

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Michaela Česalová

Mechanismy kontrolovaného užívání jídla u poruch příjmu potravy a jeho
využití v adiktologii: kvalitativní studie

Mechanisms of the controlled food consumption within the eating disorders and their
use in addictology: qualitative study

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

.....
Michaela Česalová

Identifikační záznam

ČESALOVÁ, Michaela. Mechanizmy kontrolovaného užívání jídla u poruch příjmu potravy a jeho využití v adiktologii: kvalitativní studie. [Mechanisms of the controlled food consumption within the rating disorders and their use in addictology: qualitative study]. Praha, 2023

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Vackovi Ph.D., za jeho odborné vedení a cenné připomínky, které mi pomohly s dokončením mé bakalářské práce. Zároveň chci poděkovat mé rodině a blízkým za podporu během celého studia.

Abstrakt

Východiska: Jedno z velikých témat poslední doby v adiktologii, je kontrolované užívání. Přesto, že nemá jasně stanovenou definici, je tento pojem vžitý veskrze s návykovými látkami. Jeho využití však můžeme najít i v poruchách příjmu potravy. Jedinci, kteří se snaží uzdravit z poruch příjmu potravy, se musí kontrolovaně stravovat. Na rozdíl od návykových látek, to není volba, jídlo je totiž nezbytné k životu a abstinovat od jídla nejde, jako od návykové látky. Toto spojení mně přijde velmi zajímavé, a proto bych se mechanismům kontrolovaného stravování a jeho porovnání v adiktologii chtěla zabývat i v mé bakalářské práci.

Cíl: Jádrem výzkumu je zmapování mechanismů, pomocí nichž se osoby trpící poruchou příjmu potravy kontrolovaně stravují. V práci hledám mechanismy u dvou typů poruch příjmu potravy, a to bulimie a záchvatovitého přejídání. Druhým cílem je pak tyto mechanismy porovnat s kontrolovaným užíváním. Pro moji práci jsem si vybrala kontrolované užívání alkoholu. Třetím cílem je porovnat, jak se tyto mechanismy shodují i s léčbou závislostí v adiktologii.

Metody výzkumu: Získání dat proběhne pomocí polostrukturovaného rozhovoru, rozhovor bude mít připravený okruh otázek, ale zároveň ponechá prostor pro nové otázky, podle potřeby rozhovoru. Rozhovor bude se souhlasem respondentek nahráván. Data budou následně přepsána a analyzována pro další část. Výzkumný soubor bude tvořit pět respondentek metodou záměrného výběru podle mých zvolených kritérií. Jsou jimi ženy, které trpí nebo trpěly bulimií nebo záchvatovitým přejídáním. Spodní věková hranice je 18 let.

Výsledky: Díky výsledkům bylo zjištěno, jak se jedinci trpící bulimií nebo záchvatovitým přejídáním kontrolovaně stravují, jaký k tomu využívají mechanismy. Dále pak bylo zjištěno, že tyto mechanismy se shodují s principy kontrolované konzumace alkoholu a s mechanismy využívaných při léčbě závislostí.

Závěr: Mechanizmy kontrolovaného stravování jsou srovnatelné s principy kontrolovaného užívání alkoholu. Obě tyto možnosti léčby sdílejí jeden hlavní cíl, a to je abstinence, ne však od jídla nebo alkoholu, ale od rizikového chování při styku s jídlem nebo alkoholem. Poruchy příjmu potravy využívají srovnatelné intervence, jako při léčbě závislostí.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, kontrolované užívání, bulimie, prevence relapsu, mechanismy

Abstract

Background: One of the great recent topics in addiction medicine is controlled use. Despite not having a clear definition, the term is universally associated with addictive substances. However, its use can also be found in eating disorders. Individuals who are trying to recover from eating disorders must eat in a controlled manner. Unlike addictive substances, this is not a choice, as food is essential to life and abstaining from food is not an option, like abstaining from an addictive substance. I find this connection very interesting and therefore I would like to deal with the mechanisms of controlled eating and its comparison in addictology in my bachelor thesis.

Aim: The core of the research is to map the mechanisms by which people with eating disorders engage in controlled eating. In this thesis, I am looking for mechanisms in two types of eating disorders, bulimia and binge eating. The second aim is then to compare these mechanisms with controlled eating. For my thesis I have chosen controlled alcohol use. The third aim is to compare how these mechanisms also coincide with addiction treatment in addiction medicine.

Methods: The data collection will be done through a semi-structured interview, the interview will have a prepared set of questions, but also leave room for new questions as the interview requires. The interview will be recorded with the consent of the respondents. The data will then be transcribed and analysed for the next section. The research sample will consist of five respondents by purposive sampling method, according to my chosen criteria, they are women who suffer or have suffered from bulimia or binge eating. The lower age limit is 18 years.

Results: These mechanisms were then found to be consistent with the principles of controlled alcohol consumption as well as those used in addiction treatment.

Conclusion: The mechanisms of controlled eating are comparable to the principles of controlled alcohol use. Both of these treatment options share one main goal, which is abstinence, not from food or alcohol, but from risky food or alcohol behaviours. Eating disorders use comparable interventions to those used in addiction treatment.

Key words: eating disorders, controlled use, bulimia, relapse prevention, mechanisms

Obsah

1	Úvod	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	9
2.1.1	Mentální anorexie	9
2.1.2	Mentální bulimie	10
2.1.3	Psychogenní přejídání.....	11
2.1.4	Atypické poruchy příjmu potravy	11
2.2	Etiologie poruch příjmů potravy	12
2.2.1	Biologické faktory	12
2.2.2	Psychologické faktory	13
2.2.3	Sociální a kulturní faktory	14
2.3	Komorbidity	16
2.4	Léčba záchvatového přejídání a bulimie	17
2.4.1	Psychoterapeutické přístupy.....	17
2.4.2	Svépomocné postupy u bulimie	18
2.4.3	Svépomocné postupy u psychogenního přejídání	20
2.5	Kontrolovaná konzumace alkoholu.....	21
2.5.1	Strategie kontrolovaného pití	22
2.5.2	Jak pít kontrolovaně	24
2.6	Cíle výzkumu a metodika.....	24
3	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	Diskuze a závěry.....	47
5	Seznam literatury.....	51
6	Seznam tabulek a obrázků	55

1 Úvod

Každý z nás potkal jistě člověka, trpícího některou z forem poruch příjmu potravy. Pokud ne, tak minimálně jedince, který má nezdravý vztah k jídlu, narušené některé jídelní postoje nebo někoho, kdo celý svůj život drží nejrůznější typy diet. Možná si říkáte, proč by dieta hned měla znamenat poruchy příjmu potravy. Nemusí, diety však bývají prvním znakem, který nás varuje před poruchou příjmu potravy (F. D. Krch, 2005). Během svého života jsem se setkala se zkušeností vrstevníků, které trápil jejich tělesný vzhled, měli nezdravý vztah k jídlu, zažili kritické komentáře na svůj tělesný vzhled nebo měli zkušenost s poruchou příjmu potravy. Tak či tak, při psaní mé bakalářské práce jsem se přesvědčila o tom, že traumata spojená s jídlem a zabýváním se svého tělesného vzhledu si nesou mnozí z nás.

Přibližně osm miliónů lidí na celém světě trpí některým typem poruch příjmu potravy. V posledních letech dochází k rapidnímu nárůstu všech typů onemocnění a rozsah problémů je dlouhodobě podceněn. Jeden z hlavních důvodů, proč tomu tak je, je to, že poruchy příjmu potravy jsou často utajované, a tak zároveň druhým důvodem je, že jedinci se často vyhýbají odborné péči (Papežová, 2018). Statistiky, které ukazují incidenci, tak můžou být mnohonásobně vyšší, a proto je důležité se poruchám příjmu potravy věnovat na jakékoli rovině.

V mé bakalářské práci se zaměřuji na mechanismy kontrolovaného stravování u mých respondentek. Kontrolované stravování připodobňuji ke kontrolovanému užívání návykových látek. V práci se zaměřuji konkrétně na porovnání kontrolované konzumace alkoholu. Na kontrolované konzumaci alkoholu je zajímavé, že jedinci, kteří ztratili kontrolu v užívání alkoholu, se jí snaží najít, aby nemuselo dojít k úplné abstinenci. Při poruchách příjmu potravy k plné abstinenci však dojít nemůže, jídlo je pro náš život nezbytně důležité. Toto porovnání mi přijde velice zajímavé, a proto jsem se rozhodla se mu věnovat i v mé bakalářské práci.

Prvním cílem mé výzkumné otázky je zjistit, jaké mechanismy kontrolovaného stravování používají moje respondentky. Druhým cílem je pak tyto mechanismy porovnat se strategiemi kontrolovaného užívání alkoholu a porovnat v čem se shodují. Posledním cílem mé bakalářské práce, je zjistit, jestli mechanismy, které používají mé respondentky, se dají připodobnit mechanismům používaným v adiktologii při léčbě závislostí. V neposlední řadě má bakalářská práce přispět k většímu pochopení toho, s čím se musejí lidé, kteří trpí poruchou příjmu potravy ve svém každodenním životě potýkat.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část mé bakalářské práce zahrnuje dvě části. První část se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, kde uvádím základní přehled poruch příjmu potravy, její etiologii, komorbiditu a léčbu. Kapitulu, která se zabývá léčbou, směřuji již na konkrétní poruchy, s kterými budu dále pracovat, bulimie a záchvatovité přejídání. V druhé části se věnuji kontrolované konzumaci alkoholu, jeho terapeutickým přístupům a doporučeným postupům přímé konzumace pití.

2.1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy mají kořeny po celé historii lidstva. Přestože jsou někdy nepřesně nazývány jako novodobý jev, první dochované zmínky byly už z dob starověku. (Papežová, 2010). Onemocnění se vyvíjelo v průběhu let, ale teprve v 70. letech 20. století došlo k zařazení poruch příjmu potravy do seznamu nemocí (F. D. Krch, 2005).

Poruchy příjmu potravy (PPP) se stávají v dnešní době stále aktuálnějším tématem a v posledním desetiletí rapidně přibývá incidence tohoto onemocnění. Krch uvádí, že PPP je třetím nejčastějším problémem mladých žen a dívek (P. F. D. Krch, 2004). I přesto, že je problém typický pro mladé ženy a dívky, není výjimkou vzniku tohoto onemocnění ani v dětství, dospělosti nebo u mužů (Galová, 2013).

2.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je onemocnění, které se charakterizuje především jako úmyslné snižování hmotnosti, způsobené snížením energetického příjmu, zvýšením energetického příjmu nebo obojí. Pro MA je charakteristický nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a intenzivní snaha o dokonalé tělo. Postižení odmítají jídlo ne z důvodu nechuti, ale protože jíst nechtějí, často však své chování skrývají, popírají a vymýšlí si různé důvody, proč nemohou jíst (F. Krch, 2007). Způsoby, které využívají k dosažení štíhlosti, jsou často dietní opatření, excesivní cvičení, zvracení, užívání projímadel. Důsledkem je podvýživa (Němečková, 2007).

Odmítání a neschopnost udržet zdravou váhu je pro anorexii typické. Častá je porucha vnímání svého těla, kdy se postižení cítí obézní, ale ve skutečnosti mají podváhu. Při omezování příjmu jídla mají postižení dobrý pocit sami ze sebe, mají pocit kontroly a cítí, že něco zvládají ovládnout. Později se projeví problém toto chování ovládat a nemoc se stává jejich životní cestou (Papežová & Hanusová, 2012).

V 90-95 % se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen a v 10% u mladých chlapců a mužů, častěji u dětí před pubertou a starších žen. V častých případech anorexie přechází v mentální bulimii i psychogenní přejídání. Hmotnost je udávána pod $17,5 \text{ BMI} = \text{hmotnost (v kg)} / \text{výška (v m)}^2$. (Papežová, 2018).

Diagnostická kritéria dle MKN-10:

- Tělesná váha je udržována alespoň pod 15% své předpokládané váhy
- Snižování váhy vlastním úsilím pomocí diet, zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ, či excesivním cvičením
- Přetrvává chorobný strach z tloušťky při podvázce, typické jsou zkreslené a vtírané myšlenky o vlastním těle, myšlenky na udržení podváhy
- Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy
- Opožděný nebo zastavený růst prsou, genitálií nebo primární amenorei – pokud začne anorexie před pubertou (Papežová, 2018)

2.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je charakterizována opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou následovány zvracením nebo jinou formou kontroly tělesné hmotnosti, například užívání projímadel nebo nadměrného cvičení (Němečková, 2007). Bulimii, stejně tak jako anorexii, spojuje strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a velké úsilí věnované tělesné hmotnosti a vzhledu (F. Krch, 2007).

MB se většinou objevuje v pozdní adolescenci, před nástupem menstruace je vzácná. Při delším trvání u anorexie, přejde až 50 % pacientek s nemocí do bulimie. Obě formy nemoci mohou přecházet jedna v druhou (Papežová, 2010).

Předpokládá se, že mentální bulimií trpí v České Republice každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena, ale u více než 10 % mladých žen lze pozorovat narušené jídelní chování a postoje a způsoby, které vedou ke kontrole tělesné váhy (F. D. Krch, 2000).

