

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

Poruchy příjmu potravy u adolescentů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Čiháková

Specializace v pedagogice, obor Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 15. 4. 2016

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Kateřině Šámalové, za její odborné a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace ke zpracování praktické části a dále také všem, kteří mě při tvorbě mé bakalářské práce podporovali.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza ČIHÁKOVÁ**
Osobní číslo: **P13B0154P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Výchova ke zdraví**
Název tématu: **Poruchy příjmu potravy u adolescentů**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

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

1. Název a vymezení téma práce: Poruchy příjmu potravy u adolescentů
2. Vytvoření osnovy práce, upřesnění názvu kapitol
3. Teoretické zpracování poruch příjmu potravy
4. Charakteristika adolescence
5. Kazuistika lidí trpící mentální bulimií a mentální anorexií
6. Závěr, doporučení pro praxi

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 60

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. KRCH, František David. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-736-7807-4.
2. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470840-X.
3. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
4. KRCH, František David. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7178-598-9.
5. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Šámalová
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: 8. června 2015
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2016


Doc. PaedDr. Jana Coufalová, CSc.
děkanka




Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 12. června 2015

OBSAH

ÚVOD.....	3
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE.....	6
1.1 TĚLESNÝ VÝVOJ A FYZICKÉ SCHÉMA.....	7
1.2 SMĚR K AUTONOMII.....	8
1.3 PSYCHICKÝ VÝVOJ A VZTAH K OKOLÍ.....	9
1.4 SEXUÁLNÍ VÝVOJ.....	10
1.5 KOGNITIVNÍ ROVINA.....	11
2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	13
3 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	14
3.1 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY.....	14
3.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY.....	15
3.3 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI.....	17
3.4 EMOCIONÁLNÍ FAKTORY.....	18
3.5 OSOBNOST JEDINCE A DALŠÍ PSYCHICKÉ CHARAKTERISTIKY.....	19
4 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	21
5 MENTÁLNÍ BULIMIE A ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ.....	24
6 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	26
6.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	27
6.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULMIE.....	29
7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	30
7.1 HOSPITALIZACE A ČÁSTEČNÁ HOSPITALIZACE.....	30
7.2 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE.....	31
7.3 SVÉPOMOC, ŘÍZENÁ SVÉPOMOC A PSYCHOEDUKACE.....	32
7.4 RODINNÁ TERAPIE.....	32

7.5 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	33
7.6 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE.....	34
7.7 FARMAKOTERAPIE.....	34
8 DALŠÍ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY (ORTOREXIE, BIGOREXIE, DRUNKOREXIE).....	36
9 PREVENCE RELAPSU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
10 POPIS, CÍL VÝZKUMU A KAZUSTIKY.....	40
10.1 KAZUISTIKA ČÍSLO 1.....	40
10.2 KAZUISTIKA ČÍSLO 2.....	42
10.3 KAZUISTIKA ČÍSLO 3.....	44
10.4 KAZUISTIKA ČÍSLO 4.....	46
10.5 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ A POROVNÁNÍ KAZUISTIK.....	48
11 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ NA RESPONDENTECH NETRPÍCÍCH PPP.....	50
11.1 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKU.....	50
ZÁVĚR.....	52
RESUMÉ.....	54
SEZNAM LITERATURY.....	55
SEZNAM WEBOVÝCH ZDROJŮ.....	56
PŘÍLOHY.....	57

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy se stávají velkým rébusem pro většinu společnosti. Záhadou se stávají i pro začínající specializované doktory, psychoterapeuty a i pro jedince, kteří se nezabývají poruchami stravování a neměli tu možnost vidět patologické chování obětí. Záhada, kterou je tato porucha obklopena, není zapříčiněna neschopností porozumět, co se děje v psychice pacientů, ale jde spíše o tendence objasnit jejich chování prostřednictvím obvyklých a jednotvárných informací, získaných pouze z odposlechu společnosti. Touto problematikou netrpí pouze oběti poruchy, ale i jejich sociální okolí. Přesto, že se jedná o jedny z nejzávažnějších psychických a posléze i fyzických poruch, je problematika poruch příjmu potravy stále spíše podceňována. Důvodem tohoto pohledu je ve společnosti stále převažující ideál krásy, štíhlost. Tento trend se bohužel stává součástí každodenního života prostřednictvím televize, internetu a masmédií a je tedy velmi obtížné ho přehlížet. Významným rizikovým faktorem může být i mužské pohlaví. Někteří muži mají tendence, ať už vážně nebo nevážně, kritizovat a zesměšňovat ženské tělesné proporce svých partnerek. Tuto kritiku ne každá žena vnímá s humorem. Ženy bývají obvykle citově labilnější než muži, a tudíž mohou kritiku (především od muže) vnímat mnohem citlivěji a intenzivněji. Není tedy překvapením, že ideál štíhlosti může vyústit v nezdravou poruchu stravování a ve špatný životní styl. Právě tímto hlavním faktem se tato bakalářská práce zabývá.

Závěrečná se práce úzce věnuje začarovanému kruhu poruch příjmu potravy v souvislosti s adolescentním obdobím, protože právě pro tyto jedince jsou poruchy stravování zvláště typické. Volbu tématu práce velmi ovlivnil osobní zájem o problematiku poruch příjmu potravy a také osobní zkušenost v oblasti problematiky stravování. Další motivací pro zpracování práce byl osobní zájem pracovat v budoucnu s lidmi postihnutými právě těmito poruchami. Závěrečná práce se zabývá především dvěma hlavními problémovými oblastmi ve sféře poruch příjmu potravy, mentální anorexií a mentální bulimií. Je rozdělená na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je věnována především charakteristice adolescence, jejímu vývoji v psychických, fyzických a sociálních sférách a příčinám vzniku poruch stravování. Dále se zaměřuje na podrobnou charakteristiku mentální anorexie a bulimie, jejich historický vývoj a také na možné formy léčby. Ačkoliv je práce zaměřena především na dvě hlavní poruchy, je zde přidána i kapitola nových typů poruch stravování.

Praktické části jsou věnovány kazuistiky jedinců s osobními zkušenostmi v oblasti poruch příjmu potravy. Cílem bylo informovat společnost, z jednotlivých výpovědí kazuistik, jak tyto poruchy vznikají, probíhají a jakým způsobem se mohou léčit. Jaký je život s mentální poruchou stravování a jaké jsou vyhlídky a motivace k lepšímu životu. Cílem práce bylo popsat „spouštěče“ poruch příjmu potravy a ověřit či vyvrátit domněnku, zda jsou poruchy příjmu potravy stále aktuální, ba dokonce aktuálnější a nebezpečnější než v předchozích letech, prostřednictvím zpovědí jedinců netrpících poruchou stravování, pro které byl připraven speciální dotazník, taktéž uvedený v části praktické. Úmyslem bakalářské práce byla nezbytnost připomenout na zvýšenou pozornost všech osob, kterých se tyto poruchy přímo i nepřímo dotýkají, upozorňovat prostřednictvím prevence a také se snažit věnovat se více správné životosprávě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE

„Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa „adolescere“, což znamená dorůstat, dospívat či mohutnět“ (Macek, 2003). Adolescence představuje jednu z disciplín vývojové psychologie, konkrétněji jedno ze stádií lidské ontogeneze.

„Být normální v období dospívání je samo o sobě nenormální. Adolescent se může během dospívání chovat nekonzistentně a nepředvídatelně, může trpět, ale terapii nepotřebuje. Jsou to spíše rodiče, kteří potřebují pomoc, aby se dokázali s dospíváním svých dětí vyrovnat“ (Anna Freudová, 1958).

Období adolescence je obdobím závažných změn celé osobnosti člověka. Tato fáze lidské ontogeneze je lokalizována mezi 15. a 22. rokem života člověka, tedy mezi pubescencí a mladou dospělostí. Typickým startem adolescence je ukončení pohlavní zralosti a absolvování základní školy. Následné ukončení tohoto stádia začíná ekonomickou nezávislostí a nástupem do práce (začátek mladé dospělosti). Dá se říct, že adolescence je přechodné období, které slouží k urovnání si vlastních hodnot, postojů, názorů a cílů, aby se člověk naučil zacházet se dvěma základními, velmi podstatnými atributy – svoboda a zodpovědnost. V tomto věkovém období si člověk vytváří svou vlastní identitu, což znamená, že je schopný vytyčit si své životní cíle. Je si vědom svých silných a slabých stránek a také hranic svých možností. Postupně se odpoutává od rodičů a začíná mít potřebu být více samostatný a umět se rozhodnout sám za sebe. Tělesné, psychické i sociální změny v období adolescence probíhají do jisté míry souběžně a navzájem závisle. Souběžnost a závislost však zdaleka není úplná ani neznamenaá přímou příčinnou podmíněnost. Průběh psychických změn a sociálního postavení je vždy ovlivňován řadou dalších faktorů, které působí jako zprostředkující proměnné. Změny spojené s pohlavním zráním mohou působit nejen přímým vlivem výrazných hormonálních pochodů na nervový systém, ale nepřímo tím, že jedinec pozoruje změny na svém těle i změny v přístupu dospělých k němu a reaguje na to touhou po dospělejším postavení, ale i nejistotou, popřípadě úzkostí. Sociální, ekonomické a kulturní faktory hrají důležitou úlohu, stejně jako výchovný postoj rodičů, učitelů a dalších osob pro jedince významných (J. Langmeier, D. Krejčířová, 2006, s. 142).

1.1 TĚLESNÝ VÝVOJ A FYZICKÉ SCHÉMA

Co se týče tělesného růstu, je už v tomto období opravdu minimální, ovšem ale ne vyloučený. Proporce těla se dostávají do finální fáze, kdy je jedinec fyzicky totožný s tělem dospělého člověka. U některých jednotlivců pokračuje tělesný růst i po dvacátém roku života. Pokud se člověk v rámci svého vývoje dostane do adolescentního období, má pro něj tělo a vzhled velmi důležitý význam, mnohdy důležitější, než jeho vnitřní stránka. Děvčata a chlapci, lépe mladé ženy a mladí muži kladou velký důraz, aby byli jak pro opačné, tak i pro stejné pohlaví co nejvíce atraktivní. Obě pohlaví zde nalézají své sebepojetí, které se projevuje například u výběru stylu oblékání. V tomto stádiu jsou adolescenti často ze začátku označováni jako mladiství, teenageři nebo také dorostenci. Adolescence začíná od 15. do 22. roku života a je to tedy velmi široké téma a také značně dlouhá a zlomová doba, kdy se jedinec mění téměř po dobu sedmi let. Nelze říct, že je jedinec dorostenec nebo mladistvý, pokud už dosáhl například dvacátého roku života. Tyto informace se týkají adolescentů v raném stádiu. Jak už bylo zmiňováno, tělesný růst není vždy rovnoměrný. Na začátku dospívání se jako první rozvíjejí zejména horní a dolní končetiny. Lze říct, že stavba těla se stává lehce disproportionální neboli také lidové označení: „Samá ruka, samá noha“. Jedinec cítí, že jeho tělo není ve finálním stádiu a většina dospívajících se ve svém těle necítí na sto procent dobře, protože mají pocit ztráty kontroly nad vlastním tělem. Jedinec v tomto období dosahuje, ve většině případů, o dvacet procent své celkové výšky. *„Růst se pohybuje mezi 9 a 14 cm za rok. U dívek končí růst přibližně v patnácti letech, u chlapců v sedmnácti až osmnácti letech.“* Dochází také ke zrání pohlavních orgánů (zvětšení a ochlupení) a větší tvorbě mazových žláz, což se nejčastěji projevuje zvýšeným akné, podrážděnou kůží, nebo pocením. Děvčatům začínají růst prsa a dostávají první menstruaci. První menstruace je značně závislá na množství tělesného tuku, protože čím více ho dospívající dívka má, tím dříve je pravděpodobnost výskytu první menstruace. Pro chlapce je také velmi charakteristický znak dospívání nástup mutace. Při mutaci dochází ke změně výšky a tónu hlasu. Tělesný vzhled je pro chlapce i pro dívky velice důležitý, protože tělo je v tomto období hlavní prostředek, kterým chtějí adolescenti prezentovat svou skutečnou osobu. Příkladnou ukázkou může být líčení u dívek, nošení vyzývavých oděvů, specifický slovník nebo fotografie na sociálních sítích, dnes známé jako: „SELFIE“ (focení sebe sama). Dnešní svět internetu nabízí nespočet možností, jak si

„vylepšit“ vlastní fotografii, nabízí velkou škálu retušujících programů, které jsou využívány i při focení profesionálních modelů a modelek na titulních stranách časopisů a jsou pro jedince, kteří si právě vytvářejí svou vlastní identitu, nebezpečné a mohou se stát jedním ze spouštěčích faktorů u poruch příjmu potravy (Thorová, 2015, s. 424-426).

1.2 SMĚR K AUTONOMII

Základním úkolem v adolescenci je utváření vlastní identity, které napomůže k separaci od rodičů a umožní dosáhnout takové míry samostatnosti, která umožní samostatnou autonomii ve světě. První práce/brigády a různé možnosti vydělat si své vlastní peníze a následně s nimi hospodařit vedou adolescenta na budoucí ekonomickou nezávislost. Vztah mezi dospívajícím a jeho rodičem se po logické stránce musí proměnit. Emoční závislost nahradí vzájemná podpora, respekt a spolupráce. Pro dospívajícího je dosažení nezávislosti jedním z hlavních úkolů navzdory tomu, že své nové kompetence musí stále diskutovat s rodiči, což může někdy vést k odporu a konfliktům, nebo dokonce k porušování stanovených pravidel. Adolescenti sice kritizují své rodiče, ale zároveň si jich váží, chválí je a cení si jich. Příklad negativního postoje: *„Nesplní vše co si umanu, např. mě nechtějí pustit na nějakou akci, kvůli učení, ven. Rodiče pořád otravují, abychom měli uklizený pokoj nebo se pořádně oblékali. Stále nám do něčeho mluví, ale pokaždé to s námi myslí dobře. Osobně si myslím, že by měli více poslouchat a respektovat moje názory. Místo toho, abych šla ven s kámoši, musím trávit čas s rodinou“* (Thorová, 2015, s. 415). Příklad pozitivního postoje: *„Když jsem v těžké situaci a mám nějaký problém, podrží mě. Jsem hrdá na jejich smysl pro humor. Líbí se mi, že upřednostňují nás jako své děti, že udělají všechno pro to, abychom se měli lépe, než oni. Vážím si, že mí rodiče nejsou žádní ustrašenci a dávají mi poměrně hodně volnosti. Ráda bych tento styl výchovy realizovala i pro své budoucí děti“* (Thorová, 2015, s. 415). V období dospívání potřebuje každý jedinec své rodiče mnohem více, než si sám uvědomuje. Souvisí s tím výchovná pomoc například ve formě povzbuzení k úspěchu ve škole, vysvětlení určitých hranic nebo určování hodnot při rozhodování. Velmi důležitou roli hraje také trávení volného času. Děti z rodin, které jsou zvyklé se svými rodiči společně stolat se ukázaly jako více imunní vůči rizikovému chování. Mají mnohem menší sklony ke

kouření, užívání alkoholu nebo drog, nemají potřebu svým rodičům lhát, nedostávají se do společenských konfliktů a později zahajují svůj sexuální život. Kontrolování dítěte ze strany rodiče je správné, ale musí být přiměřené a probíhat v citlivějším duchu, protože při nadměrné kontrole je situace z pohledu dítěte hodnocena jako zásah do jeho soukromí a osobní svobody. Adolescenti, kteří se cítí být svobodní, ale zároveň vidí ve svém rodiči oporu a mají s nimi vřelý vztah, nemají problém se svěřováním se (Thorová, 2015, s. 416-417).

1.3 PSYCHICKÝ VÝVOJ A VZTAH K OKOLÍ

Jak už bylo zmiňováno, jedinec v adolescentním věku si v tomto časovém období prohrabává svou cestičku k dospělosti. Odpoutáváním se od rodičů si jedinec vytváří své osobní cíle, normy a hodnoty. Uvědomuje si sám sebe a také to, že se konečně chce stát pánem svého života. Klade si otázky typu: „Kdo jsem a kam patřím?“ Je to období nové kvality sebeuvědomování, kdy si jedinec všímá více toho, jak myslí, co prožívá a jak komunikuje. Zajímavé je, že cokoliv, co se jedinci přihodí, co zažije nebo řekne a je to pro něj podstatné a důležité, je schopný si to uchovat a nést si to s sebou po zbytek svého života. Velmi důležitá je pro jedince osobní zkušenost. Z adolescenta se stává dospělý člověk v okamžiku, kdy přestává být centrem vlastního zájmu a obrací se ve svých aktivitách k ostatním, kdy již nepotřebuje péči, ale sám má potřebu se o někoho starat. Zakládá si rodinu a chce být užitečný i ve své práci. Jak v pubertě, tak i v adolescenci přicházejí nejrůznější druhy emocí. V ranější adolescenci se objevuje takzvaná emoční labilita. Jedinec je citlivější v důsledku svých hormonálních změn. Může se projevit, že se bude chovat podrážděněji, introvertně nebo naopak bude převažovat velká extroverze a zvýšená míra egocentrismu. Také se může chovat nestále a střídat tak impulzivitu s nespěšností a odměřeností. Velmi důležité je s adolescentem komunikovat citlivěji a lépe se ho snažit pochopit, protože i když se jedinec může vyjadřovat agresivně, vztekle, nebo dokonce vulgárně, může stejně vyhledávat pochopení, přijetí a přátelství. Takové chování většinou hledá u svých vrstevníků (přátel). Ve vrstevnících nacházíme jednotlivce, kteří mají stejné zájmy, potřeby, stejné chování i pocity. Adolescent má tendenci se s nimi sdružovat a napodobovat je. Ve skupině vrstevníků jsou oblíbení chlapci, kteří se vnímají jako stabilní a silní jedinci a dívky, které se hodnotí jako spolehlivé a společenské. Zatímco u chlapců převažuje družnost ve stejných zájmech a sportovních aktivitách, u dívek

převažuje spíše sociální komunikace. Mladý člověk se svou vrstevnickou skupinou soupeří, ale díky ní se i učí a snaží se ji lépe pochopit. Velice si všímá toho, jak ho jeho skupina vidí a hodnotí a podle nich sám přizpůsobí své vlastní chování. Pro adolescenty je charakteristické, že snadno podlehnou tlaku skupiny a jsou velmi citliví na skupinové odmítnutí nebo na jejich negativní názory. V dospělosti už nejsou pro jedince tak důležité. Člověk musí v průběhu celého života řešit řadu složitých životních situací, kde je obtížnější nalézt uspokojivé východisko. Kvůli podpoře vrstevníků se mohou adolescenti chovat jinak, než je ve společnosti obvyklé. Z různých subkultur to mohou být například: „hopeři, gothici, emafi, punkeři, skinheadi, sprejeři apod.“ Dospívající odmítají respektovat normy a hodnoty společnosti a tímto způsobem se snaží o jakýsi protest vůči ní. Adolescent mění své chování, stává se upřímnějším a útočnějším, porušuje některé společenské normy a staví se do opozice. Proto právě jeden z nejdůležitějších vývojových úkolů adolescenta je správně si vytvořit a udržet vztahy s vrstevníky. Vztahy s vrstevníky pomohou se osamostatnit od závislosti na svých rodičích, poskytují jedinci emocionální podporu a také ho ujišťují o jeho hodnotě pro druhé. Skupinky vrstevníků se navzájem provokují a vymezují se vůči druhým. Je to také jeden z důvodů, proč k prvním sexuálním kontaktům dochází ve skupině vrstevníků ještě před vznikem párového vztahu (Thorová, 2015, s. 415, 421-423).

