

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy - vliv rodiny a okolí

Eva Zadražilová

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra filozofie

Studijní program Humanitní studia

Studijní obor Humanistika

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy - vliv rodiny a okolí

Eva Zadražilová

Vedoucí práce:

PhDr. Jaromír Murgaš, CSc.

Katedra filozofie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2012

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Jaromíru Murgašovi, CSc., za laskavost, za poskytnutí odborných rad a připomínek při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VŠEOBECNĚ	2
2.1	Co jsou poruchy příjmu potravy	2
2.2	Historie poruch příjmu potravy.....	2
2.3	Výskyt poruch příjmu potravy	4
2.3.1	Výskyt poruch příjmu potravy v USA a západních zemích	4
2.3.2	Výskyt poruch příjmu potravy v ČR.....	5
3	ANOREXIE, BULIMIE	6
3.1	BMI Index	6
3.2	Charakteristika mentální anorexie	6
3.3	Charakteristika mentální bulimie.....	7
3.4	Důsledky mentální anorexie	8
3.4.1	Důsledky mentální anorexie na fyzické zdraví.....	8
3.4.2	Důsledky mentální anorexie na duševní zdraví	9
3.5	Důsledky mentální bulimie	10
3.5.1	Důsledky mentální bulimie na fyzické zdraví	10
3.5.2	Důsledky mentální bulimie na duševní zdraví.....	10
3.6	Léčba mentální anorexie a mentální bulimie	11
3.6.1	Motivace k léčbě	13
3.7	Prevence poruch příjmu potravy.....	13
4	RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	15
4.1	Co jsou to rizikové faktory	15
4.2	Individuální rizikové faktory	16
4.2.1	Vývojové faktory	16
4.2.2	Osobnostní faktory.....	17
4.2.3	Negativní body image	18
4.3	Rodinné rizikové faktory	18
4.4	Sociokulturní rizikové faktory	19
5	VLIV RODINY NA VZNIK A PRŮBĚH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 20	20
5.1	Společenský vývoj člověka od narození do dospělosti.....	20
5.2	Negativní vliv rodinných příslušníků	21
5.2.1	Výskyt poruch příjmu potravy v rodině.....	21
5.2.2	Strach z dospívání	22
5.2.3	Rizikové chování rodinných příslušníků	23
5.2.4	Vážné události v rodině	25
5.3	Pomoc rodiny při léčbě pacientky s poruchami příjmu potravy	26
6	VLIV OKOLÍ A SPOLEČENSKÝCH HODNOT NA VZNIK A PRŮBĚH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	27
6.1	Společenské hodnoty	27
6.2	Vliv školy a vrstevníků	28
6.3	Vliv médií a kult štíhlosti.....	29
6.4	Vliv médií proti PPP	32
7	ZÁVĚR	34
8	SUMMARY	36
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	37

Použitá literatura	37
Internetové zdroje	38

1 ÚVOD

V poslední době se v médiích často objevují snímky velmi vyhublých dívek s titulkem obsahujícím slovo „anorexie“. Tyto záběry u mnoha lidí vyvolávají odpor, hrůzu a nepochopení. Mnoho lidí nechápe jak může být někdo schopen se takto dobrovolně vyhladovět. Anorexie je však nemoc, nemoc vážná, která může mít za následek i smrt. Dívky jí postižené se děsí jídla, děsí se přibírání a velice obtížně se tohoto pocitu zbavují.

Stejně nebezpečnou, ale méně viditelnou nemocí je bulimie. Dívky trpící bulimií trpí záchvaty přejídání, ale stejně jako anorektičky, mají hrůzu z přibírání a z tloušťky. Často tedy po jídle zvrací, aby se tak zbavily následků svého hříchu. Tímto chováním se velmi oslabují, může je to i zabít. Tyto nemoci jsou asociovány zejména s děvčaty, i když jimi trpí občas i muži. Protože však velká většina nemocných jsou dívky, budeme často v práci pro jejich označování užívat ženský rod.

Tyto nemoci se společně označují jako poruchy příjmu potravy. Těmito dvěma poruchami se zabývá tato práce. V práci nalezneme jejich všeobecný popis, jejich historii, příznaky a důsledky. Stěžejním tématem práce je však popis vlivů rodiny, okolí a společenských hodnot, které mohou podnítit vznik nebo udržovat průběh těchto nemocí. Práce také zmiňuje pozitivní vlivy rodiny a okolí na pacientky trpící těmito poruchami příjmu potravy.

Cílem mé práce je sesbírat a shrnout poznatky o těchto vlivech z různé dostupné literatury a relevantních internetových zdrojů a poskytnout tak ucelený pohled na danou problematiku.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VŠEOBECNĚ

V této první kapitole se čtenář obeznámí se všeobecným popisem poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Popsané budou zmínky o různých pacientech trpících některou z PPP v minulosti a vývoj porozumění těmto nemocem. Na konec se čtenář obeznámí s výskytem těchto nemocí ve světě, zejména v západních zemích a v České Republice.

2.1 Co jsou poruchy příjmu potravy

Mezi nejznámější PPP patří mentální anorexie (dále jen MA) a mentální bulimie (dále jen MB). Nemocné trpící těmito chorobami spojuje extrémní zaměření pozornosti na vlastní vzhled, zejména na tělesnou hmotnost. Neustále se snaží hubnout a kontrolují svoji tělesnou váhu.¹

Rozdíl mezi anorektičkami a bulimičkami je, že anorektičky většinou s úspěchem hubnou, ale bulimičkám tělesná hmotnost nezdědka kolísá, protože se ve většině případů začnou přejídat. To je následně vede k dodržování dalších diet, v horších případech užívání projímadel a nucení se do zvracení po požití jídla, zejména pokud se přejedly. Často se takovéto jednání stane návykovým a problémy bulimiček se tak výrazně prohlubují.²

„Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a více než jedna polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti.“³

2.2 Historie poruch příjmu potravy

Určité zmínky o PPP jsou zaznamenávány již od starověku. Hippokrates zaznamenává PPP již v 5. století před naším letopočtem a nazývá je slovem asithia. Termín anorexie použil jako první v historii Galén, a to ve 2. století našeho letopočtu. Objevují se různé neověřené případy žen trpících PPP. Například princezna Margareta Maďarská (1045-1093), o které se v literatuře dozvídáme, že mohla trpět anorexií nebo Sv. Kateřina ze Sienny, která si svým špatným stravováním přivodila smrt, jelikož

¹ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, 1. vyd. Praha : Grada, 2008. s. 21.

² Tamtéž, s. 21.

³ Tamtéž, s. 21.

od svých 16. let omezila jídlo na chléb, zeleninu a vodu. Pokud se cítila přejedená, vyvolávala zvracení užitím kořínků. První lékařské popisy MA se objevují v 17. století a připisují se anglickému lékaři Richardu Mortnovi. Morton jako první popisuje příznaky a příčiny mentální anorexie.⁴

Avšak první ověřené případy se začínají objevovat až v 19. století. V roce 1859 se objevuje pojem sitiomanie, kterou popisuje lékař William Stout Chipley. O rok později se v literatuře objevuje článek od lékaře Luise Victora Marce, který popisuje několik případů pubertálních dívek, které trpěly nechutí k jídlu. Popisuje jejich odpor k jakýmkoliv změnám ve stravovacích návycích. Tento článek je doplněn anamnézami těchto pacientek, které dokazují, že se jednalo o pacientky s MA.⁵

Mortonovy popisy ze 17. století byly objeveny až v druhé polovině 18. st. a bylo jim přiděleno stabilní místo v medicíně. V této době se také objevují popisy anorexie od dvou lékařů Ernest-Charlesa Lasègua (1873) a Williama Whitey Gulla (1874), kteří ji popisují jako psychogenní nemoc, která postihuje zejména mladé dívky a ženy. Oba popisují příznaky, jako jsou velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost známek organické etiologie. William Gull byl první, kdo použil termín anorexia nervosa (dále jen AN).⁶

Od roku 1914 až do 40. let 20. století se vedly spory mezi lékaři o příčinách vzniku MA. Tyto spory skončily po tom, co byla MA díky psychosomatické medicíně a psychoanalýze opět zařazena mezi duševní poruchy.⁷

O bulimických syndromech se objevují zmínky již v dobách antického Říma. Přejídání spojené se zvracením byly častými jevy ve vysoce postavených vrstvách společnosti. Toto popisuje již Seneca v roce 65 př. n. l. a to slovy „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli*“.⁸

⁴ FALTUS, F., „*Historie poruch příjmu potravy*“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 20.

⁵ Tamtéž.

⁶ Tamtéž, s. 21.

⁷ Tamtéž, s. 21.

⁸ Tamtéž, s. 22.

Termín bulimia nervosa (dále jen BN) poprvé oficiálně použil britský psychiatr Gerald Russel (1979). Popisuje nadměrné přejídání a následné zbavování se jídla zvracením nebo užíváním projímadel za účelem zabránění nabírání na váze. Dle Russela se tato porucha objevovala převážně u žen s normální hmotností.⁹

Ve 20. století lékaři ucelili popis PPP a definovali jejich psychologické, somatické a sociální důsledky. Zejména v posledních několika desetiletích je zaznamenán rozvoj literatury pojednávající o etiopatogenezi těchto onemocnění. Obor zabývající se PPP se zařadil mezi ostatní psychiatrické obory se značným přesahem k psychosomatické problematice.¹⁰

2.3 Výskyt poruch příjmu potravy

Výskyt MA a MB se udává pomocí ukazatelů prevalence a incidence. Tyto ukazatele popisují rozšíření PPP v populaci a rychlost jejího nárůstu. Prevalence vyjadřuje poměr zdravých a nemocných v populaci. Incidence vyjadřuje počet nových onemocnění za určitý čas. Obvykle se udává jako počet nových případů na 100 000 obyvatel za jeden rok.¹¹

2.3.1 Výskyt poruch příjmu potravy v USA a západních zemích

Dle různých zdrojů se prevalence AN pohybuje od 0,3 % podle Hoeka a van Hoekena (2003) až do 2,2 % dle finské studie Keski-Rahkonen (2007). Muži tvoří 10-25 % případů. Incidence AN se pohybuje mezi hodnotami 4,7/100 000 až 9,72/100 000. Různé studie se shodují v tom, že incidence AN stoupala do 70. let 20. století a pak zůstávala stabilní. Nejčastější věk vzniku AN je 15- 19 let.¹²

Prevalence BN se pohybuje od 1,1 % až do 2,8 %. U mužů je prevalence podstatně nižší a to 8–10 % z případů. Incidence se udává mezi 6,1–6,6 % nových

⁹ Tamtéž, s. 23.