Nešpor (2011) uvádí tyto diagnostická kritéria:

- Zabývání se jídlem, velká touha po jídle a epizody přejídání s konzumací hodně jídla během krátké doby
- Snaha po přejedení kompenzovat své chování: zvracením, zneužíváním projímadel, období hladovění, užívání léků (anorektika, diuretika)
- Převládá chorobný strach z tloušťky

2.1.3 Psychogenní přejídání

Každý člověk se někdy dostane do situace, kdy se přejí a přesto v nás pocity plnosti a přejedení nevyvolávají žádné pochybnosti nebo znepokojení. Pro některé z nás však má akt přejedení úplně jinou odezvu, ztrácejí nad jídlem kontrolu a nekontrolovatelně dochází k záchvatům přejídání. Doména záchvatového přejídání je jeho tajnost. Postižení se přejídají v soukromí a ostatní tak mají pocit, že se stravují normálně (Peter, 2014).

Záchvatové přejídání definujeme také jako konzumaci velkého množství potravin za celkem krátký čas. Záchvaty přejídání nacházíme i u bulimie, s tím rozdílem, že nedochází ke zvracení, ani k žádnému jinému opatření jako kompenzaci, proto mnoho lidí trpí také obezitou a nadváhou (Kviatková et al., 2016). Přejídání se nevyskytuje jenom u lidí s nadváhou, i někteří jedinci mající normální postavu trpí záchvaty přejídání (Peter, 2014).

Ukazuje se, že čím vyšší obezita, tím větší pravděpodobnost k záchvatovitému přejídání. Vzhledem k typickému nekompenzačnímu chování, jako je tomu u bulimie, je přejídání spojeno s nevhodnými stravovacími návyky a nezdravou sebekontrolou (F. D. Krch, 2005).

V zahraniční literatuře najdeme přejídání pod pojmem binge eating disorder (BED), který můžeme najít jako samostatnou diagnózu v V. edici Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM5) (Slink et al., 2012). Přejídání bylo poprvé zmíněno až ve IV. edici Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM4), jako jinak nespecifikovaná porucha příjmu potravy. Následně vznikla potřeba vyčlenit ji jako samostatnou kategorii, ta po úpravě diagnostických kritérií, byla popsána v DSM5 (Kviatková et al, 2016).

Její základní diagnostická kritéria jsou:

- Opakující se a přetrvávající záchvaty přejídání
- Epizody záchvatového přejídání jsou spojeny nejméně s třemi nebo více uvedených znaků níže:
 - konzumace jídla je mnohem rychlejší než obvykle
 - konzumování dokud není přítomen pocit nepříjemné sytosti
 - konzumace velkého množství jídla, i přes absenci fyzického hladu
 - konzumace o samotě, protože se dotyčný stydí za množství konzumovaného jídla
 - pocit znechucení sebou samým, pocit viny, deprese
- Nadměrný strach z přejídání
- Absence pravidelných kompenzačních mechanismů přejídání (čistění) (NEDA, 2022)

2.1.4 Atypické poruchy příjmu potravy

Vzhledem k růstu incidence u PPP dochází také k nárůstu jedinců, kteří nenaplní všechna diagnostická kritéria. Pro ty, kterých chybí jeden nebo více takových kritérií, které

nacházíme v běžných PPP, nacházíme možnost atypické mentální anorexie, označována jako F50.1 nebo atypická mentální bulimie, označovaná jako F50.3 (F. D. Krch, 2005).

2.2 Etiologie poruch příjmů potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním bio-psycho-sociálním (F. D. Krch, 1999). Jedná se o souhrn mnoha faktorů, které vedou k rozvoji tohoto onemocnění (Rolková, 2017). Přítomnost těchto faktorů zvyšuje riziko onemocnění, přesto však jeden rizikový faktor není příčina choroby, například jednoznačný rizikový faktor pro vznik poruchy příjmu potravy je dospívající mladá dívka, přesto ale většina těchto dívek ne onemocní (Papežová, 2010). Na rozvoji tohoto onemocnění se podílí celá řada faktorů, jako jsou rodinné, biologické, vývojové, sociokulturní a v neposlední řadě životní události (P. F. D. Krch, 2004).

- Biologické faktory
- Psychologické faktory
- Sociální a kulturní faktory

2.2.1 Biologické faktory

Krch (2004) uvádí: „*Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je mnohonásobně vyšší*“. **Pohlaví** je významný rizikový faktor. Anorexií trpí ženy 10 x více než muži. U bulimie je to dokonce 20 x vyšší zastoupení než u mužů. Muži jsou také méně ohroženi z toho důvodu, že v dospívání a pubertě nabírají více svalů než tuků. Oproti dívkám se tak blíží ke svému ideálu krásy, zatímco pro dívku znamená dospívání vychýlení se od toho, kde je vnímán společenský ideál krásy ženy. Muži v porovnání se ženou nedrží tolik diety a nevádí jim tolik tloušťka. Podle studie již ve věku 13 let uvádí 35 % dívek a 13 % chlapců, že nejsou spokojeny se svým tělem a téměř polovina dívek by chtěla zhubnout (P. F. D. Krch, 2004).

„*Poruchy příjmu potravy – to je především strach z tloušťky a strach má většinou reálné kořeny*“ (F. D. Krch, 2005, s. 62). Rostoucí **tělesná hmotnost** vyvolává u žen výraznou nespokojenost se svým tělem, vzniká tak tendence uchýlovat se k redukčním dietám a bulimii. Ze studie vyplynulo, že ženy vykazující tuk na bocích, stehnech nebo hýždích podléhají většímu riziku vzniku PPP. Tyto poruchy se významně objevují v obdobích, které souvisí s tělesnými změnami, a to především v dospívání a těhotenství. Můžeme tak proto sledovat u pacientek s mentální anorexií nebo bulimií nadváhu nebo obezitu a vyhublost v rodině (F. D. Krch, 2005). Období **puberty** je velmi rizikovým faktorem pro vznik PPP. Nabírání tělesné hmotnosti představuje pro mladé ženy změnu, na kterou často nejsou připravené a bojí se ztráty kontroly nad svým tělem (Novák, 2010). Dochází k psychickým i tělesným změnám a ke zvýšenému uvědomování a zkoumání vlastní osoby, a to hlavně skrze konfrontaci s ostatními. Otázky „kdo je lepší?“ často předchází otázce „jak zhubnout?“.

Dívky jsou vnitřně méně jisté než chlapci, mají obavy z neoblíbenosti, menší sebevědomí a méně pozitivní vztah ke svému tělu. Negativní hodnocení sama sebe jim však zůstává do dospělosti a bývá to hlavní důvod podceňování se. Právě vnitřní nejistota

u dospívajících dívek je spojená s větší kritikou, depresí, menším sebevědomím a sklonem k PPP.

Dospívání s sebou přináší sebeprosazování a snahu o osamostatnění. Separace od rodiny, bez ohledu na věk odloučení, s sebou může přinést u rizikových skupin narušení jídelních zvyklostí, případně rozvoj PPP. Puberta je bouřlivé období, které je na vznik PPP náhlé, toto onemocnění se však může rozvinout i v dospělosti (F. D. Krch, 2005).

I přesto, že rizikové období je období dospívání, již v předškolním věku děti přijímají názory, které tělo je přijatelné a které ne (Krch, F. D., 1999). Mají sklon k stereotypizaci lidí s nadváhou a preferenci štíhlého těla, jako svého ideálu (Novák, 2010). Z jednoho britského výzkumu vyplynulo, že děti v letech 9-11 popisovaly tlusté děti jako ty, ze kterých si ostatní dělají srandu. Dále byly popisovány jako líné, hloupé a neobratné (Novák, 2010).

2.2.2 Psychologické faktory

„Z hlediska vzniku poruch příjmu poruchy je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu krásy a představy o vlastním těle, při vytvoření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů.“ (P. F. D. Krch, 2004).

Rodina. Za významný rizikový faktor je považován výskyt bulimie nebo anorexie v rodině ze strany ženského pohlaví. Mezi sourozenci trpícími nemocemi se vyskytuje anorexie nebo bulimie v rozmezí 3-10%. Nevhodné postoje k jídlu a dietě mohou být ještě častější u matek pacientek s bulimií. Mezi nejčastější "rodinné" rizikové faktory patří obezita a diety v rodině, kritické poznámky o jídle obecně a přílišný důraz na tělesný obraz, váhu, vzhled a výkon. Náhodný výběr dívek s rizikovými stravovacími postoji a chováním odhalil, že matky a dcery držely diety výrazně častěji. Někteří autoři poukazují na souvislost mezi vznikem onemocnění a kritičností rodičů, jejich nadměrně vysoká očekávání, nedostatek péče a empatie a nedostatky v rodičovské péči (P. F. D. Krch, 2004).

Obtížné **životní události** a situace přispívají k riziku vzniku PPP. Nejčastěji se objevují kritické komentování tloušťky a vzhledu, sexuální zneužívání a konflikty, významná změna v životě, separace od rodiny (F. D. Krch, 2005). Papežová uvádí, že některé studie došly ke zjištění, že rozdíl mezi zdravými jedinci a jedinci s PPP není o zkušenosti jedné traumatické nebo negativní zkušenosti, ale o zažití několika těchto událostí (Papežová, 2010).

Mezi další rizikové faktory patří **osobnostní rysy**. Mentální anorexie je spojována především s úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhybavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy. Mentální bulimie je spojována s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou (P. F. D. Krch, 2004). U žen, které mají vyšší úroveň perfekcionismus, je pravděpodobnost rozvinutí mentální anorexie a mentální bulimie mnohem větší (Bulik et al., 2003).

Nedostatečné kontrolování impulzů je jednou z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání. Papežová uvádí skutečnost o podobnosti užíváním návykových látek (NL) a pozdějším vznikem PPP. Impulzivita je společný faktor jak pro užívání NL, tak pro PPP.

U bulimie a anorexie můžeme pozorovat vyšší úroveň **perfekcionismu**. Jsou to dívky, které na sebe měly vždycky vysoké požadavky, chtěly být nejlepší. Bulimie je často spojovaná s impulzivitou, perfekcionistické prvky můžeme zaznamenat i zde. Studie zabývající se rodinou postižených zjistila rovněž zvýšenou úroveň perfekcionismu u přímé rodiny. Perfekcionismus u dívek, u kterých později vznikla PPP, se vykazovaly známky již v dětství. Riziko roste tam, kde je společně s těmito známky spojovala nespokojenost s tělem a malé sebevědomí (Papežová, 2010). Negativní hodnocení sama sebe hraje v rozvoji poruchy bezpochyby velikou roli, vede především k narušenému vnímání tělesného vzhledu a pohled na diety (P. F. D. Krch, 2004).

2.2.3 Sociální a kulturní faktory

Kultura může být faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Ideál štíhlosti můžeme najít v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem potravy se identifikuje ideál ženy se zaoblenými tvary. Kultury, ve kterých se objevují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. V kulturách, které nemají štíhlost jako ideál krásy, se poruchy příjmu potravy neobjevují (Roľková, 2017). O tomto zajímavém fenoménu by se dalo říci, že co se stává nedosažitelným, se stává ideálem. O nedosažitelnosti mluví také Krch, který uvádí, že méně než 5 % žen se v letech 1970-1978 podařilo přiblížit tehdejší Miss America. Tyto trendy zašly tak daleko, že současné ideální proporce jsou pro většinu žen nedosažitelné a ohrožující (F. D. Krch, 2005).

Významná role společenským představám o ideálním tělu je připisována zejména vlivu **médií** (F. D. Krch, 2005). „*Teorie vlivu kultu štíhlosti na vznik PPP je tato: Poselství médií je jasné: „Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný.“ Tato poselství vnímají především ženy, u nichž je krása jedním z hlavních měřítek úspěchu. Mají-li pocit, že neuspěly, cítí se mizerně a pokoušejí se zhubnout* (Papežová, 2010, s. 46). Média často povzbuzují lidi k tomu, že všechno je dosažitelné, a že si tělesné proporce můžeme vybrat, volí často různé dietní prostředky nebo rádce, které mnohdy uvádí nebezpečná doporučení. Krch uvádí, že ještě před 40-60 lety panovaly obavy z podvýživy a tuberkulózy a média se snažila prosazovat prostředky na přibírání. Dnešní komerční reklama cílí na prostředky na hubnutí, které se objevují i v potravinářském průmyslu s produkty „light“. Toto prosazování je vlivem nadbytku potravin ve společnosti (F. D. Krch, 2005).

„*Dalším zdrojem poselství, že je nutné být štíhlá, jsou vrstevníci.*“ (Papežová, 2010, s. 47). Vztahy, které si utváříme s vrstevníky, jsou základní lidskou potřebou, jsou důležité pro potřebu přijetí a sounáležitosti, hrají důležitou roli v dospívání (Smolak & Levine, 2015). Autoři také uvádí, že z dosavadních výsledků jsou vrstevníci důležitou složkou pro rozvoj nespokojenosti se svojí váhou a neuspořádaného stravování (Smolak & Levine, 2015).

Papežová uvádí studii, která pojednávala o vlivu expozici štíhlosti na druhé. Kontrolní skupinou byly ženy, které krátce po expozici snímků ideálních těl začaly být se svým tělem nespokojené více, než před zahájením experimentu (Papežová, 2010).

O tom, že **diety** mají souvislost s přejídáním, vznikly studie již z padesátých let, kdy se muži, kteří nechtěli na vojnu, podrobili experimentu, kde šlo o to jíst po dobu šesti měsíců jen polovinu jejich obvyklých porcí. Ke konci experimentu byli hladoví, ztratili zájem o mezilidský kontakt a jediný, co je zajímalo, bylo jídlo. V momentě, kdy skončil experiment a měli dovoleno jíst jako před tím, mnoho z nich se začalo záchvatovitě přejídat, ačkoliv před experimentem toto nikdy nedělali (Papežová, 2010).

