jsou uváděny při popisu nemoci i v současnosti (Krch, 2005, s. 27).

Obrázek 4: foto William Withey Gull, pacientka – kazuistika (1887)



Zdroj: Miss_K_R-
aged_14,_before_treatment_for_anorexia_Wellcome_L0073694_(cropped).jpg, online,
cit. 2021-12-10

Mentální anorexie je lékaři do roku 1914 považována za duševní nemoc a diagnostické spory, vzniklé na základě nalezených lézí v hypofýze patologem Morrisem Simmondsem, byly ukončeny ve 40. letech díky psychosomatické medicíně a psychoanalýze.

V 60. letech 20. stol. k již popsaným charakteristikám této nemoci přibývají navíc ještě další příznaky, abnormální snaha o dosažení štíhlé postavy a narušené vnímání obrazu vlastního těla (Krch, 2002, s. 31).

V současné době již jsou podle MKN-10 a DSM-V vymezena diagnostická kritéria, která tuto poruchu přesně charakterizují.

Z českých představitelů, kteří se věnovali problematice poruch příjmu potravy, lze uvést doc. MUDr. Františka Faltuse, DrSc., autora prvních četných publikací o mentální anorexii a zároveň také zakladatele první Jednotky specializované péče pro poruchy příjmu potravy v Praze, resp. ve střední a východní Evropě.

Ke konci 20. století až do současnosti se v Čechách o rozšíření znalostí o PPP zasloužili kromě Františka Faltuse především prof. MUDr. Hana Papežová CSc., PhDr. František David Krch, Ph.D. a prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

5.2 Historie mentální bulimie

Samotný jev přejídání a následné zvracení se objevuje již v době antického Říma. Jednalo se o jev, kdy obyvatelé ve vyšších vrstvách konzumovali takové množství jídla, že jeho následné vyvracení nebylo jevem ojedinělým, ale spíše obecným. Filozofem Senekou byl tento způsob stravování formou obžerství charakterizován v roce 65 př. n. l. formulací „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.*“ (Papežová, 2010, s. 27).

V kronikách se lze setkat s popisem konzumace jídla touto formou nejen v antickém Římě, ale i ve středověku. Celkově však lze konstatovat, že jsou historické záznamy o bulimii zastoupeny v daleko menší míře než o anorexii.

Z historického hlediska je tato porucha známá jako *fames canina* nebo *kynorexia*, tedy jako nenasytná žravost podobná jednání hladového psa.

František Faltus in Papežová (2010, s. 23) uvádí dohledatelný původ výrazu bulimie ve spojení řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad). Při spojení těchto slov a následném výkladu odborného termínu byla tato porucha dříve charakterizována jako nemoc

emocionálního charakteru, ve 20. století se naopak často na nemoc pohlíželo jako na formu poruchy trávení.

V dřívějších dobách byla mentální bulimie spojována s anorexií. Až sir William Withey Gull a Ernest-Charles Lasègue zaznamenali u některých svých pacientek trpících anorexií nezvladatelnou chuť k jídlu a záchvatovité přejídání. V roce 1944 popsal švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger kazuistiku Ellen Estové, kterou diagnostikoval pomocí existencionální analýzy. Pacientka na základě Binswangerovy diagnostiky trpěla melancholií, obsedantní neurózou, schizofrenií a původně i mentální anorexií. Posléze se však u této ženy rozvinula mentální bulimie, kdy z obavy přibytku na váze začala extrémně zneužívat laxativa a násilné zvracení.

Obrázek 5: Ellen West, pacientka švýcarského psychiatra Ludwiga Binswangerera



Zdroj: anthonystadlen.blogspot.com/2010/03/life-unworthy-of-life-case-of-ellen, online, cit. 2021-12-10

Termín mentální bulimie (*bulimia nervosa*) byl poprvé užit v roce 1979 psychiatrem Gerardem Russellem. Podle Russela dochází u nemocných z důvodu strachu z tloustnutí po požití nadměrného množství jídla k užívání laxativ, zvracení, případně obou variant současně (Papežová, 2010, s. 23).

V posledních desetiletích se stále více autorů věnuje problematice poruch příjmu potravy. Snaží se zejména poznat jejich epidemiologii, etiologii a komorbiditu. V současnosti jsou základní poruchy již samostatně kvalifikovány v MKN-10 a v DSM-5.

6 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hledání příčin vzniku poruch příjmu potravy je velice složité. Podle Krcha (2005, s. 57) se většina odborníků shoduje, že vyjma redukčních diet nelze stanovit jiný konkrétní etiologický faktor nebo příčinnou událost, které by se u nemocných majoritně vyskytovaly.

Odborníci také ve většině zdůrazňují „*koexistenci různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy*“ (Krch, 2005, s. 57).

Při stanovení terapie se přihlíží ke konkrétním aspektům nemoci jednotlivce. Jedná se především o jeho tělesné obtíže, poruchy v kognitivní sféře, konkrétní jídelní chování a problémy v oblasti rodinných a mezilidských vztahů.

6.1 Sociální a kulturní faktory

Jedním z nejdůležitějších důvodů vedoucích ke vzniku poruch příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie, je současná společnost. Okolí vidí ideál krásy ve štíhlé, úspěšné ženě, kdy často její hubená postava je považována za jednoduchou cestu k životnímu úspěchu. Nemocní mají zkreslený obraz o svém těle a vidí se často až obézní, i když tomu tak není (Laca, 2019, s. 339).

Z tohoto pohledu není vyzdvihována pouze samotná štíhlost a krása, ale i schopnost jedince cestu k této štíhlosti absolvovat, mít dostatek sebevědomí a cílevědomosti vydržet. Tlak společnosti lze pozorovat především z médií, ale často mají nemocní špatnou zkušenost i při návštěvách uměleckých škol nebo ve vrcholovém sportu. Jako riziko zvyšujícího se negativního vlivu na jedince jsou považovány činnosti jako např. modeling, balet a gymnastika (Pavlová in Papežová, 2010, s. 44).

Neblahý vliv internetu byl také zjištěn u internetových komunit, kde zejména mladé dívky hledají podporu a potvrzení toho, že dělají správnou věc (tzv. „pro-ana blogy“). Vzhledem k současnému přístupu k internetu je existence těchto komunit zásadním negativním sociokulturním faktorem.

6.2 Biologické faktory

V souvislosti se vznikem poruch příjmu potravy je uváděn jako nejvýraznější biologický faktor ženské pohlaví. Pavlová in Papežová zmiňuje (2010, s. 37), že je klinická zkušenost

s častějším onemocněním žen podložena řadou výzkumů. Konkrétně uvádí, že ženy 2,5× častěji trpí na záchvatovité přejídání a 10× častěji jsou postiženy mentální anorexií či bulimií.

Novák poznamenává (2010, s. 13-15), že se u děvčat v 11-12 letech značně mění složení těla, jejich váha a vzhled. Dívky začínají tyto změny sledovat a jejich spokojenost se svým tělem se snižuje. Často se již v tomto věku objevují první známky kontroly jídla a také se zvyšuje tělesná aktivita.

Nejpodstatnější vliv na případný vznik poruchy příjmu potravy lze však hledat v období puberty a adolescence. Dochází ke značnému růstu jedince, přirozeně se zvyšuje jeho hmotnost a zejména roste podíl tuku v těle, kdy právě jeho případný nedostatek má přímý vliv na chybějící menarche (Krch, 2005, s. 61).

6.3 Situační a rodinné faktory

Prožitá negativní událost je často postiženými považována za spouštěcí faktor vzniku poruchy příjmu potravy. Také Krch uvádí (2005, s. 64), že bývá až v 70 % spouštěcím nástrojem bulimie či anorexie jedna závažná životní událost nebo překážka. Naopak Pavlová in Papežová (2010, s. 40) zmiňuje nutnost četnějších negativních prožitků, tedy častější expozici konkrétnímu traumatu.

Za negativní událost je v tomto smyslu považováno sexuální zneužití, zjištění závažného onemocnění, problémy s vrstevníky či jejich odmítnutí.

Podstatným rizikovým faktorem bývají také problémy v rodině, jak přímo jedince s rodičem, ale také možné neshody rodičů, kterým postižený přihlíží. V tomto smyslu je uváděn zejména nepříznivý vliv matky na dceru, která v době vzniku nemoci sama dodržovala určitý dietní režim.

V souvislosti s rodinou je dále uváděn nepřiměřený tlak na dítě z hlediska prospěchu a všeobecně přehnaná očekávání rodičů. Vzhledem k tomu, že jedinci náchylní k těmto poruchám jsou často sami k sobě až nezdravě kritičtí, stává se další nepřiměřená kritika ze strany rodičů podhoubím pro vznik nemoci.

6.4 Osobnostní faktory

Pacientky s mentální anorexií i bulimií trpí depresivními a úzkostnými stavy. Krch (2005, s. 70) uvádí, že čtenější a markantnější známky deprese lze pozorovat u mentální bulimie, konkrétně se jedná o 20-80 % pacientů. Příznaky deprese a úzkosti pak přímo spojuje s obavou o svou postavu a váhu. Papežová (2010, s. 38-39) považuje v tomto smyslu za velice zjednodušené základní rozdělení anorexie a bulimie z pohledu emocionality, tj. anorexii související s kompulzivními osobnostními rysy a bulimii s impulzivitou. Souhlasí však s vlivem nedostatečné kontroly impulzů na přejídání jedince a se zvýšenou mírou perfekcionismu u anorektických pacientů.

Při posuzování osobnostních rysů pacientek s poruchou příjmu potravy se odborníci přiklánějí k názoru, že jsou anorektičky ve většině případů cílevědomé, silně sebekritické a rigidní až perfekcionistické. Naopak v případě bulimie zdůrazňují silnou impulzivitu a sníženou sebekontrolu.

Ke specifickým poruchám osobnosti, kterou lze pozorovat u nemocných, patří obsedantně-kompulzivní porucha, vyskytující se především u mentální anorexie. Pacienti jsou také často diagnostikováni jako nemocní s hraniční poruchou osobnosti. V případě stanovení této diagnózy jsou pacienti ve velké míře hospitalizováni (Cohen, 2002, s. 48).

7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruchy příjmu potravy je velice složitá a dlouhodobá. Podstatná je zejména volba vhodné léčby vzhledem k individualitě a životním podmínkám nemocného (Procházková a Ševčíková, 2017, s. 57-58).

Základními léčebnými postupy jsou léčba ambulantní formou či hospitalizací. Výchozí premisou je fakt, že jako první je volena ambulantní forma léčby. Konkrétně se jedná o svépomocné skupiny, denní stacionáře a terapie, které jsou voleny na základě sociálních, biologických či psychických potřeb jedince.

7.1 Rodinná a vícerodinná terapie

Podle Steina (Tomanová in Papežová, 2018, s. 414) „*rodinná terapie neznamená léčbu složitých a patologických rodin, ale je prací s rodinami. Není léčbou rodin, ale léčbou*

s rodinami“. Podstatou léčby je tak práce s rodinou, jež je důležitou součástí léčby všech nemocných poruchou příjmu potravy.

