

MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY JAKO CHRONICKÉ
ONEMOCNĚNÍ**

Bakalářská práce

Brno 2016

Vedoucí práce:

PhDr. Dagmar Přinosilová, PhD.

Vypracovala:

Šárka Hlubocká

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 SB. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne: 25. 3. 2016

Podpis:

Poděkování

„Chtěla bych velice poděkovat vedoucí práce PhDr. Dagmar Přinosilové, PhD. za odborné vedení, cenné rady a především za její neskonalou ochotu, čímž mi při zpracování bakalářské práce moc pomohla. Ona sama je pro mě velkou inspirací a motivací. Dále poděkování patří slečně E., na jejímž životním příběhu jsem mohla postavit výzkumné šetření. V neposlední řadě děkuji mé rodině a příteli, kteří mě po celou dobu psaní bakalářské práce podporovali a motivovali.“

Obsah

Úvod.....	5
1 Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění	6
1.1 Vymezení pojmů	6
1.2 Poruchy příjmu potravy obecně.....	9
1.3 Rozdělení a charakteristika PPP	12
1.4 Současné možnosti terapie	21
2 Život s PPP.....	26
2.1 Rodina a jedinec s PPP	26
2.2 Organizace pomáhající jedincům s PPP	30
2.3 Osobnost jedince s PPP	32
2.4 Prevence	36
3 Vliv poruchy příjmu potravy na kvalitu života	40
3.1 Stanovení výzkumného cíle a metodologie výzkumu	40
3.2 Charakteristika informantky	41
3.3 Vlastní šetření – kazuistika.....	42
3.4 Hodnocení a závěry výsledků šetření	49
Závěr	52
Shrnutí	53
Summary	54
Použité zdroje.....	55
Seznam příloh.....	60

Úvod

Při výběru tématu bakalářské práce byl určující především osobní zájem o problematiku chronických onemocnění, kam se poruchy příjmu potravy řadí z hlediska oboru somatopedie. Poruchy příjmu potravy jsou stále aktuálním tématem, kterému je třeba věnovat nemalou pozornost. Poruchami příjmu potravy dnes trpí mnoho lidí a je třeba se o tomto tématu neustále zmiňovat. Onemocnět touto psychickou nemocí může každý nehledě na věk nebo pohlaví. Důležité je včasné odhalení poruchy, její následné řešení a samozřejmě přístup blízkého okolí k nemocné osobě.

Poruchy příjmu potravy jsou chronickým onemocněním, které má markantní dopad nejen na život jedince, ale i na jeho okolí. Porucha ovlivňuje jedincovo prožívání a pohled na sebe sama. Člověku se obrátí život vzhůru nohama a už není tím, kým býval. Významně se zhorší celková kvalita života, protože porucha má vliv na fyzickou, psychickou i sociální složku člověka. Četné fyzické a psychické příznaky nedovolují člověku být výkonným a věnovat se nejrůznějším aktivitám. Nutkavé myšlenky na jídlo provázejí celý jedincův den a postupem času už nedokáže myslet na nic jiného. Sociální vztahy jsou narušeny zejména kvůli uzavírání se do sebe a četným konfliktům s okolím. Poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobým onemocněním, které je třeba včasné odhalit a začít řešit vyhledáním odborné pomoci.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části věnuje pozornost vymezení a charakteristice jednotlivých poruch příjmu potravy, jejich příčinám vzniku, projevům a možnostem terapie. Druhá kapitola teoretické části se zaměřuje na život člověka s poruchou příjmu potravy. Je zde část o rodině, která má pro člověka veliký význam, a dále jsou zde popsány organizace, které se problematice poruchy příjmu potravy věnují. Tato kapitola se také věnuje specifickým osobnosti člověka s poruchou příjmu potravy a v neposlední řadě prevenci těchto poruch.

V úvodu praktické části bakalářské práce je uveden hlavní cíl práce a výzkumné otázky. Je zde také popsána metodologie výzkumu. Následuje charakteristika informantky, která poskytla rozhovor. Stěžejní částí výzkumné části je případová studie informantky, která si prošla ve svém životě poruchou příjmu potravy. Následuje závěrečné hodnocení výzkumného šetření formou odpovědí na výzkumné otázky. Součástí příloh bakalářské práce jsou otázky použité pro rozhovor s informantkou.

1 Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění

1.1 Vymezení pojmů

V následující kapitole se autorka práce zaměřuje na definování základních pojmů, které jsou použity v této práci. Těmito pojmy jsou „poruchy příjmu potravy“ a „chronické onemocnění“. Každý autor na danou problematiku pohlíží jinak, proto je nutné pojmy ujasnit a přesněji vymežit.

Chronické onemocnění

Dle Velkého lékařského slovníku pojem „chronické onemocnění“ znamená: „*Chronická onemocnění probíhají méně prudce než akutní, jejich příznaky jsou však přítomny více méně trvale – někdy mohou být sotva patrné, jindy se naopak prudce zhoršují. Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány*“ (Vokurka, H. a kol., 2004, s. 380).

M. Renotiérová (in M. Renotiérová a L. Ludíková, 2004, s. 218) uvádí, že „*chronická nemoc se vyznačuje vleklým, dlouhotrvajícím, často celoživotním průběhem. Podle své závažnosti ovlivňuje život na dlouhou dobu.*“ Chronická onemocnění se týkají všech věkových období, někdy mohou propuknout až v dospělosti nebo naopak již v raném dětství (Fischer, S., a kol, 2014).

Chronická onemocnění spadají ve speciální pedagogice do oboru somatopedie. „*Somatopedie (z řeckého sóma = tělo, paideia = výchova) je vědní disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním*“ (Opatřilová, D., in Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L., 2012, s. 12).

Poruchy příjmu potravy řadíme také mezi chronická onemocnění, konkrétně pod onemocnění psychická s psychiatrickou a neurotickou symptomatologií. Do stejné kategorie patří také například úzkostné stavy nebo nespavost. V souvislosti s poruchami příjmu potravy je také nutno zmínit obezitu, která je charakteristická nezdravým životním stylem a nadměrnými tukovými zásobami (Fialová, I., in Fialová, I., Opatřilová, D., Procházková, L., 2012). Obě tyto problematiky, týkající se životního stylu a příjmu

potravy, bezesporu patří do chronických onemocnění, protože je to záležitost dlouhodobá, mnohdy celoživotní.

Dále do chronických onemocnění řadíme například kožní onemocnění (ekzémy), nádorová onemocnění (leukémie), poruchy imunitního systému (alergie), metabolické poruchy (diabetes) a další (Fischer, S. a kol., 2014). Zmíněná onemocnění však nejsou předmětem této práce, proto o nich není uvedeno více informací.

Chronicky nemocné děti tráví hodně času v nemocnicích či jiných zařízeních (například psychiatrické kliniky, pokud mluvíme o jedincích s poruchou příjmu potravy). V těchto případech se může u zmíněných jedinců objevit takzvaný hospitalismus: *„Stav, kdy je dítě apatické a léčba úspěšně nepokračuje“* (Plevová, M., 2007, s. 49). V podstatě jde o to, že dítě je dlouhodobě mimo své přirozené prostředí (škola, vrstevníci, rodina). V důsledku těchto událostí poté rezignuje na jakékoli zlepšení stavu a vše okolo.

Poruchy příjmu potravy

„Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Jde o nemoc patřící do posledního půlstoletí, kterou někteří autoři zařazují mezi tzv. civilizační choroby“ (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008, s. 263).

M. Vágnerová (2014, s. 423) uvádí, že *„poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu“*.

Podle V. Nývltové (2008) rozdělujeme poruchy příjmu potravy (déle také jako PPP) na dvě hlavní poruchy, a to na „mentální anorexii“ (odmítání jídla) a „mentální bulimii“ (nadměrné přejídání). Tyto poruchy postihují především mladé dívky, které touží být hubené a krásné. Je zde přítomen abnormální strach ze ztloustnutí a nadměrná kontrola vzhledu a tělesné hmotnosti. Příjem potravy je podstatný pro zachování psychického i fyzického zdraví. Jakákoli porucha příjmu potravy s sebou tedy přináší několik negativních dopadů, které vznikají v důsledku nedostatečného přijímání živin a nedostatku energie.

V 60. a 70. letech 20. století se setkáváme především s diagnózou mentální anorexie, ale o 10 let později už se mnohem častěji mluví o mentální bulimii. Tento fakt můžeme

pozorovat i v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN), kdy v 9. revizi se setkáváme pouze s pojmem mentální anorexie, ale v 10. revizi již najdeme pojem „poruchy příjmu potravy“ a ty jsou dále rozděleny na konkrétní poruchy (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008).

Obě poruchy (mentální anorexie a mentální bulimie) toho mají hodně společného a často se prolínají. V některých případech bývá používán pojem „bulimarexie“ (kombinace mentální anorexie a mentální bulimie). Až 50% jedinců trpících mentální anorexií, přejdou do mentální bulimie. Naopak zase téměř všechny bulimičky zažijí alespoň krátkou epizodu mentální anorexie (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008). U obou poruch také můžeme pozorovat podrážděnost, uzavřenost, nízké sebevědomí, sociální problémy a somatické problémy související s kontrolou a úbytkem tělesné hmotnosti (Krch, F., D. a kol., 2005).

„Obě poruchy mohou přecházet jedna v druhou. Častější je průběh, kdy se u konkrétního jedince objeví nejprve mentální anorexie, která po určité době přejde v mentální bulimii a pak se střídá epizoda mentální anorexie s mentální bulimii“ (Nývltová, V., 2008, s. 159).

Důležitým pojmem v souvislosti s poruchami příjmu potravy je „sebepojetí“ (vztah k sobě samému). M. Vágnerová (2014, s. 423) ohledně této problematiky uvádí, že *„psychický obraz vlastního těla může být zkreslen emocionálně, obavami nebo přáním. Člověk se vidí takový, jakým si přeje být, resp. jakým se obává, že je“*. Tělo člověka se může v čase měnit, ale pokud se nezmění i postoj člověka k vlastnímu tělu, není tato změna významná. Například dívka, které bylo od mala předhazováno, že je korpulentní, bude mít stále o sobě představu, že je obézní, i když vyroste a zeštíhlí. Psychika a vnímání sebe sama zde hraje velice významnou roli (Vágnerová, M., 2014).

Většina jedinců trpících poruchou příjmu potravy se domnívá, že hladovění či naopak zvracení mají pod kontrolou a mohou to kdykoli zastavit. Tento proces nelze vůli ovlivnit ani zastavit a jedinec nakonec končí v rukou lékařů. Nelze si také myslet, že by jedinec, rodiče či pedagogové zvládli tento problém sami bez pomoci lékařů (Nývltová, V., 2008).

1.2 Poruchy příjmu potravy obecně

Historie poruch příjmu potravy

Vzhledem k výzkumu realizovanému v této práci se autorka práce zabývá historií dvou všeobecně známých poruch příjmu potravy a těmi jsou mentální anorexie a mentální bulimie.

Pojem „mentální anorexie“ byl poprvé použit lékařem Galénem ve 2. století našeho letopočtu. Galén společně s dalším starověkým lékařem Hippokratem užívali pro odmítání potravy pojem „asitia“. Tento stav se týkal špatných tělesných tekutin. Nejdokonalejší klinické obrazy odpovídající anorexii zaznamenal v 17. století lékař Richard Morton. V souvislosti s anorexií tento anglický lékař zmiňuje termín „nervové opotřebení“ (Faltus, F., in Papežová, H. ed. et al. 2010).

V 19. století ve Francii rozdělili anorexii na dva druhy, těmi jsou „gastrická anorexie“ a „nervová anorexie“. Gastrická anorexie je charakterizována především poruchou trávení a nervová anorexie je spojována s odmítáním jídla v důsledku nevyvolání mozkiem signálu chuti k jídlu. O anorexii se začalo zajímat i lékařství a za jejím prvním jednoznačným popisem stojí pařížský lékař Ernest-Charles Lasègue a londýnský lékař sir William Withey Gull. Mezi hlavní charakteristické znaky anorexie v jejich práci patří velký hmotnostní úbytek, zácpa a neklid. Mentální anorexie pak byla ve 40. letech 20. století zařazena mezi duševní poruchy (Ron van Deth, Vandereycken W. in Krch, F., D. a kol., 2005).

Dnešní bulimie byla v historii označována pojmem „bolimos“, který pochází z řeckého bous (vůl) a limos (hlad). Do 20. století se střídaly různé významy tohoto onemocnění, které bylo zejména spojováno se sklíčeností. Koncem 70. let 20. století britský psychiatr Gerald Russel zavedl termín „bulimia nervosa“. Tato nemoc byla typická tím, že daný jedinec se přejídal a následně měl chorobný strach, že ztloustne. Tato nemoc podle Russela postihovala ženy s normální hmotností, které měly tendenci se jídla zbavovat zvracením nebo užíváním projímadel (Faltus, F., in Papežová, H. ed. et al. 2010). V současnosti je o mentální bulimii publikováno mnoho studií, protože bezesporu patří mezi aktuální problémy naší společnosti.

Rizikové postoje a chování před vznikem PPP

Existují některé postoje a chování, které se považují za rizikové vzhledem k možnému vzniku poruchy příjmu potravy u jedince. Tyto postoje a určité známky chování je dobré brát jako alarmující, že je u daného jedince něco špatně a začíná být nemocný.

Patří sem:

- držení nesmyslných diet
- snížené sebevědomí kvůli zevnějšku
- zkreslené vnímání sebe sama (jedinec je k sobě příliš kritický)
- silná nespokojenost se sebou přecházející až v nenávist
- perfekcionismus projevující se touhou po dokonalosti
- negativní hodnocení vzhledu jedince přicházející od rodiny či vrstevníků (Nývltová, V., 2008).

Etiologie (příčina vzniku)

„Dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivů různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobních rysů, vývojových a biologických faktorů“ (Krch, F., D. a kol., 2005, s. 57).

Biologické faktory: Mezi nejvýznamnější biologické faktory patří pohlaví a věk. Podle B. Pavlové (in H. Papežová ed. et al., 2010) častěji poruchami příjmu potravy trpí ženy než muži. F. D. Krch a kol. (2005) uvádí, že k největším tělesným a psychickým změnám dochází v období adolescence či puberty, kdy je patrné zvýšení tělesné hmotnosti a nabírání tukových zásob. Zmíněné změny těla mohou dívkám způsobit psychické problémy, protože se zejména v tomto období hodně zabývají svým vzhledem a chtějí se co nejvíce přiblížit společensky uznávanému ideálu krásy.

Období dospívání je považováno za velmi rizikové období v kontextu poruch příjmu potravy. V tomto období se jedinec emancipuje od rodiny, více přemýšlí nad svou budoucností a sebou samým, což způsobuje vysokou psychickou zátěž (Vágnerová, M., 2014). Každý jedinec na tuto zátěž může reagovat jinak, někteří například přestanou jíst

nebo v nich propukne nenávisť k sobě samému, protože nejsou schopni splnit to, co se od nich očekává.

Vliv na poruchy příjmu potravy má i genetická predispozice, která v kombinaci například se stresem může vyvolat poruchu příjmu potravy. Jedinec je méně odolný vůči stresu, hůře se s ním vyrovnává a může zde vzniknout nezdravé jídelní chování – držení diet, přejídání se a tak podobně (Stárková, L. in Bouček, J. a kol., 2006).

Sociální faktory: Ideál krásy v naší společnosti představují zejména vyhublé modelky v médiích. Tyto modelky jsou samozřejmě úchvatné a leckterá dívka by chtěla být jako ony. Málokdo už ale vidí, že jejich fotky jsou upravované přes počítač a fotka není reálná. Dívky pak mají špatný pocit z toho, že nespádají do obecně uznávaného ideálu krásy a cítí se méněcenně. Podle F. D. Krcha a kol. (2005) takzvaný módní ideál ovlivňuje hlavně již zmíněné adolescenty. Ti si pak odůvodňují, že být hubený znamená být také krásný a úspěšný. „*Nadváha je chápána jako důkaz neschopnosti a nedostatku vůle. Potřeba štíhlosti může být v konfliktu se subjektivně pocítovanou potřebou jídla, která s potlačováním roste (a projevuje se záchvaty žravosti)*“ (Vágnerová, M, 2014, s. 429).

