

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Poruchy příjmu potravy

Eating disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Monika Nová, Ph.D. MPH

Autor:

Dita Kábrtová

Praha 2023

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Monice Nové, Ph.D. MPH za její čas, ochotu, cenné rady a informace, které mi věnovala při řešení dané problematiky. Také děkuji respondentkám, které mi poskytly potřebné informace k realizaci praktické části práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Poruchy 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 25. 4. 2023

Dita Kábrtová

Anotace práce:

Jméno a příjmení: Dita Kábrtová

Název práce: Poruchy příjmu potravy

Název v angličtině: Eating disorders

Vedoucí práce: doc. PhDr. Monika Nová, Ph.D. MPH

Katedra: Katedra psychosociálních věd a etiky

Obor: Sociální a charitativní práce

Rok obhajoby: 2023

Bakalářská práce vymezuje poruchy příjmu potravy, příčiny, následky poruch příjmu potravy, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy. Pojednává o příčině vzniku poruch příjmu potravy. Seznamuje s kazuistikami žen, které trpí nebo trpěli anorexií či bulimií. Cílem této bakalářské práce je zjistit pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zda měla na vznik poruchy příjmu potravy vliv sociální interakce.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, sociální vazby

Summary:

Name and surname: Dita Kábrtová

Title: Eating disorders

Supervisor: doc. PhDr. Monika Nová, Ph.D. MPH

Institute: Faculty of Social Sciences and Ethics

Specialization: Social and charity work

Year of defence: 2023

The bachelor thesis defines eating disorders, causes, consequences of eating disorders, prevention and treatment of eating disorders. It discusses the cause of eating disorders. Introduces case histories of women, through structured dialogue, who suffer or have suffered from anorexia or bulimia. The aim of this bachelor thesis is to find out the cause of eating disorders.

Key words: Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, social ties

Obsah

Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1. Obecné vymezení poruch příjmu potravy (PPP).....	10
2. Historie vybraných poruch příjmu potravy.....	16
3. Důsledky vybraných poruch příjmu potravy.....	18
4. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	20
5. Prevence poruch příjmu potravy	24
6. Léčba poruch příjmu potravy	26
7. Praktická část	32
7.1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	32
7.2. Metoda a průběh výzkumného šetření	32
7.3. Kazuistiky	33
7.4. Závěry výzkumného šetření	42
8. Závěr.....	46
Seznam literatury.....	47

Seznam zkratk

PPP – poruchy příjmu potravy

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

NES – syndrom nočního ujidání

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruchy příjmu potravy, což patří mezi důležitá témata dnešní společnosti. Je to velice citlivé, zároveň velmi řešené a v dnešní době rozšířené téma zejména na sociálních sítích, proto je zapotřebí se mu intenzivně věnovat,

Toto téma bylo vybráno z důvodu zájmu autorky o tuto problematiku a zároveň z důvodu autorčiny vlastní zkušenosti s poruchou příjmu potravy.

V dnešní době je patrné, že stoupá počet nemocných poruchou příjmů potravy. Jak již bylo zmíněno výše, autorka sama má s touto problematikou zkušenost, jí samotnou toto onemocnění potkalo jen v mírné míře, a obrovský vliv na ni měly sociální sítě. Dodnes má výčitky, pokud si dá něco nezdravého, často cvičí a pokud necvičí, tak se cítí špatně. Její kamarádka onemocněla mentální anorexií, ale v současné době si je problému vědoma a řeší ho.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá poruchami příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a další poruchy jídelního chování.

Na samotném začátku se práce zaměřuje na samotný popis výše zmiňovaných nemocí, na jejich historii, diagnózu, příčiny vzniku.

V další části se autorka zabývá příběhy respondentek, které některým z onemocněných trpěly a zkoumá, jaký vliv měla nemoc na jejich sociální vazby.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zkoumání chování jedinců, jež onemocněli některou z výše uvedených poruch příjmu potravy, před nemocí, v průběhu nemoci i po jejím ukončení a zjistit, jak nemoc ovlivnila jejich život, jak po zdravotní, tak i po sociální stránce.

1. Obecné vymezení poruch příjmu potravy (PPP)

Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních životních potřeb a také je důležité k psychickému a somatickému zdraví. Nedostatek živin může vést k závažné poruše. První starostí člověka bylo neumřít hladu. Potřeba nasycení určuje i uspokojení jiných potřeb, od reprodukce až po seberealizaci.

V průběhů života získává jídlo psychologický a sociální význam. Je pro nás odměnou, společenským programem, únikem před samotou. Stanovit zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v tomto biopsychosociálním kontextu náročné (Krch, František a kol., 1999, s. 13).

„Poruchy příjmu potravy představují spektrum poruch psychogenně maladaptivního jídelního chování. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenní přejídání, noční jedlictví a některé formy obezity představují různý stupeň jídelní patologie, s ním spojené specifické psychopatologie a patofyziologie regulace tělesné váhy“ (Raboch, Pavlovský a kolektiv, 2012, s. 287).

Poruchy příjmu potravy, pro které používáme zkratku PPP, jsou psychická onemocnění. Charakteristické jsou patologickými jídelními návyky, vnímáním sebe samého, ale také mnoha dalšími sociálními, somatickými a psychologickými následky.¹

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastější a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu i nejzávažnější onemocnění dospívajících děvčat a mladých žen.²

Poruchy příjmu potravy je jev, který můžeme vidět u mladých žen v období puberty často. U poměrně vysokého procenta žen se objevuje touha být hubenější nebo realizace redukčních opatření, hlavně v období puberty. Právě velice rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy jsou opakované diety a ztráty na váze a také přehnané řešení své postavy a hmotnosti

(Jacobi, Paul a Thiel, 2006, s. 1).

¹ https://is.muni.cz/th/fwcwg/Bakalarska_prace_-_Ivana_Havelkova.pdf

² <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

Charakteristika a projevy mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2003, str.19).

Pojem bulimie je vyvozen ze dvou řeckých slov: bous, v překladu toto slovo znamená „kráva“ nebo „vůl“, a limos, což znamená „hlad“ nebo „hladomor“.

Bulimie je porucha, kdy lidé cítí veliký hlad, jako kdyby hladověli v období hladomoru. Mají snahu zbavit se hladu tak, že „jedí jako kráva“-obrovské množství jídla. Občas snědí i desetkrát více než je běžná porce. A poté, v úzkosti, aby nepřibrali, se lidé s bulimií přinutí jídlo vyzvracet (Maloney, Kranzová, 1991, s. 83).

Lidé s bulimií bývají velice úspěšní v práci, ve studiu i společensky, ač se to může zdát paradoxní. Nemusíme na nich vůbec bulimii rozpoznat. Jednotlivé poruchy příjmu potravy mají spoustu společného a navzájem se prolínají. Dodržování diet snadno přejde v záchvatovité přejídání nebo bulimické záchvaty, které mohou být přerušovány obdobím anorexie, hladověním. Téměř u poloviny dívek, u kterých byla diagnostikována anorexie, později vznikne bulimie. Všichni lidé, kteří trpí poruchou příjmu potravy mají společnou jednu věc, vedou neustálou bitvu s hladem.

Projevů mentální je řada, mezi tři hlavní znaky pro určení diagnózy patří: opakující se záchvaty přejídání, nadměrná kontrola hmotnosti, nadměrný zájem o tělesný vzhled (Krch, 2011, s.22, 23).

Mezi další projevy řadíme: strach, že člověk nedokáže přestat jíst, strach jíst bez toho, aniž by se člověk poté mohl pročistit, strach, že ztratí sebeovládání v souvislosti s jídlem, deprese, nepravidelná menstruace, zvýšená kazivost zubů, oteklé slinné žlázy (Maloney, Kranzová, 1991, s. 86, 87).

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- a) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- b) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.

d) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. (Krch, 2007)

Charakteristika a projevy mentální anorexie

Mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy. Pro mentální anorexii je typické intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní se zabývají nepřetržitě tím, jak vypadají, kolik váží, a neustále se snaží hubnout nebo minimálně nepřibírat (Krch, 2010, s.25).

Jacobi, Paul, Thiel (2006) definovali anorexii nervosu v první řadě, jako odmítání pacientky udržet si alespoň minimální tělesnou hmotnost, silné úzkosti z přibírání i přesto, že má pacientka silnou podváhu, poruchy vnímání vlastní postavy a váhy.

Mentální anorexie (MA) je porucha, která je charakterizovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Lidi s mentální anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť či hlad, ale proto, že nechtějí jíst (Krch, 2008, s.21).

Osoby, které trpí mentální anorexií, si nikdy nepřipadají dost hubené. Osoby s anorexií mají někdy jen tři čtvrtiny tělesné hmotnosti, která by byla normální pro jejich výšku a tělesnou stavbu. Často tyto osoby omdlévají z nedostatku energie (Maloney, Kranzová, 1991, s. 54).

Mentální anorexii dělíme na dva typy:

1. Nebulimický (restriktivní) (Krch, 2007)
2. Bulimický (purgativní) – splňuje kritéria anorexie a zároveň zahrnuje opakované zvracení nebo braní projímadel (Krch, 2010, s.26)

Můžeme pozorovat několik projevů, které nás upozorní, že se jedná o mentální anorexii. Změny v chování, jako je hlídání si jídla. Pravidelný denní příjem nižší než 1000 kalorií. Ztráta menstruace, osoba hned po pozření jídla spěchá na záchod (Maloney, Kranzová, 1991, s. 59).

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- b) Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

c) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet.

e) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Krch, 2007).

Charakteristika a projevy ortorexie

Doktor Steven Bratman ze San Franciska poprvé použil termín orthorexia nervosa v roce 1996 k popisu stavu pacientů a vyhodnotil ho jako posedlost zdravým stravováním. Orto- má řecký původ, znamená rovný, pravý a orexie je odvozenina také řeckého slova pro chuť či touhu-orexis. Ortorexie znamená „správná chuť“. Orthorexia nervosa popisuje posedlost „správným“ stravováním.

Osoba mentální ortorexií dodržuje velice přísnou dietu. Omezuje se v jídle na základě přesvědčení o ryzosti jednotlivých složek potravin. Může se objevovat i nadměrné cvičení, posedlost cvičením. Nemocný má narušenou představu o svém těle, nevidí se tak, jak vypadá. Zaměřuje se na kvalitu své pleti, pružnost svalstva i tělesné proporce. Vylučuje ze svého jídelníčku lepek, mléčné produkty, i když to z medicínského hlediska nepotřebuje a tím si může ublížit, tělo může mít nedostatek živin. Což se projevuje únavou, bolestí hlavy, anémií, u žen může vymizet menstruační cyklus. Co se týče emočních příznaků mohou se objevit deprese, úzkostné stavy (McGregor, 2017, s. 17-20).

Syndrom nočního ujídání (NES)

Tento termín poprvé popsal Stunkard et. Al v roce 1955. Symptomy tohoto syndromu jsou následující: ranní anorexie, večerní a noční hyperfagie, insomnie s obtížným usínáním a noční probouzení provázené konzumací jídla. Vyskytuje se jak u obézních, tak u neobézních osob.

Tento syndrom se týká spíše žen, objeví se v mládí, má chronický průběh a častý rodinný výskyt. Často se u nemocných vyskytuje komorbidní deprese a porucha příjmu potravy v denní době.

Někteří autoři považují NES za PPP, který je spojena s posunem konzumace jídla do druhé poloviny dne nebo také za poruchu cirkadiálního řízení.

Nemocní mají nutkavý pocit něco sníst, a to při plném vědomí. Tento pocit spojují s tím, že jim nejde usnout. Jezení jim pomáhá usnout. Někdo tedy ani nečeká až se mu tento pocit dostaví, ale raději se nají ještě před jeho dostavením, aby se v klidu vyspal (Papežová, 2010. s. 263,264).

Záchvatovité přejídání

Tento typ onemocnění se vyskytuje sice častěji u žen, ale zastoupení mužů je častější než v případě jiných PPP. Počátek poruchy se projevuje spíše v pozdějším věku (Cooper, 1995).

Vše se točí kolem jídla, to je jedna z definic záchvatovitého přejídání. Všechny pocity, jako je strach, pocit viny, očekávání, potěšení souvisejí s jídlem. Člověk se na jídlo velice těší, cítí se provinile, protože snědl něco sladkého, také se bojí, že se přestane ovládat a bude mít záchvat přejídání.

