

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální aspekty poruch příjmu potravy

Social aspects of eating disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Hlaváčková Marie

Praha 2018

Poděkování

Děkuji především paní doktorce Haně Žáčkové za odborné vedení mé práce a za poskytnutí cenných rad. Děkuji mé rodině za trpělivost a klidné prostředí pro psaní. A také velice děkuji všem respondentům, za otevřenost, důvěrnost a ochotu při odpovídání citlivých otázek pro mou bakalářskou práci.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální aspekty poruch příjmu potravy“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno autora

Anotace

Bakalářská práce se zabývá vybranými sociálními aspekty poruch příjmu potravy a je rozdělena do dvou částí. V první části se věnuji několika základním pojmům – zdravý životní styl, historie a vymezení poruch příjmu potravy. Také popisuji základní informace o jednotlivých druzích poruch příjmu potravy. Stěžejní část práce se zabývá různorodými aspekty, které tento typ onemocnění mohou ovlivnit, ať už se jedná o pracovní vytížení, rodinné prostředí či jiné společenské faktory. Závěrečné kapitoly se týkají možnostem léčby a sociální práce poskytované v této oblasti. Také zmíním výskyt poruch v České republice. Ve druhé části se věnuji průzkumu na základě rozhovorů s jedinci, kteří trpí poruchou příjmu potravy a jejich blízkými.

Klíčová slova

Sociální, poruchy příjmu potravy, zdravý životní styl, mentální anorexie, mentální bulimie, sociální aspekty

Annotation

This Bachelor's thesis deals with selected aspects of eating disorders and is divided in 2 parts. The first part is focused on basic concepts – healthy lifestyle, history and eating disorder definition. It also describes different kinds of eating disorders. Main part of this work is focused on various effects this disorder can have on life, be it work or family environment, or other social aspects. Final section is about possible treatment and social work provided in this area. It also mention disorder presence in Czech republic.

Second part of this work is focused on actual research based on interviews with individuals affected by eating disorder and their relatives.

Keywords

Social, eating disorder, healthy lifestyle, mental anorexia, mental bulimia, social aspects

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. Zdravý životní styl.....	9
1.1 Body image.....	9
1.2 Rizika zdravého životního stylu.....	10
2. Poruchy příjmu potravy	11
2.1 Historie PPP.....	11
2.2 Vymezení PPP	13
2.3 Body Mass Index	14
2.4 Druhy PPP	15
2.4.1 Mentální anorexie.....	15
2.4.2 Mentální bulimie	16
2.4.3 Syndrom nočního přejídání.....	17
2.4.4 Záchvatovité přejídání.....	18
2.4.5 Atypické PPP	19
3. Sociální aspekty mentální anorexie a bulimie.....	21
3.1 Společenské a kulturní faktory	22
3.2 Nemocní v pracovním prostředí	24
3.3 Poruchy příjmu potravy v rodině.....	25
4. Možnosti léčby PPP	29
5. Sociální práce v oblasti PPP	31
6. Výskyt PPP v České republice.....	33
7. Průzkum	34
7.1 Metodologie průzkumu.....	34
7.2 Průzkumné otázky	36
7.3 První rozhovory (manželé).....	36
7.3.1 Výsledky a jejich interpretace rozhovorů č.1	40
7.4 Druhé rozhovory (otec a dcera)	42
7.4.1 Výsledky a jejich interpretace rozhovorů č.2	44
7.5 Shrnutí výsledků	46
8. Diskuze.....	48
ZÁVĚR	50
Seznam použité literatury	51

Seznam zkratk

PPP – Poruchy příjmu potravy

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

BMI – Body mass index

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NES – Night eating syndrome

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Sociální aspekty poruch příjmu potravy“ jsem si vybrala z důvodu svého dlouhodobého zájmu o současný životní styl, ve kterém dnes vnímám extrémní důraz na zdravou výživu a kulturu těla. Tento tlak může vést k významným problémům jedince. V posledních letech jsem také zaznamenala ve svém okolí překvapivý počet lidí, kteří buď přímo nebo ve svém nejbližším okolí poznali problematiku poruch s příjmem potravy v různých podobách. Jejich osobní příběhy mě donutily k zamyšlení, kolik lidí okolo nemocného jedince vlastně trpí a je nepřímo do jeho trápení zahrnuto. Příběhy těchto lidí jsou často emotivní a vliv na jejich nejbližší i širší sociální okolí je obrovský.

V současné době je naštěstí již dostupné množství více či méně kvalitní literatury, která se zabývá anorexií, bulimií či obecně těmito poruchami. Tematika pocitů nejbližších - rodiny, přátel, sourozenců či partnerů či téma komplikovaného začlenění postiženého jedince do pracovního či jiného kolektivu již příliš zpracována v odborných publikacích není. Často se zapomíná na to, že se problém netýká jen samotných nemocných, ale i jejich sociálního prostředí, a proto bych ráda tuto práci zaměřila především na vedlejší faktory, kterými tato problematika zasahuje do života celého okolí nemocného člověka.

Otázky poruch příjmu potravy jsou v dnešní době velice diskutovány a faktory, které k nim mohou vést se staly poměrně atraktivním tématem především u mladé generace. Je to tedy aktuální téma, se kterým se často podvědomě setkáváme v každodenním životě, aniž bychom to přímo vnímali, formou televizních šotů a novinových příspěvků, informací na internetu a facebooku.

Rozhodla jsem se po vyslechnutí silných příběhů lidí s poruchou příjmu potravy a přečtené literatury, napsat tuto práci. Jejím záměrem je popsat základní informace o poruchách příjmu potravy, vymezit jejich druhy, a především se zaměřit na sociální aspekty, tedy vliv těchto poruch na rodinu nemocného, projevy ve společenském životě a psychické důsledky na jedince. Pozornost budu pak věnovat i možnosti sociální pomoci těmto lidem. Ve své práci provedu srovnání přístupu nemocného a jeho blízkého na problematiku poruch příjmu potravy, zaměřím se na komunikaci uvnitř sociálního systému a její podpůrný efekt na nemocného. Dále je cílem stanovit, zda diagnóza PPP ovlivňuje rodinné či pracovní prostředí. Cílem celé mé práce je popsat sociální aspekty poruch příjmu potravy, konkrétně zjistit, jaká je komunikace nemocného s nejbližším okolím a nakolik mu přináší efektivní pomoc.

Na začátku své práce se krátce budu zabývat zdravým životním stylem, dnešními trendy ve společnosti a jejich riziky. Úvodem popíši problematiku PPP v historickém kontextu i v aktuálním světle. Postupně bych ráda popsala základní vymezení poruch příjmu potravy, charakterizují několik známých i méně známých poruch a vysvětlím jejich příznaky a možná rizika. Nejdůležitější částí práce bude kapitola, ve které se zaměřím na sociální aspekty především mentální anorexie a bulimie, jaké jsou sociokulturní vlivy na jedince s poruchou, jak se socializuje v pracovním kolektivu, na projevy nemoci v rodině, v partnerském vztahu, jaký vliv má matka s poruchou na výchovu dětí a v neposlední řadě psychické důsledky jedince s PPP. Zmíním se také o možnostech léčby a sociální práce zaměřené na pomoc postiženým těmito poruchami. Na závěr se budu věnovat negativním vlivům médií, internetu v této oblasti a pokusím se informovat o rozšířenosti a informovanosti o poruchách příjmu potravy v ČR.

V úvodu výzkumné části popíši použité metody výzkumu a uvedu jejich základní popis. Představím svůj použitý průzkumný vzorek a konkretizuji tematické okruhy, ze kterých budou vycházet mé dotazy k respondentům.

Další část bude věnována již konkrétním rozhovorům s osobami s diagnózou PPP a jejich blízkým příbuzným. Ve vyhodnocení jednotlivých rozhovorů se pokusím porovnat vnímání situace z pohledu nemocného a jeho příbuzného žijícího ve společné domácnosti.

Závěrem výzkumné části budu výsledky provedených rozhovorů interpretovat a případně potvrdím, zda některá tvrzení teoretické části byla v průběhu průzkumu ověřena.

Pro svou práci jsem vybrala jako hlavní zdroj literatury známé autory, kteří se dlouhodobě o problematiku poruch příjmu potravy zajímají. Jedná se především o díla Františka Krcha, Hany Papežové a P.Coopera. Dále použiji mnohé internetové zdroje, dostupnou literaturu a vlastní poznatky k tématu.

1. ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů, ovlivňujících naše zdraví. Jeho základy se tvoří nejvíce a nejsnadněji od útlého dětství, kde si ho osvojíme a provádí nás celým životem. U mladých lidí je důležité, aby se stali více zodpovědnější za své zdraví a vlastní kvalitní život. K udržení zdraví až do dospělosti a staršího věku je třeba získat zdravé návyky. Největší vliv na to, jak dlouho a nakolik kvalitně budeme žít má, dle Čeledové (2010), věk od 21 do 44let, který nazýváme tzv. reprodukčním a mezi 45. až 63. rokem mluvíme o tzn. zralém věku, což je o období, kdy se připravujeme na zdravé stárnutí. Záleží především na nás, zda budeme zdraví a aktivní, změnit svůj životní styl můžeme kdykoli a jen my sami. (Čeledová a Čevela, 2010)

Zdravý životní styl tedy představuje vyrovnaný a pravidelný denní režim, do kterého patří především zdravá výživa, tělesná aktivita, duševní hygiena a co nejmenší styk s nezdravými látkami jako jsou cigarety, alkohol, drogy.

1.1 BODY IMAGE

Spokojenost s vlastním tělem neboli „body image“ je velmi významnou složkou osobnosti člověka, ovlivňuje postoj ke zdraví, pohyb i stravovací zvyklosti.

„Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí“ (Grogan, 2000, str. 11)

Mužský ideál představuje po staletí svalnatá postava, ale ženský ideál se z historického hlediska mění, dříve žena byla atraktivní, když měla široké boky a kypré tvary a postupně se proměňovala ženská krása ve štíhlou, výraznou a vyváženou postavu. V dnešní společnosti se přikládá vztahu k tělu vysoká důležitost a člověk se často hodnotí i podle toho, jak vnímá a chápe své tělo. Má to vliv na celkové sebepojetí a ovlivňuje také sebehodnocení. Sociokulturní tlak, větší zájem o vlastní tělo, vzhled, zdraví a zdatnost v současné době nabírá nevídané rozměry. Tento velký zájem o vlastní tělo může vést až k riskantním zásahům a nabývat tím patologické povahy, jako jsou například poruchy příjmu potravy. (Fisher, Škoda, 2014)

1.2 RIZIKA ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Udržovat zdravý životní styl je v současné době žádoucí a v prvotním světle tento trend nelze vidět jinak než pozitivně. Je si ale třeba uvědomit zdravou míru nastaveného režimu. Není již v pořádku, pokud se přemýšlení nad jídelníčkem a počítání kalorií v jednotlivých porcích stane hlavním programem dne. V případě, že někdo vyřadí ze svého jídelníčku všechny dosud oblíbené pokrmy, své sebevědomí staví pouze na dobrém pocitu z dodržení dietních pravidel a snížené váze, cítí se provinile po soustu zmrzliny a pokud při schůzkách s přáteli dochází ke konfliktům v souvislosti se stravováním, je na místě se zamyslet nad situací.

V důsledku dodržování pravidelného cvičení a zdravé stravy se lidské tělo stává atraktivnější, což zvyšuje sebevědomí, zjednodušuje prosazení ve společnosti, dodává energii a důvěru sám v sebe. Nepochybujeme ani o tom, že zdravý životní styl snižuje výskyt mnoha civilizačních onemocnění. Je ale nutné najít zdravou míru omezování jídelníčku a hodin pohybové aktivity.

2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Být štíhlý, mít nadměrnou sebekontrolu v jídle a neustále se nutit k jakémukoliv pohybu, tak by se zjednodušeně daly popsat základní příznaky anorexie. Bohužel, v dnešní společnosti je tento režim hodnocen velice pozitivně a u žen dokonce často přirovnán k větší atraktivitě. U bulimie se opakují záchvaty přejídání a je spojená s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocněním dospívajících dívek, mladých žen, ale i dětí, u kterých se už v mladším školním věku objevuje nespokojenost se svým tělem. (Krch a kolektiv, 2005)

Zvýšený strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost, jsou charakteristickými znaky pro mentální anorexii i bulimii. U malých dětí jsou velice důležitá základní preventivní opatření snižující rizika plynoucí z nezdravého vztahu k vlastnímu tělu, která by měla být uplatňována především v rodině. Hormonální změny v adolescentním období vedou často k dočasné nespokojenosti s vlastním tělem. Tyto matoucí projevy puberty vedou často k preferování diet, poklesu fyzické aktivity, neustálé kontroly hmotnosti a toto vše jsou rizikové faktory pro vznik PPP.

2.1 HISTORIE PPP

Poruchy, které jsou spojeny s příjmem potravy, sahají až do starověku, kde najdeme první zmínky o tom, že něco takového vůbec existuje. V 5.století před naším letopočtem přichází už Hippokrates, s názvem „asithia“, kde se zmiňuje o poruchách příjmu potravy. Jako první se začalo zmiňovat o anorexii, termín, který použil ve 2. století našeho letopočtu jeden z nejvýznamnějších lékařů té doby Galén. Galén o tom mluvil jako o nějaké absenci chuti k jídlu, nebo až odpor k jakémukoli jídlu.

Další historické momenty, které jsou důležité při vývoji poruch příjmu potravy (Faltus in Papežová, 2010):

17. století – mentální anorexie se začala objevovat na klinických obrazech

1637–1698 – **Richard Morton** – anglický lékař, který popsal příznaky a definuje mentální anorexii

19. století – **Fleury Imbert** – francouzský fyziolog a frenolog popsal 2 druhy anorexie: gastrická anorexie (porucha trávení) a nervová anorexie (nemocní lidé odmítali jíst)

V literatuře se začaly objevovat první zmínky o skutečných případech až ve druhé polovině 19. století.