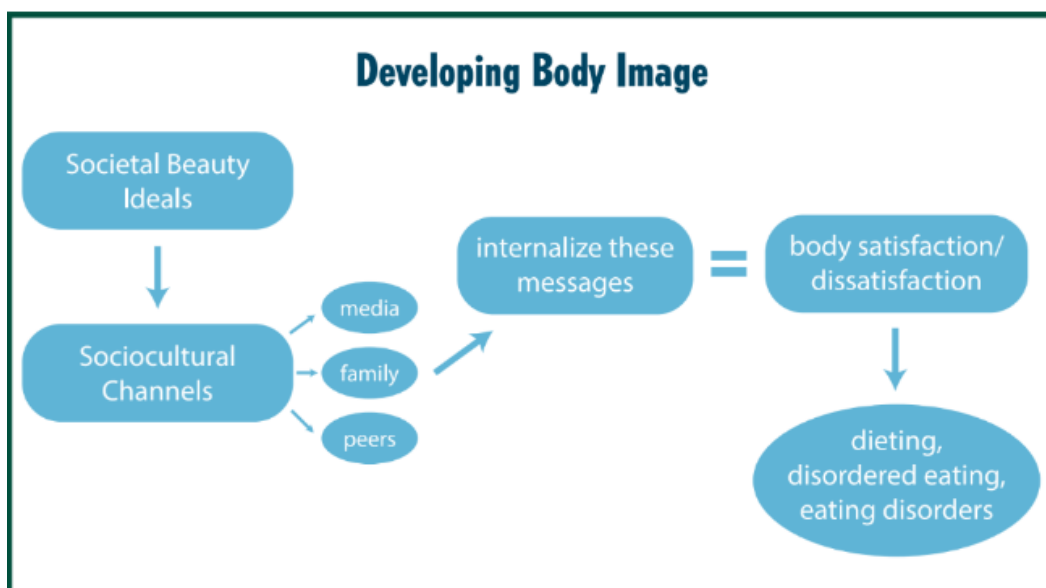
Body shaming je fenomén vyskytující se téměř po celém světě. Jeho forma jsou především urážlivé poznámky, kritické komentáře, ponižování jednotlivců kvůli tělesnému vzhledu, ale i očekávání od druhých, jak by měli vypadat. Toto chování může u jedinců zapříčinit vznik deprese, úzkosti, malého sebevědomí nebo může vést k nebezpečnému chování, jako jsou extrémní diety, chirurgické zákroky, vysilující cvičení apod. (Kopecký, 2023). Body shaming můžeme také nazvat jako formu sociální agrese, jejíž rozpětí je široké, přes dobře míněné rady až k ponižujícím urážkám, a to jak v online, tak offline prostředí (Schlüter et al., 2023).

Velmi rozsáhlý problém můžeme zpozorovat také na internetu. Internet se stal běžnou součástí komunikace, která je zastřešená anonymitou a bezprostředností, to může vést k většímu ponižování lidí kvůli tělesnému vzhledu. Tato kritika přispívá k dalšímu šíření negativních myšlenek. Na internetu se body shaming často vyskytuje v různých diskusních fórech, sociálních sítích, komentáři pod příspěvky a dalších místech. Sociální sítě mohou také v tomto ohledu přispívat k vytváření nereálných ideálů krásy skrze prezentování často upravených fotek (Kopecký, 2023).

O rozšíření body shamingu mezi českými dětmi informuje výzkum, z kterého vyplynulo, že třetina českých dětí čelila posměšky, týkající se jejich online profilu, až 14 % dětí čelilo negativním komentářům, které se dotýkaly jejich vlasů a obličeje a 11 % dětí čelilo urážkám mířené na jejich postavu (Kopecký, 2023).

I přes ne malou vlnu body shamingu, ať už na internetu nebo v jiném prostředí, můžeme registrovat vznik různých projektů, které pomáhají v budování sebevědomí nebo ve vnímání krásy. Například, jedním z takových projektů měla značka *Dove – Self-Esteem Project*, který měl pomoci podpořit pozitivnímu vztahu sobě samé, budování pozitivního tělesného obrazu, budování sebevědomí a sebeúcty. Avšak následná studie, která zkoumala, jaký měl projekt efekt ve školách, potvrdila, že krátkodobý (Diedrichs et al., 2015). Další pozitivní kroky můžeme vidět ve výskytu „*plus size*“ modelek v reklamách na oděv. Výzkumy potvrzují, že ženy po zhlédnutí reklamy s takovými modelkami se cítí více spokojeny s vlastním tělem (Hendrickse et al., 2021).

Obrázek č. 1: Developing Body Image



Zdroj: (Gould, 2021)

Na tomto obrázku můžeme pozorovat sociokulturní vliv, který může vést k nebezpečnému chování, v podobě diet, nevhodnému stravování přes poruchy příjmu potravy.

2.3 Komorbidita

Pojem psychiatrická komorbidita je často zaměňovaným pojmem s duální diagnózou. Psychiatrická komorbidita značí výskyt dvou a více poruch u jedince. Zatímco duální diagnózou se rozumí přidružené duševní onemocnění k užívání návykových látek (Kamil & kolektiv, 2015).

Komorbidity u PPP představují častý problém (Papežová, 2010). Jsou stále častější a jejich existence má často veliké rozpětí. Psychiatrické diagnózy se mohou objevit před PPP, vzniknout současně nebo se plně vyvinout po uzdravení. V léčbě je důležité posouzení těchto komorbidit, jelikož mohou ovlivňovat léčbu, proto je nezbytný odborný multidisciplinární přístup (Papežová, 2018).

Mezi nejčastější komorbidity patří poruchy nálady a úzkostné poruchy. Nové výzkumy dokládají vyšší výskyt PPP u dívek, které mají přidružené ADHD, pojí se k tomu zejména obezita a impulzivní nebo záchvatovité přejídání. U pacientů ADHD s obezitou byl popsán větší výskyt bulimického chování. Nejčastější komorbiditou u jedinců s ADHD z okruhu PPP je tedy záchvatovité přejídání. Jedno z možných vysvětlení tohoto spojení je změna aktivity v hypotalamu (Papežová, 2010).

Obezita je často spojována se zdravotními komplikacemi, ale také s poruchou příjmu potravy. U PPP, která byla sledována u jedinců s obezitou, to bylo záchvatovité přejídání

a mentální bulimie (Luz, 2018). Mnoho obézních jedinců trpí stejnými psychickými a somatickými problémy jako jedinci s PPP, nejčastěji jsou to nevhodné stravovací návyky, nespokojenost se svým tělem. Vedle deprese a závislosti je obezita nejvíce zmiňovanou komorbiditou u PPP (Hainer, 2004).

U pacientek s mentální anorexií a bulimii se často vyskytují deprese a úzkosti. U bulimie je to o 20 % více než u anorexie. Některé studie naznačují, že poruchy můžou mít společnou příčinu. Příznaky deprese jsou vysvětlovány jako důsledek psychických, zdravotních, sociálních problémů, které jsou spojené s nedostatkem živin, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností kontroly. Deprese a úzkosti jsou u PPP ve většině případů spojené právě s obavami o tělesný vzhled a váhu (F. D. Krch, 2005).

Komorbidita s užíváním návykových látek je v klinické praxi mnohem častější. Spojuje je podobná etiologie a velmi často spolu souvisí. Mezi nejčastější kombinaci u PPP je závislost na alkoholu a drogách (Chládková & Miovský, 2017). Krch (2005) uvádí, že v klinické praxi se setkává především s kombinací mentální bulimie a abúzu alkoholu. Až ve 30-37 % můžeme sledovat závislostní chování u pacientek trpící bulimii. U bulimie je navíc riziko vzniku závislosti až 7 X vyšší než u jedinců s anorexií. Mnoho faktorů přispívá ke kombinaci užívání návykových látek a PPP, jde o vytvoření adiktivního vzorce. Problém také nastává v momentě, když jedinec objeví drogy, jako řešení svých problémů s jídlem. Je důležité myslet na tuto komorbiditu a snažit se léčit všechny poruchy. Neodhalená komorbidita komplikuje uzdravování a její proces (Chládková & Miovský, 2017).

2.4 Léčba záchvatovitého přejídání a bulimie

2.4.1 Psychoterapeutické přístupy

Motivační rozhovory jsou přístupem, který se zaměřuje především na motivaci a její změně k chování. Základní techniky vedení motivačních rozhovorů jsou reflexe, otevřené otázky, shrnování, reflektování. Jejich základem je vytváření dobrého vztahu, vést pacientky k pochopení sama sebe, dobrá struktura rozhovoru. Motivační rozhovory se často kombinují s dalšími přístupy. Motivace není často něco, s čím pacientka přichází, motivaci lze ovlivnit a posilovat (Papežová, 2018).

Papežová (2012) uvádí pět stádií motivace, které nastávají v procesu léčby. Prvním stádiem je *popření*, v této fázi pacientka nevidí svůj problém, a tak nemá co měnit. Druhé stádium je *úvaha*, které je především o přemýšlení. Pacientka si již začíná uvědomovat svoje problémy s jídlem, ale zatím je pasivní. Třetí stádium je *příprava*, v této fázi již chce změnu, ale bojí se, co změny přinesou. Čtvrtá je *akce*, pacientka se chce změnit. Snaží se měnit svojí kontrolu nad jídlem a chování, využívá podpory od ostatních. *Udržení* je poslední stádium, jde především prevenci relapsu a práci sama na sobě.

První léčbou, která se ukázala jako nadějná při mentální bulimii, byla **kognitivně behaviorální terapie** (Fairbur, 1981), která má i dnes v léčbě veliký význam. Terapeut

přistupuje k léčbě aktivně, někdy direktivně, ale současně dbá o pacientčiny emoce a prožívání, zároveň motivuje a vede k aktivnímu řešení problému (Papežová, 2018). Významnou roli v terapii zaujímá sebemonitorování, aktivní nácvik, metoda expozice a konfrontace. Fairburn (2015) zdůrazňuje hlavní kroky v kognitivně behaviorální terapii při PPP:

- 1) *vedení záznamů o jídle*, o jejich myšlenkách a emocích, které je během konzumace doprovázejí
- 2) pravidelné vážení
- 3) *změna jídelního chování*, především překonání diet, rozšíření jídelníčku, plánování jídla, normalizace jídelního chování, případně vzrůst hmotnosti
- 4) *restrukturace*, s cílem identifikování, změnou myšlení a postoje, které se podílejí na udržování PPP
- 5) zavedení prevence relapsu (Fairburn, 2005 podle Krch, 2005)

Psychoanalytická terapie spojuje význam neuvědomovaných procesů a zkušeností z dětství, předpokládá totiž, že v dětství došlo k ovlivnění psychiky ve vztahu s druhými, často ve vztahu s matkou. Proces terapie je založen na volných asociacích, interpretacích, rozvoji přenosu s cílem porozumět sám sobě, klade také větší důraz na emoční zkušenost (Papežová, 2018).

Psychodynamický přístup je doporučován zejména v případě, že krátkodobé intervence selhávají. Pracuje často s komorbiditou. Je doporučována zejména tam, kde došlo k sexuálnímu zneužití (F. D. Krch, 2005).

Nutriční poradenství je úkolem nutričních poradců, jejichž intervence směřují k zdravé obnově váhy a výživy a hlavně na navození zdravých stravovacích návyků (Papežová, 2018).

Svépomocné skupiny poskytují především podporu pacientkám a jejich rodinám. Svépomocné aktivity u bulimie nebo záchvatovitého přejídání zmírňují symptomy PPP. V prvních krocích léčby může být terapie srovnatelná s pomocí svépomocné skupiny. (Papežová, 2018). Společný problém ve skupině umožňuje většímu porozumění, vést k lepšímu zvládnání problému, orientace v problematice, získání vhledu a toho co je účinné u druhých, mimo jiné také získání sociálních kontaktů (F. D. Krch, 2005).

2.4.2 Svépomocné postupy u bulimie

- 1) Sledování jídelního režimu

Sebemonitorování je důležitý především pro změnu stravovacích návyků a rozpoznání špatných stravovacích vzorců. Doporučuje se vést si jídelní záznamy, kde bude podrobně rozepsaný typ jídla, místo jídla, časový údaj a také popis pocitů, které byly při konzumaci přítomné. Po týdenním zápisu je vhodné zkontrolovat celý týden, zhodnotit týden jako celek a zaznamenat vzorce stravování. Pravidelné záznamy přispějí k pochopení těchto jídelních vzorců.

2) Jídelní plán

Vytvořit si jídelní plán pomáhá naučit se pravidelnosti a jíst kontrolovaným způsobem. Smyslem jídelního plánu je zbavit se přejídání. Je důležité řídit se podle plánu, ne hladu. Jídelní plán zahrnuje určit si co jíst, kdy a nechat si velký časový prostor pro konzumaci. Účelem tohoto plánu je také zbavit se zvracení, nahrazením přejídání normálním jídlem.

3) Předcházet přejídání

Předcházet přejídání můžeme učinit několika opatřeními. Prvním doporučením je mluvit s někým nebo být s někým v kontaktu. Kontakt může v daném momentě poskytnout kontrolu a podporu. Další mechanismus, v předcházení přejídání, je plánování. Doporučuje se mít jídlo v jedné nebo dvou místnostech. Často se pojí přejídání z ložnicí. Najít si bezpečný prostor ke konzumaci pomůže. Při vaření neochutnávat, mohlo by dojít k bažení. Jíst pomalu a mít naplánované aktivity, které můžeme dělat po jídle, kdyby docházelo po jídle k nutkání jíst další jídlo. Tyto aktivity můžou pomoci odvést naši pozornost jinam a snížit napětí. Nenechat se nutit do jídla, mít připravené nebo nacvičené odmítnutí. Dodržovat plán, i když se něco nedaří, neupadat do myšlenky, že je všechno ztracené. U bulimie je typická myšlenka „všechno nebo nic“, kdy jedinci při jedné chybě mají tendenci skončit se vším, co si nastavili. Dalším doporučením je kontrolovat nebo omezit konzumaci alkoholu, s alkoholem je snazší ztrácet kontrolu, což může vést k rizikovému chování.