Osoba s touto poruchou pokračuje v jezení, i přesto, co utišila svůj hlad. Někdo má pocit, že když začne jíst, tak už nedokáže přestat. Poté, co jíst přestane, je osobě už nevolno a cítí se přejezeně, ale nedokáže zastavit dřív, dokud nesní určité množství jídla. Jiné osoby přijímají velké porce nebo jedí velmi často. Lidé s touto poruchou mají vztah k jídlu, který neurčuje hlad nebo potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace nebo hněvu. Potěšení z jídla osoby s touto poruchou většinou nemívají. Mohou mít pocit, že způsob, jak jedí či jejich tloušťka jsou dokladem jejich nedostatku sebekontroly, dokladem, že svůj život nezvládají. Objevují se pocity méněcennosti a závisti. Pocit závisti se objevuje vůči lidem, kteří vypadají, že si s jídlem dokážou poradit lépe. Přejídají se jídlem, které normálně nemají rádi. Chodí z jedné restaurace do druhé a v každé si dají menu o 3 chodech. Snědí celé dorty, koláče, litry zmrzliny.

Záchvatovité přejídání, které trvá déle, vede ke snížení hladiny dopaminu, což má za následek ztíženou schopnost dosažení odměny a pocitu uspokojení. Z tohoto důvodu má člověk potřebu jíst více až do doby, kdy už není schopen přijmout ani kousíček. Toto poté vede k začarovanému kruhu dalších a dalších návalů jezení, během kterých jsou libé pocity intenzivnější.³

Mezi příznaky záchvatovitého přejídání patří: Tajné nakupování a konzumace jídla; stydí se, pokud ho někdo vidí při jídle; konzumuje veliké množství jídla; jí několikrát denně, 3 hlavní jídla, několik svačin; často jí i tehdy, když je úplně plný; jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaný,

³ <https://aktin.cz/jidlo-jako-droga-jak-rozpoznat-zachvatovite-prejidani-a-jak-ho-lecit>

rozzlobený nebo osamělý; má rituály, které se týkají jídla; střídá období těžkého přejídání s obdobími přísné diety; neustále se bojí tloušťky (Maloney, Kranzová, 1991, s. 40-42).

Dle DSMV IV jsou uvedena následující kritéria:

- a) Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hod). Během záchvatu pacient ztrácí kontrolu nad svým jídelním chováním.
- b) Záchvaty jsou spojeny se 3 a více následujícími znaky: pacient se nají do nepříjemné plnosti, konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu, jídlo je konzumováno rychleji než obvykle, jí o samotě, protože se za množství konzumovaného jídla stydí, po přejedení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou.
- c) Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním.
- d) Záchvaty přejídání se vyskytují ve frekvenci alespoň 2krát týdně za posledních 6 měsíců.
- e) Záchvatovité přejídání není spojeno s následným kompenzatorním chováním (jako u jiných PPP).⁴

⁴⁴ <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/15.pdf>

2. Historie vybraných poruch příjmu potravy

„Historie projevů porušeného příjmu potravy sahá do starověku. V posledním století se utvářela podoba této diagnostické jednotky a definice jejich psychologických a somatických a sociálních následků. V posledních desetiletích literatura týkající se etiopatogeneze celého spektra onemocnění poruch příjmu potravy i léčby výrazně narůstá a dosahuje rozsahu ostatních psychiatrických oborů s výrazným přesahem k psychosomatické problematice“ (Papežová, 2010, s. 23).

Historie mentální anorexie

V období pozdního středověku měl přehnaný půst důležitou roli v životě věřících žen. Boží pomoc je to, co svaté ženy drželo při životě bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem. Začaly se objevovat „záračné panny“, neboli postící se mladé dívky. Tyto postící se mladé dívky, byly většinou adolescentky, které se již neodvolávaly na boží inspiraci. Dostávalo se jim, ale veliké pozornosti, protože tvrdily, že přijímají minimální množství potravy nebo že nejedí vůbec. Mezi lidmi toto vyvolávalo diskuze a očekávala se od lékařů odpověď, zda se jedná o podvod či zázrak. Lékaři byli tehdy přesvědčeni, že se jedná o zázrak, který byl způsoben božím přičiněním. Vlivem sekularizace společnosti byly tyto metafyzické představy nahrazovány teoriemi více pozemského rázu. Jednou z nejoblíbenějších teorií byla ta, že lidé mohou žít z „výživných částic“ obsažených ve vzduchu. V průběhu 19. století se to, ale změnilo. Většina lékařů začala pokládat déletrvající odmítání jídla za zjevnou známku choroby nebo za nemožné. Ve společnosti začaly být záračné postící se panny vnímány, jako hysterické osobnosti, které se snažily upoutat pozornost a které byly známé svými sklony k podvádění. Tento názor trval i v době, kdy byla popsána diagnóza mentální anorexie (Krch, 1999, s. 25).

V r. 1908 byl v Paříži vznikl nový módní směr, který zdůrazňoval „přirozenou“ štíhlou linii. Štíhlá postava se dala dohromady s představou moderní ženy sportovního typu, se sebekontrolou, úspěšnou v profesním i společenském životě. Filmová studia pomáhají dovytvářet tento obraz dokonalé ženy. K pocitům neuspokojení, méněcennosti při konfrontaci vlastních proporcí se svými hrdinkami, vedly snahy dívek přiblížit se ideálu hollywoodských filmových hvězd. Začalo období redukčních diet a režimů, které trvá až po současnost (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 197).

Historie mentální bulimie

První zprávy o nové poruše příjmu potravy se objevovaly koncem sedmdesátých let 20. století. Tato porucha měla jeden hlavní rys, a to nekontrolované přejídání. Připomínalo to anorexii, ale lidé s touto poruchou měli oproti anorektikům „normální“ hmotnost. Názvy, které se uchytily, byly „bulimia“ a „bulimia nervosa“ (Cooper, 2014, str. 53).

Dle Plutarcha pojem bulimos znamenal zlého démona, původně měl znamenat velký hlad. Pojem bulimie znamenal i slabost a mdloby způsobené hladem. Dle lékařů byla etiologie bulimie spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí. Někteří nosologové osmnáctého století rozlišovali až sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické a byly provázeny dalšími příznaky, jako jsou cizopasnici, průjem a křeče.

Primární bulimie byla členěna na tři kategorie:

- a) bulimia helluonum = nadměrný hlad
- b) bulimia syncopalis = omdlávání z hladu
- c) bulimia emetica = přejídání se zvracením

Více se vnímaly emocionální faktory, např. sklíčenost. Internisté v Německu považovali bulimii ve své zemi a ve Francii za projev špatného zažívání. Termín bulimia nervosa poprvé použil britský psychiatr Gerald Russell v roce 1979. Termín označoval „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností (Krch, 1999, s. 29-30).

3. Důsledky vybraných poruch příjmu potravy

Může vzniknout nespočet zdravotních komplikací, které přispívají ke zvýšení úmrtnosti, jak u mentální anorexie, tak u bulimie. Mezi nejčastější komplikace patří kardiovaskulární komplikace. Důsledky, které se nachází níže v textu se objevují, jak u mentální anorexie, tak mentální bulimie. Zdravotní důsledky se odvíjí dle toho, které složky ve stravě chybí. S kardiálními potížemi se můžeme setkat téměř u 90 % postižených (Krch, 1999, s.95-96).

K nejčastějším tělesným důsledkům patří poruchy menstruace a plodnosti, poruchy krevního oběhu, bolesti hlavy, únava, pálení žáhy, poruchy srdečního rytmu.

Nejčastější psychické důsledky PPP jsou poruchy pozornosti, depresivní nálada, časté kolísání nálad, úzkosti, sociální lhostejnost, ztráta zájmů a stálé řešení jídla v myšlenkách (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s. 67-68).

Důsledky mentální anorexie

Mentální anorexie vede ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Až 18 % je odhad dlouhodobé úmrtnosti. Pacientky s časným počátkem mentální anorexie bývají menší, protože se zpomaluje vyžívání kostí a vývoj se může zcela zastavit. Také se objevuje osteoporóza. Více než 40 % anorektiček trpí celkovou svalovou slabostí. Mezi fyzické příznaky patří: Závratě; poruchy koncentrace; podrážděnost; těžká insomnie; snížená citlivost rukou a nohou; deprese; infekce, které se nehojí; podlitiny, které jsou způsobené tím, že má sníženou odolnost vůči poranění; nízký tlak; nepravidelný srdeční tep; selhání srdce, ledvin; snížená tělesná teplota; zapadlé oči; suché, lámavé vlasy

Hladovění také poškozuje mozek. Hrozí také poškození zažívacího ústrojí, pokud anorektička užívá laxativa delší dobu než jeden měsíc (Maloney, Kranzová, 1991, s. 65-68).

Důsledky mentální bulimie

Objevuje se benigní zduření parotických slinných žláz, a to se objevuje u 25 až 50 % postižených. Dochází také k zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů, a to vlivem žaludečních šťáv. Objevují se komplikace v oblasti tlustého střeva, které souvisejí s nadužíváním projímadel. Narušuje se funkce hypofýzy a autonomních funkcí, která se projevuje zhoršením regulace tělesné teploty. Asi čtvrtina pacientek má tenkou šupinatou a suchou kůži se sníženým množstvím kolagenu (Krch, 1999, s. 98-104).

Zdravotní rizika přejídání a pročišťování jsou docela dramatické. Opakované zvracení vystavuje organismus velké námaze. Jestliže bulimičky ještě k pročišťování drží také hladovku, tak to znamená další zátěž pro játra. Ve chvíli, kdy tělo drží hladovku, tak vycítí stav ohrožení. Organismus se snaží udržet stabilní hladinu krevního cukru. Ve chvíli, kdy se tělu nedostává potrava, tak tělo začne čerpat z vlastních jater, kde jsou uloženy zásoby glukózy. Bohužel tyto zásoby se vyčerpají během jednoho dne hladovění. Tělo hledá živiny ve vlastních orgánech a ve svalové tkáni. Po několika dnech hladovění, tělo začne zpracovávat zásoby tuku a potom svalovou tkáň. Nejnebezpečnější je to pro osoby v období adolescence, jelikož jejich tělo je ve vývoji.

Některé zdravotní důsledky: únava; bolest v krku; zvrhovatěný jícen; kazivost zubů, která je způsobena vlivem kyselin v důsledku zvracení; poruchy srdeční činnosti; záněty slinných žláz; suchá pleť; dehydratace; zácpa; bolesti břicha

Někdo užívá lék Ipecac, což je nebezpečný lék, který se používá k vyvolání zvracení u malých batolat, když pozrou chemikálie. Pravidelné užívání tohoto léku může způsobit smrt, a to během krátké doby užívání, protože zůstává navždy uložen v buňkách organismu (Maloney, Kranzová, 1991, s. 91-93).

Důsledky záchvatového přejídání

Záchvatové přejídání zvyšuje pravděpodobnost kardiovaskulárního selhání. Další důsledky maladaptivních projevů jsou zvýšená citlivost zubů, nevolnost, zácpa (Krch, 1999, s.104).

Často se objevuje vysoký krevní tlak. Negativně se to odrazuje i na stavu kloubů a páteře. Co se týče duševního zdraví, postižení za své záchvaty přejídání stydí, má pocit selhání, protože nezvládl odolat. Poté se objevují pocity, jako jsou deprese a úzkostné poruchy. Může se objevit i užívání návykových látek. ⁵

Případně se může rozvinout diabetes mellitus 2. typu. U žen se zhoršuje možnost otěhotnění. Objevují se poruchy spánku, chronická bolest nebo další duševní onemocnění. ⁶

⁵ <https://www.nzip.cz/clanek/706-zachvatovite-prejidani-zakladni-informace>

⁶ <https://www.modrykonik.cz/zdravi/zachvatovite-prejidani/>

4. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

O příčinách vzniku poruchy příjmu potravy vznikla řada teorií. Samotná příčina vzniku PPP se odhaduje velice těžko. Faktorů, které mohou být potenciálním spouštěčem je celá řada. Dá se, ale říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, psychologických, biologických a genetických faktorů.

Biologické faktory

Nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik PPP je ženské pohlaví. U žen je riziko mentální anorexie desetkrát vyšší. Během puberty a adolescence dochází k nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám. Mezi osmým a šestnáctým rokem přirozeně vzroste tělesná hmotnost českých dívek. Vzhledem k dnešním standardům ženské krásy může rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou představovat pro mnoho dívek hrozbu. Pro chlapce znamená fyzické dospívání to, že rostou v „chlapa“, přibližují se k mužskému ideálu krásy. Pro dívky znamená fyzické dospívání vývoj, který je směrem od toho, co je ideálem krásy. Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo. Brzy tělesné „vyzrálé“ dívky jsou ohroženější poruchami příjmu potravy, protože jsou vyspělejší a silnější než jejich vrstevnice, to znamená že jsou méně spokojené se svojí váhou, jsou více vystaveny stresu.