¹⁰ FALTUS, F., „Historie poruch příjmu potravy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 23.

¹¹ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, 1. vyd. Brno : AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, 2010. s. 12.

¹² PAVLOVÁ, B., „Epidemiologie poruch příjmu potravy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 26–27.

případů za rok. Nejčastější věk osob postižených BN je 20-39 let, ale tento věk se postupně snižuje.¹³

V USA a Kanadě je velmi rozšířené užívání diet pro zlepšení své postavy zejména u mladých dívek. Až 80 % třináctiletých dívek a 10 % chlapců v tomto věku má osobní zkušenosti s redukční dietou.¹⁴

2.3.2 Výskyt poruch příjmu potravy v ČR

Různé epidemiologické studie se rozcházejí v hodnotách prevalence MA i MB v populaci. Hodnoty prevalence a incidence v České Republice odpovídají trendu západních zemí. Prevalence MA je u nás 0,5 % žen. Prevalence MB je 3–6 % žen.¹⁵

V České Republice drží redukční dietu asi 20 % šestnáctiletých dívek a až 60 % dívek se o ni někdy pokoušelo.¹⁶

¹³ Tamtéž, s. 28–29.

¹⁴ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 49.

¹⁵ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 12.

¹⁶ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 49.

3 ANOREXIE, BULIMIE

Tato kapitola bude pojednávat o dvou nejzávažnějších PPP, a to o MA a MB. V úvodu kapitoly se obeznámíme s veličinou zvanou index tělesné hmotnosti BMI, která se využívá pro vyjádření tloušťky nebo hubenosti člověka. Hodnota BMI je jedním z diagnostických kritérií MA. V dalších částech budou popsány nejvýraznější charakteristiky MA a MB a jejich důsledky na pacientky, které jimi trpí. Na konci se obeznámíme s možnostmi léčby těchto nemocí a s možnostmi prevence.

3.1 BMI Index

Index tělesné hmotnosti BMI (anglicky Body Mass Index) je prostředek pro zjišťování obezity. Je to jeden z ukazatelů, které mohou pomoci při diagnostikování PPP. Vypočítá se jako podíl hmotnosti a druhé mocniny výšky.¹⁷

$$\text{BMI } (\text{kg}/\text{m}^2) = \frac{\text{hmotnost } (\text{kg})}{(\text{výška } (\text{m}))^2}$$

Podle vypočteného indexu pak z tabulky (**Tabulka 1**) zjistíme do jaké kategorie objekt zařadíme.

Tabulka 1: Váhové kategorie podle BMI¹⁸

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

3.2 Charakteristika mentální anorexie

Mentální anorexie je v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN – 10) označena jako F50.0. Osoby postižené MA úmyslně snižují svoji váhu

¹⁷ CASSUTO, D. A., GUILLOU, S., *Když chce dcera hubnout*, přel. HOLUBKOVÁ, H., 1. vyd. Praha : Portál, 2008. s. 14.

¹⁸ *Body mass index* [online]. ordinace.biz [cit. 10.3.2012].

na úroveň nižší, než co je považováno za normální. MKN – 10 také definuje diagnostická kritéria MA:

- Udržování tělesné váhy 15% pod normální váhou nebo BMI index pod 17,5.
- Snižování váhy si pacient přivozuje sám, tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, v kombinaci s některými z těchto prostředků: vyvolané zvracení, užívání anorektik, diuretik a projímadel, nadměrné cvičení.
- Přetrvávající strach z tloušťky a zkreslená představa o svém těle. Snaha pacienta o udržení si co nejnižší váhy.
- Fyziologické změny: u žen například amenorrhoea a u mužů ztráta potence a sexuálního zájmu. Zvýšení hladiny růstového hormonu, kortizolu, změna periferního metabolismu thyreoidního hormonu a změny ve vylučování inzulínu.
- Vyskytne-li se mentální anorexie před pubertou, je tato opožděna nebo dokonce zastavena. Po vyléčení bývá proces puberty obnoven, avšak s opožděným menstruačním cyklem.¹⁹

MA je podle čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále jen DSM - 4) rozdělována na restriktivní a purgativní formu. Restriktivní forma se vyznačuje tím, že postižený se snaží o snížení hmotnosti omezováním jídla a cvičením, u purgativní neboli bulimické formy se střídají období přejídání a snižování váhy, například zvracením, nebo projímadly.²⁰

3.3 Charakteristika mentální bulimie

Pacienti trpící MB se často přejídají ze strachu z tloustnutí se snaží zbavovat získané potavy. O to se z počátku snaží dietami a cvičením, později začnou vyvolávat

¹⁹ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 9–11.

²⁰ Tamtéž, s. 11.

zvracení a užívat projímadla. Toto jenom prohlubuje jejich problémy.²¹ MB je podle MKN – 10 označována kódem F50.2.

- Neustálé myšlenky na jídlo, touha po jídle a přejídání – velké dávky jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit účinky jídla na váhu vyvoláváním zvracení, užíváním projímadel, anorektik, diuretik, thyteroidních preparátů a nárazovým hladověním.
- Chorobný strach z tloušťky, pacient si určí váhový práh, obvykle nižší než je normální váha. Tomuto onemocnění často předchází MA.²²

MB podle DSM – je rozdělována na purgativní a nepurgativní formu. Purgativní forma se vyznačuje zvracením. U nepurgativní formy se přejídání střídá s obdobím diet a excesivního cvičení.²³

Asi jedna čtvrtina zvracejících bulimiček dokáže vyvolat zvracení pouze tím, že se předkloní nebo si zatlačí dlaní na žaludek. Nejnebezpečnější formou zvracení je zvracení se zapíjením. Tyto bulimičky se po každém vyzvracení napijí vody a znovu se vyzvrací a toto opakují, až dokud vyvrácená voda není úplně čistá, aby měly jistotu, že mají prázdný žaludek. Zpočátku považují dívky zvracení za výborný prostředek k tomu, aby mohli jíst, kolik chtějí, bez přibírání váhy, avšak brzo začne být jasné, že zvracení odbouralo poslední zábrany před přejídáním a postupně tak zvyšují objem sněženého jídla.²⁴

3.4 Důsledky mentální anorexie

3.4.1 Důsledky mentální anorexie na fyzické zdraví

MA je zpočátku provázena pocitem dobrého zdravotního stavu. Pacient často ujišťuje své okolí o tom, že se cítí dobře. Po výrazné ztrátě hmotnosti dochází

²¹ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 21–22.

²² NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 9–11.

²³ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 11.

²⁴ COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*, přel. KRCHOVÁ, J., Olomouc : VOTOBIA, 1995. s. 28–30.

k oslabení organismu, mohou vznikat infekce a následně může dojít ke smrti. Postižení touto nemocí mají v důsledku hladovění a občasného zvracení deficit draslíku a fosforu, což může mít za následek oslabení plic a problémy s dýcháním. V důsledku ztráty velkého množství tuku se narušuje termoregulace a osoby trpící anorexií často pociťují chlad. Může se objevit ochlupení na zádech – lanuga. U pacientek nastává amenorea. Dochází ke kožním změnám, kůže se ztenčuje, je porostlá drobnými chloupky. Dochází k úbytku vlasů a oslabení nehtů. Také můžeme pozorovat zažloutlé nebo zelenavé zbarvení kůže. U postižených často vznikají pocity přesytenosti, nadýmání, bolesti břicha, vzniká zácpa. V některých případech nastává porucha funkce pankreasu. Také může docházet k poškození jater. Často vzniká virová hepatitida. U nemocných také dochází k hematologickým poruchám jako je například anemie, která vzniká z deficitu železa a mědi v krvi. Nemocní mají sníženou hladinu růstového hormonu, což znamená pro osoby postižené MA v dětství oslabený růst a sníženou výška v dospělosti. Důsledkem MA je také porucha kostního metabolismu. Kostí se nejvíce posilují v období puberty až do třiceti let života jedince. K nejvíce onemocněním MA dochází právě mezi tímto obdobím, snížený příjem potravy tedy silně omezuje sílení kostí. Výrazně tak stoupá riziko fraktur. Postižení mají zvýšený výskyt křečí. Důsledkem nedostatečné výživy a občasného zvracení dochází k poškození chrupu, paradentóze a k atrofii chuťových pohárků.²⁵

3.4.2 Důsledky mentální anorexie na duševní zdraví

Dlouhodobé hladovění způsobuje také duševní problémy. Pacienti trpící MA často upadají do depresí, které plynou z pocitu neúspěchu, ztráty naděje a z neschopnosti najít ve svém životě radost. Většinu myšlenek pacient upírá k jídlu. Postižení ztrácí zájem o přátelství a vztahy, mají pocit odtržení a izolace od ostatních. Mají problémy s koncentrací, s komplexním myšlením a i ty nejmenší problémy se pro ně zdají nepřekonatelné.²⁶

²⁵NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., *Endokrinní a jiné změny u mentální anorexie* [online]. 2002 - 2010 Anabell o.s. [cit. 10.3.2012].

²⁶PAPEŽOVÁ, H., *Anorexia Nervosa*, 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. s. 52.