4) Řešení problémů

Přejídání je často důsledek jiných problémů nebo stresu. Pro lidi s PPP je často nejjednodušším řešením se přejíst než problém vyřešit jiným způsobem. Mají tuto odpověď na stres a problémy automaticky nastavenou. Je důležité tyto vzorce rozpoznat, uvědomit si je a řešit je jiným způsobem než jídlem.

5) Zbavit se diet

Sklon k dietám mají ti, co se přejídají. Diety často vedou k nesplnitelným opatřením, které vedou k jejich nenaplnění, to cítí jedinci jako selhání, které vede k přejídání. Je proto důležité omezit diety. Vyhýbání se určitým „nebezpečným potravinám“ vede k přejídání.

6) Prevence relapsu a rizikové postoje

„Všechno nebo nic“, černobílé vidění světa je typické pro pacientky s bulimií, anorexií i psychogenním přejídáním. Často je toto vidění světa spojeno s perfekcionalismem, který se nemusí týkat jen jídla. Laťku úspěchu mají nastavenou vysoko. Úspěch pro ně může znamenat jen jednička ve škole nebo pouze první místo, všechno ostatní je pro ně vnímané jako prohra. Časté je také reagování příliš negativně, obviňování se z neúspěchu, shazování se apod. Toto nastavení a smýšlení může být při dietních opatření velmi nebezpečné

a změnit ho není jednoduché. Všechny pocity je doporučeno zapisovat do jídelního deníku a analyzovat. Také nereagovat okamžitě na vzniklé situace.

Po obnově normálních stravovacích zvyklostí a vyřešení problémů s jídlem může dojít ke drobnému selhání, může dojít znova k rizikovému chování, které může zapříčinit určitá stresová záležitost. Je důležité takové nebezpečí poznat a překonat je, zavést si jídelní záznamy a znovu nabýt kontrolu nad jídlem (Papežová, 2003).

2.4.3 Svépomocné postupy u psychogenního přejídání

1) Jíst plánovaně a v pravidelných intervalech

Po dlouhé době věčných diet a přejídání je těžké představa v tom, co je normální strava a co ne. Jíst pravidelně bez emocí, vnímat pocit sytosti a signály hladu. Cíl není zhubnout, ale naučit se mít normální vztah k jídlu. Dovolení si jíst pravidelně a nenechávat se do jídla nutit a dovolit si jíst, to co máme rádi. Vyhýbání se určitým potravinám vede k přejídání.

2) Poznání spouštěčů

Přejídání je často pomoc při tenzi, uvolnění, rozptýlení, zbavení se negativních emocí. Doporučuje se si zaznamenávat tyto emoce a spouštěče do záznamového archu. To může pomoci při poznávání vnitřních a vnějších spouštěčů, poznání svých vzorců, naučit se řešit emoce jinak než jídlem.

3) Přesměrování myšlení

Časté je mylné přesvědčení a mýty, které udržují problémy s přejídáním. Je třeba tyto myšlenky změnit a nahradit správnými. Tyto mylné představy a myšlenky prodlužují uzdravení. Jedná se například o přesvědčení: „Když zhubnu, budu šťastná“.

4) Změna nálad

Naučit se zvládat své negativní emoce a napětí jinak než jídlem není jednoduché. Nastavit tyto vzorce jinak, můžeme skrze seznam náhradních aktivit, které nám můžou poskytnout energii, sníží napětí – relaxace, cvičení, hudba, čtení. Při touze se přejíst je vhodné vybrat aktivitu ze seznamu a reflektovat na jakou náladu reagujeme a která aktivita nám v daný moment pomůže nejvíce.

5) Zmírnit úzkost

polovina lidí s PPP zažívá úzkost a napětí. Je důležité snažit se předcházet těmto stavům pomocí různých činností, například sportu, relaxace, zjednodušování si věcí (určovat si priority), dostatek spánku apod.

6) Zvládnutí depresivních nálad

Deprese hrají významnou roli v problematickém jídelním režimu. Podílejí se na změnách chuti k jídlu. Ovlivňují fungování v mnoha oblastech. Úprava jídelníčku, pravidelný pohyb, potravinové doplňky dokážou zmírnit náladu. Není-li deprese zvládnutelná svépomocí, přichází na řadu odborná pomoc.

7) Zvládnutí symptomu menopauzy

Menopauza může výrazně přispět k nárůstu úzkosti a podrážděnosti. Dochází ke změnám chuti, nárůstu tělesného tuku. Snížení glukózové tolerance může přivodit craving po cukru. Hormonální nerovnováha může přispět k mnoha zdravotním problémům. Doporučuje se cvičení, posilování, vyvážená strava, přestat kouřit.

8) Omezení perfekcionalismu

Nereálné požadavky na sebe vedou většinou ke zklamání a pocitům nedokonalosti. Kvůli neschopnosti dokončovat projekty také k prokrastinaci. Pro zmírnění perfekcionalismu se doporučuje zkusit si dávat realistické cíle, zaměřovat se na potřeby vlastní, nezabývat se chybami a neúspěchy (Papežová, 2003).

2.5 Kontrolovaná konzumace alkoholu

Abstinence, jako cíl léčby závislostí, na alkoholu. To byl v České Republice dosud tradiční cíl v nabídce adiktologických služeb. V posledních letech se dostává do popředí nový směr, a tím je kontrolované užívání, jako doplněk v léčbě závislostí a rozšíření abstinenci léčby. I přes to, že je kontrolovaná konzumace alkoholu zahrnuta v doporučených postupech psychiatrické péče, provází non-abstinenční léčbu mnoho nejasností a dezinterpretací (Funke a Orlíková, 2020).

O tom, že nové typy přístupů v léčbě závislostí prováděly (a stále provádí) kritické diskuze a reflexe není divu. Kořeny modelu závislosti byly utvářeny po řadu desetiletí především abstinenci orientovanými přístupy (Funke et al, 2021). V České Republice je léčba závislostí ovlivněna tzv. „apolinářským modelem“, který založil docent Jaroslav Skála. (Kalina, 2003). Jak uváděl Skála (1987): „*alkoholismus je vážná a obtížná nemoc, protože jakákoli léčba nikdy nedocílí toho, aby se alkoholik naučil pít s mírou.*“

Skálův model je u nás v určitých případech nezastupitelný, její alternativy však chybí. V současné době je kontrolovaná konzumace zařazena do Národního akčního plánu a v roce 2014 byla zařazena do doporučených postupů psychiatrické péče. V České Republice bohužel současně neexistuje instituce, která by poskytovala vzdělání v rámci nových non-abstinenčních přístupů. Řada terapeutů pracuje s kontrolovanou konzumací intuitivně (Hermonchová, 2020). Teorie o doživotní abstinenci, jako jediný léčebný cíl utvrzovali studie,

z jejichž výsledků vyplývalo, že při dlouhodobém konzumování alkoholu dochází v mozku k tzv. sentitizaci, kvůli které není možné dosáhnout kontroly (Owen & Marlatt, 2001).

V sedmdesátých letech však nastal zlom, když manželé Sobellovi přišli se svojí studií. Závěrem této publikace bylo, že kontrolovaná konzumace alkoholu může být v některých případech možným cílem. Výzkum byl prováděn na sedmdesáti mužích, kteří byli rozděleni do experimentálních a kontrolních skupin. Jedna skupina měla za cíl experimentální léčbu kontrolované konzumace a druhá skupina klasickou abstinenci léčbu. Po roce ukončení studie vykazovala lepší výsledky skupina kontrolované konzumace alkoholu (Funke, 2016).

Přes více než dvacet let metodu kontrolované konzumace alkoholu nabízejí některé země v Evropě, například Švýcarsko, Velká Británie, Finsko, Německo. I přes to, že byla tato metoda od roku 2014 součástí doporučených postupů v psychiatrické péči, nemá v ČR zatím tak velké uplatnění (Funke, 2016).

Joachim Körkel, německý psycholog a adiktolog, který se stal průkopníkem kontrolované konzumace alkoholu na konci osmdesátých let v západní Evropě, zavádí v německy mluvících zemích pojem nedirektivní terapie s otevřeným cílem (Funke a Orliková, 2020). Uvádí, že její kontraindikace jsou uživatelé, kteří již abstínují, trpí závažnými formami závislosti (Körkel, 2005).

Existuje mnoho terapií, které si kladou za cíl upravit rizikové a škodlivé návyky spojené s alkoholem. Nejvíce rozšířenou je terapie *Behavioral Self Control Training* (BSCT) – Behaviorální trénink sebekontroly, k němuž se řadí i koncepce Joachima Köerkela (Funke, Orliková, 2020).

V současné době je kontrolované pití jeden z možných cílů hlavně pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti. Kontrolované užívání může přivést do léčby i uživatele, kteří nejsou připravení abstínovat nebo abstínovat nechtějí (Vacek a Vondráčková, 2012).

2.5.1 Strategie kontrolovaného pití

Behaviorální trénink sebekontroly (BSCT)

Strategie usiluje především o zvládnutí sebekontroly. Využívá řadu strategií ke zvládnutí míry užívání, odmítnutí pití, regulace pití, bažení (Saladin & Ana, 2004). Behaviorální trénink vede k výraznému snížení pití u lidí, kteří mají mírný až závažný problém s alkoholem. (Hestler, 1995). Smyslem behaviorálního tréninku je zvýšení schopnosti sebekontroly, plánování a zamezení impulzivity při styku s alkoholem, zaměření se na vnitřní motivaci ke změně a její posílení, hlubší porozumění sám sobě a schopnost rozlišit rizikové rituály, jako je například pití o samotě, rizikové prostředí a další (Körkel, 2002).

Expoziční léčba (MOCE)

Léčba expozicí předpokládá, že různé vyvolávače jsou schopné vyvolat podmíněné reakce touhy po alkoholu. Léčba spočívá v systematickém vystavování se podnětům, které

můžou tyto reakce spustit, například skrze vůni alkoholu, aniž by byla dovolena její konzumace. Studie uvádí, že expozice snižuje spotřebu pití a zvyšuje latenci relapsu (Saladin & Ana, 2004).

Řízená vlastní změna

Řízená vlastní změna je motivační intervence, jejíž cílem je využití vlastních silných stránek. Tento koncept vychází z předpokladu, že velká část uživatelů se může uzdravit vlastní změnou. Koncept je doprovázený motivačními strategiemi (Saladin & Ana, 2004).

Harm reduction (HR)

Kontrolovaná konzumace alkoholu může být chápána v určitých případech jako Harm reduction, který je v ČR velmi rozvíjející se oblastí, kdy se pracovníci snaží zachytit i tu méně motivovanou cílovou skupinu (Funke, Orliková, 2020). Přístup se zaměřuje na snižování škod nebo rizika škod v souvislosti s užíváním. Princip je tradičně spojován s užíváním nelegálních látek, ale legální alkohol je často opomíjený z hlediska HR (Vacek a Vondráčková, 2012).

Vacek a Vondráčková uvádí jak bezpečněji konzumovat alkohol v oblasti HR:

- Koncentrace alkoholu – doporučuje se co nejmenší, upřednostňovat raději pivo, víno než lihoviny
- Dostatečné množství tekutin – především hydratace, střídání alkoholických a nealkoholických nápojů
- Rychlost konzumace – čím pomalejší, tím méně riziková
- Kombinace alkoholických nápojů – není doporučována, větší riziko ovlivnění
- Konzumace na lačno – není doporučována, dochází k rychlejšímu vstřebávání
- Riziko míchaných nápojů – neznámý obsah
- Kombinace alkoholických nápojů a návykových látek – vyšší riziko předávkování a neznámá reakce
- Kvalita alkoholu – nepít levné nekvalitní nápoje z neznámých zdrojů
- Set a setting – nepít s cílem zbavit se negativních emocí, nepít o samotě
- Plánování – plánování výdajů, zajistit si předem odvoz apod.
- Informovanost o následcích konzumace – informace o negativních účincích a jejich předcházení (Vacek a Vondráčková, 2012)

Svépomocné organizace

Hnutí Moderation management je program, který pomáhá pít umírněně nebo abstinčně, vznikl jako alternativa k hnutí anonymních alkoholiků, jež se zaměřují na striktní abstinenci. Problémový uživatelé nejprve zkusí třicetidenní test abstinence, pro zjištění, zda je vůbec schopný kontrolovaného pití (Saladin & Ana, 2004).

2.5.2 Jak pít kontrolovaně

Nešpor uvádí ve své publikaci: Jak překonat problémy s alkoholem, konkrétní postup kontrolované konzumace. Také uvádí, že umění pít s mírou znamená umět nepít vůbec. Doporučuje před nácvikem třicetidenní test abstinence dle profesora Marlatta. Při objevení třesů, halucinací a jiných známek tělesné závislosti je třeba vyhledat lékaře (Nešpor, 2006).