Nemoc některého z členů rodiny prostupuje její strukturou, ovlivňuje každodenní život a vztahy v rodině. Narušení rodinného života nemocí je podmíněno jejím uspořádáním, zásadním je však pocit všech rodinných příslušníků, že se nemoc stala „ústředním organizujícím principem rodinného života“ (Krch, 2005, s. 180).

Volba rodinné terapie je nejčastější v případě pacienta v dětském nebo adolescentním věku. Prvotní podrobné vyšetření celé rodiny je důležité i v případě terapie individuální a rodinná terapie je často považována za vhodný doplněk terapie individuální pro pacienty i ve vyšším věku.

Rodinná terapie je efektivní formou léčby zejména při léčbě mentální anorexie, a to především u pacientek v adolescentním věku (Tomanová in Papežová, 2018. s. 415). Krch (2005, s. 184-185) srovnává četné studie pacientek, které podstoupily rodinnou terapii, a dokládá, že volba této formy terapie je zvláště u adolescentů velice vhodná. V tomto smyslu zdůrazňuje zejména fakt, že rodinná terapie často zamezuje nutné hospitalizaci, a že na konci této léčby dochází u většiny pacientek k příbytku hmotnosti a při delším sledování se 60 % až 90 % dívek vyléčí.

S vícerodinnou terapií se setkáváme až v posledních 2 desetiletích. Program terapie je zaměřen na práci s více rodinami najednou. Skupina rodin podstupuje společnou terapii formou několikadenního stacionáře a následně jednodenních setkávání v průběhu roku. Stejně jako standardní rodinná terapie ambulantního typu vyžaduje aktivní přístup rodiny. V případě této terapie se rodina přirozeně seznamuje s jinými rodinami, tedy i jiným rodinným uspořádáním. Ve větší terapeutické skupině se přirozeně vytváří menší tlak na konkrétní účastníky a ti pocítují také nižší pozornost určenou konkrétně jejich osobě.

7.2 Kognitivně - behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je významnou formou léčby zejména mentální bulimie a je určena především pro starší pacienty se středně závažnými až vážnými symptomy nemoci. Vzhledem ke staršímu věku pacientů se přistupuje k této léčbě na úkor mnohdy nevhodné rodinné terapie. Základní podstatou této terapie je snaha zvýšit sebedůvěru

pacienta a změnit postoj jedince k sobě samému ve smyslu směřování k vyšší spokojenosti.

Krch (2005, s. 128) uvádí základní postupy v léčbě bulimie touto terapií:

1. probíhá záznam průběhu stravování a také konkrétních myšlenek, které pacient během přejídání a zvracení pociťuje,
2. dochází pravidelně k vážení,
3. pacient se snaží o stabilizaci jídelního chování,
4. pomocí kognitivní restrukturalizace probíhá snaha docílit změny chyb v myšlení, jež přímo souvisí s poruchou.

V současné době probíhá léčba mentální bulimie zejména ambulantně formou 20 sezení v intervalu jedenkrát týdně. Léčbu touto terapií lze rozdělit do tří fází, ve kterých se využívají konkrétní kognitivní a behaviorální postupy. V terapii se uplatňuje kombinaci těchto postupů v každé etapě léčby pacienta (Cooper, 2014, s. 48).

1. V první fázi dochází k vysvětlení smyslu léčby a hlavním cílem je změnit záchvatovité přejídání ve stravování v pravidelném režimu. V léčbě se využívají kognitivně-behaviorální knižní manuály a postupy léčby, které terapeut využívá při sezeních, jsou především v kognitivní oblasti. Pozornost věnuje především informování o špatném postoji pacienta ke své váze, důsledcích záchvatovitého přejídání, neúčinnosti zvracení, diuretik a projímadel.
2. Druhá fáze terapie, využívající zejména kognitivní postupy, se již soustředí na změnu chování nemocného při příjmu potravy. Jedná se o upuštění od pravidelného dodržování diet, které do důsledku vede k záchvatovitému přejídání, a postupné zařazování dříve trvale vyřazených potravin do běžného jídelníčku. Snaha změnit postoj ke své postavě a váze se promítá do práce s problematickými myšlenkami, které zásadně ovlivňují neschopnost vyléčit se.
3. V závěrečné fázi již dochází k prodlužování intervalu mezi jednotlivými sezeními. Pacienti jsou informováni, že přes stále příznaky bulimického chování se jejich zdravotní stav bude zlepšovat i po ukončení terapie. Zdůrazněná je zejména skutečnost, že je nutné mít realistická očekávání a případný konkrétní relaps není návratem na začátek léčby. Nejpodstatnější je z terapeutického pohledu začít se opětovně systematicky stravovat a respektovat svá stravovací pochybení.

7.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie je jedním ze základních léčebných postupů pacientů s poruchou příjmu potravy. Zejména se využívá v případě léčby s hospitalizací a je také nedílnou součástí léčby v denních stacionářích.

V rámci uplatňování tohoto druhu terapie není vhodná přítomnost jedinců, kteří nemoci propadli do té míry, že mají tendence si ubližovat. Při výběru vhodného typu léčení je důležité posoudit závažnost onemocnění a na základě daného zjištění zvážit, zda pacient nepotřebuje péči intenzivnějšího charakteru.

Jeden z modelů skupinové terapie je orientován na komplexní léčbu poruchy. Terapeut v tomto případě stanoví rámcový program a zasahuje do aktivit skupiny. Jedná se o terapii orientovanou na zlepšení jídelních problémů účastníků terapie a celkového jídelního chování vzhledem k aktuálnímu psychickému stavu.

Součástí komplexnějších programů léčby anorexie i bulimie je také skupinová terapie, kde nejsou předem vymezené otázky terapeutem a problematika váhy a jídelního režimu se řeší formou individuální terapie, příp. již tyto pacienti mají tuto problematiku z velké části vyřešenou.

V souvislosti s léčbou ve formě skupinové terapie se setkáváme s tzv. edukativními skupinami, jídelními skupinami, svépomocnými skupinami či skupinami pro rodinné příslušníky a přátele. Pro léčbu mentální bulimie jsou často využívány také intenzivní skupinové terapie. Terapie je v tomto případě uskutečněna v rámci uzavřené skupiny a využívá některých kognitivně-behaviorálních postupů, ty jsou však uzpůsobeny pro práci ve skupině (Krch, 2005, s. 200-201).

7.4 Farmakologická terapie

Léčba farmaky má zejména doplňující charakter k jiným terapiím a je minimálně využívána v případě léčby mladších pacientů. František Faltus in Papežová (2010, s. 151) jmenuje tři účely farmakoterapie:

1. regulace příjmu jídla a prvotní cílené zvýšení váhy,
2. „*zaměření na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese*“.
V případě komorbidity s obsedantně-kompulzivní poruchou lze nasadit antidepressiva, zejména jestliže podpoří účinek jiné zvolené terapie,

3. odstranění tělesných obtíží přímo souvisejících s poruchami příjmu potravy.

Celkově odborníci uvádějí jako nejlepší léčebný postup kombinaci farmakoterapie s psychoterapií a následnou snahu ustupovat od léčby farmaky a nahrazovat ji spíše dalšími formami terapií.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktickou část diplomové práce tvoří osobní dotazníkové šetření metodou face to face (Pen-and-Paper Personal Interview), následné zhodnocení zjištěného stavu a uvedení návrhů možných zlepšení prevence a včasného zachycení nemoci.

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

8.1 Cíle výzkumu

Praktická část bakalářské práce vychází ze získaných poznatků v části teoretické. Zvolený kvalifikovaný výzkum přímo souvisí zejména s diagnostikou PPP, její etiologií a nabízenými formami léčebných terapií.

Dílčím cílem praktické části práce je získání konkrétních názorů a zkušeností respondentů na příčiny vzniku jejich onemocnění. V tomto smyslu se jedná především o prvotní projevy poruchy, jak je u sebe pozorovali, a dále o hlavní faktory, které vznik této poruchy způsobily. Vzhledem ke zvolenému výzkumnému postupu je tento dílčí cíl podstatnou složkou praktické části práce. V první části se respondent vyjádří ke vzniku a progresi své nemoci a následně již výzkum směřuje ke stěžejní části.

Hlavním výzkumným cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaké zkušenosti mají účastníci šetření s léčbou poruch příjmu potravy v hlavním městě Praze. Všichni účastníci výzkumu mají trvalý či přechodný pobyt na území tohoto města, a tak se metodika výzkumu plně soustředí pouze na problematiku poruch příjmu potravy v Praze. Konkrétní otázky se týkají spokojenosti respondentů s množstvím nabízené pomoci a její kvalitou, zejména se však věnují preferencím respondenta při výběru konkrétního léčebného pracoviště a vhodné terapie.

Na základě volby smíšené metody výzkumu bylo využito osobní dotazníkové šetření face to face, jehož výhodou je získání značného množství dat i při malém počtu jedinců. Lze tvrdit, že výzkum tohoto typu je vysoce validní a možná zkreslení jsou minimalizována.

8.2 Hypotézy

Na základě stanovených cílů praktické části práce, kde je využit smíšený typ výzkumného šetření, jsou mj. stanoveny čtyři hypotézy, které přirozeně vyplývají z připravených otázek k jednotlivým osobním šetřením zvolenou výzkumnou metodou face to face.

Ze stanoveného dílčího cíle, tj. získání dat o době vzniku, konkrétních projevech a příčinách vzniku onemocnění dotazovaného, vycházejí první dvě hypotézy výzkumu:

Hypotéza č. 1: Čím dříve se nemoc u respondenta objevila, tím později vyhledal odbornou pomoc.

Hypotéza č. 2: Vznik poruchy příjmu potravy mělo u výzkumného vzorku častěji více příčin.

Na základě hlavního výzkumného cíle praktické části bakalářské práce se zbývající hypotézy soustředí na problematiku poruch příjmu potravy v hlavním městě Praze. Otázky v dotazníku, které směřují k získání údajů o průběhu léčby a o konkrétních formách využití pomoci respondentem, poskytnou dostatečné množství podkladů pro potvrzení či vyvrácení následujících hypotéz.

Hypotéza č. 3: Podle respondentů není v Praze dostatek nabízené pomoci při onemocnění poruchou příjmu potravy.

Hypotéza č. 4: Respondenti preferují skupinovou terapii před terapií individuální.

8.3 Metoda výzkumu

Dle Puncha (2009) existují tři typy výzkumné strategie. Jedná se o výzkum kvantitativní, kvalitativní a smíšený. Smíšený výzkum vzniká kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu, které se navzájem doplňují. Vzhledem k povaze práce (jedná se o velice citlivé téma k dotazování) byl zvolen typ smíšeného výzkumu.

Konkrétně byla v rámci zvoleného smíšeného výzkumu při výběru tématu této práce zvolena výzkumná metoda osobního šetření metodou face to face.

Metoda osobnostního dotazování formou face to face je založena na přímém rozhovoru tazatele s respondentem na základě předem vyhotoveného dotazníku. V dotazníku jsou přesně předepsané otázky, většinou s možnostmi odpovědí. Ke konci šetření dochází k vysvětlení výběru konkrétních odpovědí dotazovaným a k doplnění konkrétních tvrzení k jednotlivým otázkám v dotazníku formou krátkého rozhovoru. Základním kladem této formy šetření je vysoká kontrola zvolené formy dotazování a z hlediska metodologického postupu získání spolehlivých a podrobných výsledků o názorech a přesvědčeních respondenta.