1859 – William Stout Chipley – V Kentucky byl hlavním lékařem v ústavu pro duševně nemocné; popsal tzv. „sitiomanií“ (často jako „sitiofobie“), což označuje odmítání jídla u lidí s psychickou nemocí

1860 – Louis-Victor Marcé – francouzský lékař, který popsal formy „hypocondrického deliria“ – dělal pokusy, kdy pozoroval pubertální pacientky, které měly nechuť k jídlu nebo špatné trávení

1816–1890 – William Whitney Gull – přinesl nový termín „hysterická apepsie“ – tak označoval mladé dívky, které výrazně hubnou, aniž by někdy trpěly tuberkulózou

1873 – Ernest-Charles Laségue – publikoval článek o „anorexie hystérique“

1873 – William Whitney Gull – přednášel o „anorexie hystérique“, použil termín „anorexie nervosa“

Dodnes jsou platné základní příznaky, které Laségue a Gull popsali.

1914 – Morris Simmonds – hamburský patolog, objevil u některých pacientek léze v hypofýze, proto se od té doby začaly zpochybňovat názory, že mentální anorexie je jen duševní porucha – „Simmondsova choroba“; o 20let později se znovu mluvilo pouze o duševní poruše

1941 – prof. Vratislav Jonáš – publikoval článek „Patologická hubenost mladých dívek“, kde napsal:

„Setkáme-li se u mladých děvčat s patologickou hubeností, musíme především myslet na anorexii vyvolanou změněným psychickým stavem, ve smyslu klasické anorexie mentální“ (Jonáš in Papežová, 2010, str. 21)

1956 – prof. Otakar Janota – podrobně ve svém článku „O tak zvané mentální anorexii“ popisuje problematiku onemocnění

Obecně byl termín „mentální anorexie“ přijat až **na konci 19.století** a znamenal chorobný stav, který má různě měnící se symptomy.

Od roku 1963 – na pražské Univerzitě Karlově, 1. lékařské fakultě, se **František Faltus** začal věnovat studiu mentální anorexie; 1977 publikoval své dílo „Řekni mi, co jíš“ a 1979 „Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba“

Příznaky bulimie byly popisovány již v antickém období. Jako první přišel s názvem „bolimos“ řecký spisovatel Plútarchos, termín označil jako „zlý démon, symbol nadměrného hladu“. Ale až v 50. letech 20. století se začalo spekulovat o

tom, že záchvatovité jezení a následné zvracení, by mohlo být součástí mentální anorexie.

1979 – Gerald Russel – britský psychiatr, jako první použil oficiálně termín „bulimia nervosa“; chorobu označil jako: „*Silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí.*“ (Russel in Papežová, 2010, str. 23)

Řada autorů, kteří se věnovali problematice poruch příjmu potravy, na toto téma vydali koncem 90. let 20. století plno zajímavých článků. Začaly se objevovat nejrůznější publikace a veřejnosti se tak začalo pomalu otevírat tabu tohoto problému. Dnes se tématu věnuje mnoho významných osobností, které přinesly mnoho užitečného široké veřejnosti. Jsou jimi například u nás v České republice prof. Hana Papežová, PhDr. František David Krch nebo doc. Jana Kocourková. (Faltus in Papežová, 2010)

2.2 VYMEZENÍ PPP

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění především u mladých dívek a žen. Nepochybně dle různých výzkumů a statistik, se nemoc dotýká i chlapců a mužů, ale v mnohem menším množství. Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, vytvořil výzkum, který se zaměřil na nárůst lidí s PPP dle pohlaví a diagnóz, kteří byli hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních od roku 2010 až 2016. Výzkum dokazuje, že v těchto letech se zvýšil počet pacientů s PPP, konkrétně z 363 lidí na 419 a zároveň ukazuje nárůst mužů u mentální anorexie a některých dalších druhů onemocnění. (<https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2010-2016> [online]. 2017)

Nejdůležitější součástí našeho psychického i somatického zdraví je dostatek základních živin, které člověk potřebuje. Když člověk nemá dostatek energie, kvůli nedostatku potravy a nízké tělesné hmotnosti, mohou se začít projevovat některé somatické a duševní poruchy, ze kterých může vzniknout závažné onemocnění. (Krch, 2005)

Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje dvě nejznámější onemocnění, která jednoznačně patří do poruch příjmu potravy. Mentální anorexie a mentální bulimie jsou jasně definované a běžně používané v odborné publikaci nebo článků na internetu. (Krch, 2005)

Dnes už se ale začínají objevovat i další nemoci, které nejsou tak známé a řadí se pod PPP. Přinášejí velká rizika pro jedince jako MA nebo MB a souvisejí s aktuálními

trendy mladých lidí i žen ve vyšším věku. Více se o těchto atypických poruchách budu věnovat v kapitole 2.4.5.

Dle Papežové je nejčastěji uváděn rizikový věk pro vznik PPP 13-15 let a 18 let. V současnosti ale vzniká onemocnění v jakémkoli věku. I u povolání lze hovořit o rizikových oborech, především tam, kde je postava součástí profese, např. modelky, baletky, herečky, moderátorky. (Papežová, 2017)

V použitých zdrojích je uvedeno, že nejvíce ohroženou skupinou PPP jsou ženy, které více podléhají vlivu diet a v pubertálním období, kdy tyto poruchy nejčastěji vznikají, nemají tolik problém s nárůstem tuku v těle a netrpí takovou nejistotou ve vnímání vlastního těla.

Příliš časně osamostatnění od rodiny bývá také rizikové, protože může vést k významnému narušení jídelních zvyklostí. Rizikovým faktorem pro vznik PPP bývá uváděna i skupina vrstevníků, kteří mohou tlakem a postoji sehrát negativní roli.

Velkou roli hrají i osobnostní rysy člověka, nejvíce ohroženi jsou lidé úzkostní, perfekcionista, emočně labilní a depresivní. Mezi příčiny poruch příjmu potravy musíme zařadit i zvýšené tlaky ze strany společnosti a médií na štíhlost a ideál krásy. Dle Papežové jsou PPP spojeny s poruchami osobnosti a úzkostnými poruchami, případně závislostmi na návykových látkách. (Papežová, 2017) Další možné vlivy na vznik PPP popisují v kapitole 3.1 Společenské a kulturní faktory.

2.3 BODY MASS INDEX

Body Mass Index, ve zkratce také BMI, je označení pro číslo, které podle váhy a výšky člověka určuje, zda má podváhu, správnou hmotnost nebo nadváhu. Test se dá udělat na internetu jednoduchým výpočtem.

V následující tabulce můžeme vidět BMI kategorie a možná zdravotní rizika (<https://www.bodymassindex.cz/> [online])

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
Méně než 18,5	Podváha	Vysoká
18,5 – 24,9	Norma	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Nízká až lehce vyšší
30,0 – 34,9	Obezita 1. stupně	Zvýšená
35,0 – 39,9	Obezita 2. stupně (závažná)	Vysoká
40,0 a více	Obezita 3. stupně (těžká)	Velmi vysoká

2.4 DRUHY PPP

Jak už jsem zmínila, nejznámější poruchy příjmu potravy jsou jednoznačně mentální anorexie a bulimie. Objevují se ale i další onemocnění, o kterých zatím není mnoho dostupných informací. Podle mého názoru mezi méně známé poruchy patří například syndrom nočního přejídání, záchvatovité přejídání, orthorexie, bigorexie a drunkorexie. V následující kapitole jednotlivá onemocnění charakterizují a popíší jejich základní příznaky.

2.4.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie patří mezi nejčastější PPP. Objevuje se především u mladých dívek a žen, ale stejně tak mohou být postiženi i chlapci v adolescentním věku, děti nebo starší ženy. Porucha je charakterizována velkým hubnutím, které si člověk vyvolává sám a dochází k němu tedy úmyslně. Pacienti s touto poruchou mají strach, že ztloustnou a jejich myšlenky směřují především k tomu, jak si udržet co nejnižší hmotnost. (<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html> [online]. 2018)

Diagnóza MA se stanovuje na základě několika příznaků, které musí být přítomny. Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje kritéria mentální anorexii takto (Novák, 2010):

- 1) Jedinec si udržuje tělesnou hmotnost alespoň 15 % pod předpokládanou hladinou nebo BMI je 17,5 a méně
- 2) Pacient se dobrovolně vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, kvůli své váze a objevují se u něj některé následující příznaky: vyprovokovává zvracení, defekace, užívá anorektika a diuretika nebo nadměrně cvičí.
- 3) Strach z tloušťky přetrvává a jedinec má zkreslenou představu o svém těle.
- 4) Endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea¹ a u mužů se ztrácí sexuální zájem a potence.
- 5) Onemocnění se vyskytne před začátkem puberty, jsou opožděny projevy puberty nebo úplně zastaveny. Když se jedinec uzdraví, může opožděně dojít k pubertálním projevům.

Příznaky MA mohou být různorodé, mohou se týkat sociální, psychických nebo biologických faktorů. Mezi nejčastější příznaky jednoznačně patří omezený výběr jídla,

¹ označení pro vynechání menstruace v období plodnosti (<http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/amenorea-amenorrhoea-4> [online])

vysoká tělesná činnost, vyvolávání průjmů a zvracení nebo užívání anorektik a diuretik². (<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html> [online]. 2018)

Lidé s mentální anorexií mění často svůj jídelníček, jídelní režim, při jídle se mohou cítit úzkostně a srovnávají se s ostatními. Jejich změny zasahují i do chování, vyhýbají se událostem ve společnosti, kde by mohlo být jídlo, kontaktu s přáteli a rodinou. Mění se jejich chutě, často žvýkají žvýkačky a kouří cigarety. Zdravotní potíže přicházejí postupně, objevuje se zácpa, změny v menstruačním cyklu a časté návaly zimy. (Krch, 2010)

Mezinárodní klasifikace nemocí určuje jako další typ MA, atypickou mentální anorexií, která nesplňuje některé z kritérií mentální anorexie, ale celkový obraz poruchy je stejný. Dále Krch (2005) dělí anorexií na 2 typy, nebulimický a bulimický. Nebulimický typ neboli restriktivní, vychází z toho, že pacient nemá opakované záchvaty přejídání a bulimický (purgativní) typ naopak.

2.4.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

Typické pro mentální bulimii je neodolatelná touha po jídle, při které jedinec trpí opakovanými záchvaty přejídání a následně má tendenci násilným způsobem veškerou požitou stravu vyzvracet. (Vágnerová, 2012)

Anglický psychiatr Gerald Russel vymezil tři základní kritéria pro MB. Prvním kritériem je, že jedinec má silnou a nepotlačitelnou touhu se přejídat; dále vyvolává zvracení, aby zabránil ztloustnutí a posledním kritériem je chorobný strach z tloušťky. Russelova kritéria platí v základním vymezení mentální bulimie dodnes. (Krch, 2005)

Pro určení diagnózy MB se musí vyskytovat dle MKN - 10, tři základní příznaky, které jsou obdobné výše znakům dle Russela (Novák, 2010):

Jedinec se neustále zabývá stravou, má neodolatelnou chuť k jídlu a dochází k přejídání v krátké době.

Jedinec se snaží vyvolat zvracení, zneužívá laxativa, střídá období hladovění, anebo užívá anorektika, diuretika.

Pacient má chorobný strach z tloušťky, usiluje o co nejnižší tělesnou váhu.

Lidé, kteří trpí mentální bulimií se snaží svůj problém utajit a vynakládají tak velké úsilí ve svém sociálním životě, aby udrželi svou nemoc v tajnosti. Nemoc postiženým jedincům zasahuje do života a stydí se za své chování. Nemocný často uvádí, že má pocit,

² Léky, které vyvolávají zvracení a průjmy

jako by v něm žily dvě osobnosti, jedna touží po zdraví a nechce se neustále přejídat a zvracet, a ta druhá není spokojená s tím, jak vypadá jeho tělo a nedokáže se od toho odtrhnout. Často se s problémem nikomu nesvěřují, lžou nebo mlží. (Hall, Cohn, 2003)

Bulimie se ve větším množství než u mužů vyskytuje u adolescentních dívek a žen. Kvůli utajování problémů není přesný počet jedinců s MB znám. Nemoc se rozvíjí plynule, začíná u komplikací v jejich životě a vede až k somatickým poruchám. Záchvaty přejídání jsou poměrně časté a také mohou být finančně náročné, kvůli spotřebě velkého množství jídla. Jedinci si nosí potraviny i s sebou, aby byli dostatečně připraveni na záchvat mimo domov. Nedokáží se najíst normálně, jsou buď hladoví nebo přeplnění. Vyzvracení požité potravy přináší velkou úlevu, ale jen dočasně, momentálně mají lepší pocit ze své váhy, ale vědí, že tomu není konec. (Vágnerová, 2012)

2.4.3 SYNDROM NOČNÍHO PŘEJÍDÁNÍ

Syndrom nočního přejídání (Night eating syndrome – NES) doposud není zařazen v mezinárodní klasifikaci nemocí, přitom statistiky dokazují že právě tato forma je jednou z nejčastějších poruch příjmu potravy v dnešní době. V posledních letech se objevují různé články, které na tuto problematiku poukazují.

Allison aj. (2004) popisují několik typických charakteristik, které se objevují u jedince se syndromem nočního přejídání a jsou následující: Jedinec necítí hlad v ranních hodinách, tzn. jedinec s NES pravděpodobně nebude mít žádnou chuť k jídlu a často je bez jídla až do oběda nebo odpoledne. Dalším znakem je přejídání ve večerních hodinách, jelikož v průběhu dne nejí vůbec nebo jen málo, tak večer dochází k velkému množství konzumace potravin. Je pro něj obtížné usnout, často se takový jedinec musí před spaním najíst, aby rychleji usnul. Když už se jedinci podaří usnout, přichází časté probouzení s pocitem velkého hladu, tak aby znovu mohl usnout, musí se jít najíst. A posledním příznakem tohoto syndromu je častý pocit deprese, kromě problémů s usnutím a jídlom se jedinci cítí velice smutně a jsou ve stresu.

Pacient nemůže usnout, dokud se nenají a ze stejného důvodu se v noci i několikrát probouzí a není schopen to ovládnout. Jejich jídlo je často velice nezdravé a kalorické. (<http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=380> [on-line], FALTUS, 2007 [cit. 2018-04-25])

Syndrom nočního přejídání není jen špatný zvyk člověka nebo pouhá porucha stravování, souvisí s ním i poruchy spánku, výkyvy nálad a další biologické a

psychologické faktory, které hrají důležitou roli ve vývoji této nemoci (Allison aj., 2004)

2.4.4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Záchvatovité přejídání patří z velké části k příznakům MB, ale nesplňuje všechna určená kritéria, abychom tuto poruchu mohli zařadit jen pod příznak bulimie. Existuje tedy návrh, aby se termín „záchvatovité přejídání“ (Binge Eating Disorder, BED) stal dalším druhem poruch příjmu potravy a stal se tak další kategorií.