1.4 SEXUÁLNÍ VÝVOJ

V tomto období velmi dobře poznáte adolescentův zájem o druhé pohlaví, protože se projevuje obrovskou emocionální vlnou, která má na svědomí prudkou zamilovanost. Kvůli zkresleným představám o ideálním životě s ideálním partnerem je možné, že na své drahé polovičce vidíme i ty vlastnosti, které ve skutečnosti vůbec nemá. Samozřejmě tu jsou míněny hlavně pozitivní vlastnosti. Díky této iluzi je člověk schopný soustředit se pouze na sebe, svůj protějšek a vytvořit si takzvanou „bublinovou bariéru“ svého prvního vztahu. Jinak řečeno: „My patříme k sobě a nic nás nerozdělí.“ Také se v tomto případě často používá lidový výraz: „Nasadit si růžové brýle.“ Svět je najednou barevnější a jedinci jsou mnohem šťastnější. Své první sexuální zkušenosti získávají nejčastěji kolem 14. - 16. roku života. Jsou to například první polibky, dotýkání se navzájem přes oblečení, později kontakt pod oblečením a následně i genitální kontakt, který později vede k samotnému pohlavnímu styku. Jak

už bylo zmíněno v kapitole o psychickém vývoji, především dívky jsou v tomto věku velmi stydlivé a emočně labilní, co se týče předvést se opačnému pohlaví nahé. Pro spoustu jedinců v adolescentním věku je tento okamžik velmi intimní nebo někdy i dokonce trapný.

„Emoční reakce na pohlavní styk (koitus) je u 72% chlapců pozitivní, ale dívky uvádějí pozitivní prožitky pouze v 36%. Často naopak prožívají úzkost, strach z těhotenství a sexuálně přenosných chorob (v současnosti zejména AIDS), výčitky svědomí nebo stud, což vše může nepříznivě ovlivnit pozdější vývoj jejich sexuálního života“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 158).

Zde také můžeme najít jeden ze zárodků příčin poruch příjmu potravy, kdy se jedinci (nejčastěji dívky) chtějí svému příteli/přítelkyni nejvíce zalíbit, a to hlavně v sexuálním životě. Proto kvůli vzhledu své postavy začínají drasticky obměňovat svůj jídelníček a posléze celý svůj životní a doposud zdravý styl.

1.5 KOGNITIVNÍ ROVINA

Vyspělejší adolescentní myšlení je schopné flexibilnějšího, uspořádanějšího a souhrnnějšího uvažování. Rozvojem v sebepozorování dochází k projevům myšlení a jednání zaměřené na vlastní osobu, k tzv. „*egocentrismu*“. Jedinec je přesvědčen, že se každý může přetrhout, aby si vyslechl jeho názor a má tendenci nadhodnocovat své schopnosti a tím tak riskuje svou vlastní zranitelnost, protože v tu chvíli má pocit, že ho nikdo nemůže zasáhnout. Snaží se logicky přemýšlet a má tendenci kriticky hodnotit druhé. Zajímá se o své vlastní pocity, ale i o pocity svých přátel a rodiny. Spousta adolescentů si píše svůj deník, kam může všechny své pocity i pocity druhých zaznamenat a dostává se mu určité množství úlevy. Myšlenky adolescenta jsou tak moc rozmanité, že jedinci umožní uvažovat o složitějších filozofických otázkách (například: „Jaký je smysl života?“). Mají neustálý sklon zkoumat své postoje, názory a hodnoty a také je měnit, proto mohou někteří dospělí považovat toto chování za projevy nelibosti a kritičnosti. *„Důsledkem mnohoznačnosti, nejistoty a nedostatku zkušeností je u dospívajících radikalismus (bouřlivost). Oproti dospělým mívají velmi vyhraněné názory a malou ochotu ke kompromisům“ (Vágnerová, 2005).* Všechny události prožívají mnohem intenzivněji, než dospělí a ideální svět se dostává do střetu s realitou (rozvod rodičů, smrt v rodině, fyzické násilí, nezájem, apod). Pokud rodič své dítě zapojí do vážných rodinných otázek, je to pro adolescenta velmi výhodné.

Rodiče jdou tak příkladem mravnímu chování a dítě je schopné v pozdější době lépe přijímat i méně příjemné životní situace a dosahuje lepší schopnosti se s nimi emocionálně vypořádat (Thorová, 2015, s. 427-430).

2 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy stravování jsou jedním z nejzávažnějších onemocnění především dospívajících děvčat a mladých žen. Porucha příjmu potravy je definována jako duševní onemocnění, nejčastěji mentální anorexie (odmítání jídla s cílem snížení tělesné váhy) nebo mentální bulimie (záchvatovité přejídání a následné zvracení s cílem snížení tělesné váhy). Způsobuje dlouhodobé potíže nejen postiženému, ale i jeho sociálnímu okolí. Některé symptomy mentální anorexie je možné pozorovat až u 6% dívek na konci puberty. Později naopak narůstá těch, kterým se nedaří adaptovat se sníženému energetickému příjmu a začnou se přejídat. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým fyzickým vzhledem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby, jak kontrolovat tělesnou hmotnost, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů. Patrně první obavou člověka bylo neumřít hlady. Nutnost nasycení určuje i uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu, až po seberealizaci. Jídlo nelze plnohodnotně zaměnit žádnými náhražkami. Strádání energie nebo některých živin může být důvodem vážných poruch a naopak změny chuti k jídlu, příjmu jídla a tělesné hmotnosti mohou naznačovat rozvoj tělesného a duševního defektu od všední vyčerpanosti a nachlazení, až po vážné nemoci. Postupem času získává jídlo různý psychologický i společenský smysl. Stává se odměnou, únikem před osamělostí, náplní nebo i formou komunikace. Vymezení přednost různých vlivů a zřetelnou mez mezi normou a patologií může být v této složité biopsychosociální souvislosti velice náročné (Krch, 1999, s. 13).

„Vzrůstající počet postižených a následně hospitalizovaných osob v souvislosti s poruchami příjmu potravy již nelze přehlížet. Tato onemocnění se stávají v odborné veřejnosti stále více diskutovaným problémem. Stala se příznačnou, těžko řešitelnou otázkou současného světa – zjednodušenou a extrémní reakcí na problémy osobní spokojenosti, společenského úspěchu a zdraví. Stačí zhubnout a dokázat se kontrolovat. Krátkodobý úspěch však jenom posiluje nepřiměřená očekávání. O to je potom zoufalství větší a neschopnost stoprocentně se kontrolovat se stává výzvou k dramatické demonstraci neschopnosti jíst s mírou“ (Marádová, 2007, s. 6).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchami příjmu potravy jsou často postihnuti jedinci, kteří zažili ve svém životě období, které jim způsobovalo určité trápení, ale objevují se i u jedinců bez intenzivnějšího traumatického zážitku, kde porucha stravování figuruje jako jediný životní problém. Odmítání potravy může souviset s mnoha jinými spouštěči, jako je rozpad milostného vztahu, vážná nemoc v rodině, šikana, konkurence a rivalita mezi vrstevníky a také různé patologické závislosti jako alkoholismus, workoholismus apod. Je třeba upozornit, že predispozic pro vznik poruchy stravování dosahuje jedinec pouze s více rizikovými faktory najednou. Pouze v ojedinělých případech se stává, že vznik poruchy odstartuje jediná nepříznivá událost. Porucha příjmu potravy potřebuje pro svůj vznik kombinaci rizikových faktorů, kdy jedinec není schopný tuto tíhu psychicky unést a poruchu příjmu potravy použije jako obranný mechanismus (Papežová, Hanusová, 2012, s. 9-10).

3.1 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY

Spousta autorů předpokládá, že srdce problému poruch příjmu potravy tkví v rychle měnící se kultuře. Stále pokrokovější kultura se naklání k ideálu vyhublé, štíhlé postavy a nadměrné sebekontroly. Na možný vztah mezi mentální anorexií, mentální bulimií a sociálním tlakem dodržování štíhlé postavy poukazoval v roce 1939 Peter Ryle. Hilde Bruch tvrdila, že současný módní ideál krásy se přímo dotýká hlavně snadno zranitelných adolescentů. Dospívající jedinci vidí štíhlost jako cestu ke kráse, úspěchu a sebekontroly. Dávala za vinu módnímu průmyslu, že právě on vysílá jednoznačné signály o tom, že hodnota člověka by se měla rozvíjet ve štíhlosti a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické i sociální přitažlivosti. Tyto ženské a mužské trendy zašly tak daleko, že nynější ideální proporce, silueta a hmotnost lidského těla je pro většinu jedinců nedosažitelná a zdravotně velmi nebezpečná. V této společnosti je pak přerušování diet a mírná nadváha vnímány jako velké selhání, nedostatečná vůle při sebekontroly a následný pokles sebevědomí. Všechny tyto události mohou jedince zahrnout do společenské izolace a sociální diskriminace (Krch, 1999, s. 58).

Jak už bylo zmíněno, dnešní moderní doba se velmi přiklání k takovému ideálu, jako je štíhlost, mnohdy i přímo vyzáblost a sebekontrola. Kontrola hmotnosti se stává jednou z životních priorit a zároveň společenskou normou, což je jeden z

hlavních spouštěcích faktorů poruch příjmu potravy. Jedním z hlavních zprostředkovatelů příčin jsou především masmédia (internet, televize, módní časopisy apod.), která tvrdí, že i mírná nadváha uškodí zdraví a kazí veškerou atraktivitu a životní úspěšnost, kterou by mohl jedinec ve svém životě mít. Dnešním dietním trendům se přizpůsobují nejen masmédia, internet a časopisy, ale i potravinářský průmysl, který v dnešní době stále více prezentuje potravinářské výrobky typu „light“, a tím poruchy příjmu potravy z části podporuje. Dieta je v současném světě velký přepych, který je prosazován pouze ve společnosti, která má všeho nadbytek. Ještě před padesáti lety (podle statistik) byly mezi jedinci, kteří se obávali podvýživy, velmi oblíbené „prostředky na zvyšování tělesné hmotnosti“, zatímco dnes jsou produkovány hlavně prostředky na snížení tělesné váhy. To je jeden z důvodů, proč některé ženské časopisy odmítají prezentovat články o nebezpečnosti komerčních dietních prostředků. V současnosti zkušenostní výzkum souhlasí s klinickou praxí, že se poruchy příjmu potravy stále vyvíjejí a aktualizují, a proto je velmi nesporná jejich kulturní a sociální senzitivita. Ve hře není pouze vliv mediálních faktorů, sociální a kulturní významy stravování, životní styl, tělo a vzhled, ale i spousta dalších neurčitých faktorů, jako například sociální frustrace, sklon k extrémním rozhodnutím, snížená sebedůvěra i způsob trávení volného času. Proto se příčinou poruch příjmu potravy může stát i sociální interakce a komunikace školy, rodiny, vrstevníků apod. Jedinec je soutěživý typ, a proto začíná „dumat“ nad svou tělesnou váhou mnohdy více přes sdělování nejbližších lidí ve svém okolí. Artur Kleinman kdysi řekl: *„V kulturním kontextu, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností (například z války) a nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl“* (Krch, 1999, s. 59-62).

3.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY

Ženské pohlaví

Jeden z největších a nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je žena nebo lépe ženské pohlaví. Oproti mužům jsou ženy mnohem více náchylné na diety a posedlé štíhlou postavou. Proto i rizika mentální anorexie a bulimie jsou i desetkrát vyšší u žen, než u mužů. Ženské tělo a celková proporce hraje zcela jinou roli, než u mužů. I když bylo prokázáno rozdílné vnímání vlastního těla u

dívek a chlapců mladšího školního věku, nejdramatičtější období týkající se tělesných a psychických změn dochází v průběhu pubescence a adolescence. Rychlý tělesný růst je zároveň spojen s rostoucí tělesnou hmotností a přibýváním tukových zásob. Z důvodu, že dívky vnímají své tělesné i psychické změny mnohem citlivěji, než chlapci je logické. Přírůstek hmotnosti a tělesného tuku se stává pro většinu dívek velkou hrozbou. Po pubertě drasticky klesá počet dívek spokojených se svou postavou. Různé studie tímto předpokládají, že dívky, které jsou tělesně mnohem vyzrálejší než jejich vrstevnice, mají větší sklon k poruchám příjmu potravy. Většinou se jedná o dívky, které jsou v poměru menší a silnější, ale mohou to být i dívky, které se výškou vyhýbají průměru a logicky i váhou. Dívka v pubertě moc dobře nepochopí, že když měří o dvacet centimetrů více než její kamarádka, musí tím pádem vážit více, i když je vizuálně štíhlejší. Dnešní dívky a ženy propadají svému vlastnímu ideálu krásy, který je pro každou individuální a většinou se jedná o jejich protiklady. Vysoká dívka si přeje být menší a menší dívka si přeje být vyšší a vizuálně štíhlejší (Krch, 2005, s. 61-62).

Tělesná hmotnost

Jak už bylo sděleno, s rostoucí tělesnou hmotností a hromaděním tělesného tuku roste u dívek a žen nespokojenost, a tím i zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy. Velmi významnou roli při vzniku poruch příjmu potravy hraje hlavně rozdělení tělesného tuku. Radke-Sharpe et al. (1990) prokázali, že míra v pase a přes boky má významnou spojitost s tělesnou spokojeností a s výskytem jídelní patologie u sledovaných žen. Bylo zjištěno, že ženy, kterým se tělesný tuk nejvíce ukládá v bocích, na stehnech a hýždích mají největší sklon trpět poruchami příjmu potravy. Jak je už dobře známé, s úbytkem tělesného tuku při hubnutí dochází i k úbytku svalové hmoty. *„Cyklické změny hmotnosti jsou stejně zdravotně nebezpečné jako obezita a předpokládají, že jsou často spojeny i se zvýšenou psychopatologií, menší spokojeností se životem a zvýšeným rizikem bulimie“* (Krch, 2005, s. 62).

Puberta

Pubescence je nejčastějším obdobím vzniku mentální anorexie. Klasické pubertální období trvá nejméně tři roky. U dívek se vyznačuje konec puberty začátkem první menstruace. Při poruše příjmu potravy se pozastavuje tělesný růst, vynechává

menstruace a mohou se vyskytovat i jiné projevy pozastavení puberty podle toho, kdy nemoc propukne a jak moc je vážná. Jedna z příčin poruch příjmu potravy může být podrážděnost nebo emoční labilita, které mohou doprovázet hormonální změny. Během dospívání si jedinec začíná uvědomovat sám sebe a začíná i o sobě přemýšlet ve větší míře. Začínají se objevovat interpersonální problémy a dospívající si uvědomují sami sebe ve srovnání s ostatními. Studie dokazují, že dívky jsou oproti chlapcům vnitřně více nejistější, mají větší starosti s tím, zda jsou oblíbené a mají nižší úctu sami k sobě i k vlastnímu tělu. I když se sebedůvěra u dívek postupem času zvyšuje, nízké sebehodnocení může přetrvávat až do dospělosti. V období puberty dochází k uvědomování si vlastního „Já“ a vzniká zájem o svět vrstevníků. Ve vztahu k němu a jeho hodnotám se dospívající velmi citlivě vymezuje. Jedinec začíná přijímat a vnímat prostředí vrstevníků, a proto se stává zranitelnější a soupeřivější. Zejména dívky mají sklon srovnávat se se svými vrstevnicemi a podvědomě s nimi soupeřit kvůli tělesnému vzhledu a sebekontrolě. Zde se vyskytují otázky typu: „Kdo je lepší?“, které často předcházejí otázce: „Jak zhubnout?“. Koff a Rierdan (1991) sledovali skupinu amerických dívek mezi sedmi a dvanácti lety, kde poukazují na to, že pro mnoho z děvčat není cílem mít normální postavu, ale vyhublou postavu. Dívky, u kterých časně propukla fyzická zralost, mají tak větší sklony k poruchám příjmu potravy, protože fyzická vyžralost má velmi často spojitost s osobní frustrací, pocity nedostatečnosti a mohou se objevovat i depresivní příznaky. Je zde třeba si uvědomit, že čím více nadbytečného tuku máte, tím rychleji jdou kila dolů. Proto je velmi obtížné vysvětlit váhou posedlé dívce s normální tělesnou hmotností, že se výsledky nedostaví tak rychle, jak by si představovala. V důsledku téhle situace mají mnohdy dívky sklon být na sebe ještě více přísnější, což se týče kontroly vlastní váhy a příjmu potravy (Krch, 2005, s. 63-64).

3.3 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Životní situace jsou u jedince pokládány za velmi klíčové, což se týče spouštěcích faktorů poruch příjmu potravy. *„Až v 70% případů bývá spouštěcím mechanismem anorexie a bulimie závažná životní událost nebo obtíže. Nejčastěji to bývají různé narážky na tělesnou hmotnost (v tomto případě tloušťku) nebo celkový tělesný vzhled. Většinou je spouštěčem nevhodná poznámka, především na dívku, že je tlustá, při těle a měla by zhubnout. Jsou tu ale i jiné situace. Jedná se o sexuální narážky, významné*

životní změny (například přestěhování), osobní nezdary, nemoc a různé rodinné problémy (rozvod rodičů).“ Je třeba si zde uvědomit, že každý jedinec na významnou životní událost reaguje jiným způsobem. Přecenit, nebo naopak podcenit určitou jedincovu událost hrozí u každé studie, protože už zformulování otázky vyjadřuje určitou hypotézu o problému. Strober (1984) ve své pečlivé studii srovnal 25 dívek trpící anorexií a 25 dívek trpící bulimií, kde anorektičky uváděly stresující události, které vypukly rok a půl před jejich poruchou. Jako nejčastější spouštěcí mechanismy uváděly hlavně problémy s vrstevníky a problémy v rodině. Už samotný výskyt anorexie nebo bulimie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný rizikový faktor. Uvádí se, že 6,6% sourozenců 94 sledovaných anorektiček trpělo také mentální anorexií. Strober tvrdí, že anorexií trpělo 6,2% matek sledovaných anorektiček a 2% jejich sester. Většina případů poruch příjmu potravy se pohybuje mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 až 10%. „Anorektické“ matky jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní a dominantní. Základ lze hledat v tom, že jedinec od začátku narození vnímá svou matku jako první zdroj potravy, tudíž se může i u něj samotná porucha příjmu potravy projevit (Krch, 2005, s. 64-66).

3.4 EMOCIONÁLNÍ FAKTORY

U postiženého mentální anorexií nebo bulimií se velmi často vyskytuje frustrace, deprese a pocity úzkosti. Cca 20% dívek s mentální anorexií a 40% dívek s mentální bulimií splňují v průběhu onemocnění kritéria depresivních poruch. Deprese se podle statistik projevuje spíše u bulimie. Tvrdí se, že mentální anorexie i mentální bulimie, popřípadě i jiný druh poruch příjmu potravy, vzešly především z depresivní poruchy. Za další možnou příčinu můžeme pokládat podobnost neurohumorální regulace emocí a příjmu potravy, jejichž centra jsou lokalizována v hypotalamu. Základní příznaky obou poruch se ve své dynamice podstatně liší. Průběh není ve vzájemné časové závislosti a k ústupu depresivních příznaků dochází obvykle mnohem rychleji a ve větším počtu případů u bulimie, než u anorexie. Symptomy deprese bývají často vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů, spojených s nepřiměřenou kontrolou, nebo naopak se schopností se neustále kontrolovat. Proto je většina depresivních a úzkostných příznaků přímo spojena s obavami o tělo a tělesnou hmotnost. Pocity bezcennosti a méněcennosti propukávají

u bulimiček v důsledku selhání kontroly nad vlastním tělem, neschopností dosáhnout své vytoužené tělesné váhy a pocitem selhání nad příjmem potravy. Strach z tloušťky je opravdu velmi citlivé téma a také jedním z nejzákladnějších znaků vzniku poruch příjmu potravy, proto je možné se s těmito příznaky setkat ještě dlouho po odeznění základní symptomatologie. Jídelní porucha a porucha nálady jsou ve velmi křehkém vztahu. Bylo prokázáno, že negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávající cyklus přejídání u bulimiček a pravděpodobně souvisí i s nízkým energetickým příjmem anorektiček. Některé pacientky mentální bulimie uvádějí, že se přejídají v důsledku toho, že prožívají úzkost, ale že výsledkem jsou ještě větší pocity viny a tísně. Bez ohledu na povahu jídelní poruchy a poruchy nálady se většina případů shoduje v tom, že negativní sebehodnocení, deprese a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když nespecifické riziko vzniku poruch příjmu potravy (Krch, 2005, s. 69-71).

