

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

ANEŽKA KASALOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická

Poruchy příjmu potravy v období dospívání
Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anežka Kasalová**
Osobní číslo: **H20138**
Studijní program: **B0288A250002 Humanitní studia**
Specializace: **Humanitní studia – Specializace v pedagogických vědách**
Téma práce: **Poruchy příjmu potravy u dospívajících**
Téma práce anglicky: **Eating disorders in adolescents**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Cílem bakalářské práce bude zdokumentovat problematiku spojenou s poruchami příjmu potravy, která se v posledních letech velmi rozšířila a to zejména mezi lidmi mezi 12 do 25 let.

Práce bude rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části práce, která bude zpracována metodou rešerše literatury, se budu nejprve věnovat základním pojmům jako je anorexie a bulimie, kde dále také velmi okrajově charakterizují ostatní méně známé poruchy příjmu potravy. Dále se zaměřím na historii vzniku těchto nemocí. Hlavní náplní teoretické práce bude rozdělení příčin, projevů a následků těchto onemocnění a jejich následná léčba.

Metodu, kterou použiji v praktické části je polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory budou vedeny s lidmi, kteří si některou z poruch příjmu potravy prošli a zaměřím se na to, jaká byla podle nich příčina jejich onemocnění. Dále také jak vypadá život s poruchou příjmu potravy a jaké jsou následky poruchy na lidské zdraví a jakým způsobem oni sami poruchu léčili, a co jim nejvíce pomohlo.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.
- RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1596-7.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti – Obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jana Křišťálová**
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **2. května 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2023**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. v.r.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. května 2022

Prohlašuji:

Práci s názvem Poruchy příjmu potravy u dospívajících jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 11. 2023

Anežka Kasalová v. r.

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala především PhDr. Janě Křišťálové, vedoucí mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky, za její ochotu a trpělivost při vedení práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se ochotně zapojili do výzkumu a stali se součástí bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou poruch příjmu potravy, především se zaměřením na dospívající dívky. Cílem práce je upozornit na závažnost poruch příjmu potravy. Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se bude zabývat definicí osobnosti, historií výskytu poruch a jejich vymezení, souvislostmi mezi obdobím dospívání a poruchami příjmu potravy, faktorům, které mohou ovlivňovat rozvoj poruch příjmu potravy, mentální anorexií, mentální bulimií a ostatní poruchám příjmu potravy a léčbě poruch příjmu potravy. V rámci praktické části bude u lidí, kteří si prošli některou z poruch příjmu potravy zjišťováno, jaká byla příčina vzniku poruchy, její průběh a dopady a případná léčba. Praktická část bude realizována kvalitativním výzkumem, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, strava, dívka, hlad, přejídání, sebevědomí, tělesná hmotnost

Annotation

The bachelor's thesis will deal with the issue of eating disorders, especially with a focus on teenage girls. The aim of the thesis is to draw attention to the seriousness of eating disorders. The bachelor thesis will be divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part of the thesis will deal with the definition of personality, the history of the occurrence of disorders and their definition, the connections between adolescence and eating disorders, factors that can influence the development of eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders and the treatment of eating disorders. As part of the practical part, people who have experienced one of the eating disorders will be asked what the cause of the disorder was, its course and effects, and possible treatment. The practical part will be implemented through qualitative research, with the help of semi-structured interviews.

Keywords

eating disorders, diet, girl, hunger, overeating, self-esteem, body weight

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
DEFINICE OSOBNOSTI	12
1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ A JEHO VYMEZENÍ	13
1.1 SOUVISLOST MEZI DOSPÍVÁNÍM A PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY	14
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	16
2.1 VYMEZENÍ POJMU	16
2.2 HISTORIE VÝSKYTU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZVOJ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
4 DRUHY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	22
4.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	22
4.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie	22
4.1.2 Typy mentální anorexie	24
4.1.3 Průběh onemocnění a jeho prognóza	25
4.1.4 Důsledky mentální anorexie	26
4.2 MENTÁLNÍ BULIMIE	27
4.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie	28
4.2.2 Typy mentální bulimie	30
4.2.3 Průběh onemocnění a jeho prognóza	31
4.2.4 Důsledky mentální bulimie	32
4.3 DALŠÍ DRUHY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	33
4.3.1 Záchvatovité přejídání	33
4.3.2 Syndrom nočního přejídání	34
4.3.3 Adonisův komplex	35
4.3.4 Ortorexie	36
5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	38
PRAKTICKÁ ČÁST	41
6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	41
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	41
6.2 METODA SBĚRU DAT	41
6.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	42
6.3.1 Charakteristika respondentů	42

6.4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	43
6.5	REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	45
7.1	TYP PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	45
7.2	PŘÍČINA VZNIKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	45
7.3	PRŮBĚH PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	47
7.4	VLIV PORUCHY NA VZTAHY.....	51
7.5	UVĚDOMĚNÍ SI PROBLÉMU	52
7.6	LÉČBA PORUCHY	53
7.7	DOPADY PORUCHY NA ŽIVOT	55
7.8	SOUČASNÝ STAV	56
8	ZÁVĚR VÝZKUMU	58
9	DISKUZE	60
	ZÁVĚR.....	62
	BIBLIOGRAFIE	64
	ODBORNÁ LITERATURA.....	64
	INTERNETOVÁ LITERATURA	66

Úvod

Téma této bakalářské práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Tato tematika je v dnešním světě na vzestupu a dostává se ve společnosti do popředí zejména u mladší generace.

Důvodem a motivací zvoleného tématu je zejména můj zájem o tuto tematiku a také osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní společnosti, a právě u mladších jedinců již velmi diskutovaným tématem, přesto ale ne vždy dokážeme poznat, že například někdo v našem okolí trpí jednou z poruch příjmu potravy, a to z toho důvodu, že povědomí veřejnosti o poruchách příjmu potravy neodpovídá skutečností.

Nejznámější z poruch příjmu potravy jsou zejména mentální anorexie a mentální bulimie, které se často objevují již u žáků na prvním stupni základní školy. Jejich výskyt je poté také často spjat právě s obdobím dospívání a puberty, kdy se tělo nejvíce vyvíjí a mění.

V současné době mají největší vliv na děti zejména sociální sítě, rodiče, ale také jejich vrstevníci a okolí, ve kterém se pohybují. Především rodiče by měli být o dané problematice dostatečně informováni, aby u svých dětí byli schopni poznat některé varovné signály poruch příjmu potravy a mohli tak včas zasáhnout a pomoci.

Většinou se poruchy příjmu potravy objevují zejména u dívek a žen, to ale neznamená, že poruchou nemohou trpět i muži a chlapci.

Cílem teoretické části bakalářské práce je zanalyzovat odbornou literaturu, která se zabývá problematikou poruch příjmu potravy.

Teoretická část ve svém úvodu vymezuje definici osobnosti. Dalším tématem jsou poruchy příjmu potravy, jejich definice a jaké existují typy těchto poruch. Okrajově je v teoretické části zmíněna také historie výskytu poruch příjmu potravy, kam až sahají kořeny a kdy se objevily první zmínky o těchto poruchách.

Typické období pro vznik poruch příjmu potravy je období dospívání, proto je o něm také samostatná kapitola, ve které je charakterizováno vymezení tohoto období podle některých autorů, kteří se zabývají vývojovou psychologií.

Další kapitola je věnována diagnostickým kritériím, znakům, možným příčinám a důsledkům poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexie a mentální bulimie, jaké mohou být jejich druhy, a jaký bývá jejich průběh a prognóza. Vedle mentální anorexie a bulimie jsou v bakalářské práci popsány a okrajově vymezeny i ostatní ne

tolik známé poruchy příjmu potravy. Teoretická část obsahuje i velmi stručnou kapitolu o obezitě, která s poruchami příjmu potravy může souviset. V poslední části teoretické práce je charakterizována možná léčba poruch příjmu potravy.

Cílem praktické části bakalářské práce je analýza polostrukturovaných rozhovorů s osobami, kteří některou z poruch příjmu potravy trpěli, se zaměřením zejména na příčiny vzniku, které u nich nastaly, jak se porucha projevovala a jak působila na jejich fyzickou a psychickou stránku. Dále mě zajímala také léčba, a co tázaným osobám osobně nejvíce pomohlo se vyléčit.

Jedním z hlavních cílů bakalářské práce je upozornit na závažnost poruch, zejména u mladistvých a dospívajících dívek a objasnit jejich rodičům problematiku těchto poruch. Aby se lidé mohli na poruchy dívat ze všech možných aspektů, ať už jsou to příčiny vzniku anebo dopady na lidské zdraví.

Teoretická část

Definice osobnosti

Dříve, než se zaměříme na samotnou problematiku poruch příjmu potravy, je nutné si nejprve definovat osobnost podle některých autorů.

Dle Říčana (2010, s. 13, 14) má slovo „*osobnost*“ v oboru psychologie hned tři významy:

1. Laik může použít slovo osobnost při hodnocení, především při hodnocení pozitivním, tudíž jako osobnost označí jedince, který se jeví jako pozoruhodný a úspěšný.
2. Osobnost může být také jedinec, který se nějakým způsobem odlišuje od ostatních lidí ve stejném věku a ve stejné kultuře.
3. Osobnost jako struktura neboli uspořádání celku psychiky jedince - „*osobnost jako architektura*“.

Zaměříme se zejména na poslední zmíněnou definici „*osobnost jako architektura*“.

„Zkoumání osobnosti v tomto smyslu je analogické ke zkoumání anatomie a fyziologie lidského těla (či jiného organismu). Jde o rozčlenění psychiky (...) na relativně samostatné složky, z nichž každá má určitou funkci či funkce, a zejména o integrovanou souhru těchto složek, zcela analogicky, jako je tomu při zkoumání lidského organismu, kde jde o souhru jater, mozku, imunitního systému atd.“ (Říčan, 2010, s. 14)

Součástí osobnosti jedince je sebepojetí, které je v této oblasti velmi důležité. Sebepojetí je nejen souhrn představ o sobě samém, ale také je do něj zahrnut i vztah k sobě, především naše emocionální prožitky a který je realizován v základní dimenzi hodnocení, tudíž pozitivity a negativity. Setkáváme se zde také s pojmy, jako jsou sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra a jiné (Blatný a kolektiv, 2010, s. 124).

„Psychologové se ve svých pokusech definovat osobnost shodují, že se jedná o poměrně stabilní, komplementární a konzistentní systém jedinečných vlastností, obsahů a projevů člověka. toto souhrnné vymezení bychom doplnili nezbytnou poznámkou, že osobnost vždy implikuje člověka zejména jako uvědomělé, socializované jsoucn.“ (Cakirpaloglu, 2012, s. 19)

1 Období dospívání a jeho vymezení

Nejdříve je nutné charakterizovat si období dospívání, protože poruchy příjmu potravy se rozvíjejí zejména v tomto vývojovém období.

Dospívání je bráno jako jedna z nejdůležitějších fází sebepojetí a rozvoje a probíhají v ní velké tělesné změny, které bývají přijímány různými způsoby, jak napsala Vágnerová (2012, s. 424).

V dnešních podmínkách, kdy je velmi rozvinutá průmyslová společnost, vymezujeme období dospívání dolní hranicí zhruba 11-12 let a horní hranicí 20-22 let a rozdělujeme ho podle Langmeiera (2006) následovně:

1. *období pubescence*, které trvá zhruba od 11 do 15 let, a ve kterém probíhá fáze prepuberty a fáze vlastní puberty
2. *období adolescence*, vymezené od 15 do 22 let

Období dospívání dělí Langmeier (2006, s. 142, 143) do těchto kategorií z toho důvodu, že podle jeho názoru existují velké rozdíly mezi dvanáctiletým jedincem a mezi dvacetiletým již dospělým jedincem.

Vágnerová (2005, s. 321) vymezuje období dospívání jako „*přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí*.“ Podle ní můžeme tuto vývojovou fázi charakterizovat od 10 let věku do 20 let. Všechny biologické změny, které v tomto období probíhají, jsou pokaždé ovlivňovány psychickými a sociálními faktory a vzájemně spolu interagují. Jedná se zejména o období hledání a všemožného přehodnocování názorů a postojů, v němž by měl zvládat svou proměnu a vybudovat si přijatelné sociální postavení a utvořit si vlastní přijatelnou identitu.

Ačkoliv se vymezení fáze dospívání u Vágnerové (Vývojová psychologie, 2005, s. 323-325) tolik neliší od Langmeiera a Krejčířové (Vývojová psychologie, 2006, s. 142, 143), je na místě si ho pro porovnání uvést.

Vágnerová (2005, s. 323-325) vymezila období dospívání takto:

1. *raná adolescence* neboli také pubescence, zahrnuje prvních pět let dospívání, tudíž je to fáze přibližně od 11 do 15 let, ve které probíhá zejména tělesné dospívání, které je spojené s pohlavním dozríváním, dochází ke změně

způsobu myšlení a emočního prožívání, důležitou fází je i ukončení povinné školní docházky

2. *pozdní adolescence*, která trvá zhruba od 15 let do 20 let jedince, období charakteristické pohlavním dozráváním a prvním pohlavním stykem, důležitým mezníkem je ukončení profesní přípravy a nástup do zaměstnání se snahou o ekonomickou samostatnost a nezávislost, v této fázi jedinec hledá a rozvíjí svou vlastní identitu tak, aby odpovídala představám adolescenta

Je to tedy období, které lze velmi široce vymezit jako úsek života, který na jedné straně začíná prvními známkami pohlavního zrání a s ním spojených již zmíněných tělesných změn a na druhé straně končí úplnou pohlavní zralostí a dokončením tělesného růstu (Langmeier, 2006, s. 142), kdy můžeme říci, že někteří dospívající jedinci jsou na své tělesné změny pyšní, ale podle Vángerové (2012, s. 424) jsou i tací, pro které tyto změny nejsou vůbec příjemné a za to, co se s nimi děje, se velmi stydí.

Z dítěte se tedy stává dospělý jedinec, na kterého jeho okolí klade stále více požadavků, aby byl připraven na samostatný a zodpovědný život dospělého člověka. Díky tomu je ale vystavován stále většímu stresu, což se může projevat úzkostnými stavy a odmítáním nově nastalé situace dospělého, uvádí ve své knize Vývojová psychologie Thorová (2015, s. 414).

Společně se zmíněným biologickým zráním probíhá také zrání psychické, ve kterém jde o řadu významných a nápadných změn, mezi kterými si můžeme představit například emoční labilitu, nástup vyspělého způsobu myšlení anebo hledání nových způsobů, jak uspokojovat své pudové tendence. S tímto obdobím vývoje souvisí i sociální zařazení jedince, k němuž dochází a které se odráží i v odlišném očekávání společnosti a také v měnícím se pojetí sebe samého.

Pro dospívající jedince je charakteristické kritické chování vůči sám sobě, ale také vůči druhým osobám (Krch, 2010, s. 25, 26).

1.1 Souvislost mezi dospíváním a poruchami příjmu potravy

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, období dospívání je charakteristické svými viditelnými tělesnými změnami. Hmotnost jedince tedy vzrůstá spolu s jeho věkem, a to právě v této vymezené vývojové fázi. Je ale nutné podotknout, že děti by v tomto věku přibírat měly, protože určitá vyhublost může způsobit zpoždění nebo

dokonce úplné zastavení tělesného růstu. Podvýživa je tudíž nebezpečná vždy a mohou se s ní pojít i trvalé následky, které si s sebou jedinec nese až do konce života (Krch, 2010, s. 25, 26).