V dotazníku jsou zvoleny dichotomické otázky s uzavřenými odpověďmi volbou odpovědi ano – ne, například v případě zjišťování, zda respondent v Praze našel dostatek odborné pomoci či zda byl s onemocněním hospitalizován. Četnější zastoupení mají otázky polynomické výběrové, kde respondent volí jednu z nabízených variant odpovědi. V dotazníku pak převažují otázky polynomické výčtové s možností volby více odpovědí. V případě polynomických otázek má vždy dotazovaný možnost doplnění jiné varianty odpovědi, než které jsou nabízené.

Pro osobní dotazování je použita tradiční technika PAPI, tj. dotazování s papírovými dotazníky. Po vyplnění dotazníku respondentem následuje konkrétní diskuse k jednotlivým otázkám a oboustrannému vysvětlení případných nedorozumění a doplnění chybějících údajů.

Ke konci jednotlivého šetření je respondent dotázán, zda chce uvést jiné informace, které považuje za důležité a v průběhu šetření je neuvedl.

V průběhu celého šetření je tazatel ve stejné místnosti, kdykoliv zodpoví dotazy respondenta a zaznamená písemně jeho názory. Vzhledem k aplikovanému výzkumnému postupu je nutné počítat s vyšší časovou náročností.

9 POPIS ZVOLENÉHO VZORKU

Základní výběr vzorku pro tento kvalitativní výzkum je z části ovlivněn současným stavem epidemie covid-19 a obecnými nařízeními o ochraně osobních údajů (GDPR). Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN a Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol z těchto důvodů neumožnily v lůžkových částech svých zařízení provést dotazníková šetření u hospitalizovaných pacientů. Přes zřejmou ochotu pomoci výzkum z důvodu ochrany osobních údajů klientů neumožnilo také Centrum Anabell Praha.

Konečné vyhledání vhodných respondentů, splňujících níže uvedená kritéria pro dotazníkové šetření, pozitivně ovlivnila zaměstnankyně platformy Online terapie Hedepy, jež se mimo jiné věnuje i poruchám příjmu potravy. Zbývající respondenti patří do širšího okruhu známých příbuzné výzkumníka, které bylo onemocnění PPP také diagnostikováno.

Prvotními kritérii při výběru respondentů dotazníkového šetření je bydliště na území hlavního města Prahy a v současnosti vyléčené či stále probíhající onemocnění, jež splňuje diagnostická kritéria MKN-10.

Vzhledem ke specifčnosti onemocnění PPP se výběr respondentů dále přirozeně vymezuje do užšího věkového rozmezí a projevuje se i v rozdělení počtu dotazovaných podle jejich pohlaví. Konkrétně se věk respondentů pohybuje v rozmezí 16 - 40 let a převažují zástupkyně ženského pohlaví.

Všechna šetření jsou vedena anonymně a je plně respektováno soukromí respondentů, kteří jsou za účelem zjednodušení výzkumného šetření pojmenováni smyšlenými křestními jmény.

Základní data o respondentech jsou pro zpřehlednění uvedena v následující tabulce.

Tabulka 1: Základní údaje o respondentech

Jméno	Aktuální věk	Věk - vznik nemoci	Nejnižší váha/výška	Délka trvání nemoci	Porucha
Andrea	16 let	12 let	42 kg/163 cm	dodnes	ortorexie, bulimie
Barbora	20 let	14 let	46 kg/170 cm	5 let	anorexie
Cecílie	20 let	13 let	39 kg/160 cm	dodnes	anorexie, bulimie
Daniel	24 let	13 let	38 kg/162 cm	2 roky	anorexie
Eva	18 let	11 let	41 kg/172 cm	4 roky	anorexie
Filip	33 let	27 let	54 kg/186 cm	5 let	anorexie
Gabriela	40 let	35 let	62 kg/175 cm	dodnes	bulimie
Helena	23 let	15 let	40 kg/163 cm	6 let	anorexie
Ivana	28 let	23 let	48 kg/179 cm	dodnes	anorexie

Zdroj: Kristina Kurišová, 2022 (vlastní šetření)

10 INTERPRETACE VÝZKUMU

10.1 Respondent I (Andrea)

Andrea žije v rodině, kde se všichni stravují zdravě a jako rodina jsou velice sportovně i společensky aktivní. Rodiče Andrey stále zdůrazňovali a zdůrazňují vliv stravy na zdraví člověka, a tak Andrea již od dětství přirozeně přijala zdravý životní styl svých rodičů. Pociťovala tak již od svého dětství radost, že po konzumaci této stravy uslyší

chválu rodičů, a proto se snažila příjem této stravy stále zvyšovat. V současné době trpí ortorexií a v menší míře bulimií.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka nedokázala přímo stanovit, v jakém věku poprvé pocítila, že je její vztah k jídlu nezdravý. Byla si však jistá, že se již po nástupu na druhý stupeň základní školy, tedy ve 12 letech, při účasti na oslavě narozenin spolužáka těšila zejména na nabízené pochutiny, a zájem o společnou zábavu upozadila. Nerozlišovala již v této době, o jaký pokrm se jednalo, pouze vyhledávala pocit uspokojení, který znala již od dětských let.

Jako hlavní projevy svého onemocnění uvedla:

1. častou kontrolu tělesné váhy,
2. nadměrnou fyzickou aktivitu,
3. porovnávání se s ostatními spolužáky,
4. zvracení.

Respondentka zdůraznila zejména souběh dvou projevů jejího onemocnění, snahy jíst pouze zdravou stravu kulminující až v poruchu ortorexie a naopak záchvatovité přejídání spojené se zvracením.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Příčiny svého onemocnění spatřovala tázaná především v nespokojenosti s nadváhou a ve zdravotních důvodech, konkrétně v neustupujícím akné, což považovala za důvod pro zdravé stravování.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

První odbornou pomoc respondentka začala hledat ve 14 letech s rodiči, tedy po dvou letech od prvních projevů nemoci. Podle jejího názoru právě její věk ovlivnil odmítání léčby a celkově nízkou spolupráci s odborníky i rodinou.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Přes svůj nízký věk respondentka velice přesně popsala důvody své nespokojenosti s možnostmi léčby v Praze. Vždy se obávala dlouhodobosti léčby, pociťovala

nespokojenost s přístupem lékařů, zejména v souvislosti s nízkým povědomím o zdravé výživě. Chtěla se léčit sama.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Po špatné zkušenosti z předchozí léčby již neřešila svůj problém s rodinou. Pomocnou ruku našla u své spolubydlící na letním táboře, která jí nabídla společnou účast na skupinové terapii.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Do svých 14 let řešila respondentka svou poruchu pouze v rámci základní školy se školním psychologem a krátce navštěvovala dětského klinického psychologa. V posledním ročníku došlo k regresi onemocnění a dívka byla 1 měsíc hospitalizována v nemocničním zařízení (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN).

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Respondentka nadále navštěvuje skupinovou terapii. Oceňuje zejména empatii dalších účastníků terapie, přátelské prostředí a společné prožitky („sranda“).

Otázka XIII: Uveďte cokoli jiného, co byste ráda zmínila.

„Mělo by se rozšířit povědomí o ortorexii a záchvatovitým přejídání. Všude se mluví jen o anorexii.“

10.2 Respondent II (Barbora)

Barbora je dospělá 20letá žena žijící již 2 roky s přítelem. V současné době se cítí zdravá a mentální anorexii považuje za onemocnění, které probíhalo pouze v období její puberty.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka za počátek své nemoci označila přechod do jiné školy. V tomto případě lze tedy s jistotou stanovit věk 14 let jako začátek jejího dlouhého boje s nemocí.

Jako hlavní projevy svého onemocnění uvedla:

1. odmítání jídla,

2. snižování množství potravy a počítání kalorií,
3. častou kontrolu tělesné váhy,
4. zhoršení vztahů s okolím,
5. negativní psychické stavy, zejména úzkosti.

Respondentka jako nejdůležitější projev své nemoci označila ztrátu přátel. Zejména začátek středoškolského studia byl pro dotazovanou rozhodující ve smyslu změny vztahů ke svému okolí. V poslední době se opět snaží tyto přátele kontaktovat.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Jako příčiny svého onemocnění označila respondentka stres ve škole, nízké sebevědomí a sociální síť. Dotazovaná nezmínila vliv rodiny, pozitivní ani negativní.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

První odbornou pomoc respondentka začala hledat po více než 3 letech od počátku onemocnění, tedy až v 17 letech.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Respondentka po 3 roky odmítala jakoukoliv spolupráci s odborníky. Konkrétními důvody byly příliš nátlaková léčba, ošklivé prostředí a nespokojenost s přístupem lékařů.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Respondentka zkoušela navštěvovat mnoho odborníků – psychologů i psychiatrů. Pomoc našla až v Modrém domu Ládví. Tento kontakt našla společně se svým prvním přítelem, s nímž v současné době bydlí. Jednalo se o formu intenzivní ambulantní terapie.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Respondentka krátkodobě docházela k několika psychologům, vždy však po několika sezeních léčbu ukončila bez udání konkrétního důvodu nespokojenosti s lékařem. Hospitalizována nikdy nebyla.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Dotazovaná po úspěšném ukončení intenzivní terapie v Modrém domě Ládví nadále navštěvuje individuální terapii. Charakter terapie a méně častou docházku ovlivnil postupný ústup nemoci.

Otázka XIII: Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

„Nejdůležitější je podpora rodiny. Mně nejvíc pomohl můj současný přítel.“

10.3 Respondent III (Cecílie)

Cecílie bydlí s rodiči a je i v současné době nemocná. Dotazníkové šetření zprvu odmítala, po zodpovězení dotazníku však jednotlivé odpovědi ochotně vysvětlovala. Onemocnění se nejdříve objevilo ve formě mentální anorexie. V současné době Cecílie trpí mentální bulimií se záchvatovitým přejídáním a má vysokou nadváhu.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka časový počátek nemoci nechtěla původně blíže specifikovat, ke konci šetření nakonec uvedla věk 13 let. Zároveň však zdůraznila, že upozorovala mnoho projevů poruchy ona i její okolí. Jako hlavní projevy svého onemocnění uvedla:

1. odmítání jídla,
2. snižování množství potravy a počítání kalorií,
3. vyhýbání se jídlu na veřejnosti,
4. nespokojenost se sebou,
5. porovnávání se s ostatními.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Dotazovaná nástup nemoci přímo spojila se vztahy ve školním prostředí a celkově svým sociálním okolím. Příčiny tak viděla ve stresu ze školy, v narážkách z okolí a celkově nízkém sebevědomí.