3.5 OSOBNOST JEDINCE A DALŠÍ PSYCHICKÉ CHARAKTERISTIKY

Spousta tvůrců se domnívá, že samotný zárodek vzniku poruch příjmu potravy tkví v určitém osobnostním rysu, nebo dokonce v poruše osobnosti. Dívka trpící anorexií se vyznačuje jako dívka, která chce dosáhnout úspěchu, dodržuje společenské a rodinné hodnoty, ale neprojevuje se u ní kreativita, schopnost pro fantazii, vůle nezávislosti a je popisována jako dívka s nízkým hodnocením a sebevědomím, která není schopná přijmout svůj dospívající život po psychické a fyzické stránce a stejně tak není schopná vytyčit si své osobní cíle. Anorektička je více posedlá sebekontrolou nad vlastním chováním, své pochybnosti o sobě samé dává okolí jasně najevo, je méně asertivní a vyhýbá se společnosti obecně. Hovoří se zde o specifickém typu temperamentu známý jako „vyhýbající se“. Anorektička má strach ze společnosti a ze všech faktorů, které s sebou společnost přináší. Nadměrná kontrola sebe sama uvede dívku do izolace od okolního světa. Bojí se, že veškerý společenský kontakt jí přinese určitá rizika nebo možnosti zažít něco nového. Anorektická dívka například nechodí na večerní společenskou zábavu, protože ví, že na večírku budou všichni pít a jíst, což dívka s anorexií pochopitelně nedělá. Pokud se snažíme ohodnotit psychický stav pacientů a pacientek s poruchou příjmu potravy, je třeba si uvědomit, že na jejich chování se může významně podílet například hospitalizace na psychiatrii, adaptace na některé příznaky poruchy nebo také poškození vnitřních orgánů a různých žláz v

důsledku tělesné nerovnováhy a hladu. Pacientky trpící anorexií, které se zúčastnily Eysencova nebo Cattelova dotazníku, vykazují výraznější známky introverze, neurotismu nebo úzkosti oproti zdravým jedincům. Jak už bylo zmiňováno, pacientčino onemocnění anorexií nebo bulimií může mít zárodek v některé z poruch osobnosti. Nejčastější přirovnání v důsledku pozorovaného chování u pacientek, se zde může nejčastěji projevovat obsedantně-kompulzivní porucha. Jako společný rys této poruchy lze považovat nízké sebevědomí, úzkost, vnitřní nejistotu a nadměrnou sebekontrolu, která se nemusí v každém případě točit pouze kolem jídla. Pacientky si pro sebe vedou jakýsi rituál hladovění, který spočívá v tom, že pokud pacientka myslí na jídlo, paradoxně svou myšlenku potlačí hladověním. Pacientce by se mělo údajně ulevit od úzkosti a snaží se tímto způsobem uniknout od dalších nepříjemných myšlenek. Pokud dívka hladoví několik dní a následně dostane takový hlad, že se neovládne a přejí se, nastane opětovaný pocit úzkosti a bezcennosti. Spolu s anorexií a bulimií se můžeme velmi často setkat také s termínem „perfekcionismus“. Perfekcionismus může být označen jako touha po něčem dokonalém, v tomto případě po dokonalé vizuální stránce jedince. Čím dříve se dostaví porucha, tím více je pravděpodobné, že dopad na osobnost jedince bude intenzivnější, než v pozdějším věku (známky nevyzrálости, odtržení od dospělosti a samostatnosti, obava z dospívání). Některé z těchto osobnostních rysů postupem času sami odezní, s ústupem základní psychopatologie, nárůstu tělesné váhy a přiměřenou kontrolou nad stravováním (Krch, 2005, s. 71-75).

4 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie lze popsat jako úmyslné odmítání jídla s cílem snížit svou tělesnou hmotnost. Je nutné si připomenout, že dívky trpící anorexií nechtějí jíst ne proto, že by neměly chuť na jídlo, ale odmítají stravu z mnoha různých důvodů, jak nedostat do svého těla jedinou kalorií. Mnohdy mají celkem velkou chuť na určité jídlo, ale jejich posedlost kontrolovat samu sebe, jim nedovolí podlehnout. Posedlost kontroly se rozumí mít pevnou vůli a věřit, že jsou silné osobnosti, schopné regulovat sami sebe, a tak dosáhnout i větší spokojenosti. Čím méně příležitosti k najezení bude, tím více se začne ztrácet chuť a hlavně hlad v důsledku sevřeného žaludku. Tyto ztráty jsou tedy způsobené hladověním. Dívky, které si dávají za cíl snížit svou tělesnou hmotnost se začnou vyhýbat jídlům s vysokým obsahem tuku a cukru, snaží se nadměrně cvičit, někdy vědomě zvrací, používají projímadla, tablety nebo různé přípravky k redukci váhy. I když je zcela normální, že s věkem se tělesná hmotnost zvyšuje, pro většinu dívek je to spíše frustrující záležitost a více než zájem o jejich BMI (Body Mass Index: tělesná váha (kg)/tělesná výška (m)²), který určí číselnou hodnotu normální váhy, se spíše zajímají o samotný váhový přírůstek. Je třeba si říct, že pokud má dvanáctiletá dívka má nižší tělesnou hmotnost, tudíž hodnotu BMI pod normou, neznamena to, že trpí anorexií, protože její tělo zatím stále prochází vývojem. Na druhou stranu není normální, aby dvanáctiletá dívka vážila stejně jako ve svých patnácti letech. Výjimkou se mívá pouze děti, které před pubertou trpěly nadváhou a během dospívání zredukovaly svou váhu. U takových dětí je potřeba zvýšené pozornosti hlavně u dívek, protože jejich úspěšný úbytek váhy může mít za následek v dietách pokračovat, ztratit kontrolu a vpadnout do začarovaného kruhu poruch příjmu potravy. Hlavním problémem v této sféře je strach z tloustnutí a z nadváhy. Typickou výmluvou před rodiči, přáteli a okolím je snaha jíst zdravěji. Velkou roli hraje rodičovská všímavost a následný zásah do problematiky. Je pravděpodobnější, že rodiče, kteří jsou sami časově vytížení, si nemusí náhlé změny u jejich dcery/syna všimnout tak rychle a v dostatečném měřítku, jako rodiče, které mají více času se svým dítětem věnovat. Je možné, že pacientky měly původní cíl skutečně jíst zdravěji, ale neustálá kontrola nutričních hodnot na obale potravin se postupně stala posedlostí. Dívky, držící přísné diety, mají velmi zkreslenou představu o tloušťce a ztloustnutí. Neustálé prohlížení svých problematických partií vede k depresivním a úzkostným myšlenkám typu: „*Už nesmím jíst žádné tučné jídlo ani sladkosti.*“, „*Tak a dost, musím začít umět kontrolovat*

sama sebe.“ Strach má opravdu velké oči a u dívek s počáteční mentální anorexií to může platit dvojnásobně (Krch, 2010, s. 25-26).

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), která spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) sestavila několik charakteristických podmiňujících bodů, díky kterým lze bezpečně rozpoznat mentální anorexií:

„1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek“ (Krch, 2005, s. 16).

„2. Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne a že užívá jeden, nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení“ (Krch, 2005, s. 16).

„3. Přetrvává strach z tloušťky a zkršená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu“ (Krch, 2005, s. 16).

„4. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea (ztráta menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina kortizolu (zvyšuje celkovou pohotovost organismu při zátěžových situacích, v tomto případě dlouhodobé hladovění) a odchylky ve vylučování inzulínu“ (Krch, 2005, s. 16).

„5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární ztrátě menstruace, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty, ale první menstruace je opožděna“ (Krch, 2005, s. 16-17).

U mentální anorexie se setkáváme s kombinací dvou a více poruch, v tomto případě v kombinaci s bulimií. Prozatímní známé typy mentální anorexie jsou následující:

1) Typ nebulimický (restriktivní) – jedná se většinou o anorektika s nechutenstvím a odporem k jídlu, tudíž se zde nevyskytuje hlavní charakteristický znak – záchvaty přejídání.

2) Typ bulimický (purgativní) – typ purgativní je opakem typu restriktivního. Anorektici s tímto typem mají většinou velkou zálibu v jídle a chutnají jim nejrůznější

druhy potravin. Proto nastávají i situace, kdy se nedokáží ovládnout a zkonsumují větší množství jídla, než je momentálně pro jejich tělo snesitelné. Po takových záchvatech často nastává úzkostný pocit viny a snaha dostat sněžené jídlo co nejrychleji zpět z těla prostřednictvím zvracení.

Struktura diagnostické příručky MKN je v lékařském světě neustále diskutována, jak by bylo možné ji ještě pozměnit, aby byla více systematictější a rozeznatelnější. Někteří lékaři jsou toho názoru, že by již zmiňované kritérium - „*Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní.*“, bylo více tolerantní a zmiňovaných 15% by nahradilo 25%. Také se uvažuje nad rozdělením do tří procentuálních úrovní, kde 15 až 25% bude označovat lehčí postižené případy a nad 25% těžší postižené případy. Oficiálně zatím stále zůstává orientační číslo 15. Porucha mentální anorexie je velmi záhadná a zvláštní porucha a lékař musí být při stanovení diagnózy velmi obezřetný a vyloučit všechny odlišné příčiny, které vedly k úmyslnému odmítání jídla a určité averzi k němu. Jedná se především o psychické nebo somatické poruchy, jejichž příznaky nemají s mentální anorexií nic společného (nádorové onemocnění, tuberkulózy, endokrinopatie nebo různé formy depresivních poruch). Jelikož se u pacienta s mentální anorexií projevuje zkreslený pohled na všechny faktory podněcující k tloustnutí a přibírání, je třeba si jako lékař všimnout i behaviorální stránky pacienta. Je velice obtížné přisuzovat pacientovi strach z tloušťky, když sám pacient toto tvrzení popírá nebo se snaží najít jakékoliv racionální vysvětlení, proč tomu tak je. Je důležité zaměřit se na to, jak jedinec trpící anorexií vnímá proporce vlastního těla, co si myslí o jídlu obecně i konkrétně, jak vnímá příjem potravy a jak se při kontaktu s jídlem chová. Anorektici často přisuzují své nezdravé jídelní chování paradoxně snaze jíst zdravě, což mohl být na začátku procesu hlavní cíl (například při obezitě), který se později vymkl kontrole. Zvýšená kontrola v konzumaci jídla nabírá postupem času větší intenzitu a diety se stávají běžnou rutinou, které doprovází pocit vnitřního štěstí a spokojenosti při viditelných výsledcích (Krch, 2005, s. 17-18).

5 MENTÁLNÍ BULIMIE A ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Přesto, že se porucha mentální bulimie zdá na první pohled protipólem poruchy mentální anorexie, lze říct, že si jsou obě poruchy ve svém jádru velice podobné a možno je z laického pohledu považovat za „sestry“. I když mentální anorexii charakterizuje záměrné odmítání potravy z důvodu strachu z tloušťky, mentální bulimie nese identické pohnutky, a to právě již zmiňovaný strach z tloušťky a přibírání, i když z trochu jiného pohledu. Poruchy jsou rozdílné ve svém charakteristickém postoji k jídlu. Zatímco pacient s mentální anorexií se snaží svůj strach z tloušťky vyřešit záměrným hladověním, bulimici mají sklon se záchvatovitě přejídat. Pocit přejedení se zcela běžně objevuje i u lidí s normálním stravovacím režimem, nicméně mají oproti bulimičkám poté úplně jiné pocity, které je nijak neznepokojují. Bulimici tento pocit vnímají odlišně. Ve většině případů se jedná o pocity studu, lítosti a psychické bolesti, protože jsou přesvědčeni, že ztrácejí nad jídlom sebemenší kontrolu, a tím tak mají sklony přejídat se. Je podstatné si objasnit, že záchvat přejídání nemusí v žádném případě souviset pouze s lidmi obézními nebo trpící nadváhou. Zhruba 50% všech postižených mentální anorexií, tedy skupinou vyhublých pacientů odmítajících potravu, se může během své poruchy přesunout „na druhý břeh“, ke sklonům záchvatovitě se přejídat, ale jelikož anorektické myšlenky přetrvávají, jedinec začíná přemýšlet o pocitu viny z množství snědeného jídla a následně se snaží najít způsoby, jak těmto pocitům předejít a jako nejvhodnější variantu zvolí úmyslně vyvolané zvracení. Většinou si vybírá velká množství jídla, pro něj údajně zakázaná. Jedná se především o vysoce kalorické potraviny s vysokým obsahem cukru a tuku, které mu v počátku sice vyvolají pocity libosti, úlevy a spokojenosti, ale postupně se tato činnost přenesse do nezlomné „přežíravosti“ s následnými výčitkami a zvracením. Pacienti se za své chorobné „přežírávání“ ve většině případů velmi stydí a proto volí tajná místa, kde mohou svou abnormální činnost provozovat. Většinou se jedná o prostory přímo spojené s jídlom (kuchyně, jídelny, vlastní pokoj), ale najdou se i případy, kdy se jedinci přejídají na veřejných prostranstvích (uličky v supermarketu nebo pracovní prostory). Konzumace jídla v podání mentální bulimie je velmi rychlé a nekontrolovatelné. Bulimičky jsou schopné pozřít najednou několik druhů jídla, aniž by potrava byla v ústech řádně rozkousána a své pocity při záchvatovité konzumaci popisují jako velice příjemné, ale po velmi krátké době nastávají pocity opačné, negativní, kdy se cítí přejedené

k prasknutí. Spousta jedinců si přesto své nekontrolovatelné chování uvědomuje a označuje ho za něco naprosto beznadějného a bouřlivého. Touha po jídle a pozitivní pocity s ní spojené jsou zkrátka silnější. Jedná se o určitou kompenzaci problémů, většinou psychického rázu. Existují ale i takové případy, kdy jsou jedinci schopni jídlo ukrást, ba dokonce vybírat ze smetí. *„Množství jídla snědeného během záchvatu přejídání se u jednotlivých lidí značně liší. Některé bulimičky popisují, že snědly 20 000 kalorií i více. Kalorický obsah jídla snědeného během jedné epizody se obvykle pohybuje mezi 1500 až 3500 kaloriemi.“* Záchvatovitě přejídání s následným zvracením je velmi komplikovaný komplex emocí, ze kterých je jedinec značně zmatený a ve většině případů z nich pociťuje i velký strach. Strach sám ze sebe a z opakované ztráty kontroly lze chápat jako rozdvojení osobnosti. Jedinec ví a uvědomuje si, že to, co provozuje není normální, ale zároveň nedokáže takovému pokušení odolat (Cooper, 1995, s. 19-26).

6 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Různá narušení příjmu potravy určitě nelze považovat za krátkodobější fenomén. Toto psychické onemocnění vznikalo už před několika staletími. Jediný rozdíl by mohl být ten, že se různá minulá časová období dívala na tyto poruchy trochu odlišně, než je tomu dnes. Například od raného starověku je dobře známá Pica, což je porucha zapříčiněná požíváním nechutných a nepojímatelných věcí (například cigaretový popel). Také v různých plastikách a soškách můžeme poznat obezitu. Stačí si připomenout známou sošku Venuše z doby kamenné. Už od pradávna existují nejrůznější formy poruchy příjmu potravy. Současná společnost se zabývá dvěma hlavními poruchami, což jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Jedním z hlavních rozdílů mezi pohledem na poruchy příjmu potravy v minulosti a v přítomnosti byl ten, že v minulých dobách nebyla porucha stravování považována za primárně patologický jev. Velmi přísné dodržování jídelního půstu bylo mnohdy považováno za běžnou praxi některých náboženství. *„Přehnaný půst měl závažnou roli v životě mnoha věřících žen, zejména v období pozdního středověku. Tyto svaté ženy tvrdily, že je při životě bez potravy nebo s jen velmi omezeným příjmem udržuje boží pomoc. Kromě toho bylo čím dál obtížnější připisovat vysvětlení nepochopitelných jevů nadpřirozeným silám. V té době se na scéně objevují „zázračné panny“.“ Většinou to byly adolescentní dívky, které tvrdily, že přijímají pouze minimální množství potravy, nebo že nejedí vůbec.“* Mnoho lékařů a specialistů se přelo o různé názory a otázky, zda jde skutečně o zázrak nebo o pouhý podvod. Byli tu ti, co tvrdili, že se určitě jedná o formu zázraku, za který může božská síla, ale postupem času a hlavně vlivem zesvětštění nutilo mnohé si uvědomit, že teorie přibližující se spíše pozemskému rázu by mohla být racionálnější. Až v průběhu devatenáctého století začali specialisté na tuto formu půstu nahlížet jako na patologický jev, až konečně dospěli k názoru, že se jedná o psychické choroby, které mají za následek záměrné odmítání potravy. Také společnost se na tyto „zázračné panny“ přestala dívat jako na výtvar boží a vnímala je spíše jako psychicky labilní osobnosti, které se snaží být středem pozornosti tím, že ostatní oklamají. Zajímavé je, že tento názor ve společnosti dále přetrvával, i když už byla vymezena konkrétní porucha, mentální anorexie (Krch, 2005, s. 27-28).

6.1 HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie se vyvíjí z úzkostné a zvýšené psychické tenzi, ztráty chuti k jídlu. Termín „*anorexia*“ můžeme nalézt (jak už bylo zmiňováno) už v raném starověku. V době antiky byla anorexie stavem úzkosti, únavy a jisté apatie. Jak už bylo zmiňováno, až do devatenáctého století bylo na tento druh poruch příjmu potravy hleděno spíše stereotypně a to tak, že nebyl považován za patologický jev. Porucha byla chápána spíše jako negativní projevy žaludku, než jako samostatná choroba, která měla kořeny v psychickém rázu. Francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert rozšířil na konci devatenáctého století teorii o poruchách příjmu potravy, konkrétněji anorexii, do dalších detailnějších odvětví. Tvrdil, že místo mentální bulimie a Picy, zde existují dva různé druhy mentální anorexie. První typ pojmenoval anorexií gastrickou, která byla charakterizována poruchou trávení a s ní spojené negativní projevy žaludku, které nebyly člověkem úmyslně spuštěny a druhý typ nervová anorexie, kde se jedinci snaží podmíněně potlačit své myšlenky k jídlu a mozek není schopný vyvolat znamení chuti k jídlu. Druhý typ anorexie způsobuje, že se daný jedinec začne chovat značně citově labilněji. Mnohem intenzivněji prožívá úzkost, hněv a má sklony uzavírat se sám do sebe. Ve Francii se tak mentální anorexie stala naprosto běžně užívaným slovním spojením. Britský lékař William Gull zavedl termín „*anorexia nervosa*“, který se velmi úspěšně usadil ve společnosti a dodnes je tento termín chápán jako typ té záměrně vzniklé poruchy. I když se ale tento termín začal používat až kolem roku 1874, neznamená, že spolu s ním vznikl i daný typ poruchy. Je nevyhnutelné, že nervová anorexie už vznikla dříve, pouze v jiném pojmenování. Důvodem úmyslného odmítání jídla byly časté jevy, například melancholie, zamilovanost, hysterie, demence, různé druhy depresí a mánií a vůbec všech psychotických poruch. Co tato porucha po celou dobu až do dnes neztratila, jsou její hlavní představitelé, a to mladé dívky a ženy. Poruchám příjmu potravy jsou z 95% podrobeny ženy. Typickými projevy nechuti k jídlu a drastické ztráty hmotnosti je bledý obličej, absence periody, ztráta svalové hmoty, vypadávání vlasů a jiné. Bylo prokázáno, že nejčastější ztrátou při tomto typu poruchy je značný nedostatek železa (Krch, 2005, s. 28-29).