Souvislost s poruchami příjmu potravy je tedy více než jasná a spočívá právě v různých tělesných změnách, na které dospívající jedinci musí reagovat, a ne vždy jsou takové reakce pozitivní. Pokud dospívající dívka negativně přijme své tělesné změny, ať už jsou to změny proporcí těla nebo počátek menstruačního cyklu, je dokázáno, že toto bouřlivé prožívání může být jedním z rizikových faktorů pro rozvoj různých poruch příjmu potravy, popsal ve své knize Novák (2010, s. 16) a podle Krcha (2010, s. 32) je právě období dospívání dokonce typické pro rozvoj těchto poruch. Vágnerová (2014, s. 427) popisuje, že toto vývojové období je velmi rizikové například pro vznik mentální anorexie. Dospívání, které přináší biologické změny s sebou nese i určitou psychickou zátěž spojenou s emancipací od rodiny, s rozvojem své vlastní identity a také s přijetím ženské role, a to i včetně sexuality.

Pro dospívající dívky bývá přibírání na váze velmi nebezpečná výzva z toho důvodu, že většinou nejsou na takové změny připravené a mají strach o to, jakým způsobem budou svou váhu kontrolovat a jestli to vůbec dokážou. Výsledkem těchto obav je právě následné vyhledávání různých diet a cvičení a z nich pramenící poruchy příjmu potravy. Jejich největší starostí je většinou také to, co si o nich myslí ostatní a zdali jsou dostatečně krásné a hubené a jestli jsou pro své okolí dost atraktivní (Novák, 2010, s. 16).

2 Poruchy příjmu potravy

2.1 Vymezení pojmu

Poruchy příjmu potravy lze charakterizovat jako narušený vztah ke svému vlastnímu tělu a k jídlu. Jedná se zejména o patologickou změnu našeho postoje k tomu, jak vidíme naše tělo a následným neadekvátním hodnocením naší hmotnosti a našich proporcí (Gelder a kol., 1996; Papežová, 2001, 2002, 2006) in Vágnerová, 2014, s. 42, a také strachem z tloušťky, který je často zaměňován za snahu jíst zdravě a je spojen se zkreslenou představou o vlastním těle (Krch, 2010, s. 26).

V MKN-11 (Mezinárodní klasifikace nemocí) jsou poruchy příjmu potravy charakterizovány takto: *„Poruchy příjmu potravy zahrnují abnormální stravovací chování a zaujatost jídlem, stejně jako výrazné obavy o tělesnou hmotnost a tvar.“* (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics)

V současné době můžeme říct, že PPP patří mezi často vyskytující se problémy, které postihují dospívající dívky a ženy. Vzhledem k dlouhodobému průběhu a důsledkům, které zde mohou vznikat, je řadíme mezi nejzávažnější onemocnění (Krch, Medicína pro praxi, [online] 2007).

Ke vzniku poruch příjmu potravy musíme přistupovat z hlediska biopsychosociálního, protože každá zdravotní porucha má svoji tělesnou, duševní i sociální stránku. U každé poruchy musíme rozlišovat jaké činitele, v tomto případě somatické, psychické a sociální, se podílejí na jejím vzniku. Psychosomatické poruchy tedy nemůžeme zcela jasně vymezit, ale můžeme říct, že se jedná o *„popisnou zkratku pro ty případy, kdy duševní či duševně zprostředkované vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesných funkcí nebo struktur“*, jak popsali Krejčířová a Říčan (2006, s. 141).

Veřejnost vnímá poruchu příjmu potravy pomocí dvou konkrétních příkladů, jimiž jsou anorexie a bulimie. Anorexie jde na rozdíl od bulimie porucha, kterou lze rozpoznat pomocí zraku. Zmíněné poruchy spojuje strach z tloušťky a jedinci svou pozornost věnují zejména svému tělu a vzhledu a neustále sledují svou tělesnou hmotnost (Krch, 2008, s. 21).

2.2 Historie výskytu poruch příjmu potravy

Historie výskytu poruch příjmu potravy sahá až do starověku, kdy byly popisovány různé formy narušeného přijímání jídla do těla. O poruchách příjmu

potravy se již v 5. století př.n.l. zmiňuje Hippokrates (Papežová, et al., 2018, s. 21) a označil je názvem asithia (Papežová ed., 2010, s. 20).

Galén se označuje jako první člověk v historii, který vůbec poprvé použil termín anorexie a to ve 2. století našeho letopočtu (Papežová, et al., 2018, s. 21).

V literatuře se můžeme také setkat s případem onemocnění princezny Margarety Maďarské, která podle dostupných informací mohla trpět anorexií, to se však nikdy spolehlivě nedokázalo a neověřilo (Papežová ed., 2010, s. 20).

Zmínka o dívce, která údajně jako první dobrovolně zemřela hlady pochází ze 14. století, a to konkrétně Sv. Kateřina ze Sienny, které se zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev vyvěrající z jeho ran. Sv. Kateřina si tedy myslela, že nemůže trávit jídlo a že už nemusí nikdy jíst. Ve svých 16 letech začala jíst pouze chléb, vodu a zeleninu a myslela si, že je to její vlastní zdroj potravy. Kdyby náhodou snědla o něco více spolykala kořínky, které jí vyvolaly zvracení, popsala Papežová, et al. (2018, s. 21).

Další ženou z minulosti, která podle dostupných informací trpěla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií, byla bavorská princezna Alžběta Bavorská, spíše známá také jako rakouská císařovna Sissi. Na výšku, kterou měla, by její váha měla být minimálně 60 kilogramů. Její váha ale údajně nikdy nepřesáhla 50 kilogramů, vážila spíše 45–48 kg a na těle neměla žádný tuk. Sissi byla nadměrně posedlá fyzickou aktivitou a velmi intenzivním cvičením a až přehnaně se postila. Byly u ní vyzorovány i jiné příznaky mentální anorexie, například silná nervozita, hypersenzibilita (vysoká citlivost), trpěla depresemi a byla také narcistická (přehnaný obdiv k sobě samému), dále mívala časté bolesti hlavy a otoky, které byly způsobeny hladověním. Podle zachovaných vzpomínek ale Sissi jako dítě jedla s velkou chutí, nechutenství se u ní projevilo až u Vídeňského dvora a zhoršení nastalo také po narození prvního dítěte, kdy si chtěla zpět vybudovat svou postavu dívky, a to všemi možnými prostředky. Žen, trpících poruchou příjmu potravy bylo v historii více, například princezna Diana a Jane Fondová (Wellmann, 2001, s. 39, 99, 311).

První popis anorexie, která má nejdelší historii ze všech druhů poruch příjmu potravy, byl v roce 1694 a charakterizoval jí Richard Morton, který popsal dva případy úmyslného odmítání přijímání potravy u dívek a u chlapců. Následně v 19. století Gull a Laséque upozornili lékařskou veřejnost na další případy, které se podobaly dnešním příznakům poruch příjmu potravy. Vždy se jednalo o extrémní vyhubnutí a s ním spojenou nadměrnou aktivitu jedince.

Co se týče prvních případů popsaných v české odborné literatuře, popsal tyto případy poruch příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení prof. Vratislav Jonáš v roce 1941, který ve svém článku s názvem „Patologická hubenost mladých dívek“ napsal: „*Setkáme-li se u mladých dívek s patologickou hubeností, musíme především myslet na anorexii vyvolanou změněným psychickým stavem ve smyslu klasické anorexie mentální*“ (Papežová (ed), 2010, s. 21, 22).

Poté v roce 1945 prof. Otakar Janota přednášel na schůzi Spolku lékařů českých a o rok později, v roce 1946 svou přednášku rozšířil a publikoval v Časopise lékařů českých a nazval ji „*O pathogeneze tzv. mentální anorexie a o úspěšném jejím léčení elektrickými šoky*“. V Thomayerově sbírce poté v roce 1956 vychází článek prof. Janoty s názvem „O tak zvané mentální anorexii“, ve kterém podrobněji rozebral problematiku onemocnění a doložil klinický obraz typickými kazuistikami (Papežová (ed), 2010, s. 22).

V dnešní době jsou ale pacienti odlišní zejména tím, že je u nich charakteristický intenzivnější a déle přetrvávající strach ze tloušťky a odmítají stravu z toho důvodu, aby snížili svou hmotnost a přiblížili se tím tak dnešním ideálům krásy (Papežová et al., 2012, s. 15).

Naopak o bulimických syndromech toho v literatuře tolik nenajdeme. V dobách antického Říma a ve vznešených vrstvách římské společnosti bylo u lidí velmi časté přejídání se, které bylo často spojeno právě se zvracením. V kronikách můžeme nalézt takové obžerství opět u vyšší společnosti, tudíž u panstva. Díky těmto informacím můžeme konstatovat, že nadměrné přejídání bylo středem pozornosti již od nepaměti.

Až v roce 1979 poprvé použil termín bulimia nervosa britský psychiatr Gerald Russel a specifikoval ji takto: „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí*.“ (Papežová et al., 2018, s. 25)

3 Faktory ovlivňující rozvoj poruch příjmu potravy

Samozřejmě existuje spousta faktorů, které se na vzniku poruch příjmu potravy podílejí. Jedná se o faktory, které jsou nejen velmi pestré, ale také velmi složité z toho důvodu, že vycházejí z celého bio-psycho-sociálně-spirituálního spektra jedince (Orel a kol., 2012, s.152). Právě proto autoři tyto faktory dělí různě a každý jinak.

Například Krch (2010, s. 38, 39) popsal příčiny vzniku poruch příjmu potravy, které vznikají strachem z tloušťky a rozdělil je na kulturní a společenské faktory a na druhé straně na faktory individuální. Do faktorů kulturních a společenských zařadil například tlak médií, kdy v dnešní době hraje velkou roli internet a sociální sítě nebo televize. Díky zmíněným médiím a komerčním reklamám stoupá představa o tom, že člověk je schopen dosáhnout všeho, co si usmyslí. Velký důraz je kladen také na soutěživost a s ní spojený fyzický výkon (např. stačí chtít, jen musíš zatnout zuby). Dále také například stále se stupňující šikana kvůli vzhledu, protože se lidé příliš orientují na to, jak člověk vypadá po fyzické stránce. Můžeme zde mluvit také o dělení jídla na zdravé, nezdravé, tučné a jiné. A v neposlední řadě na nás také působí naše nejbližší okolí, takže rodiče, sourozenci, přátelé a jejich stravovací návyky, se kterými se postupně časem ztotožňujeme.

Mezi individuální faktory zařadil různá traumata v období dospívání a i to, jaká je naše fyzická konstrukce, zdali jsme tlustí nebo naopak hubení a všemožné zdravotní problémy, které nás mohou omezovat, jako např. cukrovka nebo mononukleóza.

Podle Carra-Gregga (2012, s. 103, 104) jsou poruchy příjmu potravy způsobovány kombinací různých faktorů. Mezi ně zařadil kulturní tlak, psychické problémy, rodinné prostředí nebo biologické faktory, které působí souběžně a různými způsoby, u každého tedy vypadá cesta k poruchám příjmu potravy naprosto jinak.

Autor popisuje zejména to, jakým způsobem jsou všichni vystavováni útokům všech dostupných médií, která se nám snaží podsouvat to, jak má vypadat štíhlá žena, že je to vlastně jakési měřítko štěstí a úspěchu a že by měl každý usilovat o to mít štíhlou postavu jako z časopisu a z médií. Takové idealizované štíhlé tělo bez nedokonalostí je ale silně v rozporu s dědičnými faktory, které nám předurčují, jaké budou naše křivky a jak bude naše tělo vypadat. Právě tento nesoulad je u mnoha dospívajících dívek důvodem k nespokojenosti se svým tělem a se svou váhou.

Dalším, kdo ve své knize popsal různé faktory, které vedou k poruchám příjmu potravy, je Vágnerová (2014, s. 426-428), ta je rozdělila také podle bio-psycho-sociálního spektra v rámci vrozených dispozic, a různých zátěžových vlivů. Co se týče genetické dispozice, tak právě ta může zvyšovat riziko vzniku PPP. Základem genetické dispozice je souhrn daných osobnostních rysů, mezi které můžeme zařadit například úzkostnost, perfekcionismus a sklony k obsedantním projevům, které se projevují zejména v zátěžových situacích.

Biologická dispozice má svůj základ v odlišnosti mozkových funkcí, které se mohou projevat zvýšenou psychickou labilitou, úzkostností anebo impulzivitou. Charakteristické je také to, že u lidí, kteří trpí poruchou příjmu potravy, jsou standardní mozkové okruhy nahrazeny jinými, takzvaně patologickými, podobně jako tomu je u obsedantně-kompulzivních poruch nebo u závislostí.

Různé zátěžové situace mohou v životě jedince představovat velmi významné spouštěcí i posilující faktory, které přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy. Jednou z možných příčin mohou být dlouhodobě dysfunkční vztahy, které panují v rodině daného jedince. A to zejména pokud se jedná o rodinu příliš rigidní, tak v ní chybí jasně dané funkce a pozice v rodině a je zde i zřejmá tendence ke vzájemné manipulaci. Jako typický příklad můžeme uvést neschopnost řešit rodinné konflikty, problémy se raději popírají a zároveň jde o neschopnost dávat najevo své emoce. Jde tedy o rodiny, které se potřebují ve společnosti prezentovat jako bezproblémová a dokonalá rodina. Takováto rodina klade velký důraz na výkon a úspěch, který je vyžadován od všech členů rodiny, tudíž i od dětí.

Sociokulturní faktory mohou rovněž přispívat ke vzniku PPP. Podle teorie učení jsou tyto faktory považovány za takzvanou nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu. Jde zde právě již o zmíněné působení ideálů štíhlosti a krásy, i asketického postoje k jídlu, který je spojen s důrazem na různé diety a na cvičení. Na snížení své tělesné hmotnosti se dospívající mohou velmi soustředit a stává se pro ně důležitým cílem, protože jsou přesvědčeni, že je prostředkem k úspěchu a v této souvislosti se mohou objevovat i fobie ze selhání.

Papežová ed. (2010, s. 37-45) rozdělila rizikové faktory na *psychosociální faktory*, do kterých zařadila pohlaví, etnický původ, kde řeší otázku toho, jestli jsou poruchy příjmu potravy nemocí „bílých“ dívek nebo ne a jako poslední z tohoto rozdělení se zaměřuje na věk jedinců, kde uvádí jako nejrizikovějším období adolescence a časně dospělosti. Dále je rozdělila na *osobnostních*

faktory, mezi ně řadí impulzivitu a perfekcionismus společně s obsedantně-kompulzivní osobností. Dále také *psychopatologické jevy a negativní emocionalita* hraje velkou roli v rozvoji poruch příjmu potravy. Důležitým rizikovým faktorem mohou být i situační a rodinné faktory, tudíž různé nepříznivé životní události a to, jak je dotyčný zvládá, sexuální zneužívání a zážitky z odloučení, kdy vzniká nutnost přizpůsobit se jiné kultuře a v poslední řadě riziková prostředí, ve kterých se jedinec nachází. Na poruchu příjmu potravy mohou mít svůj podíl i fyzické proporce, váha a hladovění, s nimi spojená nespokojenost s vlastním tělem a držení různých diet.

4 Druhy poruch příjmu potravy

4.1 Mentální anorexie

Termín anorexie je odvozen z řeckého výrazu, který znamená ztrátu chuti k jídlu a z latinského slova naznačujícího nervový původ.

Sadock B., Ahmad a Sadock V. (2019, s. 402) charakterizují mentální anorexii třemi základními kritérii:

- samovolně vyvolané hladovění
- neúnavná touha po hubenosti nebo chorobný strach z tloušťky
- přítomnost lékařských známek a symptomů vyplývajících z hladovění

Mentální anorexie nebo také *anorexia nervosa* je podle nich spojena s poruchami tělesného obrazu, což znamená, že má jedinec smyšlenou představu o své nadměrné hmotnosti, i když je hubený. Pro tuto poruchu je typické zatajování a skrývání, kdy jedinec nosí pouze volné oblečení, aby svůj problém takzvaně zakamufloval. Snižování tělesné hmotnosti je naprosto úmyslné a vědomé, takže si člověk nastaví nesmyslné diety, které mohou být doprovázeny i nadměrnou fyzickou aktivitou (Orel a kol., 2012, s. 152, 153).