Nebezpečí redukčních diet a bulimie vzniká ve chvíli, kdy roste tělesná hmotnost a ženy jsou nespokojeny s vlastním tělem. Ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a na hýždích vykazovaly vyšší riziko PPP než ostatní ženy (Krch, 1999, s.62-63).

Existují i organické příčiny PPP a to jsou: zažívací a trávicí potíže; alergie na potraviny; choroby, při kterých je dočasně omezen pohyb; onemocnění štítné žlázy; metabolické poruchy; pooperační stavy; užívání některých farmak (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 189).

Sociální a kulturní faktory

Poruchy příjmu potravy jsou považovány za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Roli v tom sehrálo i mnoho osobností, např. princezna Diana, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová a mnohé modelky. Prvními oběťmi diet byly dívky z vyšších vrstev. Postupně se toto měnilo a tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy a kultury (Krch, 2000, s. 24-25).

Jádrem problému PPP je vyhublá štíhlost a nadměrná sebekontrola. Výskyt PPP roste mezi baletkami a modelkami. Módní ideál nepřímo ovlivňuje adolescentní populaci, která poté vidí ve

štíhlosti cestu ke kráse a k úspěchu, sebekontrolu mají spojenou s kontrolou tělesné hmotnosti. Módní průmysl a sdělovací prostředky jsou odpovědné za to, že rozšiřují názor, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Ženy jsou stále konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích, ale i zobrazované modelky jsou stále hubenější. Takovéto trendy vedly nakonec tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující. Přerušování diet a mírná nadváha jsou vnímány jako selhání a může to vést k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Veliká role se v tomto připisuje vlivu reklamy a sdělovacím prostředkům. Vyvolává to ve čtenářích, posluchačích a divácích falešnou představu, že je možné snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, nebo si zvolit tělesné proporce.

Západoevropský a severoamerický ideál štíhlosti zodpovídá tělesné hmotnosti, která leží pod danou biologickou hranicí většiny žen. Tento ideál je podporovaný i popularitou v médiích, v módních časopisech, prostřednictvím módního průmyslu a také plastickou chirurgií. Zároveň v průběhu posledních 50let stále narůstá neshoda mezi ustálenou představou o ženské ideální postavě a skutečnými tělesnými proporcemi případně vahou většiny žen (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s. 27).

Rodinné a genetické faktory

Za velice významný rizikový faktor je považován výskyt anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví. Výskyt PPP mezi sourozenci pacientů se objevuje v rozmezí 3-10 % ve většině klinických studiích. V rodinách anorektiček a bulimiček se vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci. Rodiče prepubertálních dívek, které se nadměrně zabývají svým vzhledem, hmotností a dietami, vykazují stejné obavy a postoje ve vlastním životě (Krch, 1999, s. 65-69). Genetický podíl při vzniku anorexie se uvádí 50 až 90 % a při vzniku bulimie 35 až 83 %.⁷

Mentální bulimie je často spojována s narušenými poměry v rodině. Objevují se problémy ve vztazích mezi adolescentkami a jejich rodiči, jako jsou poruchy komunikace, neschopnost vyjadřovat emoce uvnitř rodiny. Bulimické dívky si myslí, že mají malou podporu ze strany rodičů. Problémy v rodině pociťují dívky více než jejich rodiče, hlavně tedy ve vztahu s otcem. Dle některých autorů předchází rodinná patologie nástupu bulimie (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.122).

⁷ http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

Obezita a diety v rodině jsou další faktory, které mohou přispět k rozvinutí PPP. Jakýkoliv negativní komentář týkající se jídla, vzhledu či váhy může přispívat k rozvoji PPP. Významná role z hlediska vzniku PPP je rodina, a to především při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu.

Psychologické faktory

S rozvojem poruch příjmu potravy souvisejí osobnostní rysy a psychické charakteristiky, které se objevují již před vznikem onemocnění a mohou být tedy pro rozvoj poruch příjmu potravy rizikové.

U anorexie to může být např. přílišné zaměření se na dosažení úspěchu, a to především ve školní a sportovní oblasti. Charakteristická je nadměrná přizpůsobivost a poslušnost, vyhybavost, úzkostlivost, pochybnosti, obavy, perfekcionismus, který je spojený s vysokou sebekontrolou a zodpovědností. Co se týče bulimie, tak tam jde např. o emoční labilitu, nezdrženlivost, impulzivitu, sebekritičnost a zranitelnost. Typické pro obě poruchy je vnitřní nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení. U děvčat je velice nebezpečné negativní sebehodnocení, které vede k narušenému vnímání tělesného vzhledu a také vede k dietám. V mnoha studiích se v souvislosti s poruchami příjmu potravy zmiňují deprese. Přímo spojeny s obavami o postavu jsou právě depresivní a úzkostné příznaky. Depresivní příznaky mizí ve chvíli, kdy nemocný získá kontrolu nad příjmem potravy. Úzkostné příznaky přetrvávají a mohou se i zvýraznit. Také se zmiňuje v souvislosti s poruchami příjmu potravy hysterie, egocentrismus, hypersenzitivita, narcistická porucha osobnosti a sociální fobie.⁸

Tři výzkumy rizikových faktorů zaznamenali negativní pocit vlastní hodnoty jako potencionální rizikový faktor i retrospektivně. U bulimických i u anorektických pacientek byl výskyt negativního sebehodnocení zjištěn i před začátkem PPP častěji, jako u skupiny zdravých osob.

Riziko mentální anorexie bylo významně zvýšené výskytem úzkostné poruchy před začátkem PPP nebo výskytem úzkostné poruchy v dětství. Riziko výskytu mentální bulimie se zvyšuje výskytem sociální fobie a také přehnanou úzkostí v dětství (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.30-31).

Sportovci, kteří jsou spojený s hmotnostními třídami nebo s velmi nízkou tělesnou hmotností jsou již tradičně považováni za rizikovou skupinu.

⁸ <https://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>

Vliv stresujících životních událostí

Poruchy příjmu potravy se mohou objevit vlivem stresových událostí během dospívání, jako je např. sexuální zranění a také reakcí na aktuální osobní problémy. Samotné dívky uvádějí, že porucha příjmu potravy u nich vznikla v souvislosti s důležitou událostí, například vysoké nároky okolí, sexuální konflikty, životní změna, problémy v rodině. Tyto události mohou vést k pocitům méněcennosti, neschopnosti, hlavně pokud není možné tyto události kontrolovat a ovládat. Výsledkem tedy může být snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalováním těla.⁹

Závislost na psychoaktivních látkách

Setkáváme se nejčastěji s kombinací mentální bulimie a abúzu alkoholu. Přejídání, stejně jako psychoaktivní látky, je ke kontrolování emocí a zvládnání stresu. Někteří autoři uvádějí, že mentální bulimie je jako alkoholismus forma závislosti. Už samotný výskyt mentální bulimie, s ní spojená psychosociální problematika a charakteristický způsob řešení problémů může zvyšovat vulnerabilitu pro závislost na alkoholu. Nevíme, jaký vliv mají různé psychoaktivní látky, kromě alkoholu a kouření, na příjem potravy a jídelní patologii v běžné populaci. Alkohol a cigarety a některé psychoaktivní látky bývají doporučovány k zahnání hladu, chuti k jídlu. Vztah mezi alkoholem a tělesnou hmotností není jasný. Alkohol může být rizikový pro akumulaci tělesného tuku. Drogová nebo alkoholová závislost má být léčena přednostně. Obě poruchy, mentální bulimie i závislost na psychoaktivních látkách narušují psychickou pohodu a sociální fungování závislého (Krch, 1999, s. 76-79).

⁹ http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

5. Prevence poruch příjmu potravy

Prevence je nesmírně důležitá, důležitější než následná terapie vzniklé poruchy. Cílem prevence je pomoci vytvářet zdravý způsob života s důrazem na dlouhodobou optimalizaci hmotnosti, správného jídelního režimu a vhodné pohybové aktivity (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.208-209).

Základem prevence je rodina, a to hlavně komunikace a dobré vztahy mezi rodiči a dětmi, stejně tak jako stravovací návyky. Důležitá v rámci prevence je i škola, tam by tato problematika neměla být zanedbávána.¹⁰

„V rámci preventivních programů se rozlišuje mezi primární a sekundární prevencí. Cílem prevence je snížení vlivu rizikových faktorů uplatňujících se v etiologii poruch.

Primární prevence:

- a) Všeobecná prevence je zaměřena na širokou populaci. Cílem je zlepšení zdravotního stavu populace.
- b) Selektivní prevence se týká vybrané neklinické populace.

Sekundární prevence:

Sekundární prevence sleduje jednotlivce nebo skupiny, kde je vyšší výskyt rizikových faktorů.

Lze preventivně působit:

- a) Na úrovni rizikových faktorů: edukace o vlivech dietování, vlivu genetických a ontogenetických faktorů na tělesnou hmotnost.
- b) Na zvýšení protektivních faktorů: náhled na štíhlost, nácvik sociálních dovedností, edukace o zdravém způsobu života.
- c) Na systémové změny v rodině: snížení negativního vlivu rodičů, jejich nesprávného postoje a představy o tělesném schématu, má dojít k úpravě jídelního režimu a jídelního chování.“ (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.209-210)

Co se týče prevence ve školách, tak by pedagogové měli:

- Mít povědomí o příčinách a důsledcích PPP.
- Připravit děti na to, jaké psychické a fyzické změny je během dospívání čekají.
- Naučit děti, aby se měli rádi takové, jaké jsou.
- Poučit děti o nevhodných jídelních zvyklostech a o tom, jak je rizikové kontrolovat hmotnost.
- Učit děti, jak se vyrovnat správně se stresem.¹¹

¹⁰ http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

¹¹ http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf

Preventivní programy v České republice

V České republice přibývají preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy od devadesátých let 20. století. Také vysoké školy pro působení v primární prevenci připravují budoucí učitele. Edukační projekty se soustředí na prevenci, najetí problémů v jídelním chování, spojených s rizikovým výskytem mentální anorexie a bulimie, a na brzkou intervenci. Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy již před nějakým časem začala tvořit programy pro učitele pro výchovu ke správné výživě. Postupem času vzniká mnoho projektů, které jsou zaměřeny na prevenci v oblasti výživy a stravovacích návyků (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.216-217).

6. Léčba poruch příjmu potravy

Pro nemocného může být těžké si přiznat, že má problém, a že je potřeba ho léčit. Poruchy příjmu potravy mohou být jako bludný kruh. Stejná motivace, která vede dívky k nedravým postojům k postavě, jídlu a tělesné hmotnosti, jim brání vyhledat pomoc a změnit tuto motivaci. To, co vede ke vzniku PPP, je pocit, že osoby nemohou nebo požádat o pomoc. Toto je, ale pouze jedna strana. Jen to, že se u osoby PPP vyvinulo znamená, že svůj problém zviditelnila. Předtím pocity hněvu a úzkosti ukrývala, ale teď přibírá a hubne, drží diety, přejídá se a pročišťuje se. Toto signalizuje jí i jejímu okolí, že něco není v pořádku. Tento signál může být prvním krokem k pomoci (Maloney, Kranzová, 1991, s. 109-113).

V posledních deseti letech se významně rozšířila možnost psychoterapeutických přístupů používaných v terapii poruch příjmu potravy. Existují různé terapeutické možnosti jako jsou hospitalizace, rodinná terapie, svépomoc, individuální terapie atd. (Krch, 1999, s. 127)

Jsou různé typy pomoci v rámci PPP. Druh pomoci, jako je spolupráce s nutričníkem nebo svépomocnou skupinou fungují nejlépe ve spojení s poradenskou péčí nebo s určitým druhem psychoterapie. Osoba s PPP však vyžaduje pomoc na několika úrovních a to znamená, že musí změnit vztah k jídlu, musí si vyřešit své emocionální problémy a také změnit vztah k rodině. Může být potřeba také vyšetření zubů, lékařská péče a gynekologické léčení. Pořadí pomoci se může lišit (Maloney, Kranzová, 1991, s. 119).