Jedny z prvních věrohodných spisů byly případy od amerického lékaře jménem William Stout Chipley, který v padesátých letech devatenáctého století popsal takzvanou „*sitomanii*“ (dříve sitofobie neboli chorobné nechutenství). Kromě tohoto typu odmítání potravy se zaměřil ještě na jeden, hodně podobný typ u vyhublých

adolescentů, nejčastěji dívek pocházejících z vyšších společenských vrstev, které se nejspíše snažily co nejvíce upoutat pozornost. Důkaz o tomto typu odmítání dokládá na skutečné mladé ženě, která i navzdory jeho léčení na tuto chorobu zemřela. Zanedlouho vydal francouzský lékař Louis-Victor Marcé článek, kde se zmiňoval o zvláštní formě, takzvané hypochondrické delirium. Jednalo se o obluzenost vědomí pacientek s mentální anorexií, které díky tomuto deliriu tvrdily, že nemohou jíst, protože jim to určitým způsobem ubližuje. Všechny pokusy o jejich psychickou a fyzickou nápravu byly bezvysledné, neboť se pacientky stavěly k pokusu o léčbu s velkým odporem. Bohužel Marcého článek neměl v té době žádnou odezvu, protože oblast psychiatrie ještě nebyla na takové teorie připravena. Muselo uběhnout ještě více než desetiletí, než se chorobně záměrné hladovění dostalo do středu pozornosti lékařského světa, který posléze začal toto téma produkovat nejen v člancích, ale i v živých přednáškách. I přesto, že teorie i praxe mentální anorexie byla už mnohokrát studována a podrobně popisována nejvýznamnějšími lékaři, je na místě, aby tomuto odvětví bylo věnováno neustálé pozornosti, neboť je to téma neustále se měnící. Zajímavé je, že i když se na mentální anorexii (hlavně ve Francii a Velké Británii) začalo poukazovat jako na patologický jev, jiné země, v druhé polovině devatenáctého století, ještě nejevily o tuto formu nemoci tak velký zájem a zřejmě si ani vážnost situace tolik neuvědomovaly. Těmito metropolemi byly myšleny Spojené státy americké, Německo nebo Itálie, kde se porucha mentální anorexie dostávala spíše do okrajových témat. Bylo potřeba, aby se na mentální anorexii nehledělo jen jako na poruchu tělesného typu, ale že hlavní jádro problému je obsaženo v mozku pacienta. Proto se mentální anorexie přesunula z interní medicíny do psychologie, psychiatrie a získala novější tvář. Kolem roku 1960 se na tuto chorobu pohlíželo jako na velice záhadnou a těžko pochopitelnou chorobu, což více méně přetrvává do dnešního dne. Málokterý, zdravý člověk si dokáže představit to neuvěřitelné peklo odehrávající se v hlavě anorektika. Jedinec s touhou zhubnout a se zkresleným pohledem sám na sebe, se točí ve velkém začarovaném kruhu. Co se dnešní moderní doby týče, je až děsivé, jak moc je společnost v posledních desetiletích posedlá svou tělesnou hmotností, na kterou ji upozorňuje okolí, masmédia a jiné dal faktory. Z těchto situací lze snadno odvodit, že se poruchy příjmu potravy stávají spíše novodobým trendem, než odstrašujícím případem pro společnost (Krch, 2005, s. 29-30).

6.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE

Tendence přejídat se vznikla přibližně ve stejném časovém období jako mentální anorexie. Je pochopitelné, že dříve bylo nadměrné přejídání charakteristickým znakem spíše pro vyšší vrstvu společnosti, protože měli k dobrému jídlu a hlavně k většímu množství snadnější přístup. Tamější výraz „*bolimos*“ bylo označení pro zlého d'ábla a původně se označoval jako obrovský hlad. První známky mentální bulimie lze dohledat už ve čtvrtém století před naším letopočtem. Jen v té době nebylo hladovění a následné zvracení označováno za poruchu a už vůbec za patologický jev. V lékařském světě byla porucha často spojována s celkovým oslabením pacienta, mdlobami a bludy, které zapříčinil hlad. Různé, ale nedokázané pohledy na bulimii se přes sebe překrývaly z dob antiky do moderní doby, konkrétněji do osmnáctého století. V tomto století bylo mnoho lékařů přesvědčeno, že existuje několik druhů poruchy bulimie. Debatovalo se až o sedmi různých formách. „*Primární bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrná hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emeticka (přejídání se zvracením).*“ Teprve nedávno získala bulimie svou specifickou formu a pojem „*bulimia nervosa*“, a to až v sedmdesátých letech dvacátého století, kdy tento termín poprvé použil britský psychiatr G. Russell. Pojem označil jako nadměrné a záchvatovité přejídání s následným, úmyslným vyvoláním zvracení, v důsledku strachu z tloušťky. Mezi lékaři je tato porucha známá jako „*kynorexia*“ nebo také „*fames canina*“, laicky známá jako psí hlad. Od starověku byla porucha bulimie označována abnormalitou nebo špatnou funkčností žaludku. Je logické, že lékaři takto dříve uvažovali, neboť zvracení bylo spojováno s nemocemi jako je gastrická porucha žaludku, různé formy mánií a jiné. Zvracení bylo označeno za logický a normální symptom. Bulimie byla velmi často spojována s poruchou anorexie, neboť bylo vyzorováno, že někteří pacienti, trpící anorexií, mají také sklony přejídat se a potravu vyzvracet, protože zároveň nemohli dovolit, aby jejich tělo přijalo a uchovalo potravu. V osmdesátých letech získala pojem „*bulimia nervosa*“ a DSM (americká národní klasifikace mentálních poruch) ji přijala za svůj a porucha mohla získat svou samostatnou diagnózu (Krch, 2005, s. 31-33).

7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy nejsou žádnou novodobou záležitostí, nabízí se v dnešní době spousta léčebných možností a postupů k uzdravení. Objevují se i zcela nové formy terapie, které mají základ ve feministickém hnutí a bojují hlavně proti přehnanému vzoru štíhlosti. Vzhledem k tomu, že počet pacientů s poruchou příjmu potravy neustále stoupá, snižuje se počet specialistů kvalifikovaných přímo na tento typ choroby a vznikají samovolné svépomocné skupiny jedinců, kteří se se svými pozitivními výsledky značně přibližují k odborným pomocem. Spousta jedinců (ve většině případech žen) bude mnohem lépe komunikovat a svěřovat se se svými osobními problémy skupině lidí, kteří mají podobný problém. Pacient tak bude mít pocit větší opory, protože se může utěšit tím, že našel osoby, které mu skutečně rozumí a chápou, na rozdíl od odborníka, který ve většině případů svou osobní zkušenost nemá. Tím ale samozřejmě není odborná pomoc v žádném případě podceňována. Terapie by měla být zaměřena na duševní i tělesnou stránku, aby se tak mohly vyřešit všechny důvody a následky poruchy. U těžších případů je někdy samozřejmě nutná delší hospitalizace nebo přinucení k léčbě, protože pacient není schopný racionálně uvažovat (Leibold, 1995, s. 93).

7.1 HOSPITALIZACE A ČÁSTEČNÁ HOSPITALIZACE

Nutnost umístit pacientku do nemocnice na určitou dobu nastává ve většině případů u pacientek s rozsáhlou a hlubokou poruchou příjmu potravy, kdy dochází k úplné ztrátě sebekontroly. Při hospitalizaci je velmi důležitá odborná pomoc a schopnost umět pacienta vyléčit, ale jedná se pouze o polovinu celého úspěchu. V neposlední řadě je velmi důležitá pacientova spolupráce. Ochota a chtíč nemocného problém vyřešit je klíčem k celkovému uzdravení. Léčba v nemocnici je zaměřená na psychickou i fyzickou stránku nemocného, aby mohlo dojít ke stabilizaci problému. Přesvědčit pacientku k ochotnému zapojení do situace může být, v mnoha případech, velmi obtížné. Pokud je nezbytné umístit jedince s poruchou příjmu potravy do nemocnice, je důležité dojít s léčbou k několika základním bodům. Mluvíme zde o potřebě návratu k optimální tělesné hmotnosti nebo zamezení dalšího hubnutí. U těžších případů zamezit záchvatovitému přejídání, užívání látek s projímavými účinky, které mohou mít za následek somatické onemocnění nebo jiná vážná onemocnění, vyhodnotit a začít léčit jiné závažné zdravotní problémy, zacelit mnoho

úzce souvisejících faktorů, jako například úzkost, deprese, pocity méněcennosti nebo užívání psychoaktivních látek. Pokud přichází na řadu zvolení správného typu léčby, je potřeba si nejprve uvědomit, jestli je pacient opravdu v tak vážném stavu, že jeho současná zdravotní situace vyžaduje delší pobyt v nemocnici. Za dobrý důvod umístění do nemocnice lze brát i fakt, že pacient není jakýmkoliv způsobem schopný spolupracovat u své momentální léčby. Naštěstí platí ve většině případů kladnější pohled na stav situace a přihlíží se k méně razantnějším způsobům léčby. Jedním z důvodů může být menší psychická zátěž na pacienta a následně větší chůt zapojit se do léčby, než umístění v nemocnici na delší dobu, kde můžou na pacienta padnout velké deprese. Proto odborníci spíše doporučují krátkodobý pobyt v nemocnici, kde by se pacient měl stát stabilnějším a následně doporučit poradnu a psychoterapii na bázi pravidelného docházení. Rozhodně nemá smysl diskutovat s pacientem trpící těžší formou poruch příjmu potravy o délce pobytu v nemocnici, protože lze dobře odhadnout, jak dlouho bude pobyt v nemocnici potřebný. *„Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je (za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu) kolem jednoho, až jednoho a půl kilogramu týdně.“* Částečný pobyt v nemocnici mnohem lépe přispívá i ekonomice, než plný pobyt. Obsah terapie ambulantního pobytu se dá srovnat s dlouhodobější hospitalizací. Používají se stejné postupy a techniky. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že pacient netráví v nemocnici noc. Samotné dlouhodobější umístění do nemocnice potřebují extrémněji vyhublí pacienti, neúspěšní v ambulantní léčbě, kde je nutnost častějšího lékařského dohledu, z důvodu zamezení dalšího sebepoškozování (Krch, 2005, s. 125-126).

7.2 AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE

V oblasti léčby poruch příjmu potravy, ale i v léčbě mnoho dalších poruch je nutno počítat s tím, že se zde mohou vyskytovat i pacienti s nižší motivací k uzdravení a tedy pacienti, kteří podstoupili několik léčebných postupů a jsou toho názoru, že další terapie má už téměř mizivou šanci na jakýkoliv pokrok a nechtějí v léčbě pokračovat, neboť v ní nevidí možnost úspěchu. Zdravotnické odvětví se snaží být k těmto pacientům tolerantnější a navrhuje jim lékařský postup léčby, který zahrnuje pokus o návrat pacienta do stavu tělesné i duševní pohody, ale neorientuje se přímo na problém překonání poruchy příjmu potravy. Podle přání pacienta lze tuto formu léčby dělit na individuální nebo skupinovou formu terapie, samozřejmě v přítomnosti

lékaře. Součástí léčby je nutná kontrola tělesné váhy pacienta a jiných dalších hledisek zdravotního stavu. Obecně se spíše doporučuje terapie skupinová, protože pacient může díky ostatním pacientům, trpících stejnou poruchou, nalézt oporu a větší pochopení, než v soukromé konzultaci pouze s lékařem. Díky skupinovému svěřování může pacient najít větší zájem v problematice poruch příjmu potravy a větší motivaci uzdravit se (Krch, 2005, s. 126).

7.3 SVĚPOMOC, ŘÍZENÁ SVĚPOMOC A PSYCHOEDUKACE

Aby se v knihách nezmiňovaly kazuistiky a teorie pouze o těžších případech poruch příjmu potravy, je třeba společnost seznámit i s případy lehčími, s pozitivnějšími vyhlídkami pro uzdravení a lepší život. Existují i pacienti, kteří sice nesou jisté známky poruch příjmu potravy, ale právě díky menší závažnosti můžou dojít až k úplnému uzdravení nebo intenzivnějšímu zlepšení zdravotního stavu. Právě díky menší závažnosti je pacient schopný uvažovat racionálněji, než pacient těžšího případu a na základě vlastní pomoci a edukačnímu zásahu ve svůj vlastní prospěch přispět k uzdravení. Edukační zásah ve svůj vlastní prospěch byl zaznamenán jako velmi významný faktor v chování některých pacientů. Je prokázáno že existence svépomocných příruček částečně napomáhá vlastnímu uvědomění si problému. Schopnost uvědomit si závažnost problému by mohl být mnohem více přínosnější pro pacienty s těžší formou poruch příjmu potravy. Chtít bojovat s tímto začarovaným kruhem je jedním z hlavních cílů celé terapie (Krch, 2005, s. 126-127).

7.4 RODINNÁ TERAPIE

I když rodina není specialista, lékař nebo terapeut v oblasti léčby poruch příjmu potravy, hraje v terapeutickém procesu velmi významnou roli, neboť rodinné prostředí je primárním prostředím pro každého pacienta. Jelikož se věková hranice pacientů pohybuje okolo dvanácti až devatenácti let, spolupráce s rodinou je zde míněna jako spolupráce s rodiči (popřípadě zákonnými zástupci) a příležitostně i se sourozenci. Pokud pacient onemocněl v pozdějším věku, je třeba zapojit do terapie i nově vzniklou rodinu (manžel/manželka a děti). Profesionální terapeuti jsou toho názoru, že rodinné prostředí může mít za následek vznik jedné z poruch příjmu potravy. Jako spouštěcí faktor se často uvádí nefunkční rodinné vztahy, konflikty mezi rodinnými příslušníky, zanedbanost, nebo naopak překypující, přehnaná láska,

nadměrná starostlivost a kontrola. Rodina, která je v přímém kontaktu s pacientem by se terapie určitě zúčastnit měla, protože rodina, jako základní jednotka, nese určitou odpovědnost za pohodu a duševní zdraví jedince. Společnou rodinnou terapii lze vnímat nejen jako jednosměrnou pomoc pacientovi s poruchou příjmu potravy, ale na rodinu zároveň může působit zpětná vazba formou uvědomění si dosavadního chování, uvědomění si nemoci, kterou příslušník rodiny trpí a také se naučit zacházet s nemocným tak, aby mu co nejméně škodili, v lepším případě mu pomohli k uzdravení. Rodina se tak může stát součástí dlouhodobější terapie, která může být, ve spolupráci s nimi, mnohem efektivnější (Krch, 2005, s. 127-128).

7.5 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Tato forma terapie se zařazuje do jedné z nejběžnějších typů léčby v oblasti mentální bulimie, ale i léčba mentální anorexie v ní objevila, z hlediska teorie, určité sympatie. Individuální terapie tohoto typu je vhodná pro pacienty s poruchou příjmu potravy, pro které by v současné situaci nebyla rodinná terapie na ideálním místě vzhledem k jejich věku, a nebo trpí těžší a závažnější formou. Pointa terapie spočívá, že dochází ke zlepšení tím, že se změní nesprávné a narušené myšlenky, představy a chování pacienta, neboť si jedinec tyto nepříznivé formy osvojil naučením. O vznik kognitivně-behaviorální terapie se zaslouhoval na konci dvacátého století psychoterapeut Christopher Fairburn a jelikož se kognitivně-behaviorální terapie zabývá především poruchou mentální bulimie, určil pro mentální bulimie několik charakteristických bodů: „1. vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; 2. pravidelné vážení; 3. změna schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet, zavedení konzumace jídel, kterým se pacient vyhýbal, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování); 4. kognitivní restrikce s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem udržování poruchy příjmu potravy; 5. zavedení prevence relapsu.“ Zařazení kognitivně-behaviorální terapie do poruchy mentální anorexie se zatím podařilo pouze okrajově z pohledu teorie. Specialisté ale vnímají tuto formu terapie jako pozitivní a jsou přesvědčeni, že se tato forma léčby v budoucnosti rozvine i do praktické stránky léčby mentální anorexie, i když současné studie nevykazují uspokojivé a efektivní výsledky. V kognitivně-behaviorální terapii panuje jeden hlavní znak, který je pro léčbu obou poruch velmi klíčový. Pacienti mají jedno společné, a to

zkreslený pohled na vlastní tělo. Jsou přesvědčeni (především anorektici), že štíhlá či hubená postava je jakýmsi životním krédem a cílem dosažení společenského ideálu. Léčba se nezaměřuje pouze na pacientovo uvědomení si zkreslených myšlenek o snižování hmotnosti, ale snaží se zajít i do jádra mezilidských konfliktů, depresí, pocitů méněcennosti, zápasu s osamotněním se a úzkostnými stavy spojené s vývojem. Pokud se u pacientů projevují jisté pokroky, je možné do terapie zařadit částečně i terapii rodinnou nebo také doporučit přerušovanou individuální (ambulantní) terapii. Pokud není individuální léčba po určitém čase efektivní, je potřeba pacienta zařadit do skupinové terapie, kde bude mít možnost setkat se s reálnými jedinci se stejným problémem. (Krch, 2005, s. 128-129).

7.6 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE

Původním odůvodněním užití této terapie bylo přispět k léčbě poruch příjmu potravy (především k mentální bulimii a záchvatovitému přejídání), nicméně se objevily jisté okolnosti, které potvrdily účinnost interpersonální terapie pouze na jeden z důsledků poruch, depresi, která je pouze malým článkem celého problému. Tato terapie a její léčebný postup se rozděluje do tří fází: *„V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech a závěrečná fáze je zaměřená na otázky spojené s ukončením terapie.“* Bylo potvrzeno, že interpersonální terapie je na konci své fáze o něco méně důvěřivá, než kognitivně-behaviorální, nicméně bylo i potvrzeno, že jedinci, kteří se v průběhu léčby zúčastnili i interpersonální terapie, došli v pozitivnějším výsledkům a po roční kontrole se dalo u pacientech obou typů terapií dosáhnout totožné účinnosti, proto se terapeutům nabízí možnost volby léčby. Přesto je kognitivně-behaviorální léčba doporučena jako prvotní, neboť prokázala rychlejší odchod symptomů poruch příjmu potravy (Krch, 2005, s. 129).