Je zřejmé, že se mentální anorexie vyskytuje zejména ve vyspělých zemích a také v profesích, které vyžadují určitou štíhlost, jako jsou modelky anebo třeba baletky (Sadock B., Ahmad, Sadock V., 2019, s. 402).

Mentální anorexie je mnohem častěji diagnostikována právě u žen, a to v poměru 10:1. Existují ale důkazy o tom, že se výskyt mentální anorexie u mužského pohlaví zvyšuje. U mužů se mentální anorexie projevuje zejména v intenzivnějším a častějším cvičení, mezitím co ženy spíše zneužívají různá laxativa (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics).

4.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Co se týče diagnózy, je nutné, aby byla splněna tato diagnostická vodítka, která jsou popsána v MKN-11:

- tělesná váha je udržována nejméně 20 % pod předpokládanou váhou nebo je BMI (body mass index = kg/m^2) 18,5 a méně
- nízká tělesná hmotnost, která není vysvětlena jiným zdravotním stavem nebo nedostupností potravy

- pacientky si váhu snižují sami různými dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním léků a nadměrným cvičením a vyhýbáním se jídlům, po kterých se podle nich tloustne
- specifická psychopatologie, v tomto případě přetrvávající strach z tloušťky, zkrácené představy o vlastním těle, vtíravé a ovládací myšlenky na udržení podváhy a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu
- nadměrné zaujetí vlastní tělesnou hmotností a tvarem svého těla – opakovaná kontrola tělesné hmotností pomocí váhy, kontrola tvaru těla pomocí metru a odrazu sebe sama v zrcadle, sledování kalorií, obsažených v potravinách, časté vyhledávání informací o tom, jak snižovat tělesnou hmotnost, vyhýbání se přiléhavému oblečení
- pokud mentální anorexie propukne ještě před pubertou, je zpomalen nebo dokonce zcela zastaven růst, například vývoj prsou, primární amenorea, vývoj genitálů u chlapců, po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení pubertálního růstu, přičemž menarché (první menstruace) je opožděna

(ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics)

U mentální anorexie se nesetkáváme s klasickým nechutenstvím k jídlu, ale jde zde spíše o přemáhání hladu a již několikrát zmíněnou redukci příjmu jídla ve snaze neustále snižovat svou tělesnou hmotnost. Vypadá to tak, že dívky začínají postupně omezovat některé potraviny, postupně redukuje i příjem potravin s minimálním množstvím kalorií (Krejčířová a Říčan, 2006, s. 252, 253), jiné mohou tvrdit, že určité potraviny konzumovat nebudou, protože jsou pro ně nezdravé a vymýšlí si i to, že se z nich staly vegetariánky (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 1168–1170).

Stává se také, že dívky omezují i příjem tekutin. Myslí, že jsou tlusté, a to zejména v problematických oblastech jako je břicho, hýždě a stehna, i když jsou velmi vyhublé. Jejich zájem o jídlo a o různé recepty a vaření bývá zvýšený, nejedná se ale o ně, ale zajímá se o to, co jí a co si vaří ostatní členové rodiny. I přesto, že jsou velmi hubené, jejich energetický příjem je v podstatě na nule a nemají kde energii čerpat, jsou stále velmi aktivní a jejich výkon se nesnižuje ani ve školní oblasti a ani v oblastech jejich zájmů, mnohé dívky pravidelně a až moc intenzivně cvičí a posilují. Dívky trpící mentální anorexií bývají velmi perfekcionistické a

odpovědné, jsou hodnoceny jako přizpůsobivé, což znamená, že se umějí přizpůsobit všem okolnostem.

Se stále se stupňující jídelní patologií se pacientky častěji dostávají do konfliktů se svými rodiči zejména proto, že lžou a podvádějí ve spojitostech s jídlem a příjmem potravy a odmítají, že by s nimi bylo něco v nepořádku. Rodiče jsou v těchto situacích velmi zděšení a nerozumí celé této situaci a ani tomu, jak se jejich dítě najednou chová, bohužel se dostávají do konfliktů i sami se sebou navzájem. To může být způsobeno i tím, že pacientka vědomě rozděluje oba rodiče. Na matku se velmi fixuje a kontakt s otcem odmítá a kritizuje ho (Krejčířová a Říčan, 2006, s. 252, 253).

Někdy mohou být konflikty mezi rodiči a dítětem až agresivní z toho důvodu, že rodina dítěti vytýká jeho chování se k jídlu a manipulaci s ním a dává svému dítěti různé zákazy a příkazy, což se postiženému nelíbí a reaguje přehnaně agresivně a negativně (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 1168–1170).

Mezi další příznaky Carr-Gregg (2012, s. 105, 106) zařadil ještě například tyto:

- zvláštní jídelní rituály: rozdělování jídla na miniaturní porce, rozmazávání jídla po talíři, znehodnocení jídla, ukrytí a vyhození jídla
- záměrné vynechávání snídaně, oběda nebo večeře
- časté vážení se na váze
- přehnané počítání kalorií a tuků obsažených v potravinách
- po sněžení nepatrného množství jídla si dítě ztěžuje, že je přeplněné a nafouklé
- méně kontaktů s rodinou a se svými přáteli
- poruchy spánku

4.1.2 Typy mentální anorexie

V DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), používaném zejména v zahraničí, je mentální anorexie rozdělena na dva typy, a to restriktivní, nebo také jinak nebulimický typ, u kterého se střídají pouze extrémní diety a nadměrné cvičení. Druhým typem je bulimický typ, jinak také purgativní, který je spojen s opakovaným zvracením jedince, užíváním různých laxativ nebo diuretik a jinými patologickými purgativními mechanismy snižování váhy.

Mentální anorexii můžeme specifikovat i podle míry její závažnosti pro člověka. Minimální stupeň závažnosti je určen podle současného indexu tělesné hmotnosti a měří se podle BMI. Lze ho určovat podle různých klinických symptomů, stupně funkčního postižení a podle toho, jaký je potřeba dohled nad postiženým jedincem.

MA mírná: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$

MA průměrná: $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

MA závažná: $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

MA extrémní: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

Papežová et al. (2018, s. 123), Krch (Medicína pro praxi, [online] 2007), Novák (2010, s. 11)

Mezi lehčí, a ne příliš typické případy můžeme zařadit i atypickou mentální anorexii, která je charakteristická tím, že je u ní obvykle absence jednoho ze základních příznaků, jako například amenorea (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 1171).

4.1.3 Průběh onemocnění a jeho prognóza

V publikaci Současná psychopatologie pro pomáhající profese (Vágnerová, 2014, s. 433, 444) se setkáváme s tím, že se mentální anorexie může projevit jen jednou z epizod, ale průběh tohoto onemocnění může být i chronický, tudíž dlouhodobý.

Co se týče prognózy, tak ta nebývá příliš optimistická, i když se autoři v těchto názorech a udávaných hodnotách velice liší.

Podle Vágnerové (2014, s. 433, 434) se ale v průměru okolo 45 % nemocných vyléčí, u 25 % dochází k částečnému zlepšení anebo ke kolísání obtíží. U dalších 25 % dochází ke chronizaci (přechod onemocnění do dlouhodobé formy) a zhruba 5 % případů končí smrtí.

I přesto, že se jedinci z mentální anorexie mohou vyléčit, jejich život je i nadále velmi problematický a vývoj nestandardní. Pocity selhání a osamocení se nevytrácejí a jejich nespokojenost se sebou samou zůstala také. Některé ženy nezvládají svou roli partnerky a jejich mateřské chování, zejména se jedná o vztah ke

krmení dítěte, bývá nestandardní (Graham et al., 1999; Papežová, 2002) in Vágnerová (2014, s. 434, 435).

Vývoj různých obtíží bývá pozvolný, zpočátku se ani nemusí jevit jako porucha, pouze jde o tendenci dodržovat přísné diety a nadměrně cvičit velmi nápadná. Za to, že anorektická dívka zhubne a vypadá štíhlé je dokonce chválena a obdivována, že má pevnou vůli a dokáže určitá pravidla dodržovat. Právě tato slova chvály mohou být brána jako posilující faktor. Postupem času, když hubnutí nepřestává, si laické okolí, zejména rodina, začíná všimnout, jak nepřiměřené je chování nemocného. Pokusy o domlouvání nebo dokonce bránění v úsilí jedince hubnout, bývají naprosto zbytečné a neúspěšné.

Chování dívek trpících anorexií můžeme přirovnat k chování lidí, kteří začali brát nějakou drogu. Absolutně bagatelizují závažnost svého problému a popírají, že by se u nich mělo o nějaké potíže jednat.

S postupujícím úbytkem váhy ubývá také jejich energie a dochází k celkovému vyčerpání organismu. Pacientky bývají také velmi unavené, podrážděné, objevuje se u nich deprese či úzkost. Dívku s anorexií zajímá jen a pouze její tělo, její váha a proporce. Vše ostatní, o co měla dříve zájem a co ji bavilo, ztratilo s příchodem mentální anorexie svůj význam (Vágnerová, 2014, s. 434).

4.1.4 Důsledky mentální anorexie

Negativních důsledků mentální anorexie a s ní spojené podvýživy je mnoho. Může to být již zmíněná amenorea u žen, často se mění kvalita vlasů a mohou být poškozeny i některé vnitřní orgány. V důsledku všech těchto problémů a z rozvratu vnitřního prostředí a orgánového selhání, může člověk kvůli mentální anorexii dokonce zemřít (Orel a kol., 2012, s. 153) a uvádí se, že mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti v rozmezí zhruba mezi 3-8 % (Krch, 2012, s. 45).

V publikaci Psychické problémy v dospívání (Carr-Gregg, 2012, s. 106) autor popisuje, jaké vznikají zdravotní potíže, když se mentální anorexie neléčí. Mohou to být srdeční problémy, poškození ledvin a epileptické záchvaty. U pacientů s mentální anorexií se vyskytuje osteoporóza (úbytek kostní tkáně), která má za následek to, že je jedinec náchylnější ke stresovým zlomeninám a dalším kostním anomáliím.

Krch (2010, s. 44) ve své knize popsal několik zdravotních důsledků, které vznikají nedostatečnou výživou a vyhublostí. Může to být zvýšená citlivost na chlad

a zimu a s tím spojené větší riziko podchlazení. Praskající pleť, která je na první pohled zažloutlá a velmi suchá, větší růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, jejich řídnutí a lámání se. Tenkou a suchou šupinatou kůží, se sníženým množstvím kolagenu, má údajně asi čtvrtina lidí, kteří trpí podvýživou. Můžeme se setkat také s větší kazivostí zubů, s častými modřinami, které se nemocným udělají velmi jednoduše. U více než poloviny anorektiček se vyskytují změny krevního obrazu a kostní dřené a jejich závažnost stoupá s úbytkem tělesné hmotnosti. U mužů i u žen dochází také často ke sníženému zájmu o sexuální aktivity. A v neposlední řadě také srdeční obtíže, které můžeme pozorovat asi u 90 % pacientů, trpících mentální anorexií, kdy může dojít až k srdečnímu selhání. Jako poslední příklad zdravotních důsledků uvedu poškození jater, nesprávnou funkci ledvin, odvápnění kostí, které jsou potom tenké a velmi křehké, častější nucení k močení, oslabení obranyschopnosti organismu člověka a poruchy vědomí, závratě a mdloby.

4.2 Mentální bulimie

Mentální bulimii, nebo také *bulimia nervosa*, je porucha, kterou můžeme charakterizovat opakujícími se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou svého těla a tělesné hmotnosti, uvádí Krch (2010, s. 27). Během přejídání si pacienti vybírají a jedí jídlo, které je sladké a kalorické a svou strukturou měkké a hladké, jako jsou například koláče a různé pečivo. Lidé s mentální bulimií jedí jídlo většinou tajně a rychle, takže ho někdy polykají ještě nerozkousané, jak uvedli Sadock B., Ahmad, Sadock V. (2019, s. 411).

Na rozdíl od pacientů, kteří trpí mentální anorexií a s ní spojenou extrémní vyhublostí, lidé s mentální bulimií si mohou udržet normální tělesnou hmotnost (Sadock B., Ahmad, Sadock V., 2019, s. 410). Bulimie se nemusí vyskytovat vždy pouze samostatně, ale může být doprovázena právě zmíněnou anorexií (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 1174) anebo může na anorexiu, která se u jedince vyskytla v minulosti navazovat (Orel, 2012, s. 153).

Co se týče četnosti mentální bulimie, můžeme říct, že se u dospívajících jedinců objevuje častěji než mentální anorexie. V procentech se mentální bulimie pohybovala k roku 2019 zhruba u 1-4 % mladých žen. U mužů není tak častá, stejně tak jako tomu bylo u mentální anorexie. Přibližně 20 % vysokoškolských žen uvedlo, že pocítuje přechodné bulimické symptomy a myšlenky v období studia na vysoké

škole. Ačkoliv je bulimie často přítomna u dospívajících žen, které mají normální tělesnou hmotnost, někdy se může objevit u dívek s nadměrnou hmotností (Sadock B., Ahmad, Sadock V., 2019, s. 410).

Záchvatovité přejídání totiž zpravidla vede ke zvyšování tělesné hmotnosti a někdy až k následné obezitě, jak uvedl Orel (2012, s. 153).

4.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Definice bulimie je ve většině publikací rozčleněna do tří částí. Cooper (2014, s. 55) rozdělil mentální bulimii následovně:

- silné a neohraňené nutkání se přejídat
- snaha zamezit účinkům tloušťnutí navozováním zvracení a zneužíváním léků
- chorobný strach z tloušťky

V publikaci Mentální anorexie (Krch, 2010, s. 27) autor zmiňuje opět tři základní znaky určení diagnózy a charakterizuje je takto:

- opakující se přejídání, podle některých autorů je důležitějším příznakem bulimie pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem, než kolik množství pacient zkonsumoval
- opakující se nepřiměřená kontrola vlastní tělesné hmotnosti, která zahrnuje vyvolávané zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění těla a také opakující se držení hladovky a nadměrné cvičení
- strach z tloušťky a nadměrný zájem o svůj vzhled a hmotnost a současně navazující sebehodnocení

Diagnostika mentální bulimie je obtížná, a to z toho důvodu, že jedinci trpící bulimií si udržují většinou průměrnou váhu. Co se týče dodržování jasně daných pravidel týkajících se stravy a cvičení, nedrží se jich tak úzkostlivě, jako lidé s mentální anorexií, a i to může být jeden z důvodů, proč je těžké poruchu odhalit (Carr-Gregg, 2012, s. 107).

Jak už bylo zmíněno v předchozí kapitole, mentální bulimii často předchází mentální anorexie. Proto by měli lékaři při stanovení diagnózy prozkoumat i tu možnost, že pacient v minulosti prodělal nějaký záchvat mentální anorexie, ať už krátký, nebo dlouhodobý. Takovýto záchvat mentální anorexie, prodělaný v minulosti, je přítomen

přibližně u poloviny pacientů s mentální bulimií (Sadock B., Ahmad, Sadock V., 2019, s. 411).

Dívky trpící mentální bulimií na sebe mívají velmi perfekcionista nároky, mají strach z nabírání tělesné hmotnosti a pociťují pocity vzteku, viny a studu za svoje problémy s jídlem (Krejčířová, Říčan, 2006, s. 254). Jejich pocity jsou charakteristické nutkavou a vůlí neovladatelnou touhou, až závislostí na jídle a zabýváním se jím. Záchvaty přejídání ale pacient nedokáže ovládat, přestože nepociťuje hlad, charakterizovala Vágnerová (2014, s. 432).