- Snažit se konzumovat alkohol s menším obsahem alkoholu, prokládat alkoholický nápoje s nealkoholickými a nekombinovat alkoholické nápoje
- Pít po menších douškách
- Dávat si delší pauzy mezi doušky, zahrnout i jiné činnosti než jen pití (tanec, procházka,...)
- Doba pití – čím menší doba, tím lépe
- Nepít na lačno – jen při obsahu bílkovin v žaludku – to zpomalí vstřebávání
- Nepít nad doporučenou dávku

2.6 Cíle výzkumu a metodika

Cíle a výzkumné otázky

Moje bakalářská práce se zaměřuje především na mapování mechanismů, které se používají k uzdravování z poruch příjmů potravy při kontrolovaném stravování. Tyto mechanismy následně porovnávám, jak se shodují s principy kontrolované konzumace alkoholu. Následně zjišťuji, které mechanismy u mých respondentek se využívají i v adiktologii při léčbě závislostí.

Formulace výzkumných otázek

Na výzkumné cíle nasedají tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaké mechanismy kontrolovaného stravování používají moje respondentky?
- 2) Jaké mechanismy kontrolovaného stravování u mých respondentek se shodují s principy kontrolovaného užívání alkoholu?
- 3) Jaké mechanismy, které používají moje respondentky, se využívají v adiktologii při léčbě závislostí?

Design výzkumu

Jedná se o kvalitativní výzkum, jehož metodou je strukturované interview. Hlavní myšlenkou výzkumu je více přiblížit problematiku uzdravování při poruchách příjmu potravy.

Metody sběru dat

Jako výzkumný nástroj jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o jednu z nejvíce rozšířených metod rozhovoru. Skládá se z předem připravených okruhů otázek, které je možné podle potřeby měnit. Nedrží se striktně osnovy a je zde prostor pro doplňující otázky (Miovský, 2006). Tato metoda byla zvolena hlavně pro přirozenost konverzace, její nenásilný průběh a možnost rozvíjení otázek podle potřeby (Miovský, 2006). Rozhovor byl

vytvořen na tři hlavní části. První část je obecná, zaměřovala se především na anamnézu a základní informace o respondentech. Tato část sloužila k získání prvotních informací a představě o respondentech, pro které to byla část především k rozmluvení a naladění se na stejnou vlnu. Druhá část se soustředila k poruchám příjmu potravy, otázky byly směřované ke konkrétní poruše, zkušenost s léčbou apod. Třetí část se zaměřuje již na popis spouštěčů a mechanismů kontrolovaného stravování. Tři rozhovory se konaly skrze online platformu, dva rozhovory byly provedeny v domácím prostředí respondentek. Časová náročnost se pohybovala v rozmezí 1-2 hodiny. Respondentky byly poučeny o zachování anonymity a využití rozhovorů jen pro účely bakalářské práce, dále jsem je informovala o mém výzkumu. Respondentky souhlasily s nahráváním rozhovoru na mobilní zařízení. Respondentky byly ujištěny, že mohou z výzkumu odstoupit bez udání důvodu a o možnosti přerušování rozhovoru. Při rozhovoru byl kladen důraz na to, aby se respondentky cítily dobře.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal z pěti respondentek. Metodou účelového výběru (Miovský, 2006) jsem oslovila respondentky, podle mých stanovených kritérií. Mezi má kritéria patřily ženy, s dolní věkovou hranicí osmnácti let, které trpí poruchou příjmu potravy, konkrétně záchvatovitým přejídáním či bulimií a snaží se uzdravit nebo jsou již uzdravené. Do mé práce jsem záměrně vybírala ženy, které trpí konkrétně těmito formy poruchy, jelikož tyto formy jsou podobné závislostnímu chování a výsledky tak půjdou snadněji demonstrovat.

Popis získaných respondentek: ženy ve věku 20-28 let, studující, pracující nebo oboje. Vzhledem k výskytu psychogenního přejídání a bulimie, které se současně překrývaly a předcházely jedna druhou, tyto formy nerozdělují.

Etika

Čestně prohlašuji, že moje respondentky byly seznámeny se smyslem a cíly výzkumné práce a že jejich účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Byly informovány o tom, že veškeré získané informace budou sloužit výhradně jen pro účely bakalářské práce. Byly ubezpečeny, že veškeré osobní a citlivé informace budou pozměněny, aby nemohlo dojít k identifikaci. Dále jsem respondentky seznámila s možností kdykoli rozhovor ukončit nebo podle potřeby přerušit. Dostala jsem souhlas k zaznamenávání rozhovoru na mobilní zařízení. Informovaný souhlas mi respondentky poskytly ústně. Všechny souhlasily s možností se na ně zpětně obrátit při potřebě doplnění informací k rozhovoru. Při rozhovoru byl kladen důraz na to, aby se cítily dobře.

Metody analýzy dat

Data byla získána formou polostrukturovaného interview, které bylo zaznamenáno do hlasového záznamu mobilního zařízení. V následujícím kroku byly všechny rozhovory poslechnuty a ručně přepsány do Microsoft Word, za pomoci redukce 1. řádu, jež by měl záznam doslovné transkripce mluveného slova změnit do příznivější formy kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006). V následujícím kroku, došlo k třídění a zpracování dat formou kódování, jehož principem je proces identifikace a označování segmentů podle vytvořených kritérií (Miovský, 2006). Odpovědi od jednotlivých respondentů byly označeny podle kategorií, které jsem vymyslela. Po rozřazení do skupin došlo k dalšímu třídění na menší podkategorie.

Praktický průběh realizace

Přípravná fáze celé bakalářské práce započala v období říjen 2022 rešerší a studiem odborné literatury. V listopadu 2022 byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor a započalo hledání vhodných respondentek, s kterými byly do konce roku vyhotoveny rozhovory. Vyhodnocení a zpracování dat probíhalo v únoru 2023.

Výsledky

Výsledky budou popsány ke každé výzkumné otázce. K výsledkům je přiložena citace z výpovědi respondentek.

1) Jaké mechanismy kontrolovaného stravování používají moje respondentky.

Z výzkumu vyplynulo, že k uzdravování a ke kontrolovanému stravování využívají respondentky řadu mechanismů, jejíž rozdělení jsem kategorizovala následovně: Psychické mechanismy, sociální mechanismy, kognitivně-behaviorální mechanismy, restriktivní mechanismy.

Psychické mechanismy zahrnují všechna jednání, postupy související s prací na sobě, svém myšlení, udržování režimu a sebelásky.

Sebeuvědomění – Jitka: *„Nejprve je dobré si uvědomit, že to není normální, potom najít co nejvíce informací. Pomáhá, když si poslechněš další zkušenosti. Celkově mě zajímal můj stav, a jak na to reaguju a proč se to děje a to mi pomohlo se toho zbavit.“*

Nastavení mysli – Aneta: *„Taky mám ty svoje úzkosti, ale snažím se to neřešit tímto způsobem. Necítím se provinile. Když mám blbý den, tak si objednáme jídlo a když se budu cítit přejedeně, tak to pochopím, že v tu chvíli jsem to potřebovala a že jsem měla těžký den.“*

Režim – Aneta: *„Snažím se organizovat maximálně svůj den, ale třeba o víkendu si i plánovat volno.“*

Sebeláska – Petra: *„Snažím se mít se ráda, být na sebe hodná, neponižovat se. Já jsem si dříve neustále nadávala za cokoli. Je to složitá věc a možná ta nejdůležitější, nastavit nějaký svůj obraz do normálu, ať už jsme, jaký, jsme. Byla jsem k sobě zlá a přísná, nesnášela*

jsem pohled do zrcadla. Teď se snažím, aby tomu tak nebylo, snažím se chápat sama sebe, to si myslím, že je klíčový.“

Sociální mechanismy zahrnují všechno, kde hrají roli ostatní, přičemž si to nemusí ani nutně uvědomovat. Respondentky využívají vyhýbání se kontaktu, který je pro ně spouštěč. Uvádějí sdílení, které jim pomáhá při pocitu sounáležitosti. Dohled je pro ně mechanismus, jak si udržet kontrolu.

Vyhýbání se kontaktu – Jitka: *„K našim jezdím často po obědě, ale vím, že tam budu jíst víc, tak vynechám nějaké jídlo, což vím, že není dobře, spíš bych se měla naučit odmítat, ale moc času tam nejezdím. Jediný delší čas, který tam trávím, jsou Vánoce.“*

Sdílení – Veronika: *„Já vlastně jsem to hodně dlouho tajila, nikdo to nevěděl, potom jsem si našla přítele, kterému jsem po pár měsících přiznala, co mám za problém, od té doby jsem vlastně nezvracela a přestala se tolik přejídat.“*

Dohled – Lenka: *„Snažila jsem se být pořád někde s někým, abych se nemusela přejídat.“*

Kognitivně behaviorální mechanismy pracují s principy kognitivně behaviorální terapie, zaměřují se na spouštěče, na mechanismy při výskytu rizikové situace a její předcházení. Moje respondentky zmiňovaly často mechanismus *zastavení se*, nedělat impulzivní chování a počkat až bažení přejde. *Plán hladu a stravování* využívaly jako předcházení rizikové situaci a mechanismus *odvádění pozornosti* pracoval se vzniklou rizikovou situací.

Zastavení se – Lenka: *„V té chvíli, když už vím, že to přichází, tak se snažím uzemnit a být sama u sebe, abych věděla, co se mi stalo ten den, proč se mi to děje, být nějak v tom okamžiku a vlastně si říct, že tím jídlem to nevyřeším a jakou emoci cítím, ale ne vždy to pomáhá, ale někdy to samozřejmě pomůže.“*

Plán hladu a stravování – Jitka: *„Když jsem šla do restaurace, tak mi pomohlo přečíst si to menu dopředu, vybrat si to v klidu a ne hladová.“*

Odvádění pozornosti – Lenka: *„Jdu se projít, to mi pomáhá, když bych měla hodně veliký craving nebo se jdu osprchovat nebo můžu někomu zavolat.“*

Restriktivní mechanismy jsou převážně negativní. Omezení věcí a čistá domácnost značí restriktce, které pomáhají k sebekontrolě.

Čistá domácnost – Petra: *„Nemohla jsem moc nakupovat do zásoby, když jsem to doma měla, bylo to pro mě neuvěřitelně jednoduché, když to tam nebylo, tak jsem si to většinou rozmyslela, protože se mi nechtělo zrovna nikam jet.“*

Omezení věcí – Aneta: *„Nevím kolik vážím, na jednu stranu jsem spokojená s tím, jak vypadám, ale na druhou stranu nechci zkoušet, jestli tohle číslo probudí nějaký myšlenky nebo ne. Nevím, jak na to budu reagovat a radši to nezkouším.“*

- 2) Jaké mechanismy kontrolovaného stravování u mých respondentek se shodují s principy kontrolovaného užívání alkoholu

Z výzkumu vyplynulo, že principy kontrolované konzumace alkoholu, jsou totožné s mechanismy při kontrolovaném stravování. Zaměřují se na stejné cíle: nabytí kontroly, rozeznávání spouštěčů, práce s myšlenky a s impulzivitou. V následujících výsledcích představím princip ke kontrolované konzumaci alkoholu a k němu výrok respondentky.

Schopnost sebekontroly – Jitka: *„Když cvičím, tak je to pro mě fajn, cítím se víc aktivní a živá, jsem schopná kontrolovat jídlo, ale jakmile necvičím a nemám pravidelný režim, tak se mi to víc rozjíždí.“*

Plánování – Aneta: *„Snažím se organizovat maximálně svůj den, ale třeba o víkendu si i plánovat volno.“*

Zamezení impulzivity při styku s jídlem – Petra: *„Naučila jsem si dávat čas, když jsem měla nutkání jít zajíst všechno špatné, co se mi stalo, tak jsem byla naučená říct si, že počkám 10 minut a pokud to budu chtít udělat, tak to udělám.“*

Posilování motivace ke změně – Jitka: *„Vybavilo se mi, že jsem šla na bělení zubů a pak tady zvracím, tím pádem si kazím zuby a já chci mít dlouhý vlasy a potom tady zvracím. Jedna věc je být hubená a druhá věc je být bez vlasů, bez zubů, mít špatnou pleť a nemít veškerý živiny, který musíš mít, takže to mi v tom hodně pomohlo, když jsem začala investovat víc do sebe.“*

Porozumění sám sobě – Lenka: *„Chodím na terapie, abych poznávala víc sama sebe, abych věděla, co se semnou děje a proč.“*

Práce se spouštěči – Lenka: *„Mám naučený, že když něco dostanu v práci, tak to tam nechávám a dělím se s ostatními, což mi udělá radost, že se rozdělím a nepřinesu si to domů, takže to je taky můj mechanismus.“*

- 3) Jaké mechanismy, které používají moje respondentky, se využívají i při léčbě závislostí

Léčba závislostí a mechanismy mých respondentek se shodují převážně ve všem. Všechny mechanismy nebo strategie, které používají moje respondentky, se využívají při léčbě závislostí. Většinou jako svépomocné mechanismy. V Tabulce můžeme registrovat shodu na všech kolonkách. Název mechanismu, který nemá v adiktologii svůj nebo vhodnější termín, jsem nechala stejný. V případě, že má adiktologie lepší nebo dokonce svůj název, změnila jsem ho.

Tabulka č. 1: Mechanizmy

	Mechanizmy PPP	Termíny pro adiktologii
Psychické mechanizmy	Sebeuvědomění	
	Nastavení mysli	Změna vzorců myšlení
	Režim	Úprava životního stylu
	Sebeláska	
Sociální mechanizmy	Vyhýbání se kontaktu	Bezpečné prostředí
	Sdílení	Pomoc od druhých
	Dohled	
Kognitivně-behaviorální mechanizmy	Zastavení se	Semafor
	Plán hladu a stravování	Plán zastavení recidivity
	Odvádění pozornosti	
Restriktivní mechanizmy	Čistá domácnost	Suchá domácnost
	Omezení věcí	

Zdroj: Vlastní zpracování

3 PRAKTICKÁ ČÁST

1. Výsledky prvního cíle: Jaké mechanismy kontrolovaného stravování používají moje respondentky?

Mechanismy, které používají mé respondentky, jsem rozřadila celkem do čtyř skupin. Každá hlavní kategorie má své podkategorie a ty mají určité jevy, které můžeme vidět zvýrazněny v textu. U některých mechanismů se může zdát, že patří i jinam, v následujícím textu však popisují krátkou charakteristiku každé skupiny.