V kontextu sociálních faktorů nelze opomenout roli modelingových agentur, které mladé dívky doslova nutí, aby zhubly. Pokud je dívka slabší osobnost, vezme si kritiku velice osobně, má to vliv na její sebevědomí a sebehodnocení a následně se snaží zhubnout do požadovaných centimetrů. Takto samozřejmě velice snadno vznikne porucha příjmu potravy, protože dívky začnou pod vidinou úspěchu ve světě modelingu více cvičit a méně jíst. Nakonec se objeví porucha příjmu potravy a dívky končí v nemocnicích, protože už nepřijímají vůbec žádnou potravu, kolabují a mají strach, že přiberou i z jednoho sousta (Papežová H. in Papežová H ed. et al., 2010).

Je nutné také zmínit vliv vrstevnických skupin. Konkrétně v dívčích skupinách je velmi často probíráno téma fyzického vzhledu. Dívky zejména v adolescenci přebírají patologické chování (držení diet, braní projímadel) od svých vrstevnic. Nelze však obecně říci, že každá vrstevnická skupina vykazuje tyto znaky, tudíž ovlivňuje vznik poruchy příjmu potravy jen v některých případech (Novák, M., 2010).

Rodinné faktory: M., Novák (2010) uvádí, že rodiny, kde se vyskytla porucha příjmu potravy, dávají většinou důraz na výkon a pracovní morálku. Na jedince, u kterého se později rozvinula PPP, byl tedy kladen patriční nátlak. Rodiče očekávají od svého dítěte

mnoho a dítě je nechce zklamat. Podle M. Vágnerové (2012) příčinou PPP mohou být dlouhodobě dysfunkční vztahy v rodině. Tato rodina se vykazuje většinou neschopností řešit konflikty, potlačováním emocí a má tendenci navenek se jevit jako bezproblémová. Jedinec je v takovéto rodině utlačován, není mu umožněno se osamostatnit, protože rodina je na něm závislá. Vznik poruchy příjmu potravy poté chápeme jako jediný možný dostupný projev vzpoury vůči této situaci.

Rodiče pacientek (zejména matky) s PPP často dodržují nějaké diety či fitness životní styl, tudíž je v těchto rodinách kladen důraz na vzhled. Zejména tedy matka je pak pro dívku v tomto chování vzorem a dívka chce splnit matčino očekávání. Chlapci mají v tomto případě výhodu, že jsou více odolní vůči matčiným požadavkům, protože se s ní hůře identifikují (Novák, M., 2010). Otec pacientky je často charakterizován jako člověk udržující si emoční odstup, pasivní a slabý anebo naopak jako dominantní osoba (Kog a Vandereycken, sec. cit. Krch, F., D. a kol., 2005).

Osobnostní faktory: Jedinci s poruchou příjmu potravy se hodně soustředí na své tělo. Mají tendenci se nadměrně pozorovat a nerealisticky hodnotit své proporce. Při pohledu do zrcadla vidí některé své proporce zkresleně v negativním slova smyslu. Svou osobu hodnotí podle toho, jak vypadá jejich tělo, mají tedy sklony k nenávisti sebe sama. Hlavním předmětem jejich zájmu bývá jídlo. Řeší, jak moc jsou jídla tučná, jedí zdravě a rádi se na toto téma baví s okolím (Vágnerová, M. 2014).

U jedinců s PPP se vyskytují úzkostné stavy, které jsou zapříčiněny strachem z toho, že přiberou na váze. Konkrétně u bulimiček, u kterých dochází k přejídání, se vyskytuje úzkost spojená s pocitem špatné sebekontroly. Dívky přejedení berou jako osobní selhání a mají výčitky. Naopak u anorektiček se často projevuje nadměrná sebekontrola a silná orientace na výkon. Další typické znaky u obou poruch příjmu potravy jsou perfekcionismus, emoční labilita a nedůvěra v sebe sama (Krch, F., D. a kol., 2005).

1.3 Rozdělení a charakteristika PPP

Poruchy příjmu potravy spadají dle 10. revize Mezinárodního klasifikačního seznamu nemocí (MKN-10) pod duševní a behaviorální poruchy, které jsou označeny písmenem „F“. Tento klasifikační systém se používá převážně v Evropě a obsahuje informace o jednotlivých nemocech a diagnózách (Hort, V., in Hort. V., et al., 2008). Desátá revize MKN v České republice byla zavedena v roce 1992, vstoupila v platnost v roce 1994 a používá se dodnes (Nývltová, V., 2008).

Klasifikace poruch příjmu potravy dle MKN-10:

- „F50.0 Mentální anorexie
- F50.1 Atypická mentální anorexie
- F50.2 Mentální bulimie
- F50.3 Atypická mentální bulimie
- F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami“ (Dušek, K., Večeřová-Procházková, A., 2015, s. 266).

V následující části se zaměříme na bližší specifikaci poruch příjmu potravy, přičemž vzhledem k praktické části této práce jsou detailněji rozebrány dvě nejznámější a zároveň nejčastější PPP (mentální anorexie a mentální bulimie).

Mentální anorexie (F50.0)

Podle F. D. Krcha (2010) mentální anorexie (dále také jako MA) je „*porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechťejí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění.*“

M., Vágnerová (2014) uvádí, že pro mentální anorexii je charakteristický „*patologický strach ze ztloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, respektive s odmítáním jídla.*“

MA se jen opravdu zřídka objevuje u jedinců před pubertou. Pokud se však stane, že se problémy s příjmem potravy objeví u mladších dětí, je třeba nejprve před stanovením diagnózy vyloučit tělesné onemocnění (Elliott, J., Place, M., 2002). Mentální anorexie se tedy vyskytuje především u dívek na přelomu puberty a adolescence. V menším počtu se vyskytuje ale i u mužské části populace (Nývltová, V., 2008).

Anorexie může mít několik forem průběhu, zde záleží na konkrétním případě. K této problematice se vyjadřuje V. Nývltová (2008, s. 161), která tvrdí, že „*porucha probíhá buď jako jediná epizoda nebo ve formě opakujících se epizod. Může přejít i do chronického stádia.*“ Je tedy možné, že jedinec se po první epizodě může vyléčit nebo se střídají období nemoci s obdobími, kdy je vše v pořádku. Když nemoc přejde do chronického stádia, ovlivňuje člověka negativně celý život.

V posledních letech zaznamenáváme zvýšený výskyt tohoto onemocnění. Velký vliv na tento jev má především postoj společnosti, kdy prostřednictvím reklamních kampaní se dává důraz na štíhlost (modelky v časopisech, soutěže krásy). Dále se také zlepšila diagnostika této nemoci, je tedy snadnější ji odhalit a včasné začít léčit (Dušek, K., Večeřová Procházková, A., 2015). „Podle většiny současných údajů se asi 40% pacientů uzdraví úplně a 30% se zlepší. Přibližně 20% zůstává nezlepšeno nebo se zhoršuje. 2-5% chronických případů končí suicidem (sebevraždou)“ (Smolík, P., 2001, s. 312).

Vznik MA

Jak již bylo zmíněno, onemocnění se často vyskytuje během puberty. U dívek dochází k růstu sekundárních pohlavních znaků (růst poprsí), v souvislosti s tím dívky nejsou spokojeny se svým tělem a připadají si tlusté. Příčin vzniku mentální anorexie může být hned několik (dysfunkční rodina, různé osobnostní faktory atd.) (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008). Tuto etiologii jsme rozebrali podrobněji v kapitole „Etiologie“.

Redukční diety také bývají podstatným faktorem ovlivňujícím vznik mentální anorexie. Jednou z forem redukční diety je půst, kdy jedinec po nějakou dobu vůbec nic nejí. Další forma je omezení příjmu potravy a poslední typ redukční diety je vyřazení některých druhů potravin z jídelníčku (Krech, F., D., 2010). Podle J. Elliotta a M. Place (2002) jsou jedinci trpící MA velice dobře informováni o kalorických hodnotách jednotlivých potravin a většina jejich konverzace se týká jídla. Velice rádi vaří pro své okolí, ale sami ani neochutnají, což je pro ně důkazem jejich sebekontroly. Příčinou držení drastických diet často bývají zejména nevhodné poznámky okolí na vzhled jedince.

Průběh onemocnění je často pozvolný a zpočátku se nejeví jako porucha. Úbytek na váze bývá okolím (zejména rodinou) hodnocen kladně. To jedince motivuje k přísnějším dietám a zintenzivnění cvičení. Postupem času okolí zaznamená, že je něco špatně, ale to už posedlost hubnutím nejde zastavit (Vágnerová, M., 2012).

Diagnostika MA

Diagnóza mentální anorexie je stanovuje podle určitých příznaků či specifíků, které se u jedince vyskytují. Aby mohla být stanovena diagnóza, je nutná přítomnost všech příznaků. Pokud některé příznaky chybí, ale je zcela evidentní, že pacientka vykazuje klinický obraz MA, mluvíme o takzvané atypické mentální anorexii (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008).

Diagnostická kritéria podle MKN-10:

- Jedincova tělesná hmotnost je udržována 15% pod předpokládanou hmotností nebo hodnota BMI je 17,5 a nižší.
- Jedinec si sám způsobuje snížení hmotnosti tím, že přehnaně cvičí a omezí příjem potravy.
- Dojde ke zkreslenému a nerealistickému pohledu na své vlastní tělo – jedinec si připadá tlustý a bojí se dalšího tloustnutí.
- U žen dochází ke ztrátě menstruace a u mužů ke ztrátě sexuálního zájmu.
- Pokud se nemoc objeví před pubertou, dojde k přerušení či zastavení některých pubertálních projevů (například u dívek se nevyvíjejí prsa) (Papežová H. in Papežová H. ed. et al. 2010).

Klinické projevy MA

O mentální anorexii mluvíme, pokud je hmotnost pacientky 15% pod optimální hmotností nebo index BMI je 17,5 a méně. „*BMI je označení pro Queteletův index hmotnosti těla (body mass index) a lze vypočítat tak, že váhu (uvedenou v kg) vydělíme druhou mocninou výšky (uvedenou v m)*“ (Juklová, K., Skorunková, R., 2009, s. 66).

Jak již bylo zmíněno, pacientky s MA se soustředí převážně na redukci příjmu jídla a to doplňují častým cvičením. U některých případů se stává, že dívky mají silnou touhu po jídle a dochází k následnému přejedení. To je pro anorektičky projevem osobní slabosti a špatné sebekontroly. Následně tedy přichází pocit úzkosti a často dochází k používání projímadel nebo k vyprovokování zvracení či jinému způsobu pročištění. Pacientky všechny zmíněné věci dělají proto, že mají fobii ze ztloustnutí (Vágnerová, M., 2014). Vše začíná postupným odstraňováním nezdravých a tučných potravin z jídelníčku. F. D. Krch (2010, s. 29) uvádí, že „*anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso, přílohy...*“

Anorektičky mají zkreslené vnímání svého těla. To má za důsledek, že i když už jsou extrémně vyhublé, stále chtějí zhubnout a připadají si tlusté. Záměrně se vyhýbají jídlu a vytvářejí smyšlené teorie, proč nechtějí jíst. Například, že ráno nejsou zvyklé jíst nebo že už jedly. Anorektičky jedí velmi pomalu, tudíž jim opravdu dlouho trvá, než něco snědí. Typické je také vyhýbání se jídlu na veřejnosti, nechtějí, aby je někdo při jídle

sledoval. Dbají na to, aby měly vždy menší porci než jejich okolí. Zmíněné jídelní rituály a odmítání jídla se postupem času změni až v odpor k jídlu a ve ztrátu chuti k jídlu. Tento proces pak už nelze vůlí zastavit (Nývltová, V., 2008, Krch, F., D., 2010).

F. D. Krch (2010) tvrdí, že co se týče tělesné aktivity, pro anorektičky je typický neklid. Mají tendenci pořád dělat nějaké pohyby, aby měly pocit, že spalují kalorie. Obvyklé bývá i vrstvení oblečení při cvičení, aby se více zpotily. Na běžné nošení se anorektičky oblékají spíše do volných svršků, aby zakryly své tělo.

Dívky mají sklon k zjednodušování problému, popírají totiž, že by mohly trpět nějakou poruchou. Jsou pyšné na své sebeovládání a cítí se nadřazeně nad lidmi, kteří se neumí ovládat, co se týče jídla. Hladovění způsobuje únavu a u dívek dochází k celkovému vyčerpání a depresi. Toto má celkově dopad na dívčin život – přestává se stýkat s vrstevníky, snižuje se motivace k výkonům a tak dále. Její myšlenky se točí pouze okolo hubnutí, vše ostatní není vůbec podstatné (Vágnerová, M., 2012). Když jsou anorektičky nuceny k pozření potravy (nejčastěji rodinou) reagují velmi výbušně. Smýšlejí různé příběhy a často se uchylují ke lhaní a manipulaci s jídlem – jídlo vyhazují do koše a přitom tvrdí, že všechno snědly. Toto chování se u anorektiček objevuje především pro to, aby uklidnily své rodiče a ujistily je v tom, že se chtějí léčit. Opak je však pravdou (Krch, F., D., 2010).

Negativní důsledky MA

F. D. Krch (2010, s. 43) uvádí, že „mentální anorexie je závažné onemocnění spojené s rizikem úmrtí. Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků na zhubnutí způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených.“

U MA se často objevují srdeční potíže, velice typický pro tuto diagnózu je nízký tlak. Ten má za důsledek časté závratě a také ztráty vědomí. Další komplikací u pacientek jsou problémy s ledvinami, ty se projevují především častými otoky nohou. Jedinci trpí velkými bolestmi břicha, přičemž se jim střídá průjem a zácpa. Kvůli zvracení a zvýšenému působení žaludečních šťáv dochází též k poškození zubní skloviny, zánětům jícnu a ke vzniku vředů. Další závažnou komplikací bývá řídnutí kostí, proto pacientky mají větší náchylnost ke zlomeninám (Nývltová, V., 2008). Prvním negativním důsledkem hladovění často bývá vynechání menstruace (Elliott, J., Place, M., 2002).

Pacientkám s MA je neustále zima, jsou přecitlivělé na chlad a hrozí jim podchlazení. Jejich kůže je vysušená, nezdravě žlutě zbarvená a má tendenci praskat. Další komplikací je padání a lámání vlasů. U anorektiček se také vyskytuje ochlupení na místech, kde ho dříve nemívaly (brada). Nemocné jsou více náchylné ke vzniku modřin na jejich těle. Dívky jsou také často unavené a bolí je hlava (Krch, F., D., 2010).

Podle F. D. Krcha (2010) u anorektiček dochází k poruchám spánku. Nejčastěji mluvíme o děsivých snech nebo nespavosti. V. Nývltová (2008) k této problematice dodává, že u anorektiček dochází k výraznému snížení sebevědomí, které se v průběhu nemoci stále snižuje. Samozřejmě lze pozorovat i prohloubení nenávisti vůči své osobě, které je zapříčiněno zkresleným pohledem na své tělesné proporce. Pacientka má negativní postoj ke svému tělu a připadá si neschopná a méněcenná.

Anorektičky jsou kvůli nedostatku jídla přecitlivělé a často reagují výbušně na své okolí. Změní se tak jejich vztah k rodičům a vrstevníkům. Mají tendenci ke lžím a podvodům (zejména co se týče jídla), i když v minulosti bývaly čestné. Se svými rodiči se tedy často hádají a zhoršuje se jejich vzájemný vztah a důvěra. Anorektičky také ztrácejí zájem o to, co pro ně bylo v minulosti důležité (přátelé, studium). Propadají depresivním stavům, uzavírají se do sebe. Nemoc může vyústit až k sebevraždě či sebevražedným tendencím (Nývltová, V., 2008).

V důsledku rozvinuté MA dochází u dívek k přerušení menstruačního cyklu. Pacientky obvykle tento stav berou jako pozitivní, protože se zbaví něčeho nepříjemného. Onemocnění má samozřejmě vliv i na plodnost. V akutní fázi mentální anorexie jsou dívky neplodné kvůli hormonálním změnám, které u nich probíhají. Nicméně může se stát, že dívka s diagnózou MA otěhotní a symptomy nemoci se ještě zintenzivní. Na plod má poté vliv především omezený příjem potravy a také psychika matky. Nutno zmínit také velké riziko potratu. Dítě se většinou rodí s nízkou porodní hmotností nebo nedonošené a může dojít i ke smrti dítěte při porodu. Následné rodičovství je pro pacientky náročné skrz projevy nemoci, narušenou psychiku a problémy v interpersonálních vztazích, které se promítnou do vztahu mezi dítětem a matkou (Vandereycken W., Norré, J. in Krch, F., D. a kol., 2005).