Podobně jako tomu je u mentální anorexie, i mentální bulimie se projevuje v obdobných věkových kategoriích. Na rozvoji bulimie se také podílejí různé interpersonální vztahy v rodině. Již od časného dětství jsou pacienti málo samostatní a bývají velmi vázáni na dominantní členy rodiny. Díky tomu se cítí méněcenní a snaží se tuto svou situaci nějak kompenzovat a dostávají se tak do sociální izolace, což jejich situaci vůbec nepřispívá, spíše naopak. U pacientů můžeme pozorovat afektivní poruchy, především tedy deprese, obsedantně kompulzivní a úzkostné poruchy a také jiné neurotické poruchy. Zneužívání různých léků může vést až k závislosti, například na alkoholu nebo na jiných návykových látkách. Bylo prokázáno, že se tyto závislosti mohou vyskytovat u lidí s mentální bulimií (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 1174, 1175).

Toto potvrzují i Krejčířová a Říčan (2006, s. 254) ve své publikaci *Dětská a klinická psychologie*. Dívky s mentální bulimií totiž nebývají tak často pozitivně ohodnocovány, jako dívky, které jsou vyhovující a přizpůsobivé, jako dívky s mentální anorexií. Mají ale perfekcionista rysy a záleží jim na hodnocení druhých lidí. Hluboké konflikty a problémy v rodině vznikají také z důvodu, že dítě jídlo, většinou připravené od matky, rychle hltá a následně tedy tajně zvrací.

Mezi příznaky, které se mohou objevovat u lidí se záchvatovitým přejídáním a které můžeme u těchto lidí vyzorovat zařadil Carr-Gregg (2012, s. 107, 108) například tyto:

- konzumování velkého množství jídla během krátké doby
- střídání přejídání se a odmítání jídla
- odmítání jezení před jinými lidmi a s tím spojené odnášení jídla z kuchyně
- schovávání nezdravých a kalorických potravin všude po domě
- maskování obalů od potravin v odpadkovém koši tak, aby nebyly vidět

- časté navštěvování toalety během jídla nebo bezprostředně po dojedení jídla, pacient ještě nechává téct vodu, aby nebylo slyšet případné zvracení
- dech je cítit po zvratkách, takže používá různé bonbóny a žvýkačky na osvěžení dechu a zamaskování pachu zvratků
- nadměrné cvičení, a to zejména po jídle
- ztvrdlá kůže na prstech následkem strkání prstů hluboko do krku s cílem vyvolat zvracení
- potíže s chrupem a vředy v ústech způsobené zvracením
- počítání kalorií

Množství jídla, které dokáží bulimičky zkonsumovat je v očích člověka, který má normální vztah k jídlu, až neuvěřitelně velké. Můžeme tedy říci, že je bulimie poměrně finančně náročná porucha, některé dívky totiž jídlo kradou, anebo se snaží získat finanční prostředky za pomoci krádeží a jiných podvodů. Zvracení, kterému předchází nutková tendence zbavit se snědené potravy, jim přináší dočasnou úlevu, protože spolu se zbavením se požitého jídla, mizí i jejich strach z nadměrné hmotnosti.

Dívky s mentální bulimií bývají údajně více motivované k léčbě než dívky trpící mentální anorexií. Pro bulimičky je typická impulzivita a neschopnost se ovládat. Chtěly by hladovět, ale nejsou toho schopny, narozdíl od anorektiček, napsala ve své knize Vágnerová (2014, s. 433).

4.2.2 Typy mentální bulimie

Stupeň závažnosti mentální bulimie je popsán v DSM-5 a je určen na základně frekvence, ve které se opakuje nevhodné kompenzační chování a popisuje ho Papežová et al. (2012, s. 123, 124) následovně:

MB mírná: v průměru 1–3 epizody nevhodného kompenzačního chování za týden

MB průměrná: zhruba 4-7 epizod nevhodného kompenzačního chování za týden

MB kritická: v průměru 8-13 epizod nevhodného kompenzačního chování za týden

MB extrémní: zhruba 14 a více epizod nevhodného kompenzačního chování za týden

Carr-Greg (2012, s. 106, 107) ve své knize popisuje dva typy bulimie. Jako první je to vypuzující nebo také purgativní typ mentální bulimie. Ten je charakteristický záměrným vyvoláváním zvracení a používáním i jiných metod

(laxativa, diuretika, klystýr), aby ze sebe rychle dostali zkonsumované potraviny dříve, než by je stihlo tělo zpracovat. Jedinci s tímto typem bulimie také mohou často cvičit a odpírat si jídlo, tato forma udržování váhy je ale až druhotná.

Druhým typem mentální bulimie je nevypuzující, jinak řečeno nepurgativní typ. Tímto typem trpí zhruba 6–8 % pacientů a jsou charakteristické tím, že po záchvatu přejedení musí jít cvičit nebo se snaží držet půst, aby vykompenzovali kalorický příjem, který pro ně byl nadměrný.

Podobně jako u mentální anorexie, i u mentální bulimie se jedná o atypickou formu mentální bulimie v případě, kdy chybí jeden nebo více klíčových rysů (Papežová et al., 2012, s. 124), ale jinak se u nich projevuje téměř ten samý klinický obraz, jako u typické mentální bulimie (Nešpor, 2011, s. 43).

Atypické formy mentální bulimie s sebou přinášejí různé somatické a psychické následky. Je nutné také zmínit, že terapie atypických forem je naprosto stejná, jako terapie forem typických (Papežová et al., 2018, s. 124).

4.2.3 Průběh onemocnění a jeho prognóza

Mentální bulimie se rozvíjí stejně plynule, jako mentální anorexie. Začíná nepatrnými výkyvy a dostává se až k jasně vyjádřeným potížím (Hanus et al., 2000; Rahn a Mahnkopf, 2000; Papežová, 2002 in Vágnerová, 2014, s. 435).

Záchvaty mohou trvat několik minut, ale i několik hodin, obvykle ale netrvalí déle než 2 hodiny. Frekvence záchvatů se pohybuje od dva až třikrát za měsíc až po frekvenci několikrát za den. Pacientky mají vytvořenou svou jasně danou skladbu potravin, které v průběhu záchvatu zkonsumují. Pokud některá z potravin není zrovna k dispozici, mohou je nahradit i surovinami jinými.

Průběh mentální bulimie může být často chronický, i když se někdy můžeme setkat i s krátkým obdobím remisí, tudíž k návratu k původnímu fungování pacienta, které bylo před propuknutím poruchy a s méně intenzivními projevy.

Před záchvatem přejedení se objevuje úzkost, po záchvatu zase pocit viny a po zvracení nastoupí úleva, po které ale přicházejí pocity selhání, nezvládnutí potíží a výčitky svědomí z nezvládnuté situace (Němečková, [online] 2007).

Prognóza mentální bulimie je většinou různá a individuální. Asi 30 % nemocných se zcela z bulimie vyléčí, u 40 % se mohou i po vyléčení objevovat občasné problémy, a u 30 % nemocných dojde k chronizaci potíží. Větší riziko

chronizace je způsobeno nízkou sebeúctou a sníženou tolerancí k zátěži. Další vývoj léčby závisí zejména na osobnosti jedince.

Pokud se jedná o samostatnou bulimii, která není kombinována s anorexií, je prognóza vyléčení o dost příznivější (Vágnerová, 2014, s. 435).

4.2.4 Důsledky mentální bulimie

Mezi závažné a životu ohrožující zdravotní důsledky zvracení můžeme zařadit otoky slinných žláz přímo pod čelistí, které tvoří dojem opuchlého a kulatého obličeje, a které se objevují zhruba u jedné třetiny pacientek. Méně nápadným, ale o to závažnějším problémem způsobeným zvracením, je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které způsobují nadměrné zatěžování srdce a ledvin. Nemusí se sice nijak akutně projevit, ale objevuje se asi u poloviny častěji zvracejících (Krch, 2012, s. 45, 46).

4.2.4.1 Obezita, nadváha a přejídání spojené s poruchami příjmu potravy

Někteří lidé si myslí, že pojem obezita a přejídání jsou různé termíny pro jednu a tu samou věc. Ale ne všichni lidé, kteří se přejídají bývají obézní a naopak, ne každý, kdo je obézní trpí přejídáním (Křivohlavý, 2009, s. 211).

Obezita sice nepatří mezi poruchy příjmu potravy, tudíž do nich není řazena v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ale svou roli v této problematice hraje. Do poruch příjmu potravy totiž řadíme záchvatovité přejídání a noční přejídání, a právě u těchto poruch se může obezita objevovat.

Výzkumy dokazují, že v posledních letech postihuje populaci nejen v rozvojových zemích, ale také populaci v zemích dostatečně rozvinutých, zejména díky zlepšení ekonomické situace a podle dostupných informací dosahuje charakteristik pandemie. Závažným problémem a také jedním z důvodů toho, že je dnes tolik lidí trpících obezitou nebo nadváhou, je z velké části změna volnočasových aktivit jedince, zejména vliv sociálních sítí (Pastucha, 211, s. 21, 22).

V některých zemích je obezita nebo nadváha problémem až poloviny obyvatelstva. Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) se počet obézních lidí od roku 1975 do roku 2016 zvýšil až třikrát. Obezitou nebo nadváhou dnes trpí zhruba 2 miliardy dospělých osob nad 18 let a 378 milionů dětí a dospívajících do 19 let (Hainer, 2021, s.112).

Přejídání, které vede k obezitě, bývá také spojeno s jinými psychickými poruchami. Jedná se o reakci na nějakou stresovou událost v životě jedince. Může to být například ztráta blízké osoby, nehoda, chirurgické operace a jiné emočně stresující události (Nešpor, 2011, s. 43).

Novák (2010, s. 56, 57) ve své knize popisuje následovně: *„Má-li někdo nadváhu, bude patrně ve srovnání se štíhlými lidmi považovaný za sobeckého, méně inteligentního a méně populárního. Tlustí lidé jsou častěji označováni za osamocené, závislé a lačné náklonnosti. Navíc je pro mnoho lidí tloušťka důkazem pokřiveného charakteru spojeného s požitkářstvím a leností. Každopádně lidem trpícím nadváhou je za jejich kilogramy dáována plná zodpovědnost. Přestože se stereotypní vlastnosti spojené s tloušťkou vztahují na ženy i muže, ženy se obávají nadváhy mnohem výrazněji. Částečné vysvětlení této genderové rozdílnosti by mohlo spočívat v různém způsobu nazírání na tělo. Zatímco chlapec považuje tělo za prostředek k ovládnutí vnějšího prostředí, dívka se učí, že hlavním účelem jejího těla je být pro ostatní přitažlivá.“*

Obezita je s poruchami příjmu potravy svázána zhruba ve 40–70 %. Nejčastěji mají obezitu lidé, kteří trpí psychogenním přejídáním, mentální bulimií a atypickými formami mentální bulimie (Papežová et al., 2018, s. 154).

4.3 Další druhy poruch příjmu potravy

V dnešní rozvinuté společnosti vzniká stále více poruch příjmu potravy, ale v České republice stále neexistuje žádná kniha, která by je dopodrobna charakterizovala. Menší zmínky o několika z nich můžeme najít v publikaci od Papežové et al. (2018, s.124-131) s názvem Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání, ze které budou informace níže.

4.3.1 Záchvatovité přejídání

V MKN-11 je záchvatovité přejídání definováno jako přejídání, které má jistou souvislost s obezitou, tudíž ji radíme jako běžný důsledek záchvatovitého přejídání. V poslední době je záchvatovitému přejídání věnována větší pozornost, protože se může podílet na výskytu obezity v populaci. Typickými charakteristikami záchvatovitého přejídání je neustálé se zabývání jídlem, bažení po jídle, které můžeme přirovnat k touze po drogách a následné přejídání jako je tomu u

bulimických pacientů a opakujícími se epizodami záchvatovitého přejídání, které se děje jednou nebo vícekrát týdně po dobu několika měsíců. Záchvat přejedení je zde charakterizován rychlejším konzumováním jídla, které jedinec nezastavuje, ani když už se cítí sytý a naplněný. Konzumace jídla pokračuje i přes nepříjemné pocity přeplnění, a i přes bolesti břicha. Pacienti jedí jídlo o samotě, mimo ostatní a mívají pocity deprese a viny. Každou tuto epizodu přejídání provází velký stres, který jedinec pociťuje. I přes nadměrné množství zkonsumovaného jídla nemocní nepoužívají žádné eliminační metody, tudíž žádné zvracení, projímadla a ani excesivní cvičení (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics).

Obézní jedinci trpící záchvatovitým přejídáním vyhledávají odbornou pomoc dříve než obézní lidé bez epizod přejídání. Nemocní také ale nemusí splňovat kritéria pro obezitu, ta byla podle studií v USA prokázána u zhruba 42 % nemocných.

V DSM-5 je závažnost onemocnění rozdělena podle četností epizod přejídání takto:

mírná: 1-3 epizody týdně

střední: 4-7 epizod za týden

závažná: 8-13 epizod týdně

velmi závažná: více než 14 epizod za týden

Papežová et al. (2018, s. 125, 126)

4.3.2 Syndrom nočního přejídání

Už v roce 1955 byl tento syndrom popsán Strunkardem jako syndrom nočního přejídání (night eating syndrom), syndrom nočního příjmu potravy a pití (nocturnal eating/drinking syndrom) a noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku. V MKN-11 a DSM-5 je syndrom nočního přejídání zařazen mezi jiné specifikované poruchy potravy a jídelního chování. Toto onemocnění můžeme pozorovat u 1,5 – 1,6 % u běžné populace, u pacientů, kteří podstupují bariatrické operace, takže operace k léčbě obezity, se objevuje zhruba u 9 % pacientů a ve 12,5 % je můžeme najít u lidí s psychiatrickou diagnózou (Lundgren et al., 2006 in Papežová et al., 2018, s. 126).

Diagnostická kritéria pro syndrom noční přejídání je popsán v DSM-5 následovně:

- minimálně 25 % jídla je zkonsumováno po večeři, záchvat přejedení si jedinec pamatuje
- minimálně 2 probuzení s konzumací jídla během týdne, noční konzumace způsobuje významnou nepohodu nebo funkční narušení a nelze jej vysvětlit jinou duševní nebo somatickou poruchou

Syndrom nočního přejídání se dá léčit, ale je stále velmi opomíjený (Papežová et al., 2018, s. 126).

4.3.3 Adonisův komplex

Adonisův komplex je jedním z méně známých syndromů, který je spojen s rozvojem syndromů typických pro mentální anorexii u žen, nazývaný také jako anorexie naruby, svalová dysmorfie nebo také možná mezi lidmi známější název bigorexie (Papežová et al., 2018, s. 127).

Nástup onemocnění většinou přichází mezi 12. 13. rokem věku a často bývá chronický. Pokud člověk onemocní tímto syndromem do 18 let, je pro něj typický pozvolný nástup onemocnění, výskyt více onemocnění u jednoho člověka v jeden čas a také zvýšená sebevražednost (Pope, 2000; Mosley, 2008 in Papežová et al., 2018, s. 129).

Tento komplex zahrnuje zkreslené vnímání svého vlastního těla, abnormální jídelní návyky a velmi obsedantní myšlenky na své tělo a na svalovou hmotu, které jsou spojené se zneužíváním steroidních hormonů a s nadměrným cvičením. Podobně jako je tomu u mentální anorexie, i tyto symptomy mohou postupně vést k sociální izolaci jedince a ke ztrátě zájmu o jiné koníčky (Papežová et al., 2018, s. 127, 128).