Především však zdůraznila vliv sociálních sítí na svou osobu. Jako příklad uvedla tzv. „pro-ana blogy“, které často ovlivňovaly její postoje a rozhodnutí. Důsledek tohoto vlivu lze pozorovat v její konkrétní aktivitě, kdy častokrát rušila a opětovně zakládala své účty

na sociálních sítích. V těchto blozích na internetu vidí i nyní veliký problém, který přímo souvisí se zvyšováním četnosti onemocnění u stále mladších dívek.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

Respondentka uvedla, že svůj zdravotní problém začala řešit po roce, nejprve s matkou, přibližně od 15 let ho řeší již sama.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Odpověď na tuto otázku nechtěla respondentka přímo sdělit, při ústním vysvětlení této odpovědi se vyjádřila formulací „ano i ne“. Jako důvod částečně negativního hodnocení zmínila:

1. příliš nátlakovou léčbu,
2. neadekvátní léčbu ke svým potřebám.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Výběr pracoviště byl ovlivněn negativním postojem dotazované k jakékoliv skupinové či rodinné terapii. Volila tak mezi konkrétními psychology a psychiatry na doporučení své obvodní lékařky. Zásadní pomoc našla sama, bez doporučení, v Centru Anabell Praha. Toto centrum označila za stěžejní pro zlepšení jejích zdravotních problémů a doporučuje jej jiným kamarádkám s podobnými problémy.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Respondentka nezmínila žádnou dřívější terapii, kterou by navštěvovala. Upozornila v této souvislosti zejména na fakt, že si jejich problémů nikdo velice dlouho nevšiml, včetně rodiny či přátel.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Dotazovaná nyní navštěvuje ambulantní soukromé terapeutické centrum, kde využívá nabízenou individuální péči. Návštěvy centra jsou v současné době čtenější, protože

zvažuje osamostatnit se a má obavu, že toto rozhodnutí negativně ovlivní její zdravotní stav.

Otázka XIII: Uved'te cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

Porucha příjmu potravy respondentce stále zasahuje do života a negativně jej ovlivňuje. Lékař řeší její zdravotní problémy spojené s nadváhou (zvýšený cholesterol) a sama se obává, že v případě snahy o snížení hmotnosti u ní dojde k progresi mentální anorexie.

10.4 Respondent IV (Daniel)

Daniel sdílí byt se svým kamarádem a aktuálně na sobě nepozoruje znaky anorexie, kterou si před lety prošel. Jakožto respondent dotazníku by chtěl poukázat na skutečnost, že poruchy příjmu potravy se netýkají pouze ženské části populace.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Daniel si uvědomil, že se zhruba ve věku 13 let začal potýkat s anorexií, až s letitým odstupem. Vznik poruchy připisuje svému nástupu do fotbalového oddílu, kde byl spoluhráči slovně urážen pro svou silnější postavu. V kolektivu fotbalového družstva byl oním „tlouštíkem“. Respondent připustil, že v rodinném prostředí se taktéž necítil komfortně, jelikož ze strany sourozenců slyšel podobné nevhodné poznámky jako od svých přátel, přestože netrpěl nikterak vysokou nadváhou.

Jakožto projevy anorexie u sebe respondent pozoroval:

1. odmítání jídla,
2. snižování množství potravy,
3. nadměrnou fyzickou aktivitu,
4. nespokojenost se sebou.

Za velmi výrazný projev prodělané anorexie u sebe dotazovaný považuje tehdejší porovnávání se s ostatními. Respondent doplnil, že v rámci sportovního kolektivu neměl ve svém okolí chlapce mající postavu podobnou té jeho. Dotazovaný zároveň uvedl, že jeho sourozenci byli v porovnání s ním obecně talentovanější a úspěšnější a tuto skutečnost již ve svých 13 letech vnímal velmi výrazně.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Dle respondenta bylo příčinou jeho onemocnění zejména nízké sebevědomí a narážky okolí, jež jeho vnímání sebe samotného značně negativně ovlivňovaly. Ze strany svých vrstevníků pozoroval, že se na něj dívají jinak než na ostatní a necítil se ve svém sociálním prostředí nikterak dobře.

Otázka IV: Kdy jste začal problém řešit formou odborné pomoci?

Dotazovaný uvedl, že formou odborné pomoci poruchu neřešil. Respondent si dle své výpovědi po roce, tedy ve 14 letech uvědomil, že nepřijímá dostatek živin. Problém se rozhodl řešit sám, jelikož ho nevnímal za nikterak závažný a styděl se jej řešit s rodiči. Na základě respondentova nevyhledání odborné pomoci nebyl již Daniel na otázky V, VI, VII, VIII, IV a X dotazován. Respondent uvedl, že si až s letitým odstupem uvědomil, že se z poruchy vyléčil po zhruba dvou letech zcela sám, přestože si neuvědomoval, že se jednalo konkrétně o mentální anorexii.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Respondent uvedl, že v nynější době pravidelně dochází za psychologem, se kterým probírá své aktuální problémy, nikoli přímo vyléčenou anorexii. Téma poruch příjmu potravy však mnohdy s psychologem otevírá v souvislosti se svým náročným dětstvím. Na této formě terapie si Daniel chválí příjemné prostředí a skutečnost, že si datum a čas sezení může sám zvolit v rámci domluvy s psychologem.

Otázka XIII: Uveďte cokoli jiného, co byste rád zmínil.

„Anorexie a jiné poruchy příjmu potravy se netýkají pouze žen a okolní prostředí má značný vliv i na chlapce, když začíná vznikat jejich sebeúcta.“

10.5 Respondent V (Eva)

Eva, čerstvě plnoletá dívka žijící stále s matkou a sourozenci, se potýkala s poruchou příjmu potravy již od útlého dětství. Před propuknutím onemocnění měla respondentka přirozeně štíhlou postavu, vhodně se stravovala a dostatečně se věnovala pohybové aktivitě.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka uvedla, že ji nemoc postihla již ve věku 11 let. Konkrétní projevy anorexie se v prvních 2 letech, zejména na základě vzpomínek z jejího okolí, pouze zhoršovaly.

Mezi nejvýraznější projevy poruchy dotazovaná zařadila:

1. odmítání jídla,
2. snižování množství potravy,
3. nespokojenost se sebou,
4. vyhýbání se jídlu na veřejnosti,
5. porovnávání se s ostatními.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Dotazovaná jako příčiny vzniku anorexie uvedla nízké sebevědomí a narážky z okolí. V tomto smyslu se zmínila především o negativním vlivu kolektivu z baletu, jemuž se věnovala. Ve sportovním kolektivu velice štíhlých dívek se necítila dobře, špatně snášela četné poznámky vrstevnic týkající se její postavy. I učitel baletu mladé dívce navrhl, že by měla pro případný baletní úspěch snížit hmotnost. Jako další příčinu Eva uvedla komplikovanou situaci v rodině, kterou konkrétně představoval brzký rozvod rodičů.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

Respondentka začala anorexii řešit formou odborné pomoci ve 13 letech, tedy zhruba po 2 letech od vzniku poruchy. Vzhledem k jejímu věku se na výběru léčby aktivně účastnila matka dotazované, která byla s touto poruchou srozuměna.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Eva v dotazníkovém šetření vyjádřila svou spokojenost s možnostmi nabízené pomoci v rámci léčby poruch příjmu potravy v Praze. U některých druhů léčby shledávala neadekvátnost ke svým osobním potřebám, s jinými formami léčby však byla spokojena, přestože za ni léčbu zařizovala matka.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Vzhledem k závažnosti onemocnění respondentka s matkou zvažovala, zda onemocnění budou řešit ambulantně nebo zvolí hospitalizaci v některém pražském nemocničním zařízení o letních prázdninách. Vzhledem k tomu, že se s dětskou lékařkou dohodly na lůžkovém pobytu, vybíraly mezi Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN a Dětskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK a FN Motol. Hospitalizace nakonec proběhla ve Fakultní nemocnici Motol v délce 2 měsíců v průběhu letních prázdnin.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Respondentka uvedla, že byla 2 měsíce hospitalizována na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FN Motol. Dříve docházela pouze za školní psychologkou.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

V současné době dotazovaná navštěvuje pouze skupinovou terapii a v posledním roce využívá vzhledem k pandemii Covid-19 také on-line terapii. V porovnání s hospitalizací shledává respondentka skupinovou terapii příjemnější, zejména si cení pocitu sounáležitosti ve skupině, který vnímá při každém společném sezení.

Otázka XIII: Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

„Léčba anorexie je dlouhodobá záležitost. Mrzí mě však, že jsem se z nemoci nedostala dříve, protože bych neměla tolik negativních zdravotních důsledků, jako jsou menstruační problémy a bolesti kloubů.“

10.6 Respondent VI (Filip)

Filip, jemuž je nyní 33 let, se s mentální anorexií potýkal dlouhých 5 let. Aktuálně bydlí se svou přítelkyní, která mu je díky své profesi zdravotní sestry velikou oporou.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondent uvedl, že poprvé zaznamenal problém týkající se příjmu potravy ve svých 27 letech. Jakožto projevy anorexie u sebe pozoroval zejména:

1. odmítání jídla,
2. snižování množství potravy a počítání kalorií,
3. častou kontrolu tělesné váhy,

4. nespokojenost se sebou.

Jako jeden z nejvýraznějších projevů, charakterizující jeho onemocnění, určil respondent tehdejší nadměrnou fyzickou aktivitu, již praktikoval zejména v situacích po konzumaci přílišného množství jídla. Skrze fyzickou aktivitu se zbavoval pocitu hanby, kterou po nadměrném příjmu jídla často měl.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Dotazovaný na tuto otázku uvedl, že za příčinu mentální anorexie považuje mimo svého tehdejšího nižšího sebevědomí skutečnost, že mu byl vždy vzorem jeho otec, vášnivý sportovec a příznivec veganské stravy. Z toho důvodu se i on celý život stravoval velice zdravě. Z důvodu vyššího psychického tlaku na nové pracovní pozici u něj nemoc propukla až ve věku 27 let. Zároveň zmínil, že za vznikem poruchy příjmu potravy také spatřuje zdravotní problémy se sníženou činností štítné žlázy, tedy nadváhou. Kombinace těchto faktorů pak ovlivnila jeho život na poměrně dlouhou dobu.

Otázka IV: Kdy jste začal problém řešit formou odborné pomoci?

Respondent začal problém řešit po 2 letech od prvních projevů nemoci, tedy ve svých 29 letech.

Otázka V a VI: Nalezl jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházel největší nedostatky?

Dotazovaný nenalezl v Praze dostatek možností vhodné pomoci. Léčbu nepovažoval za adekvátní ke svým potřebám a také ji pokládal za příliš dlouhodobou vzhledem ke svému pracovnímu vytížení. Důsledkem bylo konečné rozhodnutí léčit se sám. Jako překážku v léčbě shledával též fakt, že jeho pohlaví a věk nejsou pro tuto nemoc typické a předpokládal, že se setká s nepochopením.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybíral a na čí radu jste toto pracoviště zvolil?

Dotazovaný zvažoval pouze online psychoterapii přes videohovor. Na základě rady svého blízkého přítele si nakonec zvolil hrazenou online terapii Hedepy.

Otázka IX a X: Navštěvoval jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byl hospitalizován?

Respondent nebyl nikdy z důvodu své nemoci hospitalizován. Dále uvedl, že žádnou terapii kvůli mentální anorexii dříve nenavštěvoval, jelikož problém nepovažoval za příliš závažný.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Respondent i nadále navštěvuje online terapii, nyní již především z preventivních důvodů. Na této formě terapie mu především vyhovuje možnost časové flexibility a také skutečnost, že není nutné na terapii dojíždět.

Otázka XIII: Uveďte cokoli jiného, co byste rád zmínil.