Byla navržena možná definice (Cooper, 2014), která je ale velice podobná jako u jednoho z kritéria MB a dále více specifikována:

- A. Opakované epizody přejídání, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla
- B. Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:
 - 1. Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé
 - 2. Jí, dokud se necítí nepříjemně plný
 - 3. Jí, aniž by pociťoval hlad
 - 4. Jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho
 - 5. Po přejedení je sám sebou znechucen, deprivován, cítí se velmi provinile
- C. V souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti
- D. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát do týdne po dobu 6 měsíců
- E. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním

Samostatné problematice této poruchy se v posledních letech věnuje mnohem větší pozornost. Jsou dokonce už zprávy o tom, že se tento typ záchvatovitého přejídání vyskytuje mnohem častěji u žen, ale zároveň je tu i velké zastoupení mužů, oproti jiným PPP. Dnes už také víme, že se často projevuje ve starším věku a pokud je člověk obézní, je větší pravděpodobnost, že se s touto poruchou setká. (Krch, 2005)

2.4.5 ATYPICKÉ PPP

Pojem PPP lidé znají velice často především v souvislosti s mentální anorexií a bulimií. Poruchy příjmu potravy zahrnují i další méně známé poruchy, které jsou nově pojmenovány a nesou především znaky dnešního trendu zdravého životního stylu. Jsou jimi ohroženy ženy i muži a jedná se o poruchy, které mohou ze začátku vznikat z dobrého úmyslu změnit svůj životní styl k lepšímu, ale ve větším množství či následně vzniklé závislosti, mohou způsobit velké zdravotní i sociální problémy.

Jedná se například o tzv. ortorexii, což je porucha, u které vzniká nezdravá závislost na příliš zdravém stravování. Ortorexie se vyznačuje posedlostí na zdravé výživě. Takový člověk vyhledává veškeré obchody se zdravými potravinami, zjišťuje, co je v každém jídle obsaženo a jak se takové potraviny vyrábějí. Jedinec tráví největší část svého času právě těmito činnostmi a v tu chvíli může dojít k závislosti. Jídelníček se začíná ve značné míře zužovat a jedinec ubírá na své hmotnosti. Zároveň se mohou vyskytnout deprese, osamělost a jiné závažné související problémy.

Lidé s ortorexií se zaměřují především na potraviny, které jsou bez použití různých chemických barviv a konzervantů, tedy na bio produkty, které dnes snadno najdeme ve specializovaných obchodech. Odmítají jakoukoli jinou možnost stravování a začíná to být nebezpečné především tehdy, kdy začínají pochybovat i o bio produktech, zda jsou vyrobeny v dobrých podmínkách, neznečišťuje se při výrobě ovzduší a zda dodržely všechny výrobní postupy. (<https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie> [online]. IDEALNI, 2014 [cit. 2018-04-14])

Další méně známou poruchou je bigorexie, která se vyznačuje nadměrným sportováním a často dochází až k závislosti na posilování a cvičení. Tato nemoc se týká především mužů a sportovců, kteří jsou nespokojeni s vlastním tělem a mají potřebu stále zlepšovat svůj nárůst svalové hmoty. Jedinci trpící bigorexií mají často psychické problémy, mají pocit, že jsou velice slabí, drobní a nejsou dostatečně svalově vyvinutí, proto se snaží tento komplex řešit nadměrným cvičením a stává se to jediným smyslem jejich života. (<http://www.spektrumzdravi.cz/fitness/bigorexie-porucha-prijmu-potravy-ktera-trapi-prevazne-muze> [online]. SPEKTRUMZDRAVI.CZ, 2016 [cit. 2018-04-14])

Bigorektici přestávají mít zájem o všechny okolo sebe, rodinu, přátelé a aktivity, které je dříve bavily. Svě povinnosti odsouvají na druhou kolej, drží přísný jídelníček a jediným cílem je pro ně mít dokonalý vzhled, jako v kulturistických časopisech nebo filmech.

Další poruchou, která je velice podobná příznakům poruch příjmu potřeby, ale není oficiálně v nich zařazena, se nazývá drunkorexie. U nás o této nemoci tolik zmínek nenajdeme, ale už z anglického názvu „drunkorexia“ můžeme odvodit spojení dvou slov, opilství a anorexie. Jedná se tedy o poruchu, která je kombinací dvou závažných problémů, které jsou užívání alkoholu a anorexie. (<https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza> [on-line]. GILÍK, 2011[cit. 2018-04-14])

Jedinec s touto poruchou omezuje veškerý příjem potravy po celý den, aby se mohl večer napít alkoholu a poté ho vyzvracet. Postihuje především mladé dívky, které pozorují kalorie v jídle a v alkoholu. Tím, že jedinec celý den nejí, rychleji se opíjí. Kombinace těchto dvou rizikových faktorů je velice nebezpečná, dochází k somatickým i psychickým potížím a může se rozvinout i závislost na alkoholu. (<https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza> [on-line]. GILÍK, 2011[cit. 2018-04-14])

Mezi nové poruchy příjmu potravy se řadí restriktivní porucha příjmu potravy (označována jako ARFID), kdy postižený jí jen omezenou škálu jídel a narušuje normální život například nedostatečným příjmem kalorií a živin. Vyskytuje se především u dětí, ale může přetrvat i do dospělosti. Příkladem takové poruchy je dodržování bezlepkové diety bez diagnózy celiakie.

Novým onemocněním je také pika (pica) syndrom řazený mezi poruchy příjmu potravy. Vyznačuje se chorobným nutkáním pojídáním věcí, které nejsou potravinami (křída, mýdlo, čisticí prostředky...). Zde existuje vysoké riziko otravy organismu a zároveň poranění trávicího traktu. (<https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders> [on-line]. PETRE, 2017 [cit. 2018-04-14])

Syndrom ruminace je onemocněním, kdy postižený vrací záměrně již spolknutou potravu zpět do úst, znovu ji žvýká a poté spolkně či vyplivne. Tento syndrom může vést k významnému úbytku hmotnosti až k úmrtí.

Purgativní poruchy příjmu potravy se vyznačují vyvoláváním zvracení, užíváním diuretik a laxativ za účelem snížení příjmu kalorií. Nedochozí však k záchvatovitému přejídání jako u jiných poruch. (<https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders> [on-line]. PETRE, 2017 [cit. 2018-04-14])

3. SOCIÁLNÍ ASPEKTY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

Jak jsem již zmínila u zdravého životního stylu, v dnešní době je velice žádoucí, aby ženy měly štíhlou postavu a muži svalnaté tělo. Tento trend zahrnuje několik otázek, na které je třeba si zodpovědět, pokud se chceme zdravě připojit do života fitness a stravování. Člověk by si měl ujasnit, co je jeho cílem, když touží změnit svůj životní styl. Zda jsou jeho pohnutky skutečně osobní či pouze naslouchá očekávání svého okolí a motivací je jen přání se začlenit do kolektivu a stát se atraktivnějším a populárnějším pro ostatní.

Na samotném počátku nemoci se může podílet i touha po úspěchu v partnerském nebo kariérním životě. Představy dnešní společnosti o úspěšné a krásné ženě mnohdy splňuje štíhlá a atraktivní postava. Tato idea neustálého zdokonalování své postavy dostane jedince do situace, kdy nedokáže rozpoznat hranici mezi přirozeným hubnutím a sebepoškozováním. Strach z odmítnutí partnerem či kariérním neúspěchem tento proces stále zesiluje. (EURO REVIEW – New EU Magazine of Medicine [on-line]. NAVRÁTILOVÁ A HAMROVÁ, 2009 [cit. 2018-04-20])

Pohled na náš vlastní život neutváříme jen my sami, ale důležitou součástí je naše rodina, společnost okolo nás, přátelé, kolegové v práci či spolužáci ve škole, všichni ti, kteří se i jen malou součástí podílejí na našem životě a utvářejí tak naši osobnost.

Každý člověk si v průběhu života osvojí určité normy, kterými se řídí. Tato pravidla se týkají našeho tělesného „já“ i psychického „já“ (vědomí odlišnosti od ostatních) a mají potom velký vliv na sebehodnocení. (Vágnerová, 1997). Hodnotící kritéria různých sociálních skupin se mohou významně lišit, některá pro nás mohou být i nedosažitelná a vést ke zkreslenému posuzování. (Fischer, Škoda, 2014)

Jakoukoli změnu nebo problém bychom měli řešit s pomocí někoho nám blízkého, protože se to ve většině případů dotýká i jich samotných. Tak jako se dělíme o šťastné chvílky, někdy je dobré se na lidi obrátit i s nastalým problémem. Poruchy příjmu potravy jsou opravdu častým a velmi závažným problémem, který proniká do našeho okolí a je potřeba je začít včas řešit.

Domnívám se, že v běžném životě bychom se obecně měli vyhnout dogmatům, která se nabízejí a omezit rizika například vyhýbáním se internetovým diskusím a blogům bez odborné asistence na téma zdravého stravování. Každý by měl se zdravým rozumem zauvažovat o stravování předešlých generací a nedebatovat s lidmi, kteří zapáleně prosazují určitý výživový systém bez ohledu na argumenty. Nepodléhejme marketingovým trikům pod nálepkou „bio“, „eko“ a „raw“ a s rezervou konzumujme jednoduché

potravin. Uvědomit si, že jídlo je jen nástroj k dosažení energie a nemělo by se stávat náplní našich dnů.

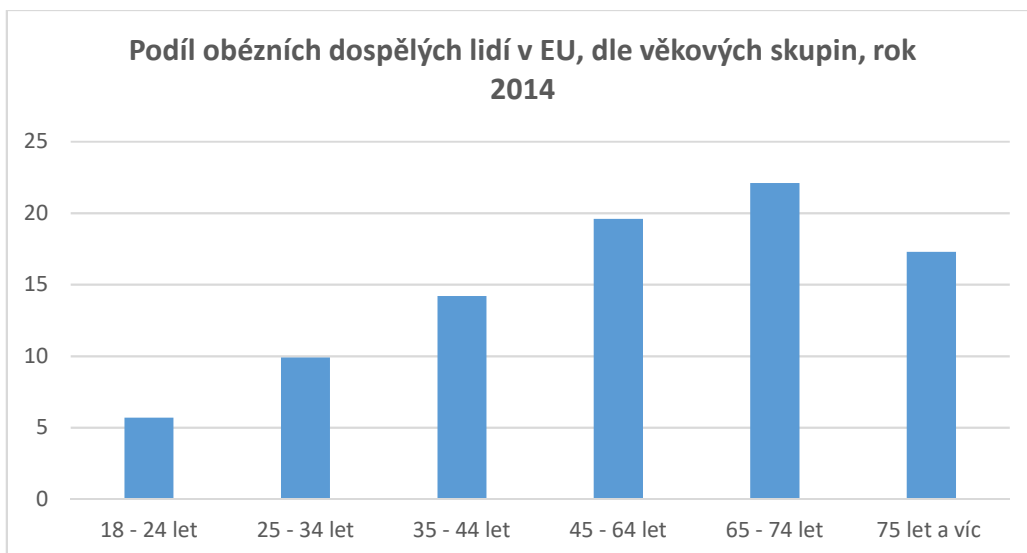
3.1 SPOLEČENSKÉ A KULTURNÍ FAKTORY

Většina hypotéz (Garfinkel a Garner 1982, Hsu 1990) předpokládá, že za vznikem poruch příjmu potravy stojí především kultura „západního světa“ založená na nekritickém uctívání kultu štíhlosti a sebekontroly. Přijetí „západních“ standardů a hodnot dle Kaffmana a Sadeha (1989) vedlo v Izraeli u žen k nespokojenosti s vlastním tělem, v Hong Kongu si Číňanky také osvojily změnu v náhledu na ženskou krásu a začaly na své tělo pohlížet mnohem kritičtěji. (Krch, 2005)

Již H.Bruch 1978 (Krch, 2005) upozorňovala, že módní ideály mají velký vliv především na adolescenty a vinila média a módní průmysl z rozšiřování názoru, že štíhlost je nutnou součástí přitažlivosti člověka a lidská hodnota tkví ve štíhlosti.

Všichni jsme neustále pod tlakem sdělovacích prostředků, které nám agresivně vnucují představy o ideálních proporcích, které jsou pro běžného člověka často geneticky nedosažitelné. Denně nám jsou předkládány často nevhodné metody, jak dosáhnout vysněného ideálu, které jsou většinou spojeny s přemírou sebekontroly. V současné společnosti je nadváha vnímána de facto jako selhání a často žene člověka k pocitům vlastní neschopnosti, nadměrné sebekritice a izolaci. Nadměrná hmotnost člověka může způsobovat zdravotní rizika, na která by mělo být upozorňováno, ale samotná nadváha by neměla vést k hodnocení ostatních kvalit jedince. Trendům diet a zdravé výživy se přizpůsobuje i potravinářský průmysl, který nám nabízí stále více výrobků „light“ a „bio“. Komerční reklamu ovládají prostředky na snížení hmotnosti a hubnutí. Nikde se však již nedočteme o neúčinnosti či dokonce škodlivosti některých těchto produktů. (Krch, 2005)

Přestože sílí tlak na štíhlý ideál krásy, průměrná hmotnost populace v západních zemích roste. Dle zprávy Eurostat z r. 2014 trpí obezitou každý šestý obyvatel EU rovnoměrně muži a ženy. Rozdíl tvoří ale věkové kategorie, kdy nejkritičtější skupinou jsou lidé ve věku 65 - 74 let. Bylo evidováno, že u lidí s vyšším vzděláním se obezita vyskytuje významně méně často.



(<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-press-releases/-/3-20102016-BP>, EUROSTAT, 2016 [cit. 2018-04-20].)