V minulosti byl vyvinut „instrument k detekci a měření poruchy a zjišťovali výskyt u studentů středních škol a vysokých škol v Rakousku, Francii, USA. Zjistili, že muži byli přesvědčeni, že by byli více atraktivní, kdyby měli o 14 kg více, a 89 % z nich chtělo vypadat jako muži z časopisů, přestože ženy dávaly přednost průměrnému mužskému tělu a tuto „monstrozitu“ odmítaly. U nás byl syndrom popsán Schreiberem 2001 v časopise Vesmír“ (Pope et al. (2000) in Papežová et al., 2018, s. 128).

U bigorexie jsou charakteristické nereálné cíle a posedlost tím mít dokonalé tělo a tělesné proporce, vlastně podobně jako je tomu u mentální anorexie. Je nutné se na tuto diagnózu zaměřit právě zejména u dospívajících mladých mužů, kteří se

věnují nějakému sportu a až moc se zaměřují na fyzickou aktivitu, tudíž nadměrně cvičí, a nadměrně řeší svou svalovou hmotu. Následky tohoto syndromu mohou být také hodně negativní a mohou ohrozit zdravotní stav jedince. Mýtický Adonis, podle kterého je syndrom pojmenovaný, dokonce zemřel, protože se velmi zaměřoval pouze na svou krásu a své tělo plné svalů (Papežová et al., 2018, s. 128).

Diagnostická kritéria svalové dysmorfie byla popsána v MKN-10 následovně:

- zvýšené zabývání se myšlenkou na jeden nebo více nedostatků nebo vad na vlastním tělesném vzhledu, ostatní je vnímají jako nepatrné, přesvědčení, že objem svalů není dostatečný, jedinec se cítí neatraktivní až odpudivý
- nadměrné pozorování se v zrcadle, nadměrná péče o vzhled a porovnávání se s ostatními, které můžeme pozorovat v určité fázi rozvoje poruchy
- distres a funkční narušení ve všech oblastech života jedince, vyhýbání se situacím, kde by mohl někdo vidět jeho tělo, vynechávání sociálních a jiných aktivit kvůli kompulzivnímu cvičení a svému dietnímu rozvrhu, který nekončí, i když už jsou pozorovány fyzické i psychické následky
- přílišné zaujetí vlastním vzhledem nelze lépe vysvětlit obavami z tělesného tuku a nadváhy u jedince, u kterého příznaky splňují příznaky PPP

Muži údajně raději přiznají užívání kokainu a heroínu, nebo se přiznají k homosexuální orientaci než se přiznat k tomu, že zneužívají různé steroidní přípravky (Papežová et al., 2018, s. 129).

4.3.4 Ortorexie

Tento pojem poprvé definoval lékař Steven Bratman v roce 1997 a popsal ji ve své knize *Healthdood Junkies*. Název je odvozen ze dvou řeckých slov, *orthós*, což znamená správný a *orexis*, v překladu žádostivost, chuť a apetit. Zastánci ortorexie jsou radikálními odpůrci uměle hnojených a geneticky zpracovaných potravin, na jejichž výrobu se nepoužívají chemické konzervanty a barviva a konzumují pouze bio potraviny. Podobně jako anorexií a bulimií, i touto poruchou trpí zejména lidé z vyšších socioekonomických vrstev a většinou lidé s vyšší inteligencí, převážně jde o vysokoškoláky a středoškoláky. Jedinci s ortorexií se velmi intenzivně zabývají zkoumáním všech druhů potravin a zaměřují se zejména na příjem zdravých potravin. Informace si předávají pomocí internetu a čerpají je

z filozofických směrů, jejich komunikace a zmíněné předávání informací probíhá přes internetové weby (Fakultní nemocnice Brno, Co přesně znamená ortorexie).

Papežová et al., (2018, s. 130, 131) tuto poruchu charakterizovala jako patologickou závislost na stravování pouze zdravými potravinami. Tato porucha není zařazena do klasifikace nemocí, ale může skrývat závažnější formy poruch příjmu potravy nebo s nimi může být různě kombinována.

Simpson a Mazzeo (2014) in Papežová et al. (2018, s. 131) popsali zhruba 505 jedinců, kteří trpěli právě ortorexií. Podle autorů jsou jedinci s ortorexií vnímáni jako méně léčitelní oproti například lidem s mentální bulimií. Je to z toho důvodu, že se s nimi hůře komunikuje a budí v ostatních lidech ve svém okolí méně sympatií.

5 Léčba poruch příjmu potravy

„Terapie bývá obtížná, individuální léčebný program kombinuje medicínský, psychologický a sociální přístup. Určitým problémem může být negativní postoj anorektických pacientek k léčbě.“ (Papežová, 2001; 2006 in Vágnerová, 2014, s. 436)

Krch (2007) ve svém článku uvádí: *„Léčba PPP by měla respektovat jak konkrétní situaci nemocného, tak základní symptomatologii poruchy a nespočívat v pátrání po možné příčině. Nelze opomenout ani skutečnost, že většinou pracujeme s nemotivovanou nebo ambivalentní pacientkou, která přichází až pod tlakem okolí, obtíží nebo neudržitelné zdravotní nebo osobní situaci.“*

Co se týče léčby pacientů s mentální anorexií, její součástí by měla být nutriční podpora, jejíž cílem je normalizovat tělesnou váhu takovým způsobem, aby v nejlepším případě odpovídala výšce a věku daného pacienta, ale většinou se to nepodaří a jde spíše o přání na začátku léčby. Součástí léčebného týmu by měl být nutriční specialista, který se snaží problém vyřešit pomocí nutriční substituce a navrhne dietní opatření. Dále je součástí týmu také psycholog nebo psychiatr (Papežová et al., 2018, s. 166).

Pacientky s mentální anorexií se ale většinou samy necítí nemocné a léčbu přijímají pouze ambivalentně, což znamená, že jsou vnitřně velmi rozpolcené, uvedli Krejčířová a Říčan (2006, s. 256).

Snaha o rozvoj léčebných metod v léčbě mentální bulimie jsme zaznamenali zejména v průběhu osmdesátých a devadesátých let 20. století. Tyto snahy se ubíraly dvěma směry. Cílem prvního směru bylo prozkoumat úlohu některých léků, především antidepresiv, a jakým způsobem mohou pomoci lidem s mentální bulimií. Druhý směr se zaměřoval na některé formy psychologické léčby. Výsledky těchto studií, které prováděli kliničtí výzkumní pracovníci byly následně vyhodnoceny v klinických studiích zejména v USA a ve Velké Británii (Cooper, 2014, s. 47). Je také důležité zmínit, že bulimičtí pacienti nemají problém si o pomoc říct sami a hledají si ji častěji. Samotná léčba a spolupráce s nimi může být ale také velmi obtížná, stejně jako s pacienty s anorexií (Krejčířová, Říčan, 2006, s. 256).

Hlavním cílem léčby a práce lékařů je úprava příjmu potravy do těla a odstranění podvýživy. Nemocní jsou psychicky i somaticky ohroženi a péči lékaře zkrátka potřebují, i když je někdy zajištěna i proti vůli nemocného a někdy je

nezbytná i hospitalizace jedince (Vágnerová, 2014, s. 436), která je také nejčastější metodou léčby, zejména u mladších pacientek, které bývají obvykle hospitalizovány na psychiatrickém oddělení, u mladších pacientek se jedná o hospitalizaci na oddělení pediatrickém. Cílem není ale jen zlepšit tělesný stav jedince, ale zlepšení by mělo nastat i v oblasti prožívání a vztahů. U hospitalizovaných pacientů na psychiatrickém oddělení je úkolem personálu, aby znal a rozuměl jejich vztahovým i komunikačním problémům, protože opravdová spolupráce se s pacienty velmi těžko buduje a ze začátku pouze testují kontakt s terapeutem a s personálem a veškeré kontakty odmítají (Krejčířová, Říčan, 2006, s. 256).

Základním úkolem léčby je rozhodnout, zdali je právě hospitalizace nutná nebo postačí léčba pouze ambulantní. Problémem v České republice stále zůstává to, že neexistují specializovaná centra ve formě denního stacionáře pro děti a adolescenty s tímto onemocněním, která jsou ve většině zemích na světě již běžná (Papežová at al., 2018, s. 141, 142).

Dle Vágnerové (2014, s. 437) je v léčbě poruch příjmu potravy velmi důležitá psychoterapie, kdy je potřeba zaměřit se také na psychické problémy jedince a vyřešit je. Používají se metody skupinové psychoterapie nebo individuální psychoterapie, zejména potom kognitivně-behaviorální terapii.

Kognitivně-behaviorální terapii popsal ve své knize Cooper (2014, s. 49) tak, že jejím hlavním faktorem bránícím k uzdravení pacientů, jsou jejich obavy o svou tělesnou hmotnost a proporce těla. Léčba je zaměřena na opětovné získávání kontroly nad příjmem potravy a stravováním a měla by snižovat obavy o hmotnost a tvary těla. Jedná se o krátkodobou terapii, trvající zhruba pět měsíců a obvykle probíhá ve 20 sezeních klienta s terapeutem.

U adolescentních a dětských pacientek s poruchami příjmu potravy je nezbytná práce s rodinou, zejména s rodiči. Rodina může totiž zlepšit, nebo různými konflikty také zhoršit léčbu pacientů. Bývá doporučována rodinná psychoterapie, popřípadě partnerská terapie, aby i příbuzní měli možnost získat informace o situaci a pochopili danou poruchu příjmu potravy, kterou trpí jejich rodinný příslušník. Užitečné jsou také takzvané svépomocné skupiny nemocných s poruchami příjmu potravy, kde se scházejí a mohou si poskytovat určitou podporu a pochopení a předat si informace, které mají z vlastních životních zkušeností (Vágnerová, 2014, s. 437), (Krejčířová, Říčan, 2006, s. 256).

„Farmakoterapie nebývá považována za kauzální léčbu, ale může být indikována zejména v případech s přidavnou symptomatikou (například depresivní). Prognóza onemocnění je závažnějším problémem, než se zdá na první pohled. Výzkumy uvádějí významné zlepšení u více než poloviny případů, u zbývajících potíže přetrvávají, ať již v podobě vlastní symptomatiky nebo v některé oblasti psychosociální adaptace. Mortalita bývá uváděna mezi 6-20 %.“ (Krejčířová, Říčan, 2006, s. 256)

Podle Papežové et al., (2018, s. 143) je zmíněná farmakoterapie doporučována pacientům, u kterých jde o životu ohrožující stavy anebo u atypických forem poruch příjmu potravy. V rámci farmakoterapie jsou podávána antidepresiva, která ale nebývají účinná u podvážky, proto se podávají neuroleptika.

Praktická část

6 Výzkumné šetření

Další částí této bakalářské práce je část praktická, která se bude věnovat tomu, jakým způsobem výzkumné šetření probíhalo, jak byl vybrán výzkumný vzorek a následné interpretaci dat.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké byly příčiny vzniku poruchy příjmu potravy u vybraných respondentů, jak je těžké se s těmito poruchami vypořádat a jak moc poruchy příjmu potravy zasahují do života jedinců.

Kvalitativní výzkum je dle Hendla (2012, s. 48) *„jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace“*.

Výzkumníci, kteří se věnují kvalitativnímu výzkumu, pracují zejména s textem a se slovy, narozdíl od kvantitativního výzkumu, ve kterém jsou důležitá především čísla (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 15).

Tento způsob výzkumu můžeme označit za pružný typ. Výzkumník si na začátku výzkumu určí hlavní výzkumné otázky, které může v průběhu výzkumu, sběru a analýzy dat různě doplňovat či modifikovat (Hendl, 2012, s. 48).

Dle Gavory (200, s. 148) je cílem kvalitativního výzkumu *„porozumět lidem a událostem v jejich životě“*.

6.1 Výzkumný problém

V praktické části práce bylo hlavním úkolem sesbírat co největší množství informací od respondentů, kteří se s poruchami příjmu potravy osobně potýkali, zjistit, jaká u nich byla příčina vzniku, jaké měla porucha dopady na jejich život a zdali se s poruchou nebo s jejími důsledky potýkají dodnes.

6.2 Metoda sběru dat

Pro sběr dat v rámci praktické části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami, kdy *„cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu“* (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 13).

6.3 Výběr výzkumného souboru

Respondenty výzkumného šetření se stalo pět žen. Tyto respondentky byly vybrány podle konkrétního kritéria, které musely splňovat, a to takového, že měly nebo mají vlastní osobní zkušenost s některou z poruch příjmu potravy, a byly také lékařem diagnostikovány a následně u nich probíhala léčba poruchy.

6.3.1 Charakteristika respondentů

Respondentka č. 1 – první respondentkou je dvaceti dvou letá žena, trpící mentální anorexií od dvaceti let až dodnes. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitou, nyní studuje bakalářský obor na vysoké škole.

Respondentka č. 2 – druhou respondentkou je dvaceti dvou letá žena, trpící zhruba tři roky mentální bulimií a některé ze symptomů této poruchy pociťuje dodnes. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Nyní se věnuje dětem s poruchami autistického spektra.

Respondent č. 3 – třetí respondentka je dvaceti šesti letá žena, která uvedla, že se potýkala s ortorexií, a i dnes se občas pozastavuje nad tím, co konzumuje a jak vypadá. Její nejvyšší vzdělání je středoškolské s maturitou a pracuje v oblasti administrativy.

Respondent č. 4 – čtvrtá respondentka je dvaceti pěti letá žena, která se potýkala s mentální bulimií a částečnými stavy hladovění, a to zhruba od patnácti do sedmnácti let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitou a nyní pracuje v oblasti ekonomie.

Respondent č. 5 – pátou respondentkou je dvaceti pěti letá žena, potýkající se mentální anorexií, a to po dobu tří let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské a nyní pracuje jako učitelka v mateřské škole.

6.4 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Změnily se při poruše příjmu potravy psychologické aspekty v životě dotazovaného, případně jakým způsobem a co se změnilo?

Vedlejší výzkumné otázky:

VVO1: Jsou rodiče jednou z hlavních příčin vzniku poruch příjmu potravy u dotazovaných osob?

VVO2: Pociťují dotazovaní ve svém životě znaky poruchy i po ukončení léčby?

Vybraným respondentům byly položeny otázky uvedené níže:

- *S jakou poruchou příjmu potravy máte osobní zkušenost?*
- *Jaká byla podle Vás příčina vzniku poruchy příjmu potravy? Objevil se u Vás nějaký spouštěč, který poruchu vyvolal?*
- *Pozoroval/a jste u sebe předtím nějaké jiné psychické problémy?*
- *Jak dlouho jste se potýkal/a/potýkáte s poruchou příjmu potravy?*
- *Jaký byl Váš vztah k jídlu a ke svému vlastnímu tělu před vznikem poruchy?*
- *Zaznamenal/a jste nějakou reakci Vašeho okolí na Vaše tělo nebo konzumaci jídla? Pokud ano, tak jakou?*
- *Snažil/a jste se poruchu příjmu potravy skrývat před svým okolím? Pokud ano, tak jak?*
- *Jakým způsobem se změnil Váš život při poruše? Například jak se změnil Váš vztah k jídlu a k vlastnímu tělu?*
- *Změnily se při poruše příjmu potravy Vaše vztahy? Rodinné, partnerské, přátelské? Měla na ně porucha nějaký vliv?*
- *Jaký byl u Vás průběh poruchy příjmu potravy? Objevily se etapy zlepšení/zhoršení?*
- *Upozornil Vás někdo z Vašeho okolí, že by se mohlo jednat o poruchu příjmu potravy?*
- *Svěřil/a jste se někomu s tím, co prožíváte?*
- *Po jaké době od vzniku poruchy jste si uvědomil/a, že se jedná o poruchu příjmu potravy?*
- *Probíhala/probíhá u Vás nějaká léčba poruchy příjmu potravy? Pokud ano, tak v čem spočívala/spočívá a jak dlouho trvá/trvala?*

- *Co nebo kdo Vám nejvíce pomohl se z poruchy příjmu potravy vyléčit?*
- *Měla/má porucha nějaký dopad na Váš život? Fyzické, psychické dopady?*
- *Jaký je nyní Váš vztah ke svému tělu a k jídlu? Nedělá Vám problém se najíst nebo se na sebe podívat do zrcadla?*
- *Objevují se u Vás myšlenky, že byste opět přestal/a jíst, začala/a zvracet nebo se přejídat?*
- *Je něco, na co jsem se nezeptala a o čem jsme nemluvili, ale chtěl/a byste mi o tom říct a přijde Vám to klíčové ve Vašem příběhu?*

6.5 Realizace výzkumného šetření

Rozhovory byly provedeny celkem s pěti respondentkami. Všechny rozhovory byly provedeny formou osobního setkání. Každý rozhovor byl velmi individuální, a i z tohoto důvodu se délka každého rozhovoru lišila.