První kategorie nese název **Psychické mechanismy**, zahrnují veškerou práci s psychikou, motivací, ale i sebevzděláváním. Poukazují na důležitost sebepečce a práci se svým vědomím. Zaměřují se na změny dlouhodobé. **Sociální mechanismy** jsou spojeny se sociálním okolím, nachází se zde praktiky, ve kterých hraje roli rodina, přátelé či okolí, ať už vědomě či nevědomě. **Kognitivně-behaviorální mechanismy** popisují práci se spouštěči v rizikových situacích. Jsou jimi osvědčené techniky, které mají respondentky zažité jako fungující. Oproti psychickým mechanismům se více zabývají momentálně probíhající rizikovou situací nebo nastupujícím bažením. Poslední kategorií jsou **Restriktivní mechanismy**, které i přesto, že patří do Kognitivně-behaviorálních mechanismů, zde mají vlastní kapitolu. Jsou zde převážně věci nebo činnosti, které musely respondentky ze svého života vypustit nebo omezit.

Psychické mechanismy

- Sebeuvědomění
- Nastavení mysli
- Režim
- Sebeláska

Jako první mechanismus, o kterém mluvily všechny respondentky, bylo **sebeuvědomění**. Často popisované jevy, o kterých mluvíme jako, o sebeuvědomění, jsou náhled na onemocnění, na hloubku problému, vyhledávání si informací a přiznání si problému.

O sebeuvědomění hovoří Aneta, která popisuje **přiznání si problému** jako první krok. Můžeme zaznamenat **náhled sama na sebe**, skrze konfrontaci lidí, který si prošli onemocněním PPP. O přiznání problému skrze zkušenosti jiných a hledání si informací, popisovaly i Petra a Jitka.

Jitka: „*Nejprve je dobré si uvědomit, že to není normální, potom najít co nejvíce informací. Pomáhá, když si poslechněš nějaké další zkušenosti. Celkově mně zajímal můj stav, a jak na to reaguju, proč se to děje a to mi pomohlo se toho zbavit.*“

Zde můžeme vidět, jak Aneta hovoří o tom, že celkový zájem o **pochopení onemocnění** ji dovedlo až k hledání si odborných zdrojů a studium psychologie.

Aneta: „Když už jsem chápala, že je to problém, tak jsem se snažila víc zajímat o psychologii. Začala jsem koukat na různá videa o poruchách, ale ne s tím, že bych to musela vyřešit, ale zajímalo mě to do hloubky, proč, a jak reaguju. Celkově mně zajímala psychologie.“

Další rovina vědomí je **uvědomit si hloubku problému**, tu popisuje Jitka. Uvědomit si, že poruchy příjmu potravy nejsou zdaleka o jídle, ale že jídlo je důsledek dlouhodobé nerovnováhy v různých oblastech. To ji pomohla zvědomit psychoterapie.

Jitka: „Na terapii jsem došla k tomu, že to dělám hodně z toho stresu, že v práci jsem ve stresu a dorazím domů uvolněná a ve svém a začnu jíst všechno možný. Takže tam mi došlo i takový aha uvědomění, že tady něco nefunguje jako celkově, nemám problém jen v bulimii, ale že je problém na víc frontách a já musím jít a trochu to vyřešit.“

O **poznání sama sebe** mluví také Lenka, která dochází na psychoterapie dlouhodobě a díky tomu dokázala rozumět sama sobě a měla dostatečný náhled nad svým problémem.

Lenka: „Chodím na terapie, abych poznávala víc sama sebe, abych věděla, co se ve mně děje a proč.“

O **potřebě pomoci** mluví Veronika, která zmiňuje ztrátu kontroly sama nad sebou, která je jedním z klíčových symptomů PPP. Můžeme upozorovat označení sama sebe jako bulimička. To značí o důležitém uvědomění si svého problému a přijetí sama sebe, což je velmi důležitý při uzdravování nejen z PPP, ale i závislostí.

Veronika: „V nejhorší fázi jsem si uvědomila, že takhle žít nechci a že už to asi nezvládnou sama, začala jsem si o poruchách hledat nějaké informace, snažila jsem se hledat terapeuty apod. Nebyl problém přiznat si, že už jsem bulimička, jako to, že už to asi nezvládnou zastavit sama, neměla jsem to pod kontrolou vůbec.“

O kontrole mluví Veronika, která v rozhovoru popisuje, jak dlouho ji trvalo, než si našla psychoterapeutku a přiznala si, že její problém nedokáže zastavit sama a **potřebuje odbornou pomoc**. Zmiňuje se také často o slibech, které si dávala a nedokázala je splnit, tento jev je obvyklý při narušené kontrole a vede ke zklamání, frustraci, pocit neschopnosti. Popisují je skoro všechny mé respondentky.

Veronika: „Věděla jsem dlouho, že mám poruchu příjmu potravy, věděla jsem to hned, ale dlouho jsem si nalhávala, že jednou přestanu a že se nemusím nikomu svěřovat. Dlouhou dobu mi trvalo, že to nezvládnou jen tak sama a potřebuju, aby mi z toho někdo pomohl ven, přestala jsem to mít hodně pod kontrolou, nebylo to v moji moci to zarazit.“

Druhý mechanismus jsem nazvala **nastavení myslí**. Svým způsobem je velmi podobný jako sebeuvědomění, tato podkategorie však zahrnuje aktivnější kroky ke změně. Změna myšlení je velmi důležitý proces, nejen u poruch příjmů potravy, ale i u jiných duševních onemocnění. Nesprávné smýšlení sama o sobě, špatně nastavené nebo přejaté vzorce jsou hlavními pilíři onemocnění.

Necítit se provinile je velmi důležitým krokem ve změně myšlení, jedná se totiž o velmi častý jev při jakémkoli porušení našich nastavených hodnot a při ztrátě kontroly. Při poruše příjmu potravy je to často u nedodržení diet, přejídání se, zvracení. Aneta vysvětluje, že se snaží necítit provinile z jídla, z přejedení a učí se nahlížet správně na svoje potřeby. O tom samém, se v rozhovoru zmiňuje Veronika, Lenka a Petra.

Aneta: „*Taky mám ty svoje úzkosti, ale snažím se to neřešit tímto způsobem. Necítím se provinile. Když mám blbý den, tak si objednáám jídlo a když se budu cítit přejedeně, tak to pochopím, že v tu chvíli jsem to potřebovala a že jsem měla těžký den.*“

Další jev, který se v rozhovorech často opakoval, je **rovnováha v jídle**. Popisuje stav rovnováhy jako ideál, moci jíst všechno s rovnováhou, nepociťovat vinu, nemít žádné restriktce, mít kontrolu v jídle, nerozdělovat potraviny na dobré a ty špatné. V rozhovorech o důležitosti najít v jídle rovnováhu mluví všechny. Aneta mluví o důležitosti rovnováhy a o kategorizaci jídla na dobré a špatné, zároveň popisuje důležitost toho, neučit se odměňovat pokaždé jídlem.

Aneta: „*Když si dáš nějakou čokoládu, je to zdravý a dobrý, ale určitě je ve všem důležitá rovnováha, takže to nesmí být tak, že každou odměnu si děláš jídlem. Přestat rozdělovat jídlo na dobrý a špatný. Všechno je dobrý, když je to v rovnováze.*“

Veronika: „*Naučila jsem se neřadit jídlo na dobré a špatné, snažím se najít balanc a nezakazovat si žádný typ jídla, ale jak už to tak bývá, jsou tu potraviny, o kterých vím, že mi ten balanc rozhodí. Balanc pro mě není jen to, že můžu jíst, co chci a kdy chci, ale i vědět co potřebuju a když mi něco rozhodí, tak se necítit z toho špatná, že jsem se přejedla.*“

Slova mají velikou moc, obzvlášť u lidí, kteří mají vlastní pochybnosti. Všechny respondentky popisují zkušenost s kritickými poznámkami na jejich tělo nebo jídlo ať už ze strany rodiny, kamarádů či jiných osob. Tento jev bychom mohli nazvat **nastavení hranic**. Popisují to například Jitka a Petra, které se snaží vymezovat vůči svému okolí.

Jitka: „*Ty poznámky od druhých lidí byly taky takový „aha“ uvědomění. Došly jsme s terapeutkou k tomu, že když mi to někdo poví, tak jim to povoluju a ve chvíli, kdy jim to povoluju, tak se to nabaluje. Já jsem v tu chvíli sama sebe nehájila, jen jsem se pousmála, že je to sranda a vlastně mi to tak zranilo. To mi pomohlo, že jsem se začala zastávat sama sebe, že jsem reagovala na ty poznámky, že mi to zraňuje nebo že mi to mrzí a tak. Stát si sama za sebou, to je to, že když slyšíš tu poznámku, tak se zastat sama sebe, v tu chvíli jsi silnější. Mluvit s tím člověkem, dělat to sama pro sebe.*“

Petra: „*Ty poznámky mířené na moji váhu v rodině byly. Já si připadala tlustě, i když jsem k tomu vůbec neměla důvod. V dětství jsem hodně slyšela, že jsem krev a mlíko, že bych byla tak hezká, ale že by to chtělo zhubnout apod. Rodičům jsem nastavila hranice, až když jsem se snažila dostat z bulimie, bylo mi sama sebe líto, že já válčím s jídlem a váhou každý den a oni mají pořád na mě něco. Není jednoduché nastavovat něco, co je dlouhodobě zaběhnuté, ale je extrémně důležité zastat se sama sebe, tím, že jim dáte najevo, že to není v pohodě hodnotit něčí vzhled. Teď to tak nevnímám, ale určitě když slyším, jak někdo*

kritizuje něčí váhu, tak se proti tomu hned bouřím. Bylo by fajn, kdyby se tady ten pohled ve společnosti změnil a každý začal sám u sebe.“

Dalším mechanismem je **režim**, respondentky ho popisují jako důležitý prvek, hlavně na začátku uzdravování se z PPP. Právě neorganizovaný den, jídlo a pocit neproduktivnosti, byly často spouštěči jejich přejídání nebo pocitů viny. O nutnosti mít plánovaný den mluví Aneta, Petra a Veronika.

Aneta: *„Snažím se organizovat maximálně svůj den, ale třeba o víkendu si i plánovat volno.“*

Vypráví o tom i Jitka, která popisuje, že ji pomáhá naplánovat si, co bude jíst a mít předem nakoupený jídlo. Mít **plán v jídle** pomáhá i Veronice a Petře.

Jitka: *„Mně hodně pomohlo vědět, že si dám vyváženou snídani a normální oběd a že si dám věču.“*

X

Aneta oproti Veronice, Petře a Jitce používá opačný způsob a pracuje spíše s vůlí, a to jíst intuitivně, nemít omezení, nic si nezakazovat.

Aneta: *„Vykašlat se na jakákoli omezení, snažit se přejít k myšlence, že jídlo vůbec nemusíš řešit, že jíš, co chceš, snažit se jíst intuitivně.“*

Plánování z hlediska financí uvedla, jak Jitka, tak i Veronika. Jitka hovoří o tom, že ji pomáhá více uvažovat nad penězi a nedělat impulzivní jednání. Veronika popisuje, že finanční situace byla jednou z motivací k posílení uzdravení. Popisuje, že časté přejídání a zvracení vedli k opakovaným nákupům, to se potom odrazilo na jejím finanční situaci.

Jitka: *„Taky mi pomáhá víc uvažovat nad penězi, mít to promyšlený, nedělat ty impulzivní věci, tohle celý je jeden velký impulz ta nemoc.“*

Veronika: *„Když jsem byla na vrcholu bulimie a často se přejídala a zvracela, bylo to pro mě strašně finančně náročné. Šla jsem nakoupit si jídlo, které jsem všechno snědla a pak jsem zase neměla, takže utrácení za jídlo byla velká položka. Byla to potom i motivace, že ty peníze mi chyběly. Nebralo mi to teda jen psychiku, ale zatočilo to i s mojí peněženkou. Ve většině případů nešlo uvažovat racionálně, že mi dochází peníze a já tady utrácím velký částky za něco, co potom vyzvracím. Takže finance byly taky něco, na čem jsem se snažila pracovat a zesilovat mojí motivaci.“*

Sport bezpochyby patří k režimu. Respondentkám sport pomáhá cítit se dobře, jak fyzicky, tak psychicky. Jitka popisuje, že díky sportu má lepší pocit sama ze sebe a dokáže kontrolovat přejídání. U lidí s PPP však může být i jakýsi nástroj trestu a kompenzačního nástroje, což popisuje v minulosti i Lenka.

Jitka: *„Když cvičím, tak je to pro mě fajn, cítím se víc aktivní a živá, jsem schopná kontrolovat jídlo, ale jakmile necvičím a nemám pravidelný režim, tak se mi to potom víc rozjíždí.“*

X

Lenka: „*Sportovala jsem dost, běhala jsem i za trest, každý den jsem musela uběhnout něco, aby to bylo v pohodě.*“

Další podkategorií je **sebeláska**. Cítit se dobře ve svém těle je velmi důležitá součást cesty, doména této nemoci je nemít rád sám sebe a své tělo. Naučit se mít sám sebe rád je klíčové k uzdravení z poruch příjmu potravy.