Hospitalizace

Důvodem hospitalizace může být potřeba jejich lékařské stabilizace. Nemocniční léčba je v takovýchto případech nezbytná, ale nemusí znamenat vyléčení z PPP. Pobyt v nemocnici je důležitým krokem k uzdravení, nejde jen o fyzickou stránku nemoci, ale také o psychickou. Aby pacientka aktivně spolupracovala je k tomu zapotřebí velké úsilí (Krch, 1999, s. 129).

Hospitalizace je posledním východiskem pro osoby s PPP. Hospitalizaci nesou velmi špatně zejména ty anorektičky, které dosud odmítají jídlo. Hospitalizace dá nemocným jasně najevo, že porucha, kterou trpí, ohrožuje jejich život. To se týká i rodiny, ve chvíli, kdy je osoba hospitalizovaná v nemocnici, začnou si uvědomovat vážnost situace. Hospitalizace může být také momentem, který všechny donutí přijmout pomoc (Maloney, Kranzová, 1991, s. 122).

Faktory ovlivňující rozhodování o hospitalizaci jsou: důležitost navrátit se k normální hmotnosti nebo alespoň zabránit hubnutí, dalším bodem je přerušování záchvatu přejídání, zvracení nebo zneužívání projímadel ve chvíli, kdy představují vážné zdravotní ohrožení. Za třetí to je

zhodnocení a léčba jiných vážných zdravotních potíží a jako poslední Krch uvádí: léčbu přidružených stavů, např. silnou depresi, sebepoškozování, zneužívání psychoaktivních látek (Krch, 1999, s. 129).

Ambulantní lékařská péče

Tato lékařská péče se zaměřuje na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být individuální nebo skupinová, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Když je to nutné, měli by lékaři kontrolovat tělesnou váhu, elektrolyty a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu. Skupinová péče může mít pro pacienta další zisk, a to v rámci podpory od osob se stejným problémem (Krch, 1999, s.130) .

Svépomocné podpůrné skupiny a jiné organizace

Svépomocné skupiny a organizace využívají lidé, kteří mají mírné příznaky, a u kterých může dojít ke zlepšení nebo úplnému uzdravení (Krch, 1999, s. 131).

Některé tyto organizace nabízejí jen informace, jiné provádějí poradenství. Existují také svépomocné skupiny, kde se sdružují lidé se stejnou PPP. Svépomocné skupiny vede vyléčený pacient nebo odborný poradce. Tyto skupiny pomáhají člověku uvědomit si, že na to není sám, a také ho naučí přemýšlet pozitivně o jídle a o svých dalších vztazích (Maloney, Kranzová, 1991, s. 120).

Linka důvěry: Je pracovištěm, které je možné kontaktovat prostřednictvím telefonu. Buď je součástí krizového nebo psychoterapeutického centra či poradny, nebo je to samostatné pracoviště. Pracují zde profesionálové, nebo laici. Člověk může hovořit po telefonu s psychologem, lékařem, sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou, nebo i s jinými profesionály s podobným odborným zaměřením či s vyškoleným laikem, který prošel důkladnou přípravou pro práci na lince důvěry. Na linku důvěry se může člověk obrátit s jakýmkoli problémem. Nemusí uvádět jméno či adresu. Rozhovor probíhá dle potřeb volajícího. Volající většinou rozebírá své problémy, ptá se na radu nebo návod, co dělat jinak. Terapeut pokládá řadu otázek týkajících se postojů volajícího k dané věci a toho, co při tom cítí a prožívá. Terapeut může doporučit návštěvu konkrétního centra. Většina linek důvěry funguje nepřetržitě, nebo má provoz do pozdních večerních hodin (Maloney, Kranzová, 1997, s. 123-124).

Centrum Anabell: Vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy i jejich blízkým. Momentálně nabízí centrum Anabell sociální a terapeutické služby v Kontaktních centrech Anabell v Brně, Ostravě a Praze. Centrum Anabell nabízí linku,

poradenství, internetové poradenství, rodinné poradenství, nutriční poradny, externí odborníky, peer konzultace, svépomocné skupiny, služby následné péče a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.¹² Pracovníci na lince Anabell jsou sociální pracovníci, psychologové nebo terapeuti s doplněným vzděláním v oblasti telefonické krizové intervence.¹³

Co se týče poradenství je možné osobní či na Skypu. Klienti spolu se zkušeným sociálním pracovníkem nebo psychologem rozebírá své starosti a obavy. Sociální pracovník či psycholog musí mít doplněné vzdělání v krizové intervenci a v oblasti poruch příjmu potravy.¹⁴

Rodinná terapie je důležitá při léčbě poruch příjmu potravy u dětí. Každý člen rodiny může mít jiné obavy, dotazy a každou situaci prožívá jinak. A celá rodina se musí naučit, jak celou situaci zvládat.¹⁵

Nutriční poradkyně probírají s klientem jejich jídelníček, pomáhají sestavit nový na míru a nabízí podporu při jeho zavádění do praxe. V nutriční poradně může klient řešit změření na Inbody, nastavení vyváženého jídelníčku, jídelníček pro navýšení hmotnosti a svalové hmoty, jídelníček pro zdravé hubnutí, jídelníček pro odbourání chuti a přejídání a zásady zdravého stravování.¹⁶

Externí odborníci jsou psychologové či jiní odborníci s psychoterapeutickým výcvikem, kteří nabízejí terapii v oblasti PPP a dalších potíží. Dalšími odborníci jsou nutriční terapeuti, kteří nabízejí poradenství v oblasti výživy.¹⁷

Peer konzultace jsou konzultace s člověkem, který si prošel tím stejným. Prošel si poruchou příjmu potravy a pomáhá klientovi tím, že s ním sdílí svou vlastní zkušenost.¹⁸

Svépomocné skupiny, tvoří skupina lidí, kterou vede peer konzultant, psycholog, nebo jiný zkušený pracovník Centra Anabell. Probírají se tam různá témata, dle přání skupiny.¹⁹

Služby následné péče jsou pro osoby trpící PPP starších 12 let, které byly hospitalizovány nebo využívají/využívaly ambulantní lékařskou péči. Pod následnou péči spadají programy jako individuální terapie s terapeutkou, individuální socioterapii se sociální pracovníci, skupinové programy vedené terapeutkou a sociální pracovníci.²⁰

¹² <http://www.centrum-anabell.cz/>

¹³ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/linka-anabell>

¹⁴ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi>

¹⁵ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/rodinne-poradenstvi>

¹⁶ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/nutricni-poradny>

¹⁷ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/externi-odbornici>

¹⁸ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/peer-konzultace>

¹⁹ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/svepomocne-skupiny>

²⁰ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/sluzby-nasledne-pece>

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou určeny pro obyvatele Brna a rodinám s dětmi od věku 0-18 let. Funguje jak ambulantně, tak terénně.²¹

Rodinná terapie

Ve chvíli, kdy jsou v popředí rodinné konflikty by měla být rodinná terapie považována za vhodnou k individuální terapii i u starších pacientek. Rodinné vyšetření může být velmi důležité pro porozumění specifických terapeutických problémů a pro práci s nimi (Krch, 1999, s. 132).

Rodinný poradce může pomoci všem rodinným členům dát najevo své frustrace, a to pomůže celé rodině najít vhodnější způsob řešení problémů. Může pomoci najít každému členu rodiny takový vztah k rodině, který bude uspokojivější pro všechny zúčastněné (Maloney, Kranzová, 1991, s. 121).

K doporučení rodinné terapie u mladých pacientek jsou praktické i teoretické důvody. Z praktického hlediska, pacientka sdílí domov se svými rodiči, kteří mají odpovědnost za její pohodu a zdraví. Rodiče mohou výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Rodinná terapie může být zapojena do dlouhodobějšího léčebného plánu. Také může být doplňkem individuální terapie při práci s traumatem, jako například pohlavní zneužití v rámci rodiny (Krch, 1999, s. 132).

Jeden z prvních výzkumů porovnal rodinnou terapii s podpůrnou individuální terapií. Rodinná terapie byla úspěšnější než individuální terapie jen u pacientek, které onemocněly před 19. rokem, a u kterých onemocnění netrvalo déle než tři roky. Dva novější výzkumy potvrdili krátkodobou účinnost rodinně-terapeutických přístupů u pacientek. Nenašli se zásadní rozdíly mezi postupem vedeným s pacientkou spolu s rodiči, a postupem s oddělenými sezeními pro pacientku a její rodiče (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.105-106).

Poradenství

S pomocí školního výchovného poradce, obvodního psychiatra nebo psychologa se můžete dostat do poradny pro PPP. Je mnoho poraden. Od terapeuta může osoba očekávat, že ji poskytne možnost pohovořit si o svém životě s nezaujatým, přátelským a vstřícným posluchačem. Pomůže nemocnému smířit se s pocity, které mu jsou nepříjemné. Může pomoci najít nový náhled na otázky, kterým člověk nerozumí nebo které ho trápí. V nejlepším případě dosáhne osoba toho, že se přijme taková, jaká je, a přitom bude pokračovat ve změnách, o které usiluje. Terapeut poslouchá, klade otázky a navrhuje jiný vhled na situaci.

²¹ <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/socialne-aktivizacni-sluzby>

Nutricionista

Je vhodné spolu s poradenskou péčí spolupracovat také s odborníkem na výživu, nutricionistou. Nutricionista je schopný zjistit alergie na potraviny, chutě, nedostatek vitamínů, hypoglykémii a řadu dalších nutričních problémů, které mohou přispívat k PPP. Pomáhá vypracovat jídelní plán, který je vhodný pro nemocného a také pomáhá vyřešit problémy, které vznikly vlivem diet, hladovění nebo pročišťování (Maloney, Kranzová, 1991, s. 120-121).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Stala se uznávanou léčbou mentální bulimie a utváří základy pro část léčby mentální anorexie. Individuální kognitivně behaviorální terapie je doporučovaná pacientkám, pro které není vhodná z důvodu věku rodinná terapie, a které mají středně těžké až vážné příznaky.

Krch zdůrazňuje hlavní body po mentální bulimii: vést záznamy o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; pravidelné vážení; změna schématu jídelního chování; kognitivní restrukturační s cílem změnit naučené chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy; zavedení prevence relapsu.

Dlouhodobá účinnost KBT u pacientek se záchvatovitým přejídáním je nejasná, ale výsledky jsou slibné.

U mentální anorexie se KBT doporučuje pro klinické užití. Verze KTB pro mentální anorexii a bulimii se ve spoustu oblastech navzájem překrývají. Hlavním bodem těchto poruch je pacientovo přesvědčení, že tělesná hmotnost, postava či štíhlost jsou nejdůležitějšími kritérii, která určují jeho osobní hodnotu. Hlavním problémem u mentální anorexie i bulimie je strach z přibírání. Mnoho pacientů s mentální bulimií je možné ujistit, že během léčby přiberou nejspíš jen velmi málo. Naopak u mentální anorexie je hlavním cílem skutečný nárůst tělesné hmotnosti. U mentální anorexie trvá KTB většinou déle než u mentální bulimie (Krch, 1999, s. 132-133).

Interpersonální terapie (IPT)

V první fázi interpersonální terapie dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá smlouva o práci právě na těchto problémech. Třetí fáze, tedy závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie. Na konci léčby je IPT o něco méně účinnější než KBT, ale pacientky, které se zúčastnily IPT se postupně začaly zlepšovat. Po roce sledování byla účinnost obou těchto druhů na stejné úrovni.

Při redukci záchvatovitého přejídání je IPT stejně účinná jako KBT. KBT je stále doporučována, jako první léčba, má rychlejší účinky na ústup příznaků PPP. U pacientek s mentální bulimií, které nereagovaly dobře na počáteční průběh KBT a u kterých převládaly interpersonální konflikty, by se mělo uvažovat o přechodu k IPT (Krch, 1999, s.134-135).

Farmakoterapie

O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, které neuspěli při pokusu s kognitivně behaviorální terapií. Medikace by neměla být hlavním způsobem terapie. Lékem první volby pro léčbu mentální bulimie je fluoxetin hydrochlorid. Fluoxetin by se měl užívat jako doplněk k psychoterapii. Pacientky, které nemají pozitivní změny, tudíž se nezlepšují při léčbě fluoxetinem, mají doporučenou jako další možnost tricyklická antidepresiva. Antidepresiva mohou snížit nebezpečí relapsu. Fluoxetin může být prostředkem v pomoci při prevenci relapsu u mentální anorexie. Psychotropní medikace není ve většině případů u mentální anorexie nutná. U mentální bulimie má medikace omezenou úlohu, ale ne jako první druh léčby (Krch, 1999, s. 136-137).