Chronická anorexie

F. D. Krch (2010, s. 256) uvádí, že „u určitého počtu nemocných může anorexie přes opakované léčebné pokusy trvat mnoho let nebo i celý život, který je samozřejmě ovlivněn dlouhodobým a těžkým strádáním“

U některých anorektiček se stává, že v nemocnici přiberou a začnou normálně jíst, ale postupem času se vrátí k předchozímu stylu života. Zvyknou si na svou vyhublost a minimální příjem potravy a anorexie se pro ně stává jakýmsi životním stylem. Avšak i v takovém případě je stále naděje na léčbu, pacientky se mohou vyléčit i po několika letech, není to však úplně běžné (Krch, F., D., 2010).

F50.1 Atypická mentální anorexie

„Pacientky v těchto případech nesplňují všechna diagnostická kritéria, avšak v jednom či několika kritériích dosahují jejich obtíže již klinické hloubky“ (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008, s. 270). Podle Papežové (2010) u atypické formy chybí jeden či více specifických rysů, které jsou potřeba pro diagnostiku mentální anorexie. Neznamena to však, že člověk není nemocný. Je třeba s ním zacházet úplně stejně jako s člověkem, který má stanovenou diagnózu mentální anorexie.

F50.2 Mentální bulimie

„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení“ (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008, s. 271).

M. Vágnerová (2014, s. 432) tvrdí, že „základním příznakem mentální bulimie je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem potravy, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání a následného drastického vypuzení zkonsumovaného jídla.“

Záchvatovité přejídání, které je typické pro mentální bulimii, je charakterizováno pozřením nadměrného množství jídla, kdy dotyčný má pocit ztráty kontroly nad svým jednáním. Potraviny, které dotyčný jedinec sní, jsou považovány za kalorické a tučné. Přejídání obvykle probíhá v soukromí, protože se za své selhání jedinec stydí (Cooper, P., J., 2014).

Mentální bulimie (dále také jako MB) se vyskytuje nejčastěji mezi 16. a 30. rokem. Rozvíjí se pozvolně, až přejde do stádia, kdy porucha silně ovlivňuje jedincův život. Dochází zde ke komplikacím, které ale zpravidla nebývají tak závažné, jako u MA (Vágnerová, M., 2014). Podle V. Nývltové (2008) se mentální bulimie může vyskytovat i v kombinaci s mentální anorexií nebo v některých případech na ní může i navazovat. M. Vágnerová (2014, s. 431) uvádí, že „v průměru se 30% nemocných zcela vyléčí, 40% má občasné problémy a u 30% dojde k chronizaci potíží.“

Diagnostická kritéria MB

Jako první diagnostické kritérium pro mentální bulimii je uváděno neustálé zabývání se jídlem. Dochází ke konzumaci velkých porcí jídla během krátkého času (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008). Bulimičky trpí neovladatelnou touhou po jídle a záchvaty přejídání nejsou schopné nijak kontrolovat (Vágnerová, M., 2014). Nejčastějšími spouštěči záchvatů přejídání jsou všechny situace spojené s jídlem (nakupování jídla, vaření), nevhodné komentáře ohledně vzhledu, stresové situace, špatná nálada a negativní pocity (Krch, F., D., 2003). „*O mentální bulimii se uvažuje tehdy, dochází-li k záchvatovitému přejídání minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců*“ (Nývltová, V., 2008, s. 164).

Pro MB (stejně jako pro MA) je charakteristický chorobný strach z tloušťky a zkreslené vidění vlastního těla doprovázeno nadměrným kontrolováním hmotnosti (Nývltová, J., 2008). F. D. Krch (2003, s. 20) uvádí, že „*v závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.*“

Nemoc mentální bulimie je spojena také s nutkavou tendencí zbavit se potravy, kterou jedinec pozřel při záchvatu přejedení. Bulimičky se potravy chtějí zbavit co nejrychleji a jakýmkoli způsobem, protože se cítí provinile. Ubírají se tedy například k vyvolání zvracení, hladovění nebo užívání různých projímadel, aby jídlo z těla dostaly ven a nepřibraly (Vágnerová, M., 2014).

Klinické projevy MB

U bulimiček se často vyskytují úzkostné stavy a pocity osamocení. Poté následuje přejedení a zmíněné negativní pocity postupně mizí. Jídlo tedy léčí jejich psychický stav. K záchvatu přejídání může dojít náhle, kdy jedinec potřebuje rychle něco sníst a jí hltavě. Druhá varianta záchvatu je plánovaná, kdy jedinec se na přejedení připravuje například

nákupem různých potravin. Trvání takového záchvatu je individuální, od několika minut až po hodiny. Významným spouštěčem bývají stresové situace, jako například rozvod rodičů, změna školy, přestěhování a další (Nývtová, V., 2008).

Pacienti si často uvědomují, že mají narušené přijímání jídla. K záchvatu přejedení nedochází kvůli pocitu hladu, bulimičky pokračují v jezení, i když jsou již plně nasycené. Bulimičky mají slabou vůli na to, aby dokázaly těmto záchvatům zabránit. (Smolík, P., 2001) Poté dochází k pocitu viny, protože nemocní jedinci berou záchvat jako osobní selhání a neschopnost ovládat se. Tento pocit viny je řešen nejčastěji vyvoláním zvracení, což může být zpočátku nesnadné, ale po nějaké době už to jde samo, dochází tedy k samovolnému zvracení. Tělo je už na zvracení navyklé, tudíž jídlo automaticky odmítá (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008).

Bulimické dívky bývají často nejisté a závislé na názoru ostatních lidí. Na rozdíl od anorektiček nejsou schopny hladovět, protože se nedokáží tolik ovládat. Pacientky se cítí znechucené svým jednáním a také bezmocné, protože moc dobře vědí, že příště se to bude znovu opakovat. Tato porucha může být zároveň i finančně náročná, jelikož bulimičky snědí velké množství jídla, proto se často uchylují ke krádežím jídla nebo ke krádežím financí například od rodičů (Vágnerová, M., 2014). V důsledku toho dochází k narušení sociálních vztahů, zejména těch rodinných. Bulimičky svým lhaním ztrácejí důvěru rodičů. V některých rodinách dochází různými způsoby k zabránění záchvatu přejedení, například zamykáním ledničky a podobně. Na tento akt jedinci s poruchou reagují velmi emotivně a v rodině vznikají četné konflikty (Vágnerová, M., 2012).

Negativní důsledky MB

Negativní důsledky u MB jsou téměř totožné s těmi, co se objevují u MA (Nývtová, V., 2008). Mezi tělesné komplikace můžeme zařadit například silnou dehydrataci a poškození zubní skloviny, ke kterým dochází kvůli častému zvracení. V důsledku zvracení může také dojít k zvětšení průšních uzlin, což způsobuje, že jejich obličej vypadá širší a pacientky se tak cítí ještě víc tlusté (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008).

Nálada bulimiček je závislá na hmotnosti a stupni sebekontroly. Neustále se zabývají jídlem a dělá jim problém udržet pozornost u něčeho, co se jídla netýká. Ztrácí zájem o své okolí, o sex a vlastně o vše, co není spojeno s jídlem. Bulimičky nemají potřebu stýkat se se svými přáteli a přibývá rodinných konfliktů (Krch, F., D., 2003). U pacientek

také pozorujeme neschopnost ovládnout se nejen v přejídání, ale také v oblastech jako je nutkání ke krádežím, nutkání vypít větší množství alkoholu atd. Vše je podmíněno nedostatečným sebeovládáním (Nývltová, V., 2008).

F50.3 Atypická mentální bulimie

U této poruchy chybí jeden nebo více základních příznaků mentální bulimie, ale celkový klinický obraz pacientky odpovídá tomu, že má poruchu příjmu potravy. Je třeba podstoupit stejnou léčbu jako u MB (Krch, F., D. a kol 2005).

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

„Přejídání je reakcí na stresové události, např. zármutek, úraz, narození dítěte, které mohou být spojené s jinými rušivými duševními příznaky“ (Smolík, P., 2001). V tomto případě je přejídání spojené s jinou poruchou, než je MB nebo MA (Nývltová, V., 2008).

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Vyprovokované zvracení se může kromě MA a MB objevit také jako reakce na nějakou vypjatou situaci, při níž je přítomen stres, nebo se může vyskytnout u zcela jiných psychických poruch, než jsou PPP (Smolík, P., 2008). Zvracení je zde reakcí na nějaké negativní emoce a může předcházet situaci, která jedince významně rozrušuje (Nývltová, V., 2008).

1.4 Současné možnosti terapie

J. Elliott a M. Place (2002) tvrdí, že základem veškeré terapie a léčby je uvědomění si potíží. Často se stává, že rodičům déle trvá, než odhalí, že jejich dítě drží diety a markantně hubne. Jakmile dojde k odhalení problému, je třeba neprodleně vyhledat odbornou pomoc.

„Většinu pacientů s poruchami příjmu potravy je obtížné léčit a u řady z nich onemocnění získává chronickou podobu (uvádí se kolem 20-30% pacientů)“ (Kocourková, J. in Řičan, P., Krejčířová, D., 2006). Léčba poruch příjmu potravy musí být vždy komplexní, tedy zahrnovat faktory biologické i psychologické. Je důležité nejprve posoudit, zda se jedná o závažnější formu poruchy a je nutná hospitalizace pacientky anebo bude stačit jen ambulantní léčba, kdy pacientka bude docházet do zařízení (psychiatrické oddělení) (Koutek, J. in Hort, M. et al., 2008).

Významnou složkou léčby a terapie PPP je samozřejmě lékařská péče a dále psychoterapie, protože je třeba vyřešit také psychické problémy jedinců s poruchou. Používají se individuální metody (kognitivně behaviorální terapie) nebo skupinové metody, při nichž je přítomno více osob. Velice důležitá je i rodinná terapie, protože porucha se významně dotýká celé rodiny. Často jsou totiž přítomny rodinné konflikty a je také třeba, aby rodinní příslušníci získali náhled na celou situaci (Vágnerová, M., 2014).

Lékařská péče

Lékaři jsou prvními odborníky, s kterými nemocní a jejich rodiny přicházejí do styku. Řeší se zde zejména vyhublost a další tělesné komplikace. U praktických lékařů je nemocná vážena a starají se zde o její tělesnou stránku, pokud jde o psychickou stránku, je dívka svěřena do péče psychiatrů a psychologů (Papežová, H. in Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., 2015). Podle M. Vágnerové (2014) je nejdůležitějším bodem lékařské péče změna příjmu jídla a odstranění podvýživy. Dochází zde i k farmakologické léčbě, nejčastěji se podávají antidepresiva k odstranění depresivních a úzkostných stavů.

Když je nemocná hospitalizována, je třeba zhodnotit její psychický a tělesný stav a jak moc je ohrožena na životě (mohou se objevit tendence k sebevražednému chování). K této hospitalizaci dochází nejčastěji na psychiatrickém oddělení. Pozornost se upíná zejména na váhový přírůstek a také na změnu v prožívání a vztazích pacientek (Kocourková, J. in Říčan, P., Krejčířová, D., 2006). Cílem hospitalizace na psychiatrickém oddělení je navození normálního jídelního režimu, což znamená jíst šestkrát denně. Stanovuje se zde také určitá cílová váha, které má pacientka dosáhnout. Pacientka musí mít motivaci a chtít spolupracovat, jinak léčba nemá smysl a nemoc se přehoupne do chronického stádia (Papežová, H. in Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., 2015).

U některých nemocných je možnost léčit je ambulantně, což znamená, že docházejí do určitého oddělení nebo do denního stacionáře. Pro pacientky je tato možnost příznivější, protože zde nejsou hospitalizovány a mohou normálně odejít domů. Papežová, H. (in Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., 2015, s. 286) tvrdí, že „*u pacientek s hmotností pod 30% ideální váhy je tato možnost jen při dobré motivaci, kooperativní rodině a krátkém trvání onemocnění. Je nutné časté monitorování úspěšnosti léčby i váhy (jednou týdně i častěji).*“

Rodinná terapie

„Nejtypičtější situací v praxi rodinné terapie je setkání několika členů rodiny s terapeutem, při kterém se účastníci snaží rozhovorem vyřešit problém, který se týká jich všech“ (Gjuričová, Š., Kubička, J., 2009, s. 17). Rodinná terapie se volí především u mladých pacientů a dále poté u pacientů, kteří žijí se svou rodinou. Je třeba, aby se členové rodiny seznámili s poruchou příjmu potravy, kterou jedinec trpí. Musí se také naučit, jak zacházet se svým dítětem. Postupem času kvůli nemoci mohou vznikat konfliktní situace, které zapříčiňují zhoršení vztahů mezi členy rodiny. Jako příklad lze zmínit situaci, kdy nemocnou dívku rodiče nutí do jídla a ona jim lže, že dané jídlo snědla, přitom ho vyhodila. Poruchy příjmu potravy mohou být také zapříčiněny dysfunkčními vztahy v rodině, je tedy třeba pomocí rodinné terapie zjistit, jak na tom daná rodina je (Garner, D., M. in Krch, F., D. a kol. 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie

J. Praško a P. Možný (in Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., 2007) tvrdí, že název této terapie je složen z anglického slova „behavior“, což znamená chování nebo také jednání. Terapeuti tedy sledují chování jedince v nějaké problémové situaci a snaží se zjistit, čím je toto chování podmíněno. Slovo kognitivní pochází z anglického „cognition“, což znamená poznání nebo vědomí. Kognitivní tedy znamená přijímání a zpracování informací z našeho okolí. Kognitivní terapeuti se snaží změnit myšlení pacienta, aby si uvědomil své patologické chování či postoje.

„Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální KBT je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážně příznaky“ (Garner, D., M. in Krch, F., D. a kol., 2005, s. 128).

„Cílem terapie není dokonalé tělo ani stoprocentní spokojenost s tělesným vzhledem. Člověk může být nespokojený se svým tělem a žít bezpečně. Může mít výhrady ke svému tělu a být úspěšný, atraktivní a šťastný“ (Krch, F., D. in Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., 2007, s. 819).

Podle P. J. Coopera (2014) KBT staví na tom, že v případě poruch příjmu potravy (konkrétně bulimie) jsou hlavními faktory bránícími v uzdravení abnormální obavy

o tělesnou hmotnost a tělesné proporce. Tato terapie se tedy zaměřuje na získání kontroly nad stravováním a snížení zmíněných obav o tělesnou hmotnost. Většinou se jedná zhruba o 20 sezení za 5 měsíců.

Cílem léčby u této terapie je navození normálních jídelních návyků a překonání přehnané kontroly hmotnosti. Velice významnou roli hraje i nutriční poradenství, pomocí kterého si pacientka zvyká na jídelní režim. Je třeba anorektičkám stále připomínat, že jejich hlavním cílem je přibírat. Pacientka si má osvojit, že je přirozené se někdy cítit přejedená nebo sníst něco nezdravého, a že se může přiměřeně kontrolovat v jídle (na rozdíl od přehnané anorektické sebekontroly). V případě bulimie je důležité společně s pacientkou najít faktory, které spouštějí přejídání, a následně se zaměřit na jejich kontrolu a eliminaci. Je třeba nemocným zdůrazňovat pravidelný jídelní režim. Jsou to 3 hlavní jídla a 2 svačiny, anorektičky by měly mít i druhou večeři, aby začaly přibírat rychleji. U anorektiček se také omezuje pohybová aktivita, na kterou byly zvyklé (Krch, F., D. in Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., 2007).

Motivační terapie

Tato terapie je zaměřena na klienta, používá se také u obezity či alkoholové závislosti a je obvykle krátkodobá. Pro PPP je tento terapeutický koncept velice významný, je třeba nemocného motivovat k uzdravení a těmto postupům lze naučit i rodinu v rámci rodinné terapie. Důležitá je také takzvaná psychoedukace, která spočívá v poučení nemocného o jeho poruše, o následcích hladovění, o možnostech léčby a léčebných postupech (Papežová, H. in Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., 2015).

Interpersonální terapie

Tato terapie se přímo nezaměřuje na problémy s jídelním chováním. V první fázi dochází k hledání problémů v mezilidských vztazích, které vedly k rozvoji poruchy. Následuje druhá část, ve které se uzavírá smlouva mezi klientem a terapeutem o tom, že budou společně pracovat na těchto interpersonálních problémech (Garner, D., M. in Krch, F., D. a kol., 2005). Podle H. Papežové in L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger (2015) ve třetí fázi této terapie dochází k vyústění celé terapie a celkovému ukončení.