Obezita se stává důvodem předpojatosti, obézní lidé jsou často popisováni jako líní, hloupí apod. Nerealistické cíle a neadekvátní vzory lidského těla jsou v rozporu s lidskou přirozeností a variabilitou. Matky, které jsou oběťmi nepřetržitých dietních programů často přenášejí tuto kritičnost k vlastním proporcím na své děti. Dle studie Maloney z r. 1989 dvě třetiny pacientek začaly s dietou spolu s matkou a 45% měly přátele, kteří dietu drželi. (Krch, 2005)

Lidské tělo, nebo spíše naše představa o vlastním těle, je součástí identity člověka. Tělové schéma je mentálním obrazem včetně hodnotícího postoje. Zevnějšek člověka je snadno identifikovatelná součást osobnosti a je tedy jejím sociálním reprezentantem. Naše představy jsou však zkresleny emocemi, vidíme se takovými, jakými si přejeme nebo spíše obáváme být. Dietami a cvičením tělo můžeme změnit, ale pokud nezměníme svůj postoj, nemá tato snaha smysl. Tělesná atraktivita člověka je dáována do souvislosti s úspěchem v životě. Poruchy příjmu potravy znamenají poruchy postoje k jídlu i k vlastnímu tělu, tzn. deformaci tělového schématu. Hubnouce aktivity jsou považovány za následek mediálního tlaku, tedy někdy „hloupost“ jedince, který se chová nepřiměřeně. Problémy s příjmem potravy okolí nemocného často bagatelizuje a neshledává je důležitými. (Vágnerová, 2012)

Principem problémů s poruchou příjmu potravy je devalvace vlastní hodnoty v závislosti na tělesné hmotnosti. Při sebehodnocení bychom na sebe neměli být přísnější než na ostatní a užívat stejná kritéria. Je časté, že nemocní zdůvodňují mnohé své neúspěchy iracionálně svou nadváhou a nehledají reálné příčiny. Zásadní potíže potom způsobují naše vlastní nerealistická očekávání a černobílé vidění světa, kdy malé selhání považuje nemocný za celkové zmaření úsilí. (Cooper, 2014)

Dalším faktorem, který ovlivňuje vznik PPP, je tlak na pracovní uplatnění a změny v nahlížení na ženskou roli. Rozpory v normách fyzické atraktivity a standardech ženy v rodinném životě či sexuálním pojetí mohou přinášet zmatky v hledání osobní identity ženy. (Krch, 2005)

Poruchy příjmu potravy se neustále mění, vyvíjejí a jsou kulturně a sociálně citlivé. Kromě již jmenovaných faktorů můžeme sledovat i další vlivy, např. sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, soutěživost. (Krch, 2005)

3.2 NEMOCNÍ V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ

Práce a profesní život bývá často úzce spjatý s poruchami bulimie a anorexie. Na mnohé nemocné je v práci vědomě i nevědomě vyvíjen tlak ohledně vzhledu, přitažlivosti a celkové atraktivity. V některých zaměstnáních jsou dokonce tyto faktory rozhodující v otázce úspěchu nebo výkonu. Proto jsou ženy i muži často vystavováni situacím, kdy ztrácí svou osobní identitu a je pro ně velice těžké vymezit se sami sobě. Důsledkem toho může být odmítání tzv. „ženské role“ ve společnosti a celkové sexuální orientace.

Psychologové Garfinkel a Garner (1982) připomínají, že důvodem těchto poruch a tím spojených problémů v sociálním okolí, může být i situace v dnešním světě, kde se mnoho věcí mění v krátkém časovém intervalu a v daných osobách to může vyvolávat pocit, že dnešní svět je jeden velký chaos a neexistuje nad ním kontrola. Tento pocit se jedinec s PPP snaží potlačit alespoň kontrolou nad svým tělem, přesněji nad svou váhou. (Krch, 2005)

Pro nemocného je v boji s poruchou důležitý pravidelný režim. Proto je pracovní prostředí velmi důležitou součástí, kdy je třeba zaručit nejen pravidelný stravovací systém, ale i dostatek a pravidelnost spánku. Směnný provoz a noční práce jsou velmi rizikové pro takého jedince. Zároveň dostatečný přístup ke kvalitním potravinám v práci je významnou součástí nově nastoleného programu. (Krch, 2005)

V dnešním konkurenčním pracovním prostředí je dodržování pravidelného stravovacího režimu velmi komplikované. Nadměrné pracovní vytížení často nedává prostor ani čas na jídlo, což velmi stěžuje situaci lidí, kteří se svou poruchou snaží řešit.

3.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V RODINĚ

Asi není pochyb, že poruchy příjmu potravy ovlivňují život nejen samotného nemocného, ale i jeho blízkých a celé rodiny. Jak jsem již zmínila v předchozích kapitolách, reakce okolí na přemíru aktivit spojených s hubnutím a péče o vlastní tělo bývá různá. Zpočátku se toto chování jeví chvályhodným, jakmile se ale dostane do neadekvátních mezí, stává se spíše cílem posměšků nebo se příznaky nemoci spíše podceňují.

Ve chvíli, kdy se rodina a přátelé o míře problému dozví, nastává období, kdy jsou vrženi do neznámého prostředí a snaží se (v ideálním případě) získat dostupné informace, jak vhodně pomoci a svým jednáním nemocnému spíše nepřitížit či nezkomplikovat situaci. Stává se, že nevhodným chováním okolí jedince s PPP spíše odráží a sráží v jeho úsilí překonat své problémy.

Nemocný však musí přijmout jen svou vlastní zodpovědnost za celou situaci a řešit obtíže bez ohledu na chování svých blízkých. Nevhodné chování příbuzných a přátel nesmí být výmluvou pro vlastní pochybení. Jak uvádí F.D.Krch ve své publikaci „*Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*“, ačkoli rodiče možná přispěli k obtížím nemocného svým chováním a nastavenými vzory, není důležitý viník situace, ale aktuální úkol, co dělat. Informovat své blízké o situaci a problémech s jídlem je důležité i proto, aby bez výmluv a dramát mohl jedinec začít s normálním stravovacím režimem. Rodina není důvodem pro léčbu, člověk musí toužit být zdravý sám pro sebe. (Krch, 2003)

Nemocný, který bojuje s poruchou příjmu potravy, by neměl významně omezovat své okolí, ale je vhodné se dohodnout na určitých pravidlech (pravidelné rodinné stravování, nevystavování pochutin a nevhodných potravin apod.). Rodina nemá na jedince dohlížet, ale jen ho podporovat. Nemocný je často citlivý na různé narážky a vztahovačně reaguje na jakékoli hovory o jídle, fyzickém vzhledu, množství jídla. Měl by si uvědomit, že většinu lidí jeho problémy s potravou vůbec nezajímají. Pokud má jedinec problém s některými tématy, měl by své blízké informovat a vysvětlit jim své záměry. Ale všichni jsme chybujiící a občasně střety mohou nastat při větší ochotě zúčastněných. (Krch, 2003)

Pokud je situace v rodině komplikovaná a nemocný cítí v rodině nedostatek podpory a citu, je častou reakcí sebelítost a falešná očekávání. Je třeba si uvědomit, že není smyslem žít dále v touze po perfektním zázemí, ale vytvořit si podmínky pro kvalitní život na vlastních nohou.

I v případě, že rodiče, sourozenci, partneři nemocného jsou ochotni pomoci, nemohou soustředit svůj život jen na tyto problémy. Příbuzní nenahrazují odborníka, ale

pomoci mohou svým zájmem soustředěným nejen na problémy nemocného, ale i na jiné oblasti jeho života. Zdravý přístup k jídlu je samozřejmě ideálním vzorem. Okolí by nemělo zužovat hovory s nemocným na to, co a kdy snědl, jak momentálně vypadá, jak se cítí. I pro zdravé členy rodiny je tato situace složitá a vyžaduje velkou míru trpělivosti. Mnohdy touží zjistit příčiny nemoci a po opakovaných nezdárných pokusech nemoc překonat je i pro ně těžké vkládat v nemocného důvěru a neprojevat zklamání ze selhání.

Další skupinou v okolí nemocného jsou jeho přátelé. Lidé s PPP se často chovají nezodpovědně a nedůvěryhodně pro své blízké a nemoc je o mnoho přátel připraví či je dočasně odcizí. Je důležité obnovit důvěru a připravit se na možné odmítnutí. Opětovné začlenění do sociálních skupin je důležitou součástí ozdravného procesu a stojí také mnoho úsilí. (Krch, 2005)

Skuteční přátelé obvykle chtějí nemocnému pomoci, ne vždy však tuší, jakým způsobem. Nejlepší cestou je chovat se normálně, nepasovat se do role terapeuta. Stačí jen respektovat přání a potřeby nemocného, jaká témata hovoru jsou pro něj přijatelná a která ho přivádí do nepříjemné situace, vyjádřit svůj názor bez odsuzování a předpojatosti. Přátelé nemocného by si měli uvědomit, že nemocný v průběhu terapie velmi citlivě sleduje, co kdo jí, kdo drží jakou dietu, jak je kdo štíhlý.

V důsledku neuspokojeného pudu dochází u lidí s poruchou příjmu potravy ke snížení zájmu o sexuální život. Často bývá nechuť k sexu způsobena negativním vztahem k vlastnímu tělu. Projevem „dokazování si vlastní atraktivity“ ale může být i sklon k promiskuitě. (Novák, 2010)

Psychická labilita nemocných může vést k problémům s alkoholem, který přináší snižování strachu z tloustnutí a pomáhá „zapít“ chuť k jídlu a uniknout pocitům viny. Je nutné si ale uvědomit, že nelze vyměnit jednu závislost za druhou.

Nemocní bulimií se dostávají i do finančních obtíží, přejídání a nekontrolované nákupy něco stojí. I tento problém nelze omlouvat nemocí a je třeba hledat pomoc.

K rozvoji poruch příjmu potravy dochází nejčastěji pod vlivem kulturních a rodinných vlivů. Rodina hraje svou roli v rozvoji onemocnění – příbuzní oceňují štíhlou postavu dotyčného, jeho sebekontrolu. Nelze samozřejmě rodinné příslušníky vinit ze vzniku onemocnění, ale jejich chování často podněcuje pacienty a podporuje je ve správnosti jejich počínání. (Novák, 2010)

Dle dostupných studií je častým znakem rodiny nemocného nedostatečná komunikace v rodině a popírání emocionálních potřeb pacienta. Riziko rozvoje PPP zvyšuje nízké očekávání ze strany rodičů, zneužívání, absence rodičovské kontroly i péče,

neuspořádanost v rodinné hierarchii. V rodinách pacientů s PPP je častější výskyt alkoholismu, emočních poruch, depresí. Pacientky s PPP často pocítují tlak na sílu ženy, která tak kompenzuje nedostatky mužské generace, a orientují se na uspokojení ostatních na úkor vlastních potřeb. Fallon, Katzman a Wooley popisují vztah mezi PPP a prezentací ženského genderu v rodině. (Novák, 2010)

Dle analýz H.Bruch (in Novák, 2010) z 50 rodin s výskytem mentální anorexie rodiče zdůrazňovali svou příkladnou péči o dítě a hrdost na své nekonfliktní a „hodné“ dítě. Tito rodiče zpravidla měli vyšší zájem o krásu, vzhled, dietní programy a jejich očekávání vůči dítěti byla obvykle příliš vysoká. Matky dcer s PPP mívají na patologii svých potomků velký vliv, bývají perfekcionistické, kritické, žárlivé, ambiciózní, nespokojené s fungováním vlastní rodiny. Dle jejich názoru jsou dcery méně atraktivní než ostatní dívky. Matky rovněž trpící PPP samozřejmě negativně ovlivňují své potomky nepravidelným stravovacím režimem, věčnými obavami o svou váhu, hlídáním kalorických hodnot u potravy ostatních členů rodiny. Chlapci bývají vůči těmto projevům méně citliví, dívky se se svou matkou více identifikují. Otce pacientky s PPP často popisují jako přísné a nezúčastněné. Vlastní vnímání pacientek s PPP bývá ovlivněno snahou splnit rodičovská očekávání a obavy ze srovnání s ostatními. (Novák, 2010)

Je mnohdy těžké odlišit, zda rodinné dysfunkce mají vliv na výskyt PPP nebo zda výskyt PPP podněcuje rodinné neshody.

Významným rizikovým faktorem je již existence PPP u nejbližších ženských příbuzných. Výskyt PPP u sester anorektiček byl odhadnut na 11,4% oproti 1,8% u celé skupiny. Klinické studie uvádějí rozmezí 3-10% výskytu PPP mezi sourozenci pacientů. (Krch, 2005) Dle Hsu (r.1990) se v rodinách anorektiček a bulimiček tyto poruchy objevují až 5x častěji, než je běžné. Až 60% pacientek vyhodnotilo své rodinné prostředí jako neuspokojivé. U 17% pacientek byl diagnostikován alkoholismus otce. (Krch, 2005)

V rodinách s PPP jsou sledovatelné tyto čtyři znaky (Krch, 2005):

- Přehnaně blízké vztahy s nízkou samostatností jedince, slabé mezigenerační hranice
- Obtíže při řešení konfliktů, vyhýbání se řešení
- Přecitlivělost k potřebám ostatních členů rodiny, nadměrná protektivita
- Rigidní postoje a pevné modely interakcí bez přizpůsobování se vývoje dětí

Odborníci z celého světa v červnu 2017 při příležitosti Světového dne aktivit proti PPP (2.červen) zveřejnili tzv. 9 pravd o PPP, které zde pro zajímavost uvádím, a mají usnadnit vyhledání odborné pomoci: (<https://www.aedweb.org/learn/publications/nine-truths>. Dr. Cynthia Bulik [online]. 2014 [cit. 2018-04-23])

1. Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy může vypadat dobře i přes extrémně vážné onemocnění
2. Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším spojencem pacientek i zdravotníků
3. Diagnóza PPP je zdravotní krizí, která poškozují osobní i rodinné vztahy a fungování
4. PPP nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou, biologicky ovlivněnou nemoc
5. PPP postihují v současnosti lidi všech věků, etnicit, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní
6. U PPP narůstá riziko sebevražd i zdravotních komplikací
7. Geny a prostředí hrají v rozvoji PPP důležité role
8. Geny samotné však neodhalí, kdo PPP onemocní
9. Úplné uzdravení je možné, velmi důležité jsou včasné rozpoznání a intervence.