„Pro dospělého muže není jednoduché bojovat s poruchou příjmu potravy, protože se v rámci této problematiky mluví především o ženském pohlaví a mladším věku nemocných. Pro muže s touto poruchou nemá okolí takové pochopení, setkal jsem se i s výsměchem.“

10.7 Respondent VII (Gabriela)

Gabriela je nestarší respondentkou dotazníkového šetření, je vdaná a má děti. V současné době, přes dobré rodinné zázemí, stále trpí mentální bulimií.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka uvedla, že se u ní porucha objevila přibližně v 35 letech a bojuje s ní nadále. Jakožto projevy poruchy uvedla:

1. odmítání jídla,
2. zvracení,
3. snižování množství potravy a počítání kalorií,
4. častou kontrolu tělesné váhy.

Za výrazný projev bulimie dotazovaná považovala zejména své časté špatné psychické stavy, konkrétně stále se opakující epizody depresí. Respondentka jako jednu z příčin své deprese vnímala mimo samotného onemocnění mentální bulimií i neschopnost řádně se

starat o rodinu. Rodinné povinnosti, zejména v době nejtěžších depresí, i nadále zastává manžel či nejstarší dcera.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Respondentka uvedla, že její poruchu pravděpodobně způsobil stres v práci a nespokojenost s příbytkem váhy z důvodu stárnutí. Zmínila časté reklamy na přípravky ke zhubnutí a konkrétní negativní roli kolegyně z práce, která s ní sdílela průběh svých častých dietních pokusů a nabízela jí konkrétní dietetické produkty. Dle respondentky se její snaha zhubnout zpočátku odvíjela zejména od potřeby zůstat nadále atraktivní manželkou.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

Dotazovaná se začala hlouběji problému věnovat až po třech letech, dříve mentální bulimii odpovídajícím způsobem neřešila. Léčbu odkládala zejména z nutnosti péče o rodinu a pocitu viny, že by byla špatnou matkou, pokud by podstoupila léčbu a děti tak na určitou dobu opustila.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Respondentka uvedla, že původně pomoc nehledala, protože se chtěla léčit sama, v rodinném prostředí, nikoli v léčebném zařízení. Léčbu nechtěla podstoupit taktéž pro pocit studu a narůstající obavy z dlouhodobosti léčby.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Respondentka po zvážení své zdravotní situace změnila svůj postoj a zvažovala online terapii, skupinovou či párovou terapii. Nakonec se dohodla se svým manželem, že zkusí návštěvu párové terapie, která se velice osvědčila.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Dotazovaná uvedla, že kromě párové terapie s manželem jiný typ léčby nevyužila a také nebyla s mentální bulimií hospitalizována.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

V současné době dotazovaná nadále navštěvuje párovou terapii se svým manželem. Respondentka považuje tento druh terapie za vhodný zejména z toho důvodu, že se terapeut zabývá nejen jejími individuálními potřebami, ale taktéž obecně manželským soužitím. Na párové terapii ocenila, že jí pomáhá s léčbou mentální bulimie a zejména se zvládnutím náročných rodinných situací.

Otázka XIII: Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

„Dle mého názoru není léčba v pozdějším věku snadnější, protože člověk se v dospělosti častěji nachází ve velmi stresujících situacích.“

10.8 Respondent VIII (Helena)

Heleně je 23 let a od svého dětství se věnovala moderní gymnastice. Na druhém stupni základní školy gymnastiku po 3 roky nenavštěvovala, v 8. třídě se však ke gymnastice opět vrátila. V tu dobu již neměla onu štíhlou sportovní postavu, ale této volnočasové aktivitě se začala opět věnovat pro potěšení z pohybu a čas s kamarádkami. Prostředí, v němž trénovala, ji však tyto pozitivní prožitky neumožnilo. Respondentka byla tehdy trenérkami často upozorňována na potřebu snížit svou hmotnost. V rámci hodin gymnastiky se mnohdy setkávala s posměšky směřujícími k její postavě a neschopnosti jednotlivé sportovní úkony, například výskoky, náležitě provádět.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Respondentka uvedla, že se nemoc objevila rok poté, co se znovu začala věnovat moderní gymnastice. V současnosti, při zpětném hodnocení, je překvapena zejména pozvolností a nenápadností příchodu nemoci.

Dotazovaná k enormně se zvyšující fyzické zátěži musela zvládat i své školní povinnosti. Důsledkem její zaneprázdněnosti byl nedostatek volného času a skutečnost, že na jídlo mnohdy neměla čas, nepomyslela na něj. Dotazovaná opětovně zdůrazňovala, že na gymnastice její trenérky vyžadovaly, aby gymnastky měly nízkou váhu a téměř každý den se povinně před tréninkem vážily. Toto považuje za jeden z hlavních spouštěčů svého onemocnění.

Jako hlavní projevy svého onemocnění uvedla:

1. častou kontrolu tělesné váhy,
2. nadměrnou fyzickou aktivitu,
3. porovnávání se s ostatními dívkami,
4. odmítání jídla,
5. vyhazování jídla.

Respondentka ve svém dotazníku uvedla, že se před začátkem dílčích tréninků vždy obávala, jaké číslo se objeví na osobní váze a zda nebude její váha vyšší než na tréninku předchozím. Tato obava měla za následek, že konzumovala méně jídla, než bylo pro sportující dívku v tomto věku dostačující.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Příčiny svého onemocnění hledala tázaná především v nespokojenosti s nadváhou (podkožním tukem), v narážkách z okolí (trenéři) a strachu z čísla na váze.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

Respondentka vyhledala odbornou pomoc až po třech letech, kdy měla závažné zdravotní potíže, především ztrátu menstruace.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

U této otázky respondentka uvedla, že v Praze nenašla dostatečný výběr možností léčby. Musela se tak obrátit na odbornou pomoc v jiném městě.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Dotazovaná zdůraznila především pomoc své rodiny, kdy ocenila především svou matku, se kterou společně vyhledaly vhodného psychologa zaměřujícího se na problematiku poruch příjmu potravy. Na terapii dojížděla mimo Prahu.

Otázka IX a X: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována?

Dívka uvedla, že nikdy nebyla s touto poruchou hospitalizována. Docházela však na individuální terapie ke svému psychologovi. Bylo to pro ni tak příjemnější, protože mohli vést diskuzi mezi čtyřma očima a mohla se ze všeho vypovídat. Skupinovou terapii z tohoto důvodu nepreferovala.

Otázka XI a XII: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

V současné době již četnost návštěv terapie snížila na jednu měsíčně, stále však považuje tuto ambulantní individuální terapii za potřebnou z hlediska prevence návratu poruchy.

Otázka XIII: Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

Respondentka zmínila: „Je smutné, že v dnešní době porucha příjmu potravy bývá nedílnou součástí tohoto krásného sportu“. Dotazovaná rovněž poskytla elektronický odkaz na článek, ve kterém jedna z českých reprezentantek v moderní gymnastice tento problém velice citlivě popisuje (<https://www.bezfrazi.cz/pribehy/monika-mickova/bez-cukru>).

10.9 Respondent IX (Ivana)

Respondentce Ivaně je nyní 28 let. Aktivně se věnuje běhu a z vyznání dotazované je zřetelné, že je běh prostředkem hubnutí. Z respondentů nejdéle zvažovala, zda dotazník vyplní, ale později se k tomu odhodlala. Z následující výpovědi je zřejmé, proč se jí o těchto soukromých záležitostech nemluví lehce a že je její životní příběh velice smutný a poučný.

Otázka I a II: Kdy se poprvé nemoc objevila a jaké byly její konkrétní projevy?

Dotazovaná ve své odpovědi uvedla, že si zprvu nedokázala přiznat možné onemocnění mentální anorexií. Myslela si, že je „normální“ zhubnout a při tomto procesu se neustále pozorovat v zrcadle. Poprvé si Ivana připustila svou poruchu až před 5 lety, kdy se přihlásila do soutěže MISS ČR.

Jako hlavní projevy svého onemocnění uvedla:

1. odmítání jídla,

2. častá kontrola tělesné váhy,
3. porovnávání se s ostatními dívkami.
4. negativní psychické stavy (deprese či úzkosti),
5. neustálé počítání kalorií v aplikaci Kalorické tabulky.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Příčiny svého onemocnění hledala tázaná především:

1. v sociálních sítích,
2. ve focení a vystupování na veřejnosti,
3. ve snaze stát se nejhezčí dívkou v soutěži MISS ČR.

Otázka IV: Kdy jste začala problém řešit formou odborné pomoci?

Respondentka uvedla, že se na odborníky v této problematice zatím neobrátila a stále se snaží vyřešit situaci s rodinou a blízkými přáteli.

Otázka V a VI: Nalezla jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci, v čem jste nacházela největší nedostatky?

Dotazovaná vyvinula snahu vyhledat v Praze odbornou pomoc, ale na internetu údajně našla pouze dvě možnosti léčby, jež vyžadovaly hospitalizaci. Tyto varianty léčby neshledala vhodnými, jelikož léčení formou hospitalizace nechtěla podstoupit.

Otázka VII a VIII: Mezi kterými pracovišti jste si vybírala a na čí radu jste toto pracoviště zvolila?

Respondentka opětovně zdůraznila, že podporu vždy našla u svých rodičů a přátel, pracoviště specializující se na její poruchu nevyhledávala.

Otázka IX, X, XI a XII: Navštěvovala jste kvůli tomuto problému již dříve nějakou terapii, příp. jste byla hospitalizována? Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Dotazovaná v dalších otázkách uvedla, že nebyla nikdy hospitalizována a nadále se snaží tomu vyvarovat. Vyhovuje jí setkávání se s přítelkyněmi, kde společně rozebírají své problémy a jsou si vzájemnou oporou.

Otázka XIII: Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínila.

Respondentka uvedla, že svůj zdravotní problém před většinou svých známých nadále skrývá. Dříve několik let působila jako instruktorka ve fitness centru, ale v době, kdy si cvičenci začali všimnout a dotazovat se na důvod jejího hmotnostního úbytku, raději vedení hodin fitness cvičení ukončila. Nyní na sociálních sítích neustále zveřejňuje příspěvky, jak vaří, peče a dodržuje pravidla zdravého životního stylu, i když ve skutečnosti stále trpí touto poruchou.

11 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

11.1 Vyhodnocení výzkumu

V úvodní části dotazníkového šetření uvedli respondenti svůj věk a pohlaví. Výzkumu se zúčastnili dva muži ve věku 24 a 33 let a sedm žen ve věku 16 - 40 let. Současně všichni uvedli, s jakým konkrétním onemocněním poruchy příjmu potravy se léčili nebo stále léčí.

V rámci konkrétních poruch příjmu potravy trpělo nebo trpí sedm z celkových devíti respondentů mentální anorexií. Jedna respondentka (Andrea) pak uvedla onemocnění ortorexií v souběhu s mentální bulimií, a to včetně záchvatovitého přejídání, další respondentka (Gabriela) zmínila pouze mentální bulimii. Mentální bulimií aktuálně trpí také jedna z mladších respondentek (Cecilie), která dříve trpěla mentální anorexií.