Svépomoc

V dnešní době existuje mnoho svépomocných manuálů pro lidi trpící PPP. Tyto manuály jsou založeny na kognitivně-behaviorální terapii. Svépomocné manuály a svépomocné aktivity jsou účinné hlavně v začátcích onemocnění, předtím, než se porucha úplně projeví (Papežová, H. in Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., 2015).

Shrnutí

Poruchy příjmu potravy jsou stále aktuálním tématem, které se týká celé naší společnosti. Jedná se o primárně duševní onemocnění, které postihuje hlavně dívky v období puberty a adolescence. Vznik poruchy příjmu potravy je podmíněn hned několika faktory (rodinné, osobnostní, biologické) a nemoc samotná ovlivňuje člověka jak po fyzické, tak i psychické stránce. Jedná se o onemocnění, které má většinou dlouhodobé trvání a může se rozvinout až do chronického stádia, kdy nemocná přijme poruchu příjmu potravy jako svůj životní styl. Poruchy příjmu potravy v některých případech zanechávají následky na celý život a v nejhorších případech dojde až k sebevraždě. Je tedy třeba neprodleně vyhledat pomoc odborníků a zahájit léčbu, která je v dnešní době vyspělá. Z terapií se za účinné považují rodinná terapie, kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie nebo motivační terapie.

2 Život s PPP

2.1 Rodina a jedinec s PPP

„Postoj zdravých lidí k jedinci s poruchou příjmu potravy bývá ambivalentní. Obvykle se mu snaží pomoci, ale zároveň mají zlost, že dělá takové nesmysly a sám sobě škodí. Cítí se bezmocní a jejich úzkost někdy vede ke zkratkovitým rozhodnutím, jejichž důsledky mohou ještě více zhoršovat rodinné klima (násilné krmení)“ (Vágnerová, M., 2014, s. 436). Pro laiky bývají poruchy příjmu potravy nepochopitelným onemocněním, často bývají bagatelizovány a hodnoceny jako hloupost dané osoby. Když dívka hubne už velice výrazně, okolí znejistí a dochází k hledání příčiny dívčina nezvyklého chování a také k pocitu viny (Vágnerová, M., 2014).

Rodina má významný vliv na jedincův vývoj, socializaci i osobnost. Dysfunkční rodinné vztahy mohou být samozřejmě považovány za spouštěcí faktory poruch příjmu potravy či jiných psychosomatických onemocnění (Vágnerová, M., 2012). V rodině jedince s PPP často dochází k narušení vzájemných vztahů a vazeb mezi členy rodiny, to má za důsledek následnou izolaci jedince od svého okolí (Vágnerová, M., 2014). Tyto vypjaté vztahy se v rámci intervence poruch příjmu potravy řeší rodinnou terapií, kde se terapeut snaží o vzájemné pochopení obou stran a urovnání vypjatých vztahů. Rodina také sehrává významnou roli při možném suicidálním jednání (pokus o sebevraždu) u nemocných. J. Koutek (in J. Koutek, J. Kocourková, 2007, s. 66) uvádí, že *„nezřídka je suicidální jednání reakcí na nucení do jídla nebo do terapie.“* Rodiče někdy mohou sebevražedné myšlenky ignorovat nebo nebrat vážně, je nezbytné toto jednání nepodceňovat a okamžitě vyhledat pomoc kompetentních odborníků (Koutek, J. in Koutek, J., Kocourková, J., 2007).

F. D. Krch (2010) uvádí, že rodiny jedinců s poruchou příjmu potravy většinou kladou nepřiměřené nároky na jedince a jeho sebekontrolu nebo naopak je jedinec vychováván stylem, kdy si může dělat, co chce. Pokud se náznaky poruchy objeví, není vhodné problém ignorovat, naopak je třeba ho včas začít řešit. M. Vágnerová (2012, s. 478) tvrdí, že *„nemocní jsou psychicky i somaticky ohroženi, a proto potřebují péči lékaře. V krajním*

případě je třeba ji zajistit proti vůli nemocného, protože mentální anorexie může vést i ke smrti (5% anorektických dívek umírá).“

Podle F. D. Krcha (2010) je žádoucí, aby členové rodiny nespolehnali na to, že lze dívce anorexii vymluvit. Je třeba vyhledat odbornou pomoc a být důsledný co se týče denního režimu dívky. Rodina nesmí přistoupit na různé výmluvy, které se týkají jídla (dívka nemůže jíst, už jedla atd.). Členové rodiny si dále musí uvědomit, že rodina sama o sobě neléčí poruchu, ale může pomoci k vytvoření příznivých podmínek pro uzdravení dívky. Rodiče si musí také uvědomit, že je důležité, i přes všechny problémy, být pozitivní. To znamená radovat se z drobných úspěchů, nemluvit stále jen o problémech a zajímat se o nemocnou i v jiných oblastech, než jen co se týče její nemoci. I přes častá zklamání je velice podstatné neustále věřit, že to půjde. Vzájemná důvěra mezi rodiči a nemocným jedincem znamená, že rodiče například nebudou dívku stále kontrolovat a domluví se určitá pravidla, která se budou oboustranně dodržovat.

Skupiny pro rodiny

Je velice žádoucí, aby rodiny jedinců s PPP pochopily poruchu příjmu potravy a uměly se v ní orientovat. Existují tedy skupiny přímo pro rodinné příslušníky nemocných, které napomáhají k pochopení poruchy a také k zvládnání různých situací spojených s poruchou. V těchto skupinách se sdružují příslušníci rodin a také přátelé nemocných. Je zde tedy prostor k vzájemnému sdělování zkušeností a zážitků. Rady, které nepřicházejí přímo od odborníků, ale od lidí, kteří si prožili podobné věci, jsou velice cenné. Ve skupinách je přítomný terapeut, který debatu koordinuje. Rodiče vyprávějí postupně o svých dětech anebo se skupina věnuje pokaždé jinému tématu, o kterém se následně debatuje. Je důležité, aby u rodičů došlo k ujištění, že za propuknutí nemoci nenesou vinu oni, poté dochází k lepší kooperaci rodičů s odborníky. Skupiny pro rodiny nemají za úkol nahradit rodinnou terapii, která je v léčebném procesu nepostradatelná (Krch, F., D., 2005).

F. D. Krch (2005, s. 207) tvrdí, že *„významným tématem rodičovských skupin jsou jídelní postoje a návyky celé rodiny, které je často třeba změnit. Obvykle je vhodné, aby rodina jedla společně, aby si pacientka přestala připravovat své jídlo a akceptovala rodinný jídelníček, aby rodiče sami nedrželi diety (aby snídali, obědvali i večeřeli)...“*

Matka

Matky často mají tendenci tíhnout ke kultu štíhlosti a dodržovat tak různé diety. Dívka vidí u své matky její chování a převezme ho, protože si myslí, že je to tak správné. Některé matky omezují své dcery v jídle už od útlého věku, protože nechtějí, aby byly později tlusté. Výsledkem může být naopak dívčina zvýšená touha po zakázaných potravinách. Hrozí zde tedy utajené přejídání a následný pocit provinění a tendence se jídla ze žaludku zbavit. Matka musí nejdříve pochopit svůj postoj ke štíhlosti a rozhodně nenutit dceru do žádných diet a už vůbec nemít nemístné poznámky na její vzhled zejména v období dospívání. Je třeba podporovat dívčino sebevědomí a přijetí sebe sama (Cassuto, D., Guillou, S., 2008).

Otec

„Skutečnost, že dcera trpí některou z forem poruchy příjmu potravy, bývá pro otce více překvapivá než pro matku. Doba, za kterou otec tento fakt vezme skutečně vážně a přijme jej, také bývá delší“ (Černá, R., 2012, s. 18). Se zjištěním o patologickém jídelním chování za otcem zpravidla přichází matka. Otec má snahu řešit problém autoritativně a nastolit tak pořádek, city dívky většinou nebere moc v potaz. Otcové potřebují konkrétní rady, jak s dívkou komunikovat a jak se k celé situaci stavět. Když se v situaci zorientují, teprve mohou být nápomocní v procesu směřujícím k uzdravení. Otec si během dceřiny nemoci prochází mnoha fázemi, kdy dochází ke vzteku, hádkám a poté k radosti při malém zlepšení. Záleží, jak se porucha příjmu potravy vyvíjí a jaký otec k celé situaci zaujme postoj. Je třeba, aby se dceři dostávalo podpory a motivace i z jeho strany. Pokud dcera nespolupracuje, mají rodiče možnost k takzvané nedobrovolné hospitalizaci, kterou mohou uskutečnit, pokud nemocné ještě nebylo 18 let (Černá, R., 2012).

Partner

Partner dívky s poruchou příjmu potravy má na rozdíl od otce možnost volby, zda s dívkou zůstane nebo ne. Nejlepší variantou je, pokud partner vstupuje do vztahu a ví, co porucha příjmu potravy obnáší a jaký to má na dívku vliv. To, jak se partner s nemocí vyrovná, určuje věk a také délka samotného vztahu. Pokud je vztah stabilní a partneři se navzájem dobře znají, je dobrá šance, že zvládnou i tuto situaci. Nebezpečné je, když partner začne mít pocit, že musí převzít nad dívčíným životem kontrolu a rozhodovat za ní. Dívka samozřejmě musí přebrat zodpovědnost sama za sebe

a hlavně za svou nemoc, jinak k uzdravení nedojde. Dalším rizikem bývá manipulace ze strany nemocné, kdy partner má tendenci jí ve všem ustupovat a podřizovat se (Černá, R., 2012).

Podle R. Černé (2012) pokud dojde ke chronizaci onemocnění, partner má většinou tendenci rezignovat. Jeho myšlenky směřují k nalezení zdravé partnerky, s kterou by neměl takové problémy. Na druhou stranu zase nechce zklamat a bojí se osobního selhání. Často dochází u partnerů k pocitu viny, když se s dívkou rozejdou, a následně se k ní zase vrací.

Přátelé

Přátelé jsou dalšími důležitými osobami v životě jedince s PPP. Mohou to být leckdy právě oni, kdo si všimnou, že je s dotyčnou něco v nepořádku. Často se stává, že kamarádka nemocné je nucena slíbit, že o jejích problémech nikde nebude hovořit. Je nutné si uvědomit vzniklý problém a začít ho v zájmu nemocné řešit. Na místě je rozhovor s dívkou o jejích problémech. Reakce při takovém rozhovoru mohou být různorodé, je nutné, aby kamarádka dala najevo, že jí na nemocné záleží a že je třeba vzniklou situaci řešit s odborníky a rodiči (Maloney, M., Kranz, R. 1997).

Pro jedince s poruchou příjmu potravy bývá obtížné udržovat přátelské vztahy. Příčinou bývá zejména nevhodné jídelní návyky nemocných a také strach z jídla. Tyto okolnosti je poté dostávají do nepříjemných situací. Pro nemoc je dále typické uzavření se do sebe, tudíž jedinec nemá chuť se svěřovat svým přátelům a raději je sám se svými myšlenkami. Cesta k uzdravení tedy pro jedince znamená i obnovení přátelských vztahů. Když si jedinec najde někoho, s kým se může pravidelně setkávat a chodit do společnosti, napomůže to významně k jeho psychické pohodě (Krch, F., D., 2003).

Podle F. D. Krcha (2010) by se přátelé v přítomnosti nemocné měli chovat normálně a dát jí tak možnost zvykat si na okolní svět. Nemocná nepotřebuje žádného rádoby odborníka, který jí bude radit, co má dělat, ale někoho, s kým bude chodit do společnosti. Někdy je třeba nemocnou vyslechnout a odkázat jí na odborníka nebo navrhnout jinou alternativu, jak její problém řešit. I na takové situace musejí být přátelé anorektiček a bulimiček připraveni.

2.2 Organizace pomáhající jedincům s PPP

Organizace, které jsou určené jedincům s PPP, nepomáhají jen jim, ale také rodinám nemocných. Kromě psychiatrických klinik může jedinec hledat pomoc i na jiných místech. Mezi nejznámější organizace zaměřující se na PPP patří bezesporu Anabell, dále nutno upozornit také na Svépomocnou asociaci léčení psychogenních poruch příjmu potravy. Nelze opomenout ani anonymní internetové programy, linku důvěry a krizová centra.

Anabell

„Centrum Anabell vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy i jejich blízkým. V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell v Brně (sídlo organizace), v Praze (včetně služeb pro obyvatele Středočeského kraje v Kladně) a v Ostravě“ (Centrum Anabell, ©2002–2016 [online]).

V týmu Anabell najdeme nutriční terapeutky, sociální pracovníky, psychology, terapeutky a další. Všichni pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí a jsou povinni chovat se tak, aby nezpochybnili lidskou důstojnost. Dále jsou pracovníci povinni chránit soukromou dokumentaci pacientky, a pokud bude potřeba soukromé informace někde uveřejnit nebo s někým sdílet, vždy musí pracovník mít písemný souhlas pacientky (Centrum Anabell, ©2002–2016 [online]).

Organizace nabízí pro jedince s PPP internetovou poradnu, kde je zaručena anonymita a odborné rady od odborníků. Dále je zde Linka Anabell, kam mohou nemocní zavolat a svěřit se se svými problémy. Anabell samozřejmě poskytuje odborné poradenství včetně nutričního a také terapie přímo v sídle organizace. Samozřejmostí je i svépomocná skupina pro blízké nemocných vedená psycholožkou a v neposlední řadě možnost dobrovolnické činnosti (Centrum Anabell, z. s., ©2002–2016 [online]).

Anabell se také angažuje v různých projektech, aktuální projekt pro rok 2015/2016 se jmenuje „Vím, proč jím“. Cílem tohoto projektu je pomoc lidem s PPP, aby se nebáli vyhledat odbornou pomoc, dalším cílem je podpora nemocných a jejich navrácení do běžného společenského života. Tento projekt je realizován pomocí video kampaně, sérií přednášek o jídle a webové stránky Knihovna Anabell (Centrum Anabell, ©2002–2016 [online]).

Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy

Podle zahraničního vzoru byla tato asociace v roce 1992 založena i u nás. Tato organizace podporuje například různé skupiny pro rodiče, přátele a partnery nemocných. Zajišťuje také další vzdělávání terapeutů, kteří se specializují na poruchy příjmu potravy. Mezi další aktivity organizace patří také pořádání konferencí na téma poruchy příjmu potravy a zajišťování preventivních programů pro školy. Asociace dále pomáhá ke zlepšení podmínek na místech, kde jsou pacientky s PPP hospitalizovány nebo tam ambulantně dochází. Členy asociace jsou odborní pracovníci, dobrovolníci ale také bývalé pacientky a jejich příbuzní (Papežová, H. in Papežová H. ed. et al. 2010).

Na stránkách asociace dívky mohou najít informace ohledně léčby. Je možné také využít lůžkového oddělení v rámci Centra pro léčbu poruch příjmu potravy. Zde jsou pacientky hospitalizovány, uskutečňují se různé terapie a pacientky si také vedou deník pod dohledem odborníků. Nabízí se také ambulantní stacionář pro jedince s PPP. Podmínkou přijetí je zde BMI 16 a více a platí se 55 Kč na den. Program je téměř totožný jako na lůžkovém oddělení, pouze zde pacientky nespí a odejdou po terapiích domů (Svépomocná asociace poruch příjmu potravy ©2013 [online]).

Program ProYouth

ProYouth je internetový program pro jedince trpící poruchou příjmu potravy. Člověk se zde anonymně zaregistruje a nalezne informace týkající se PPP. Díky tomuto programu mohou nemocní jedinci potkat osoby s podobnými potížemi a popovídat si s nimi. Na diskuzním fóru jsou také přítomni odborníci, kteří odpovídají na různé dotazy. Mimo jiné jsou zde k dispozici informace ohledně odborných pracovišť, kam mohou jedinci jít hledat pomoc. Tento program je zcela anonymní a bezplatný (Papežová, H., Hanusová, J., 2012).

Linka důvěry

M. Maloney a R. Kranzová (1997, s. 123) uvádějí, že „*linka důvěry je pracoviště, které je možné kontaktovat prostřednictvím telefonu. Bývá buď součástí krizového nebo psychoterapeutického centra či poradny, nebo je to samostatné pracoviště.*“ Z. Štichová (in D. Vondráčková a kol, 2002, s. 453) uvádí, že „*klientky trpící anorexií na linku důvěry téměř nevolají, popření a nerozpoznání nemoci patří do obrazu této poruchy. Častěji zavolají rodiče či přátelé nemocného.*“ V případě, že volají nemocné

osobně, častěji to bývají dívky trpící bulimií. Je důležité ocenit dívčinu statečnost a motivovat jí k dalším krokům vedoucím k léčbě. Pracovníci linky důvěry informují a podporují jedince s PPP, rozhodně ho neléčí nebo mu nedávají podrobné odborné rady, co má dělat. Pokud zavolají rodiče nemocné, pracovníci se snaží vysvětlit, co porucha příjmu potravy obnáší a také zmírnit úzkost rodičů. Pokud je dceřin úbytek váhy významný, je třeba rodiče odkázat na lékařskou pomoc. Dále se také doporučuje rodinná terapie jako prostředek ke zlepšení komunikace mezi rodiči a nemocným jedincem (Štichová, Z. in Vondráčková, D. a kol, 2002).