3.5 Důsledky mentální bulimie

3.5.1 Důsledky mentální bulimie na fyzické zdraví

Doprovázející znaky MB jako jsou diety, hladovění, přejídání se, zvracení, konzumace prostředků na hubnutí mohou způsobit vážné zdravotní problémy. Přejídání způsobuje velký tlak na bránici, což může vést k velkým problémům s dýcháním. Výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny. Častá je plynatost, nevolnost, zácpa a průjem. Nevhodný jídelní režim a velké množství sladkého může vést ke kolísání hladiny cukru v krvi. Nejnebezpečnější jsou zdravotní důsledky nedostatečné výživy, které jsou podobné jako u MA. To jsou citlivost na chlad, únava, svalová slabost, ospalost, poruchy spánku, zažloutlá praskající pleť, nadměrné ochlupení po celém těle, řídké lámající se vlasy, zvýšená kazivost zubů, nepravidelná menstruace až neplodnost, srdeční obtíže, oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý puls, vyšší hladina cholesterolu v krvi, poškození jater, oslabení kostí, oslabení močového měchýře, poruchy funkce ledvin, zvýšené riziko žaludečních vředů, oslabení imunity, zpomalení nebo zastavení růstu, zvýšené riziko poruch vědomí, závratě, mdloby, dvojitě vidění a bolesti hlavy. Dlouhodobé hladovění pacientů trpících MB může vést ke smrti. Vyvoláváním zvracení hrozí poškození jícnu, hrozí infekce a prasknutí. Zvracení může způsobit i otoky slinných žláz, což vyvolává dojem opuchlého obličeje. Užívání velkého množství projímadel a diuretik narušuje rovnováhu tekutin v těle a může poškodit tlusté střevo.²⁷

3.5.2 Důsledky mentální bulimie na duševní zdraví

Stejně jako MA tak i MB narušuje psychickou pohodu nemocného. Hlad a chuť k přejídání se stává ústředním objektem myšlení, a tím zasahuje do každodenního života pacientky. Pocity z neúspěchu při dosahování svého cíle zhubnout vyvolávají deprese, které mohou být iniciátorem k přejídání, což vytváří bludný kruh. Objevuje se sebelítost a egocentrismus. Na počátku nemoci jsou postižené osoby nejisté ve vnímání svého těla, mají pocit, že jsou tlusté a začínají držet diety. Když jsou však diety neúčinné, opět se u nich objevují pochybnosti a nejistota. Začínají mít pocit neschopnosti, čímž se

²⁷ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 35–37.

u nich vyvolává potřeba zlepšení, která může vyústit až k perfekcionismu. Mají obavy ze selhání a nedostatků, vznikají pocity úzkosti. Deprese ustupuje, až když se pacientkám podaří opět získat sebekontrolu nad příjmem potravy. Některé depresivní příznaky na počátku léčby mohou zesílit.²⁸

3.6 Léčba mentální anorexie a mentální bulimie

Neexistuje žádný pevně daný postup léčby MA nebo MB, jelikož tyto postupy se vyvíjely empiricky. Většina postupů se shoduje v tom, že nejdříve je potřebné se zaměřit na zlepšení stravovacího režimu pro dosažení normální hmotnosti, protože samotná podvyživenost může být zdrojem dalších psychických problémů.²⁹

Léčba by se měla zaměřit na tři cíle

- Léčba těla – odstranění dlouhodobé podvýživy, obtíží způsobených zvracením a užíváním projímadel.
- Psychoterapie – pochopení nemoci, její příčiny, postavení nemoci v životě nemocného.
- Psychoterapie – úprava stravovacího režimu a životního stylu nemocného.³⁰

Léčba těla je důležitá nejenom pro záchranu tělesného zdraví, ale také proto, že špatný stav těla ovlivňuje duševní zdraví pacienta. Nejdůležitější psychické problémy zahrnují deprese, silné pocity únavy a vlastní neschopnosti. Dalšími příznaky mohou být psychická labilita, náladovost, podrážděnost, neadekvátní reakce na běžné životní situace. V neposlední řadě jsou to poruchy spánku, soustředění a také hormonální poruchy.³¹

Důležitou součástí léčby je psychoterapie, protože samotné léčení těla nestačí. Bez snahy napravit psychické problémy by uzdravené tělo upadlo znovu do problému. Je nutné zkoumat anamnézu pacienta a zjistit jaké problémy mohly na počátku vést

²⁸ Tamtéž, s. 38–40.

²⁹ PAPEŽOVÁ, H., *Bulimia Nervosa*, 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. s. 27.

³⁰ KULHÁNEK, J., *Poruchy příjmu potravy – léčba* [online] 2002-2009 J. Kulháněk [cit. 12.3.2012].

³¹ Tamtéž.

ke vzniku PPP. V tomto procesu je potřeba prozkoumat rodinné vztahy, zážitky z dětství a rodinná pravidla, podle kterých pacient vyrůstal. Také je potřeba odhalit roli, kterou v současnosti PPP v jeho životě plní, tedy proč stále zachovává chorobné chování. Identifikace důvodů poruchového chování umožní jejich odstranění a to může pomoci odstranit i samotné poruchové chování.³²

Další fází psychoterapie je změna stravovacích návyků a životního stylu. Záchvaty přejídání u MB a redukce hmotnosti u MA jsou pro postižené určitým druhem drogy. Zvládání těchto nemocí se proto podobá zvládání drogových závislostí. U pacientů je potřeba překonat úzkost ze změny, například nemožnost zvracet nebo se přejídat. Je nutné identifikovat situace, které tyto obtíže zhoršují a na ně se v terapii zaměřit.³³

U terapie je důležité podporovat motivaci nemocného ke změně a jeho vlastní zodpovědnost za sebe. Je potřebné informovat pacienta o všem, co souvisí s onemocněním, kterým trpí. U terapie musíme postupovat podle aktuální situace nemocného a musíme mu poskytovat oporu při změnách, kterými prochází.³⁴

Neexistují žádné léky, které by přímo léčily poruchy příjmu potravy. Dají se však použít léky, které pomáhají zvládat některé z hlavních potíží provázející PPP, například pocity úzkosti, strachu, smutku, zoufalství, problémy s nespavostí nebo náladovost. Nejčastěji se mohou používat antidepresiva proti depresi a úzkosti a léky na zlepšení spánku.³⁵ Fungování antidepresiv může být ovlivněno podvýživou. Antidepresiva nemají očekávaný efekt u podvyživených pacientů trpících MA. Mohou se používat až po nabrání váhy, aby pomohly zabránit opětovnému navrácení nemoci. Naproti tomu u MB je možné antidepresiva použít už v průběhu počáteční fáze.³⁶

³² Tamtéž.

³³ KULHÁNEK, J., *Poruchy příjmu potravy – léčba* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit. 12.3.2012].

³⁴ Tamtéž

³⁵ KULHÁNEK, J., *Léčí léky od psychiatra?* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit. 12.3.2012].

³⁶ ČEŠKOVÁ, E., *Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities*, vyd. 1. Praha : Úřad vlády České Republiky 2007. s. 17.

3.6.1 Motivace k léčbě

Léčba PPP znamená pro nemocného velké množství změn, které v něm vyvolávají úzkost. Nejdůležitějším pomocníkem k uskutečňování změn je motivace. Motivaci můžeme rozdělit na pět fází.

- I. Popření – člověk nechce nic měnit, protože pro to nevidí důvod.
- II. Úvahy – člověk začíná uvažovat o tom, že má problém, začíná věnovat pozornost svým potížím. Může připustit, že je potřeba něco změnit, ale nedělá proto žádné aktivní kroky, je nerozhodný.
- III. Příprava – člověk chce změnu a přeje si aby mu někdo pomohl, ale pořád má strach ze změn. Faktory, které u něj vyvolávají poruchové chování stále hrají významnou roli.
- IV. Akce – člověk konečně začne měnit své chování a začíná věřit, že se mu to s podporou a pomocí může podařit.
- V. Udržení – Pokračuje v práci a vyhýbá se návratu ke špatným návykům.³⁷

Drtivá většina pacientů neprochází těmito fázemi plynule, často se mohou na dlouho dobu na některé fázi zastavit nebo se mohou několikrát vrátit do předcházející fáze. Způsob jakým procházejí těmito fázemi se u každého jedince liší. Někdy snaha o léčení může z počátku vyvolat zhoršení stavu podobně, jako jsou vyvolány abstinенční příznaky u léčby drogových a jiných závislostí.³⁸

3.7 Prevence poruch příjmu potravy

Protože léčba PPP je náročná a nejistá, je rozumné onemocnění předcházet pomocí prevence. Prevence se musí zaměřit na faktory které mohou způsobovat PPP. Prvním faktorem je manipulativní zacházení s jídlem. Pod manipulativním zacházením s jídlem můžeme rozumět takové chování, kterým měníme způsob chování jiné osoby. Toto je nejvíce viditelné ve výchově malých dětí. Rodiče často využívají jídlo jako

³⁷ PAPEŽOVÁ, H., *Bulimia Nervosa*, s. 28.

³⁸ Tamtéž, s. 29.

způsob odměňování dětí v případě, že si odměnu zaslouží. Jiným případem může být nucení dítěte k dojedení veškerého jídla, které dostane. Tímto se dítě učí to, že tím, jak jí, ovlivňuje radost nebo vztek rodičů a také to, že množství jídla, které sní, záleží více na rodičích než na jeho pocitu hladu. Když chceme jednat preventivně proti vzniku PPP, měli bychom se podobného chování vyvarovat, tedy odměňování sladkostmi by nemělo být tak časté a také by se dítě nemělo nutit sníst vše za každou cenu.³⁹

Dalším faktorem vzniku onemocnění je přílišná kontrola a sebekontrola. Kontrolou je myšleno pozorování chování ostatních lidí. Toto sledování okolí nám umožňuje znát nynější trendy, abychom nezůstali pozadu. Ovšem příliš velká kontrola nás vystavuje tlaku otázek, jestli nejsme pozadu nebo jak nás vnímají ostatní lidé. Tato přílišná kontrola vzniká jako důsledek nedostatečné víry v to, že jsme bráni okolím takoví, jací jsme. Sebekontrola je nutná k životu jako prostředek k ovládnutí svého chování, avšak přílišná sebekontrola může způsobit, že jedinec bude potlačovat svou vlastní potřebu ve prospěch potřeb okolí. V rámci prevence bychom se měli soustředit na své vlastní potřeby a ne na to, co po nás požaduje okolí.⁴⁰

Posledním faktorem vzniku PPP je nízké sebevědomí. PPP se netýkají jen dívek, které se nedokáží vyrovnat se svou nedokonalou postavou, ale můžou postihnout i jedince s dokonalou postavou. I dívky s dokonalou postavou se mohou setkat s problémy, které neumí řešit. Pokud mají nízké sebevědomí, mohou se uchýlit k řešení svých problémů nepřímo, například přes jídlo. Problém pak nastává tehdy, když se jídlo stává centrálním bodem jejich zájmu. S dostatečným sebevědomím by řešily své problémy přímo.⁴¹

³⁹ KULHÁNEK, J., *Prevence poruch příjmu potravy* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit. 12.3.2012].