Každý rozhovor byl prováděn až po jasném a vysloveném souhlasu respondentky s její účastí na výzkumu bakalářské práce a s nahráváním rozhovoru na diktafon. Všechny respondentky byly velmi ochotné odpovídat na předem připravené otázky.

7 Interpretace výsledků

Následující kapitola bakalářské práce se bude věnovat interpretaci výsledků výzkumného šetření, z nichž byly vybrány klíčové odpovědi daných respondentů, které byly doplněny i doslovnými výroky tázaných osob a následně také porovnány s výsledky a s informacemi v rámci teoretické části bakalářské práce.

7.1 Typ poruchy příjmu potravy

Odpovědi na tuto otázku se lišily. Respondentka č. 1, č. 3 a respondentka č. 5 odpověděly, že porucha, se kterou se potýkaly, byla mentální anorexie.

Respondentka č. 2 má osobní zkušenost s ortorexií, která je charakteristická zejména obsedantním kontrolováním potravin, jinými slovy se jedná o patologickou závislost na příjmu pouze zdravých potravin, která může být úzce spojena se závažnějšími poruchami příjmu potravy.

Pouze jedna respondentka, konkrétně respondentka č. 3 uvedla, že její osobní zkušenost je pouze s mentální bulimií, respondentka č. 4 odpověděla, že se také potýkala s mentální bulimií, která se ale střídala s etapami hladovění.

Z odpovědí respondentek můžeme tedy usoudit, že se častěji v životě jedinců objevuje mentální anorexie, což nekoresponduje s poznatky autorů, kteří za více se vyskytující označují spíše mentální bulimii. Nicméně právě mezi těmito dvěma poruchami je velmi tenká hranice a podobné nebo dokonce stejné znaky poruchy se mohou objevit u obou poruch současně.

7.2 Příčina vzniku poruchy příjmu potravy

Jaká byla podle Vás příčina vzniku poruchy příjmu potravy? Objevil se u Vás nějaký spouštěč, který poruchu vyvolal?

Většina respondentek uvedla, že příčinu vzniku poruchy příjmu potravy spatřují již ve svém dětství, tedy v období na základní škole. Dále také uvedly, že jednou z příčin byly hlavně různé nemístné poznámky a narážky rodinných příslušníků nebo jejich nejbližšího okolí, které se objevovaly již ve zmíněném dětství. „...mně už od malička jako i rodinný příslušníci a takhle, tak měli jako narážky, nějaká klasika prostě jako i ve škole a tohle...“ (respondentka č. 1). „...já jsem měla bývalýho přítele a ten měl kamaráda a ten kamarád mi vlastně řekl, že

jsem tlustá...mně strašně seplo v mozku, že se se mnou rozešel, protože jsem tlustá...“ odpověděla také respondentka č. 2.

Respondentka č. 5 jako příčinu nebo jako spouštěč poruchy uvedla porovnávání se s ostatními a realitu toho, že nebyla tak hubená, jako její kamarádky. Její snahu zhubnout ovlivnila především angína, díky které šla její tělesná hmotnost velmi rapidně dolů, a i po vyléčení angíny se snažila nízký kalorický příjem dodržovat, omezovat se v jídle, vyřazovat různé potraviny a tak dále.

Skutečností tedy je, že příčin vzniku poruchy příjmu potravy je mnoho, jedná se ale zejména o kombinaci více faktorů, ať už na sebe navazujících nebo současně působících, mluvíme zde tedy o bio-psycho-sociálním spektru různých vlivů působících na jedince, jak také uvádí mnoho autorů zkoumajících tyto poruchy.

Pozoroval/a jste u sebe před vznikem poruchy nějaké jiné psychické problémy?

I zde můžeme mluvit o zmíněném bio-psycho-sociálním spektru faktorů, které předcházejí vzniku poruch příjmu potravy.

Některé z respondentek, konkrétně dvě uvedly, že se v minulosti před vznikem poruchy příjmu potravy potýkaly s občasnými úzkostmi, které se u všech, které takto odpověděly stále vyskytují.

Zbylé respondentky odpověděly, že se u sebe s žádnými psychickými problémy nikdy před tím nesetkaly nebo že si to úplně nepamatují a nezaznamenaly u sebe obtíže takového rázu, aby o nich mohly mluvit jako o psychických problémech.

Jaký byl Váš vztah k jídlu a ke svému vlastnímu tělu před vznikem poruchy?

Odpovědi od respondentek na tuto otázku se příliš nelišily. Nicméně většina z nich popisovala to samé, co popisují také autoři v odborných publikacích. Všechno začíná velmi nevině, člověk se nají, když má hlad, jenže postupem času začne vyřazovat některé potraviny, začne se více hýbat, aby měl větší kalorický výdej než příjem, až přestane konzumovat jídlo úplně. „...*Já už si to moc jako nepamatuju...myslím si, že před tím to bylo takový normální, že prostě jsem se najedla, když jsem měla hlad, neřešila jsem to...*“ (respondentka č. 2). Respondentka č. 5 uvedla, že jídlo milovala, těšila se na něj vždycky nejvíce z celého dne.

Dvě další respondentky se svěřily s tím, že jejich vztah ke svému vlastnímu tělu nebyl pozitivní. U respondentky č. 1 byla odpověď velmi překvapující: „...*od*

malička prostě moje tělo byl problém pro okolí, takže v podstatě nic pozitivního tam jako nebylo a takhle to je do teď no...“. Na tuto odpověď pak v podstatě stejnými slovy navázala i respondentka č. 4.

7.3 Průběh poruchy příjmu potravy

Jak dlouho jste se potýkal/a/potýkáte s poruchou příjmu potravy?

Na tuto otázku se mi dostalo velmi odlišných odpovědí. Pouze jedna respondentka se s poruchou příjmu potravy stále potýká. Konkrétně respondentka č. 1, která odpověděla, že se s mentální anorexií potýká „*Od roku 2020 do dneška*“.

Ostatní respondentky trpěly některou z poruch příjmu potravy ve své minulosti a délka těchto poruch se dle odpovědí pohybovala od dvou až do pěti let.

Zaznamenal/a jste nějakou reakci Vašeho okolí na Vaše tělo nebo na konzumaci jídla? Pokud ano, tak jakou?

Dle odpovědí všech respondentek si okolí začalo všimnout ve chvíli, kdy začal být viděn pokles jejich váhy. Reakce okolí byla tedy na začátku poruchy velmi pozitivní, objevovaly se různé pochvaly, komplimenty a podobně, což se u některých respondentek ukázalo jako faktor k dalšímu rozvoji poruchy příjmu potravy. Stejně tak i tyto pochvaly od okolí popisují autoři v odborných publikacích, kteří je charakterizují právě jako onen posilující faktor.

Dvě z respondentek také uvedly, že někteří jedinci z jejich okolí, konkrétně tedy rodiče, s nimi úplně přestali mluvit, protože se báli, aby neřekli něco špatně, respondentka č. 1 se svěřila: „*...když to bylo v nejhorším...mamka ta se jako úplně distancovala. Takže jako řešila to, ale ne se mnou...nejhorší taková jako reakce, nebo co mi jako vyvstane v hlavě jako první bylo, když mi jako říkali – ale ty seš jako chytrá holka a udělala si se sebou tohle jo...a pak už to bylo – no podívej se na sebe, jak vypadáš...“.* Dle její odpovědi ale tyto nemístné poznámky poslouchala i když byla silnější, zkrátka ať už vypadalo její tělo jakkoliv, vždy bylo pro ostatní nějakým problémem.

Respondentka č. 2 odpověděla velmi podobně: „*...myslím si, že ne hned...až potom, když jsem jako začala hodně hubnout, tak to zas bylo jako samý lichotky, že jsem zhubla, to je pěkný, sluší ti to...“.* Později už to ale bylo jinak: „*...potom se to všechno začalo proměňovat – a jako je všechno v pořádku a ptali se na to třeba i*

mamky, jestli se něco neděje...myslím, že nejvíc si jako lidi všimli toho, že jsem jako hodně hubená, že jsem hodně zhubla, ale tydlety jako blízký lidi třeba jako v mém okolí, tak jako si třeba všimli, že buď jako nejím nebo jím hodně...“ (respondentka č. 2).

Odborní autoři v souvislosti s reakcemi okolí popisují zejména konflikty, a to ať už s rodiči nebo s blízkými lidmi. Respondentky zmiňovaly především konflikty týkající se rodičů, jejich strach a jejich poznámky týkající se změn nejen těla respondentek, ale také stravovacích návyků. Žádná z respondentek ale neuvedla, že by se mezi nimi a rodiči jednalo o agresivní konflikty, které by měly vést k rozpadu vztahů, jak někteří autoři odborné literatury zmiňují.

Svěřil/a jste se někomu s tím, co prožíváte?

Pouze dvě respondentky se shodly na tom, že měly jednu blízkou osobu, které se mohly svěřit se vším, tudíž se měly na koho obrátit a komu svůj problém svěřit. Další dvě respondentky se nesvěřily nikomu, respektive jedna ano, ale dle jejích slov se jí nedostalo dostatečného pochopení, uvedla: *„Řekla jsem to svému tehdejšímu příteli, že mě něco takového trápí a že vlastně nevím, co se mnou je a proč se to děje, ale on se mi začal smát do obličeje, že jsem cáklá a ať se uklidním, tak jsem mu potom už nikdy nic neřekla a radši mlčela“* (respondentka č. 4).

Nejvíce se se svým problémem zřejmě svěřovala respondentka č. 2, která byla v té době aktivní na sociální platformě Twitter, kde našla pochopení a uvedla: *„...vim že tam jsem to jako psala, že mám nějaký problémy a měla jsem tam nějaký kamarádky, prostě úplně jako lidi, co jsem neznala, tak jsme si jako o tom psaly a tam v té době jako byla ta komunita, že tam bylo hodně takovejch lidí, co mělo s tímhle problémy...“*. Nikomu se ale v reálném životě nesvěřila s tím, jak moc už to bylo zlé.

Z odpovědí respondentek tedy vyplývá, že není jednoduché se s poruchou příjmu potravy někomu svěřit. Může to být také tím, že si to jedinci nedokážou ani sami přiznat, naopak popírají, že by se mělo jednat o něco závažného s čím by si nedokázali poradit sami, přesně tento stav uvádí někteří autoři ve svých publikacích zaměřených na poruchy příjmu potravy.

Snažila jste se poruchu příjmu potravy skrývat před svým okolím? Pokud ano, tak jak?

Odpovědi na tuto otázku se nijak nerozcházel, pouze jedna z respondentek uvedla, že neměla potřebu se ukazovat lidem, ale zároveň poruchu příjmu potravy ani skrývat nemusela, protože neměla před kým, konkrétně uvedla: „...*já jsem prostě byla doma a v tom mě jako strašně nahrál ten lockdown, že já jsem prostě mohla být doma a nikdo to jako neviděl. Mamka chodila na dvanáctky do práce a jako nevšimnete si...*“ (respondentka č. 1). Jediný, kdo si všiml, a kdo na signály začínajícího problému s konzumací jídla občas upozorňoval, byla její sestra, která ale bydlí v Praze a měla to „...*hodně jako z dálky...*“ navíc to bylo ještě v té době, kdy její stav nebyl ještě tak extrémní, v jaký se rozvinul až později (respondentka č.1).

Ostatní respondentky odpovídaly skoro podle učebnicového příkladu, nebo tedy podle toho, co popisují autoři ve svých odborných knihách. Konkrétně jde o jakousi snahu, aby to všichni viděli, aby všichni zaznamenali tu změnu, co se stala, hlavně ten hmotnostní pokles, aby se respondentky staly zajímavými. Respondentka č. 4 velmi emotivně popsala: „*Když jsem vlastně zhubla, tak mi připadal svět i jako tak nějak hezčí, neměla jsem problém se hezky oblíknout, prostě si vzít to, co jsem si na sebe nikdy předtím nevzala, někdy bych to chtěla zažít znovu*“.

Právě odpovědi těchto respondentek korespondují s tvrzeními odborníků, kteří uvádí, že se jedinci většinou poruchu skrývat nesnaží, spíše naopak, líbí se jim to, jakým směrem se posunuje jejich tělo, že jde hmotnost dolů a líbí se jim samozřejmě i ten pocit, že se někomu líbí, že bývají středem pozornosti. Jde zde také o to, že mají pocit, že veškeré jejich snažení konečně někdo oceňuje a tím tak neustále krmí tu svou touhu po vysněné postavě, kterou vždycky chtěli mít.

Jakým způsobem se změnil Váš život při poruše? Například jak se změnil Váš vztah k jídlu a k vlastnímu tělu?

Na tuto otázku se mi dostalo v podstatě dvou skoro totožných odpovědí. Respondentka č. 1: „*Já bych řekla, že já jsem jako nikdy nebyla v pohodě s tělem ani s jídlem...ale nevím jako žádný podstatný rozdíl tam asi jako nebyl*“. Respondentka č. 4: „*Můj vztah k jídlu a k vlastnímu tělu se nezměnil, já se tak nějak nesnášela vždycky, takže to nebylo že bych z lásky k sobě najednou změnila a přeskočila do nenávisli, ta tam prostě byla vždycky i předtím vším*“. Zde můžeme navázat na již zmíněné psychické faktory vzniku poruch příjmu potravy spojené s biologickými

dispozicemi, kam zařazujeme například zvýšenou psychickou labilitu. Je zřejmé, že se tyto respondentky v minulosti potýkaly s něčím nepříjemným, což se s nimi neslo po celou dobu až do propuknutí poruchy příjmu potravy a dále.

Respondentka č. 2 uvedla odpověď, která byla rozvinutější a konkrétnější. „*No, jako hodně se změnil no...prostě jako to bylo všechno na úkor toho, abych byla hubená, nic jinýho mě prostě nezajímalo, nezajímalo mě, že nemám menstruaci, že si jako ubližuju, spíš jako mě to jako těšilo, že to, že mě to jako bolí, že to, tak jako věděla jsem, že zvracím a že to není v pořádku...vnímala jsem jako jenom to, že jsem jako hubená...všechno ostatní mi bylo jedno...“ (respondentka č. 2). Podobnou odpověď jsem zaznamenala také u respondentky č. 5, která celý svůj život v té době věnovala pouze hladovění s cílem stát se třeba modelkou. Profesi modelky nebo třeba sportovkyně autoři zmiňují jako jednu z těch nejvíce rizikových profesí právě pro výskyt poruch příjmu potravy, kde je štíhlost vítána, nebo dokonce i vyžadována.*

Jaký byl u Vás průběh poruchy příjmu potravy? Objevily se etapy zlepšení/zhoršení?