7.7 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie je dodnes známější a uplatněná spíše v oblasti poruchy mentální bulimie, neboť se podání některých antidepresiv a antipsychotik ukázalo jako účinné a zklidňující pro pacientky, které bojují s touto nemocí. Podávání léků by neměl být hlavním pilířem léčby z několika zásadních důvodů, jako například riziko

předávkování, riziko vedlejších účinků nebo riziko navrácení se k poruše příjmu potravy po ukončení chemických léčiv. V této sféře terapie je často zmiňováno konkrétní antidepresivum, fluoxetin. Jedná se o typ léku, který měl u pacientek s mentální bulimií a anorexií pozitivní vliv, především příznivou odezvu na schopnost udržet si svou momentální hmotnost a nehubnout v průběhu několika měsíců a zmírnily se i některé těžké příznaky poruch. Fluoxetin se také doporučuje jako výborný lék na prevenci relapsu poruch, zvládnání stresu a úzkostí, depresí a dalších příbuzných symptomů. Jak už bylo řečeno, nelze tento druh terapie brát za jediný, ale může pomoci některým pacientkám, které v důsledku afektu a agrese nejsou schopni psychoterapie a brání se pokrokům léčby (Krch, 2005, s. 130-131).

8 DALŠÍ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY (ORTOREXIE, BIGOREXIE, DRUNKOREXIE)

V současné době si poměrně velká většina společnosti uvědomuje narůstající možnosti snadného dosažení jídla a snížení pohybové aktivity, což dokazuje skutečnost, že čím dál více populace trpí nadváhou, nebo dokonce obezitou. Více a více lidí je se svou postavou hluboce nespokojeno, a proto mají tendence experimentovat se svými jídelními návyky, které mohou často přejít až do extrému a tak vážně ohrozit své zdraví a svůj život. Další typy poruch příjmu potravy, kromě nejznámějších dvou (mentální anorexie a bulimie), přinášejí stejně nebezpečná zdravotní rizika. Jedním z nejnovějších typů poruch jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie. První z nich, ortorexie, je charakteristická jedincovou abnormální přehnanou posedlostí zdravou stravou. Lidé trpící touto poruchou mají neustálé sklony kontrolovat složení a nutriční hodnoty na obalech potravin a nápojů. V prvních krocích lze pozorovat, že jedinec má sklon oproti předchozím zvyklostem najednou navštěvovat obchody se zdravou výživou, hledá nejrůznější možné informace o potravinách a nápojích obecně, z čehož se postupem času stává patologická závislost. Roste chorobný strach z nezdravého jídla v podobě rychlého občerstvení z fast foodů a i z jídla, které si jedinec nejprve upřednostní, protože ho považuje za zdravé, ale časem se i ony jídla stávají nepříjemnými, protože nároky na stravovací režim jsou stále přísnější. Jídelníček pochopitelně ztrácí svůj objem a jedinec ztrácí část své tělesné váhy, až ve většině případů dochází k podvýživě, nebo dokonce k rozvoji mentální anorexie nebo bulimie. Porucha bigorexie je charakteristická posedlostí jedince svým vlastním tělem a vzhledem. Jedná se stejně jako u dvou hlavních typů poruch příjmu potravy o zkreslené představy o vlastním těle. Jedinci trpící touto poruchou mývalí za svůj vzor akční hrdiny z filmů nebo svalovce na titulních stránkách časopisů. Takový vzhled těla považují za ideální a jsou kvůli tomuto ideálu schopni zacházet do velkých extrémů. Jedná se především o několikahodinové trávení času v posilovnách a nadměrné věnování se sportu obecně. Bigorektiky často postihuje nadváha, protože nárůst svalové hmoty není pro jejich tělo optimální a také tomu nepřispívají různé potravinové doplňky s vysokým obsahem bílkovin, takzvané „protejnáky“. Tito jedinci se, stejně jako jiní s poruchami příjmu potravy, vzdalují od společnosti kvůli ztrátě společné konverzace a nedostatku volného času, který raději věnují pobytu v posilovnách. Velmi nepříjemné pro bigorektiky může být náhlá ztráta

finančního příjmu, která je v této sféře velmi klíčová. Pro třetí typ nových poruch příjmu potravy, drunkorexii, je typické záměrné snižování počtu přijatých kalorií za účelem vypít více alkoholu. Jedinec má v oblibě konzumování alkoholu, ale zároveň chorobný strach z přibírání na váze a uvědomuje si vysoké kalorické hodnoty alkoholu, proto se raději začíná omezovat v jídle, než skoncovat se svou láskou k lihovinám. Podle statistik jsou touto poruchou stále postiženy spíše ženy, ale není vyloučené, že je během několika let muži doženou. Po následujícím shrnutí lze bezpečně potvrdit, že i tyto nové formy poruch mají s hlavními dvěma hodně společného, například separace od společnosti, izolace od rodiny a přátel, neustálé vtíravé myšlenky, ale také velké fyzická újma na zdraví (<http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>, cit. 2016-02-23).

9 PREVENCE RELAPSU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pojem relaps označuje znovuobjevení známek, v tomto případě typických příznaků poruch příjmu potravy, které se u objevují u jedince, který prošel léčebným procesem těchto poruch a lze ho už označit za uzdraveného. Pokud chceme jedince, který trpěl poruchou příjmu potravy označit za uzdraveného, musí splňovat určitá kritéria, jako například obnovený stav fyzické, duševní a emocionální pohody a osvojení si nových stravovacích zvyklostí, které už nebudou vést k ubírání tělesné váhy. V těchto případech je nutné si uvědomit, že uzdravení nemusí být zakotvené, protože fenomény diet a zájem o fyzický vzhled je čím dál více zájmový rozvíjející se jev ve společnosti, tudíž je velmi pravděpodobné, že se s ním jedinec bude potýkat i nadále, ale může se pokusit o omezení styku s ním. Znovuobjevení známek nemusí nutně znamenat znovuobjevení samotné nemoci. Relaps je dokonce pokládán za jednu z výzev při prodělávání léčby a pacient by se měl umět s touto výzvou vypořádat, protože je to jedna z přirozených fází a cest k úplnému uzdravení a podpoře sebevědomí. Samotný obsah prevence relapsu můžeme hledat v pravidelném stravovacím režimu (omezit tendence počítat každou kalorií, jíst více druhů jídel), dostatečném pohybu (pro začínající pacienty je vynikající například jóga), přibírání na váze a ve schopnosti vnímat své tělo optimističtěji. Velmi důležité je i způsobilost zvládat stres a uvědomit si, že léčba poruch příjmu potravy není několikaměsíční proces (průměrná doba vyléčení se pohybuje okolo čtyř let), být trpělivý a nevzdávat svou možnost na uzdravení hned po prvním selhání v průběhu léčebného procesu (http://www.anabell.cz/images/obr/1402313751_prevence.pdf, cit. 2016-02-24).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 POPIS, CÍL VÝZKUMU A KAZUISTIKY

Úsek praktické části je věnován kazuistikám třech dívek/žen a jednoho chlapce/muže z Plzeňského a Karlovarského kraje, kteří mají osobní zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Původně byly předpřipravené otevřené otázky, ovšem v průběhu se naše rozhovory staly spíše polouzavřené i volné. Samozřejmě se začínalo s připravenými otázkami, ale v průběhu rozhovoru připadaly v úvahu další, spontánní doplňující otázky. Soustředění bylo věnováno anamnézám osobním, rodinným, sociálním a samozřejmě oblasti průběhu jednotlivých nemocí a také příčinám onemocnění. V kapitole „PŘÍLOHY“ jsou k dispozici předem připravené otázky, které sloužily jako základní při dotazování respondentů.

Zvolenou metodou výzkumu se stal kvalitativní rozhovor pomocí předem připravených otázek, který se běžně provádí prostřednictvím delšího, intenzivního rozhovoru s jedním respondentem nebo skupinou respondentů. Cílem kvalitativního výzkumu bylo zaměřit se na kvalitu a také na podstatu problému a snažit se pochopit jednotlivé výpovědi a umět si vytvořit hypotézu. Dále umět naložit se získanými daty a prostřednictvím logické indukce vytvořit vhodnou analýzu výsledků. Závěr výzkumu by měl být souhrnný, věcný a nabývat nových hodnot.

10.1 KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Osobní anamnéza

První respondent dotazníkového výzkumu je jednadvacetiletá Magda z Karlových Varů, kam se přestěhovala z Aše ve dvanácti letech. Rodiče jsou rozvedení od jejích deseti let, nicméně spolu vycházejí. Oba rodiče nyní žijí v Karlových Varech. Otec pracuje jako stavební inženýr, matka je účetní. Sourozence nemá. Po ukončení základní školy nastoupila na střední ekonomickou školu v KV a nyní studuje právnickou fakultu v Plzni. V devatenácti letech u ní propukla mentální anorexie. Magda v současné době měří 169 centimetrů a váží 53 kilogramů. Má ráda čtení, jízdu na kole a trávení volného času s přáteli v čajovně.

Rodinná anamnéza

Jak už bylo zmíněno, Magda vyrůstala jako jedináček a rodiče se v jejích deseti letech rozvedli. Respondentka nicméně uvádí, že i když na ní zpočátku rozvod intenzivně

dopadl, dnes necítí, že by touto událostí byla psychicky poznamenaná, protože s rodiči udržuje velmi blízký vztah po celou dobu od rozvodu. *„Táta vždy říkal, že byl jeho cíl, aby po rozvodu zůstal v mém životě na sto procent, povedlo se.“* Magda bydlí s matkou a s jejím přítelem, otec bydlí ve stejném městě. Respondentka pochází z rodiny s příznivými vztahy, ve které našla v průběhu své nemoci plnou podporu.

Sociální anamnéza

Na první stupni ZŠ patřila Magda k bystřejším žákům a nepotřebovala domácí doučování. Ve dvanácti letech přestoupila na ZŠ do Karlových Varů, kde se její školní výsledky mírně zhoršily. *„Škola v Aši byla jednodušší. Ve Varech na mě padaly vyšší nároky a já trochu nestíhala.“* Magda uvádí, že se v KV poprvé setkala s šikanou na vlastní osobě. Konkrétně se jednalo o šikanu psychickou. *„Nechtěla jsem ráno vstávat do školy. Hrozně mě bolelo břicho, při pomýšlení, že tam jdu. Smáli se mi, že jsem tlustá a mám moc velký prsa. Mamce jsem nic neřekla, ale poznala to sama a zakročila.“* Od doby kdy její matka začala tento problém řešit přímo se školou, konflikty ustoupily. Magda tvrdí, že od té doby už se šikana neobjevila a po nástupu na SŠ si Magda našla skvělé přátele, u kterých se drží dodnes, dokonce s nimi studuje VŠ v Plzni. Na střední škole si v prvním ročníku našla svého prvního přítele, se kterým chodila celé čtyři roky střední školy. Dnes má druhou vážnější známost a uvádí, že oblast sexuality nemusí mít přímý dopad na vznik její poruchy, protože s ní byla vždy spokojená. Sama tvrdí, že období šikany je jeden ze spouštěcích faktorů.

Podpora zdraví

Respondentka se až do doby svých problémů neomezovala v jídle. Maminka pravidelně vařila a snažila se připravovat zdravá jídla. Vypráví, že si na počátku hubnutí žádná rizika spojená s poruchami příjmu potravy neuvědomovala a své hubnutí nijak nespojovala se zdravotními problémy. *“To, že jsem hubla mě akorát nakoplo k ještě přísnější dietě. Viděla jsem na váze za krátkou dobu větší úbytek, ale později se to zpomalovalo. To mi dalo jasný zprávu, že musím svou stravu ještě více zúžit.”* Magda uvádí, že narozdíl od typicky nadměrné tělesné aktivity (sportu), se kterou pacientky trpící PPP zacházejí až do extrémů, se tolik nevěnovala sportovním aktivitám ani v průběhu její nemoci. *“Nikdy jsem nebyla vyloženě nešikovná na sport, spíš takový průměr, ale pokud jsem nemusela, nechtělo se mi cvičit.”* Potvrzuje pravidlo, že od rapidního úbytku tělesné váhy se cítila unavená a neschopná vykonávat její

každodenní běžné činnosti. Svou slabost si uvědomovala, nicméně hubnout chtěla dál. Když váha neukázala výsledek upadala do depresí a občas nakupovala i léky podporující redukci váhy.

Průběh nemoci

Magdy problémy s PPP začaly s přechodem ze střední školy na vysokou školu v devatenácti letech. Na právnické fakultě se seznámila s novými přítelkyněmi, z nichž dvě (jak uvádí Magda) neustále držely všemožné diety a často kritizovaly okolí kolem sebe. Magda přiznává, že i když spouštěcích faktorů její nemoci bylo více, tento byl klíčový. Nejprve vyřadila ze svého jídelníčku nezdravé potraviny (fast food, sladkosti), později bílé i tmavé pečivo, dokonce i večeře a zaměřovala se na nutriční hodnoty uvedené na zadních obalech potravinářských produktů. V průměru ztrácela jeden kilogram týdně. Za tři měsíce svým chudším jídelníčkem zhubla ze svých původních 63 kilogramů na 54 kilogramů. Motivaci nacházela ve svých kolegyních z právnické fakulty a snažila se hubnout dál. Její matka, i když si všimla, nemohla dceru neustále kontrolovat, hlavně ji během všedních dnů neviděla, protože byla v Plzni na koleji. Po dalších sedmi měsících Magda zhubla na úděsných 42 kilogramů. Sama přiznává, že jí to vyděsilo a velmi mě překvapilo, že sama byla ochotná s pomocí rodičů vyhledat odbornou pomoc. Nadšení rychle opadlo, když začal průběh léčby. *“Neuvědomila jsem si, jak moc mě ta nemoc a tendence hubnout ovládla. Nechtěla jsem pozřít nic, přesto, že jsem věděla, že mě to zabíjí. V nemocnici jsem se jídlu někdy až agresivně bránila.”* Magdu hospitalizovali na psychiatrickém oddělení ve fakultní nemocnici v Plzni a po prodělání léčby byla předána do rukou ambulantního psychiatra. Dnes jsou to téměř dva roky po hospitalizaci a Magda stále dochází k psychoterapeutovi. I když se cítí lépe, přiznává své občas přicházející anorektické myšlenky. *“Vyléčí vás, pokud chcete, ale v sobě to máte už na furt.”*, říká Magda v jedné z posledních vět našeho rozhovoru.

10.2 KAZUISTIKA ČÍSLO 2

Osobní anamnéza

Dalším respondentem je devatenáctiletý Adam z Plzně. Svou anamnézu poskytl na základě setkání na nejmenované fotografické výstavě s tematikou poruch příjmu potravy. Adam pochází z Plzně a momentálně ukončil gymnázium. Po maturitě se

chtěl pokusit dostat na vysokou školu, což jak uvádí, bylo hlavně přáním otce. Jeho momentální váha je 62 kilogramů a měří 179 centimetrů. Dříve hrál aktivně florbal, nyní se pro prodělání nemoci věnuje sportu už pouze ojedinele. V sedmnácti letech mu potvrdili mentální anorexii purgativního typu. Momentálně navštěvuje psychoterapeuta.

Rodinná anamnéza

Adam je prvorozený, má o osm let mladší sestru Báru a rodiče žijí 25 let v manželství. Otec ekonomický inženýr, matka učitelka v mateřské škole. Hlava rodiny, jak uvádí Adam, je jednoznačně otec. *„Táta je v rodině velká autorita. Někdy mi přijde, že má sklony k diktátorství. Mamka sice není žádný podpantoflák, ale rozhodující slovo má vždy táta. Když jsem byl malý, byla atmosféra klidnější, ale co jsem byl na gymplu, kladli se na mě vyšší nároky. Nebo to tak alespoň vnímám.“* Adam také uvádí, že sestra je oproti němu tatínkova holčička, ale pocity žárlivosti nemá. Tvrdí, že je to logické, když se jedná o dívku. Podle výpovědí se rodinná atmosféra zdá mírně napjatá kvůli autoritářskému přístupu ze strany otce.

Sociální anamnéza

Adam byl od malička velmi aktivní dítě. S aktivním hraním florbalu začal už v pěti letech a tento sport ho velmi nadchl. Své vztahy s přáteli a vrstevníky uvádí jako vcelku příznivý, občasná rivalita byla také přítomna. *„Byl jsem sportovec. Bylo normální, že jsme se s klukama občas porvali, ale uměli jsme fungovat jako tým, když šlo do tuhého. Bohužel táta neviděl v tomto oboru žádné uplatnění. Chtěl jsem jít po základce na střední školu s tělovýchovným zaměřením, ale gympl byl prý lepší pro rozmanitost možností a volby vysoké školy.“* Studium na gymnáziu bylo prý pro Adama celkem náročné a i když na základní škole se svými výsledky vyčníval, na gymnáziu patřil spíše mezi podprůměrné žáky. *„Gympl mě nebavil. Matika, fyzika, výtvarka, bože, to je děs. Výsledky byly ještě horší, bál jsem se s nimi přijít před otce. Mamka byla vždycky v klidu, ale táta měl průpovídky, že takhle mě na vysokou nevezmou už vůbec.“* Co se týče intimních vztahů, Adam uvádí, že kvůli florbalu na ně nebyl moc čas. Nějaké slečny v jeho životě byly, ale žádná vážná známost se prozatím neobjevila. Adam je v průběhu rozhovoru v období, kdy se zotavuje ze své nemoci a snaží se prozatím soustředit pouze na sebe. Sám potvrdil mou dedukci, jestli přísnost otce figuruje ve faktorech, spouštějících jeho poruchu.

Podpora zdraví

Adam tvrdí, že se stravováním nikdy neměl problém a jedl rozmanitá jídla. Nikdy nepřemýšlel nad zdravou stravou a vždy snědl to, na co měl zrovna chuť. Jako aktivní sportovec s velkým výdejem energie uvádí, že mnohdy snědl více, než jeho vrstevníci. Považuje se za velmi aktivního člověka, jak sám říká, chvilku neposedí a jako způsob relaxace označoval již zmíněný florbal. *„Na hřišti to byl relax, už jen kvůli tomu, že mi do toho nekecal otec.“* Zvládání stresových situací bylo individuální. Jako konfliktní člověk Adam rozhodně nepůsobí, ovšem při styku s jeho otcem se někdy situace vyhrotila.

Průběh nemoci

Adamovy problémy začaly už na gymnáziu, v době, kdy otec začal na Adama klást vyšší nároky. Problémy a stres se projevovaly typickými bolestmi hlavy, břicha a nechuti k jídlu. Sám Adam tvrdí, že jeho mentální anorexie purgativního typu nikdy nebyla úmyslná. *„Na začátku jsem to samozřejmě nebral jako start poruchy. Věděl jsem, že jsem ve stresu a přestal si všímat, že někdy toho z deprese sním málo a někdy se kvůli úzkostem zas přežírám. To, že jsem zvracel mi přišlo logické, když si vzpomenu, kolik jsem toho občas snědl. Dnes vím, že jsem si kompenzoval stres.“* Adam v době své nejnižší tělesné váhy vážil 47 kilogramů. Adam sám chtěl vyhledat pomoc a o tu se prý velmi zasloužil jeho trenér florbalového týmu, který jako jediný byl ochotný řešit Adamův problém s jeho rodinou. Ukázalo se, že Adamův otec, sám vytížený podnikatel, přehlížel synův problém přesto, že se nakonec ukázal jako hlavní spouštěč problémů. Adam je v době rozhovoru v počátcích své rekonvalescence, ale působil jako velmi racionální a na svůj stav si troufám říct i sebevědomý člověk.