⁴⁰ KULHÁNEK, J., *Prevence poruch příjmu potravy II* [online] 1999-2011 Vitamins Cosmetics s.r.o. [cit. 12.3.2012].

⁴¹ *Prevence poruch příjmu potravy: sebevědomí!* [online]. 2002 - 2010 Anabell o.s. [cit. 10.3.2012].

4 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hlavním obsahem této kapitoly jsou vlivy, které mohou spustit onemocnění PPP nebo jej udržují. V úvodu nalezneme všeobecný popis rizikových faktorů a jejich rozdělení podle způsobu, jakým mohou ovlivňovat PPP. Dále si popíšeme individuální, rodinné a sociokulturní rizikové faktory. Rodinné a sociokulturní faktory budou v této kapitole popsány pouze okrajově, protože se jimi budeme obšírněji zabývat ve zbytku této práce.

4.1 Co jsou to rizikové faktory

Ke vzniku PPP nikdy nevede pouze jeden důvod, vždy je to souhrn několika vlivů, které dohromady působí jako spínač pro vznik PPP. Tyto jednotlivé důvody jsou rizikovými faktory. Může to být charakteristická vlastnost osoby nebo nějaká specifická událost, která se odehrála v jejím okolí, která zvyšuje riziko nebo pravděpodobnost vzniku nemoci. Pro odhalování rizikových faktorů se provádí u pacientů studie, které se dají rozdělit na dva druhy. Průřezové studie zjišťují rozdíly, ve kterých se nemocní odlišují od zdravých. Tyto studie však neodhalí, jestli se odlišnosti objevily již před onemocněním, a tedy působily jako příčiny, nebo se objevily až po onemocnění jako následky. Pro odhalení časové posloupnosti se vykonávají studie longitudinální. Tyto zkoumají charakteristiky, které odlišují osoby, u kterých se onemocnění vyvine a osoby, u kterých ne.⁴²

Pokud nevíme, zda se nějaká charakteristika objevila před onemocněním nebo jej následovala, nemluvíme o rizikovém faktoru, ale o korelátu. Pokud rizikový faktor působí přímo na vznik onemocnění, nazýváme jej zesilující faktor. Pokud se podílí na udržování nemoci, nazýváme jej faktorem udržovacím. Toto rozlišování má praktický význam pro léčbu a prevenci onemocnění. Na zesilující faktory se snažíme působit při prevenci a na udržovací faktory se snažíme působit při léčbě. Rizikové faktory mohou být také trvalé nebo proměnlivé. Pod trvalými faktory rozumíme

⁴² PAVLOVÁ, B., „Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potřeavy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 36.

například rasu, pohlaví. Proměnlivé jsou ty, které se mohou měnit pouze samovolně, například věk, nebo zásahem psychoterapie. U rizikových faktorů rozlišujeme vlastnosti: specifičnost, sílu a potřebu replikace. Specifičnost rozlišuje, jestli faktor působí pouze na vznik PPP nebo i na jiná psychická onemocnění. Síla určuje, o kolik daný faktor zvyšuje pravděpodobnost výskytu nemoci. Pokud nemáme dostatečné množství údajů o rizikovém faktoru nebo jsou tyto údaje rozporuplné, je nutné poukázat na potřebu replikace. Charakteristiky, které působí na snížení projevů onemocnění, nazýváme projektivní faktory.⁴³

4.2 Individuální rizikové faktory

Individuální rizikové faktory jsou faktory, které vycházejí z povahy jedince nebo z jeho zkušeností. U každého člověka je jiná pravděpodobnost vzniku PPP. Tyto rozdíly vychází z různých povahových rysů člověka jako je například sebevědomí, sebeúcta. Dále mohou rozhodovat rozdílné životní zážitky a zkušenosti jedinců, hlavně prožitá traumata.⁴⁴

4.2.1 Vývojové faktory

Tyto faktory se objevují v dětství a dospívání. V tomto období se utváří lidská osobnost a hrozí riziko vzniku zárodku PPP. Již dívky kolem devíti let bývají často zaujaté svým vzhledem. V tomto věku si děti vytváří postoje a názory na svět kolem nich a přebírají kulturní a společenský pohled i na ideální tvar těla. Většina dětí se od okolí naučí mít negativní pohled na tloušťku. V období ranného dětství hraje potrava velkou roli v životě dětí. Vytváří se vztah mezi potravou, pocitem bezpečí a láskou. Tento vztah se vytváří tehdy, když matka kojí své dítě a když projevuje svou lásku k dítěti přes různé sladkosti. Dítě se tak učí, že jídlem uspokojuje nejen potřebu nasycení, ale i lásky, zejména od matky. Dítě se také učí tomu, že dobrým jídlem může zahnat špatné pocity. Může se tak stát, že některé děti začnou používat jídlo nejen k zahánění hladu, ale i tehdy, když se cítí špatně, pocítí úzkost nebo strach.⁴⁵

⁴³ PAVLOVÁ, B., „Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, s. 36–37.

⁴⁴ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 13.

⁴⁵ Tamtéž, s. 13–15.

Některé výzkumy ukazují, že MA může vznikat díky strachu z dospívání. MA se objevuje většinou, když mladé dívky musí čelit změnám a požadavkům, kterým nejsou schopny se přizpůsobit. Jednou z těchto změn může být přibývání na váze, které provází vývoj sexuálních znaků. Výsledkem tohoto strachu může být podstupování různých diet a cvičení. Dívky v období dospívání věnují velkou pozornost tomu, jak je vnímá okolí.⁴⁶

Důležitými faktory v průběhu vývoje mohou být prožité zkušenosti, hlavně negativní, jako prožitá traumata a posměch. Faktory jako nízká sebeúcta, deprese, úzkostlivost nebo dráždivost mohou být zvláště nebezpečné pro vývoj MB. Někteří odborníci považují znásilnění v dětství za velmi silný rizikový faktor pro vznik MB, protože dívky, které se s tím nedokáží vyrovnat mohou propadnout MB jako prostředku vyrovnání se s tímto traumatem. Další rizikové faktory mohou být například postižení sourozence, nežádoucí změny ve vztahu rodičů, ztráta blízké osoby nebo separace od rodiny.⁴⁷

Nezanedbatelným faktorem je vliv vrstevníků a kamarádů. Zejména v dívčích partách bývá kladen velký důraz na štíhlost, krásu a popularitu. Dívky často přebírají od svých kamarádek způsoby chování. Tento vliv je silně individuální, protože každý jedinec připisuje fyzickému vzhledu jinou důležitost. Nedá se tak vysloveně předpokládat negativní vliv vrstevníků na každého jedince. Výzkumy ukazují, že ve smíšených školách hrozí větší riziko vzniku PPP než v čistě chlapeckých nebo dívčích školách.⁴⁸

4.2.2 Osobnostní faktory

Důležitým faktorem je temperament jedince. Lidé se sklony k depresi mívají často zkreslenější obraz o svém těle než ostatní. Pocit deprese se u nich spojuje s pocitem vysoké hmotnosti a naopak lidé s dobrou náladou se cítí být lehčí. Podle některých výzkumů si pacientky s MB snaží zlepšit náladu jídlem. Aby se však vyhnuly přibírání na váze využívají praktiky jako zvracení, nadměrné cvičení, užívání projímadel a podobně. Když zjistí, že ztrácí sebekontrolu, přestává jim jídlo poskytovat

⁴⁶ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 16.

⁴⁷ Tamtéž, s. 17.

⁴⁸ Tamtéž, s. 18.

úlevu a spíše vyvolává negativní emoce. Záchvaty přejídání a pročišťování jsou pro ně prostředky ke snižování napětí a deprese.⁴⁹

Dalším z osobnostních faktorů je sebekontrola a sebeúcta. PPP jsou doprovázeny ztrátou sebekontroly, přičemž zaměření se na jídlo je projevem snahy o opětovné nalezení kontroly. U pacientek s MA je úspěšné vyhýbání se hladu uspokojením a povzbuzením k dalšímu pokračování shazování váhy. U pacientek s MB toto uspokojení plyne z přejídání a následného pročišťování. Tato sebekontrola ve formě ovládnutí své hmotnosti ústí k závislosti. Sebeúcta je jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících vznik PPP. Osoby s nízkou sebeúctou se nechají snadno ovlivňovat svým okolím. Z tohoto pravděpodobně vyplývá rozdíl ve výskytu PPP mezi muži a ženami. Muži mají obecně vyšší sebeúctu než ženy. Chybějící pocit sebeúcty je nahrazován vnější kritikou, která ústí v trestání sama sebe formou MA.⁵⁰

4.2.3 Negativní body image

Body image je postoj jedince k svému tělu. Tento postoj má široký dopad, může ovlivňovat pocit pohody nebo nepohody, povahu, jednání s lidmi nebo také to, s kým člověk vstoupí do manželství. Negativní body image je negativní postoj ke svému tělu, nejčastěji se jedná o přecenění hmotnosti. Většina příčin PPP má souvislost s nespokojeností s vlastním tělem. Výzkumy ukázaly, že ženy s negativním body image se více zajímají o reklamy, kde vystupují krásné, štíhlé ženy, než ženy s pozitivním body image. Není jisté, jestli tento negativní body image vyvolává sledování těchto pořadů s krásnými ženami nebo jestli je to naopak a právě ženy nespokojené se svým tělem vyhledávají pořady, ve kterých se zobrazují krásné ženy.⁵¹

4.3 Rodinné rizikové faktory

Jeden z nejzávažnějších rodinných rizikových faktorů je výskyt MA nebo MB u některého z ostatních členů rodiny. Výskyt některé z těchto PPP u jiného člena rodiny se uvádí v rozmezí 3-10 %. Nejčastějšími rizikovými faktory jsou obezita a diety v rodině, kritické komentáře od členů rodiny zaměřené na váhu, jídlo a příliš velké

⁴⁹ Tamtéž, s. 18–19.