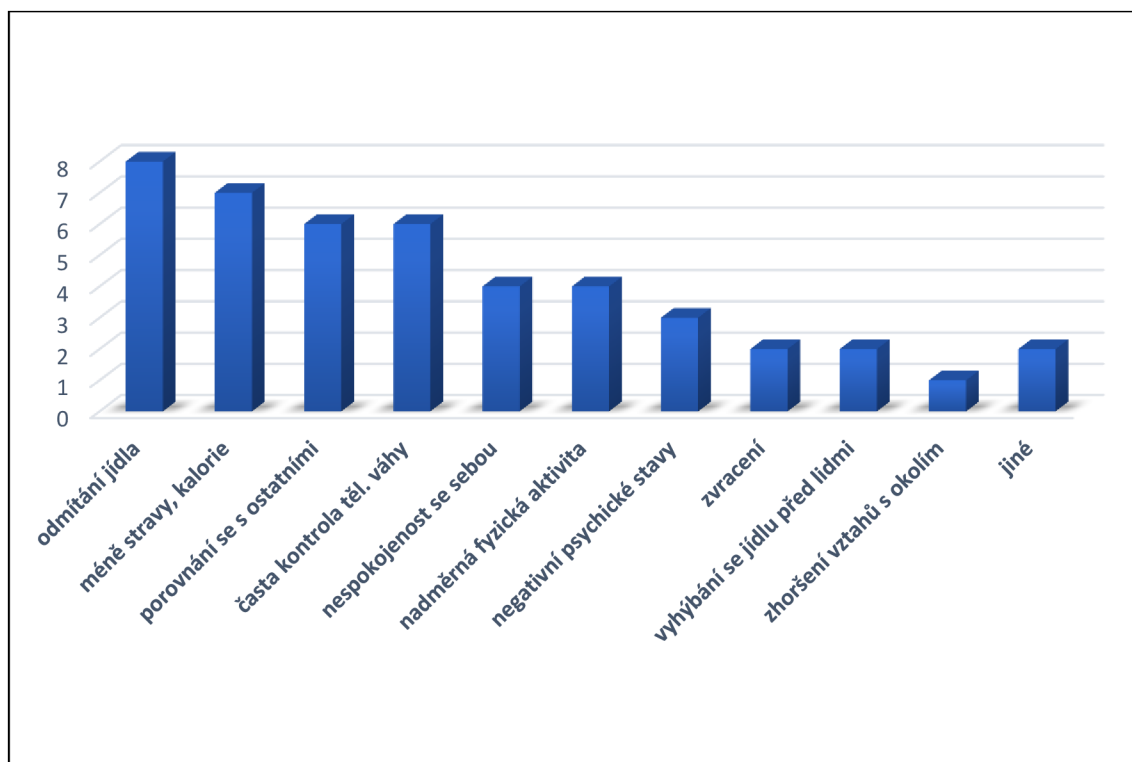
V další části šetření již respondenti odpovídali na konkrétních 12 otázkách dotazníku a ke konci každého šetření došlo k doplnění a vysvětlení uvedených faktů a také stanovisek šetřeného. Zároveň v případě potřeby proběhlo i vysvětlení dotazů a doplnění výzkumníkem.

Otázka I: V kolika letech jste poprvé zaznamenal(a), že máte problém s příjmem potravy?

Šest mladších respondentů ve věku 16 - 24 let uvedlo, že se jejich nemoc objevila v rozmezí 11. a 15. roku života. Třetina starších respondentů ve věku 28, 33 a 40 let vznik nemoci zasadila až do pozdějšího věku.

Otázka II: Jaké projevy poruchy jste u sebe konkrétně pozoroval(a)?

Graf 1: Četnost projevů poruch příjmu potravy u respondentů výzkumu

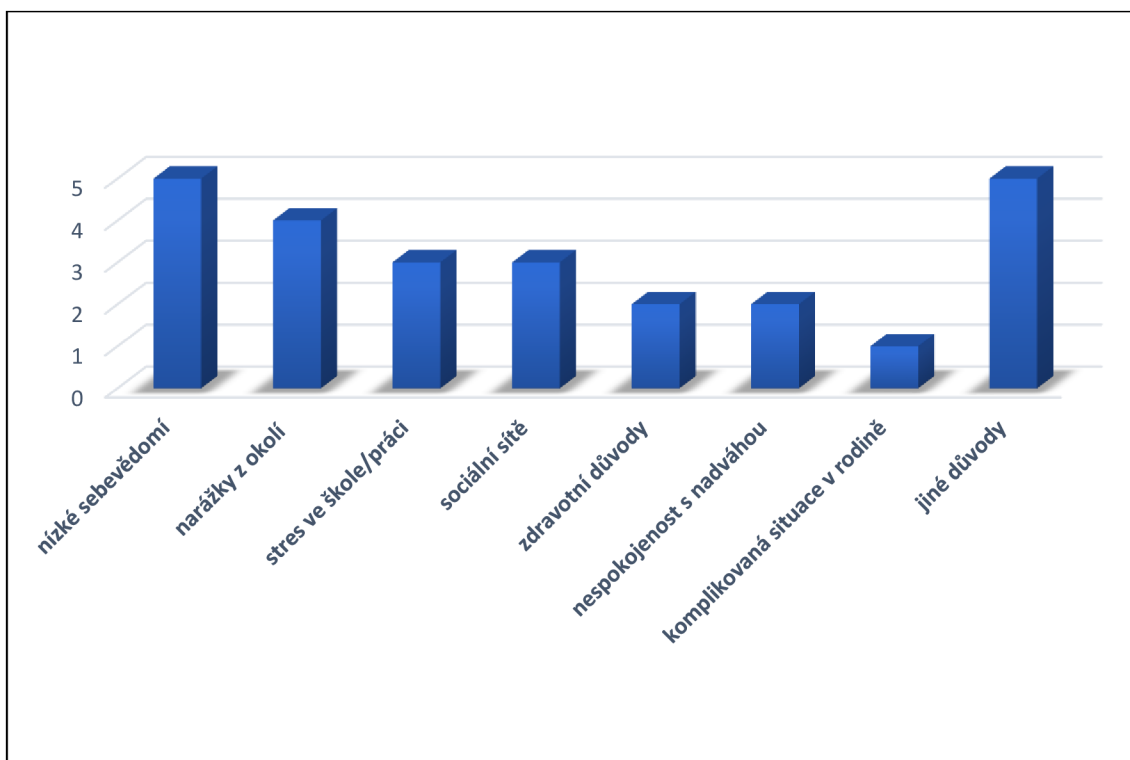


Zdroj: Kristina Kurišová, 2022 (vlastní šetření)

V odpovědi na druhou otázku všichni respondenti uvedli, že pozorovali oni i blízké okolí více projevů jejich onemocnění. Nejčastější projevy přímo souvisely s příjmem potravy, jednalo se tedy o odmítání jídla, snižování množství potravy, počítání kalorií či častou kontrolu tělesné váhy. O zvracení, jako projevu poruchy příjmu potravy, se zmínily pouze dvě ze tří respondentek, jež trpí i v současnosti mentální bulimií. Naopak k četně zastoupeným projevům onemocnění dotazovaní zařadili porovnávání se s ostatními, nespokojenost se sebou samým a s tím související negativní psychické stavy. Čtyři respondenti, z toho i oba muži, uvedli jako důležitý projev svých onemocnění nadměrnou fyzickou aktivitu. Méně častými projevy byly uváděny vyhýbání se jídlu na veřejnosti, celkové zhoršení vztahů s okolím, přílišné soustředění se na zdravou stravu a vyhazování jídla.

Otázka III: Co si myslíte, že Vaši nemoc způsobilo?

Graf 2: Četnost příčin poruch příjmu potravy u respondentů výzkumu



Zdroj: Kristina Kurišová, 2022 (vlastní šetření)

Respondenti uváděli zpravidla dvě až čtyři příčiny vzniku svého onemocnění. Více jak polovina respondentů uvedla nízké sebevědomí, ve větším zastoupení ovlivnily vznik onemocnění také nářky okolí (kamarádi a trenéři) a sociální síť. Jako původce onemocnění dotazovaní též zmiňovali stres ve škole či v práci a zdravotní důvody spolu s nespokojeností s nadváhou. Mezi dalšími uváděnými důvody, které způsobily onemocnění respondentů, byly rozvod rodičů, strach z čísla na váze, ovlivnění otcem sportovcem či focení a vystupování na veřejnosti spolu se snahou stát se nejhezčí dívkou v soutěži Miss ČR.

Otázka IV: Kdy jste začal(a) problém řešit formou odborné pomoci?

Respondenti k otázce, kdy vyhledali odbornou pomoc, uvedli ve čtyřech případech po dvou letech od vzniku onemocnění a ve třech případech po třech letech. Jeden z dotazovaných mužů a jedna žena odbornou pomoc zatím nevyhledali. Na rozdíl od stále nemocné ženy je však již muž v současné době vyléčen.

Otázka V: Nalezl(a) jste v Praze dostatek možností nabízené pomoci?

Na přímou otázku, zda respondenti našli v hlavním městě dostatek odborné pomoci, odpověděly dvě třetiny dotazovaných záporně. Z poslední třetiny respondentů byla jedna žena spokojená, další nedokázala odpovědět a poslední ji nikdy nehledala.

Otázka VI: V čem jste nacházel(a) největší nedostatky?

Dotazovaní jako zásadní problém z pohledu nabízené pomoci uváděli neadekvátní léčbu vzhledem ke svým potřebám a její dlouhodobost. Ke konkrétnímu průběhu léčení pak zmínili nespokojenost s přístupem lékařů (odborníků) a v souvislosti s tím pak především příliš nátlakovou léčbu. Třetina respondentů uvedla potřebu léčit se sama. Dalšími nedostatky byly ošklivé prostředí, nabízená léčba pouze formou hospitalizace a žádná vhodná pomoc.

Otázka VII: Mezi kterými pracovišti jste si vybíral(a)?

Na otázku výběru konkrétního pracoviště respondenti zmínili mnoho alternativ, mezi kterými volili. Při individuální péči uvedli psychologa, psychiatra, online psychologa, tedy celkově individuální ambulantní péči ve státním či soukromém zařízení. Konkrétními zmíněnými zařízeními byly Centrum Anabell Praha a soukromá online terapie Hedepy. V odpovědích respondentů byly jako možné alternativy také zdůrazněny léčba formou skupinové a párové terapie. V jednom případě volila respondentka mezi dvěma lůžkovými zařízeními, Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN a Dětskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK a FN Motol.

Otázka VIII: Na čí doporučení (radu) jste si toto pracoviště vybral(a)?

Více jak polovina dotázaných uvedla při výběru odborného pracoviště přímou pomoc či podporu rodičů a jedna respondentka zmínila trvalou podporu ze strany manžela. Třetina respondentů mladšího i staršího věku v souvislosti s volbou konkrétní léčby potvrdila nabízenou pomoc přátel. Dva dotazovaní vyhledali odbornou pomoc bez doporučení, naopak jedna respondentka zmínila zásadní podporu dětské lékařky a školní psycholožky.

Otázka IX: Navštěvoval(a) jste kvůli tomuto problému dříve jinou terapii, pomohla Vám?

Na otázku dříve navštěvované terapie odpověděli čtyři respondenti záporně. Ostatní docházeli na individuální terapii například do Centra Anabell a ke školnímu či dětskému klinickému psychologovi.

Otázka X: Byl(a) jste s tímto onemocněním někdy hospitalizován(a)?