Průběh poruchy příjmu potravy se u respondentek opět velmi lišil. Všechny respondentky uvedly, že vše začalo velmi nevinně, tudíž různými dietami a vyrazením nezdravých potravin. Respondentka č. 1 konkrétně uvedla: „...*Třeba jako jeden den jsem vstala a vstala jsem pozdě na vlak do školy a nestihla jsem si dát snídani a dala jsem si až svačinu, a řekla jsem si – aha no vono to jako nebylo tak hrozný, tak to tak začnu dělat a takhle postupně jsem jako odstraňovala prostě ty jídla až v podstatě jako nezbylo skoro nic...takhle se to postupně jako nabalovalo ale žádný jako výkyvy, že bych jedla jako jedla třeba víc jeden měsíc a pak zase to, to jako nebylo, já jsem pořád jako ubírala“.*

Respondentka č. 2 odpověděla, že se na začátku snažila pouze zhubnout, a proto začala po jídle zvracet. Když se jí podařilo zhubnout, měla strach, že opět ztloustne a z toho důvodu zvracení pokračovalo. Ve chvíli, kdy jí došlo, že je tohle špatně, řekla si, že od pondělí přestane zvracet, ale nešlo to. „...*Vím, že si pamatuju, že jsem si řekla – tak půjdu do glóbusu...tak si to nakoupim, sním to a vyzvracím se a potom prostě přestanu, ale nikdy tak k tomu jako nedošlo do téhle fáze, vždycky to bylo – tak jo jako, vim, že to není dobrý, přestanu a nikdy to nepřestalo a vlastně to bylo jenom jako horší...“ (respondentka č. 2). Respondentka č. 3 odpověděla, že žádné výkyvy nenastaly, jak hmotnost, tak i celkový stav šel velmi rapidně dolů, to*

samé potvrdila i slova respondentky č. 5. Ta dále také uvedla: „...bylo to pro mě strašně náročný na psychiku, úplně jako příšerně, že nechápu, jak jsem to mohla tak dlouho vydržet nejíst...potom jsem zkolabovala z důvodu vyčerpání organismu a to mě probralo...“ (respondentka č. 5)

Všechny z odpovědí se shodují s poznatky odborníků, kteří konkrétně u mentální anorexie mluví o tom, že jde ze začátku skutečně jen o dodržování určitých pravidel a přísných diet, které jdou ruku v ruce s nadměrnou fyzickou zátěží a až později se porucha vyvine v závažnější zdravotní obtíže. U mentální bulimie mluvíme v podstatě o tom samé, tedy o plynulém rozvoji poruchy. Ačkoliv se u mentální bulimie můžeme setkat s fázemi remisí, tedy s fázemi, kdy se jedinec na nějakou dobu vrátí do původního a normálního fungování, ani jedna z respondentek o této fázi nemluvila a nezažila jí.

7.4 Vliv poruchy na vztahy

Změnily se při poruše příjmu potravy Vaše vztahy? Rodinné, partnerské, přátelské? Měla na ně porucha nějaký vliv?

Odpovědi na tuto otázku se rozhovorem s respondentkou č. 3 různě překrývaly a doplňovaly. Nicméně odpověděla, že sice nikdy nebyla úplně sociální typ, ale snažila se při poruše všem stranit. Zmínila se zde i o své impulzivitě, která se silně projevovala právě při poruše. „...Mě napadají samý jako sprostý slova, já jsem byla jako permanentně “nasraná“ ... já jsem byla jako furt unavená a pořád jako, ono je to fakt vyčerpávající, takže jako hodně hodně jsem se jako stranila no“ (respondentka č. 3).

U respondentky č. 2 se po nějaké době zlepšil vztah s mamkou „...nás vztah se s mamkou hodně zlepšil, ale myslím že to jako trvalo, že to nebylo hned...“ (respondentka č. 2). Před poruchou si byly prý dost vzdálené. Podobnou odpověď uvedla i respondentka č. 5, u které se vztah s matkou ještě více prohloubil. U respondentky č. 4 se vztahy nijak nezměnily, nikdy neměla s rodiči ideální vztah, hlavně s matkou, a ani porucha příjmu potravy je nesblížila.

Autoři uvádí na toto téma zejména konflikty s rodinou, které se mohou také stupňovat vlivem neustálého odmítání proseb nebo rozkazů od rodičů týkajících se konzumace jídla. V tomto výzkumu se ale nacházely respondentky, které se s takovýmto vlivem na vztahy, ať už partnerské nebo rodinné nesetkaly.

7.5 Uvědomění si problému

Upozornil Vás někdo z Vašeho okolí, že by se mohlo jednat o poruchu příjmu potravy?

Porucha příjmu potravy se zprvu netváří jako samotná porucha, jak uvádí odborníci. Není teda jednoduché ji ze začátku na druhém člověku zaznamenat. Člověk se snaží pouze zhubnout, zlepšit svůj stravovací režim nebo životní styl, ale může se jednat také o začátek něčeho závažnějšího, jako jsou poruchy příjmu potravy. Většina respondentek tedy uvedla, že je nikdo neupozornil, protože si nikdo ničeho nevšiml. Respondentka č. 2 se u této otázky rozpovídala a uvedla: „...oni rodiče to hodně dlouho jako neviděli, že se jako něco děje vůbec a potom to nebylo jako takový – máš problém, tak my ti jako pomůžeme, ale bylo to jako – to není normální jako, normální lidi se jako normální nají a jako co ty tady jako děláš, prostě uklidni se...“. U respondentky č. 1 si sestra prý všimla, že začala jíst hodně málo, ale tvrzení, že by se mělo jednat o vážnější problém nezaznělo.

Pouze jedna z respondentek zaznamenala opačný případ, někdo si toho tedy z jejího okolí všimnul a upozornil ji na to. „...mamka, hnedka, tý to bylo jasný, když jsem si vážila papriku že jo...“ (respondentka č. 3).

Po jaké době od vzniku poruchy jste si uvědomil/a, že se jedná o poruchu příjmu potravy?

V souvislosti s touto otázkou autoři zmiňují zejména to, že lidé trpící poruchou příjmu potravy si svůj problém neuvědomují, snaží se ho vytěsnit do podvědomí a nemluvit o tom jako o problému. Je to pro ně zkrátka normální a veškerým snahám okolí o změnu se vyhýbají. Uvědomění si tohoto problému trvá buď strašně dlouho, někdy si pacient svůj problém nepřizná ani ve fázi léčení, nebo tuší o co jde v podstatě po krátké době, nicméně ho řešit nechce.

Respondentka č. 1 uvedla: „Asi tak nějak po roce, po roce a půl, protože ono to šlo jako v podstatě hrozně rychle... já jsem za rok zhubla čtyřicet kilo, takže to bylo jako fakt jako rychlý, takže pak už mi asi tak nějak došlo, že to není dobrý no“.

Odpověď od respondentky č. 2 byla překvapující z toho důvodu, že ona si svůj problém sice brzo uvědomila, ale nebrala to jako něco špatného a zdraví ohrožujícího, „...vlastně já jsem ani už neměla menstruaci, tak jsem si říkala jako že, že to asi není úplně v pořádku...“ (respondentka č. 2). Ten samý poznatek sdělila i respondentka č. 4.

Respondentka č. 3 se vyděsila při pohledu do zrcadla, kdy po nějaké době konzumace pouze zeleniny a ovoce viděla v zrcadle pouze kostru a nepoznávala se.

U respondentky č. 5 šlo o neuvědomování si problému ani po hospitalizaci v nemocnici, kdy si ani tam nebyla schopna přiznat, že se potýká s anorexií.

7.6 Léčba poruchy

Probíhala/probíhá u Vás nějaká léčba poruchy příjmu potravy? Pokud ano, tak v čem spočívala/spočívá?

Všichni autoři se shodují na tom, že pokud jde o léčbu poruch příjmu potravy, jedná se o velmi složitý proces, který se ne vždy setkává s pozitivním přístupem pacientů. Každá léčba je velmi individuální a kombinuje se jak medicínský, tak sociální i psychologický přístup k jedinci. U anorektických pacientek je důležité vrátit jejich hmotnost do normálu, aby mohly začít pracovat veškeré orgány, nicméně stejně tak jako u anorektických pacientů, tak i u těch bulimických se často setkáváme s pocitem, že se oni sami necítí nemocní a léčba je tak o to náročnější.

Všechny z uvedených dotazovaných si léčbou prošly. Respondentka č. 1 popsala svou léčbu jako zprvu nedobrovolnou „... což byl asi ten problém, že já jsem to pořád ještě jako neviděla jako takovej problém, ale jako rodina hodně mě do toho tlačila, ať jako jdu za obvodním lékařem anebo támhle prostě do Prahy a psycholožka a já nevím co všechno, takže potom, potom už to byl takovej jako koloběh, že jsem pořád tak nějak jako někde byla“. Popsala také to, že jí psycholožka vůbec nepomohla, až později psychiatr „... to byl tak nějak jako začátek toho, že to prostě na začátku (pláč) to pod těma práškama šlo jako líp a pak už jsem si tak nějak jako sama řekla, že už to zvládnu jako sama, takže pak už bez prášků, ale šlo to tak nějak jako už líp“. Její léčba ještě stále trvá a jak sama uvedla, je to pro ni strašně náročné.

Respondentce č. 2 a č. 5 pomohla psycholožka, která ji upozornila na veškeré zdravotní problémy, které mohou nastat a snažila se jí vysvětlit, že to není dobrá cesta. „...Rodiče mě dotáhli k psycholožce úplně jako ještě když to nebylo tak hrozný...Tak jsem šla jako k první psycholožce a ta mi řekla, že, že jestli s tím nepřestanu, tak že mě pošle jako do léčebny a že budu muset přerušit studium, že bych se jako měla rozmyslet, co jako dělám a byla na mě hrozně zlá...“ (respondentka č. 2). Po dohodě s rodiči tedy na sezení chodit přestala a poté se to

zhoršilo. Zhruba po osmi měsících zhoršování jí rodiče našli psychologku jinou. Když jsem se zeptala na to, jestli byla druhá léčba dobrovolná a jak probíhala, dostala jsem tuto odpověď: „*Asi jo, já si myslím, že jsem z toho pořád neměla rozum, ale (pauza) to už jako mamka byla taková jako zoufalá a říkala, jako pomalu mi brečela doma, abych jako neumřela a já jsem říkala – panebože co jako dělá, ale tak teda dobře, tak tam pudu, když ti to pomůže a pak to jako pomohlo mě*“ (respondentka č. 2). Léčba nejdříve probíhala i za přítomnosti matky, kterou tam ale respondentka nechtěla, a tak následná sezení probíhala bez ní. „...*Psycholožka začala mluvit o tom jakoby k čemu to povede, když takhle budu dál pokračovat, že nebudu moct mít děti, že budu mít velký zdravotní problémy, a ještě mi tenkrát jako řekla, že stejně můžu ztloustnout... hodně mluvila o těch zdravotních jako důsledcích, co může přijít a potom mi vlastně řekla, že bych měla začít jíst pravidelně, že si to mám začít psát... jak jsem přestala zvracet, tak jsem jí to řekla a ona – to jste ale fakt dobrá, to se jako jen tak nestává a vlastně jsme si jako jenom povídaly a párkrát jsem u ní takhle byla a najednou to bylo jako dobrý*“ (respondentka č. 2)

Dvě z respondentek se musely léčit hospitalizací v psychiatrické léčebně, kterou popisovaly jako jednu z nejstrašidelnějších zážitků a míst, nicméně byl jejich stav natolik vážný, že neměly jinou možnost.

Co nebo kdo Vám nejvíce pomohl se z poruchy příjmu potravy vyléčit?

Odpovědi na tuto otázku se sice lišily a v podstatě nebyly tak značně rozcházející se. Při léčbě a návratu do normálního života autoři uvádí jako důležitou spolupráci s rodinou a s nejbližším okolím pacienta.

Respondentce č. 2 například velmi pomohla psychologka, ke které docházela a také její přítel, díky kterému už se na svůj problém necítila být sama a chtěla být normální a nepřemýšlet neustále nad tím, jak a kam se půjde vyzvracet. Nejen léčba pomohla respondentce č. 4, která za svou největší oporu při ní uvedla také svého přítele, který jí dodával potřebnou energii.

Respondentka č. 1 ještě před svou odpovědí plakala, svou největší oporu ale vnímala ve svém tehdejší příteli a vnímá jí ve své sestře. Jejich podporu ale uvedla také jako jeden z negativních aspektů, „...*protože ono to nejde moc jako pochopit, jako co se děje, takže si asi mysleli, že to bude jako strašně rychle proces a že já si jako něco přehodím v hlavě a že jako jeden den nebudu jíst a druhý si pak jako pojedeme na mekáč prostě...a pak postupně ta frustrace nebo jako z toho, že to*

pořád jako není lepší tak...jako když já jsem se fakt jako snažila a myslela jsem si, že dělám úplně jako maximum, tak to pro ně prostě pořád nebylo dost (pláč) takže to pak bylo prostě takový, že mi to spíš jako ještě ubližovalo, že jako ještě je jako jsem zklamala nebo tak“ uvedla velmi emotivně respondentka č. 1.

S velkou oporou od rodiny se setkala respondentka č. 3 a č. 5, které shodně uvedly, že cítily potřebu nezklamat své rodiče a touhu ukázat jim, že to zvládnou a že se dokážou vrátit do normálního života.

7.7 Dopady poruchy na život

Měla/má porucha nějaký dopad na Váš život? Fyzické nebo psychické dopady?

Dopady a důsledky poruchy jsou samozřejmě různé a autoři jich popisují mnoho. U této skupiny respondentek jsem se častěji setkala s dopady psychickými nežli fyzickými.

Velmi emotivní odpověď přišla od respondentky č. 1: „...*Spousta lidí si podle mě myslí, že když člověk začne zase jíst, tak že už to je v pohodě, jako není to v pohodě že jo, já jako nevím jak vypadá jako co dělají ostatní, já jako každé večer si lehnu a nastává jako analýza, rekapitulace toho, co jsem snědla, vždycky z toho vyvodím, že to bylo moc samozřejmě“.* Respondentka také uvedla, že se u ní každý den objevují výčitky svědomí a také úzkosti. Myslí na to neustále a není si jistá tím, jestli to vůbec někdy bude lepší.

Respondentka č. 2 vnímá dopad poruchy na svůj život jak pozitivně, tak i negativně. Pozitivní dopad vidí zejména v tom, že od té doby pravidelně cvičí a svou stravu si hlídá, i když se na to někdy zaměřuje až moc, a ne úplně zdravým způsobem, takže na sebe bývá občas našťvaná, když zkonsumuje něco, co nekoresponduje se zdravou stravou. „*A, ale jako hodně mě to jako naučilo no. Bylo to takový jako, takový hrozně intenzivní období“* (respondentka č. 2). Pociťujete ale také strach, jelikož při poruše ztratila menstruaci a předtím jí neměla pravidelnou, to se zlepšilo až po nasazení antikoncepce na doporučení psycholožky. Není si jistá tím, co bude, až antikoncepci vysadí, jestli bude moci mít vůbec děti.

Respondentka č. 4 svůj psychický stav popsala jako horskou dráhu, někdy má stavy, že se má ráda, líbí se sama sobě a někdy má touhu přestat opět jíst a spadnout do toho znovu, je jí také často zima, což zmiňují i autoři v odborných publikacích jako jeden z důsledků poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie.

U respondentky č. 3 byla odpověď lehce odlišná: „...přijde mi, že jsem si jako zničila ty střeva...“. Zmínila se také o intoleranci na laktózu, která se projevila až po poruše a nikdy předtím se s ní nepotýkala a mluvila také o špatné kvalitě vlasů.