10.3 KAZUISTIKA ČÍSLO 3

Osobní anamnéza

Třetím respondentem mého výzkumu je pětadvacetiletá Zuzana z Plzně. Svou anamnézu mi poskytla (stejně jako výše uvedený Adam) na fotografické výstavě s PPP tematikou. Maturovala na obchodní akademii, poté sehnala práci obchodního zástupce. Když jí bylo osmnáct let, bojovala jak s mentální anorexií, tak s mentální bulimií. Zuzana momentálně váží 67 kilogramů, měří 163 centimetrů a je ve čtvrtém

měsíci těhotenství. V dětství se věnovala sportovní gymnastice a společenským tancům. Dnes je jejím koníčkem vaření a trávení času s přítelem.

Rodinná anamnéza

Zuzana vyrůstala jako jedináček. Její matka v současné době pracuje jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) a studovala odborné učiliště. Otec zedník, studoval odborné učiliště, bývalý alkoholik, se Zuzanou se od jejich deseti let nestýká. Má také nevlastní sestru ze strany otce, se kterou se ovšem také nevidá. Zuzana uvádí své časté problémy s matkou. *„Pamatuji, že se máma moc nevzpamatovala z rozvodu, brala jeden čas antidepressiva a občas mi ještě dodnes přijde, jako by mi jejich rozpad vztahu dávala za vinu.“* Zuzana poté sama přiznává, že problémy s matkou byly jedním z hlavních příčin vzniku poruch příjmu potravy.

Sociální anamnéza

Respondentka se označuje za společenskou osobu. Na základní i střední škole měla příznivé vztahy se spolužáky a jak uvádí, i spoustu kamarádek. V době její nemoci se společenskému životu stranila a o několik přátel tak přišla. První lásku si našla v prvním ročníku na střední škole, který v době své nemoci ukončila. Momentálně žije tři roky s novým přítelem, se kterým čeká dítě. Vztahy jsou v rodině od rozvodu rodičů napjaté, matka uzavřená do sebe, citově labilní, otec se v době Zuzaniny nemoci o dceru příliš nezajímal. Dnes s ním respondentka přerušuje kontakty.

Podpora zdraví

V době poruchy Zuzanina strava kolísala s extrémem do extrému. Jednou nejedla vůbec, podruhé se záchvatovitě přejídala. Jako dítě byla spíše plnější tvarů. Aktivnímu pohybu se věnovala pouze v dětství, od puberty už jen příležitostně. V době rozhovoru je Zuzana těhotná a zdá se, že si plně uvědomuje rizika PPP, které by mohla přenést na své nenarozené dítě. Stravuje se pravidelně, zdravě a chodí na těhotenskou jógu. Dnes zvládá stres mnohem lépe, než v době, kdy žila společně s matkou. Ve svém současném příteli má plnou oporu a cítí se v jejich společném domově velmi dobře.

Průběh nemoci

Zuzaniny problémy začali ve třetím ročníku na střední škole. Zpočátku začala vynechávat některá jídla, kontrolovala kalorické tabulky, poté vynechávala už téměř

vše, co byla zvyklá jíst. *„Měla jsem depky z domova a ztrácela chuť k jídlu, původně nebylo cílem zhubnout, ale když jsem pak viděla, že vypadám líp, začalo to být zábavnější. Ale nedalo se to vydržet vždycky a já několikrát spadla do přezírání, když jsem měla deprese z matky, nebo ze školy.“* Respondentka si prý nemoc sama uvědomovala a sama chtěla vyhledat pomoc, přičemž tvrdí, že po vyhledání odborného specialisty jí nebyla nabídnuta pomoc, jakou si představovala. Zuzanu bylo celkem těžké pochopit. Tvrdila, že její forma poruchy byla totální nenávisť k vlastnímu tělu. Její původní myšlenka nebyla zhubnout kvůli kráse. Jídlem si kompenzovala svou depresi a úzkost, pravděpodobně způsobené její matkou. Když jsem se dotazovala na tělesnou váhu, Zuzana tvrdila, že v době vrcholu své nemoci vážila 54 kilogramů a níže se už nedostala, i když celé dny nesnědla nic. I když Zuzana zatvrzele tvrdí, že její hlavní nemocí byly poruchy příjmu potravy, myslím že tato nemoc se vyvinula až později z nemoci jiné. Jednalo se zřejmě o jinou formu psychické poruchy. Poruchy stravovacího režimu byly pouze jedním z mnoha dalších obranných mechanismů.

10.4 KAZUISTIKA ČÍLSO 4

Osobní anamnéza

Poslední rozhovor mi poskytla respondentka Eva z Nejdku (rodinná přítelkyně). Momentálně jí je třicet tři let a pracuje jako osobní asistentka. Po základní škole nastoupila na střední pedagogickou školu, poté ještě na vyšší odbornou školu ekonomickou. Má ráda fotografování, modeling a ráda chodí do posilovny. Od střední školy se věnovala modelingu a po studiích také strávila rok v Anglii jako au pair (chůva v zahraničí). Momentálně žije s přítelem. Děti zatím nemá. Eva měří 182 centimetrů, váží 53 kilogramů a trpěla mentální bulimií.

Rodinná anamnéza

Eva vyrůstala se svou o dva roky mladší sestrou Terezou ve dvougeneračním rodinném domě. Tereza pracuje jako vychovatelka ve školní družině. Rodiče žijí v manželství už přes třicet let. Otec bývalý voják, matka učitelka v základní škole praktické. Od dětství má spolu se svou sestrou velmi napjaté vztahy s otcem, který je podle Evy výbušné, agresivní povahy. *„Vždycky jsme byly doma tři ženský (já, sestra a*

máma). Maminka vždycky říkala, že táta si přál syna. Myslím, že si to na nás trochu kompenzoval.“ Svou matku popisuje jako ženu, která je pro ní vzor. Přesto uvádí, že matka se celý život otci podřizuje. „Mamka je skvělý empatický člověk se smyslem pro rodinu, ale vůči tátovi velmi slabá osobnost.“ Eva se svou sestrou žila s rodiči až do svých dvaceti sedmi let.

Sociální anamnéza

Přátelé označují Evu za „třídní krásku“. Eva je od malička společenská, o přátelé tedy neměla nouzi. Se svou sestrou měla vždy krásný vztah a obě si byly vždy navzájem vzorem. Vztah s maminkou popisuje také jako velmi příznivý, ovšem s otcem jsou vztahy velmi napjaté. Otec má údajně sklony citově vydírat, matku dříve fyzicky napadal a obě sestry si až do dnes odnáší pocit, že nejsou pro otce dost dobré. *„Mám velké štěstí, že mám tak skvělou sestru. Máma vždy tátu ospravedlňovala, protože ho nejspíš milovala. Já a sestra jsme tu situaci vnímaly jinak. Mnohokrát jsme mamku přemlouvaly, ať od něj odejde.“* Eva je sexuálně aktivní od svých patnácti let. Mimo svého současného přítele měla další tři vážnější vztahy. Ve dvaceti letech měla přítele, který ji několikrát fyzicky napadl. V té době také začaly problémy s poruchami příjmu potravy.

Podpora zdraví

Eva neměla v dětství žádné problémy se stravováním. Když se začala věnovat modelingu, úprava jídelníčku byla prý nutná. Sama cítila přítomnost možné konkurence a měla velké tendence srovnávat se se svými kolegyněmi z oblasti modelingu. Eva si je vědoma, že vstup do světa modelingu napomohl rozvíjení její poruchy. Často také navštěvovala fitness centra, která jsou dodnes její oblibou. Považuje se za velmi hektickou osobu. *„Chvilku neposedím, způsob relaxace si představuji formou běhání nebo času v posilovně.“* V době modelingu byla pod větším tlakem a stres byl u ní na denním pořádku. Dnes se Eva aktivně věnuje práci a svému příteli, se kterým momentálně plánuje rodinu. Díky svému současnému životu se cítí šťastnější.

Průběh nemoci

Eva začala trpět svou poruchou (mentální bulimií) ve dvaceti letech, kdy se aktivně věnovala modelingu a stýkala se s přítelem, který (jak jsem uvedla v sociální

anamnéze) ji fyzicky napadal. S úmyslným zvracením se setkala u své kolegyně, která uváděla zvracení jako rychlou možnost úbytku tělesné váhy, aniž by musela vyřadit své oblíbené potraviny. Eva je velmi cílevědomá, modeling byl její prioritou. Když viděla rychlý a snadný úbytek váhy u své kolegyně, nechala se snadno ovlivnit. „Vím, že PPP jsou u modelek velmi časté, ale já věřila, že když se dvakrát do týdne vyzvracím, nemůže se mi nic stát. Přece jsem nebyla žádná bulimička.“ Jelikož je Eva rodinná přítelkyně, získala jsem i několik informací přímo od její sestry a také její maminky. Eva v době své nemoci údajně nejedla vůbec nic a pokud měla pocity na omdlení, pozřela denně kousek jablka, nebo sýra. Sestra Tereza uvádí, že ani nespočítá, kolik igelitek s vyzvraceným jídlem našla v Evině pokoji pod postelí a ve skříních. Fázi léčby velmi napomohla právě sestra, která je Evě velkou oporou dodnes. Eva si prošla hospitalizací a několik let docházela k ambulantnímu psychoterapeutovi. Rizika si Eva plně uvědomuje až v posledních dvou letech, ovšem dodnes tvrdí, že i když je vyléčená, stále má mírné problémy s jídlem.

10.5 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ A POROVNÁNÍ KAZUISTIK

Poruchy příjmu potravy jsou v naší společnosti stále aktuální, ba dokonce aktuálnější, než v předešlých letech. Bohužel stále většina lidí tuto nemoc podceňuje, mnohdy jí ani za nemoc nepovažuje. Je potřeba, aby se tyto problémy „nezametávali pod koberec“ a my byli schopni uchopit onu zrádnou nemoc již v zárodku. Na obhajobu zvoleného výzkumu byly vyhledávány příčiny a spouštějící faktory, které dali předpoklad pro vznik konkrétní poruchy příjmu potravy. Dalším zájmem byl fakt, kdy si respondenti svůj problém začali skutečně uvědomovat, proč předtím problém přehlíželi a v čem našli motivaci a snahu vyléčit se. Zvýšená pozornost byla věnována rodinné anamnéze. Cílem je potvrdit nebo vyvrátit osobní názor, že rodinné prostředí je jedním z hlavních činitelů v životě jedince, a to nejen ve sféře poruch stravování. Rodina a sociální vztahy se v případě výzkumu ukázaly jako velice klíčové v rozvoji poruch příjmu potravy u každého respondenta.

První respondentka Magda se nechala ideálem štíhlosti zlákat až na vysoké škole svými spolužačkami posedlé dietou. Přesto uvádí, že problémy s váhou měla už jako dítě, kdy se jí vrstevníci vysmívali. Svou významnou roli hráli i rodinní příslušníci, především Magdina matka, která oplývala hyperprotektivní výchovou se sklony

k ochranářství. Ve fázi léčby se Magda ukázala jako velice racionální a ochotně spolupracovala, ovšem po vyléčení dodnes tvrdí, že myšlenky na anorexii se občas v jejích myšlenkách objeví.

Původním úmyslem respondenta Adama nebyl chtít zhubnout, ale stres a zvýšené nároky od jeho autoritářského otce. V tomto případě lze opět potvrdit vliv rodinného prostředí na psychiku jedince. Adamův otec nerozvíjel synův zájem ve sportu, ovšem stupeň vzdělání pro něj byl více než důležitý. Adam trpí anorexií purgativního typu a je teprve v prvních fázích své léčby. Zdá se, že si jeho otec způsobené činy uvědomuje a syna se snaží podporovat. Adam byl ze všech respondentů nejuzavřenější. Myslím, že z důvodu momentálně procházející léčby a je velmi pravděpodobné, že fakt, že poskytuje rozhovor tak citlivé téma opačnému pohlaví, mu také nebyl úplně příjemný.

Problémy respondentky Zuzany také tkví v rodinných kruzích. Otec bývalý alkoholik, který neměl o Zuzanu po rozvodu zájem a citově labilní matka, která údajně dávala své dceři vše za vinu, včetně jejího rozpadnutého vztahu s manželem. Zuzana neustále přebíhala mezi mentální anorexií i mentální bulimií, jak sama uvedla, příčinou byl hlavně stres, později také chtít zhubnout kvůli fyzické atraktivitě. Jak už bylo uvedeno v odstavci „Průběh nemoci“, myslím, že hlavní nemocí nebyly PPP, ale jiná forma psychické poruchy, která následně vedla ke špatným stravovacím návykům. Také mě překvapilo Zuzanino zklamání z poskytnuté lékařské péče, kterou sama dobrovolně vyhledávala.

Poslední dotazovaná Eva se jeví jako typický patologický případ poruch příjmu potravy. V době své puberty odstartovala svou kariéru modelky, kde na ní doléhala velká konkurence, stres a neustálé myšlenky točící se kolem fyzické vzhledu. Dalším negativním faktorem se zřejmě stal v té době její přítel, označený jako agresor, který Evu několikrát napadl. Ani u Evy není rodinná sféra tabu. Na její patologické chování měl vliv její přísný otec, se sklony k agresivitě, kterými trpěla celá rodina, především její matka, která se vůči otci chovala a chová dodnes velice submisivně. Velkou oporu našla ve své sestře Tereze, která je zároveň Evina nejlepší kamarádka a s léčbou jí pomohla. Eva má dnes také vyhlídky na lepší život, s novým přítelem plánují rodinu. Eva, stejně jako první respondentka Magda, potvrdila, že porucha příjmu potravy žije i po vyléčení stále v ní. Hlavním cílem je, co nejvíce ji eliminovat.

11 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ NA RESPONDENTECH NETRPÍCÍCH PPP

Na základě zjištění spouštěcích faktorů u respondentů se zkušeností s PPP byl vytvořen i dotazník s uzavřenými odpověďmi pro respondenty „zdravé“, bez diagnózy PPP. Cílem výzkumu je potvrdit či vyvrátit skutečnost, že sklony k těmto poruchám jsou v dnešní době častější a rizikovější, než v minulých letech. Dotazník byl vytvořen elektronickou formou a zúčastnilo se ho 100 respondentů z Plzeňského a Karlovarského kraje, z toho 11 mužů/chlapců a 89 žen/dívek (převažuje ženské pohlaví z důvodu častějšího výskytu PPP u žen). Účastníci odpovídali celkem na 23 otázek s uzavřenými odpověďmi. Respondenti odpovídali anonymně a zcela dobrovolně.

Jedná se o dotazník kvalitativní, uzavřený a anonymní. Společné výsledky jsou následně zaznamenané v grafu příslušící ke každé otázce a odpovědi. Pod jednotlivými grafy je stručně charakterizována specifická otázka a okomentován procentuální výsledek. Grafy jsou k dispozici v kapitole „PŘÍLOHY“.

11.1 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKU

I když se 80% respondentů domnívá, že momentálně netrpí žádnou z poruch stravování a 70% je obeznámeno základy problematiky poruch příjmu potravy, lze přesto dle analýzy výsledků dokázat, že někteří vykazují známky patologického chování v oblasti těchto defektů. Velká většina není spokojena se svým tělesným vzhledem a má i tendence porovnávat se s ostatními. Více než 60% dotazovaných se děsí nadváhy, vyhýbá se sladkým a tučným potravinám a více, než polovina respondentů trpí pocitem úzkosti a špatné nálady ze snědeného jídla. Každý třetí jedinec momentálně zkouší nějaký druh diety a nejvíce šokující se ve výsledcích jeví celých 24% respondentů, kteří mají občas tendenci jídlo vyzvracet, protože mají výčitky svědomí a celých 6% má tendenci jídlo vyzvracet. Při tomto zjištění se přesto 63% respondentů označuje za sebevědomé jedince. Bohužel nejde s plnou jistotou dokázat, že rizikové faktory jsou v současné době alarmující, protože respondenti byli vybráni náhodně, bez cíleného motivu a bez cílené skupiny. Každopádně byla analýza výsledků více než překvapující. Vzhledem k odpovědím, které respondenti uvedli u otázky č. 23: „*Jaké jsou podle Vás nejběžnější zdroje, které mohou způsobit vznik poruch příjmu potravy?*“, lze potvrdit, že moderní doba nám sice umožní prostřednictvím

internetu a televize usnadnit život, ale snadný přístup k všemožným informacím může být také jeden ze zárodků vzniku nejen poruch příjmu potravy. Bylo by tedy dobré více začlenit problematiku poruch příjmu potravy především do primární, ale i sekundární a terciární prevence.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je informovat společnost o dané problematice, zmapovat základní teorii poruch příjmu potravy a také se trochu přiblížit a zmapovat období adolescence. Jedinci se zájmem o studium poruch příjmu potravy najdou v teoretické části nejen charakteristiku konkrétních nemocí, ale mohou zde dohledat i nespočet rizikových faktorů, přímo figurujících u vzniku poruch stravování. Dále najdou také několik příkladů možností léčby i jak se symptomům vyvarovat. Poruchy stravování jsou velmi úzce spjaty s momentálním trendem štíhlosti a snahu žít zdravěji.

Pro praktickou část byly zvoleny kazuistiky obětí poruch příjmu potravy, kde bylo zjištěno, že nejčastějším figurujícím důvodem vzniku poruch byly nepříznivé rodinné vztahy a lze říct, že porucha stravování se u každého respondenta stala obranným mechanismem, jak utéct od nepříjemných situací. Mile překvapující bylo, že u většiny zpovídaných jedinců se zdály vyhlídky na lepší život pozitivní, většina z nich si svou nemoc uvědomovala a je rozhodnuta se k poruše už nevrátit. Jako bonus k praktické části bylo vytvořeno ještě jedno šetření, s jedinci momentálně netrpícími poruchou příjmu potravy, prostřednictvím speciálně vytvořeného dotazníku sestaveného tak, aby se ve výsledku zjistilo, zda mají i tito respondenti sklony ke vzniku poruch stravování. Analýza výsledků dokázala, že tendence ke špatnému stravování a špatnému životnímu stylu jsou více než alarmující a také se zjistilo, že možné příznaky vzniku těchto poruch si respondenti ani neuvědomují a berou je za běžnou denní rutinu. Nedostatkem v již zmíněném dotazníku shledávám méně zmapované oblasti respondentů (gender, věk a následné spouštěcí mechanismy poruch). Vybraní respondenti byli vybráni účelně, nicméně by bylo (například při psaní diplomové práce) vhodnější vybrat konkrétnější cílovou skupinu jedinců. Dále by bylo vhodné stanovit a doporučit vhodnou prevenci před vznikem těchto problémů, protože z výsledků je také patrné, že téměř každý třetí jedinec není plně obeznámen základní problematikou v oblasti poruch příjmu potravy.

Závěrem práce by bylo dobré si připomenout, že zdravý životní styl a všeobecně zdraví si člověk musí zasloužit, pokud chce žít spokojený a plnohodnotný život. Je potřeba na problematiku zdraví neustále upozorňovat prevencí a snažit se ve společnosti probudit zájem a chtít o své zdraví pečovat co nejlépe a rozvíjet ho v co nejpozitivnějším smyslu. Svět televize, internetu médií a dalších zdrojů informací nás

podprahově nutí rozjímat nad svým fyzickým i psychickým vzhledem a ne pokaždé vytváří příhodnou reklamu pro náš život. Čím je člověk mladší, tím více tyto frekvence citlivěji vnímá, v tomto případě nejčastěji dospívající. Nenechme se okamžitě ovlivnit vším, co je prezentováno jako dobré a pozitivní, ale zjistěme si nejdříve podrobnější informace a možná rizika, než se je rozhodneme pustit do našeho života. A nezapomenout na to, že je velmi důležité, mít se doopravdy rád.