⁵⁰ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 19–20.

⁵¹ Tamtéž, s. 21–22.

nároky na vzhled a výkonnost. Velmi významný je vliv rodiny na formování jídelních a pohybových návyků, na formování představy o vlastním těle a formování konceptu úspěchu. Existují předpoklady, že určité rodinné vzory a vztahy vedou k rozvoji MA nebo MB, není to však pravidlem.⁵²

4.4 Sociokulturní rizikové faktory

Většina autorů vidí hlavní příčiny vzniku PPP právě mezi sociokulturními rizikovými faktory. Obviňují kulturu, která oslavuje štíhlost. Studie z východních zemí ukazují, že šíření trendů ze západní kultury sebou nese nový pohled na ideál krásy. Tím roste u jedinců nespokojenost se svým tělem, která vede k dietám v extrémních případech až k PPP. Média rozšiřují názor, že jedině štíhlost je zdravá a že i mírná nadváha způsobuje zdravotní problémy. Nezdůrazňují však problémy, které mohou nastat v důsledku omezování stravy. Obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí mají čím dál tím větší problémy s nadváhou. Avšak tím více je stále štíhlejší a štíhlejší postava považována za ideál krásy. Naopak ve světě, kde nedostatek potravin a hlad jsou obrovskými problémy a nadváha nepředstavuje vadu ani selhání, PPP nejsou aktuálním tématem.⁵³

⁵² KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 48.

⁵³ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 51.

5 VLV RODINY NA VZNIK A PRŮBĚH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Tato kapitola popisuje potenciálně nebezpečný vliv rodinného prostředí a rodinných příslušníků na vznik a průběh PPP. Bude rozdělena na části věnující se nejprve společenskému vývoji člověka do dospělosti, následně se rozebírají různé vlivy rodiny, které mohou podněcovat vznik PPP a nakonec zmíníme i roli rodiny a její pozitivní vliv v průběhu léčby PPP.

5.1 Společenský vývoj člověka od narození do dospělosti

Prvních šest let od narození je pro dítě velice důležitých. V průběhu kojení se vytváří silné pouto dítěte k matce. V tomto období je velmi důležitý i otec, protože jako partner matky má velký vliv na její celkový stav. Dítě je z počátku velmi silně navázáno na matku, takže jakékoliv potíže matky se mohou projevit na zdraví a psychice dítěte. Dítě se postupně začíná učit sociálními vztahům, tak aby bylo plně připraveno nastoupit do školy. Nedostatečný psychosociální vývoj může mít za následek nerovnoměrný vývoj dítěte v dalších letech a nedostatečný vztah ke svému okolí.⁵⁴

Po nástupu do školy se sociální prostor dítěte výrazně rozšíří. Dítě už není odkázáno pouze na interakci se svými rodiči a vytváří si širší vztahy se svým okolím. Sociální dovednosti, kterým se naučilo v předškolním období, může teď začít rozvíjet. Roste jeho porozumění vztahům a začíná je i samo tvořit. Nebylo-li dítě v tomto období omezováno ve svých sociálních vztazích a aktivitách, je pravděpodobnost vzniku psychosomatických poruch v tomto období malá.⁵⁵

Dítě v období puberty se pomalu připravuje na separaci od rodičů. Začínají vznikat konflikty mezi zájmy dítěte a snahou rodičů mít kontrolu nad svými dětmi. U rodičů může vznikat dojem, že dítěte je všude plno, tlačí se do prostředí dospělých. Dcera si zkouší matčino oblečení, v koupelně se začínají hromadit kosmetické

⁵⁴ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*, 2. vyd. Praha : Portál, 2009, s. 104–105.

⁵⁵ Tamtéž, s. 106.

přípravky. Chlapci si například hrají s otcovým náradím. Pronikání do světa dospělých a konflikty s rodiči vytvářejí cestu k separaci dítěte od rodičů.⁵⁶

5.2 Negativní vliv rodinných příslušníků

5.2.1 Výskyt poruch příjmu potravy v rodině

Průzkumy ukazují zvýšené riziko vzniku PPP v rodinách, ve kterých se už onemocnění vyskytlo u některého z členů rodiny. To také může poukazovat na genetické předávání predispozic ke vzniku PPP. Výraznou genetickou predispozicí pro vznik PPP, která se dědí od našich předků, je tělesná hmotnost. Predispozice pro vyšší průměrnou váhu zvyšuje riziko dietního chování dívek, které může vést ke vzniku PPP. Většina dívek trpících MB mělo tělesnou hmotnost nad průměrem.⁵⁷ Nadprůměrná tělesná hmotnost hlavně u mladých dívek často vede k různým dietám. Redukční dieta výrazně zvyšuje riziko vzniku MA nebo MB. Až 30 % případů držení redukční diety přechází v patologickou dietu. U 20 – 30 % případů se z patologické diety rozvine PPP.⁵⁸

Zvýšené riziko PPP však nemusí souviset pouze s genetickými predispozicemi, ale dá se vysvětlit i působením rodinného prostředí na jedince. Členové rodiny dlouhodobě sdílejí stejné prostředí a je-li toto prostředí dlouhodobě depresivní, může mít za následek vznik PPP. V těchto rodinách často vládne depresivní nálada a velké množství pacientek uvádí, že před onemocněním trpělo depresí. Samotná tendence ke vzniku depresivního chování může ve velké míře ovlivňovat riziko vzniku PPP.⁵⁹ Matky trpící PPP ovlivňují postoje svých dětí nepravidelným krmením a starostmi o váhu svých dětí už od dvou let. U 50 % dětí matek s poruchou příjmu potravy se objevují psychiatrické potíže.⁶⁰

⁵⁶ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*, s. 107.

⁵⁷ COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, s. 51–53.

⁵⁸ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 49.

⁵⁹ COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*, s. 52.

⁶⁰ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 26.

5.2.2 Strach z dospívání

V období puberty hrozí veliké riziko vzniku PPP. Někteří autoři popisují MA jako projev strachu dívek z dospívání. Tyto dívky se obávají fyziologických i psychických změn, které přichází s dospělostí.⁶¹ Stejný strach se může objevovat i u matek dívek. Tyto matky mají strach z dospívání svých dcer. Některé matky se chtějí starat stále jen o malé děti a neumí dát dospívajícím dětem to, co potřebují. Jedním z důvodů může být strach matky z vlastního stárnutí. Tyto matky tak často rodí další děti, aby tak oddálili čas dospívání nejmladšího dítěte. Starší děti mohou cítit nedostatek pozornosti od matky, která věnuje nejvíce pozornosti těm menším. V těchto případech se stává, že tyto starší děti kvůli nedostatku pozornosti matek strádají. Pokud v rodině není otec, který je schopen převzít zodpovědnost, tyto děti mohou uvíznout v rodině a mají omezenou schopnost se osamostatnit.⁶²

„Každý večer jsme se spolu modlily. Když jsme odříkaly Zdráva Maria, matka dodávala: „Prosím tě, Panenko Marie, udělej, ať moje holčička zůstane malá.“ Pak trvala na tom, abych její přání zopakovala po svém: „Požádej Ježíška, ať tě udělá malou holčičkou, jako jsi byla před tím.“ Amen...

Co je špatného na tom vyrůst? Maminka mi to nikdy nevysvětlila a já jsem se neodvážila zeptat.“⁶³

Z tohoto úryvku z bibliografie známé anorektičky Isabelle Caro vidíme, jak matka přenášela svůj strach z dceřina dospívání na svou dceru, která ani nechápala, co je na dospívání špatného. Protože však chtěla vyhovět matce, kterou velice milovala a na které viděla její zoufalé přání, aby její dcera zůstala pořád tou malou holčičkou, začala dělat vše proto, aby touto malou holčičkou zůstala. Tato snaha nakonec vyústila do onemocnění MA.⁶⁴

⁶¹ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 16.

⁶² TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*, s. 104–105.

⁶³ CARO, I., *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*, přel. ŽÁK, J., Praha : NAKLADATELSTVÍ XYZ, 2011, s. 39.

⁶⁴ CARO, I., *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*.

V období, kdy dcery potřebují milující přítomnost svých matek, může nastat problém s příliš vyvinutou tělesnou stránkou dcery. Příliš vyvinuté sekundární pohlavní znaky mohou podnítit rozpaky na straně matky. Tyto rozpaky vznikají tehdy, když matka již svou dceru vnímá jako dospělou ženu, ale dívka si stále vyžaduje dětský přístup matky. Když se jí kvůli matčiným rozpakům tohoto přístupu nedostává, mohou se u dívky vyvinout tendence k pozastavení fyzického vývoje. Tyto dívky mohou propadnout MA.⁶⁵

5.2.3 Rizikové chování rodinných příslušníků

Z průzkumů rodin osob trpících PPP byly zjištěny podobné charakterové rysy rodičů pacientů. Matky anorektiček bývají často nadměrně ochranné, obtěžující, dominantní. Často se objevuje nadměrná závislost dívek na matkách, ale na druhou stranu jsou dívky poměrně uzavřené. Matky anorektiček drží diety dvakrát častěji než matky dívek, které MA netrpí. Otec bývá popisován jako pasivní, slabý, udržující si odstup, ale někdy také jako velmi dominantní, chladný, vzteklý nebo agresivní. Popisy otců anorektičkami se shodovaly v tom, že se o ně moc nezajímal, nechválil je, nemohly se mu nějak zavděčit a měly pocit, že pro něho nic neznamení. Někdy se také objevovaly popisy otce jako velmi aktivního, ale pro ně až příliš skvělého na to, aby se mu mohly vyrovnat. V rodinách anorektiček je pozorován nižší počet rozvodů než v běžné populaci. U bulimiček se vztah s otcem v dětství popisuje jako velmi blízký, ale zhoršuje se s příchodem puberty. Vztahy jejich rodičů jsou často konfliktní. Pacientky s MB popisují vztahy jejich rodičů k nim bez zájmu. Pro rodiny bulimiček je typický nedostatek péče a empatie až 40 % jich pochází z rozvrácené rodiny.⁶⁶

Jedna z nejpravděpodobnějších úloh rodiny při rozvoji PPP je samotné podněcování nemoci. Nemocné jsou často chváleny rodinnými příslušníky za jejich šťihlost a disciplínu. Toto často trvá až do chvíle, než začnou být jejich problémy viditelné. Je to silný udržovací faktor nemoci. Nebezpečný je i výskyt určitého druhu nejistoty v rodině. Může zde jít například o nejistotu ekonomickou. Tato nejistota může

⁶⁵ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*, s. 114–115.