Z devíti respondentů byly pouze dvě dotazované hospitalizovány v nemocničním zařízení. První z respondentek byla hospitalizována po dobu jednoho měsíce v Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN a druhá na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FN Motol.

Otázka XI: Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

Pouze dva respondenti uvedli, že v současné době žádnou terapii nenavštěvují. Naopak více jak polovina využívá nyní ambulantní individuální terapii, dva v online formě. Dvě z respondentek dochází na skupinovou terapii, jedna z nich souběžně s online terapií. Nejstarší respondentka stále navštěvuje párovou terapii se svým manželem. Každý z respondentů volil terapii na základě svým možností a osobních preferencí. Konkrétně se jednalo zejména o to, zda upřednostňují při řešení svých problémů individuální přístup nebo naopak podporu kolektivu.

11.2 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: *Čím dříve se nemoc u respondenta objevila, tím později vyhledal odbornou pomoc.*

Rozhodnutí vyhledat odbornou léčbu bylo u respondentů ovlivněno více faktory. Čtyři dotazovaní, kteří onemocněli ve věku 11 - 13 let, na počátku onemocnění neměli zájem problém sami řešit a změnu jejich názoru pozitivně ovlivnilo okolí, zejména rodiče a přátelé. Časové období od vzniku nemoci po první rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc lze v tomto případě vymezit jedním až dvěma roky. Respondenti na prahu adolescence, tj. ve věku 14 - 15 let, vyhledali pomoc po třech letech. Dva respondenti, u kterých se nemoc objevila v dospělosti, kontaktovali odborníka až po dvou, resp. po třech letech, jedna dospělá respondentka dosud odbornou pomoc nevyhledala.

Hypotéza č. 1 byla vyvrácena, protože starší respondenti své onemocnění chtěli řešit sami, ostýchali se svěřit svůj problém odborníkovi a obávali se, že léčba negativně ovlivní jejich dosavadní rodinný či pracovní život. Naopak respondenty se vznikem nemoci v pubertálním věku ovlivnilo jejich okolí natolik, že ve většině případů vyhledali odbornou pomoc dříve.

Hypotéza č. 2: *Vznik poruchy příjmu potravy mělo u výzkumného vzorku častěji více příčin.*

Hypotéza č. 2 vycházela z předpokladu, že je porucha příjmu potravy jako každé duševní onemocnění ovlivněna řadou sociálních a kulturních faktorů a má tedy i více příčin svého vzniku. V tomto výzkumu zmínili čtyři respondenti 2 příčiny onemocnění, tři dotazovaní 3 příčiny a dvě respondentky dokonce 4 důvody vzniku své nemoci.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena, protože ve výzkumném šetření uvedl každý z respondentů nejméně dvě příčiny onemocnění.

Hypotéza č. 3: *Podle respondentů není v Praze dostatek nabízené pomoci při onemocnění poruchou příjmu potravy.*

Třetí stanovenou hypotézu rozvíjely v dotazníku dvě otázky. Jednalo se o otázku uvedení nedostatků nabízené odborné pomoci, kdy většina respondentů uvedla alespoň jeden. Na otázku dostatečného výběru pražských léčebných pracovišť respondenti uvedli jejich neuspokojivý počet a kvalitu.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena, protože dvě třetiny respondentů uvedli svou nespokojenost s množstvím nabízené odborné pomoci.

Hypotéza č. 4: *Respondenti preferují skupinovou terapii před terapií individuální.*

Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že v otázce výběru vhodné terapie měli jednotliví respondenti značně rozdílné názory. Jejich volba souvisela s konkrétními požadavky, které od terapie očekávali. V případě skupinové terapie očekávali přátelskou atmosféru, podporu kolektivu a empatii při řešení podobných problémů. Ambulantní individuální terapii vyhledávali dotazovaní pro pocit soukromí, vytvoření bližšího vztahu s terapeutem a individuální přístup při sezeních.

Hypotéza č. 4 byla vyvrácena, protože s přihlédnutím k volbě individuální online terapie jedním z respondentů a dále ke dvěma respondentům, kteří žádnou terapii nenavštěvují, většina dotazovaných zvolila terapii individuální.

11.3 Možnosti zlepšení

Léčba poruch příjmu potravy bývá velice složitá a zdlouhavá, a proto by mělo být základním úkolem společnosti zabránit vzniku tohoto jevu. Důraz na prevenci tak hraje podstatnou roli při snižování pravděpodobnosti vzniku těchto onemocnění.

Prevence v této oblasti vyžaduje značné investice v celostátním měřítku. Jednotlivé finanční pobídky a preventivní programy lze v některých případech promítnout i do konkrétních programů v rámci hlavního města.

11.3.1 Školské preventivní programy

Hlavní město Praha prostřednictvím Programu primární prevence ve školách a školských zařízeních (podle § 10c zákona č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů), poskytuje dotace na vzdělávání pedagogických pracovníků a školních metodiků prevence v oblasti primární prevence rizikového chování formou akreditovaných skupinových kurzů. V rámci těchto kurzů by mohli být jejich účastníci ve větší míře informováni, jak postupovat v případě intervence u dětí s rizikovým chováním souvisejícím s poruchou příjmu potravy. Konkrétně by získali více informace o doporučených postupech intervence nejen u rizikového jedince, ale i v rámci celého kolektivu třídy. S využitím konkrétních příkladů z praxe by také byli poučeni, jaký typ prevence je vhodné použít, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního či psychického stavu postiženého dítěte a také celkového klimatu ve třídě (www.praha.eu, 2022).

Nově získané informace by školní metodik prevence promítl do aktuálního preventivního programu. Současně by přihlédl ke konkrétním projevům rizikového chování žáků s PPP a toto také zohlednil v preventivních aktivitách školy.

Pedagogický pracovník by po absolvování kurzu získal větší jistotu v tom, jak má postupovat při zjištění či podezření na onemocnění PPP určitého žáka. Vhodným postupem by například rodině zprostředkoval kontakt na dětského psychologa či nabídl zpětnou vazbu ohledně rizikového chování dítěte v rámci školní výuky.

11.3.2 Preventivně výchovná činnost v rodině

Vzhledem k značnému vlivu rodinných faktorů při vzniku poruch příjmu potravy u dětských pacientů by bylo zapotřebí více a zejména včas informovat o tomto problému právě rodiče dětí, a to zejména dívek. Forma kontaktování rodinných příslušníků je z pohledu pozitivního přijetí informace o tomto negativním vlivu stěžejní.

Z tohoto důvodu by bylo například vhodné, aby byli o vlivu rodiny na vznik onemocnění PPP informováni rodinní příslušníci na preventivních lékařských prohlídkách u dětského lékaře. Tato prohlídka probíhá pravidelně ve dvouletých cyklech, konkrétně v 7, 9, 11 a 13 letech dítěte. Na základě vzniku onemocnění nejčastěji až po 10. roku života lze doporučit tuto formu prevence na lékařských prohlídkách v 9 či 11 letech. Smyslem této prevence by bylo informovat rodinného příslušníka ještě v čase, kdy jeho dítě tuto nemoc nezná, příp. se s ní přímo nesešel.

Pro tuto formu prevence lze využít papírové letáky, kde by byli rodinní příslušníci jednoduše v bodech informováni o příznacích nemoci, ale zejména o jejích příčinách. Součástí letáku by také byla informace, na koho se mohou v případě dotazů rodiče obrátit. Základní podstatou této prevence by bylo předání letáku dětským lékařem či sestrou přímo rodinnému příslušníkovi, letáky by nebyly k dispozici v čekárně. Dětská lékařka by případně při předání letáku mohla nabídnout pomocnou ruku pro případ, že by v budoucnu rodiče zpozorovali negativní změny v chování svého dítěte.

Stejný postup by mohl být využit i u starších dívek. V tomto případě by však bylo vhodnější letáky adresovat přímo starším dívkám a použít formulace odpovídající jejich věku. Letáky by byly k dispozici dívkám nejen u dětského lékaře, ale i v gynekologických ambulancích, kam dochází dívky také v pravidelných časových intervalech.

11.3.3 Prevence ve sportovních klubech

Z výzkumného šetření praktické části bakalářské práce je zřejmé, že se onemocnění PPP ve značné míře vyskytuje i ve vrcholovém sportu mladistvých a dospělých. Výzkum potvrdil fakt, že se na vzniku onemocnění přímo podílí, resp. je často negativně ovlivňují tréní ve sportovních klubech a sportovních střediscích. S cílem zlepšit sportovní výkony svých svěřenců se mnozí tréní uchylují k tréninkovým postupům, které jsou nevhodné pro zdravý vývoj sportovce. Z pohledu sportovce, jenž také usiluje o úspěch na hranici svých možností, by měl být právě tréní stabilizujícím článkem v tréninkovém procesu.

Měl by si všimnout konkrétních příznaků onemocnění, tedy například odmítání společně jíst v tréninkové skupině, zvýšené únavy svěřence či čtenějších zranění. Zároveň by se trenér neměl nevhodně vyjadřovat k tělesné váze sportovce nebo jej dokonce vyzývat ke snížení hmotnosti.

Trenér má na sportovce značný vliv. Měl by tedy spíše poskytovat svěřencům potřebné odborné poznatky, vyvracet nepodložené či chybné informace a být mu celkově oporou.

Na základě této skutečnosti by bylo žádoucí, aby byli sportovní trenéři ve svých domovských klubech průběžně proškoleni. Zejména by se mělo jednat o trenéry specifických sportů, kde lze problémy s PPP předpokládat (balet, sportovní a moderní gymnastika, akvabely, krasobruslení). V rámci těchto školení by měla být trenérům zdůrazněna skutečnost, že je neakceptovatelné záměrně přehlížet indicie, které na problém s PPP upozorňují.

Současně by bylo vhodné řešit tento problém na úrovni vedení klubů. Od určitého věku by mohly a měly kluby sportovce zasílat na pravidelné zdravotní prohlídky, což se bohužel často nestává. Z tohoto pohledu se může zamezit vzniku i mnoha jiných zdravotních komplikací.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly poruchy příjmu potravy, možnosti a podmínky její léčby v hlavním městě Praha. Vybrané téma je velice aktuální, protože v České republice se lze v současnosti s těmito poruchami setkat ve stejné míře jako v jiných evropských zemích a ani Praha v tomto není výjimkou.

V teoretické části bakalářské práce byly vymezeny základní pojmy související s touto problematikou. Detailněji byly popsány zejména ty poruchy příjmu potravy, které jsou v českém etniku zastoupeny nejčastěji, tj. mentální anorexie a mentální bulimie. V práci byly stručně charakterizovány i další druhy poruch, protože často dochází ke komorbiditě těchto onemocnění. Součástí teoretické práce byl i vhled do historie poruch příjmu potravy, přiblížení jednotlivých rizikových faktorů, ovlivňujících etiologii těchto onemocnění, a následně se práce věnovala léčbě a konkrétním terapiím, které mohou nemocní využívat.