RESUMÉ

Bakalářská práce zabývá poruchami příjmu potravy u adolescentů. Zaměřuje se především na charakteristiku adolescence a na dvě hlavní poruchy, mentální anorexii a mentální bulimii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretické části je věnována především charakteristika adolescence, dále příčiny, historie a nové typy poruch příjmu potravy. Nechybí zde ani možnosti léčby a také prevence relapsu. Praktická část je sestavena z kazuistik respondentů, kteří mají osobní zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Cílem bylo zjistit hlavní příčiny, průběh a psychologický i fyzický dopad na daného jedince. V neposlední řadě také informovat čtenáře této práce o reálnosti problematiky. Dále byl vytvořen speciální osobní dotazník pro respondenty, momentálně netrpící žádnou poruchou stravování. Zde bylo hlavním cílem zjistit, zda vznik poruch stravování je stále nebezpečnější, což se v analýze výsledků potvrdilo.

The bachelor thesis is focused on eating disorders by adolescents. Most of all it is focused on the characteristic of the adolescence and on two most important disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is devoted to characteristic of adolescence, further on causes, history and new types of eating disorders. It also includes treatment options and relaps prevention. The practical part is composed from casuistry of respondents who have personal experience with eating disorders. The aim was to identify the main root causes, course and the psychological and also physical impact on the individual. Last but not least, to inform readers of the thesis on reality issues. Further was also created a special personal questionnaire for respondents who recently do not have any eating disorders. Here, the main objective was to determine whether the formation of eating disorders is becoming more dangerous, as it has been confirmed in the analysis of the results.

SEZNAM LITERATURY

- CLAUDE-PIERRE, Peggy, 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
- COOPER, Peter J., 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
- KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, František David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David, 1999. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
- LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LASK, Bryan a Rachel BRYANT-WAUGH, 2007. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. New York: Routledge. 405 p. ISBN 9780415425896.
- LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

- PAPEŽOVÁ, Hana; HANUSOVÁ, Jana, 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- SCHULHERR, Susan, 2008 *Eating disorders for dummies*. Hoboken, NJ: Wiley Pub.. 364 p. ISBN 0470225491.
- THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

SEZNAM WEBOVÝCH ZDROJŮ

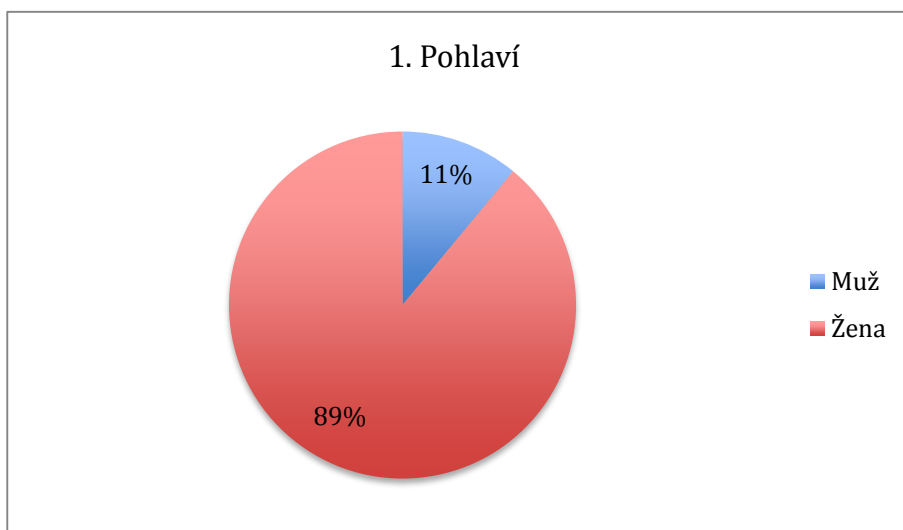
- Ideální. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 21. 4. 2014. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>. [cit. 2016-02-23].
- Anabell. *Prevence relapsu poruch příjmu potravy* [online]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1402313751_prevence.pdf. [cit. 2016-02-24].

PŘÍLOHY

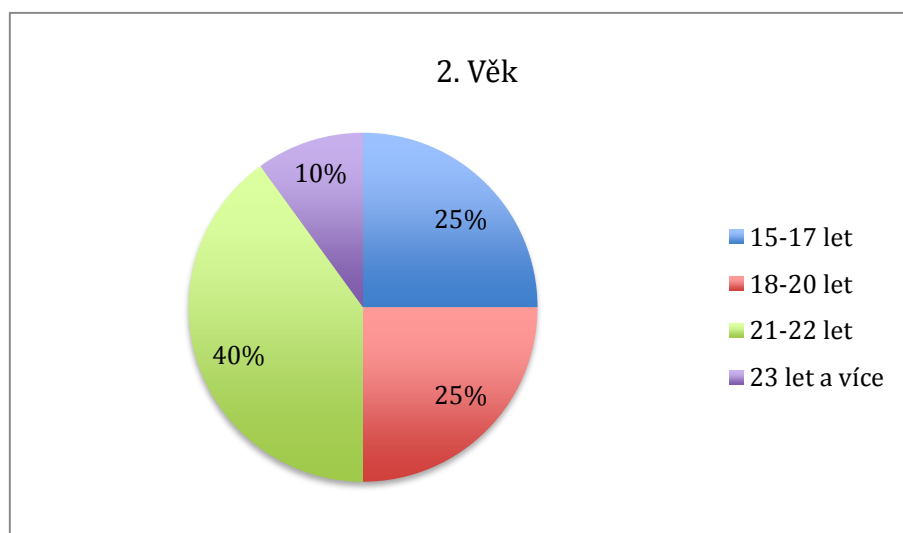
Původní, předem připravené otázky (viz 10 POPIS, CÍL VÝZKUMU A KAZUISTIKY)

1. Jméno, věk, bydliště?
2. Aktuální výška a váha?
3. Současné vzdělání (popřípadě i zaměstnání)?
4. Zájmy?
5. Kdy začaly Vaše problémy s PPP?
6. Jakou formou poruchy jste trpěl/a nebo nyní trpíte?
7. Popíšete mi svou rodinu?
8. Jaký máte vztah s rodiči?
9. Jaký máte vztah se sourozenci (pokud je máte)?
10. Jaký máte vztah se svým sociálním okolím?
11. Jaký byl spouštěč vzniku Vaší nemoci?
12. Snažil/a jste se problém před okolím skrývat?
13. Byl/a jste hospitalizována?
14. Jak byl postup terapie?
15. Docházíte na terapii i mimo nemocnici?
16. Jaký byl ten průlom, co Vám pomohl si uvědomit, že máte problém a za jak dlouho si okolí všimlo, že s Vámi není něco v pořádku?
17. Dostavila se Vám nějaká emocionální podpora ze strany druhých?
18. Jak vnímáte poruchy příjmu potravy po prodělání léčby?
19. Jak vnímáte sám/sama sebe po prodělání celého léčebného procesu?
20. Máte ohledně úplného uzdravení nějakou motivaci?

Grafy (viz 11 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ NA RESPONDENTECH NETRPÍCÍCH PPP)

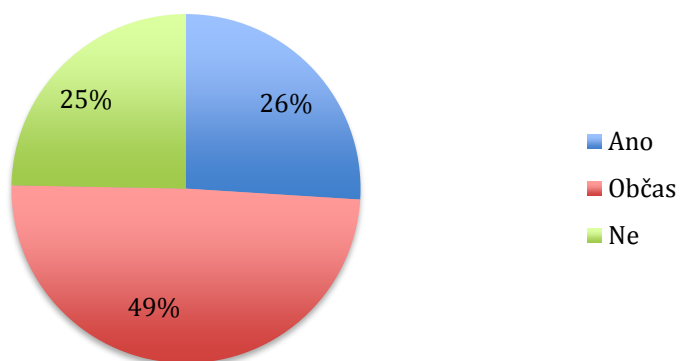


Graf č. 1 procentuálně rozlišuje pohlaví respondentů (muže nebo ženy). Z grafu vyplývá, že 11% respondentů je mužského pohlaví a 89% ženského. Převažování ženské pohlaví bylo, vzhledem ke zvolenému tématu zvoleno záměrně.



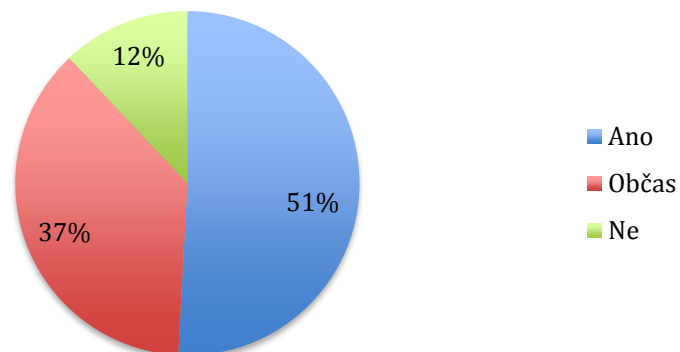
Graf č. 2 procentuálně rozlišuje věkové skupiny od 15-23 let a více. Vzhledem k tomu, že se závěrečná práce zabývá adolescentním obdobím, byl záměrně vybrán větší počet jedinců od 15-22 let. Z výsledku tedy vyplývá, že 25% dotazovaných se pohybuje mezi 15-17 let, 25% mezi 18-20 let, 40% mezi 21-22 let a 10% respondentů je starých 23 let a více.

3. Jsem spokojen/á se svým tělesným vzhledem?

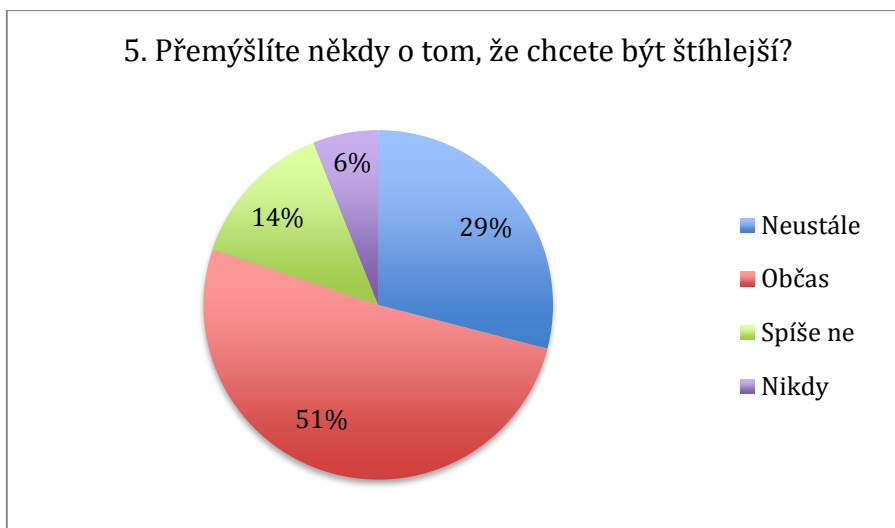


Graf č. 3 procentuálně znázorňuje osobní spokojenost s fyzickým vzhledem. Nejvíce dotazovaných (49%) je pouze občas spokojeno se svým tělem. Zde už lze pozorovat první prvky závažnosti v oblasti poruch příjmu potravy.

4. Máte tendenci srovnávat se s ostatními?



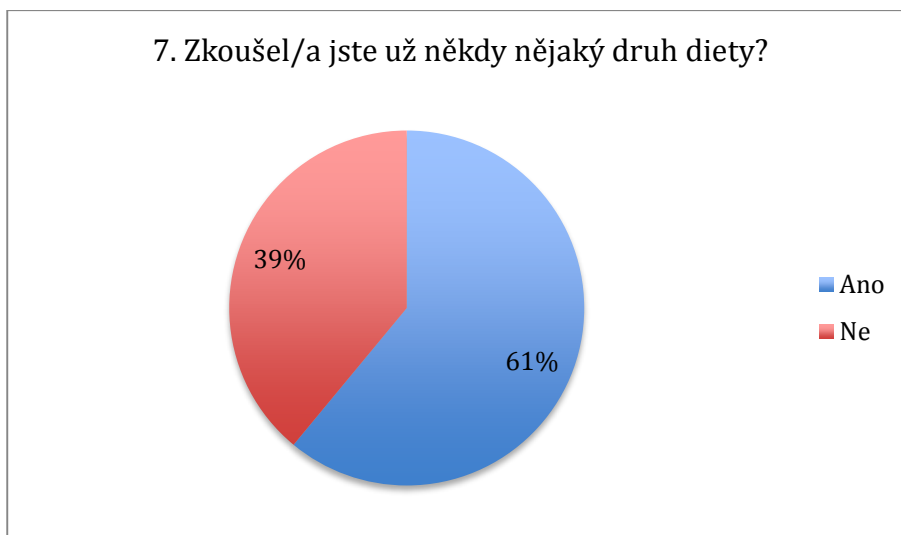
Graf č. 4 procentuálně znázorňuje, jakou mají respondenti osobní tendenci srovnávat se se svým okolím. Celých 51% uvedlo, že onu tendenci skutečně má. Závažnost situace se oproti předchozímu grafu příliš nezměnila.



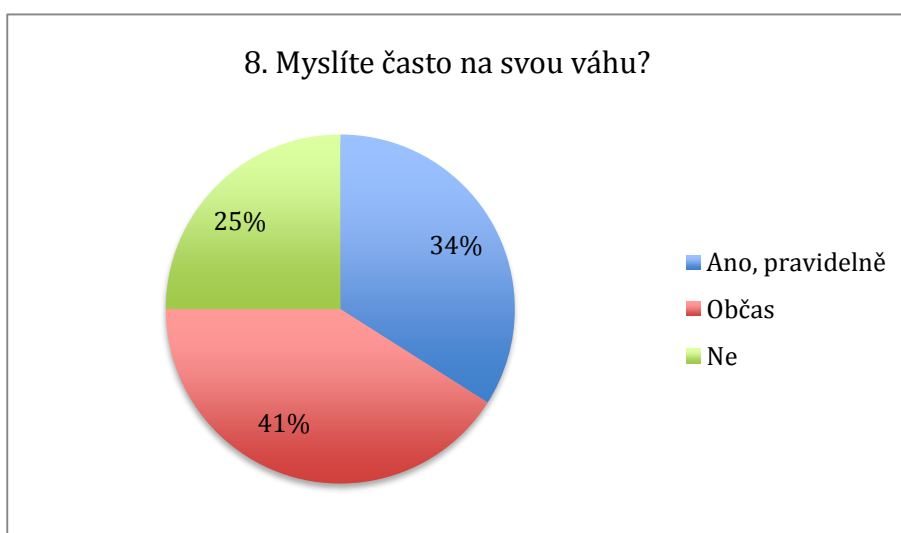
Graf č. 5 procentuálně znázorňuje, jestli dotazovaní přemýšlejí o hubnutí nebo o představě být štíhlejší, než momentálně jsou. Neustále a občas nad touto myšlenkou uvažuje dohromady 80% respondentů. Závažnost situace se oproti předchozím grafům navýšila.



Graf č. 6 procentuálně znázorňuje, zda se respondenti považují za sebevědomé osoby. Téměř polovina (49%) se domnívá, že je dostatečně sebevědomá. Pouze 4% osob se uvádí jako nesebevědomé, což je malé procento závažnosti situace.

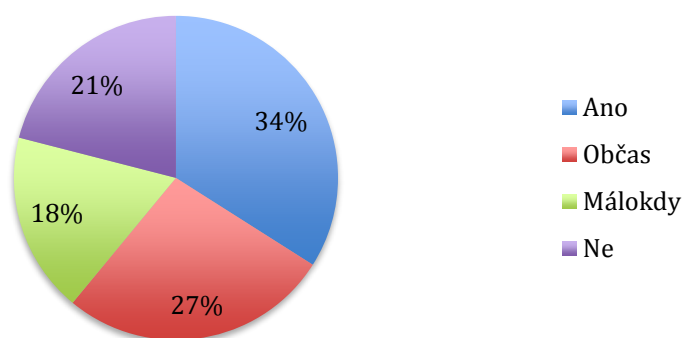


Graf č. 7 procentuálně znázorňuje zkušenosti respondentů s jakýmkoliv druhy diet. 61% jedinců uvedlo, že dietu ve svém životě už vyzkoušeli.



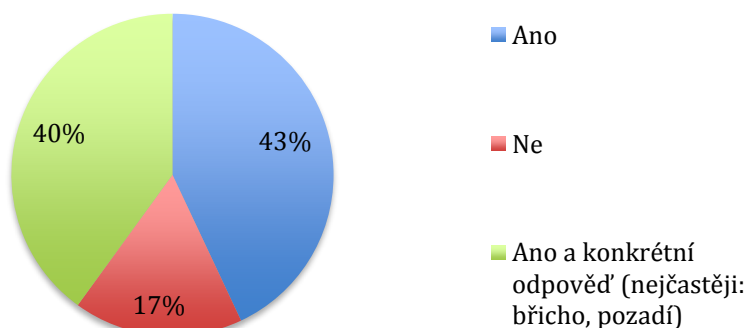
Graf č. 8 procentuálně znázorňuje, jestli se jedinci často zaobírají myšlenkami na svou tělesnou váhu. Celkem 75% jedinců na svou váhu myslí pravidelně nebo občas. Závažnost situace se zdá být mnohem vyšší, než u předchozích grafů.

9. Míváte obavy z toho, že když přiberete, budete přibírat stále více?

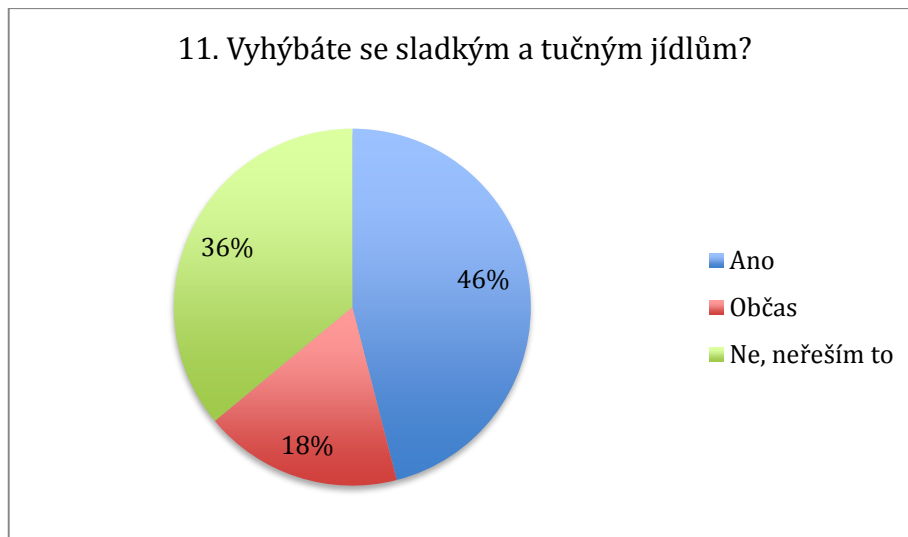


Graf č. 9 procentuálně znázorňuje obavy z tělesného přírůstku váhy. 34% dotazovaných se obává nekontrolovatelného přírůstku váhy, což je každý třetí jedinec. Zde lze potvrdit menší riziko vzniku poruch stravování.