V průběhu posledních let mají stále silnější pozici léky, které blokují zpětné vychytání serotoninu. Průměrná délka léčby byla ve farmakologických studiích kratší, asi 8 týdnů, než při psychoterapeutických nebo kognitivně-behaviorálních postupech, což bylo průměrně 17 týdnů. Celkově dosahuje farmakologická léčba pomocí antidepresiv výrazně nižší efekt jako kognitivně-behaviorální terapie. Jsou signifikantně účinnější jako čisté placebo, i navzdory slabému zlepšení dosaženému placebo-efektem. Podíl pacientek, které jsou na závěr léčby bez symptomů je 32 % pro záchvaty přejídání a 38 % pro zvracení. Tyto výsledky jsou dosaženy nezávisle na míře depresivní symptomatiky před začátkem léčby. Účinný mechanismus antidepresiv zůstává nejasný (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.109-110).

Co se týče mentální anorexie, tak se farmakologická léčba podává při hospitalizaci, kdy pacientky dostanou také dodatečnou psychosociální podporu, takže není zcela jasné, na co se efekt léčby přesně vztahuje. Účinek různých léků, jako jsou antidepresiva, neuroleptika je převážně velmi slabý až nedokazatelný. Nedá se říci, že by farmaka měla nějaký významný vliv na krátkodobé a dlouhodobé regulování váhy, specifických postojů k tělu a váze, a na náladu (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s. 106).

7. Praktická část

Ve výzkumné části bakalářské práce se autorka zaměřuje na osobní zkušenost respondentů s mentální anorexií a mentální bulimií. Nahlédla do života respondentů, kteří trpěli či trpí poruchou příjmu potravy.

7.1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části této bakalářské práce je umožnit vhled do problematiky poruch příjmu potravy prostřednictvím tří žen. Dvě ženy stále s poruchou příjmu potravy bojují, třetí žena momentálně vážnými problémy spojenými s poruchou příjmu potravy netrpí.

Cílem výzkumu v bakalářské práci je srovnání poznatků zjištěných během teoretické části, které se uvádějí v odborné literatuře a věnují se poruchám příjmu potravy a praktické části, kde autorka zkoumala tři respondentky. Zjistit příčinu vzniku poruch příjmu potravy, zda vznik ovlivňují jejich sociální vazby, vliv sociálních sítí, a dále jaký vliv měla nemoc na jejich rodinné a sociální vazby. Práce se zaměřuje na podrobné zachycení pocitů respondentek z období nemoci a dále popisuje změny, které nastaly během poruch příjmů potravy.

Toto jsou výzkumné otázky, na které se autorka snažila získat odpověď:

HVO: Měla na vznik poruchy příjmu potravy vliv sociální interakce např. sociální sítě, okolí?

VVO: Jaký dopad mají poruchy příjmu potravy na sociální vazby člověka?

7.2. Metoda a průběh výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce se autorka rozhodla pro kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkumník vybere na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Je to pružný typ výzkumu, jelikož výzkumník může během výzkumu, sběru a analýzy dat, doplňovat či modifikovat otázky. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, seznamuje se s novými lidmi a pracuje v terénu. Cílem kvalitativního výzkumu je generování hypotéz, získávání a popisování zvláštností případů a rozvíjení teorií. Kvalitativní výzkum by měl probíhat v přirozeném prostředí (Hendl, 2005). Jedná se tedy o kvalitativní šetření, které probíhalo prostřednictvím rozhovorů a pozorování, na jejichž základě byly zpracovány kazuistiky. Pozorování je jednou z klinických metod.

Autorka měla předem připravené otázky, které pokládala v libovolném pořadí, podle potřeby je přeformulovala či pod vlivem okolností kladla otázky zcela nové. K tomuto účelu slouží polostrukturovaný rozhovor.

Rozhovory se autorka snažila realizovat při osobním setkání, ale využila i možnosti spojit se s respondentkami online, zejména kvůli časovým možnostem a problematickému dojíždění ze vzdálených měst. Veškeré rozhovory před jejich začátkem uvedla, seznámila respondentky s plánovaným průběhem rozhovoru a upozornila, že v případě vzniklé nekomfortní situace, může respondentka rozhovor kdykoliv přerušit.

7.3. Kazuistiky

Autorka se s respondentkami setkala vždy po předchozí domluvě na stanoveném místě. V jednom případě to byl videohovor kvůli časovým možnostem respondentky a větší vzdálenosti. Se svolením dotazovaných autorka rozhovor nahrávala na diktafon. Rozhovor probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Autorka měla připravené pevné body, ale v případě potřeby a pocitů respondentek otázky upravovala dle situace. Všechny respondentky byly velice příjemné a ochotné se podělit o svou zkušenost s poruchou příjmu potravy, za což jim autorka velice děkuje.

První kazuistika

Osobní anamnéza

První rozhovor byl proveden s ženou a matkou dvou dětí, které je 52 let. Jmenuje se Irena. Měří 160 cm. Má dvě děti, dvojčata. Syna a dceru, je jim 22 let. Po základní škole studovala střední pedagogickou školu. Poté si dodělala ještě jednu maturitu, aby mohla učit v mateřské školce. Nyní pracuje v mateřské školce a je se svou profesní kariérou velmi spokojená. Volný čas tráví především se svojí rodinou, jezdí na chatu, chodí na výlety a cestuje. Ráda se stará o zahradu na již zmíněné chatě. Irena velice ráda uklízí, což pramení již z jejího dětství. Otec byl trochu nepořádný a ona měla z nepořádku špatný pocit. Ve svých třinácti letech byla schopná v neděli vyndat všechno oblečení ze skříně, vyprat ho, vyžehlit a příští týden to celé zopakovat. Tento zvyk přetrvává až do současnosti a sama respondentka sebereflexivně uvedla, že si myslí, že se situace s posedlostí úklidem zvětšuje. Pokud nemá denně dokonale uklizeno, cítí svíravou bolest v žaludku, a vyčítá si to. Uvádí, že se tato posedlost objevila, když začala bydlet sama s otcem.

Rodinná anamnéza

Respondentka má mladšího nevlastního bratra, se kterým má krásný vztah. Od malička spolu trávili spoustu času, a i v pubertě měli společné kamarády. Jejímu bratrovi je 48 let a pracuje v rozhlase.

Její otec byl starší než její matka o dvacet let. Pracoval jako technik v podniku Tesla. Otce sice velmi respektovala, ale vztah mezi nimi byl chladnější. Otec jí nedával najevo, že ji má rád, byl velmi sebestředný a zaměstnaný svými problémy. Rodiče se rozvedli, když byly Ireně 2 roky. Její matka s novým manželem a jeho synem žili v přízemí rodinného domu a Irena s otcem v patře nad nimi. Její matka pracovala jako lékařka na onkologickém oddělení. S nevlastním otcem má Irena moc hezký vztah a vždycky měla, nevlastní otec ji bere jako vlastní dceru. Děti Ireny ho také mají moc rády. V rodině tedy obecně panují hezké vztahy. Rodinné zázemí má Irena velmi pozitivní a příjemné.

Sociální anamnéza

Irena byla oblíbené dítě, měla spoustu a přátelila se i s chlapci. Na střední škole měla tři velmi dobré kamarádky, se kterými se schází dodnes. Co se týče partnerských vztahů, nikdy neměla o partnery nouzi. V zaměstnání má s kolegyněmi dobré vztahy, snaží se všem pomáhat a být přátelská. Má tři důvěrné kamarádky, kterým věří a na které se může spolehnout. Je velice oblíbená u rodičů a dětí ve škole.

Průběh onemocnění

Irena nikdy nebyla vyleženě obézní, vždy měla se svou výškou 160 cm, cca 60 kg. I přesto se celý život snažila hlídat, co se jídla týče a držela různé diety; například vajíčkovou dietu. Svou váhu začala řešit již na základní škole koncem prvního stupně. Uvádí, že možnou příčinou jejích současných problémů s příjmem potravy je matka jejího otce. Babička jí 2x týdně hlídala a pravidelně ji brala do cukrárny a vždy říkala: „Pojď, dej si dortíček, ať se máš dobře. Maminka ti vaří pořád zdravě, toto u ní určitě nemáš.“ Slýchávala věty jako: „Ty jsi pěkná po tatínkovi“. V šesté třídě si začala uvědomovat, že má nějaká kila navíc a začala sportovat a také se omezovat v jídle. Když šla někam na návštěvu, tak řekla: „Ne, tohle si nedám“. Uvádí, že dříve nebyla taková rozmanitá nabídka zdravého jídla jako v dnešní době. Jídlo to, co bylo, pokud odmítala jídlo, dostávala vynadáno. Její matka vždy vařila zdravější varianty pokrmů, sladkosti doma neměli. S omezováním v jídle začala Irena zhruba v sedmé třídě, kdy přestala jíst večer, jedla pouze snídani, oběd a večeři, a to nejpozději do 17 h. Brambůrky, sladkosti a další nezdravé potraviny nepožřela v žádném případě. Na střední škole pokračovala její cesta za zdravějším způsobem stravování. Což znamenalo ke snídani ovesné vločky zalité mlékem, její spolužačky většinou reagovaly slovy: „Co to jíš? Proč si nedáš chleba s máslem jako my?“. Diety začala Irena zkoušet až na střední škole a celkově dost s jídlem experimentovala. Zhubla vždy tak 2-3 kg a měla v hlavě takové pravidlo, pokud měříš 160 cm, musíš vážit přesně dle daných tabulek. Aby si udržela stanovenou váhu, začala chodit na aerobik, běžky a cvičila doma dle televizního pořadu Cvičme

v rytme. Také začala navštěvovat velmi často posilovnu. Když šla s kamarádkami na diskotéku, dala si dle svých slov, nejméně kalorický alkoholický nápoj – víno. Nic jiného by nepila, jelikož to už mělo moc kalorií. Kamarádky večerely, ale ona se s nimi nenajedla. Během těhotenství přibrala 5-6 kg. Její stravování bylo v podstatě stejné, pořád se hlídala, večer si občas dala s manželem něco malého, např. sýr, zeleninu. Jedla velmi málo, ale aby zvládla starání se o dvojčata, musela alespoň malé dávky jídla pozřít. Před devíti lety se objevila nepříjemná pracovní situace, která ji stresovala a ona začala jíst ještě méně. Přes léto, kdy v práci nebyla, zhubla poměrně dost. Uvádí, že přijela do bytu, zkusila si dříve upnuté kalhoty a ty jí byly najednou obrovské. Přišla do práce a všichni ji začali říkat, jak zhubla a jak jí to sluší. A to byl pro ni spouštěcí moment, kdy si pravidla se stravováním ještě zpřísnila. Řekla si, že už si nikdy nedá nic po 16. hodině. Jedině kávu a vodu. Jak již bylo uvedeno, zpočátku to bylo po 17. hodině, poté do 16. hodině. V současné době jí jedno jídlo denně a to v 15 hodin, a to 3 plátky knäckebrotu, polovinu light sýru cottage a tři rajčata.

Nastavila si takový režim, že přesně v 15hodin musí jíst, jinak to psychicky nezvládne. Když mají jet s rodinou na chalupu, tak musejí jet buď tak, aby tam nejpozději v 15 hodin byli nebo musí jet později. Rodinu tím velmi omezuje, ale Irena uvádí, že vztahy se nijak nezhoršily. Naopak ji podporují, snaží se jí pomoci. Hlad respondentka potlačuje žvýkačkami a kávou s odtučněným mlékem. I do kavárny si nosí odtučněné mléko. Irena má pocit, že pro sebe něco dokázala. Jako pozitivum uvádí, že si konečně může koupit kozačky, dříve totiž kozačky, které by jí seděly sehnat nedokázala, nyní má doma sedm párů. Více než sedm let neměla zmrzlinu, bílý rohlík, čokoládu, vánoční cukroví a cokoliv „nezdravého“. Je si vědoma, že je to špatně, ale není schopná, s tím něco dělat. Děsí jí, že by ji psycholog či doktor řekl, že musí přibrat. Cítí se krásně. Těší jí, když jí v obchodě řeknou: „Vy jste tak štíhloučká, na Vás nemáme velikost“. Dříve měla velikost 40, nyní má velikost 32. Pocit nosit velikost 32 je pro Irenu k nezaplacení, sice hlad pocítuje, ale hlava jí cokoliv pozřít nedovolí. V hlavě má Irena nastaveno, že jíst nepotřebuje a raději si dá žvýkačku. Má nastavené tři výjimky za rok, kdy své pravidlo poruší. První jsou Vánoce, kdy si dá tři lžíce slavnostní polévky, mini řízek a trochu salátu. Druhá výjimka je večerní posezení v práci, kde si něco málo nandá na talíř, aby kolegyně neměly řeči a většinou pouze předstírá, že jí. Například kolegyně na jedno z posezení přinesla pizzu, respondentka si dala kousek pizzy do úst, ale předstírala, že smrká a vyplivla jídlo do ubrousku. Další a poslední výjimkou, kterou udělá Irena ve svém stravovacím režimu, je dovolená, kde si dopřává ve velmi omezeném rozsahu hotelové snídaně. Dá si celozrnný rohlíček, který si nakrájí na velmi malé kousičky, k tomu si dá trochu sýra. bílý jogurt a výjimečně slepované müsli. Co se týče zdravotních důsledků, respondentka uvedla, že je často unavená, občas omdlévá a má nedostatek železa. Také se bojí jezdit pravidelně

s rodinou na chatu, protože má strach z toho, že jí budou nutit v poledne jíst, když se griluje. Jako jedinou cestou svého možného uzdravení, respondentka uvádí: „To by mi musel někdo říci, začni jíst nebo přijdeš o děti“.