O **investování do krásy** mluví Jitka, pro kterou procedury, které stojí peníze, se staly jednou z motivací o zanechání zvracení.

Jitka: „*Vybavilo se mi, že jsem šla na bělení zubů a pak tady zvracím, tím pádem si kazím zuby a já chci mít dlouhé vlasy a potom tady zvracím. Jedna věc je být hubená a druhá věc je být bez vlasů, bez zubů, mít špatnou pleť a nemít veškerý živiny, které musíš mít, takže to mi v tom hodně pomohlo, když jsem začala investovat víc do sebe.*“

O **pečování o vzhledu** jako mechanismu hovoří i Veronika a Petra.

Veronika: „*Hodně mi taky pomáhá cítit se dobře, když jsem měla třeba deprese, tak jsem svůj vzhled zanedbávala, ale to bylo pro mě ještě horší se tak vidět, spustilo to ve mně hrozný pocitu a ty mě pak zase dovedly k jídlu. Být hezky upravená a snažit se cítit hezky ve svém těle. Tím, že dbáte o svůj vzhled nebo, že víte, že pro sebe něco děláte je pro mě hrozně důležitou složkou toho, nepropadnout nějakým myšlenkám.*“

Mít ráda sama sebe, popisuje v rozhovoru Petra, což je klíčová věc při změně našeho myšlení a nastavení správného obrazu sebe sama, který mají lidé s PPP narušený. V rozhovorech se objevuje častý jev, kdy měly respondentky zažité dlouhou dobu váhu jako hodnotu jejich samotných.

Petra: „*Snažím se mít se ráda, být na sebe hodná, neponižovat se. Já jsem si dříve neustále nadávala za cokoli. Je to složitá věc a možná ta nejdůležitější nastavit nějaký svůj obraz do normálu. Byla jsem k sobě zlá a přísná, nesnášela jsem pohled do zrcadla. Teď se snažím, aby tomu tak nebylo, snažím se chápat sama sebe, to si myslím, že je klíčový.*“

Sociální mechanismy

- Vyhýbání se kontaktu
- Sdílení
- Dohled

První sociální mechanismus jsem pojmenovala **vyhýbání se kontaktu**, jedná se o vyhnutí lidem, kteří mohou být spouštěči a mohou vést k rizikové situaci. Jedná se o mechanismus využívaný často v kognitivně behaviorální terapii, jako vyhýbání se spouštěčům. Vzhledem v souvislosti s lidmi, jsem to zařadila do sociálních mechanismů. V rozhovorech zaznělo od čtyř respondentek. Lenka popisuje v rozhovoru snahu redukce kontaktu se svojí tchýní a rodinou. Jsou to lidé, s kterými se necítí sama sebou a můžou být spouštěči ke špatným emocím, které můžou vést k rizikovému chování.

Lenka: *"S tou tchýní je to spíš, že se mi tam nechce než kvůli jedení, ale kvůli pocitu tam, ale jezdíme tam míň. S našima chci být taky míň, ale nevím, jestli to má něco společného s tím, to už je spíš následek a o tom jak mi je."*

Jitka popisuje také **omezení kontaktu** s rodiči, v rozhovoru uvádí, že s rodiči tráví čas hlavně z povinnosti a že vztahy jsou tam nerespektující. Její mechanismus je jezdit k rodičům po obědě nebo vynechat nějaké jídlo.

Jitka: *"K našim jezdím často po obědě, ale vím, že tam budu jíst víc, tak vynechám nějaké jídlo, což vím, že není dobře, spíš bych se měla naučit odmítat, ale moc času tam nejezdím. Jediný delší čas, který tam trávím, jsou Vánoce."*

Dalším mechanismem v této oblasti je **sdílení**, které je velmi důležité pro přijmutí, svěřit se s problémem a nebýt na to sám. U poruch příjmu potravy je typické dlouhodobé utajování svého problému a někdy izolace od okolí. Právě sdílení může být tím prvním krokem k řešení svého problému nebo k tomu, se cítit lépe a vědět, že na svoji těžkost nemusí být samy. O sdílení ve smyslu svěřit se někomu, hovoří v rozhovorech všechny respondentky.

Jitka hovoří o důležitosti sdílení, jako o **pochopení od okolí**, které může pomoci při pochopení dělání určitých kroků nebo odmítání určitých věcí, jídel. Zároveň dodává, že je velmi důležité vybírat, komu se otevře.

Jitka: *„Napadá mi, aby to věděli blízký osoby, potom se budeš cítit bezpečně, říct, že něco nemůžeš, nebo že se na něco necítíš a mít to respektující okolí. Já si nedokážu představit říct u našich, že bych chtěla mít něco zdravějšího, ale ve chvíli, kdy to lidi ví, tak jsou ochotný, jen jim musíš dát šanci v tom, že ji to řekneš.“*

Veronika popisuje, jak dlouho svůj problém tajila před ostatními a nakonec **svěřit se** svému přítelovi bylo pro ni klíčové v tom, že přestala zvracet a tolik se přejídat. Zde můžeme vidět, že sdílení mělo velikou úlohu a dle respondentky klíčovou. Začala ihned abstinovat od rizikového chování, jako je zvracení. Se svojí psychikou se potom již obrátila na odborníka.

Veronika: *„Já vlastně jsem to hodně dlouho tajila, nikdo to nevěděl, potom jsem si našla přítele, kterému jsem po pár měsících přiznala, co mám za problém, od té doby jsem vlastně nezvracela a přestala se tolik přejídat. Celou dobu jsem se bála, aby to někdo nevěděl. Potom jsem přestala zvracet od té doby, co jsem věděla, že to přítel ví, nechtěla jsem ho zklamat, vzala jsem to jako závazek. Myšlenky na postavu a na jídlo přetrvávají bohužel, proto jsem si našla psychoterapii. Každopádně byly doby, kdy jsem si nedokázala představit, že z toho řetězce přejídání a zvracení vyskočím. Sdílet to tomu pravému bylo pro mě klíčové.“*

Další mechanismus jsem pojmenovala jako **dohled**, popisuje pomoc od druhých, který pomáhá držet nad nimi kontrolu, kterou lidé s PPP nemají tak silnou. Mít nad sebou dohled může pomoci zejména při začátku uzdravování, kdy respondentky mají zhoršené sebeovládání.

Lenka vypráví o tom, jak se snažila **být v neustálém kontaktu s někým**, aby se nemohla přejídat, vytvářela si tak nepřímý dohled od ostatních.

Lenka: „*Pak jsem se snažila být pořád někde s někým, abych se nemusela přejídat.*“

Popisuje také pomoc od přítele, který o problému ví a je tu pro ni jako psychická **podpora**, třeba že ji udává normu v jídle, kterou si ona v tu danou chvíli není schopná dát sama. Pomoc od přítele zmiňuje taktéž Jitka, Veronika a Petra.

Lenka: „*Když třeba brečím nebo si to vyčítám, tak mi řekne, že jsem se úplně zbláznila, tak mi dává hodně tu normu, která je pro mě strašně těžká. Třeba mu řeknu, že mám chuť nějaký hrozný, tak se o tom bavíme nebo já řeknu, že bych si dala třetí kousek čokolády a je to samozřejmě i na mém uvážení, ale i on mi k tomu něco řekne, třeba jestli se nechci radši najíst, takže takhle to máme. Často si pak řeknu aha, tak já jsem nejedla od dvanácti hodin, tak dává smysl, že mám hlad, a tak si dám radši jogurt s něčím nebo chleba a tak.*“

Další pomoc si Lenka nastavila se svými spolubydlícími, které o jejím problému věděly. Měla nastavené **opatření**, že když dostala v práci sladkosti, tak je musela odevzdat jim a říct si, jen když na to dostane chuť, přičemž to nesměla sníst celé najednou. Opatření měla také se svými kamarádkami, se kterými když jela na víkend, tak dostala svoji porci jídel do misky zvlášť. Měla tak přehled kolik čeho snědla a nehrozilo přejedení. Zde můžeme opět sledovat pomoc od druhých pomoci převzetí kontroly.

Lenka: „*Měla jsem různé opatření se spolubydlícíma, když jsem pracovala, tak jsem dostávala nějaký sladkosti, to je dost častý, tak jsem dala svojí spolubydlící a mohla jsem ji říct, jen když jsem na to měla chuť, ale abych to nesnědla celé.*“

Lenka: „*Když jsem jela s holkami na víkend, tak jsem měla zvlášť chipsy nebo zvlášť oříšky a pak už jsem nedostala, tohle jsem tak chtěla, takže to bylo takový opatření.*“

Další jev, který se často opakoval, byla **telefonická pomoc**, která byla popisována hlavně při bažení na odvrácení přejedení nebo zvracení. Mělo jít o jakousi záchrannou brzdu, často bylo ale zmíněno, že při tom největším pnutí a cravingu se těžko tato pomoc využívala. Veronika popisuje situaci, která ji v danou chvíli pomohla. Telefonická pomoc, jako pomoc od odvrácení rizikového chování popsala v rozhovoru také Jitka, Lenka, Petra.

Veronika: „*Párkrát pomohlo zavolat přítelovi, když jsem měla nutkání jít něco zajíst nebo se přejíst a nechtěla jsem, abych šla zvracet. Povídání může v té krizi pomoc, ale pokud je to pnutí už velmi silné a rozjeté, je těžké to zastavit. Telefon mi hodně pomáhal, když jsem se snažila přestat zvracet, ale nutkání přejíst se bylo vždycky silné, tam jsem to nebyla schopná využít.*“

Kognitivně-behaviorální mechanismy

- Zastavení se
- Plán hladu a stravování
- Odvádění pozornosti

Zastavení se, nadechnutí se, počkat pár minut, být sama u sebe je u mnoho respondentek fungující mechanismus, který může odvrátit rizikové impulzivní chování. V tomto případě přejedení nebo následné zvracení. Dává prostor pro zklidnění v daný moment. Je využívaný těsně před pnutím nebo přímo v ten moment.

Počkat chvíli. Mechanismus, který popisuje Petra. Dává si deset minut, během kterých má prostor na to si rozmyslet a odvrátit rizikové chování. Nedává si ultimáta v podobě, že to udělat nesmí, ale pracuje s vůlí a čeká deset minut. Je to naučený mechanismus, ke kterému se musela dopracovat. Stejný postup popisuje také Veronika a Jitka.

Petra: „*Naučila jsem si dávat čas, když jsem měla nutkání jít zajíst všechno špatné, co se mi stalo, tak jsem byla naučená říct si, že počkám deset minut a pokud to budu chtít udělat, tak to udělám, smlouvala jsem normálně sama se sebou. V hodně situacích mi to pomohlo a přejedení jsem odvrátila. Když jsem se přejedla, tak mi způsob počkat chvíli pomohl i v tom nejtíhnutelně zvracet, ale je to něco, co jsem se musela naučit, když to pnutí bylo hodně velké, nepomohlo nic.*“

Být u sebe, zastavení se a přemýšlení co se děje popisuje Lenka, která v tu chvíli hledá, jakou emoci cítí a přemýšlí, co se ten den stalo.

Lenka: „*V té chvíli, když už vím, že to přichází, tak se snažím uzemnit a být sama u sebe, abych věděla, co se mi stalo ten den, proč se mi to děje, být nějak v tom okamžiku a vlastně si říct, že tím jídlem to nevyřeším a jakou emoci cítím, ale ne vždycky to pomáhá, ale někdy to samozřejmě pomůže.*“

Další podkategorií jsem označila **plán hladu a stravování**. Najít rovnováhu sytosti je pro lidi s poruchou příjmu potravy nelehký úkol. Pocit hladu u mnohé z nich vyvolává nutkání k přejedení, ale na druhé straně velký pocit sytosti může spouštět ty samé pocity.

Jitka popisuje svůj osvědčený mechanismus, najíst se před nakupováním, **nechodit nakupovat hladová**. Hlad může být velkým spouštěčem a může vyvolat pnutí.

Jitka: „*Nesmím chodit nakupovat hladová, jakmile jdu nakoupit, když mám hlad, tak si koupím něco sladkého a otevírám si to už cestou domů. Takže ve chvíli, kdy se najím, tak nemám chuť a hlad, takže to je podle mě velký problém. Když jsem najezená, tak můžu racionálně uvažovat nad tím, tak co já si udělám na svačinu, k večeři a tak.*“

Veronika: „*Když jdu nakoupit, snažím se před tím najíst, já když mám hlad, tak nikdy nekoupím věci do zásoby, většinou to dopadá tak, že si nakoupím strašně moc jídla, který chci teď hned, protože teď mám hlad a chuť. Takže na to musím myslet, abych tomu předešla.*“

Hlad je pro mě nebezpečný spouštěč hlavně v tom obchodě, protože je tam mraky možností, co můžu mít a čím se přejím.“

Jitka popisuje svůj mechanismus i pro návštěvu své rodiny, u kterých nemá respekt a podporu. Na návštěvu jezdí často **po obědě**, aby měla důvod pro odmítnutí jídla. Mluví i o **vynechání jídla**, aby předešla pocitům viny, které poté rozjíždí rizikové chování.

Jitka: *„U rodičů nemám respekt, když něco nechci, takže musím lhát, že jsem plná nebo si to vezmu a vyhodím nebo to někomu dám. K rodině jezdím často po obědě, ale moc času tam nejezdím.“*

O plánování v jídle mluví i Jitka ve spojitosti, když jde do restaurace, kde ji pomáhá si **vybrat si jídlo dopředu** v klidu a mít jasný plán dopředu, co si dá.