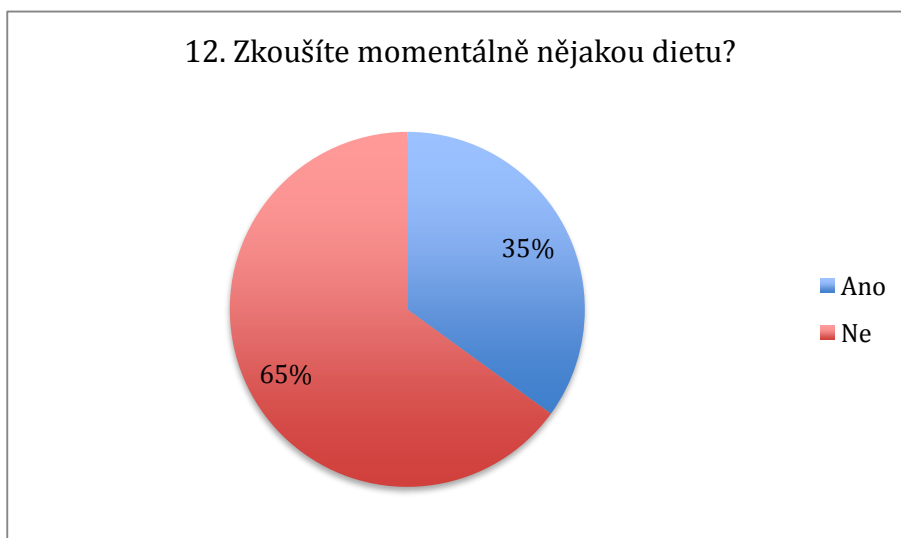
10. Existuje partie na Vašem těle, se kterou nejste vůbec spokojeni?



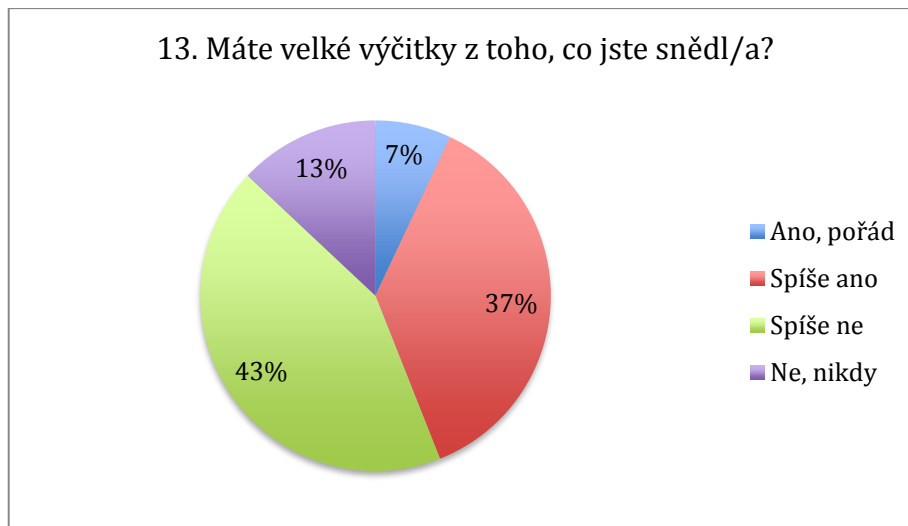
Graf č. 10 procentuálně znázorňuje, zda jsou respondenti znepokojeni s některou částí svého těla, kterou označují za problematickou. Celkem 83% dotazovaných se domnívá, že existuje partie na jejich těle, se kterou nejsou spokojeni. 40% uvedlo konkrétní partie, kde největší procento uvádělo oblast břicha a pozadí.



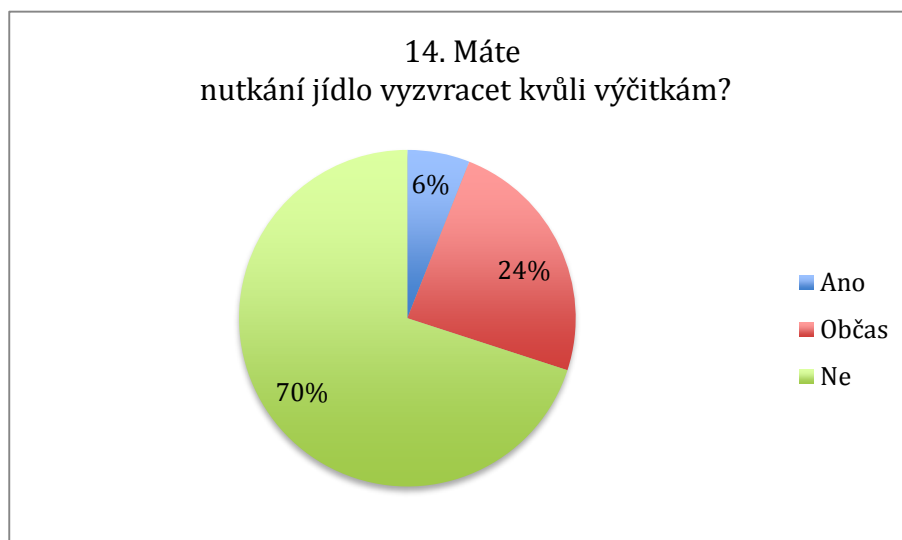
Graf č. 11 procentuálně znázorňuje, zda se dotazovaní snaží vyhnout potravinářským výrobkům s vysokým obsahem cukru a tuku. Celých 46% uvedlo, že se těmto výrobkům vyhýbá, ovšem nelze s jistotou uvést, zda se respondenti takto omezují kvůli fyzické kráse, nebo kvůli zdraví.



Graf č. 12 procentuálně znázorňuje, zda některý z respondentů momentálně zkouší libovolný druh diety. Odpověď ano zaznamenala 35% z dotazovaných, což je každý třetí jedinec. Opět nelze s jistotou potvrdit, zda podstupují dietu kvůli fyzické kráse, nebo zdraví.

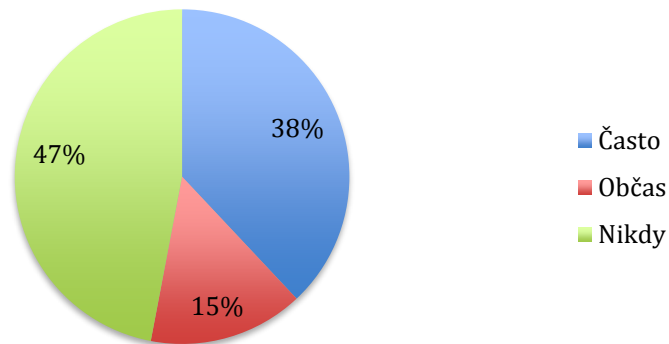


Graf č. 13 procentuálně znázorňuje, jestli mají dotazovaní výčitky ze snědeného jídla. Pouze 7% uvádí, že jejich výčitky jsou neustálé, 37% se přiklání spíše. Celkem 44% se zaobírá výčitkami v oblasti stravování, což nese znaky patologického chování.



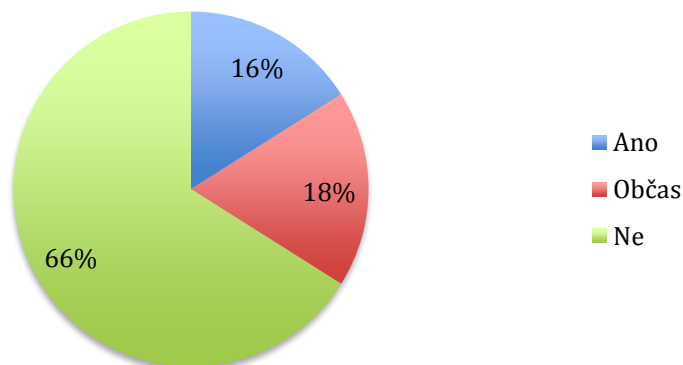
Graf č. 14 procentuálně znázorňuje nutkání snědené jídlo vyzvracet. Tato otázka vytvořila, navzdory ostatních grafů, největší závažnost situace. Celých 6% dotazovaných přiznalo, že mají pravidelné nutkání potravu vyzvracet a 24% nad tím občas uvažuje.

15. Nejím některé nezdravé potraviny kvůli váze, i když mi chutnají?



Graf č. 15 procentuálně znázorňuje, zda respondenti záměrně vynechávají jídla, označená jako jídla nezdravá, přesto, že jsou jejich oblíbené. 38% a 15% uvedlo, že takto činí často, nebo chvílemi. Z analýzy lze potvrdit, že jedinci vynechávají tyto typy potravin ze strachu, že přiberou.

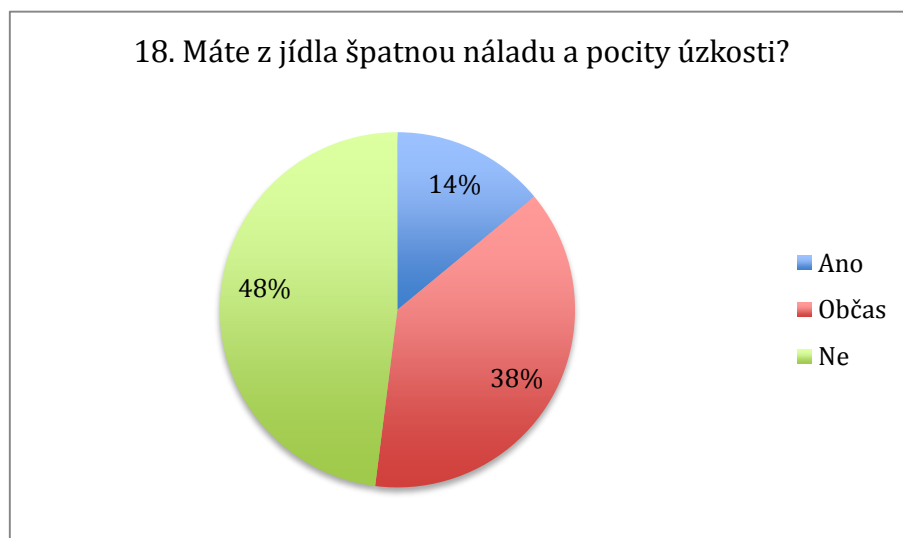
16. Někdy téměř nejíte a někdy naopak hodně?



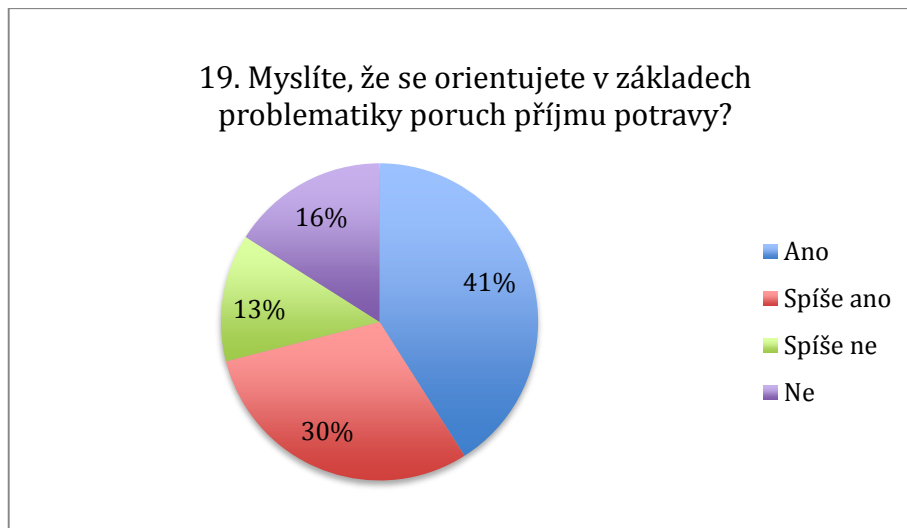
Graf č. 16 procentuálně znázorňuje, zda mají jedinci tendence se přejídat, nebo naopak jíst velmi málo. Pouze 16% odpovědělo kladně na požadovanou otázku, což není až tak nutné pokládat za rizikové v oblasti vzniku poruch příjmu potravy.



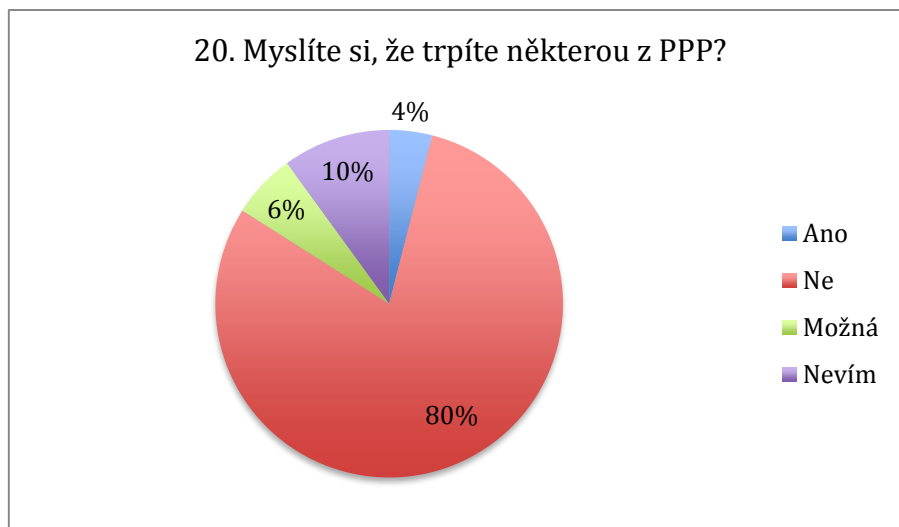
Graf č. 17 procentuálně znázorňuje, zda se u jedinců objevují pocity neovladatelnosti při konzumaci jídla. Celkem 41% dotazovaných uvedlo, že se s těmito pocity potýká pravidelně, nebo občas. I zde lze pozorovat náznaky poruch stravování, nicméně 59% se s tímto problémem nepotýká.



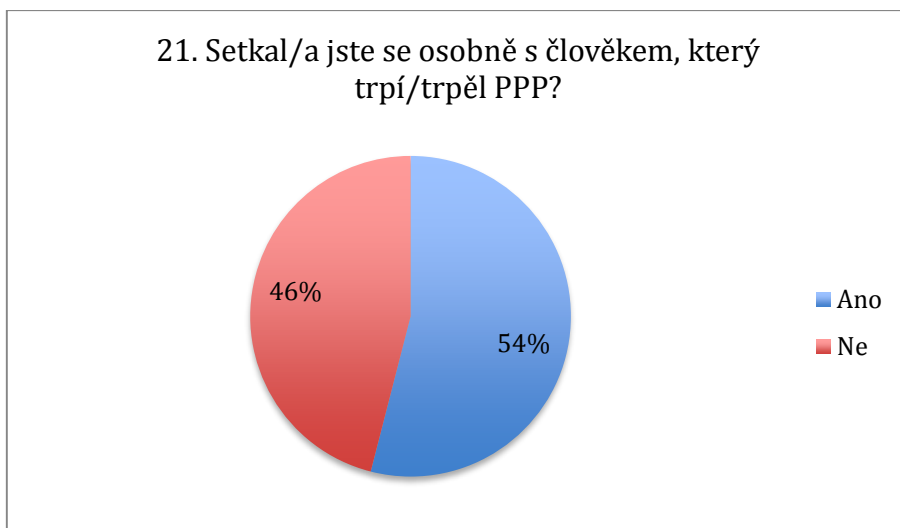
Graf č. 18 procentuálně znázorňuje, zda respondenti prožívají při styku s jídlem negativní pocity. Celkem 52% uvedlo, že je jídlo vede k pocitu úzkosti a špatné náladě. Možnost vzniku PPP je tedy vysoká.



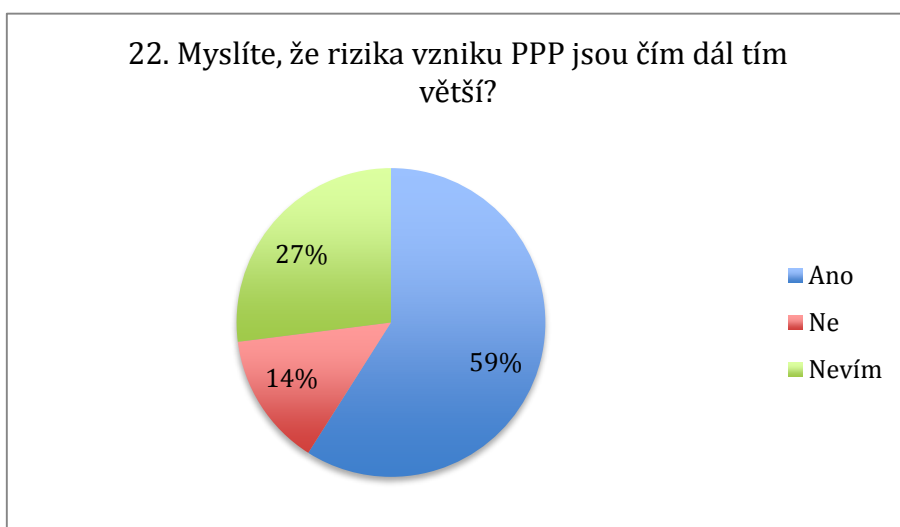
Graf č. 19 procentuálně znázorňuje, zda jsou respondenti přesvědčeni o svých základních znalostech v oblasti problematiky PPP. Celkem 29% dotazovaných se domnívá, že se v této problematice neorientují, nebo spíše neorientují, což uvádí téměř každý třetí dotazovaný. Prevence v oblasti PPP se tedy zdá být mírně nedostačující.



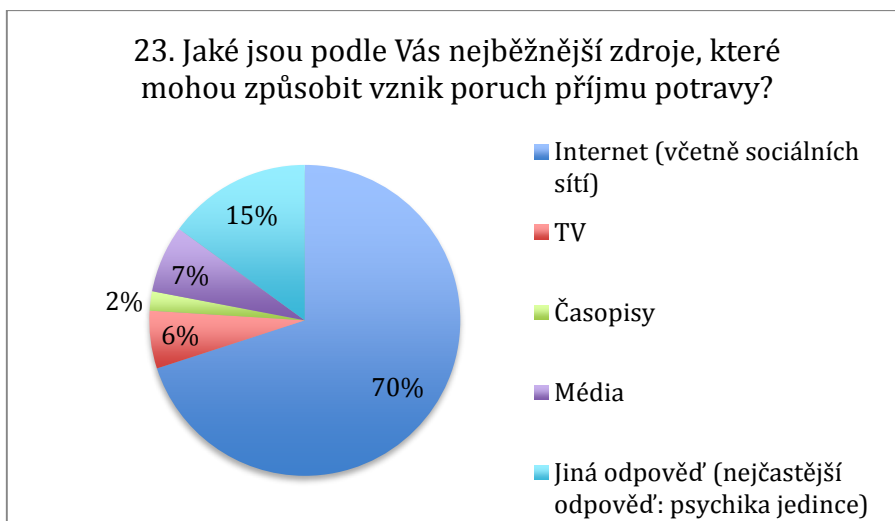
Graf č. 20 procentuálně znázorňuje, zda se respondenti domnívají, že trpí některou z PPP. Celých 80% je přesvědčených, že žádnou poruchou netrpí, což se úplně neshoduje s odpověďmi v předchozích grafech. Je možné, že někteří z nich mají náznaky poruch stravování, ale problém si neuvědomují.



Graf č. 21 procentuálně znázorňuje, jestli se respondenti ve svém životě už setkali s jedincem, který trpí/trpěl poruchou stravování. 54% uvádí, že už tu možnost měli. Osobní setkání s reálnou obětí PPP je jedním z dobrých prevenčních šoků.



Graf č. 22 procentuálně znázorňuje, zda se dotazovaní domnívají, že rizika spojená se vznikem PPP jsou stále nebezpečnější. 59% respondentů tento problém vnímá v dnešní době jako více rizikovější.



Graf č. 23 procentuálně znázorňuje, jaké jsou nejčastější zdroje informací, které pomohou napomoci vzniku PPP. Valná většina (70%) uvádí prostředí internetu jako hlavní pramen, což se při tvorbě samotné otázky předpokládalo.