První rozhovor autorka vedla se ženou středního věku, matkou dvou dětí. Sešly se v kavárně a strávily spolu zhruba 2 hodiny. Respondentka byla upovídaná, velmi vstřícná a nebála se mluvit o svých problémech. Bohužel porucha příjmu potravy stále patří do jejího života. Rozhovor je hodnocen velice pozitivně.

Druhá kazuistika

Osobní anamnéza

Druhý rozhovor byl veden s devatenáctiletou dívkou, jmenuje se Adéla, měří 163 cm a váží 58 kg. Na základní školu chodila v Lounech, momentálně je v posledním, maturitním ročníku střední zdravotnické školy, věnuje se oboru praktická sestra. Ve svých 16 letech měla svoji první brigádu, a to na pozici servírky v restauraci v Lounech, jednalo se pouze o letní brigádu. Od 18 let pracuje brigádně ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na pozici ošetřovatele. Práce jí baví, je jí blízká. Vyhovuje jí prostředí nemocnice, protože je na něj zvyklá ze školy. Ráda pomáhá a cítí se v práci užitečná. Velice si oblíbila oddělení, na kterém pracuje, a tak si umí představit, že v budoucnu, po maturitě, na oddělení nastoupí již v pozici zdravotní sestry. Od předškolního věku se věnovala tanci, poté začala chodit na mažoretky, se kterými cvičila do 14 let. Věnovala se také hře na klavír, sólovému zpěvu, dramatickému kroužku a foto kroužku. Nejvíce jí však bavily mažoretky, a to hlavně díky kolektivu. Kvůli chování trenérky se rozhodla mažoretky ukončit. Zpěv a klavír jí vždy šel, ale zalíbení v tom nenašla, a to i přesto, že se hudbě věnovala 10 let. Jednalo se spíše o sen jejích rodičů a poslední roky se cítila do hry na klavír nucena. V současné době si zpětně uvědomuje, že se rodiče snažili ji umožnit se rozvíjet. S nástupem na střední školu opustila všechny dosavadní záliby a aktivity.

Rodinná anamnéza

Adélině matce je 51 let. Neměla hezké dětství, což se dost odráželo ve výchově Adély i její sestry. Její matka má dva bratry, oba rodiče jsou již po smrti. Otec byl alkoholik. Jeden z bratrů je z jejího pohledu velmi agresivní, a proto se s ním nestýkají. Je vyučená kuchařka/servírka, poté vystudovala střední a vyšší zdravotní školu. Několik let pracovala jako zdravotní sestra. Poté se rozhodla posunout trochu odlišnou cestou a rozhodla se dále studovat, obdržela bakalářský titul v oboru sociální pedagogika, a pracovala jako sociální pracovníce. V nedávné době se vrátila ke svému původnímu povolání a nyní pracuje v pozici vrchní sestry. Je hodná, obětavá, empatická,

emotivní, pro své děti by udělala cokoliv. Ovšem Adéla je přesvědčena, že se matka ve výchově dopustila spousty chyb. V určitém období jejich vztah nebyl ideální a zdálo se, že se již nikdy nezlepší, ideálu se ani nepřibližoval. Konkrétně se bavíme o období, kdy Adéle bylo 16–17 let, tedy o poměrně typické období hledání cesty k sobě mezi pubertální dcerou a matkou. Po tuto dobu bylo Adéle psychicky i fyzicky zle už jen z toho, když byla matka doma. Nyní nemají vztah úplně ideální, ale respektují se a vychází spolu.

Adélině otci je 52 let. Dětství také neměl hezké, velmi brzo mu zemřela matka. Má jednoho bratra. Jeho otec je také po smrti. Vyučil se jako letecký mechanik, a skoro celý život se povolání věnoval. Poslední dva roky pracuje jako mistr na střední škole, povahově je dost introvertní. Dle respondentčina pohledu si svým způsobem rozumí. Občas má ale Adéla pocit, že o svém otci nic neví. Většinu věcí se dozvídá od matky. Vždy se choval v rámci rodinných vztahů hezky a je k dcerám hodný. Celé dětství byl přítomen fyzicky, ale ne psychicky. Vždy vše řešila její matka, otec se do výchovy příliš nezapojoval. Teď mají hezký vztah, a Adéla vlastně nemůže říct, že by tomu tak někdy nebylo.

Sestře Adély je 22 let. Chodily na stejnou základní školu. Poté studovala gymnázium v Lounech. Momentálně studuje třetím rokem obor Sociální charitativní práce na Univerzitě Karlově. V dětství se sestry spolu hodně hádaly. Nikdy neměly moc přátelský vztah, spíše nepřátelský. Když se odstěhovala, vztah se jim o něco zlepšil, ale rozhodně respondentka nemůže říci, že by byly nejlepší přítelkyně. Dle Adély se na sestru nelze spolehnout, je tvrdohlavá a dětinská. Respondentka konstatovala, že sestra má pravděpodobně i dobré vlastnosti, jen je převážně využívá mimo domov.

Adéla uvádí, že se vztah s rodiči během nemoci výrazně nezměnil. Jediné, co se změnilo je, že matka byla více úzkostná a bála se o ní. Nechtěla ji nikam pouštět, a z toho vznikaly hádky. Nyní zpětně respondentka uvádí, že nyní, když se situace s nemocí zlepšila, tak naopak cítí, jak ji rodina během nemoci podporovala a má pocit, že je to stmelilo.

Sociální anamnéza

Na prvním stupni základní školy měla Adéla spousty kamarádů. Ve škole měla partičku pěti holek, dvě z nich s ní chodily i na kroužek mažorettek. Také se přátelila s jedním spolužákem, který byl šikanovaný a nikdo se s ním nechtěl bavit, ale asi to bylo z její strany spíše z lítosti. Na mažoretkách byla dle svých slov docela oblíbená. Asi v šesté třídě se v partě holek nějak nepohodly a vypadla z kolektivu. Následné dva roky zažila šikanu, právě od těchto kamarádek z bývalé party, ale i od ostatních ve třídě. Ve škole se šikana intenzivně řešila, ale zásah pedagogických pracovníků absolutně nepomohl. Spolužačkám byly uděleny třídní důtky, ale věci

se tím v podstatě jen zhoršily. V osmé třídě si dívky vše vyříkaly a začaly se opět kamarádit. S nástupem na střední školu se jejich cesty rozdělily a postupně se odcizily. Adéla je v dnešní době kontaktu pouze s jednou z nich. Respondentka měla strach z nového kolektivu a prostředí na střední škole. Ovšem celkem brzy se spřátelila s většinou spolužaček, zvláště s jednou z nich se hodně bavily, obě cítily, že k sobě nějakým způsobem patří. Minulý rok si Adéla uvědomila, že chování zmíněné kamarádky není úplně v pořádku. Brala Adélu jako samozřejmost, nechovala se slušně a už vůbec ne s respektem. Měla díky ní poměrně mnoho problémů, proto se Adéle zdálo jako nejlepší řešení, přátelství ukončit. Nechtěla se obklopotvat někým, který se k ní takto chová. Ve třídě má Adéla dost kamarádů, ale bere je spíše jako známé. Myslí si, že po střední již nebudou v kontaktu. Adéla je velmi opatrná vůči lidem, málokoho si pouští do svého života. Pokud se cítí nepříjemně, nebo ji někdo neseďí, přijde ji zbytečné s ním udržovat přátelský vztah.

Průběh onemocnění

Všechno to začalo asi ve 12 letech. Díky šikaně a stresu Adéla přibrala zhruba 10 kg, přejídala se. Bylo to na ni dost vidět a byla to jen další věc, na co spolužáci poukazovali. Stejně tak i na mažoretkách, posměch a poukazování na její váhu přišel i od trenérky. Tato situace přetrvávala i na střední škole. V tu dobu Adéla nebrala dvě problémy jako poruchu příjmu potravy, a proto to neřešila. Její rodiče to také moc neřešili, spíš jim to bylo líto. Matka i otec mají větší nadváhu. Stravu doma měla vždy pestrou, nikdo ji nenutil jíst nezdravá jídla, stravovali se vyváženě. Rodiče se začali s věkem dost přejídat a neúmyslně ji toto chování dávali za příklad. Adéle si však nemyslí, že by to přispělo k jejímu problému, spíše je pro ni obezita odstrašující příklad. S nástupem karantény si Adéla řekla, že by chtěla něco zhubnout. Začalo to docela nevinně. Bylo hezké počasí, proto začala chodit na procházky a jezdit na kole. S dalším a dalším měsícem se fyzická aktivita začala stupňovat, protože viděla nižší a nižší čísla na váze. Snažila se jíst více zdravě, vyměnila bílé pečivo za tmavé, měla velké časové intervaly mezi jídly a porce byly menší. Začala hladovět a vynechávat večeře. To trvalo zhruba 3 měsíce. V srpnu nastoupila na již zmíněnou brigádu servírky. Byla to pro ni další aktivita navíc. Přestala snídat a obědovat, jedla jen jednou denně. Vždy se přejedla, ale vše vykompenzovala chůzí, běháním nebo jízdou na kole. Za měsíc na brigádě zhubla asi 10 kg. V září se vrátila do školy a byla středem pozornosti. Všichni ji chválili, pouze blízcí přátelé o ni měli starost. Ale toto přehlížela, chválení jí naopak dávalo motivaci k pokračování v hubnutí, ten pocit se jí líbil. Díky neustálému omezování se v jídle, měla Adéla hlad, proto po celém dni hladovění měla potřebu se přejíst. Poté následoval hrozný pocit a výčitky, myslela si, že vše nabere zpátky. Po pouhém měsíci se školy uzavřely a přišla další karanténa kvůli covidu. To pro ni znamenalo více času na hubnutí. Nedokázala už tak moc hladovět a celý den

nejíst, proto hledala alternativu. Z restriktivní anorexie se stala anorexie purgativní. Bylo to pro ni další zklamání, v jejich očích nehubla, ale nabírala. Začala zvracet, hodně běhat, byla zoufalá.

Asi po měsíci doma oznámila matce, že má nějaký problém, a že by potřebovala odbornou pomoc. Matka Adély vše obrátila na sebe, začala se litovat a vinit z problému. Adéla s matkou byly na jednom sezení s psychologkou v Motolské nemocnici. Dle respondentky bylo jednání psychologky neprofesionální, radila ji, jak zhubnout. Proto se rozhodly ve spolupráci s psychologkou nepokračovat. Dalších několik měsíců byla Adéla bez pomoci, ačkoliv se o ni snažila několikrát říci. Docházela pouze na měření a vážení do Motola. Chválili ji za to, že zhubla a neměla nadváhu. Měla normální váhu, přestože zhubla více než 10 kg za tak krátký čas. Dle respondentky nebrali její problém vážně. Návštěvy byly nepříjemné, matka nechtěla opustit místnost, když se svlékala. Asi po dvou měsících hubnutí přišla na kontrolu, a zhubla. Už se pohybovala na nejnižší hranici normální váhy. Najednou to zdravotnický personál začalo zajímat. Místo pomoci však přišly jen výhrůžky. S každou návštěvou to bylo jen horší a horší. Další výhrůžky medikací a hospitalizací, opět žádná pomoc, návštěvy se točily jen kolem její matky. Brečela, dělala ji scény, stále nebyla schopná se otočit, když se Adéla převlékala. Manipulovala se všemi. Na kontroly s nimi začal chodit i otec, aby byl matce oporou. Matka se začala cítit provinile, proto s Adélou na kontroly chodil už jen otec. Bylo to o něco lepší, ale za jejími zády si s nimi matka dopisovala, jak se Adéla chová a nechová.