Konkrétně v Praze existuje Linka důvěry RIAPS, která je pro dospělé, dále Linka důvěry mládeže RIAPS, Centrum krizové intervence a další. V Brně funguje například Linka naděje a Modrá linka (pro mládež). Linky důvěry lze nalézt samozřejmě i v několika dalších městech České republiky (Maloney, M., Kranzová, R. 1997).

Krizové centrum

„Krizové centrum je pracoviště zaměřené na pomoc lidem v naléhavých životních situacích“ (Maloney, M., Kranzová, R. 1997, s. 124). Krizová centra jsou poměrně snadno dostupná, proto bývají častým útočištěm dívek s PPP. Pracovníci v těchto centrech dodržují citlivý přístup ke klientům, protože mnohdy bývají první osobou, které nemocná svěří svůj problém. Často sem docházejí dívky v chronickém stádiu poruchy, protože se bojí nemocničního prostředí. V tomto případě je důležité namotivovat je, aby vyhledaly lékařskou pomoc. Pokud je patologické jídelní chování ve svém počátku a je spojeno například s krizí dospívání, je možné vzít pacientku do péče a domluvit si s ní několik sezení. Pokud se během těchto sezení zjistí, že u klientky přetrvávají potíže s příjmem potravy a její osobnost je komplikovaná, musí ji terapeut motivovat k vyhledání lékařské pomoci (Štichová, Z. in Vondráčková, D. a kol, 2002).

V Praze sídlí Dětské krizové centrum, Centrum krizové intervence a další. V Brně najdeme Centrum pro rodinu a sociální péči. Dále se krizová centra vyskytují například v Liberci, v Olomouci a tak dále (Maloney, M., Kranzová, R. 1997).

2.3 Osobnost jedince s PPP

Bulimičky a anorektičky jsou jejich nemocí doslova ovládány. Porucha má vliv na zdravotní stránku, protože nemocné se cítí vyčerpaně, unaveně a trpí bolestmi hlavy. Mají také nízký tlak a je jim často na omdlení. Dále trpí poruchami spánku, bolestmi

kloubů a zácpou. Konkrétně u anorexie dívky přehnaně cvičí, protože si myslí, že by se jim bez toho vytvořily nechtěné tukové polštářky. Dalším specifikem je nenávidění sebe sama a nenávidění činností, které dotyčná dřív měla ráda. Co se týče studia, nemoc významně ovlivňuje i tuto oblast. Dívka nemá chuť do učení, protože nemá náladu ani sílu. Často dokonce musí přestat se studiem, protože to už nezvládají. Vztahová oblast je také narušená. Dívky se dostávají do konfliktu s rodiči kvůli jídlu. Také přestanou sexuálně žít s přítelem, protože se cítí tlusté a stydí se za své tělo (Papežová, H., Hanusová, J., 2012).

Nemocné dívky mají často podobné povahové rysy. Jsou vysoce perfekcionistické, každé selhání těžce nesou a vyvede je to z míry. Kladou přílišný důraz na sebekontrolu a zalíbení se druhým. Jejich emoce jsou nestálé a velmi proměnlivé. V hlavě se jim tvoří touha mít morální převahu nad ostatními, která se demonstuje ovládnutím jídelního chování. Když udělají někde chybu, mají tendenci se za tento problém trestat a nenávidět. Jsou extrémně citlivé na poznámky ohledně vzhledu a na celkovou kritiku (Papežová, H., Hanusová, J., 2012).

Emoční prožívání

Anorektičky mají tendenci emoce potlačovat, nedokáží například prožít skutečnou radost. Často u nich chybí smysl pro humor a nemají téměř žádnou potřebu vyhledávat nové podněty. Jejich život je doprovázen úzkostnými stavy, změnami nálad a zvýšenou dráždivostí (Vágnerová, M., 2012). U poruch příjmu potravy se často vyskytují i deprese a depresivní stavy. Podle P. J. Coopera (2009) zejména u bulimiček dochází po přejedení k depresi a pocitu nenávidění sebe sama. Dívky mají tendenci propadat beznaději, že záchvatovité přejídání nikdy neskončí. Tyto depresivní stavy však mohou mít mnoho příčin. Je třeba tuto příčinu odhalit a odstranit. S depresí souvisí také úzkostné stavy, které se často objevují v souvislosti s přejedením. Podle F. D. Krcha (2010, s. 48) „*u anorexie a bulimie je většina depresivních příznaků nějakým způsobem spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. Anorektičky jsou nešťastné a cítí se provinile, když nedokážou stoprocentně kontrolovat příjem potravy, nebo jim kolísá tělesná hmotnost.*“

Bulimičky, u kterých došlo k přejedení, svého činu litují a projevuje se u nich taktéž hněv. Ten ventilují různými způsoby (sebepoškozování a tak dále). Nejběžnější formou trestání

sebe sama za přejedení je zvracení a užívání projímadel. Dochází tak k uvolnění napětí po záchvatu (Cooper, P., J., 2009).

Perfekcionismus

Podle P. J. Coopera (2009, s. 154) je perfekcionismus „*sklon mít vůči sobě nerealistická očekávání.*“ Zejména u bulimiček se projevuje silný pocit vlastní slabosti a selhání, když dojde k přejedení. Dívky chtějí vypadat perfektně a přejedení jim tuto vizi narušuje. (Cooper, P., J., 2009). Mnoho bulimiček má nutkání alespoň něco ve svém životě kontrolovat, proto bývají většinou puntičkářky. To se projevuje například častým uklízením určitých prostor (Krch, F., D., 2003). Anorektické dívky mají zase vysoké cíle, které často bývají podníceny rodiči. Ti často kladou na dívku vysoké nároky. M. Vágnerová (2012, s. 473) uvádí, že „*častý je větší důraz na výkon, potřebují neustálé sebepotvrzování úspěchem, jsou závislé na pozitivním hodnocení. Bývají velmi aktivní, sportovně zaměřené, tyto aktivity lze hodnotit jako jeden z projevů potřeby ovládat vlastní tělo.*“

Anorektičky a bulimičky jsou většinou inteligentní a ve škole úspěšné studentky. Co se týče studia, jsou velice snaživé, dosahují dobrých výsledků a učení věnují hodně času. Jejich svědomitost jim často zaručuje dobré známky a školní úspěchy. Dívky neumějí zvládat neúspěch, ten berou jako osobní selhání, proto se mu snaží ze všech sil vyhnout (Vágnerová, M., 2012).

Sebepojetí

I přes četné úspěchy ve škole, nemocné mají nízké sebevědomí a jsou k sobě přehnaně kritické. Konkrétně u anorektiček se projevuje zvýšená potřeba sebekontroly a sebeovládání (u bulimiček chybí) (Vágnerová, M., 2012). U dívek je patrné zkreslené vnímání vlastního těla, kdy mají neustále pocit, že jsou tlusté a kvůli tomu nikdy nemohou být společensky úspěšné. Bulimičky a anorektičky mají pocit, že když nebudou štíhlé a krásné, nikdo je nebude mít rád (Krch, F., D., 2010).

Vztahy

Když se nemoc u jedince plně vyvine, může to mít pro něj důsledky, které dotyčný bere pozitivně. Tímto pozitivem pro nemocné nejčastěji bývá, že se o ně okolí zajímá a jsou náhle středem pozornosti. F. D. Krch (2010, s. 31) uvádí, že „*bolest a další nepříjemné*

pocity zvyšují citlivost nemocného i na jiné podněty a posilují soustředění se na vlastní osobu. Nemocný člověk bývá stále více sebestředný, vyžaduje zájem a pozornost okolí. Zvyká si na to, že se jeho okolí o něj zajímá a že mu v určitém směru ustupuje.“

M. Vágnerová (2012) uvádí, že co se týče vztahu ke svému okolí, jsou dotyčné dívky spíše uzavřené do sebe a ve vztazích nejisté. Dívky zpravidla mají málo kamarádek a to i z toho důvodu, že neunesou kritiku. Pokud o dívce její kamarádi řeknou něco v negativním smyslu, hned to považuje za nepřátelství. Podle F. D. Krcha (2003) kvalitu sociálních vztahů u bulimiček ovlivňuje především podrážděnost, pocit viny a celkové napětí z osobního selhání. Chůť udržovat společenské kontakty závisí na tom, zda se dívkám daří hubnout a jak jsou spokojeny se svou postavou.

Citlivým místem jedinců s PPP bývají sexuální vztahy. To, že mají snížený zájem o sex, ale není projevem sexuální poruchy. Vše pramení z nespokojenosti s vlastním tělem, s pocitem nepřitažlivosti nebo dívka mohla být v dětství zneužívána. Některé bulimičky naopak zase mohou mít sklon k sexuální promiskuitě, protože si tak dokazují, že jsou přitažlivé. V extrémních případech se bulimické dívky uchylují k prostituci, protože už nemají peníze na jídlo (Krch, F., D., 2003).

Jídelní návyky

Dívky s poruchou příjmu potravy mají velice neobvyklé jídelní návyky. Jedí většinou v ústraní, nemají rády, když je někdo při jídle pozoruje. Začíná to držením různých diet a postupem času se může stát, že už nejedí vůbec. V některých případech dochází k sebepoškozování (řezání) a také k braní drog nebo pití alkoholu (Štichová, Z. in Vondráčková, D. a kol, 2002).

U nemocných dochází k častému měnění chutí, někdy pijí hodně kávy, jindy zas přehnaně soli nebo hodně pijí, aby zapily hlad. Extrémní důslednost se u anorektiček projevuje tím, že si za svými jídelními projevy stojí, úzkostně je dodržují a obhajují si je před ostatními. Při jídle dívky zpravidla vypadají napjatě a strnule, pokud možno se konzumaci jídla na veřejnosti vyhýbají (Krch, F., D., 2010).

U osob s PPP je možné riziko závislosti na alkoholu. Dívky mohou mít tendenci pomocí alkoholu „zapíjet“ hlad nebo zahánět strach z tloušťky. Zejména u bulimiček alkohol pomáhá k zahánění pocitu viny z přejídání. Může se tedy stát, že dívka sklouzne k dalšímu závislostnímu chování. Osoby s PPP jsou náchylné i k závislosti na drogách jako je

například marihuana, která snižuje sebekontrolu a mění chuť k jídlu. V souvislosti se závislostním chováním mluvíme také o možných krádežích. Zejména bulimičky utratí mnoho peněz za jídlo, a když už nemají dostatek peněz, mohou se uchýlovat ke krádežím. Jako když závislý potřebuje svojí drogu, je mu jedno, jak jí sežene (Krch, F., D., 2003).

2.4 Prevence

Prevence je nezbytnou součástí péče o jedince s PPP. Podle H. Papežové (in H. Papežová ed. et al., 2010, s. 311) „s nárůstem mediálního vlivu na mladou generaci a rostoucím dopadem nových technologií, hlavně internetu, je úkol vytvořit kvalitní a účinnou prevenci stále nesnadnější.“ Zvýšené riziko nemoci je samozřejmě u dívek, které nějakým způsobem nejsou spokojeny se svojí postavou a celkově samy se sebou. Je těžké proti tomuto bojovat, protože ideál krásy je přítomen všude v médiích. Tento ideál udávají modelky s dokonalými postavami. V Itálii v rámci osvěty a prevence vznikla kampaň s názvem „Ne anorexii“. Dívka trpící anorexií, vážící pouhých 31 kg se nechala vyfotit na billboardy, aby byla odstrašujícím příkladem pro všechny, kdo se snaží zhubnout a držet drastické diety. Na internetu se v hojném počtu také objevují blogy, které podporují anorexii nebo bulimii. Dívky se zde navzájem podporují v držení diet a hubnutí. Nelze však úplně zabránit vzniku takovýchto nebezpečných internetových stránek (Papežová H. in Papežová H ed. et al., 2010).

Seznámení s riziky držení diet a obecně s PPP je součástí osnov základních a středních škol. Aby prevence byla účinná, musí o rizicích být poučeni všichni včetně rodičů (Hall L., Cohn, L, 2003). Důležité je předávat pozitivní hodnoty mladistvým. Tyto hodnoty spočívají ve vstřípení faktu, že člověk musí mít pozitivní sebehodnocení a že úspěch není podmíněn krásou a dokonalostí. Mladiství se musí naučit sami rozhodovat, co je podstatné a co ne. Je třeba podporovat pozitivní vnímání sebe sama a nemluvit stále jen o váze a jídlu. Děti s nadváhou jsou také často obětmi šikany od vrstevníků. Toto chování musí být včas podchyceno, protože u dítěte, které je šikanováno kvůli zevnějšku, se snadno může vyvinout některá z PPP (Papežová H. in Papežová H. ed. et al., 2010).

Prevence relapsu

„Relaps znamená opětovné objevení příznaků po uzdravení se z poruchy příjmu potravy“ (Polanská, M., Sladká Ševčíková, J., Švédová, J., 2008, s. 4). U PPP je uzdravení jen zřídka úplné. Proto také často dochází k relapsu některých příznaků poruchy. Pro úspěšnou léčbu je tedy třeba relapsu předejít. Aby nedošlo k navrácení některých

symptomů PPP, je třeba, aby u jedinců došlo k nárůstu a následnému udržení optimální hmotnosti. Důležitý je samozřejmě pravidelný jídelní režim a přiměřený pohyb. Dalším bodem prevence relapsu je zvládnání stresu jinými způsoby než hladověním či zvracením. Stres je totiž nejčastější příčinou relapsu PPP. Stres se dá eliminovat tak, že se dívka naučí přijmout sebe sama, bude pravidelně odpočívat a nebude na sebe vyvíjet takový tlak. Jedinec hlavně nesmí nic vzdávat, pokud se v léčbě něco nepodaří, a nebát se začít znovu (Polanská, M., Sladká Ševčíková, J., Švédová, J., 2008).

P. J. Cooper (2014) popisuje 6 jednoduchých kroků, kterými by se osoba měla řídit, aby nedošlo k rozvinutí nebo relapsu PPP:

1. **Sledování** – Zaznamenávání si jednotlivých jídel během dne.
2. **Sestavení jídelního plánu** – Do záznamů zařadit všechny druhy potravin.
3. **Naučit se zasáhnout** – Dokázat předejít záchvatovitému přejídání.
4. **Řešit problémy** – Vyrovnat se s problémy, které způsobují PPP.
5. **Zrušit diety** – Postupně jíst všechno a necítit se provinile.
6. **Změnit myšlení** – Nalezení příčiny potíží a její následné odstranění.

Jídelní režim: „*Funkce živého organismu závisí na složení a množství potravy, které by mělo být přizpůsobeno jeho potřebám a podmínkám, ve kterých žije. To znamená, že jíte, co je právě k dispozici, že jíte pravidelně, že přizpůsobujete svůj jídelníček a jídelní režim světu, ve kterém žijete*“ (Krch, F., D., 2003, s. 69). Velice důležité je nevynechávat žádné hlavní jídlo z jídelníčku a popřípadě ho nenahrazovat jogurty, ovocem nebo zeleninou. U anorexie se doporučuje jíst větší porce, pomalu rozšiřovat jídelníček o zakázaná jídla a také jíst to, co ostatní. Je dobré se vyhnout manipulaci s jídlem a prostě jíst to, co je zrovna k dispozici (Krch, F., D., 2010). Pokud je dívka například vysokoškolačka, připadá v úvahu znovu začít chodit menzy s ostatními vrstevníky. Tak se navodí normální jídelní režim během dne. Správně jíst neznamena jíst méně, ale jíst přiměřeně a ve správnou dobu (Krch, F., D., 2003).