4. MOŽNOSTI LÉČBY PPP

Pro poruchy příjmu potravy neexistuje jedna dogmatická léčba. Je nutný komplexní přístup v souvislosti se závažností a dobou trvání problému a individuální osobnosti nemocného. Cílem této léčby by mělo být upravit váhu na normální hodnotu, akceptace této váhy nemocným, korigovat vztahy nemocného k sobě i okolí. Existují různé přístupy k léčbě, jejíž nejvyšší úspěšnost bývá udávána v rozmezí 60-70%. U rodinné terapie pubertálních pacientů s mentální anorexií je úspěšnost až 90%. (<http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh> [on-line], HOLÁ, 2017 [cit. 2018-04-28])

Jak uvedla Papežová na XI. mezinárodní konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě v r. 2017, je průkazné, že ke vzniku anorexie dochází vzájemným působením rizikových genetických faktorů a rizikového prostředí. Významné výzkumy jejího pracoviště Centra pro léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN v Praze v projektu GWAS potvrdily na souboru 3500 pacientek umístění genu zodpovědného za anorexii.

Další studie přinesla poznatek, že nedostatečný příjem potravy vede k poruchám kognitivních funkcí a postižení hůře zpracovávají negativní emoce a nezvládají řešení problémů. (<http://terapie.digital/review2/medicinska-review/poruchy-prijmu-potravy-ve-svetle-novych-poznatku.html> [on-line], SRBOVÁ, 2017 [cit. 2018-04-28])

Podle záznamů psychiatrů je poruchou příjmu potravy postiženo přibližně 5% lidí. Mnozí se ale léčí neodborně mimo evidované zdravotní služby nebo pacienti léčí až somatické následky choroby na interních odděleních bez řešení problémů s jídelním chováním. Papežová preferuje pro chronické pacienty specializovanou péči. (<http://terapie.digital/review2/medicinska-review/poruchy-prijmu-potravy-ve-svetle-novych-poznatku.html> [on-line], SRBOVÁ, 2017 [cit. 2018-04-28])

Jak zaznělo na XI. mezinárodní konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě v r. 2017 z úst prof. Papežové, v léčbě PPP v ČR by mělo dojít k rozšíření primární a komunitní péče, rozvoji psychoterapie, snížení stigmatizace lidí nemocných PPP, podpoře terapeutických strategií a uživatelů této terapie, zlepšení možnosti léčby v komplexním týmu odborníků. Je nutné PPP považovat za vážné psychiatrické onemocnění a právě multidisciplinární spolupráce je velkým tématem.

Dle Mgr. Kulhánka z centra Psychoterapie Anděl v Praze nelze na PPP nasadit univerzální léčbu, protože je řada modelů jejich vzniku a různá osobnostní struktura

nemocných. (<http://terapie.digital/review2/medicinska-review/poruchy-prijmu-potravy-ve-svetle-novych-poznatku.html> [on-line], SRBOVÁ, 2017 [cit. 2018-04-28])

Dle Holanové z Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN v Praze lze vypořádat komorbiditu³ PPP a mentální retardace či poruchy autistického spektra, která vyžaduje modifikaci terapeutických přístupů a multidisciplinární spolupráci.

Zajímavá je i studie Centra pro léčbu PPP v Praze na vzorku 226 žen, kde byl potvrzen vyšší výskyt ADHD u pacientek s PPP (37%) oproti 16% u ostatních žen z kontrolní skupiny. Projevem obou poruch (PPP a ADHD) bývají velká impulzivita spojená s nedostatečnou vůlí a problémy s udržení pozornosti. Lidé s ADHD častěji podlehnou nekontrolovanému a neplánovanému přejídání. (<http://www.prevence-praha.cz/adhd?start=3> [online]. Čermáková, Papežová a Uhlíková, 2013. [cit. 2018-04-29].)

Pracoviště čistě specializovaná na PPP, kde mohou být pacienti hospitalizováni jsou

- Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN v Praze (Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP)
- Fakultní nemocnice Motol
- Specializovaná jednotka na Psychiatrické klinice v Brně.

Pražské centrum pro diagnostiku a léčbu PPP poskytuje například tyto formy pomoci (<http://www.healthyandfree.cz/index.php/rodice-a-blizci/item/370-jana-tomanova-vicerodinna-terapie> [on-line]. ŠTĚPÁNKOVÁ, 2017 [cit. 2018-05-05]):

1. lůžkové oddělení, které je začleněno do otevřeného psychiatrického oddělení s pacienty s jinými diagnózami.
2. Stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy.
3. Ambulantní péči
4. Komunitně následnou péči – Klub pro pacienty s poruchou příjmu potravy
5. Otevřenou skupinu pro následnou péči a Klub pro rodiče a rodinné příslušníky

³ přítomnost jednoho či více onemocnění (poruch, chorob) vyskytujících se současně s primárním onemocněním (poruchou, chorobou)

5. SOCIÁLNÍ PRÁCE V OBLASTI PPP

V této kapitole se budu zabývat možnostmi sociální práce s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy. V odborné literatuře nenajdeme mnoho informací, které se sociální otázkou u těchto jedinců zabývá, přesto zasahuje do mnoha oblastí jejich života a zařízení tuto službu nabízejí. Cílem sociální práce je aktivizovat klienta, aby si pomohl sám.

V oblasti poruch příjmu potravy se tato pomoc nabízí formou různých klubů, občanských sdružení, svépomocných skupin, psychoterapií nebo ambulantní péči. V následujících bodech uvedu několik zařízení a možnosti, které Česká republika nabízí, a které je možné navštívit a říct si o pomoc odborníkům. (<https://www.idealni.cz/kontakty-na-pomoc/> [on-line]. IDEALNI.CZ [cit. 2018-05-05])

- Klub pro pacienty a zájemce o léčbu ppp

Setkání, kterého se zúčastní odborníci a pacienti, kteří trpí poruchou příjmu potravy nebo lidé, kteří s nemocí v nedávné době ještě bojovali.

- Doléčovací skupina

Doléčovací skupina je pro jedince s PPP, kteří úspěšně zakončili hospitalizaci. Ve skupině se řeší problematika stravy, pohybu a pracovního režimu.

- Ambulantní psychoterapie v centru PSYCHOTERAPIE ANDĚL

Na Praze 5 nabízejí zkušené psychoterapeuty a psychologové psychoterapii jedincům, kteří trpí poruchou příjmu potravy.

- Vícerodinná terapie

Tato terapie spojuje prvky několika terapeutických směrů. Je ověřeno, že se jedná o jednu z nejúčinnějších metod při PPP.

„Pokud PPP onemocní dítě nebo dospívající, má rodina ještě dostatek možností, jak stav rychle zvrátit, jak pomoci v léčbě. To, že se zapojí všichni, pomůže nejen rychlejšímu uzdravení, ale také se předejde negativním vlivům na celou rodinu. Může se pracovat se všemi, řešit jejich strachy, smutky, trápení, bezmoc, vinu... Během rodinné terapie jsou také ošetřeni další sourozenci a v neposlední řadě i partnerský vztah rodičů, který dostává zdlouhavou nemocí pořádně zabrat.“
(<http://www.healthyandfree.cz/index.php/rodice-a-blizci/item/370-jana-tomanova-vicerodinna-terapie> [on-line]. ŠTĚPÁNKOVÁ, 2017 [cit. 2018-05-05])

- O.S. Anabell

Asi nejznámější v ČR je občanské sdružení Anabell, které nabízí hned několik služeb pro pomoc lidem s PPP a i jejich blízkým. Pomoc najdeme na třech místech ČR (Praha, Brno, Ostrava). Jejich služby zahrnují internetové a psychologické poradenství,

linka Anabell, poradenství, terapie po emailu, terapie, svépomocné skupiny a Peer konzultantství.

„Peer konzultant je člověk s osobní zkušeností s poruchou příjmu potravy. Nabízí klientům sdílení, opravdovost, pochopení a pomáhá svým vlastním příkladem překonat obtíže spojené s poruchou příjmu potravy.“ (<http://www.anabell.cz/cz/nabizime/peer-konzultantstvi> [on-line]. ANABELL.CZ [cit. 2018-05-05])

- Psychoterapeutická skupina v Brně
- Anonymní pomoc – projekt E-clinic

Nezisková organizace, která se zabývá léčbou a prevencí PPP. Zakladatelkou je hlavní představitelka a odbornice na PPP prof. MUDr. Hana Papežová, Csc.

Poruchy příjmu potravy jsou psychickou poruchou a nemocní potřebují odbornou pomoc s kombinací lékařské, psychologické a sociální péče. Formy terapie jsou různé:

- Psychoanalytický přístup

Přístup zaměřený na osobnost pacienta se snaží pochopit hlubší příčiny onemocnění i v nevědomých souvislostech.

- Terapie s orientací na tělo

Tyto formy terapie se snaží obnovit zdravý vztah k vlastnímu tělu a společenské dovednosti, naučit se mít rád vlastní tělo

- Farmakoterapie

Tato terapie nebývá bez psychoterapie účinná, u některých forem PPP jsou účinná antidepresiva. Po důkladné přesné diagnóze bývá nejúčinnější léčba kombinující farmaka se systematickou psychoterapií.

- Kognitivně-behaviorální přístup

Tento přístup při léčbě PPP užívá v ČR např. PhDr. Krch a umožňuje změnu myšlenkových a postojových schémat.

6. VÝSKYT PPP V ČESKÉ REPUBLICE

Ze zprávy „Péče o pacienty s PPP v ČR v letech 2011-2017“ Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z 23.10.2018 jsou dostupné následující informace:

V r. 2017 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami PPP léčeno 3 731 pacientů (z toho 90% žen) a v lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno 454 případů (z toho 65% pro mentální anorexii, 13% mentální bulimii a 13% atypickou mentální anorexii). Z hlediska věkové struktury byla téměř necelá čtvrtina z celkového počtu pacientů léčených ve věku 0–14 let, 39 % ve věku 15–19 let a necelá pětina z celkového počtu bylo starších 20 let. (<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017> [online]. 2018)

Největší počet pacientů v ambulantní péči s touto diagnózou, se léčilo v různých zdravotnických zařízeních, která nalezneme v hlavním městě ČR Praze. Až 114,5 pacientů na 100 tisíc obyvatel každého kraje se léčilo v letech 2011-2017 na území Prahy. V České republice činí průměr pacientů 35,2, je to tedy až 3,1krát více. Celorepublikový průměr lehce překročil i Královéhradecký a Jihomoravský kraj. Pacienti byli sčítáni na základě toho, v jakém zdravotnickém zařízení se léčili, tedy nikoli dle trvalého bydliště. (<http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017> [online]. 2018)

7. PRŮZKUM

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešním světě velice diskutovaným tématem. Objevují se nové názvy nemocí, hledají se další možné příčiny těchto poruch a řeší se možné důsledky, které se nemocného jedince týkají. V průzkumné části se budu zabývat sociálními vazbami mezi jedincem s PPP a jeho blízkého člověka.

Záměrem mého průzkumu je porovnat vnímání konkrétních problematických situací v životě jedince bojujícího s poruchou příjmu potravy a jeho blízkého (člena rodiny či blízké sociální skupiny). V teoretické části jsem zmínila mnohé kritické momenty, které se v praktické části budu snažit doložit reálnými situacemi respondentů a jejich blízkých.

Po důkladném prostudování problematiky, jsem se snažila vypracovat okruh dotazů tak, aby výsledek dokládal různorodost vnímání totožné situace dvěma blízkými osobami, ať už z důvodu nedostatečné vzájemné komunikace či špatné informovanosti.

Cílem průzkumu je porovnat pohledy dvou blízkých lidí, kteří společně bojují s poruchou příjmu potravy jednoho z nich. Ve své práci si chci především odpovědět na otázku, zda existuje funkční komunikace nemocného s nejbližším okolím a nakolik mu přináší efektivní pomoc v boji s nemocí. Dále se zaměřuji na vliv onemocnění na běžný sociální život jedince.

7.1 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Kvalitativní výzkum je formou výzkumu užívanou v situaci, kdy existuje více realit, které je možné různě interpretovat. Jednou z podob kvalitativního výzkumu je rozhovor, který se dále dělí na (Hendl, 2005):

- Formální a neformální
- Standardizovaný i nestandardizovaný
- Strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný

Technika řízeného strukturovaného rozhovoru je technikou sběru dat v sociálním výzkumu, při které tazatel postupuje podle předem připraveného dotazníku a odpovědi respondentů jsou zaznamenány. Vzorek by měl být náhodný. Dotazníky jsou následně zpracovány a vyhodnoceny. Tato technika přináší kvalitní výsledky, je

však časově náročná. Problém může působit přímý kontakt tazatele a respondenta při osobních citlivých otázkách a nechtěné ovlivnění respondentů tazatelem.

Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízeným verbálním dialogem. Tazatel má předem připraveny otázky či témata, není nutné je ale zcela přesně dodržovat. Otázky by měly umožňovat volný konec odpovědí, tedy ne formou ano/ne. Tato metoda umožňuje aktuálně reagovat na situaci, měnit pořadí dotazů či dle situace je doplňovat. Proto je nutné, aby byl tazatel na dotazovaná témata připraven.

Nestrukturovaný rozhovor má neformální charakter, bývá součástí zúčastněného pozorování. Dotazovaný většinou odpovídá uvolněněji, tazatel má velkou možnost improvizace a bezprostřední reakce.

Pro svůj průzkum jsem zvolila kvalitativní šetření s ohledem na povahu zkoumaného souboru a především kvůli danému cíli. Pro respondenty jsem si připravila částečně řízený rozhovor s otevřenými otázkami, který je dle mého názoru pro tyto účely efektivnější a lépe s ním mohu porovnávat získané odpovědi dotazovaných.

Rozhovor se skládá z 12 základních tematických okruhů, které jsou rozděleny na oblast pro jedince s poruchou příjmu potravy a druhé blízké osoby.

Pro tento průzkum jsem oslovila 4 osoby, kterých se problematika poruch příjmu potravy týká a zasahuje jim do běžného chodu každodenního života. Dvě ženy, které trpí poruchou příjmu potravy a jim blízkého člověka, konkrétně otce jedné z nich a manžela druhé ženy.