Na jaře se problém ještě zhoršil. Adéla začala hodně chodit, klidně i 3 hodiny denně. Neměla energii na běhání. Začala užívat laxativa, nejedla, sebepoškozovala se. To už se ji konečně dostalo pomoci. Začala chodit k psychologce, která zdála se fajn. Na začátku ji řekla, že vše, co si spolu řeknou, zůstane jen mezi nimi. Ale z důvodu neplnoletosti klientky byla ve spojení s matkou. Na jedné návštěvě ji lékařka oznámila, že neví, co s ní, a že ji neumí pomoci, proto chtěla návštěvy ukončit. Řekla ji, že si mají sehnat psychiatrickou pomoc. Ale její matce ten samý den řekla, že Adéla nespolupracuje, že k ní docházet nechce. Asi o měsíc později měla Adéla lehkou podváhu a chtěli ji hospitalizovat v Motole. Opět byla bez pomoci, řekli ji, aby ji pomoc našli rodiče. Přišly jen další výhrůžky hospitalizací. Měla na léto od rodičů zakázanou brigádu (bylo jí 17 let). Raději tedy nechodila nikam. Na začátku léta jí dostalo díky rodičům psychiatrické péče. Bylo to poprvé, co ji někdo bral vážně. Byla ji diagnostikována atypická anorexie purgativního typu, úzkostně depresivní porucha a sociální úzkost. Ještě to léto začala chodit do denního stacionáře na psychiatrickou kliniku. Další psychiatr ji předepsal antidepresiva. Po létě začala chodit k jinému psychiatrovi, u kterého je Adéla stále. Také několik měsíců chodila na psychoterapii. Terapeutka

byla skvělá, ale přišlo ji zbytečné k ní chodit. Adély hlavním problémem byla deprese, ne porucha příjmu potravy. Nemohla ji tedy, dle respondentky, nijak pomoci, proto k ní přestala chodit.

Nyní se Adéla stále léčí u psychiatra, někdy je pro ni situace lepší, někdy horší. Bohužel léčení není záležitost na pár měsíců, ale na několik let. Velmi ji pomohl denní stacionář. Byla tam krátce, ale poznala fajn lidi. Uvědomila si, že po jednom jídle rozhodně nepřibere a díky tomu, dokázala pravidelně jíst. Pořád s PPP bojuje, dost se přejídá, má výčitky, ale situace je podstatně lepší. Velmi ji pomohl jiný okruh lidí a nejvíce asi její bývalý přítel. Dokázala se díky němu cítit o něco více sebevědomě, přesto na Adélu nemoc stále velmi negativně působila.

Druhý rozhovor autorka vedla s dívkou, která je momentálně ve 4. ročníku střední školy. Rozhovor byl veden pomocí online aplikace – Skype z důvodu vzdálenosti a časových dispozic. Rozhovor byl příjemný, slečna byla otevřená, bylo nutné se více doptávat než v předchozím rozhovoru, ale potřebné informace k zodpovězení výzkumných otázek byly uvedeny. Autorka se dozvěděla vše, co potřebovala.

Třetí kazuistika

Osobní anamnéza

Třetí rozhovor byl veden s dívkou jménem Petra. Je jí 22 let. Měří 173 cm, váha 90 kg. Na základní školu chodila na Břevnov, poté přestoupila na Petřiny jih. Po základní škole navštěvovala střední pedagogickou školu v Hostivaři. Po střední škole navštěvovala jeden rok vysokou školu Ambis, obor bezpečnostní management. Měla poměrně mnoho brigád, převážně ve fitness centrech a v balící službě. Většinou měla 2-3 brigády najednou. Nyní ukončila pracovní poměr v balící službě na Chodově a nastupuje do banky. Na základní škole chodila do chovatelského kroužku, na malování a 10 let závodně plavala. Dva roky současně s plaváním dělala i atletiku. Při nástupu na střední školu všech kroužků nechala z časových důvodů. Na střední škole navštěvovala fitness centrum, běhala a cvičila dle videí na Youtube.

Rodinná anamnéza

Její matce je 44 let, pracuje na pozici ředitelky pobočky v bance již přes 20 let a měla hezký vztahy se svými rodiči. Matka ji bohužel zemřela, když byla malá. Otcí Petry je 53 let, vlastní taxi službu. Dříve pracoval na stavbě, kvůli zdravotním omezením již tuto práci nemůže provozovat. Byl dlouho v invalidním důchodu, nyní je OSVČ. Vztahy mezi matkou a otcem Petry nebyly vždycky v pořádku, ideální. Poměrně často se mezi sebou hádali a uvažovali o rozvodu. Na chvíli se poté jejich vztah zlepšil. Vztahy jim velmi narušoval i starší bratr Petry, se kterým to nebylo úplně jednoduché. Všichni se mezi sebou hádali, jak bratr s Petrou, tak matka s otcem. Otec dokonce

matku i fyzicky napadal. Přestěhovali se do domku do regionu, kde otec Petry trénoval fotbal a kde také navázal intimní vztah s jednou matkou chlapce, kterého trénoval. Matka Petry se to dozvěděla a jejich vztah se znovu velmi zhoršil, matka se s ním chtěla rozvést, ale nakonec vše vyřešili a jejich vztah je nyní v pořádku.

Petra má s rodiči hezké vztahy, poslední tři roky jezdí Petra s mamkou na dovolené. Jak sama respondentka uvádí, mají vztah jako sestry.

Bratrovi Petry je 25let. Jmenuje se Aleš. Uklízí v nemocnici. Jeho minulost je dost složitá, posledních 7 let má problémy s alkoholem. Nedávno byl na vážné operaci, kde mu vyoperovali žlučník. Vztahy v rodině jsou narušené převážně kvůli Alešovi. Nikdy to s ním nikdo z rodiny neměl jednoduché. Petra má s bratrem problematický vztah, nechoval se k ní nikdy příliš hezky, v letošním roce se jejich vztah mírně zlepšuje.

Petra uvádí, že vztah v rodině se vlivem poruch příjmu potravy nezměnil. Její rodina měla jiné starosti a Petry problém nijak zvlášť nezaznamenala. Jediné, co pro ni bylo nepříjemné, byly narážky otce. To jejich vztah nezměnilo.

Sociální anamnéza

Na základní škole měla partu tří holek, se kterou trávila poměrně dost času v odpoledních hodinách. Do prvního ročníku na střední škole se ještě stýkaly, nyní už se nevidají. Na střední škole si našla nové kamarády, se kterými se kamarádila velice intenzivně. Se dvěma kamarádky se setkávají dodnes. Vždy měla v práci dobrý kolektiv. V posledním zaměstnání si našla další tři kamarádky, se kterými se pravidelně vidá.

Průběh onemocnění

Celou základní školu slýchala posměchy na svou postavu, narážky, ošklivé věty typu „haha, jde slon“. Respondentka uvádí, že byla hubená, měla spoustu pohybu z již zmíněného plavání. V prvním ročníku na střední škole, když přestala závodně plavat, chtěla nadále sportovat, protože se bála, že přibere. V tu dobu nastal zlom v přijetí své postavy a začala každé ráno běhat. Vstávala kvůli tomu ve tři ráno. Běhala 3 až 4 km. Celé dopoledne až do oběda nejedla, potom si dala oběd, svačinu a odpoledne už nic nejedla. Po celodenním hladovění se večer doma strašně přejídala, snědla všechno, na co přišla. Nemohla usnout, nenáviděla se za to, tak šla a vše vyzvracela. Nemohla usnout, dokud vše nebylo pryč, bála se, že přes noc přibere. Když se vyzvracela, cítila se zase dobře. To trvalo celý první ročník na střední škole a část druhého ročníku. Poté se více skamarádila se spolužačkou ze třídy, která měla zdravý přístup k jídlu. Jedla vyváženě, cvičila, ale

v normální míře, nic přehnaného. To Petře pomohlo, kamarádka ji dost otevřela oči. Petra začala koukat na různé fitness blogy, četla knihy o zdravé výživě. Začala jíst pravidelně a zdravě, ale už se nebála dát si něco nezdravého. Toto respondentka uvádí, jako velký přelom. Ve třetím ročníku přestala cvičit, běhat, neměla žádný pohyb a začala více jíst sladkosti, bylo jí jedno, co jí. Otec jí začal říkat, že nemá taková ramena, jako měla, když plavala. Začal jí říkat, že přibrala, že ji žádný kluk nebude chtít. Petra uvádí, že změna jejích chování neměla žádnou větší příčinu, měla pouze nechut' sportovat, neměla náladu, nechtělo se jí. Poté po roce začala znovu cvičit a vrátila se k vyváženému stravování. Bylo to v období covidu, vše bylo zavřené, tak cvičila doma podle Youtube videí, cvičila s kamarádkou přes videohovor. Začala si vařit dle různých výživových plánů, zkoušela různá nová jídla a podařilo se jí zhubnout. V té době se líbila sama sobě. Tento nastavený režim pokračoval i během prvního ročníku na vysoké škole. Co se týče jídla, tak si stále drží zdravé návyky. S cvičením má občas výkyvy, ale cvičí poměrně pravidelně. Nyní se cítí dobře, přijmula své tělo a doufá, že se jí již porucha příjmu potravy do života nevrátí.

Třetí rozhovor mého výzkumu proběhl na příjemném místě, v kavárně fitness centra. Respondentka byla sdílná, občas se autorka musela doptat na podrobnější informace, ale jinak respondentka mluvila sama od sebe. Neuvedla tolik detailních informací, ale z hlediska stanovených výzkumných otázek, byly informace dostačující. Rozhovor lze hodnotit jako příjemný a uvolněný.

7.4. Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření, bylo zjistit, zda za příčinou vzniku poruch příjmu potravy stojí sociální vazby a, vztahy. Autorka použila techniku polostrukturovaných rozhovorů a poté z nich vytvořila kazuistiky na základě informací, které autorka během rozhovorů zjistila.

Z výzkumu je patrné, že spouštěčem poruch příjmů potravy byly ve všech třech případech sociální interakce, nevhodné narážky a slova z nejbližšího okolí. Dvě ženy uvedly, že hlavním spouštěčem byly posměchy a narážky spolužáků, v jednom případě se dokonce jednalo o šikanu, která byla neúspěšně řešena ze strany pedagogických pracovníků dané školy. Třetí žena uvedla, že prvotním spouštěčem byly nevhodné poznámky rodinných příslušníků, které poukazovaly na její postavu. Ale jako hlavní spouštěč nemoci uvádí pochvaly kolegyň poté, co se jí podařilo zhubnout a ona se snažila za každou cenu váhu udržet.

Shrnutí a porovnání

Předem by autorka chtěla poděkovat všem třem ženám, které se jí svěřily s tak nelehkým životním obdobím a byly ochotné sdílet velmi intimní a problematické téma poruch příjmů potravy. Z výše

uvedených kazuistik je zřejmé, že tyto poruchy jsou závažným onemocněním a je velmi těžké se s ním vypořádat.

Autorka se ve svém výzkumu zaměřila na příčiny vzniku a hlavní spouštěče poruch příjmu potravy. Kdy a vlivem jaké situace se u respondentek objevila první myšlenka na, z jejich pohledu, nutnost změny stravování či pohybu. Toto bylo také stanovena jako hlavní výzkumná otázka této bakalářské práce. V případě Ireny bylo zjištěno více faktorů, které vedly ke spuštění nemoci. Jednalo se převážně o sociální aspekty. Respondentka uvedla, že otázka váhy byl její celoživotní „problém“. Už v dětství slýchávala věty, které narážely na její postavu. Na druhém stupni základní školy se začala omezovat v jídle a začala sportovat. Od té doby si začala velmi hlídat stravovací režim a určila si velmi přísná pravidla ohledně přijímání potravy. Po porodu se situace trochu zlepšila, z důvodu nutnosti zvládnout péči o děti. Před devíti lety přišla zátěžová situace, kterou respondentka nevládala a zhubla ještě více. Poté si nastavila ve stravování ještě mnohem striktnější pravidla a jí pouze jednou denně, a to velmi malé množství jídla. Takto přísně se stravuje dodnes. Porucha příjmu potravy u ní nadále přetrvává a naděje na vyléčení je z autorčina pohledu malá.