Pokud se objeví nutkání na zvracení, dívka si musí sama sobě říci, že si jídlo povolila. Zprvu bývá velice těžké ovládnout sebe sama, aby nedošlo k odebrání se na toaletu. Pomáhá, když dotyčná dívka jí svou porci ve společnosti další osoby, která může zabránit odchodu na toaletu a vyprázdnění žaludku. K tomuto zabránění nedochází fyzicky, ale dívka se před ostatními zpravidla stydí jít zvracet a samozřejmě nechce zklamat své okolí (Krch, F., D., 2010). Významným krokem k uzdravení je zbavení se provinění ze

sněžení nějakého tučnějšího jídla a zapomenout na počítání kalorií (Polanská, M., Sladká Ševčíková, J., Švédová, J., 2008). U bulimiček je úzkost z pozřené jídla zásadní problém, který se musí postupně odstraňovat. Pro začátek je dobré vytvořit si seznam, které potraviny jsou pro dívku „nebezpečné“ a které nezpůsobují pocit viny. Postupem času si pak dotyčná přidává do svého jídelníčku další a další potraviny, které jí dříve navozovaly pocit viny za jejich pozření. Časem tedy dojde ke konzumaci všech potravin a jídel ze seznamu. Takto vzroste dívčina sebedůvěra a strach z jídla postupně zmizí (Hall, L., Cohn, L., 2003).

Podle Z. Grofové (2007, s. 157) „*je velmi důležité, co jíme, kolik toho jíme a jaké je denní rozložení příjmu. I konzumace pouze zdravých potravin ve velkém množství může vést ke zdravotním obtížím.*“ F. D. Krch (2010) uvádí, že pro vyváženost stravy je třeba, aby se skládala z bílkovin, sacharidů i tuků. L. Hall a L. Cohn (2003) dodávají, že nepostradatelné jsou také uhlohydráty, vitamíny a minerály. Uhlohydráty jsou podstatné pro fungování červených krvinek a dodávají energii. Najdeme je například v celozrnných těstovinách. Bílkoviny najdeme v živočišných produktech, obilovinách a luštěninách. Jsou také dobré jako zdroj energie. Pomocí tuků se zase rozpouštějí vitamíny rozpustné v tucích. Tuky najdeme například ve slunečnicových semenech. Odborníci doporučují jíst 3 hlavní jídla denně a k tomu 2 až 3 svačiny. Počítat kalorie je zbytečné a konkrétně u bulimie jedinci musí jíst, pokud pocíťují fyziologický hlad a ne jen chuť nebo nutkání se přejíst. Co se týče vyvážené a zdravé výživy, doporučuje se vyhledání nutričního poradce, který pomůže dotyčnému na stravu si navyknout a podá mu potřebné informace.

Pitný režim: Optimální denní příjem tekutin je 2 až 3 litry (Polanská, M., Sladká Ševčíková, J., Švédová, J., 2008). Je nutné mít na paměti, že pitný režim začíná ráno a trvá po celý den. Není správné vypít hodně tekutin najednou, ale pitný režim musí probíhat během celého dne. Základní tekutinou je čistá voda, která je neoptimálnějším řešením, jak doplňovat tekutiny do těla. Sladké nápoje je dobré zařazovat do pitného režimu jen občas, například na doplnění energie, pokud se jedinec cítí slabý. Nejdeálnější variantou je pití minerálních vod, které jsou organismu prospěšné (Grofová, Z., 2007).

Pohyb: „*Pohyb je samozřejmou součástí lidského života a v současném pohodlném světě často chybí. Vše lze ale přehánět, zvláště když se do toho vloží úzkost*“ (Krch, F., D., 2010, s. 143). U lidí s PPP se pohyb stal pouze prostředkem k tomu, jak se zbavovat kalorií. Správným krokem je uvědomění si, že pohyb je zdroj relaxace, uvolnění a radosti.

Zejména u anorektiček je nutné pohyb omezit, pokud chtějí přibrat na váze. Dalším důležitým krokem je přestat nadměrným pohybem snižovat vnitřní napětí z toho, že dotyčná snědla něco, co si zakázala (Krch, F., D., 20010).

Způsob myšlení: L. Hall a L Cohn (2003) uvádějí, že „*lidé s poruchou příjmu potravy jsou přímo zaplaveni negativními myšlenkami a ty jejich zhoubné chování udržují.*“ Cestou k úspěchu a k prevenci relapsu je změna způsobu myšlení. Jedinci se musí snažit své negativistické myšlení změnit na pozitivní. Jedním ze způsobů jsou různé relaxační techniky nebo meditace, kdy lze dosáhnout vnitřního klidu. Příznivě působí udržování společenských kontaktů a naučit se sebeúctě.

Shrnutí:

Pro jedince s PPP je velice důležitá pomoc od okolí. U této nemoci sehrává důležitou roli rodina a nejbližší, protože jejich podpora a participace na uzdravení je nezbytná. Nemocný nikdy na svůj problém nesmí zůstat sám, i když je to mnohdy nesnadné. Pomoc pro jedince s PPP přichází i ze společnosti v podobě různých organizací, z nichž nejznámějším je bezesporu Anabell. Pokud se nemocný dostane do problémů, je mnoho míst, kam může jít hledat pomoc. Pokud chce zůstat anonymní, stačí zavolat na linku důvěry nebo se na internetu přihlásit do anonymního preventivního programu. Celková osobnost jedince s PPP je velice komplikovaná a často se zde vyskytují podobné rysy (perfekcionismus, úzkostnost). Tyto problémy je nutné řešit s odborníky. Jako nejúčinnější prevenci PPP lze stanovit obecnou informovanost a osvětu. Pro prevenci relapsu je nutné dodržovat určitý denní režim a ovládnout svoje negativní myšlenky. Je to dlouhá cesta, ale výsledek stojí za to.

3 Vliv poruchy příjmu potravy na kvalitu života

3.1 Stanovení výzkumného cíle a metodologie výzkumu

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je zkoumat vliv poruchy příjmu potravy na kvalitu života jedince během nemoci a po vyléčení. Na poruchu příjmu potravy je nahlíženo jako na chronické onemocnění mající vliv na celou osobnost a život člověka z dlouhodobého hlediska.

Součástí výzkumu je také formulování výzkumných otázek, které se snažíme v empirické části zodpovědět:

VO: 1. Jaký vliv má porucha příjmu potravy na život jedince v akutní fázi poruchy?

VO: 2. Jaký je život s „vyléčenou“ poruchou příjmu potravy ve smyslu chronické nemoci?

VO: 3. Jaká byla příčina vzniku poruchy příjmu potravy u naší informantky?

Praktická část této bakalářské práce má charakter kvalitativního šetření (výzkumu). P. Gavora (2010, s. 181) uvádí, že „kvalitativní výzkum je často intenzivní nebo dlouhodobý a výzkumník z něj zhotovuje podrobný zápis. Zaznamenává skoro všechno, co se v daném prostředí odehraje. Může při tom zhotovovat i audiofonní nebo obrazové záznamy, které potom analyzuje.“

Celé výzkumné šetření bylo zahájeno přípravnou fází, během které byl stanoven výzkumný problém a techniky, pomocí kterých se výzkumné šetření uskuteční. Pro získání potřebných informací směřujících k dosažení stanoveného cíle práce byl použit polostrukturovaný rozhovor (interview) s informantkou trpící poruchou příjmu potravy. P. Gavora (2010, s. 137) specifikuje, že u polostrukturovaného rozhovoru „je stanovené základní obsahové schéma a několik základních otázek. Další otázky vznikají v jeho průběhu.“ Rozhovor se uskutečňoval podle předpřipravených otázek, dále bylo třeba některé nepřipravené otázky během rozhovoru doplnit pro úplnost informací. Na základě informací získaných při polostrukturovaném rozhovoru byla sestavena kazuistika, tedy podrobný popis případu informantky, která si ve svém životě prošla poruchou příjmu potravy. Konkrétně se jedná o 39letou dívku, které byla diagnostikována mentální bulimie. Kazuistická studie obsahuje osobní a rodinnou anamnézu informantky,

informace o vzniku poruchy, informace o průběhu poruchy a také současný stav neboli chronizaci onemocnění. Pro doplnění některých informací byl použit také nestrukturovaný (nepřipravený) rozhovor s matkou informantky. Otázky z rozhovoru s informantkou jsou součástí příloh bakalářské práce. Dále součástí výzkumu bylo také studium odborné literatury a jiných odborných zdrojů pro hlubší orientaci v dané problematice.

Rozhovor probíhal v domě rodičů naší informantky, protože se zde cítí příjemně a nemá ráda zásahy do svého vlastního soukromí. Při rozhovoru bylo zachováno úplné soukromí a klidné prostředí. Informantka byla dopředu seznámena s otázkami, které byly součástí rozhovoru. Bylo jejím přáním, aby se na otázky mohla nejdříve připravit. Při odpovídání na otázky se nevyskytl žádný problém nebo negativní reakce.

Při výzkumu se dbá na etickou stránku, kdy je zaručena anonymita informantky a její rodiny na základě změny křestního jména dívky.

3.2 Charakteristika informantky

Rozhovor pro sepsání kazuistiky poskytla dívka, která v minulosti trpěla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální bulimií. O její poruše nelze úplně mluvit v minulém čase, protože má na dívku stále negativní dopady a ovlivňuje kvalitu jejího života. Porucha se u ní rozvinula ve 20 letech a akutní fáze trvala dlouhých 12 let.

Agáta (jméno pozměněno z důvodu zachování anonymity informantky) je 39letá, 175 cm vysoká slečna. Pochází z malého města na jihu Čech. Při prvním pohledu na ní si všimneme výrazných lícních kostí, řídkých vlasů a především celkově drobné postavy. V obličeji je hodně bledá a nelze si nevšimnout jejich zkažených žlutých zubů. Agáta často chodí zahalená do volného oblečení, protože nechce, aby její postava byla nějak zdůrazňována. V průběhu rozhovoru měla na sobě tlustý svetr a stále si stěžovala na zimu. Po celou dobu pokládání otázek se vyjadřovala velmi kultivovaně, konkrétně a jasně. V domácím prostředí působí jako velice komunikativní a extrovertní typ, ale ve společnosti cizích lidí tomu tak není. Občas na ní bylo vidět, že se jí o nemoci těžko mluví nebo že se snad za sebe stydí, ale i přes to neměla problém s odvykládáním svého životního příběhu. Podle stylu vyjadřování lze rozpoznat, že Agáta je velice inteligentní a citlivá dívka, která si prošla mnohými nepříjemnostmi ve svém životě. I přes to, jak moc jí porucha poznamenala, se snaží být pozitivní a je smířená se svou minulostí.

Agáta zodpověděla všechny otázky a nestalo se, že by na některou z nich odmítla odpovědět nebo se vyjádřila nejasně.

3.3 Vlastní šetření–kazuistika

Rodinná anamnéza

Agátiny rodiče jsou sezdaní a žijí spolu. Agáta má jednu sestru, ta je o pět let mladší než ona. Matka má středoškolské vzdělání s maturitou se zaměřením na strojní průmysl a pracovala ve firmě na vůdčí pozici. Hodně žila prací a byla workoholička. Otec je zaměřen umělecky a věnuje se keramice v Domě mládeže. Své dětství Agáta hodnotí jako bezproblémové, s rodiči i sestrou vycházela moc dobře. Někdy jí však přišlo, že s rodiči tráví až moc času. Jezdila totiž každé léto s otcem na tábory, takže od svých tří let každé léto trávila s ním. Necítila se dobře, protože byla dcera vedoucího a děti se s ní kvůli tomu nebavily, takže byla věčně osamělá. Celkově měla Agáta v dětství jen pár kamarádek, s kterými se ale vídá dodnes.

Agátina matka v minulosti držela diety, protože po porodu hodně přibrala. Po určité době se ale smířila sama se sebou a s dietami přestala. Agáta uvádí, že na ní diety neměly žádný vliv a nikdy do nich nebyla nucena. S rodiči vždy rádi jedli společně a jedli všechny druhy potravin. Nikdo z rodiny netrpěl, ani netrpí poruchou příjmu potravy.

Rodiče na Agátu neměli přehnané nároky. Když ve škole dostala špatnou známku, nikdy se na ni nezlobili a řekli, že se nic neděje. Vkládali do ní důvěru, co se týče vysoké školy, ale tu nedodělala. Agáta cítila z jejich strany velké zklamání. Agáta přiznává, že jejich zklamání v ní vyvolávalo pocit viny a doposud se s tím úplně nevyrovnala, i když jí rodiče nikdy nic přímo nevyčítali.

Osobní anamnéza

Agáta byla plánované dítě, narodila se do úplného manželství a porod proběhl bez komplikací, s porodní váhou v normálu. Agátě je v současnosti 39 let, měří 175 cm a váží 57 kg. Co se týče váhy, dodává: „*Na váhu se bojím vlézt, proto se nevážím. Svou váhu odhaduji podle toho, jak volné nebo těsné je mi oblečení.*“ Je svobodná a žije už 20 let se svým přítelem v rodinném domě, který dostali od přítelovy babičky. Sama sebe hodnotí jako introverta, protože už od malička je raději sama než mezi lidmi. Když

je mezi blízkými osobami, je komunikativní, ale není ráda středem pozornosti. Dalším Agátiným povahovým rysem je úzkostnost a častá přítomnost stresu v jejím životě. V současnosti trpí úzkostmi, neustále má strach z něčeho neidentifikovatelného. Ráno se budí s bolestí břicha a nepříjemným pocitem. Každý negativní zážitek v sobě uchovává, zpětně se k němu vrací a trápí se. Věci si hodně bere osobně, pokud má někdo negativní poznámku na její osobu, ještě dlouho to má uvnitř sebe a je smutná. Nekouří a alkohol pije příležitostně. Co se týče zdravotního stavu, dochází na revmatologii kvůli problémům s klouby. Prášky však nebere, protože má, jak sama uvedla, negativní vztah k lékům.

Scholarita

Agáta chodila do základní školy v Táboře, která byla v té době výběrová a zaměřovala se na jazyky. Po celou dobu měla vyznamenání a byla velice snaživá studentka. V roce 1991 začala chodit na čtyřleté gymnázium do Tábora, zde nemusela vyvíjet žádnou extra snahu, protože učení jí šlo samo. Opět měla ve všech ročnících vyznamenání. Po gymnáziu se Agáta přihlásila na Filosofickou fakultu Karlovy Univerzity, kam se i po úspěšných přijímacích zkouškách dostala. Školu však nezvládala, bylo toho na ní moc a stýskalo se jí po matce. Také se neuměla učit, protože na předchozích školách jí šlo učení samo. V prvním semestru studia tedy školu opustila a vrátila se domů. Zpětně situaci hodnotí tak, že nebyla na vysokou školu připravená, ale na druhou stranu se mohla více snažit. Po odchodu z vysoké školy Agáta z matčina donucení navštěvovala psychologa, protože rodiče se s jejím odchodem z vysoké špatně smířovali. Psycholožka jim vysvětlila, že si Agáta může školu kdykoli dodělat. Agátu však neustále provázely myšlenky, že rodiče zklamala a že celou situaci měla zvládnout lépe. Tyto myšlenky jí provázejí dodnes. Po půl roce od odchodu z vysoké se tedy Agáta přihlásila na vysokou školu v Táboře, kde začala studovat speciální pedagogiku v bakalářském programu (bylo jí 20 let). Tento obor jí skutečně bavil a naplňoval. Sama dodává, že jí ta škola hodně dala a chodila tam ráda. (V této době započaly její problémy s jídlom.) Když byla v posledním ročníku, škola byla zrušena, takže Agáta nezískala titul. Měla domluvenou práci v ústavu, kam by jí vzali i bez titulu, protože tam hodně chodila na brigády. Ale po nemožnosti dokončit studium už se tomuto oboru nikdy nevěnovala.

Zaměstnání

Když Agátě bylo 23 let a zrušili jí vysokou školu, kde studovala, dostala nabídku na práci v německé firmě, která měla sídlo v Plané nad Lužnicí. Nabídku přijala, protože zde měla

větší plat, než by měla v ústavu. Vysoký plat s sebou přinášel ale i větší tlak na její osobu. V oné firmě pracovala 10 let a dokonce přímo v ní i bydlela se svým nynějším přítelem. Byla od rána do večera v práci, neměla volno ani o víkendech. Pracovali se svým přítelem na vedoucí pozici, kde společně zastupovali majitele. Odchod z firmy po několika letech byl provázen neustálými hádkami s jejím německým šéfem. Agáta uvádí, že si ve firmě hodně zlepšila němčinu a že tato práce byla přínosná. Avšak v posledních letech existence firmy měli s přítelem málo peněz a neměli skoro ani co jíst a do toho ještě řešila poruchu příjmu potravy.