Průzkum byl realizován v období březen až květen 2018 s cílem zjišťovat názory respondentů, jejichž vzorek byl získán náhodným výběrem v sociální skupině žen s poruchou příjmu potravy. Rozhovory s jednotlivci probíhaly vždy na místě určeném respondentem. Většinou se jednalo o kavárnu v blízkosti jejich bydliště nebo přímo u nich doma. Všichni respondenti, i přes citlivá témata, odpověděli na všechny otázky a rozhovor probíhal v příjemné náladě.

7.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumné otázky jsem pro lepší přehlednost rozdělila do šesti okruhů, které jsou v samotném rozhovoru konkretizovány. Okruhy jsou rozděleny zvláště pro jedince s poruchou příjmu potravy a pro blízkého člena rodiny nebo sociální skupiny. Průzkumné oblasti spolu v obou případech z části korespondují, aby mohli být porovnány a na konci zhodnoceny.

Okruhy otázek pro jedince s poruchou příjmu potravy:

1. Rodinné prostředí (stravování, zájmy, případná šikana, dle situace v orientační rodině)
2. První zaznamenání nezdravého stravování, reakce okolí, sdílení problému
3. Setkání s odborníkem, diagnóza, informovanost nemocného
4. Opora, pomoc, terapie a jejich účinnost
5. Sdílení problému s blízkými a vliv PPP na chod rodiny
6. Krizové situace a jejich řešení, vliv na pracovní/školní povinnosti

Okruhy otázek pro blízkého člena rodiny nebo sociální skupiny (jeho pohled na konkrétní situaci):

1. Rodinné prostředí – omezení a vliv PPP
2. Reakce na sdělení diagnózy PPP
3. Diskuze o řešení problému
4. Vnímání léčby, účinnosti terapií a současného stavu nemoci
5. Vzájemná komunikace o problému
6. Vnímání kritických situací a efektivní pomoci

7.3 PRVNÍ ROZHOVORY (MANŽELÉ)

Žena, 46let (vdaná a má dvě děti) – Bulimie spojená později s nočním přejídáním

1. Vyrůstala jste u své rodiny v harmonickém prostředí? Byl ve Vaší rodině kladen důraz na zdravou stravu, váhu, ... ze strany rodičů? Jaké byly Vaše pravidelné koníčky v dětství? Setkala jste se někdy mezi svými vrstevníky se šikanou? *„Teoreticky jsem v harmonické rodině vyrůstala, nicméně můj vztah s matkou, která*

má celoživotně anorektický způsob života, byl v dospívání velmi problematický. Spory se týkaly jak jejího prosazování pravidel fungování domácnosti, tak její nespokojenosti s mým vzhledem a názory. Hádky byly poměrně časté. Z matčiny strany byl tedy i kladen důraz na zdravou stravu a váhu, celý život si hlídala váhu a příjem potravin a toto pak přenášela na ostatní členy domácnosti, nejvíce na mne. Táta toto téma neřešil. V dětství jsem si to moc neuvědomovala, v té době se zdravá strava neřešila, spíš to byla otázka dostupnosti potravin a informací o nich. Pravidelně jsem sportovala, například gymnastika, aerobic, dělala různé ruční práce a práce na zahradě. Se šikanou jsem nikdy žádný problém neměla.“

2. Kdy jste u sebe poprvé zaznamenala nezdravý přístup ke stylu stravování (věk, událost)? Měla jste možnost to s někým blízkým s pochopením probrat a sdělila jste hned svou diagnostiku někomu ze svého okolí? *„Těžko říct. Vzhledem k tomu, že máma na mě přenášela „její úhel pohledu“ na zdravou stravu už ve školním věku, tak jsem to považovala za normální a dlouho mi na tom nepřišlo nic divného. Problémy jsem si začala uvědomovat někdy v 7.-8. třídě ZŠ, kdy mi máma navrhla, abych držela dietu. Měla jsem pak hlad a tajně si chodila pro jídlo. Když to máma zjistila, zlobila se, křičela a nadávala... Tehdy se zřejmě začaly rozvíjet mé problémy s příjmem potravy. Dlouho jsem to tajila, ale brzy jsem si uvědomila, že to, co dělám není normální a je to problém. Neuměla jsem si poradit, ale bála jsem se o tom s někým mluvit, a tak jsem to ani nezkoušela, neměla jsem pocit, že by to byl dobrý nápad. Poměrně dlouho nikdo neznala celý rozsah mého problému. Později jsem se svěřila své blízké kamarádce a pak až manželovi. Myslím, že manžel v té době neměl tušení, o jak závažný problém se jedná.“*

3. Kdy jste se poprvé setkala s odborníkem, který Vám řekl diagnózu a jak zněla? Byli v té době dostupné informace o daném problému? (literatura, terapie, léčba, ...)
„Poprvé jsem se setkala s odborníkem asi ve 23 letech, diagnóza byla – Bulimie spojená později s nočním přejídáním. V počátcích to prý byla lehká forma anorexie. Informace v té době moc nebyly, o těchto problémech se nehovořilo ani příliš nepsalo. Později začala být dostupná jak literatura, tak informace na internetu.“

4. Jaká pomoc by pro Vás v tu chvíli byla největší oporou, co jste potřebovala? Pomohla Vám odborná pomoc? K jaké léčbě jste přistoupila a jaká terapie Vám

přišla neúčinnější? Vyhledáváte podporu spíše u svých přátel, odborníka, partnera nebo rodičů? „Asi jsem nejvíce potřebovala psychickou oporu a porozumění, moci o problému mluvit bez odsouzení. Získat vysvětlení příčin a pomoci to zvládnout. Nebýt na to sama, což bylo velice těžké, nevěděla jsem sama, jak o tom s lidmi mluvit a jak mi mohou pomoci. Odborná pomoc mi pomohla, léky a naučení se relaxačním technikám mi výrazně pomohlo. K léčbě významně přispělo osamostatnění se od původní rodiny, postavení se na „vlastní nohy“ a soustavná sebereflexe a práce na sobě. V průběhu času jsem vystřídala několik odborníků, s každým jsem řešila trochu odlišné problémy. Neúčinnější mi přišla farmakologie, psychoterapie, sebevzdělávání a osobní rozvoj. Zkusila jsem také alternativní léčbu, hypnózu. Podporu dnes vyhledávám především sama u sebe a případně u partnera. Stále zůstává občasně noční jedení“

5. Jak a kdy jste informovala svého partnera a děti o problémech? Má z Vašeho pohledu tato porucha vliv na stravování a zdravý životní styl Vaší rodiny? Věnujete při výchově dětí extrémní pozornost tématům spojeným se stravováním a váhou?

„Partnera jsem informovala částečně v době mateřské dovolené s prvním synem, kdy se mi vrátila bulimie a potřebovala jsem vyhledat odbornou pomoc. O celém rozsahu problému a své minulosti jsem s manželem mluvila až později. U dětí jsem o tom začala mluvit v době dospívání staršího syna, když začal řešit problém se svou váhou a chtěl změnit stravování. Stručně jsem mu odvyprávěla svůj příběh, nabídla mu pomoc se sestavením zdravého jídelníčku a sportovních aktivit a poprosila ho, aby se nebál kdykoliv problém, který řeší s jídlem, svou postavou a vzhledem, komunikovat. Vliv na mou rodinu to určitě má. Jak jsem již řekla, můj syn se jednu dobu začal příliš zaobírat svým tělem a váhou, museli jsme o tom spolu mluvit a přejít tak na jiné zvyklosti stravování celkově v rodině. Vždy jsem se snažila doma vařit zdravě, ale ne, že bych kluky hlídala, když si dali nějakého Burgera s hranolkami. Snažím se, aby jedli pestrou, zdravou a vyváženou stravu, ale bez jakéhokoliv extrému. V tomto mě to ovlivnilo spíš pozitivně. Na některá témata jsem ale citlivější a domácí jídelníček je určitě mými problémy dotčen. Na druhou stranu, nikomu nevnucuji svůj styl stravování a jídelníček vždycky řešíme společně.“

6. Měla nemoc dopad na Vaši kariéru? Které situace pro Vás v celém průběhu nemoci byli nekritičtější a jak je řešíte? Co Vám nejvíce pomáhá udržet nemoc pod kontrolou?

„Nemyslím si, že mé problémy s jídlem měly nějaký dopad na moji kariéru a práci. Práce mi v „těžkých dobách“ přinášela uspokojení a pomáhala mi řadu osobních problémů překonat. Často mě držela nad vodou. Nejkritičtější situace byla společná jídla v cizím prostředí, kdy jsem nemohla ovlivnit výběr a složení jídla. Dnes mám jídelníček daleko pestřejší a umím si v těchto situacích poradit. Pod kontrolou mi nejvíce pomáhá vědomí, že jsem se z nejhoršího již dostala, že jsem překonala spoustu problémů a že bulimie nic nevyřeší a život bez „ní“ je mnohem lepší. Samozřejmě je důležitý vnitřní klid a spokojenost, vyrovnanost sama se sebou a podpora v partnerství a rodině. Na druhou stranu vím, že toto téma mě bude doprovázet již celoživotně.“

Muž, 53let (manžel ženy, 46let)

1. Pociťil jste ze strany své manželky tlak na ovlivnění Vašeho životního stylu? Odrazilo se to na chodu domácnosti a výchově dětí? *„Řekl bych, že ne. Nejsem si vědom, že by situace měla vliv na mě nebo děti.“*

2. Informovala Vás o své diagnóze sama nebo někdo jiný? V jakém stádiu nemoci jste byl s diagnózou seznámen a jak jste zareagoval? *„Řekla mi to sama manželka již v pokročilém stavu. Nevím, jak jsem zareagoval, moc jsem nevěděl, co si pod tím všechno představit.“*

3. Hovořili jste spolu o daném problému před návštěvou odborníka a diskutovali možná řešení? *„Ne, nemluvili jsme spolu o problémech, protože jsem nejdřív o ničem nevěděl“*

4. Jaký druh terapie, léčby Vám přišel nejúčinnější? Myslíte si, že je Vaše manželka dnes zcela vyléčená? *„Nejúčinnější mi rozhodně přišla vzájemná diskuze a sebezpoznání, sebeuvědomování si. Ostatní terapie dle mého názoru mají menší účinnost než práce na vlastním rozvoji. A ano, myslím si, že je vyléčená tak na 95%.“*

5. Hovoříte dnes spolu o nemoci? Myslíte si, že má Vaše manželka pocit, že za Vámi může kdykoliv přijít v krizové situaci a vidí ve Vás oporu? Je pro Vás takový důvěrný rozhovor pozitivním projevem důvěry nebo je Vám to spíše nepříjemné? „*O nemoci spolu hovoříme velmi často, snažím se být maximálně nápomocen. Doufám, že ve mně oporu vidí, samozřejmě je to pro mne projev obrovské důvěry.*“

6. Myslíte si, že ji pracovní vytížení ovlivňuje spíše pozitivně nebo negativně? Jaké jsou podle Vás nejkritičtější situace a jak je řeší (v rámci nemoci)? Co podle Vás v kritických momentech přináší největší zklidnění? U koho vyhledává největší podporu? Je podle Vás oporou Vaší manželky její rodina (rodiče, sourozenci)? „*Pracovní vytížení ji podle mě spíše naplňuje, tedy jistě má pozitivní vliv. Nevím, jaké jsou její kritické situace, ale myslím, že když je ji nejhůř, pomůže dobrá nálada okolo, pochvala a celkový pozitivní přístup k životu. Podporu vyhledává nejvíce u mne a u kamarádů, také má svou vrbu, její rodiče ji jsou oporou tak na 20%.*“

7.3.1 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE ROZHovorŮ Č.1

V prvních rozhovorech s manželi můžeme mezi sebou porovnávat některé výše uvedené odpovědi. U otázek, které se týkají vlivu a omezení poruch příjmu potravy na chod rodiny, každý odpověděl jednoznačně. Žena jasně tvrdí, že vliv na její rodinu nemoc určitě má, dodává příklad o svém synovi, který měl v určitou dobu potíže s vnímáním své postavy. A zmiňuje, že domácí stravování je problémy ovlivněno také, ale snaží se o tom s rodinou diskutovat. Oproti tomu manžel si není vědom, že by nemoc nějakým způsobem zasahovala do chodu domácnosti a měla vliv na něj nebo výchovu jejich dětí. Z toho můžeme usuzovat, že si muž nepřipouští problém, který ve skutečnosti velice zasahuje do jejich rodiny a má tedy vliv i na výchovu dětí, ale i na stravování v rodině.

Dalším faktem je, že žena se velice dlouho nikomu se svými problémy nesvěřila. Sama si nedokázala poradit, ale nikdo z jejích blízkých neznal celou pravdu o nemoci. Později se tedy svěřila své kamarádce a až poté mluvila s manželem. Má ale pocit, že manžel v té době neměl vůbec tušení, s jak moc závažným onemocněním bojuje. Jak také muž řekl, nevěděl, co si pod tím má všechno představit a manželka mu o svých problémech řekla sama již v pokročilém stavu. Oba si jsou tedy vědomi, že žena se manželovi svěřila sama v pozdějším stádiu a že manžel nevěděl, co všechno takový problém obnáší.

Na otázky, které se týkají opory, terapie a pomoci se manželé shodli na důležitosti sebezpoznání a vzájemné komunikace. Žena vyzkoušela mnoho různých terapií, odborníků a alternativní léčby, což bylo pro ni všechno velkým přínosem a výrazně ji to pomohlo. Nejúčinnější pomocí ji přišla farmakologie, psychoterapie, sebevzdělávání a osobní rozvoj. Je pro ni také velice důležitá podpora manžela, schopnost mluvit bez odsouzení či hodnocení se svými blízkými. A zároveň vyzdvihuje, že stále má problémy s nočním jedením. Muž reaguje na otázku, zda si myslí, že je manželka zcela vyléčená velice přesvědčivě a to, že ano, je vyléčená tak na 95 %. Dále podceňuje vliv odborné péče a mnohem smysluplnější mu přijde práce na vlastním rozvoji.