⁶⁶ MEINDLOVÁ, L., *Rizikové faktory* [online]. Hubnutí 4 you [Cit. 27.3.2012].

u některých jedinců vyvolávat pocity příliš velké odpovědnosti na uspokojování potřeb ostatních. Když se tento pocit odpovědnosti smísí s nízkým sebevědomím hrozí, že jedinec začne trpět pocitem neschopnosti. Tento pocit neschopnosti může vyústit k trestání sama sebe a jedním z nástrojů je odepírání jídla, vzniká MA.⁶⁷

Nadměrný zájem členů rodiny o vzhled, krásu, diety a fitness může působit jako faktor, který ovlivňuje vznik MA. Často jsou děti v těchto rodinách vystaveny příliš vysokým nárokům. Matky, které mají přehnané nároky na své dcery, je popisují jako méně atraktivní a upozorňují je, že by měly zhubnout. Matky jsou často nespokojeny s fungováním rodiny. Matka, která často drží diety, může sloužit jako model pro svou dceru a ta se jí může snažit napodobovat. Takovéto matky často hlídají a ovlivňují množství jídla, které jejich dcery konzumují. Nátlak k hubnutí ze strany matky byl identifikován jako jeden z hlavních ukazatelů tělesné nespokojenosti u dospívajících dívek a chlapců. Tělesná nespokojenost často vede ke vzniku PPP.⁶⁸

Zasahování do soukromí, žárlivost, soutěživost a svádívnost ze strany otce jsou faktory, které podporují vznik MB. Na druhou stranu podporování k samostatnosti se spojuje s méně častým dietním chováním a slouží tak jako silný protektivní faktor. Společným znakem dívek trpících PPP je snaha odvděčit se svým rodičům, postarat se o to, aby se cítili dobře. Pacientky pociťovaly disproporci mezi tím, co dostaly, a tím co cítily, že si zaslouží. V těchto rodinách byl úspěch dětí chápán jako úspěch rodičů. Společným znakem popisovaného chování je zanedbávání vlastních potřeb u dětí. Na jedné straně z tohoto může vzniknout MA jako důsledek zanedbávání potřeby jíst nebo MB jako způsob vyrovnání se s depresí způsobenou pocitem neschopnosti splnit si vlastní cíle. Vliv na vznik těchto onemocnění může mít také způsob rodinného stolování. Průzkumy ukazují, že v rodinách kde se objevují PPP, se vyskytují dva hraniční způsoby stolování. Buďto je to stolování velmi chaotické, provázené hlukem, přítomností cizích lidí, vyřizováním telefonátů, s náhodným zasedacím pořádkem a s nestálým místem a časem. Druhým případem je stolování rigidní, stále ve stejný čas

⁶⁷ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 22–24.

⁶⁸ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 20, 26.

a na stejném místě, s napjatou atmosférou, striktními pravidly konverzace a kde neúčast musí být omluvena.⁶⁹

Děti mohou být silně ovlivněny svými sourozenci. Často to mohou být rozdíly ve výchově sourozenců, kdy jeden z nich začne závidět druhému. V případě, že jeden ze sourozenců závidí druhému, může v něm propuknout snaha o dosažení dokonalosti s představou, že potom ho rodiče budou mít raději. Tyto snahy mohou vést ke vzniku PPP.⁷⁰ U dvou sourozenců může nastat efekt zvaný polarizace. Tento stav je charakteristický silnou rozdílností dvou sourozenců. Například když jedno z dětí je velice zdatné ve sportu, druhé se snaží vyniknout vzděláním, jedna ze sester je výjimečně krásná, druhá o sebe nedbá a je ošklivá. Tyto rozdíly jsou vytvářeny ve snaze odlišit se od svého sourozence. Děti, které se však takto dotlačí do extrémů, jsou málokdy ve svých rolích šťastné. Vyskytly se i případy, kdy toto chování přerostlo do onemocnění MA.⁷¹ V některých případech onemocnění MA se dá vznik onemocnění připisovat snaze pacientky o opětovné získání pozornosti rodičů na svou stranu po tom, co si ji získal druhý sourozenec.⁷²

Mezi sourozenci je běžná rivalita. Toto soupeření a občasné hádky jim umožňují dospívat a potvrzovat si svou odlišnost. Nebezpečné je, když se v hádkách začnou používat slova neslušně pojmenovávající tělesné nedostatky. Slova jako „Tlust’oško“, „Špekouně“ mohou hluboce zasáhnout jedince, hlavně když si tento uvědomuje své nedostatky. Ze strany rodičů je nutné upozornění na to, že se jim používání těchto slov nelíbí a že by měli zachovat ve svých hádkách alespoň slušnost.⁷³

5.2.4 Vážné události v rodině

Mnoho případů PPP se začíná projevovat v období různých, hlavně traumatizujících rodinných událostí. Současný trend ukazuje velký nárůst málopočetných rodin v porovnání s minulostí, kdy byli velmi rozvětvené rodiny běžné.

⁶⁹ Tamtéž, s. 26–27.

⁷⁰ Tamtéž, s. 24.

⁷¹ TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*, s. 158–159.

⁷² PAVLOVÁ, B., „Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 41.

⁷³ CASSUTO, D. A., GUILLOU, S., *Když chce dcera hubnout*, s. 42.

Pokud se v takovéto málopočetné rodině objeví nějaký problém, například úmrtí, nezaměstnanost, nemoc nebo rozvod, je v této rodině málo dospělých, na které zbude zodpovědnost. V této situaci si některé děti myslí, že ony jsou ti, co musí převzít odpovědnost. Takováto nadměrná odpovědnost a případné selhání často vede ke vzniku PPP.⁷⁴

5.3 Pomoc rodiny při léčbě pacientky s poruchami příjmu potravy

Role rodinných příslušníků, většinou rodičů, kteří se snaží pomoci své dceři trpící poruchou příjmu potravy, je podporovat, radit a starat se o ni. Rodiče zastávají neocenitelnou roli ve všech fázích onemocnění.⁷⁵ Rodiče musí převzít zodpovědnost za léčbu, protože nepřiměřená zodpovědnost je často jeden ze spouštěcích faktorů nemoci. Rodiče musí dávat najevo dceři jejich neomezenou lásku. Nesmí svou lásku podmiňovat jejím chováním nebo úspěchy či neúspěchy léčby. Rodiče by měli plnit také informativní roli. Měli by obeznámit své dítě s povahou nemoci, tak aby dítě poznalo, že mu rodiče rozumí. Nikdy nesmí své dítě odsuzovat a nesmí projevit bezmocnost.⁷⁶

⁷⁴ PEGGY, C. P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. přel. ZDÍK, D., Praha : PRAGMA 2001. s. 67.

⁷⁵ PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Anorexia Nervosa*, s. 22, 29.

⁷⁶ PEGGY, C. P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*, s. 184–191.

6 Vliv okolí a společenských hodnot na vznik a průběh poruch příjmu potravy

Stejně tak, jako se předcházející kapitola věnuje vlivu rodiny, se tato kapitola bude věnovat vlivu společnosti a okolí na PPP. Nejdříve uvedeme něco o společenských hodnotách, o vlivech kamarádů, vrstevníků a školy. Dále si popíšeme jaký mají vliv dnešní média na lidi a jestli mohou podnítit vznik PPP. Na konec zmíníme i aktivity v médiích podporující boj proti MA a MB.

6.1 Společenské hodnoty

V současnosti je tělesná hmotnost pro ženy velice důležitá. Je to možná proto, že dnešní společnost si zaměňuje krásu se štíhlostí. Jenom štíhlé ženy a muži mohou být krásní. Pro muže je fyzická atraktivita potenciální partnerky velmi důležitá. Ženy uvádějí obezitu jako nejdůležitější negativní faktor při výběru partnera. Štíhlé ženy se považují za atraktivnější než ty silnější. Navíc nejde pouze o krásu. Štíhlým lidem jsou přisuzovány i žádoucí sociální rysy jako přátelskost, vřelost a dobrotu. U mužů je výška vlastností asociovanou s krásou a úspěšností. V různých průzkumech respondenti odhadovali větší výšku u mužů, kteří byli popisováni jako úspěšní. Průzkum médií ukazuje, že atraktivnější hlasatelé a hlasatelky budí u lidí větší důvěru a zprávy od nich lépe přijímají. Některé výzkumy ukazují, že atraktivní lidé mají větší odolnost vůči vlivu vrstevníků. Atraktivita tedy může sloužit jako protektivní faktor vůči propagovanému ideálu štíhlosti. Dívka která se považuje za atraktivní, nepociťuje důvod se měnit. Se symbolem krásy ve společnosti jsou často asociovány modelky. Pro muže i ženy představují modelky standard krásy. Ženy by rády dosáhly jejich štíhlosti a krásy, muži k nim zase přirovnávají krásu ostatních žen. Vzhledem k tomu, že muži vždy velice dbali na fyzický vzhled při výběru své partnerky, ženám nezbývalo nic jiného, než se snažit přiblížit k aktuálnímu společenskému ideálu krásy.⁷⁷

⁷⁷ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 45–46.