Po odchodu z firmy chodila příležitostně na brigády a v současnosti nemá žádnou stálou práci. Občas chodí uklízet a pomáhat na Obecní úřad. Uznává, že by jí bavilo dělat něco v oboru speciální pedagogika, ale nemá na to vzdělání a na dodělání vzdělání už nemá sílu. Agáta dodává: „*Spíše v minulosti jsem měla přemýšlet, že si dodělám školu, která mě bavila. Ale to už je teď jedno.*“

Vznik a rozvoj PPP

Agáta se svou postavou přestala být spokojená ve dvaceti letech. Nikdy v minulosti si nepřipadala tlustá, měla dobrou postavu, protože závodně tancovala a všechny holky jí postavu záviděly. Agátiny problémy začaly, když jela jedno léto s otcem na tábor jako brigádnice v kuchyni. Na tábor přijeli pozdě a Agáta dostala vynadáno od vedoucí. V důsledku této události se v Agátě něco zlomilo a řekla si, že nebude snídat. Nejdříve tedy vynechávala snídaně a pak už i obědy. Cítila se díky tomu skvěle a přišla si výjimečná a jiná než ostatní. Začala se tedy na táboře více hlídat a vážit se, jestli zhubla. Jeden večer si dala hamburger a pamatuje si, že se cítila nechutně a musela vše jít hned vyzvracet.

Napřed tedy celkově omezila jídlo, držela hladovky, za den nesnědla téměř nic. Vždycky si pro sebe říkala: „*Tak, a od teď mám anorexii.*“ Postupem času jí začal trápit nesnesitelný hlad, který nedokázala ovládnout, a následovalo přejedení. Po přejedení si Agáta vynutila zvracení, ke kterému docházelo až šestkrát denně. Čím víc zvracela, tím víc jedla, byl to nezastavitelný koloběh. Vždycky chtěla mít anorexii a litovala toho, že jí nemá a trpí místo ní mentální bulimií. Trápilo jí, že nemá dostatek vůle.

Na začátku problémů se Agáta cítila velice šťastná. Nejedla skoro nic a rychle ztrácela na váze. Dělal jí dobře pocit, že když zhubne, bude konečně dokonalá. „*Ještě jedno kilo*

a budu perfektní.“ Představovala si, že když bude hubená, všichni si jí najednou budou všimnat a obdivovat jí. „*Když shodíš kilo, máš najednou pocit, že to všem natřeš.*“ Šťastné období ale po krátkém čase pominulo, protože hlad byl silnější a Agáta se začala přejídat a následně zvracet. Poté už si připadala strašně, protože trávila mnoho času na záchodě a neustále myslela na jídlo. Dostala se do začarovaného kruhu. Při přejídání jedla všechno možné. Deset rohlíků jí rázem bylo málo. Začala také více pít víno, aby zahнала myšlenky na jídlo a pocit hladu. Ale alkohol spíše odstraňoval zábrany a Agáta měla ještě větší touhu po jídle.

Rodiče si jejího problému ze začátku nevěšili. Trvalo to tři měsíce, než jim Agáta přiznala, že je s ní něco špatně. První člověk, kterému se svěřila, byla její matka. Ta jí ale odbyla s tím, že jí chce přidělovat jen starosti a citově ji vydírat. Nerozuměla Agátinu chování a ani se tím nechtěla moc zabírat. Otcí svůj problém Agáta sama nesdělila, ten se to dozvěděl od matky. Otec dělal, že danou situaci nevidí a bagatelizoval problém. Agáta si vzpomíná, že vždycky, když byla u rodičů na nějaké oslavě, a tam se hodně jedlo, běžela to vyzvracet domů, kde bydlela se svým přítelem. Snažila se rodiče s jídlem různě oklamávat. Rodiče ale pak už věděli, že je něco špatně, když Agáta snědla moc jídla. Bránili jí chodit na záchod, aby nezvracela. Agáta pociťovala stud za to, že hodně jí a lidí kolem ní to vidí. Snažila se před rodiči přetvařovat a dělat, že už nezvrací, přitom ale vždy doma obsah žaludku vyzvracela.

Agátin přítel v začátcích její nemoci byl velice bezradný. Chodil pro rady k Agátině matce, ale ta sama nevěděla, co dělat a ani se tím nechtěla zabírat. Partner Agátu často odnášel ze záchodu, kde ze slabosti omdlela. Někdy se s ní na záchodě doslova pral, protože chtěl zabránit vyzvracení jídla. Agáta uvádí, že jí přítel ale hodně v její nemoci pomohl. Když už nevěděli jak dál, domluvili se společně, že jí nebude vyčítat zvracení a přejídání. Agáta totiž měla deprese z toho, že zklamala a že nevydržela se nepřejíst. Když jí přítel vše přestal vyčítat, rázem se cítila lépe, odpadly jí deprese a nemusela se schovávat s jídlem. Hodně se jí po této vzájemné domluvě ulevilo.

Průběh obtíží

Před tím, než Agáta začala hubnout, vážila 56 kg při výšce 175 cm. V průběhu nemoci její nejnižší váha byla 47 kg, přičemž její obtíže trvaly dlouhých 12 let. Když dosáhla této váhy, byla extrémně slabá a doslova se místo chůze jen potácela. Vždy, když vyzvracela obsah žaludku, připadala si „čistá“. Tento pocit byl ale jen chvilkový. Tenkrát to nazývala

„vnitřní očista“. Ze začátku jí zvracet vůbec nešlo, ale postupem času to bylo snadnější a snadnější. Po nějaké době se jí začaly odírat klouby na rukách a téct z krku krev, protože si tam strkala prsty pro vyvolání dávivého reflexu. Vedle zvracení pila také projímavé bylinkové čaje. Vždy si čaj udělala co nejhustší, aby měl co nejlepší účinek. Tuto taktiku jí poradila kamarádka, která také trpěla PPP. S kamarádkou si Agáta povídala o svých obtížích, což pro ní bylo osvobozující. Agáta se vždy rozhodla, že přestane jíst, že se udrží. Ale kamarádka jí pokaždé strhla k tomu, aby se znova přejedla. Nakonec s ní tedy omezila kontakt, protože jí začalo děsit její chování.

Jednu dobu bydlela Agáta s přítelem u jejích rodičů a vzpomíná si, jak jim chodila krást jídlo. Také často snědla příteli jídlo, co dostal od svých rodičů. Uchylovala se k zoufalému jednání pod vidinou přejedení se. Když chodila k psychiatričce, měla s sebou batoh, který byl plný jídla. Agáta se těšila, až terapie skončí a ona si bude moci všechno sníst. Dokonce ze školy někdy chodila dříve domů jen pro to, aby se mohla co nejdříve přejíst. Její „zálibou“ při záchvatovitém přejídání bylo čtení různých receptů z časopisu. Když do sebe ládovala jídlo, četla si recept třeba na dort. Líbil se jí obrázek dortu a připadala si, jako by ho jedla očima. Celý tento proces jí doslova fascinoval, ale recepty bez konzumace jídla nemohla číst, protože by „snědla ten papír“.

Postupně Agáta začala pociťovat řídnutí vlasů, závratě, neustálou zimnici a bolest břicha. Občas nemohla kvůli slabosti ani jít do školy, protože se nezvedla z postele. Trpěla úzkostnými stavy a depresemi z osobního selhání a nedostatku vůle. Přestala postupně chodit mezi lidi a uzavřela se do sebe. „*Připadáš si hrozně, nechceš nikoho vidět.*“ Čím dál více měla odřené klouby ze zvracení a tekla jí krev z krku. Při polykání také v krku pociťovala nepříjemnou bolest. Zvýšila se kazivost zubů a došlo k narušení skloviny. Agáta také trpěla na natékání a bolest kloubů. Připadala si, že není dost dobrá a pro své okolí neatraktivní.

Ze začátku obtíží spíše jídlo regulovala, poté začala zkoumat kalorie, a jestli je daná potravina zdravá nebo ne. Hodně se o jídlo zajímala. V určitých obdobích dokonce jedla třeba jen jednu potravinu po celý měsíc. Když jedla věci, které pro ní byly „čistě“, neměla tendenci je vyzvracet. Sebedestruktivními sklony netrpěla, ubližovala si pomocí vyvolávání zvracení.

Snaha o terapii

Pomoc začala hledat až po třech letech od začátků potíží. Vyhledala psychiatricku, která jí učila ve škole, a svěřila se jí. Psychiatrickou byla Agátě předepsána antidepressiva a léky na znemožnění zvracení. Na setkání docházela rok, společně si o obtížích povídaly a Agáta byla šťastná, že se někomu může svěřit a že jí někdo rozumí. Po roce Agátě byla doporučena návštěva psychologa, protože psychiatricka už jí údajně pomoci nemohla. K psychologovi šla Agáta jen čtyřikrát a poté sezení ukončila. Setkávala se totiž spíše s jeho manželkou, která měla neosobní přístup a dělala s ní autogenní trénink. *„Řekla mi, ať si dám raději dia čokoládu, protože se po ní netloustne.“* Antidepressiva Agáta brala půl roku, poté je v dalších letech brala ještě několikrát. Nemá k nim kladný vztah, protože jí nutily smát se, i když jí do smíchu nebylo. Agáta udává, že nebyla sama sebou. Úplně je přestala brát ve 32 letech. Řekla si, že danou situaci musí zvládnout sama. *„Buď to zvládnou sama, nebo vůbec.“* Když už Agáta nevěděla, jak dál, matka jí domluvila terapii zvanou „Reiki“. Na základě Agátiny výpovědi je „Reiki“ proces, kdy terapeut pracuje s vnitřní energií člověka pomocí toho, že se ho dotýká rukama. Tato metoda má za cíl zlepšení psychického stavu člověka. Agáta tam šla jen kvůli matce, ale postupem času se díky „Reiki“ začala cítit psychicky lépe. Byla šťastnější a nepropadala tolik depresím.

Po třech měsících od začátku potíží si Agáta sama diagnostikovala, že má poruchu příjmu potravy, protože si o dané problematice dost přečetla. Psychiatricka jí poté následně potvrdila, že má poruchu příjmu potravy, která se nazývá mentální bulimie. Ze začátku obtíží Agáta trpěla mentální anorexií, která se pak přehoupla do mentální bulimie. Hospitalizována nikdy nebyla. Navštívila primářku psychiatrie, která jí hned postavila před hotovou věc a řekla jí, ať zavolá do léčebny ohledně hospitalizace. To Agátu rozhodilo a odmítla hospitalizaci. Vadilo jí, že jí doktorka postavila před hotovou věc, přitom ona si chtěla jen s někým promluvit. Poté jí doktorka řekla, že jí dává maximálně 5 let života. Po této zkušenosti ztratila Agáta důvěru k doktorům.

Okolí Agátinu nemoc těžce neslo. Neměla okolo sebe moc přátel, s kterými by si o problému mohla promluvit. Nejvíce jí ale pomáhal přítel, kterého nazývá svým terapeutem, a byl po celou dobu její oporou. Raději se svěřovala jemu, než mámě, protože jí nechtěla zatěžovat svými problémy. Přítel si hledal různé informace o nemoci, hodně o problematice četl. Rodiče od přítele jí nikdy nic nevyčítali, když se o problémech

dozvěděli. Když byla u nich na návštěvě, dávali jí k jídlu lehčí jídla, aby neměla nutkání ke zvracení. Tímto Agátě vždy odpadl stres z toho, že bude muset jíst něco nezdravého a pak to jít vyzvracet.

Současný stav

Agáta uvádí, že se z nemoci dostala z větší části sama. Nemoc podle ní začala ustupovat, když byli poslední rok se svým přítelem v německé fabrice. Tento rok nebyl dobrý a neměli skoro žádné peníze, tudíž nekupovali mnoho jídla a Agáta se nemohla přejídat. Najednou viděla, že musí řešit jiné věci, než jen zvracení a přejídání. Na rok se zavřela v továrně a téměř nevycházela ven. Po odchodu z továrny se na chvíli s přítelem nastěhovali k Agátiným rodičům, tam už vůbec nezvracela, protože jim nechtěla přidělovat starosti. Poté se s přítelem odstěhovali do svého a se zvracením neměla potíže, zvracela jen při stresově vypjatých situacích.

V současné době se Agáta vnímá stejně jako během nemoci. Nepřipadá si atraktivní a nemá se ráda. Stále řeší svojí postavu, ale už se neuchyluje k přejídání a zvracení. Stále ale hlídá svou váhu a kontroluje se v zrcadle. Řeší to, co jí. Snaží se jíst zdravě a na tučná jídla ani nemá chuť. Váhu posuzuje podle toho, jak je jí oblečení obepnuté. Pokud jsou jí těsnější kalhoty, začne se více hýbat. Děsí jí myšlenka, že by přibrala, chce mít stále stejnou váhu. Naposledy zvracela před třemi lety při stresovém vypjetí.

Sama sebe nepovažuje za vyléčenou a uvědomuje si to. I když už nezvrací, v hlavě tu nemoc stále má. Agáta se přirovnala k abstinujícímu alkoholikovi. Ví, že nikdy nemůže být vyléčená, stále má nemoc uvnitř sebe. Občas jí přepadnou myšlenky na zvracení, ale dokáže je ovládnout, protože si uvědomuje, že to není správné.

Antidepressiva Agáta už nebere, ale depresivní a úzkostné stavy se u ní občas objeví. Je přehnaně vztahovačná a vše si moc bere. Jakmile někdo řekne něco negativního ve spojení s její osobou, úplně jí to zničí a propadne depresím. Kvůli zvracení má zuby zkažené a žluté. Trpí na bolesti kloubů, kvůli tomu začala navštěvovat revmatologa. Dalšími komplikacemi jsou občasné bolení břicha a problémy s trávením. V důsledku poruchy nezvládne žádnou těžší práci, je snadno unavitelná a nezvládne zátěž. Proto nemá žádnou stálou práci a chodí jen na občasné brigády. Děti mít nemůže, protože je v důsledku nemoci neplodná. S přítelem se s tím oba už smířili.

„Porucha mi sebrala pár let života, vlastně těch nejlepších let. Nelituji toho, asi to tak mělo prostě být.“

Závěr a prognóza

Agáta se se svojí poruchou mentální bulimie vyrovnala po svém a z větší části sama bez pomoci odborníků, největší oporou pro ni byl přítel. Byl to dlouhý a vyčerpávající boj, o kterém však nelze říci, že ho vyhrála. Nemoc jí vzala nejlepší léta života a významně ovlivňuje i její nynější život. Následky jsou patrné jak fyzické, tak hlavně i psychické. Agáta si uvědomuje, že poruchu má stále v hlavě a ovlivňuje její smýšlení a vztah k vlastnímu tělu. Snaží se však svou mysl ovládnout a nechce už znovu spadnout do akutní fáze nemoci. Zvracením a přejídáním už své problémy nechce řešit a zatím se jí to daří. Sama uznává, že takové řešení je hloupé a nesmyslné. Agáta si zpětně uvědomuje, jak fatální dopady měla nemoc na ní samotnou a i na její blízké okolí. Nelituje však toho, čím si prošla.

Celkovou prognózu ovlivňují především chronické následky, které Agáta v důsledku mentální bulimie má. Co se týče prevence relapsu, je Agáta na dobré cestě. Již přibližně 5 let nezvrací, nepřejídá se a nebere antidepresiva. Pokud se objevilo zvracení, bylo to ze stresově vypjaté situace, nikoli v důsledku přejedení. Rizikovými faktory pro Agátu jsou nízké sebevědomí, přehnaná úzkostnost a vztahovačnost. Největším rizikem je ale její neustálá nespokojenost se sebou a svým tělem. Stále se ještě nenaučila mít sama sebe ráda a přijmout se taková, jaká je. Pokud se tomuto naučí, je možné, že poruchu ze své hlavy odstraní úplně. Velkou oporou jsou pro ni rodiče, za kterými pravidelně dochází, a také přítel. Díky nim se Agáta cítí milována taková, jaká je. Rodina hraje také významnou roli ve vytváření příznivých podmínek pro budoucí vývoj Agátina psychického stavu. Příznivě také působí Agátino pracovní nasazení, které je přiměřené jejím možnostem. Občasné brigády příznivě ovlivňují její psychiku a nepřipadá si úplně závislá na okolí. Také je to pro ni únik z každodenního stereotypu a nemá čas na negativní myšlenky.

3.4 Hodnocení a závěry výsledků šetření

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zkoumání vlivu poruchy příjmu potravy na život jedince v akutní fázi nemoci a při chronizaci. Hlavní cíl výzkumného šetření byl naplňován formou kvalitativního výzkumu, s využitím rozhovoru s informantkou, na základě kterého byla sepsána kazuistika.