Praktická část bakalářské práce vycházela ze získaných poznatků v části teoretické a byla využita metoda smíšeného typu výzkumného šetření. Zvolený kvalifikovaný výzkum přímo souvisí s diagnostikou, etiologií a nabízenými formami léčebných terapií poruch příjmu potravy. Konkrétně bylo pro výzkum zvoleno osobní dotazníkové šetření metodou face to face. Základním kladem tohoto typu výzkumu je jeho validita, která souvisí se zvolenou formou přímého dotazování na základě předem vyhotoveného dotazníku, po němž následuje diskuse k jednotlivým otázkám, doplnění chybějících dat a vysvětlení názorů a přesvědčení respondenta.

Dílčím cílem praktické části práce bylo zjistit, jak respondenti nahlízejí na příčiny vzniku svého onemocnění a délku období, po které nevyhledali lékařskou pomoc. Výzkumné šetření potvrdilo hypotézu, že poruchy příjmu potravy jsou jako duševní onemocnění vyvolány více faktory. Jako hlavní příčiny svých onemocnění označili respondenti nízké sebevědomí, nárážky z okolí, stres ve škole či v práci a také komplikovanou situaci v rodině. Předpoklad, že starší respondenti vyhledají odbornou pomoc dříve než mladší, byl vyvrácen. Čtyři dotazovaní, kteří onemocněli ve věku 11 - 13 let, k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc došli do 2 let od propuknutí nemoci. Respondenti ve věku 14 - 15 let vyhledali pomoc po třech letech. Naopak dva respondenti, u kterých se nemoc

objevila v dospělosti, kontaktovali odborníka až po dvou, resp. po třech letech, a jedna dospělá respondentka dosud odbornou pomoc nevyhledala.

Hlavním cílem výzkumné práce bylo zjistit, jaké zkušenosti mají účastníci šetření s léčbou poruch příjmu potravy v hlavním městě Praze. Stěžejní pozornost byla věnována spokojenosti respondentů s množstvím a kvalitou nabízené pomoci a následně jejich preferencím při výběru léčebného pracoviště a konkrétní terapie. Výzkumem byla potvrzena hypotéza, že respondenti považují nabídku za nedostatečnou. Respondenti určili jako hlavní důvod jejich nespokojenosti s nabízenou pomocí zejména neadekvátní léčbu ke svým potřebám, dlouhodobost léčby a nevhodný přístup lékařů – odborníků. Poslední hypotéza, věnující se preferenci terapií, potvrdila značný rozdíl v názorech respondentů, nicméně konečné zhodnocení výzkumu prokázalo preferenci individuální terapie před skupinovou.

Z provedeného výzkumu vyplynul hlavní závěr práce, tedy zjištění, že v rámci nabízené pomoci v oblasti poruch příjmu potravy v hlavním městě Praze existují určité nedostatky. V návaznosti na to byly v závěru bakalářské práce uvedeny tři možnosti navrhovaných zlepšení. Konkrétně se jedná o školské preventivní programy, preventivně výchovnou činnost v rodině a prevenci ve sportovních klubech. Práce ale dochází i k pozitivnímu zjištění, že všichni respondenti, kteří o pomoc stáli, vhodnou léčbu nakonec našli. Z širšího pohledu tato práce upozornila na fakt, že jsou poruchy příjmu potravy přes veškerou snahu odborníků včas a vhodně veřejnost informovat stále tabuizovaným tématem, a tak se léčba ke konkrétním nemocným dostává často příliš pozdě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.

DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychopradna. ISBN 80-86517-60-8.

KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. Pediatrie pro praxi*. 2002, 98-100.

KOCOURKOVÁ, Jana, Jan LEBL a Jiří KOUTEK. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

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

LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2019. ISBN 978-80-906237-3-6.

LADISHOVÁ, Lorraine. *Strach z jídla*. 1. Bratislava: Epos, 2006.

MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!.* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat.* [Praha]: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.

Seznam použitých zahraničních zdrojů:

Galassi FM, Bender N, Habicht ME, Armocida E, Toscano F, Menassa DA, Cerri M. 2018. St. Catherine of Siena (1347-1380 AD): *one of the earliest historic cases of altered gustatory perception in anorexia mirabilis.* Neurological Sciences 39:939-940.

MARTIN, Malissa, Natasha DARBAR a Monique MOKHA. *Diabulimia: A Body-Image Disorder in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. Athletic Therapy Today.* 2008, 13(4), 31-33]. DOI: 10.1123/att.13.4.31. ISSN 1078-7895.

Seznam použitých internetových zdrojů:

Monika Míčková : Bez cukru | Příběhy | Bez frází. Bez frází : Příběhy | Podcasty | Videa [online]. Copyright © 2016 [cit. 31.01.2022]. Dostupné z: <https://www.bezfrazi.cz/pribehy/monika-mickova/bez-cukru>

Praha.eu: *Grantové řízení v Programu primární prevence pro rok 2022* [online]. [cit. 2021-12-12]. Dostupné z https://www.praha.eu/public/98/50/90/3320460_1175915__2021_07_22_Program_primarni_prevence_ve_skolach_2022.pdf

PUNCH. *Mixed Methods Research* [online]. [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/31987_Punch_Final_Proof.pdf

Bulimie, co to je a kde hledat pomoc? - Jdi Do Klubu. Jdi Do Klubu [online]. Copyright © 2012 [cit. 07.02.2022]. Dostupné z: <https://www.jdidoklubu.cz/Bulimie-co-to-je-a-kde-hledat-pomoc-P7041311.html>

Vše o poruchách příjmu potravy, aneb jak se vypořádat se zákeřnou nemocí -1. část | ČeskoZdravě.cz. Magazín o zdravém životním stylu | ČeskoZdravě.cz [online]. Copyright © Copyright 2022, Všechna práva vyhrazena [cit. 07.02.2022]. Dostupné z: <https://ceskozdrave.cz/vse-poruchach-prijmu-potravy-aneb-se-vyporadat-se-zakernou-nemoci-1-cast/>

Máte pocit, že jsou vaše svaly neviditelné? Pak pozor na bigorexii! I cvičení může být totiž někdy přespříliš. LUI [online]. Dostupné z: <https://www.lui.cz/co-se-deje/item/10647-mate-pocit-ze-jsou-vase-svaly-neviditelne-pak-pozor-na-bigorexii-i-cviceni-muze-byt-totiz-nekdy-presprilis>

File:Miss K. R- aged 14, before treatment for anorexia Wellcome L0073694 (cropped).jpg - Wikimedia Commons. [online]. Dostupné z: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Miss_K._R-_aged_14,_before_treatment_for_anorexia_Wellcome_L0073694_\(cropped\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Miss_K._R-_aged_14,_before_treatment_for_anorexia_Wellcome_L0073694_(cropped).jpg)

Daseinsanalysis, Existential Psychotherapy, Inner Circle Seminars: Anthony Stadlen, London W1, N22: Existential Pioneers. 6. Binswanger on 'Ellen West'. Holzhey-Kunz & Stadlen conduct Inner Circle Seminar 162 (3 April 2011). N22 [online]. Dostupné z: <http://anthonystadlen.blogspot.com/2010/03/life-unworthy-of-life-case-of-ellen.html>

Grantové řízení v Programu primární prevence pro rok 2022 (Portál hlavního města Prahy). 302 Found [online]. Copyright © 2022 [cit. 16.02.2022]. Dostupné z: https://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_socialnich_veci/primarni_prevence_rizikoveho_chovani/granty/grantove_rizeni_v_programu_primarni_3.html

Seznam použitých legislativních dokumentů:

Zákon č. 250/2000 Sb. ze dne ze dne 7. července 2000, o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2000, částka 73. Dostupné z: https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Zak_2000-250_uplne-zneni-k-21-2-2017.pdf

Zákon č. 131/2000 Sb. ze dne 13. dubna 2000, o hlavním městě Praze. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2000, částka 39. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=3&T=425>

SEZNAM ZKRATEK

1. LF UK a VFN – 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice
2. LF UK a FN Motol – 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol
- ČR - Česká republika
- DSM-V- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
- EDNOS - nespécifikované poruchy příjmu potravy (Eating disorders not otherwise specified)
- GDPR - Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
- MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
- PPP – porucha příjmu potravy

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1: Zkreslený pohled nemocného na své tělo 11
- Obrázek 2: Složení jídelníčku nemocného 14
- Obrázek 3: Bigorexie 20
- Obrázek 4: foto William Withey Gull, pacientka – kazuistika (1887) 22
- Obrázek 5: Ellen West, pacientka švýcarského psychiatra Ludwiga Binswagera 24

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Četnost projevů poruch příjmu potravy u respondentů výzkumu 53
- Graf 2: Četnost příčin poruch příjmu potravy u respondentů výzkumu 54

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1: Základní údaje o respondentech 35

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A: Dotazník 67

Příloha A: Dotazník

Pohlaví: **M U Ž - Ž E N A** V Ě K:

S jakým problémem se léčíte? **ANOREXIE - BULIMIE** - jiný

1/ V KOLIKA LETECH jste POPRVÉ zaznamenal/a, že máte problém s příjmem potravy?

2/ Jaké projevy poruchy jste u sebe KONKRÉTNĚ pozoroval(a)?

- odmítání jídla
- zvracení
- snižování množství potravy a počítání kalorií
- častá kontrola tělesné váhy
- vyhýbání se jídlu na veřejnosti
- nadměrná fyzická aktivita
- nespokojenost se sebou
- porovnávání se s ostatními
- zhoršení vztahů s okolím
- negativní psychické stavy (deprese či úzkosti)
- jiné

3/ Co si myslíte, že tento problém způsobilo?

- stres ve škole/v práci
- komplikovaná situace v rodině (rozvod rodičů, úmrtí v rodině, jiný problém)
- sociální síť
- nízké sebevědomí
- narážky z okolí (rodina, kamarádi)
- nespokojenost s nadváhou
- zdravotní důvody
- jiný důvod (uveďte).....

4/ KDY jste začal(a) problém řešit formou ODBORNÉ pomoci?

- po méně než roce
- po více než roce
- po více než 2 letech
- po více než 3 letech

5/ Nalezl(a) jste V PRAZE dostatek možností nabízené pomoci? ANO x NE

6/ V čem jste nacházel(a) největší nedostatky?

- potřeba se léčit sám/sama, ne v zařízení
- Příliš nátlaková léčba
- neadekvátní léčba k Vaším potřebám
- dlouhodobost léčby
- nespokojenost s přístupem lékařů/poradců
- ošklivé prostředí
- jiné (uveďte)

7/Mezi kterými pracovišti jste si vybíral(a)?

.....
.....
.....

8/ Na či doporučení (radu) jste si toto pracoviště vybral(a)?

- lékař
- rodič
- kamarád
- někdo jiný (uveďte)

9/ Navštěvoval(a) jste kvůli tomuto problému dříve jinou terapii a pomohla Vám?

.....
.....
.....

10/ Byl(a) jste s tímto onemocněním někdy HOSPITALIZOVÁN/A? ANO x NE

KDE a JAK DLOUHO? -

.....

11/ Jakou formu terapie nyní navštěvujete a co Vám na ní vyhovuje?

- denní stacionář
- individuální ambulantní terapie
- rodinná terapie
- skupinová terapie
- online terapie
- jiná

.....
.....
.....

12/ Uveďte cokoliv jiného, co byste ráda zmínil(a).

.....
.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kristina Kurišová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Poruchy příjmu potravy, možnosti a podmínky její léčby v hlavním městě Praha

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 67

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 17

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.