6.2 Vliv školy a vrstevníků

Většina mladých dívek je velmi citlivá k názorům svého okolí na její osobu. Největší vliv na ně mají hlavně názory jejich vrstevníků, kamarádů a spolužáků. V partách mladých dívek je velmi diskutovaným tématem fyzický vzhled. Některé dívky se mohou cítit vázané dodržovat jakési vrstevnické normy, což znamená být nejméně tak štíhlá a krásná jako ostatní dívky. V případě nedodržování těchto norem se mohou stát terčem posměchu. Tyto dívky pak často sáhnou po různých metodách k dosažení vytoužené štíhlosti jako jsou diety a cvičení, v extrémních případech zvracení a užívání projímadel.⁷⁸

Nejvýraznější vliv vrstevníků je v období dospívání. V tomto věku si člověk výrazně uvědomuje sám sebe, snaží se odlišit od svého okolí a prosazovat své zájmy. Jeho sebevědomí často závisí na tom, co mu kdo řekne. Velmi často se stává součástí různých zájmových skupin, například sportovního oddílu, taneční skupiny nebo party a přejímá hodnoty a postoje této skupiny za své. V těchto skupinách je častým jevem soutěživost, pokud se jedná o partu mladých dívek, může být štíhlost a krása důvodem soutěživosti. V tomto kontextu pak snaha být nejlepší, se začíná rovnat snaze být nejtíhlejší. Pod tlakem této soutěživosti dívky snadno propadnou MA nebo MB. V prvních stádiích jsou projevy těchto nemocí výrazná štíhlost a zdánlivá disciplína ve stravovacích návycích. To je vrstevníky oceňováno a bráno jako projev úspěchu.⁷⁹

Podobně jako u sourozenců i ostré narážky kamarádů mohou dospívající dívky ublížit. Hlavně dívky se k sobě mohou chovat velmi krutě. Od chlapců zase mohou směřovat sexuální narážky, které jsou nebezpečné zejména pro dívky, jejichž tělesný vývoj předstihl vývoj duševní. Toto se na rozdíl od sourozenecké rivality odehrává mimo dohled rodičů a dívka se s tím většinou nikomu nesvěří. Ubránit se před podobnými narážkami jí může pomoci vědomí, že její rodiče ji mají rádi takovou, jaká je.⁸⁰

⁷⁸ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 18.

⁷⁹ KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*, s. 46–47.

⁸⁰ CASSUTO, D. A., GUILLOU, S., *Když chce dcera hubnout*, s. 43.

Pro výzkum vlivu vrstevníků byl v roce 2003 vykonán experiment na 120 dívkách. Bylo jim řečeno, že se bude zkoumat vliv nepříjemného a neutrálního videozáznamu na jejich náladu. Dívky před shlédnutím záznamu vyplnily dotazník, který obsahoval také otázky týkající se spokojenosti se svým tělem. Po shlédnutí neutrálního videozáznamu čekaly na závěrečné dotazníky. Část dívek seděla v čekárně spolu s konvenčně krásnou dívkou, která si začala stěžovat na svoji váhu. Stěžovala si na to, že je nemožně tlustá a popisovala jak přísný dietní a cvičební režim dodržuje. Ostatní dívky seděly v čekárně s podobně krásnou dívkou, která však mluvila o škole a o plánech na víkend. Dívky, které strávily čekání ve společnosti vrstevnice, která si stěžovala na své tělo, pak v dotazníku uváděly vyšší nespokojenost se svým tělem než v dotazníku prvním. U ostatních dívek se vnímání svého těla nezměnilo.⁸¹

6.3 Vliv médií a kult štíhlosti

V dnešní době mají téměř všechny domácnosti televizi a rádio. Spoustu lidí si kupuje noviny a časopisy. Člověk se dostává neustále do kontaktu s tiskem, časopisy, internetem, které nabízejí reklamu na každém kroku. V čekárnách lékařů jsou pro pacienty připraveny magazíny o zdravém životním stylu, prostředky veřejné dopravy jsou plné různých reklam. Člověk se nemůže projít po ulici bez toho, aby mu nepadl zrak na některý ze spousty reklamních billboardů. Různé reklamní letáky si nacházejí cestu i do poštovních schránek většiny domácností. V poslední době se masově rozšířil internet, který je zdrojem informací pro drtivou většinu mladých lidí. Tyto informace jsou však opět doplněny množstvím reklamy. Nenalezneme snad nikoho, kdo by nebyl vystaven působení médií.

Z tohoto důvodu je těžké dokázat vliv médií na vznik PPP. Není totiž možné najít skupinu lidí, na které média nepůsobí, abychom ji mohli použít pro srovnání s lidmi ovlivněnými médii. Velká část tohoto mediálního působení obsahuje velebení hubenosti a krásy a odsuzuje tloušťku. Média říkají: „*Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný.*“⁸² I přes obtížnost nalezení lidí neovlivněných

⁸¹ PAVLOVÁ, B., „Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potřeavy“, in: PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. s. 47.

⁸² Tamtéž, s. 46.

médii se provádí studie, které se snaží zjistit jejich vliv na člověka. Tyto studie například ukázaly zvýšenou pravděpodobnost onemocnění PPP u dívek, které se více věnují četbě dívčích magazínů a poslechu rozhlasových stanic. Jiné studie zase porovnávají skupinu dívek, které byly vystavovány působení snímků ideálních těl, s dívkami, které si prohlížely například automobily. Ty dívky, které byly vystaveny působení snímků krásných těl, začaly být nespokojenější se svým tělem, zhoršovala se jim nálada, trpěly častěji depresemi, pocity studu, viny a ohrožení.⁸³

Obsahová analýza ukázala, že 22 % magazínů pro ženy v západních společnostech nabádá ke snižování váhy. Většina prodejců využívá nadměrně hubené modelky na propagaci svých produktů. Tímto posilují pozici štíhlých modelek v určování standardu krásy pro ostatní ženy. Rozdíl mezi průměrnou váhou žen zobrazovaných v médiích a průměrnou váhou skutečných žen se stále zvětšuje.⁸⁴

Vliv západních médií lze nejvíce poznat v zemích, kde se média rozšiřují až v poslední době. Zjistilo se, že tři roky po vstupu západních médií na Fidži se u fidžijských žen významně změnilo vnímání sebe sama. Během této doby se u nich objevilo dosud neexistující držení diet a následně i PPP. Průzkum se také zajímal o subjektivní pocity žen, zda si myslí, že média ovlivnila jejich chování související s postavou a váhou. Až 85 % jich uvedlo, že ano.⁸⁵

Média mohou ovlivnit hlavně mladistvé diváky. Pro ně není nebezpečné pouze propagování štíhlosti a krásy, ale také veliké množství negativních informací, které z médií proudí. Zejména zpravodajské relace jsou přeplněné různými tragédiemi. Některé velmi citlivé děti mohou tato neštěstí silně prožívat, a to do té míry, že se u nich vyvine pocit odpovědnosti za zlepšení světa. Tyto děti si mohou myslet, že toho lze dosáhnout vlastní dokonalostí. Perfekcionismus je často společným rysem pacientů trpících PPP.⁸⁶

⁸³ Tamtéž, s. 46-47.

⁸⁴ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 59.

⁸⁵ Tamtéž, s. 61.

⁸⁶ PEGGY, C. P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*, s. 68.

Média dokáží měnit pohled na krásu u žen i u mužů. Muži sledující seriál, ve kterém vystupují krásné dívky, hodnotili jiné ženy jako méně atraktivní. Ženy vnímají štíhlé a krásné protagonistky prezentované v médiích jako svoje idoly, chtějí se jim podobat. Pohled na štíhlé a úspěšné představitelky mediálního světa vyvolává asociaci mezi štíhlostí a úspěšností. Roli vizuálních médií v rozvoji PPP může podporovat i nízká prevalence PPP u zrakově postižených žen. Působení štíhlého ideálu krásy může podpořit vznik PPP různými způsoby. V první fázi jde o osvojení si hodnoty ideálního těla, o které pak bude žena usilovat. V další fázi může být ideál krásy zdrojem negativní reakce. Když si žena uvědomí, že nedokáže dosáhnout svého ideálu, může v důsledku depresivní nálady propadnout přejídání. Na konec může tento ideál vytvořit potřebu přizpůsobování se vnějším standardům, tedy pocitu, že její hodnota je závislá na tom, jestli se dokáže přiblížit ideálu krásy.⁸⁷

Můžeme rozlišovat rizikovou a nerizikovou motivaci ke konzumaci médií. Riziková motivace je snaha naučit se z médií nové způsoby hubnutí. Stejně tak přesvědčení, že čtení časopisů může zprostředkovat štěstí a uznání rodiny a přátel. Když navíc tento člověk pocítuje přehnanou úzkost v souvislosti se svým fyzickým vzhledem, nebezpečí rozvoje PPP ještě vzrůstá. Neriziková motivace zahrnuje sledování televize nebo čtení časopisů pro zábavu, na zahnání nudy nebo z přání zlepšit své vztahy s opačným pohlavím. Centrální zpracovávání informací a zpracovávání okrajových či nahodilých obsahů jsou dva různé druhy procesů zpracování informací. Tyto procesy využíváme v průběhu sledování médií. Když uplatňujeme centrální zpracovávání informací, předmětem našeho vnímání je hlavní obsah, například v případě časopisů obsah textový. V případě zpracovávání okrajových či nahodilých obsahů vnímáme hlavně reklamy nebo fotografie. V případě kritického hodnocení nahodilého obsahu, například fotek modelek, hereček nebo atletů, jde o kritické zpracovávání tělesných obrazů. Z analýzy obsahu televizního vysílání a časopisů vyplývá, že soustředování se na hlavní obsah je spojeno s nižší pravděpodobností výskytu přejídání. Naopak sledování nahodilého obsahu toto riziko zvyšuje, bez ohledu na to, jestli byl obsah hodnocen kriticky nebo ne. Toto poukazuje na možnost,

⁸⁷ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 62.