Součástí empirické části bakalářské práce je také formulování výzkumných otázek a snaha o jejich zodpovězení na základě výzkumného šetření.

VO: 1. Jaký vliv má porucha příjmu potravy na život jedince v akutní fázi poruchy?

Z podrobného popisu případu informantky vyplývá, že porucha příjmu potravy v akutní fázi ovlivňuje jedincův život velice významně. Porucha má dopady na fyzickou i psychickou stránku jedince, dále také negativně ovlivňuje sociální život. V akutní fázi poruchy lze pozorovat změny ve smýšlení dotyčné. Nepřipadala si dost dobrá pro své okolí, chtěla sobě a hlavně ostatním něco dokázat a zkresleně vnímala své tělesné proporce. U naší informantky se negativní vnímání sebe sama vyskytovalo především kvůli nedostatečné sebekontrolě v jídle. Pocit viny byl pohnutkou k následnému vyprázdnění obsahu žaludku. Pocit hladu a pocit viny zcela ovládaly její život a dostala se tak do začarovaného kruhu. Veškeré myšlenky se točily za každých okolností jen kolem jídla. Docházelo například k dřívějšímu opouštění hodin ve škole kvůli jídlu a také ke krádežím jídla rodičům. Negativní vliv na život měly i depresivní stavy, při kterých docházelo k uzavření se do sebe a dalšímu záchvatovitému přejídání.

U naší informantky se v akutní fázi nemoci vyskytly také četné fyzické příznaky – bolesti břicha a kloubů, krvácení z krku, odřené klouby na rukách, únava a slabost. Především zvýšená unavitelnost měla negativní vliv na pracovní a studijní výkony. Vše, co bylo dříve důležité (práce, studium), bylo v akutní fázi mentální bulimie nepodstatné. Slabost způsobovala častá omdlívání, takže Agáta musela hodně času trávit doma v posteli. Porucha Agátu oddělila od sociálního života. S přáteli se téměř nestýkala a společenským akcím se vyhýbala ve strachu, že zde bude muset jíst. Styděla se před svým okolím za své přejídání a zvracení. Spoustu času trávila na záchodě, tím spíše si připadala ještě více neatraktivní a odporná.

VO: 2. Jaký je život s „vyléčenou“ poruchou příjmu potravy ve smyslu chronické nemoci?

U naší informantky jsou patrné značné chronické následky poruchy příjmu potravy. Nemoc zde má opravdu dlouhodobý charakter a ovlivňuje život informantky i po tom, co se už nepřejídá a nezvrací. Nelze považovat Agátu za vyléčenou právě kvůli těmto příznakům. Stále se podhodnocuje, nepřipadá si dostatečně atraktivní a hlídá si váhu. Přibrání na váze neřeší zvracením, ale začne se více hýbat a nejí tolik nezdravých

potravin. Markantní vliv na současný život má její zvýšená unavitelnost a bolest kloubů. Není schopná si najít práci, kterou by zvládla. Párkrát týdně chodí na brigády uklízet, ale více toho fyzicky nezvládne. Je tedy finančně závislá na příteli, se kterým žije. Porucha také způsobila, že Agáta už nikdy nebude moci mít se svým přítelem děti. Tento fakt nelze ovlivnit a pro oba partnery je nelehké smířit se tím. Negativní dopad mají i občasné depresivní stavy, které Agátu přepadnou. Tyto stavy jsou zapříčiněny její přehnanou vztahovačností a neunesením kritiky. Nechce pak nikoho vidět a raději se izoluje.

VO: 3. Jaká byla příčina vzniku poruchy příjmu potravy u naší informantky?

U naší informantky lze pozorovat příčin vzniku mentální bulimie hned několik. Všímáme si u ní určitých rizikových osobnostních rysů. Sem patří zejména přehnaná vztahovačnost, přecitlivělost a sklon k úzkostem. Agáta se velice těžko vyrovnává s negativními názory na svou osobu. Všechny tyto negativní zkušenosti v sobě uchovává a často nad nimi přemýšlí. Agáta začala mít problémy s jídlem poté, co na ni na táboře zvýšili hlas. Situace tohoto typu jsou pro ní nezvladatelné a tak si vytvořila obranný mechanismus v podobě vynechávání jídla.

Má sklon k perfekcionismu, který se projevoval zejména ve výsledcích ve škole. Na vysoké škole se perfektní výsledky nedostavily, a to psychicky nezvládla. Dodnes se nesmířila s tím, že odešla z vysoké školy a zklamala tím rodiče i sama sebe. Problémy s jídlem byly u Agáty prostředkem k tomu, aby ostatním ukázala, že je lepší než oni. Chtěla si získat pozornost a být obdivovaná skrze to, že je něčím zajímavá. Nikdy si nepřipadala dost dobrá a myslela si, že když zhubne, získá uznání a bude konečně dokonalá. Kvůli nedostatku vůle u ní docházelo k přejídání a tím více si připadala neschopná a k ničemu. K přejídání a následnému zvracení docházelo i kvůli úzkostným stavům. Úzkost a pocit viny jí nutily jídlo ze sebe dostat, aby se cítila lépe. Agáta nezvládá dobře stresové situace, a když je na její osobu vyvíjen tlak. Tyto situace řešila přejídáním.

V rodině lze také pozorovat příčiny vzniku mentální bulimie. Agátina matka je workoholička, která své dceři nevěnovala dost pozornosti a zájmu. Většinu času trávila v práci. Matka se také těžce smířovala s Agátiným odchodem z vysoké školy, tím vyvolala u Agáty velký pocit viny a ta se chtěla matce zavděčit. Agáta se snažila matčinu pozornost vynutit a chtěla, aby se o ní více zajímala a nepřehlížela jí. Až když došla nemoc do extrémů, Agátina matka se začala o situaci pořádně zajímat.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na poruchy příjmu potravy v kontextu chronického onemocnění. V první kapitole teoretické části jsou definovány poruchy příjmu potravy, jejich příčiny vzniku, projevy a současné možnosti terapie. Druhá kapitola teoretické části je věnována životu s poruchou příjmu potravy. Konkrétně se tato kapitola věnuje rodině jedince s poruchou příjmu potravy, osobnosti jedince, organizacím pomáhajícím lidem s poruchou příjmu potravy a v neposlední řadě prevenci poruch.

Cílem bakalářské práce bylo zkoumat poruchy příjmu potravy v kontextu chronického onemocnění majícího dlouhodobý vliv na kvalitu života člověka. Ke splnění tohoto cíle byla ve výzkumné části využita metoda případové studie dívky, která si ve svém životě prošla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální bulimií. U dívky akutní fáze nemoci trvala 12 let a dodnes se potýká s chronickými následky, které značně ovlivňují její současný život. Závěry z kazuistiky ukázaly, že vliv poruchy příjmu potravy v akutní i chronické fázi na kvalitu života jedince je enormní. Ovlivněno je smýšlení člověka, jeho psychika, fyzická stránka a narušeny jsou i sociální vztahy. Vše, co bylo dříve pro danou osobu důležité, je v akutní fázi nemoci nepodstatné. Veškeré myšlenky a činnosti se točí jen okolo jídla a člověk je tím zcela ovládán. Na základě výzkumu bylo také zjištěno, že poruchy příjmu potravy mají dlouhodobý vliv na život jedince. Určité problémy se demonstrují i po údajném vyléčení a dojde k jejich chronizaci. Jsou zde patrné značné fyzické následky (bolesti břicha, neplodnost, únava), psychické následky (strach z přibrání kil, deprese, úzkosti) a i sociální následky (neschopnost najít si práci, závislost na okolí). Vznik poruchy příjmu potravy byl v tomto případě podmíněn osobnostními specifiky dívky, kam patří zejména přecitlivělost, vztahovačnost, neschopnost zvládat stresové situace a úzkostnost. Další příčina vzniku má původ v rodině, kdy dívce nebylo věnováno dostatek pozornosti.

Do budoucna by bylo dobré zkoumat účinné metody, jak předejít následkům a chronizaci nemoci. Základem je účinná prevence a podchycení poruchy v začátcích, kdy ji lze pozitivně ovlivnit. Důležitý je zde také přístup rodiny a odborná péče, kterou je potřeba poskytnout jedinci co nejdříve.

Shrnutí

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy v kontextu chronického onemocnění majícího dlouhodobý vliv na život jedince. Poruchy příjmu potravy významně ovlivňují život a smýšlení člověka. Cílem práce je zkoumat a popsat vliv poruchy příjmu potravy v její akutní a chronické fázi na kvalitu života u vybrané informantky.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do dvou kapitol. V úvodní kapitole jsou vymezeny a charakterizovány poruchy příjmu potravy, jejich příčiny, projevy a možnosti terapie. Tato kapitola se také zaměřuje na vymezení pojmu chronické onemocnění. Druhá kapitola teoretické části se zaměřuje na život člověka s poruchou příjmu potravy. Jsou zde informace o důležitosti rodiny, dále jsou také specifikovány organizace, které se zabývají poruchami příjmu potravy. Součástí této kapitoly jsou dále specifika osobnosti jedince s poruchou příjmu potravy a prevence poruch. Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na podrobný popis případu informantky, která si ve svém životě prošla poruchou příjmu potravy. Je zkoumán vliv poruchy příjmu potravy na život jedince z dlouhodobého hlediska.

Summary

This bachelor's thesis deals with eating disorders in the context of chronic disease having a long-term effect on a person's life. The aim of this bachelor's thesis is to study and describe the impact of eating disorder in the acute and chronic phase to the quality of life of chosen informant.

The theoretical part of the bachelor's thesis is divided into two chapters. The first chapter focuses on definition and characteristic of eating disorders, their causes, symptoms and treatment options. This chapter also focuses on the definition of chronic disease. The second theoretical chapter focuses on the life of a person who suffer from eating disorder. There are information about the importance of family and organizations which help people with eating disorders. The specific of personality of person with eating disorders and the prevention of these disorders are also part of this chapter. The empirical part of this bachelor's thesis focuses on detailed description of the case of the informant, who had to face an eating disorder in her life. This part studies the influence of eating disorder on a person's life from the long-term point of view.

Použité zdroje

CASSUTO, D., GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 117 s. ISBN 978-80-7367-357-4.

COOPER, P., J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 9788026207061.

ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3. doplň. vyd. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2012, 76 s.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přeprac. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 206 s. ISBN 80-247-0182-0.

FALTUS, F. *Historie poruch příjmu potravy*. In PAPEŽOVÁ, H. ed. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN:978-80-247-2425-6.

FIALOVÁ, I. *Základní vzdělávání*. In FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ L. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012, 222 s. ISBN 9788073152338.

FISCHER, S. a kol. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. 1. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014, 299 s. ISBN 9788073877927.

GARNER, D., M. *Přehled léčby poruch příjmu potravy*. In KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-807315-185-0.

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 273 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1868-2.

- GURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systematické a narativní přístupy*. 2., doplň. a přeprac. Vyd. Praha: Grada, 2009, 280 s. ISBN 9788024723907.
- HALL, L., COHN, L.. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003, 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
- HORT, V. *MKN-10*. In HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 9788073674045.
- JUKLOVÁ, K., SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*. 2. vyd Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.
- KOCOURKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy a spánku u dětí*. In ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. A dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. ISBN 8024710498.
- KOUTEK, J. *Klinický obraz a suicidální jednání v rámci duševních poruch se zaměřením na dětství a dospívání*. In KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. In HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 9788073674045.
- KRCH, F., D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F., D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.
- KRCH, F., D. *KBT poruch příjmu potravy*. In PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
- KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. Vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 9788073678074.
- MALONEY, M., KRANZ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

- NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 9788072046577.
- NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- OPATŘILOVÁ, D. *Teoretická východiska*. In FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ L. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012, 222 s. ISBN 9788073152338.
- PAPEŽOVÁ, H., HANUSOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze a Togga, 2012, 47 s., ISBN 978-80-87258-98-9
- PAPEŽOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy v primární péči u nás*. In PAPEŽOVÁ, H. ed. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN:978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Prevence poruch příjmu potravy*. In PAPEŽOVÁ, H. ed. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN:978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy*. In HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015, 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- PAVLOVÁ, B. *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. In PAPEŽOVÁ, H. ed. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN:978-80-247-2425-6.
- POLANSKÁ, M., SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J., ŠVÉDOVÁ, J. *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Blansko: Anabell o.s. ve spolupráci s ALBERT, 2008, 108 s. ISBN 978-80-7326-157-3.
- PLEVOVÁ, M. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 108 s. ISBN 9788021043725.

PRAŠKO, M., MOŽNÝ, P. *Teorie KBT*. In PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.

RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ L. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 313 s. ISBN 8024408732.

RON van DETH, VANDEREYCKEN, W. *Historie poruch příjmu potravy*. In KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. revid. vyd. Praha: Maxdorf, 2001, 506 s., [8] s. obr. příl. ISBN 80-85912-18-x.

STÁRKOVÁ, L. *Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*. In BOUČEK, J. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 244 s. ISBN 802441354x.

ŠTICHOVÁ, Z. *Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy*. In VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence: krize v životě člověka, formy krizové pomoci a služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

VANDEREYCKEN, W., NORRÉ, J. *Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy*. In KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 9788026202257.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 9788026206965.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, xv, 966 s. ISBN 80-7345-037-2.

Internetové zdroje:

CENTRUM ANABELL. *O nás*. [online]. ©2002–2016 [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://www.centrum-anabell.cz/cz/o-nas>

CENTRUM ANABELL, z. s. *Nabízíme: svépomocná skupina*. [online]. ©2002–2016 [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/svepomocna-skupina>

SVÉPOMOCNÁ ASOCIACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY. *Pro pacienty: denní stacionář*. [online]. ©2013 [cit. 2016-01-29] Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/pro-pacienty/denni-staciona>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru s informantkou

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru s informantkou

Osobní anamnéza:

Kolik ti je let?

Jsi vdaná/svobodná?

Jaká je tvoje současná váha a výška?

Jaké máš dosažené vzdělání? Jak vzdělání probíhalo? Jaký jsi měla prospěch?

Jaké máš koníčky? Čím se nejvíce odreaguješ?

Máš nějaké zlozvyky?

Byla jsi plánované dítě? Jak probíhal porod?

Jsi introvert nebo extrovert?

Jakou máš povahu? (tichá, ráda středem pozornosti atd.)

Staly se ti nějaké traumatické zážitky během dětství?

Rodinná anamnéza:

Kde bydlíš? S rodiči nebo sama?

Máš sourozence?

Jaké jsou vztahy ve vaší rodině? Jaká máš vztah s rodiči?

Jaké vzdělání mají rodiče? Jaké je jejich zaměstnání?

Měli na tebe rodiče vysoké nároky?

Držela matka někdy nějaké diety?

Jaké bylo tvoje dětství? (vztahy s rodiči, učiteli, kamarády)

Léčí se nějaký člen rodiny s nějakou vážnou nemocí?

Měl někdo z rodiny poruchu příjmu potravy?

Vznik obtíží:

Kdy jsi začala poprvé být nespokojená se svou postavou a proč?

Kdy se projevíly první příznaky poruchy příjmu potravy? Kdy jsi začala hubnout?

Jak se hubnutí projevovalo?

Co jsi prožívala?

Kdy si toho rodiče všimli? Kdo si toho všiml první?

Kolik jsi vážila před rozhodnutím hubnout?

Průběh obtíží:

Jaká byla tvoje nejnižší váha?

Jaké metody byly využívány ke snížení váhy? (zvracení, projímadla) Jak to probíhalo?

Trpěla jsi depresemi a úzkostnými stavy?

Jak ses cítila při hubnutí?

Jaké byly komplikace hubnutí? (ztráta menstruace atd.)

Jak jsi vnímala sama sebe?

Jaký byl vztah k jídlu?

Pila jsi alkohol?

Ubližovala sis?

Kdy jsi vyhledala pomoc a kde? Donutilo tě okolí?

Kdy ti byla diagnostikována PPP a kým?

Byla jsi hospitalizovaná? Kolikrát? Kde? Průběh?

Jak jsi byla léčena? Vícekrát nebo jen jednorázově?

Jak tvou nemoc vnímalo okolí?

Současný stav:

Jak vnímáš v současnosti své tělo a sebe sama?

Považuješ se za vyléčenou?

Hlídáš si váhu a to, co jíš?

Trpíš depresemi a úzkostmi?

Máš zdravotní komplikace v důsledku poruchy příjmu potravy?

Jaký vliv má porucha na tvůj život?

Jak se na celou věc díváš s odstupem času? Jak ti porucha změnila život?