Jak již víme, žena měla ze začátku své nemoci problémy se někomu svěřit a hovořit o tom. Manžel se o jejích problémech dozvěděl v době, kdy se jí při mateřské dovolené s prvním synem, vrátila bulimie a potřebovala vyhledat odbornou pomoc. Celou minulost o nemoci své ženy se dozvěděl ještě později, až když s ním začala více komunikovat. Starší syn byl informován v době, kdy začal řešit své problémy se svou postavou a chtěl změnit vlastní stravovací návyky. V tomto období se žena svěřila i synovi, podpořila ho o tom mluvit a nabídla mu svou pomoc. Je tedy zřejmé, že se později žena snažila více o své nemoci komunikovat se svými blízkými a více si říkat o pomoc. Manžel má pocit, že spolu hovoří velice často, je to pro něj projev velké důvěry a doufá, že je pro ni oporou. Můžeme tedy říci, že manžel je pro ženu velkou oporou a o nemoci se oba snaží více společně hovořit.

Poslední bod v rozhovoru se týká krizových situací pro ženu s PPP a pracovního vytížení. Manželé se shodují, že pracovní zátěž je pro ženu spíše pozitivním vlivem, přináší uspokojení a pomohla i některé osobní problémy v těžkých dobách překonat.

Z rozhovoru především se ženou vyniklo mnoho dalších nepřehlédnutelných informací, které se týkají hlavně ovlivnění ženy s bulimií ze strany své původní rodiny. Několikrát se v odpovědích objevilo, že její matka ženu ovlivňovala svými návyky celý život. Matka měla celoživotně anorektický způsob života, což v době dospívání ženy neslo velké problémy. Často se matka s dcerou hádaly ohledně stravování a váhy. Matka kladla v rodině důraz na zdravý životní styl všech členů domácnosti a celý svůj způsob života přenášela především na svou dceru. Ta to nejdříve ve školním věku považovala za normální, ale později v 7.-8. třídě ZŠ, kdy ji matka navrhovala držení diety, si začala uvědomovat, že má problémy. Když si začala tajně chodit pro jídlo a matka na ni křičela, začaly se objevovat první znaky problému s příjmem potravy. S odborníkem se poprvé

setkala až ve 23 letech. Dokonce i manžel v jedné ze svých odpovědí přiznává, že její rodiče jí jsou oporou tak maximálně na 20 %. Není tedy důvod pochybovat o jednoznačném ovlivnění matkou již v útlém věku a že tlak na zdravé stravování a váhu mají u ženy dopad dodnes.

7.4 DRUHÉ ROZHOVORY (OTEC A DCERA)

Dívka, 14 let – Bulimie a sebepoškozování (řezáním nožem)

1. Vyrůstáte v úplné rodině a s nějakými sourozenci? Měla jste někdy problém mezi svými vrstevníky se šikanou? Měla jste v dětství nějaký pravidelný koníček? Byl ve Vaší rodině kladen důraz na zdravou stravu, váhu... ze strany rodičů? *„Jsem z rozvedené rodiny, žiju jen s otcem a moje mladší sestra s matkou. Se šikanou jsem nikdy problém neměla. Koníčků moc nemám, nesportuji, ale mám ráda kočky. Rodiče se často hádali, po rozvodu spolu vůbec nekomunikují, pouze přes nás děti. Myslím, že důraz na stravování u nás nikdy nebyl.“*

2. Kdy jste u sebe poprvé zaznamenala nezdravý přístup ke stylu stravování? Uvědomila jste si svůj problém sama nebo Vás upozornil někdo z blízkého okolí? Měla jste možnost to s někým s pochopením probrat? Sdělila jste hned svou diagnostiku někomu? *„Poprvé jsem si toho všimla asi ve 12 letech, to se rozešli rodiče a nechtěla jsem vůbec jíst. Skončila jsem na psychiatrii se sebepoškozováním a s poruchou příjmu potravy – poškození jícnu z vyvolávaného zvracení. Řešila jsem to s otcem a později po propuštění z nemocnice s matkou. A diagnostiku věděli také pouze rodiče a jejich reakce – výčitky, že to dělám naschvál. Před spolužáky a sestrou to tajím dodnes.“*

3. Kdy jste se poprvé setkala s odborníkem v oboru, který Vám pravdivě řekl, co máte za problém? Jak zněla Vaše diagnóza? Byli v té době dostupné informace o daném problému? *„Poprvé s odborníkem jsem se setkala v těch 12ti letech. Diagnóza zněla – bulimie a sebepoškozování řezáním nožem. O nějaké informace jsem se nezajímala.“*

4. Jaká pomoc by pro Vás v tu chvíli byla největší oporou? Pomohla Vám odborná pomoc? K jaké léčbě jste přistoupila a jaká terapie Vám přišla neúčinnější? Máte dnes oporu u své rodiny? *„Největší oporou by bylo, kdyby naši pochopili, že to nedělám schválně... Beru Venlafaxin. A zkusila jsem alternativní psychoterapii. Tam mi vysvětlili, že to, že se naši rozvedli není moje vina a že se za to nemusím trestat, že ten tlak, který v sobě mám a který*

mne pak vede k tomu, že se říznu anebo si po jídle vyvolám zvracení – je vlastně ta moje VINA (která nemá důvod). Mně se totiž potom vždycky hrozně uleví, a to nutkání zmizí. Tak zkouším teď pracovat na tom, abych přijala, že já za neshody našich nemůžu, že je to jejich problém. Ale když mi jeden z nich zase vyčte, že má se mnou zase problémy, udělám to znovu, protože se to nedá vydržet. Pak chci, aby mne dali do nemocnice, abych si něco neudělala... Oporu mám pouze u otce, matku tím nechci zatěžovat, její přítel na mne žárlí.“

5. Má z Vašeho pohledu nemoc vliv na stravování a zdravý životní styl Vaší rodiny? *„Otec si často stěžuje, že nemůže kvůli mně pracovat, někdy nemám sílu jít do školy. Jsem unavená po těch lécích, které беру a on má pak strach, že si něco doma udělám.“*

6. Měla nemoc dopad na Váš prospěch ve škole? Které situace pro Vás byli/jsou nejkritičtější a jak je řešíte? Co vám nejvíce pomáhá udržet nemoc pod kontrolou? *„Má to vliv na můj prospěch ve škole, nemůžu se soustředit. Nejhorší jsou pro mě výčitky od rodičů. Nejvíce mi pomáhá, když má otec na mne čas.“*

Muž, 45 let, otec dívky

1. Pocítil jste z její strany tlak na ovlivnění Vašeho životního stylu? Odrazilo se to na chodu domácnosti a výchově dětí? Musel jste i vy kvůli tomu změnit nebo přizpůsobit své životní návyky? *„Ano – hodně mne to omezuje, nemůžu pracovat, jak bych chtěl. Dcera často zůstává doma, nechce chodit do školy, že je unavená, mám pak o ní strach, co doma provede. Nemám žádný osobní soukromý život, současná partnerka mne opustila, nemá sílu se mnou řešit tyhle problémy, omezuje ji to. Své návyky jsem musel hodně přizpůsobit. Pracuji nyní pouze na půl úvazku, nemám osobní život, mám poruchy spánku a nepřetržitý strach, že se to všechno zase zvrtně. Často ji беру s sebou na své zakázky, abych ji měl pod kontrolou. A naučil jsem se stravovat společně s dcerou 5x za den a po malých porcích.“*

2. Informovala Vás o své diagnóze sama nebo jste se to dozvěděl od někoho jiného? V jakém stádiu nemoci a při jaké příležitosti jste byl s diagnózou seznámen a jaká byla Vaše reakce? *„Našel jsem ji doma pořezanou a informovala mne asi 2 měsíce předtím paní učitelka, že je ve škole divná, že nekomunikuje a nechodí na obědy. S diagnózou bulimie jsem byl seznámen až při potížích s jejím jícnem u gastroenterologa. Byl jsem vyděšený, nic jsem o téhle nemoci nevěděl.“*

3. Hovořili jste spolu o daném problému před návštěvou odborníka a diskutovali možná řešení? *„Ano, ale nedokázal jsem jí pomoc, nechtěla o tom moc mluvit.“*

4. Jaký druh terapie/léčby Vám přišel nejučinnější? Myslíte si, že je dcera už na dobré cestě k vyléčení? *„Psychoterapie, hodně se potom zklidnila, mluvili jsme s terapeutkou všichni tři společně jednou za 14dní. Pak jsem pochopil, že dcera za své problémy nemůže, že to nedělá schválně a že velice trpí našim rozvodem, že se za něj obviňuje. Mluvíme teď spolu více, ale někdy mám pocit, že ji jako chlap neumím pomoci. Potřebovala by mámu anebo kamarádku... Myslím, že vyléčená zcela určitě není.“*

5. Myslíte si, že má Vaše dcera pocit, že za Vámi může kdykoliv přijít v krizové situaci a vidí ve Vás oporu? Je pro Vás takový důvěrný rozhovor o nemoci pozitivním projevem důvěry nebo je Vám to spíše nepříjemné a jste nejistý? *„Snad ano. Moc se v takovém rozhovoru necítím, jsem pragmatik a chci mít všechno vyřešeno. Pocity se moc nezabývám.“*

6. Myslíte si, že ji škola ovlivňuje spíše pozitivně nebo negativně? Jaké jsou její nejkritičtější situace a jak je řeší? Co přináší největší zklidnění a u koho vyhledává největší podporu? *„Škola ji ovlivňuje jak kdy, někdy ji to unavuje. Nejhorší pro ni jsou situace po našich konfliktech a po návštěvě u matky. Co ji zklidňuje moc nevím. Myslím, že diskuze na internetu se stejně postiženými jsou pro nic velkou podporou. Jednou jsem tu komunikaci četl a je tam hodně osobní. A po návštěvě terapeutky byla taky vždycky na delší dobu zklidněná, mluvila tam o sobě hodně upřímně a měla vždycky chuť problémy řešit a věděla jak. Snažím se být pro ni oporou svým způsobem...“*

7.4.1 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE ROZHovorŮ Č.2

V jednotlivých rozhovorech s dcerou a jejím otcem se dozvídáme o jistém vlivu ze strany rodičů na dítě. U otázek, týkajících se ovlivnění nemoci na životní styl v rodině a běžný chod domácnosti, je zřejmé, že rodina má velký vliv a negativní dopad na dceru, která trpí bulimií a sebepoškozováním. Otce nemoc dcery velice omezuje, nemá svůj osobní život, trpí poruchami spánku a pracuje pouze na půl úvazku, protože má strach, že by si dcera doma ublížila. Dcera tato fakta nepopírá, sama ví, že má otec o ní strach a že si často stěžuje, že kvůli ní nemůže pracovat. Dcera má pocit, že ji otec i matka, se kterou nežije, stále něco vyčítají a že může za jejich rozvod. Celá tato situace a výčitky dívku značně ovlivnily, jelikož se dívce poruchy příjmu potravy objevily po rozvodu rodičů a ve

stejnou dobu začala mít i problémy se sebepoškozováním. Otec se přizpůsobil mnoha věcem, aby pomohl své dceři a žije v neustálém strachu, je tedy jisté, že nemoc se odráží v jak v chodu domácnosti, tak životním stylu obou jedinců.

Z provedených rozhovorů vyplývá, že dívka začala vnímat první potíže již ve 12 letech po rozchodu rodičů. Nijak nechut' k jídlu neřešila, s nikým problémy nekonzultovala a ani se nesvěřila nikomu blízkému. Otec, se kterým žije dcera ve společné domácnosti, žádné závažnější projevy nemoci nevnímal. Poprvé se s diagnózou setkal až po závažném incidentu, kdy dceru našel doma pořezanou. V souvislosti s řešenými dívčinými potížemi s jícnem mu lékař sdělil diagnostikovanou bulimii. O tomto onemocnění otec neměl žádné informace a závažnost celé situace si teprve začal uvědomovat. Otec a matka jsou tedy se situací obeznámeni, ale nikdo další informován nebyl, ani přátelé či mladší sestra, která žije s matkou. Matka s dcerou mají komplikovaný vztah a dívka ji nechce, dle jejích slov, svými problémy obtěžovat. Vzhledem k bližšímu vztahu dcery s otcem je řešení situace více na něm. Ze sděleného vyplývá, že by rád dceři pomohl, ale v problematice se příliš neorientuje, není komunikačně zdatný a nedokáže najít cestu ke kvalitní vzájemné interakci. Dívka není příliš ochotná se komukoli svěřovat. To lze částečně připsat i jejímu pubescentnímu věku, ale nadměrné pocity viny a sebepoškozování je velmi nebezpečnou skutečností a vyvolává v otci velký strach.

Oba se shodují, že dívce velice prospěla návštěva u psychoterapeuta. Na terapii se více rozmluvila a společná sezení s otcem jim pomohla v pochopení, že dívka za své problémy vlastně nemůže a že ji velice trápí rozvod rodičů. Z odpovědí na otázky, týkajících se opory a terapie, můžeme pozorovat nejistotu otce při mluvení o nemoci. Doufá a snaží se být pro dceru oporou, ale neví jak jí pomoci a dcera mu nedává moc příležitostí. Dívka pak může cítit, že je lepší o svých problémech s nikým nemluvit, aby nemusela čelit dalším výčitkám o tom, že všechno, co dělá je naschvál.

Vzájemná komunikace o problému se postupem času zlepšuje. Dívka nejdříve s nikým nemluvila a její problém se začal s ostatními řešit až když musela do nemocnice s pořezáním. Dívka nejvíce komunikuje se svým otcem, ale pravdou je, že se otec v takovém rozhovoru moc necítí a neví, jak reagovat. Obecně se dá říci, že celková komunikace v rodině není příliš dobrá. S matkou hovoří méně, nevidí u ní oporu a nechce ji ničím zatěžovat. Je možné usuzovat, že se dívce ulevuje při psaní na internetových diskuzích s lidmi se stejnými problémy. Když se o takové diskuzi na internetu otec dozvěděl, sám má pocit, že jí asi dost pomáhá, dokáže se více otevřít a je tak pro ni podporou.

Poslední otázky se týkaly dopadu nemoci na prospěch ve škole a vnímání kritických situací. Dívka si je vědoma, že nemoc na její prospěch ve škole jistě má, nemůže se soustředit, často ani do školy chodit nechce a je unavená po svých léčích. V době, kdy dcera nejde do školy si ji otec bere s sebou do práce, aby předešel strachu, že by si doma něco udělala. U otce vidíme nedůvěru k dceři a velký strach, který je pochopitelný. Dívka se nedokáže soustředit na jiné věci, trápí se a potřebovala by větší podporu a odbornou pomoc.