že sledování hlavního obsahu může působit jako protektivní faktor a naopak, reklamy mohou způsobovat negativní efekt, který motivuje ke snahám o dosažení ideální hmotnosti.⁸⁸

V médiích občas nalézáme i vyzdvihování anorektických nebo bulimických stavů. Pacientky trpící MA jsou často vyzdvihovány a ženy se s nimi lehce ztotožňují. Například seriál Přátelé napomáhal rozšiřování MA, když se v Jižní Dakotě objevily billboardy zobrazující štíhlé hlavní hrdinky s komentářem: „*Rozkošná anorektická děvčata.*“⁸⁹ Skutečnost, že někteří lidé mají důvěru v nezávadnost médií dokazuje následující případ. Pacientka po shlédnutí filmu o MB byla natolik nadšená, že metody popisované ve filmu na sobě hned vyzkoušela. Později pak tvrdila, že si nemyslela, že dělá něco špatného, protože v televizi by přece nedávali nic závadného. Špatný vliv mohou být i neúmyslně špatně umístěné články v magazínech, například článek o dietě vedle receptů. Potenciálně nebezpečné může být i špatné umístění nadpisů článků na titulní straně, kde se vedle sebe objeví článek o hubnutí a článek popisující zlepšení vztahů. To může vyvolat pocit, že štíhlost pomůže ke zlepšování vztahů. Přitom tyto články nemusí mít nic společného. Média mohou vytvořit nebezpečnou stereotypizaci. Například spojování štíhlých dívek s neustálou zábavou a oslavami a na druhou stranu spojování tlustých lidí s neustálými myšlenkami na jídlo.⁹⁰

6.4 Vliv médií proti PPP

Snahy o varování před nebezpečnostmi PPP prostřednictvím médií vychází často z iniciativy samotných pacientek trpících těmito nemocemi. Existuje několik knížek, které popisují příběhy dívek trpících anorexií nebo bulimií. Tyto příběhy vyvolávají silné emoce, to je ostatně jejich záměr. Musí ohromit, aby byly účinné. Tyto snahy nezůstávají jenom u knih, nejvíce šokující je pohled na odhalené tělo dívky v plném rozpuku MA. Velmi známé byly šokující billboardy, na kterých byla zobrazena Isabelle Caro, která sepsala svůj příběh v knize *Holčička, která nechtěla vyrůst*. „...*kdybych takovou fotografii viděla před několika lety, možná bych dnes nevážila třicet kilo.*“⁹¹

⁸⁸ Tamtéž, s. 63.

⁸⁹ Tamtéž, s. 63.

⁹⁰ NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*, s. 63–65.

⁹¹ CARO, I., *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*, s. 224.

Takto vyjadřuje autorka svou naději, že její fotografie mohou pomoci pochopit dívkám pravou povahu nemoci. I přes svou velkou vůli žít a odhodlání pomáhat byly pro ní následky nemoci fatální, své nemoci podlehla.

„Až příště potkáte na ulici příliš hubenou dívku, usmějte se na ni, potřebuje to...“⁹²

⁹² Tamtéž, s. 236.

7 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo získat ucelený obraz o vlivu rodiny a okolí na vznik a vývoj mentální anorexie a mentální bulimie. Práce pojednává o tom, že právě vliv rodiny a okolí je jedním z prvních a nejčastějších spouštěčů vzniku onemocnění. Může to být příliš velké zaměření na fyzický vzhled a štíhlost u členů rodiny, které slouží jako inspirace pro mladé dívky. Jiným důvodem může být strach z dospělosti projevující se u samotné dívky nebo často i u matek těchto dívek. Ve snaze vyhovět své milované matce se její dcera snaží omezit svůj růst snížením příjmu výživy a může propadnout mentální anorexii. Dalším důvodem mohou být pichlavé poznámky od členů rodiny, zejména v sourozeneckých hádkách. Hlavně dívky, které si uvědomují své nedostatky, mohou reagovat velmi citlivě. Nebezpečné jsou i příliš velké nároky na výkony svých dětí nebo přesouvání nadměrné zodpovědnosti na ně. Když tyto děti nezvládnou svou roli a cítí, že by mohli zklamat své rodiče, mohou propadnout depresím. Úlevu mohou najít v přejídání, které může přerůst až do mentální bulimie. Spustit nemoc může i vážná událost v rodině, například úmrtí, nemoc nebo ztráta zaměstnání.

Škola, vrstevníci a kamarádi mohou mít podobný vliv jako rodina. Pichlavé narážky od kamarádů mohou dívky brát ještě citlivěji než od rodiny. Stejně tak mohou kamarádi svou štíhlostí nebo chováním nevědomky sloužit jako inspirace. Dívčí party jsou často zaměřené na témata týkající se módních trendů, krásy, štíhlosti a často může převládat soutěživá atmosféra, kde vítězkou je ta nejkrásnější a nejštíhlejší.

Výrazný vliv na poruchy příjmu potravy mají média a způsob jakým zobrazují ideál krásy. Televizní pořady, moderní časopisy, internet a reklamy jsou přeplněny mladými, krásnými a štíhlými dívkami. Tyto jsou často vnímány publikem jako důvěryhodnější a proto snáze předávají zprávy nebo prodávají výrobky.

Patrný je i vliv společenských hodnot. Společnost spojuje krásu a štíhlost s úspěšností. Hon za úspěchem je velká motivace většiny lidí. S tím ruku v ruce jde i hon za krásou a štíhlostí. Všechny tyto motivace ke štíhlosti vedou k dodržování diet. U těch hrozí riziko, že hladovění způsobí ztrátu chuti k jídlu nebo až hrůzu z jídla a tloustnutí a přeroste v mentální anorexii. Jindy zase neúspěšnost v hubnutí způsobuje

deprese, které jsou řešeny jídlem a přejídáním. To je opět následováno zoufalstvím. Takto může vzniknout mentální bulimie.

V práci však zohledňuji i pozitivní vliv rodiny, přátel a médií. Hlavní role rodiny a přátel v průběhu léčení poruch příjmu potravy je v neutichající podpoře a lásce, které jsou snad nejdůležitějšími součástmi léčby. V médiích se objevují aktivity propagující boj proti anorexii a bulimii, například v podobě televizních diskusí nebo propagace knížek, které se touto problematikou zabývají.

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou závažné nemoci, které mohou mít fatální následky. Provází je dlouhé utrpení nejen nemocných dívek samotných, ale i jejich širokých rodin a blízkých přátel. Léčení těchto chorob trvá několik měsíců až několik let a nikdy není jisté, zda se nemoc znovu neprojeví. Nikdy totiž nemůžeme s naprostou jistotou potvrdit, že je pacient zcela vyléčen. Nejdůležitější je tak prevence a hlavně informovanost veřejnosti o pravé povaze těchto poruch.

8 SUMMARY

This bachelor paper deals with eating disorders called “anorexia nervosa“ and “bulimia nervosa“, specifically with their description, history and occurrence. Furthermore, it concentrates on impacts of these disorders on physical and mental health of human, possible medical treatments and prevention. It also describes the high-risk factors for the development of eating disorders.

The main purpose of the bachelor paper is to present a comprehensive picture of influence of family, surroundings, and commonly respected values on the development of anorexia nervosa and bulimia nervosa. The paper figures how important role is held by family, as well as close and distant surroundings during the development of these harmful disorders. Mass media is an important factor of influence too, because it helps to create attitudes and social values of society.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použitá literatura

CARO, I., *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. přel. ŽÁK, J., Praha : NAKLADATELSTVÍ XYZ, 2011. ISBN 978-80-7388-573-1.

CASSUTO, D. A., GUILLOU, S., *Když chce dcera hubnout*. přel. HOLUBKOVÁ, H., 1. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.

COOPER, P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit*. přel. KRCHOVÁ, J., Olomouc : VOTOBIA, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

ČEŠKOVÁ, E., *Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities*, vyd. 1. Praha : Úřad vlády České Republiky 2007. ISBN 978-80-87041-18-5.

KRCH, F. D., *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9.

NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno : AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, H., *Anorexia Nervosa*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, H., *Bulimia Nervosa*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6-

PAPEŽOVÁ, H. (ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PEGGY, C. P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. přel. ZDÍK, D., Praha : PRAGMA 2001. ISBN 80-7205-818-5.

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha*. 2. vyd. Praha : Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-561-5.

Internetové zdroje

Body mass index [online]. ordinace.biz [cit. 10.3.2012]. Dostupné z:

<<http://anorexie.ordinace.biz/bmi.php>>

KULHÁNEK, J., *Léčí léky od psychiatra?* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit.

12.3.2012]. Dostupné z: <http://www.pppinfo.cz/leci-leky-od-psychiatra+terapie_show.asp?id=1628>

KULHÁNEK, J., *Poruchy příjmu potravy – léčba* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit.

12.3.2012]. Dostupné z: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=22>

KULHÁNEK, J., *Prevence poruch příjmu potravy* [online] 2002-2009 J. Kulhánek [cit.

12.3.2012]. Dostupné z: <<http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/>>

KULHÁNEK, J., *Prevence poruch příjmu potravy II* [online] 1999-2011 Vitamins

Cosmetics s.r.o. [cit. 12.3.2012]. Dostupné z: <<http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/2002/09/12/>>

MEINDLOVÁ, L., *Rizikové faktory* [online]. Hubnutí 4 you [Cit. 27.3.2012]. Dostupné

z: <<http://www.hubnuti4you.cz/119-rizikove-faktory.html>>

NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., *Endokrinní a jiné změny u*

mentální anorexie [online]. 2002 - 2010 Anabell o.s. [cit. 10.3.2012]. Dostupné z:

<<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/11-zdravotni-rizika-poruch-pijmu-potravy/127-endokrinni-a-jine-zmny-u-mentalni-anorexie>>

Prevence poruch příjmu potravy: sebevědomí! [online]. 2002 - 2010 Anabell o.s. [cit.

10.3.2012]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/15-rady-a-doporueni/196-prevence-poruch-pijmu-potravy-sebevdomi>>