7.8 Současný stav

Jaký je nyní Váš vztah ke svému tělu a k jídlu?

Ačkoliv u jedinců probíhá léčba, může u nich docházet k neustálým myšlenkám vrátit se zpátky ke zvracení nebo hladovění, ke kterým se v posledních letech připojuje také stupňující se sociální tlak.

„Jako myslím že jsem ušla velké kus cesty a že teď už si uvědomuju, že to zdraví máme jenom jedno“ odpověděla respondentka č. 2. Dále také ví, že se najíst musí, aby mohla fungovat a měla energii a myslí zejména na budoucnost, aby mohla mít děti „...jako jsem jako na sebe opatrná a snažím se...že bych jako to úplně neřešila to se říct nedá, ale že jako je to teď jako jiný“ (respondentka č. 2). Také respondentka č. 3 má stále potřebu kontrolovat kalorie na potravinách, ale je to pro ní něco, co se dá zvládat.

Respondentka č. 1 není schopná o sobě říct jediné pozitivum, a to jak o svém těle, tak i charakteru. O něco méně radikální byla odpověď respondentky č. 4 a č. 5, které se stále snaží na sobě hledat pozitivní věci a mít se rády.

Nedělá Vám problém se najíst?

Většinou respondentek v dnešní době stále dělá problém se najíst bez výčitek, některé sice svou váhu a příjem potravin stále řeší, ale už ne v takové míře.

Pouze respondentka č. 1, která se s mentální anorexií stále nějakým způsobem potýká uvedla, že je pro ni jídlo problémem vždy, ale v osmi z deseti případů se nají, i když jde třeba jen o velmi nízkokalorické potraviny.

Vnímáte své nedokonalosti?

Některých respondentek jsem se také zeptala, zdali vnímají své nedokonalosti. Odpovědi byly, že ano nebo když už je vnímají, tak pouze v některých dnech, snaží se sportovat a hlídat si svůj denní příjem.

Objevují se u Vás myšlenky, že byste opět přestal/a jíst, začala/a zvracet nebo se přejídat?

Pouze dvě z odpovědí zněly, že se žádné takové myšlenky již nějakou dobu neobjevují.

Odpověď respondentky č. 3 a č. 4 byla, že ano a odpověď respondentky č. 1 byla dokonce, že se u ní takové myšlenky objevují každý den.

Je něco na co jsem se nezeptala a co byste mi chtěl říct, protože Vám to přijde klíčové v tom Vašem příběhu?

Na konci každého rozhovoru zazněla otázka, jestli je něco, na co jsem se nezeptala a co přijde respondentovi klíčové. Odpovědi zněly opět různě.

Většina respondentek uvedla, že je zrovna nic nenapadá a že řekly už zřejmě všechno.

Velmi emotivní odpověď uvedla respondentka č. 1, která při odpovědi plakala. „...*Myslím, že by bylo jako super (pláč) to jako nepřehlížet. Protože třeba ta starší generace především, ale jako spousta lidí oni si jako ani nedovedou představit, jaký to je a pak když teda to někomu jako řeknu, jak to přesně probíhá, jako tohle se stane, já udělám tohle tohle tohle, tak jako kolikrát, třeba mamka jako super příklad, řekla – no ty seš magor“ (respondentka č. 1). Dále také zmínila různé poznámky, které slýchává všude, kam jde, typu – tohle si nemůžu vzít na sebe, v tom mám velký zadek nebo – po páté hodině večer už nejím a tak dále, „...*že se s tím jako potýkám denně v podstatě, a proto právě se pak člověk podle mě distancuje, protože to je dost vyčerpávající, když jako pokaždý, když někam jdu, tak někdo tam hodí jako takovouhle bombu a pak jako se z toho vyhrabávám čtrnáct dní“ (respondentka č. 1).**

8 Závěr výzkumu

Z výpovědí respondentek jsme získali odpovědi na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku celého výzkumného šetření.

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena následujícím způsobem: „Změnily se při poruše příjmu potravy psychologické aspekty v životě dotazovaného, případně jakým způsobem a co se změnilo?“

V rámci této otázky bylo důležité zejména to, co všechno se změnilo v životě dotazovaného v průběhu poruchy příjmu potravy, konkrétně jsme se zaměřili na změny v chování, jakým způsobem se změnily také vztahy, a to nejen s lidmi v nejbližším okolí dotazovaných respondentek, ale také vztah k sobě samotné, ke svému vlastnímu tělu. V neposlední řadě nás zajímalo také prožívání jedince, které bývá velmi často v průběhu poruchy narušeno.

V případě zaměření se na aspekt chování z odpovědí respondentek vyplynulo, že se s postupně rozvíjející poruchou příjmu potravy začaly uzavírat samy do sebe a se svými nejbližšími o problému mluvit spíše nechtěly. Nicméně se zde setkáváme se skupinou respondentek, které neuvedly v podstatě žádné rapidní změny ve svém chování v průběhu poruchy příjmu potravy, a to zřejmě z toho důvodu, že se snažily nedat na sobě znát svůj problém s konzumací jídla a nebyly si dlouhou dobu schopny přiznat, že u nich skutečně nějaký problém nastal. Naopak se snažily ukazovat, že je u nich všechno v naprostém pořádku a vše je, jak má být a jak ony samy chtějí, což u všech tázaných respondentek v jejich očích v podstatě bylo, jelikož jejich touha po úbytku hmotnosti nastala a ony tak cítily jisté zadostiučinění.

Na změny v chování můžeme navázat také v souvislosti se vztahy s blízkými osobami respondentek. Většina tázaných žen změnu ve vztazích uvedla, nicméně se nejednalo o změny, které pramenily z jejich iniciativy, ale vztah a chování k nim změnilo někteří rodinní příslušníci nebo přátelé, kteří nevěděli, jak se k dané situaci postavit a měli strach, aby svými nesprávně zvolenými slovy ještě více dotyčné osobě neublížili. Bohužel se některé respondentky setkaly také s nezájmem a s nepochopením od těch, od kterých by se empatie očekávala nejvíce.

Díky otázkám, které byly respondentkám položeny, bylo také možné získat odpovědi týkající se změn prožívání a vztahu k sobě samotné a k jídlu. Většina respondentek uváděla, že se jejich prožívání výrazně nezměnilo, a to ani obraz, jakým vidí samy sebe, jelikož vše zmíněné bylo narušeno již v minulosti, tedy před

vznikem poruchy příjmu potravy. Tyto respondentky také mluvily o narušení zdánlivě větším, protože se samy se sebou nedokážou smířit ani dnes po letech a po úspěšně podstoupené léčbě.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zdali jsou rodiče jednou z hlavních příčin vzniku poruchy příjmu potravy u dotazovaných žen. Dle odpovědí některých respondentek mají rodiče na vzniku poruchy také svůj podíl a svou část viny nejen rodiče, ale také ostatní rodinní příslušníci. Z rozhovorů vyplynulo ale také to, že právě díky rodičům byla léčba poruchy snazší, protože se v tom nejtěžším období stali jejich oporou a ony si nepřipadaly samy a bezmocné.

Druhý dílčí cíl byl věnován nynějšímu stavu respondentek, jak se cítí dnes a zdali pociťují jisté symptomy poruchy i po podstoupené a ukončené léčbě, jinými slovy, zdali u nich došlo ke chronizaci nemoci. Ačkoliv je stav tázaných žen o mnoho lepší, než býval a cítí se lépe, všechny uvedly, že jim stále dělá problém zkonzumovat některé druhy potravin nebo se na sebe podívat do zrcadla. Všechny tedy popisovaly svůj stav jako na horské dráze, kdy se střídají dobré dny a dny horší.

9 Diskuze

Tato kapitola bakalářské práce se bude věnovat výsledkům výzkumu, které budou propojeny s teoretickou částí práce a s určitými poznatky a důležitými postřehy, které byly získány během výzkumného šetření.

Výzkumným vzorkem se staly ženy, které v minulosti trpěly anebo stále trpí některou z poruch příjmu potravy.

Respondentky neměly problém se zapojením se do výzkumu ani s rozhovorem a velmi ochotně odpovídaly nejen na připravené otázky, ale také na otázky doplňující. Z výzkumu bylo tedy zjištěno mnoho zajímavých a překvapujících poznatků.

Jedním z mnoha poznatků je to, že určité symptomy a dopady poruchy lidé pocítují pomalu celý život i přesto, že se vyléčili. Z výsledků výzkumu ale vyšla také velmi důležitá a překvapující skutečnost, že příčinu vzniku poruchy příjmu potravy lidé vnímají již ve svém dětství a co hůře, důvodem k této poruše bývají nemístné poznámky jejich rodiny a těch nejbližších, kteří by měli být naopak jejich oporou a podporou. Co však z výzkumu také vzešlo je, že pokud se porucha příjmu potravy objeví, málokdo je schopen se někomu svěřit, ať už rodičům nebo odborníkovi a zůstává na to častokrát sám. Z výzkumu také vyplývá, že si málokdy nejbližší okolí jedince všimne hned na samém počátku poruchy, že se něco děje. Většina si všimá až v ten moment, kdy je na jedinci na první pohled vidět nějaký pokles váhy. Většina dotazovaných ale uvedla, že v moment, kdy si jejich okolí všimlo, snažilo se to nějakým způsobem řešit, i když ne dle představ nemocného, ten bývá do léčby donucen, tudíž k ní zaujme negativní postoj. Co se týče již zmíněné léčby, někteří si svou poruchu uvědomují a s následnou léčbou nakonec souhlasí a může jim i pomoci.

Jak se z výzkumu také ukázalo, většinou bývají dopady poruchy příjmu potravy spíše psychické než fyzické a jedinci se s nimi potýkají ještě dlouhou dobu po vyléčení, úplné vyléčení z poruchy se tedy nemusí vždy dostavit, nastává tedy takzvaná chronizace, tudíž přechod onemocnění do dlouhodobé fáze. Respondenti se několikrát zmínili, že na to, co jí, myslí často, někdy až moc a do jisté míry je to omezuje, i když už to není v takové míře, jako při poruše.

Poslední otázka se týkala informací, na které jsem se v průběhu výzkumu nezeptala, ale které jsou podle respondentek klíčové v jejich příběhu s poruchou příjmu potravy. Dle jejich odpovědí byly otázky dostatečné a mapující celý průběh.

Přesto ale z výzkumu vyplývá, že by bylo na místě, aby si všichni všímali lidí kolem sebe a takový problém jako je porucha příjmu potravy nepřehlíželi a kladli na ní větší důležitost.

Dle mého názoru bylo dosaženo cíle výzkumu. Dostala jsem odpovědi na všechny důležité otázky, které jsem si vytyčila a dokázala jsem tak zmapovat život s poruchou příjmu potravy.

Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřená na problematiku poruch příjmu potravy a na to, jak může vypadat život jedinců trpících některou z těchto poruch.

Práce je rozdělena do dvou částí, které jsou následně dále členěny na kapitoly a podkapitoly. První částí této práce je část teoretická, která je zaměřená na popis poruch příjmu potravy a na jejich historii, dále také na faktory přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy.

Dále jsou v této části charakterizovány nejčastější a nejznámější typy poruch příjmu potravy, zejména se zaměřením na jejich diagnostiku, průběh a prognózu a na důsledky, které mohou nastat a v neposlední řadě také možná léčba těchto poruch. Vedle známějších typů poruch příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie a mentální bulimie, jsou v této části práce také stručně charakterizovány ne tolik známé a méně časté typy poruch příjmu potravy, které se mohou vyskytovat právě v kombinaci s těmi častějšími.

Praktická část práce zahrnuje samotný výzkum. Ve výzkumu jsem se zaměřila na ženy, které se v minulosti potýkaly nebo stále potýkají s některou z poruch příjmu potravy a zajímalo mě zejména to, jak popisují svůj život s touto poruchou, v čem spatřují příčinu vzniku poruchy, jaký zaznamenaly průběh a s jakými následky poruchy se případně potýkají. Metoda sběru dat byla provedena pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že první náznaky poruchy se mohou objevit již na základní škole a jedinci příčiny vzniku spatřují zejména v komentářích druhých lidí na jejich tělo nebo stravu, a to nejen od svých přátel nebo vrstevníků, ale zejména od nejbližších rodinných příslušníků. Určité symptomy poruchy se projevují po celý život.

Některé informace, které vzešly z tohoto výzkumu, byly velmi zajímavé v porovnání s názory odborníků a psychologů z České republiky, kteří se tématem poruch příjmu potravy zabývají. Klinický psycholog a psychoterapeut Mgr. Jan Kulhánek uvádí, že poruchy příjmu potravy mohou mít velké množství různých příčin vzniku, jednou z nich může být právě nespokojenost se svým tělem, kterou jako jednu z příčin uvedli všichni tázaní respondenti a také přehnaný zájem o to, co si o nás myslí druzí. Dle PhDr. Františka Krcha, Ph.D. je dieta jakýmsi prvotním problémem, který předchází rozvoji poruchy příjmu potravy. Určitou zkušenost

s dietami na počátku poruchy zmiňují i někteří respondenti. Dalším důležitým poznatkem je také například to, že přesvědčit jedince k léčbě, bývá vždy ten nejtěžší krok, jak uvádí doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc. I tato skutečnost koresponduje s výpověďmi některých dotazovaných, že jejich léčba zprvu vůbec nebyla dobrovolná. Profesorka MUDr. Hana Papežová CSc. zmiňuje, že až třetina pacientů má chronický průběh nemoci, tudíž dlouhodobý, který trvá dvacet až třicet let. S odpovědí, že se stále i po letech objevují některé symptomy poruchy příjmu potravy, jsem se také u respondentek setkala.

Domnívám se tedy, že cíle této bakalářské práce byly splněny, a to zejména poukázat na nebezpečnost poruch příjmu potravy. Jako výzkumník a autor této práce si vážím času, který mi respondentky věnovaly. Díky dostatečným odpovědím těchto respondentek jsem mohla lépe objasnit, jak může vypadat život s poruchou příjmu a podařilo se mi tak dosáhnout vytyčených cílů.

Bibliografie

Odborná literatura

BLATNÝ, Marek a kolektiv. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.

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

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GREGG-CARR, Michael, *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

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

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

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

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

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

RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1596-7.

ŘÍČAN, Pavel, *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. revidované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

WELLMANN, Jutta. *Tajemství císařovny krásy: [rady, přírodní kosmetika, cvičení]*. Praha: Brána, 2001. ISBN 80-7243-108-0.

Internetová literatura

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, *Diagnostika a terapie duševních poruch* [online]. 2., přeprac. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2015 [cit. 8. 12. 2022]. ISBN 978-80-247-9855-4.

Fakultní nemocnice Brno. *Co přesně znamená ortorexie?* [online]. [cit. 9. 12. 2022]. dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/co-presne-znamenava-ortorexie/t6052>

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie* [online]. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2021 [cit. 7. 12. 2022]. ISBN 978-80-271-1302-6.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Document Moved [online] 2022 [cit. 1. 2. 2023]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>

KREJČÍŘOVÁ, Dana, ŘÍČAN Pavel, *Dětská klinická psychologie* [online]. 4. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006 [cit. 8.12. 2022]. ISBN 978-80-247-9094-7.

KRCH, David František. *Medicína pro praxi. Poruchy příjmu potravy* [online]. 2007, 4 (10) [cit. 9. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Psychiatria pre praxi. Poruchy příjmu potravy* [online] 2007 [cit. 9. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>

PASTUCHA, Dalibor, *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011 [cit. 8. 12. 2022]. ISBN 978-80-247-7259-2.

SADOCK, Benajamin J., AHMAD, Samoon, SADOCK, Virginia A. Kaplan & *Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* [online]. 6. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019 [cit. 7. 12. 2022]. ISBN 97811496386939.