Druhý rozhovor byl veden s devatenáctiletou dívkou jménem Adéla. U té lze pozorovat bulimii i anorexií. Na vznik poruch příjmu potravy mělo v jejím případě vliv více situací. Za prvé to byla šikana ze strany spolužáků, kvůli její postavě, dále „odstrašující“ příklad rodičů v podobě jejich velké nadváhy a v neposlední řadě karanténa, která nastala v důsledku nemoci Covid 19. Začalo to nevinně, řekla si, že by mohla něco zhubnout. Začala chodit na procházky a jezdit na kole. Postupně fyzickou aktivitu začala navyšovat, protože ji motivovalo stále nižší a nižší číslo na váze. Snažila se jíst zdravěji, vyměnila celozrnné pečivo za bílé, jedla menší porce a dodržovala větší intervaly mezi jídly. Poté začala hladovět a vynechávat večeře. To trvalo zhruba 3 měsíce. Nastoupila na brigádu, přestala snídat a obědovat. Jedla jen jednou denně, vždy se přejedla, a to se snažila vykompenzovat chůzí. Za měsíc na brigádě zhubla 10 kg. Poté přišla další karanténa a ona začala hledat další cesty, jak ještě více zhubnout. Nedokázala hladovět a celý den nejíst, a proto začala zvracet. Respondentka si uvědomila svůj problém poměrně brzy a vyhledala odbornou pomoc. V současné době je v péči odborníků a daří se jí nemoc poměrně dobře zvládat.

Třetí žena, dvaadvacetiletá Petra trpěla několik let bulimií. Příčiny vzniku nemoci byly sociální vztahy v nejbližším okolí. V případě této respondentky se nemoc podařilo zvládnout poměrně rychle díky seznámení se se spolužačkou, která jí pomohla pochopit problém poruch příjmu potravy a Petra dokázala nemoc zvládnout. Je to vyrovnaná žena, která v současné době dodržuje zdravý životní styl, stravuje vyváženě a pravidelně cvičí.

Na základě těchto tří kazuistik lze pozorovat, že za vznikem poruch příjmu potravy stojí vždy více faktorů. Autorce se podařilo najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku této bakalářské práce. Ve všech třech zde uvedených kazuistikách stojí za příčinou vzniku poruch příjmů potravy sociální aspekty, které ovšem významně nenarušily vzájemné vztahy respondentek s nejbližším okolím. Respondentky uvádí, že se objevily hádky, nepochopení, smutek a pocity viny, ale větší narušení sociálních vztahů se neobjevilo. Naopak dvě ženy uvedly, že řešení problémů s poruchou příjmu potravy jejich rodinu stmelily.

Diskuze

Praktická část výzkumného šetření obsahuje tři kazuistiky vypovídající o životě respondentek před, během a po nemoci, které byly realizovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Hlavní výzkumná otázka: Měla na vznik poruchy příjmu potravy vliv sociální interakce např. sociální sítě, okolí?

Polostrukturované rozhovory a následně zpracované kazuistiky ukázaly na problémy poruch příjmu potravy u respondentek. Bylo zjištěno, že za vznikem poruch příjmu potravy u oslovených respondentek stojí sociální aspekty a vazby, čímž byl zodpovězen hlavní cíl autorčina výzkumu. Ve společnosti je vytvořen ideál štíhlosti, který je podporovaný médii, a módními časopisy, prostřednictvím módního průmyslu a stále více plastickou chirurgií, to uvádí publikace (Jacobi, Paul, Thiel, 2006). Toto tvrzení potvrdily vedené rozhovory, v dnešní době sociálních sítí a médiích jsou kladeny na člověka opravdu velké nároky na vzhled, s čímž souvisí potřeba intenzivního cvičení a kontrola stravování. Z celkových výsledků výzkumu, lze konstatovat, že za příčinou vzniku poruch příjmu potravy velmi často stojí sociální interakce.

VVO: Jaký dopad mají poruchy příjmu potravy na sociální vazby člověka?

Autorka dle kazuistik zjistila, že ne vždy se vlivem poruch příjmu potravy naruší sociální vztahy. Tvrzení, že se naruší sociální vztahy uvádí publikace (Papežová, 2010). Autorka v publikaci poukazuje na narušení sociálních vztahů, a to zejména partnerských a rodinných vztahů. Jak autorka uvedla, dle výsledků výzkumného šetření, s tímto tvrzením nelze souhlasit. Z autorčina šetření vyplývá, že se naopak u těchto tří kazuistik sociální vazby nezměnily, naopak dvě respondentky uvedly, že se jejich sociální vztahy zlepšily, hlavně v důsledku podpory nejbližšího okolí. Z celkových výsledků tohoto výzkumu, lze konstatovat, že poruchy příjmu potravy nemusí vždy narušit sociální vazby. Autorka doporučuje rozvinout podvědomí o poruchách příjmu potravy, ve školách, v médiích a na sociálních sítích. A to jak o příčinách, důsledcích, průběhu

nemoci, tak i o prevenci a pomoci nemocným. Prevence je nesmírně důležitá, jak tvrdí Fraňková (2003) důležitější než následná terapie vzniklé poruchy. Cílem prevence je pomoci vytvářet zdravý způsob života s důrazem na dlouhodobou optimalizaci hmotnosti, správného jídelního režimu a vhodné pohybové aktivity.

8. Závěr

V této bakalářské práci bylo hlavním cílem rozebrat téma poruchy příjmu potravy. Prozkoumat hlavní aspekty poruch příjmu potravy a získat informace o sociálních vztazích respondentek před, v průběhu a po případném ukončení nemoci. Tento výzkum by měl pomoci lidem, kteří se o tuto problematiku zajímají, kteří se chtějí dozvědět o tomto tématu něco nového. V teoretické části této bakalářské práce autorka popisuje základním způsobem poruchy příjmu potravy, jejich historii, důsledky a příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Dále se zabývá prevencí a léčbou poruch příjmu potravy.

V praktické části jsou uvedeny tři kazuistiky, tři různé příběhy žen, které spojuje společná věc, a to porucha příjmu potravy. Lze zde vyzorovat, že poruchou příjmu potravy lze onemocnět v jakémkoliv věku.

Jednoznačná odpověď na otázku, proč se porucha příjmu nebyla zatím zodpovězena. Každý jedinec má určité predispozice, každý žije v jiné rodinném prostředí. Někdo se ve své rodině cítí sám sebou, někdo se cítí nejistě. Každý člověk je také obklopen ať už dobrovolně či nedobrovolně různými lidmi, kteří nás také ovlivňují. Během života je každý jedinec součástí několika sociálních skupin, které ho ovlivňují a formují, a nelze nikdy určit, jakým způsobem se tento vliv projeví.

Na závěr by autorka ráda uvedla, že boj s poruchou příjmu potravy je velmi obtížný a je velice důležité si problém uvědomit a snažit se ho řešit. Pozitivní přístup a podpora okolí je dalším důležitým krokem. Z provedeného výzkumu vyplývá, že pouhá jedna věta či nevhodné chování okolí může zapříčinit dlouhý boj s poruchou příjmu potravy. Podobně jako tlak ze strany sociálních sítí, které utvářejí povrchní obraz dokonalého vzhledu, který v mnohých vyvolává pocit méněcennosti. Je důležité šířit povědomí o problematice poruch příjmu potravy, nutnosti být i více ohleduplní, podporující a vstřícní, což by mohlo předejít mnoha případům poruch příjmu potravy.

Seznam literatury

- COOPER, Peter J. Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat. Praha: Portál, 2014. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706
- COOPER, P., J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 str. ISBN 80-85885-97-2.
- FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1
- FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 1. vyd. PRAHA: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- JACOBI, PAUL, THIEL. Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii. Trenčín: Vydavatelstvo F, Pro mente sana s. r. o., 2006. ISBN 80-88952-35-2
- KRCH, František David a kol. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 238 s. Psyché. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7
- KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2000. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2.
- KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9
- KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
- MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. O poruchách příjmu potravy. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN isbn978-80-246-2712-0.

Seznam webových stránek

- HAVELKOVÁ, I. Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na život člověka. Brno, 2017. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity, Katedra speciální

- pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/fwcwg/Bakalarska_prace_-_Ivana_Havelkova.pdf [cit. 2023-03-24]
- Krch, František. Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi [online]. 2007. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf> [cit. 2023-03-22]
 - Záchvatovité přejídání (psychogenní přejídání): ... | NZIP. NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]. Copyright © Suzanne Tucker Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/706-zachvatovite-prejidani-zakladni-informace> [cit. 2023-02-14]
 - Záchvatovité přejídání: jak ho poznat a léčit? | Aktin. Sportovní výživa a funkční potraviny | Aktin [online]. Copyright © 2023 Vilgain s.r.o. Dostupné z: <https://aktin.cz/jidlo-jako-droga-jak-rozpoznat-zachvatovite-prejidani-a-jak-ho-lecit> [cit. 2023-02-12]
 - Záchvatovité přejídání-Modrý koník. Modrý koník-Všechno pro maminky a budoucí maminky [online]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/zdravi/zachvatovite-prejidani/> [cit. 2023-01-12]
 - Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku – Mgr. Viera Kliszová. Mgr. Viera Kliszová – psychologické poradenství a psychoterapie Praha [online]. Dostupné z: <https://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/> [cit. 2023-01-15]
 - Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2010 Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf [cit. 2023-01-17]
 - E. Kravarová, Š. Slabá, Š. Svačina. Poruchy příjmu potravy u obézních – problematika psychiatrická, nebo interní? [online]. 2010 Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/15.pdf> [cit. 2023-04-03]
 - Centrum Anabell. Centrum Anabell [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.centrum-anabell.cz/> [cit. 21.04.2023]
 - Nabízíme - Linka Anabell | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/linka-anabell> [cit. 21.04.2023]
 - Nabízíme - Poradenství | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi> [cit. 21.04.2023]
 - Nabízíme - Rodinné poradenství | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/rodinne-poradenstvi> [cit. 21.04.2023]

- Nabízíme - Nutriční poradny | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/nutricni-poradny> [cit. 21.04.2023]
- Nabízíme - Externí odborníci | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/externi-odbornici> [cit. 21.04.2023]
- Peer konzultace Anabell. [online]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/peer-konzultace> [cit. 21.04.2023]
- Svépomocné skupiny Anabell. [online]. Dostupné z: Nabízíme - Svépomocné skupiny | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: http://www.anabell.cz/cz/nabizime/svepomocne_skupiny [cit. 21.04.2023]
- Nabízíme - Služby následné péče | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/sluzby-nasledne-pece> [cit. 21.04.2023]
- Nabízíme - Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi | Centrum Anabell, z.ú.. Centrum Anabell, z.ú. [online]. Copyright © 2002 Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/socialne-aktivizacni-sluzby> [cit. 21.04.2023]

Resumé

Tato bakalářská práce se zabývá tématem poruch příjmu potravy. Popisuje základní fakta a informace o poruchách příjmu potravy. Soustředí se převážně na mentální anorexii a mentální bulimii, ale zmiňuje i záchvatovité přejídání, noční ujídání a ortorexii. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se autorka zabývá popisem základních informací o poruchách příjmu potravy. Dále se zabývá historií, důsledky a příčinami vzniku poruch příjmu potravy. Popisuje také prevenci a léčbu poruch příjmu potravy. Praktická část je postavena na kvalitativním výzkumu, který je veden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se třemi ženami, které si prošly mentální anorexií a mentální bulimií. Na základě rozhovorů byly zpracovány jednotlivé kazuistiky, které popisují osobní, rodinnou a sociální anamnézu, a také samotný průběh onemocnění. V závěru práce je zodpovězena výzkumná otázka této práce a uvedeno srovnání a shrnutí jednotlivých kazuistik.

Summary

This bachelor thesis deals with the topic of eating disorders. It describes basic facts and information about eating disorders. It focuses mainly on anorexia nervosa and bulimia nervosa, but also mentions binge eating, binge eating at night and orthorexia. The thesis is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part we describe the basic information about eating disorders. It also deals with the history, consequences and causes of eating disorders. It also describes the prevention and treatment of eating disorders. The practical part is based on qualitative research conducted through interviews with three women who have experienced anorexia nervosa and bulimia nervosa. Based on the interviews, individual case studies were developed that describe personal, family and social history. And lastly, they describe the course of the disease itself. The paper concludes with a comparison and a brief description of each case report.