7.5 SHRnutí VÝSLEDKŮ

V úvodu tohoto shrnutí mé práce musím zdůraznit, že uvedené výsledky se nedají zobecnit z důvodu nedostatečného množství získaných dat. Důvodem nízkého počtu obdržených informací je především to, že osoby trpící poruchou PPP často své problémy tají a i v případě, kdy je přiznají, není pro ně snadné o tématu otevřeně hovořit. Zároveň přímá konfrontace s blízkou osobou nemocného bývá komplikovaná, protože mnohdy nemají ani sami jasno ve svých postojích a sdílet je s ostatními není jednoduché.

V průběhu průzkumu jsem oslovila dvě osoby ženského pohlaví trpící poruchou příjmu potravy a vždy jednoho jim blízkého člověka, který s nimi žije v domácnosti. V prvním případě se jednalo o ženu a jejího manžela, v druhém případě o dívku a jejího otce. Jedná se o náhodně vybraný vzorek různých věkových kategorií ze sociální skupiny osob postižených poruchou příjmu potravy. Použila jsem kvalitativní metodu průzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Obecně musím vyhodnotit, že je získání informací nelehkým cílem, protože jak pro nemocné, tak pro jejich nejbližší, je otevřená komunikace o dané problematice složitá, těžko si mnohé komplikace připouštějí i sami sobě a sdělovat své pocity o takto citlivém tématu je pro obě strany často složité a bolestné. Mně se podařilo od všech dotazovaných získat upřímné odpovědi, přestože některé citlivé dotazy jsou z uvedeného důvodu zodpovězeny poměrně krátce, nicméně s dostačující vypovídající hodnotou.

Ze všech uvedených rozhovorů vyplývá, že diagnóza poruchy příjmu potravy u jednotlivého člena rodiny má nesporný vliv na všechny členy domácnosti a fungování uvnitř rodinného systému. Jedná se o vědomé vlivy například ve smyslu nutného pravidelného společného stravování i nevědomé ovlivnění z pocitu strachu o nemocného.

Dalším zřejmým společným znakem všech provedených rozhovorů je, že nemocný se v počátcích svých problémů nikomu nesvěřuje a nevyhledává pomoc ani u blízkých ani

u odborníků. Obě dotazované ženy s PPP se odvážily či měly potřebu se svěřit až v rozvinutém stádiu nemoci, v jednom případě byla rodina dokonce informována až lékařem.

Z odpovědí výzkumného vzorku lze vyvodit, že považují odbornou pomoc za efektivní a přinášející úlevu. Různé formy odborné terapie a farmakologie obě ženy s diagnózou PPP označily jako účinné.

Významnou oblastí, kterou jsem se ve výzkumu zabývala, je vzájemná komunikace nemocného a jeho blízkého okolí a podpora v rámci rodiny. Je evidentní, že pro nemocného je velice komplikované o problému upřímně hovořit. I pro rodinného příslušníka, který má snahu pomoci, je složité najít vhodný způsob, jak s nemocným navázat komunikaci o daném tématu. Vzhledem k tomu, že u vybraného vzorku je nemocnou vždy žena a blízkou osobou muž, mohu konstatovat, že pro muže v pozici člověka, který chce pomoci, je složité dát najevo svou ochotu nemocného podpořit. V průzkumném vzorku je zřejmá snaha o komunikaci, která není vždy efektivní, ale respondenti shodně uvádějí, že je pro ně důležitá a ve výsledku jim pomáhá problémy překonat.

Velký vliv má pro jedince s PPP tato diagnóza i na jeho pracovní, respektive studijní výsledky. V rozhovorech jsem zaznamenala, že nemoc často zasahuje do pravidelných aktivit člověka s PPP. V prvním rozhovoru žena s PPP uvádí, že jí práce byla spíše podporou, přestože problémy s jídlom se v práci samozřejmě odrážely. V druhém případě dívka často pro únavu nebyla schopna školu navštěvovat, měla problémy se soustředěním a zhoršoval se její prospěch.

Cílem mé práce bylo pokusit se porovnat pohledy 2 blízkých lidí - nemocného a jeho rodinného příslušníka – na problematiku poruch příjmu potravy a mohu konstatovat, že byl splněn.

Dalším záměrem této práce bylo zjistit, zda existuje funkční komunikace mezi nemocným a jeho blízkým okolím a zda tato komunikace přináší pomoc v boji s nemocí. V tomto bodě lze říci, že jak nemocní, tak jejich blízcí komunikaci vítají, je pro ně ale problematičtější a často k ní těžko obě strany hledají cestu. Pokud je ale nastavena, přináší oběma stranám úlevu a nemocnému pomáhá.

Cílovou otázkou bylo také zjistit, zda má onemocnění vliv na běžný sociální život život jedince. Odpovědí je samozřejmě ano, má velký vliv na rodinné prostředí a ovlivněn je i pracovní výkon.

Závěrem mohu konstatovat, že stanovené cíle byly splněny.

8. DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala problematikou poruch příjmu potravy a vlivem, který má tato diagnóza jednoho z členů rodiny na jeho rodinný a společenský život, jak se projevuje v jeho běžných sociálních kontaktech.

V první části své práce jsem uvedla teoretický základ problematiky. Zjištěné výsledky, které jsou popsány v praktické části mé práce, ve velké míře korespondují s uvedenými teoretickými údaji.

Z uvedených rozhovorů v provedeném výzkumu lze potvrdit informace z kapitoly 2.4.2. Mentální bulimie, že lidé s touto poruchou často svůj problém i s velkým úsilím utajují. Toto se potvrdilo z obou provedených průzkumů, kdy v prvním případě žena svého muže informovala až po mnoha letech a v druhém případě byla otci diagnosa sdělena lékařem až v kritické situaci.

V teoretické části v kapitole 3.3 Poruchy příjmu potravy v rodině uvádím názor F.D.Krcha, že rodiče možná přispěli k obtížím svého syna. Dle jeho názoru není důležité nalézt viníka, ale stanovit si postup, co aktuálně dělat. S tímto názorem koresponduje výpověď ženy v prvním rozhovoru, která vnímá vliv své matky na vznik svých potíží. Sama však uvádí, že se pokouší neřešit již problémy ve své původní rodině, ale osamostatňuje se a soustředí se na překonání svých příznaků poruchy. U dívky v druhém rozhovoru praktické části měly zřejmý vliv na vznik poruchy vztahy rodičů a následný rozchod. Tyto údaje potvrzují teoretické informace z kapitoly 3.3, kde uvádím, že rodina hraje svou roli v rozvoji onemocnění.

V praktické části se potvrdilo, že jak je uvedeno v kapitole 3.3 Poruchy příjmu potravy v rodině, příbuzní nemohou nahradit odborníka v poskytované pomoci. V prvním případě žena sama vyhodnotila odbornou pomoc jak farmakologickou, tak terapeutickou, jako efektivní. Sebevzdělávání, osobní rozvoj a partnerovu pomoc vnímá jako velice účinnou podporu. V případě nezletilé dívky otec svůj život až příliš přizpůsobuje své dceři a není příliš komunikačně zdatný v kontaktu s dívkou. I z jeho pohledu vidí dívčinu odbornou terapii jako účinnou. Bylo by vhodné doporučit terapeutickou pomoc i jemu, aby dokázal lépe zvládat vzniklé situace.

V teoretické části jsou popsány 4 sledovatelné znaky v rodinách s PPP dle Krcha (2005). Provedený průzkum potvrzuje z těchto 4 znaků jen případnou rigiditu postojů a nepřizpůsobivost rodinných modelů. Ostatní znaky nebyly v mém průzkumu potvrzeny, což může být způsobeno nízkým počtem průzkumného vzorku.

Při provádění rozhovorů mne překvapilo, že ani jeden z respondentů nezmínil ve svých odpovědích některou z pomáhajících organizací, které nabízejí podporu nemocným s PPP. Tyto jsou uvedeny v kapitole 5. Sociální práce v oblasti PPP.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na téma poruch příjmu potravy se zaměřením na jejich vliv na sociální život postiženého jedince. Podkladem k teoretické části mé práce byla především odborná literatura zpracovaná na dané téma. Poruchy příjmu potravy a její projevy jsou aktuální problematikou, která postihuje poměrně širokou skupinu lidí zahrnující nejen samotné nemocné, ale i jejich blízké, kteří jsou nepřímo ovlivněni životem po boku člověka s diagnózou PPP.

V práci jsem popsala teoretický základ s vymezením hlavních pojmů a rozdělení těchto poruch, jejich příznaky a rizika vzniku. Dále jsem se věnovala projevům a vlivům v sociálním prostředí jedince s PPP, v rodině, v pracovním kolektivu. Popsala jsem případné možnosti léčby a formy sociální pomoci v oblasti poruch příjmu potravy. Informovala jsem také o výskytu těchto poruch v České republice.

Základním cílem práce bylo popsat sociální aspekty poruch příjmu potravy, konkrétně zjistit, jaká je komunikace nemocného s nejbližším okolím a nakolik mu přináší efektivní pomoc. Práci jsem zaměřila na hlavní informace o stanovené tematice, projevy těchto poruch v rodině nemocného a jeho společenském životě a nastínit možnosti léčby a možnosti sociálních prací v této oblasti. Cílem mé praktické části bylo porovnat přístup nemocného a jeho příbuzného na danou problematiku, bližší pohled na komunikaci v rodině a její vliv na nemocného. Dále jsem chtěla stanovit, zda diagnóza PPP ovlivňuje rodinné či pracovní prostředí.

Pro výzkumnou část jsem zvolila kvalitativní metodu průzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Průzkumný vzorek tvořily dva jedinci s poruchou příjmu potravy a jejich blízcí příbuzní žijící ve společné domácnosti. Připravenými dotazy jsem se pokusila získat odpovědi potřebné k dosažení výše popsaných stanovených cílů.

Dospěla jsem ke zjištění, že výskyt PPP v rodině má velký vliv na chod celé domácnosti a životy všech členů rodiny. Komunikace uvnitř rodinného systému je velice komplikovaná, pokud se jí ale podaří otevřít, přináší obvykle podporu oběma zúčastněným stranám. Potvrdila jsem teorii, že výskyt PPP může ovlivnit i pracovní, resp. studijní výkony postiženého jedince.

Znovu upozorňuji, že získané informace a postřehy nejsou zobecnitelné, protože jsem měla možnost získat nízký počet respondentů. Ze zjištěných skutečností ale plyne, že si tato problematika zaslouží rozsáhlejší průzkum, který by při rozšíření průzkumného vzorku mohl být přínosem pro studenty oborů se sociálním zaměřením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALLISON, Kelly C, Albert J STUNKARD a Sara L THIER. *Overcoming night eating syndrome: a step-by-step guide to breaking the cycle*. Oakland, CA: New Harbinger, c2004. ISBN 1-57224-327-9.
2. COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
5. GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-907-1.
6. HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
8. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
9. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
10. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 802470840x.
11. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
12. PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
13. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

14. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-317-2.

Elektronické zdroje:

6 Common Types of Eating Disorders (and Their Symptoms). Healthline: Medical information and health advice you can trust. [online]. PETRE, 2017 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders>

Academy for eating disorders. *Nine Truths about Eating Disorders* [online]. **Dr. Cynthia Bulik**, 2014 [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <https://www.aedweb.org/learn/publications/nine-truths>

ANABELL. Služby [on-line]. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/peer-konzultantstvi>

Anorexie, bulime, přejídání - idealni.cz [online]. IDEALNI, 2014 [cit. 2018-04-14] Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie> [online].

ATYP magazín | Profesorka Papežová: Poruchy příjmu potravy jsou začarovaný kruh. *ATYP magazín | Časopis pro lidi s jinakostí a jejich okolí* [online]. Dagmar Holá, 2017 [cit. 15.03.2018]. Dostupné z: <http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>

ATYP MAGAZÍN. *Profesorka Papežová: Poruchy příjmu potravy jsou začarovaný kruh* [on-line]. HOLÁ, 2017 [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <http://www.atypmagazin.cz/2017/07/23/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh>

ČERMÁKOVÁ, Markéta, PAPEŽOVÁ, Hana a UHLÍKOVÁ, Petra (2013). Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD). Portál prevence rizikového chování [online] [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/adhd?start=3>

Česká a slovenská psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie – časopis* [online]. FALTUS, 2007 [cit. 25.04.2018]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=380>

EURO REVIEW – New EU Magazine of Medicine [on-line]. NAVRÁTILOVÁ A HAMROVÁ, 2009 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://neumm.cz/archiv/557/realimentace-u-zavaznych-poruch-prijmu-potravy-mentalni-anorexie-a-bulimie.html>

EUROSTAT. *Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese* [on-line]. EUROSTAT, 2016 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-press-releases/-/3-20102016-BP>

HEALTHYANDFREE. Rozhovor s psycholožkou Janou Tomanovou o vícerodinné terapii [on-line]. Štěpánková, 2017 [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/rodice-a-blizci/item/370-jana-tomanova-vicerodinna-terapie>

IDELANI. CZ. *Kontakty na pomoc* [on-line] [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/kontakty-na-pomoc/> [on-line].

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016 | ÚZIS ČR. *ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Copyright © ÚZIS ČR, PRAHA 2017 [cit. 15.03.2018]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2010-2016>

Spektrum zdraví: přírodní léčba, lunární kalendář [online]. SPEKTRUMZDRAVI.CZ, 2016 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/fitness/bigorexie-porucha-prijmu-potravy-ktera-trapi-prevazne-muze>

TERAPIE. Poruchy příjmu potravy ve světle nových poznatků. [on-line], SRBOVÁ, 2017 [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <http://terapie.digital/review2/medicinska-review/poruchy-prijmu-potravy-ve-svetle-novych-poznatku.html>

ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. ÚZIS ČR, 2018 [cit. 17.03.2018]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. ÚZIS ČR, 2018 [cit. 17.05.2018]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-o-pacienty-s-poruchami-prijmu-potravy-v-cr-v-letech-2011-2017>

Vitalia.cz - chytře na život [online]. GILÍK, 2011 [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza>

Výpočet BMI, Body Mass Index | Výpočet.cz. *Výpočet BMI, Body Mass Index* | *Výpočet.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.bodymassindex.cz>

Velký lékařský slovník On-Line. Výrazy od a | *Velký lékařský slovník On-Line* [online]. [cit. 7.6.2018]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/amenorea-amenorrhoea-4>