Jitka: *„Když jsem šla do restaurace, tak mi pomohlo přečíst si menu dopředu, vybrat si to v klidu a ne hladová.“*

Ve výpovědích Petra a Veronika zmiňují, že při záchvatu přejídání dochází k rychlému konzumování jídla, charakterizují to jako impulzivní moment, který musí být dokonán co nejrychleji a co nejdříve, proto se snaží klást důraz na **klid** a mít **čas na jídlo**.

Petra: *„Když jím a pospíchám, začnu rychle jíst, připomíná mi to přejídání a to je špatný, musím mít čas a uklidnit se.“*

Veronika hovoří o potravinách, které ji spouštějí, a proto je lepší se jim vyhnout. Je si vědoma svých spouštěčů, které se snaží omezit nebo ze svého jídelníčku vyřadit. Hovoří o brambůrkách, jako o jedné z rizikových potravin, které v ní vyvolávají bažení. Ve výpovědi reflektuje, že je ideální stav, kdy na ní tato potravina nemá vliv, ale dle jejích je teď nutné **potravinu omezit nebo vynechat**.

Veronika: *„Vím, že jsou pro mě rizikové brambůrky, je pro mě lepší se jim vyhnout, ale snažím se s tím být v pohodě i když je konzumuju, v budoucnu bych si přála, aby pro mě nebyly rizikové, ale teď ještě není ten čas a musím si dávat bacha.“*

Veronika hovoří, že v době přejídání měla rituál, přejídala se u notebooku v jiné místnosti než v kuchyni, kde měla něco puštěného. Hovoří o **rozbourání starého rituálu** pomocí nemít jídlo u notebooku, ale u stolu. Současně reflektuje, že to pro ni byl způsob úniku od povinností a úleva od stresu.

Veronika: *„Měla jsem bulimii hodně spojenou s rituálem, kde si sednu k notebooku, něco si pustím a u toho se přejím, byl to pro mě rituál, způsob, jak si ulevit a odložit povinnosti, musela jsem potom jíst u stolu bez notebooku, kde to pro mě nebylo tak rizikové.“*

Kombinace jídel je pro Petru vzpomínka na záchvatovité přejídání, kdy byla schopná jíst různé kombinace jídel. Popisuje, že specifická chuť, kterou se v minulosti přejídala, ji způsobují myšlenky na bulimii.

Petra: *„Vlastně jsem to do sebe hrnula všechno pátý přes devátý, teď se takovým divným kombinací jídel vyhýbám.“*

Mechanismus **odvádění pozornosti** znamená zabavit se jinou činností, zkusit převést svoji pozornost od bažení a jídla někam jinam. Změna činnosti a prostředí může pomoci přerušit nebo zabránit rizikovému chování. Svoji metodu popisuje Lenka. O změně činnosti mluví taktéž Petra.

Lenka: „*Jdu se projít, to mi pomáhá, když bych měla hodně veliký craving nebo se jdu osprchovat nebo můžu někomu zavolat.*“

Restriktivní mechanizmy

- Čistá domácnost
- Omezení věcí

Čistá domácnost znamená **nemít doma potraviny**, u nichž by bylo velké riziko přejedení při návalu bažení. Nemít doma hned něco po ruce může při impulzivním chování velmi pomoci. Může dojít k uklidnění a pozastavení se, pokud ne, můžou rizikové chování přerušit ještě překážka toho, muset si někam dojít. Mluví o tom například Jitka, Veronika a Petra.

Jitka: „*Nemít to doma, nemít ty možnosti. Já když si koupím čokoládu, tak si potom neumím dát čokoládu denně, sním to, protože to tady mám a chci to, sladký je pro mě velký problém.*“

Petra: „*Nemohla jsem moc nakupovat do zásoby, když jsem to doma měla, bylo to pro mě neuvěřitelně jednoduché, když to tam nebylo, tak jsem si to většinou rozmyslela, protože se mi nechtělo nikam zrovna jet.*“

O podobném mechanismu mluví Lenka, která když dostává v práci sladkosti, tak si je nebere domů a nechává je v práci a dělí se s ostatními.

Lenka: „*Mám naučený, že když něco dostanu v práci, tak to tam nechávám a dělím se s ostatními, což mi udělá radost, že se rozdělím a nepřinesu si to domů, takže to je taky můj mechanismus.*“

Omezení věcí, tak jsem nazvala mechanismus, který omezuje nebo zakazuje používání věcí, které by mohly rozhodit psychiku. Jsou jimi kalorické tabulky, o kterých se zmínily všechny respondentky, dále váha a zrcadlo. Jsou to nástroje, které kontrolují váhu, vzhled nebo jídlo. Některé respondentky popisují, že musely omezit nebo vypustit tyto věci ze svého života, aby našly zdravý vztah k sobě a k jídlu.

Popisuje to Aneta, která **nepoužívá váhu**. V minulosti váhu používala jako měřítko úspěchu a hodnoty sama sebe. Dnes se neváží. Nemyslí si, že by ji váha rozhodila, ale nechce to pokoušet.

Aneta: „*Nevím, kolik vážím, na jednu stranu jsem spokojená s tím, jak vypadám, ale na druhou stranu nechci zkoušet, jestli tohle číslo probudí nějaký myšlenky nebo ne. Nevím, jak na to budu reagovat a radši to nezkouším.*“

Petra: „Váhu jsem vyhodila už dávno, byl to pro mě *dáblův nástroj*, vážila jsem se každý den a teď jsem hrdá na to, že když by se mě zeptal někdo, kolik vážím, že mu můžu říct, že nevím a je mi to jedno.“

Dalším nástroje, který ovlivňoval čtyři respondentky, je aplikace **kalorické tabulky**. Jde o aplikaci, do které si uživatel zapisuje všechno, co za den snědl. Podle nastavených kritérií je vidět, kolik čeho uživatel snědl a kolik sníst ještě může. Pokud sní více, než bylo nastaveno, objeví se mu tabulky v červených hodnotách.

Jitka mluví o kalorických tabulkách jako o spouštěči, který musela ze svého života vypustit.

Jitka: „Napadají mě *kalorické tabulky jako spouštěč*. Jakmile holka začne jet *kalorický tabulky* a hrozně se na to soustředí, pak tam najednou vidí ty červené hodnoty, tak je to strašný problém. Za mě je to strašný a nemělo by se to používat. Udržet to a být v pohodě, když je to červený je náročný a pak si dáš víno, ale už se nenajíš večere, protože *kalorický tabulky* už ti blikají. Takže jedno období jsem na tom hodně jela, ale potom jsem to musela odinstalovat.“

Petra vypráví o podobné zkušenosti s kalorickými tabulkami, které v ní rozjízďely pocity méněcennosti. Pocity, že situaci nezvládla, ji vedly k depresi.

Petra: „Jedno období jsem měla depresi z toho, když jsem si nedokázala zapisovat *tabulky*, nebyla jsem schopná to udržet, dodržovat to. Byla o pro mě známka, že jsem zase selhala a že stojím za nic. Vždycky jsem jela *tabulky* a potom jsem se přejedla a nějaký čas jsem nezapisovala a takhle to jelo dlouho. *Tabulky* jsem přestala používat a stravovat se intuitivně.“

Zrcadlo je odraz našeho vzhledu, ne však každý tam najde skutečnost. Zrcadlo jako spouštěč negativních myšlenek popisuje Veronika, Jitka i Lenka.

Veronika: „Celý život se koukám do zrcadla a je to pro mě *strašně náročný*, nikdy tam totiž nejsem spokojená, ať už vážím, kolik chci, nepamatuju si, že bych tam našla tu, co bych chtěla. Největší uvědomění se zrcadlem bylo, když mi přítel vyprávěl, že ještě dříve, než jsem mu řekla o mém problému, tak si všimnul, že se do zrcadla dívám jinak, jinak než ostatní lidi, dřív to nějak neřešil nebo asi nevěděl, co si o tom myslet, ale pak se mu to spojilo, když jsem mu to řekla. Od té doby se snažím se na sebe koukat tak přísně.“

Mezi další mechanismus patří **omezení alkoholu**, který patří při poruše příjmu potravy jednoznačně ke spouštěčům. Dochází k němu ke ztrátě kontroly nad jídlem, o jeho omezení mluví Jitka a Lenka.

Jitka: „Alkohol je *spouštěč*, ve chvíli, kdy piju, tak je mi jedno, co jím a kolik toho jím.“

Lenka: „Alkohol rozhodně zvyšuje chuť a tu kontrolu pouští, piju ho určitě míň, to jsem hodně omezila.“

Výsledky druhého cíle: Jaké mechanismy kontrolovaného stravování se shodují s principy kontrolovaného užívání alkoholu?

Existuje více druhů intervencí a programů, které mají za úkol upravit konzumační návyky a škodlivé užívání. Pro porovnávání mechanismů kontrolovaného stravování u mých respondentek jsem si vybrala terapii kontrolované konzumace, která navazuje na tradici *Behavioral Self-Control Training*, k níž se řadí i koncepce Joachima Koerkela (Funke, Orliková, 2020) a jehož principy budu srovnávat v první části, která se zaměřuje nejen na práci s alkoholem jako takovým, ale je to i o porozumění sám sobě a hledání důvodů rizikového chování. V druhé části budu porovnávat konkrétní doporučené postupy kontrolované konzumace alkoholu z publikací a příruček zaměřený na mechanismy a postupy při léčbě závislostí a z doporučených postupů pro snižování rizik (HR) v oblasti alkoholu.

Posílení schopnosti sebekontroly, plánování a zamezení impulzivity při styku s jídlem

„Současní teoretici se shodují, že extrémní potřeba kontrolovat příjem potravy i jiné aspekty chování jsou ústřední charakteristikou poruch příjmu potravy.“ (Novák, 2010, s. 20)

U PPP je ztráta sebekontroly jeden z hlavních příznaků tohoto onemocnění. Postižení mají ze začátku pocit zvýšené kontroly nad sebou a svým tělem, při porušení svých nastavených hodnot v jídle pak většinou při přejídání a následném zvracení ztrácí sami nad sebou kontrolu. Ve výpovědi respondentek se můžeme setkat s několika mechanismy, které se snaží o zesílení, nebo posílení sebekontroly, ať už plánováním nebo prací se spouštěči v rizikové situaci. U mých respondentek to bylo například **plánování jídla, pravidelný režim a sport**, který jim pomohl posílit sebekontrolu. Také hovoří o sebemonitorování pomocí jídelního deníku. Při práci s impulzivitou a bažením hovoří hodně respondentek o mechanismu **zastavení se**, díky kterému se často zamýšlely samy nad sebou a dávaly si prostor pro rozmyšlení celé situace nebo **změnu činnosti**.

Jitka popisuje větší sebekontrolu pomocí režimu: *„Mně hodně pomohlo vědět, že si dám vyváženou snídani a normální oběd a že si dám, věču.“*

Lenka popisuje mechanismus pro zvládnání impulzivity a bažení: *„Jdu se projít, to mi pomáhá, když bych měla hodně veliký craving nebo se jdu osprchovat nebo můžu někomu zavolat.“*

Petra popisuje mechanismus sebemonitorování pomocí jídelního deníku, díky kterému měla přehled o tom, co snědla a kolik, což ji pomohlo při redukci rizikového chování: *„Hodně mi tenkrát pomohl jídelní deník, vedla jsem si všechno, to jsem měla od kamarádky, která chodila na stacionář a tak jsem se učila mít přehled nad sebou.“*

Odhalení a posílení vnitřní motivace ke změně

„Cesta ke změně, přerušení anorektického nebo bulimického způsobu života, je zdlouhavá a namáhavá a často je třeba mnoho pokusů, než se jí skutečně dosáhne.“ (Papežová, 2012, s. 27)

Motivace ke změně byla u mých respondentek různá. Často se objevovaly motivy k tomu cítit se dobře ve svém těle, mít svůj život pod kontrolou, ale také nezklamat přítele nebo nedostatek financí.

Motivace hraje v celém procesu léčby PPP, ale i při závislostech důležitou roli, podílí se na jeho aktivní změně. Papežová (2012) uvádí ve své knize pět stádií motivace u poruch příjmu potravy. Prvním stádiem je **popření**, jedná se o stav, kdy člověka nenapadne, že má problém, nechce změnu, protože ji nevidí. Druhým stádiem je **úvaha**, jedná se především přemýšlení nad svým problémem. Zde si již jedinec pomalu uvědomuje, že má problém a začíná mu věnovat pozornost, stále však nedělá aktivní kroky ke změně. Třetím stádiem je **příprava**, kde si postižený již změnu přeje, ale není si jistý změnou a některé faktory mohou ztěžovat změnu. Čtvrtý stádium je **akce**, pacient začíná se změnou chování, snaží se změnit a využívá podpory a povzbuzení. **udržení** je páté stádium, které je pokračováním v práci uzdravování se a prevenci relapsu (Papežová, 2012).

Papežová (2012) vysvětluje, že změna u lidí s PPP může být složitá a zdlouhavá a může dojít k ustrnutí v rané fázi na dlouhou dobu. O takovém ustrnutí mluví v rozhovoru i Petra, která reflektuje, že pro ni bylo těžké dlouhou dobu přiznat si problém. Uvědomovat si problém začala na základě toho, co jí bulimie brala, a to peníze, čas a kamarádky, které se staly motivací ke změně.

Veronika: „Dlouho jsem si nepřiznala, že mám problém, myslela jsem si vždy, že je to prostě můj způsob kontroly, aniž bych si uvědomovala opak. Postupně mi docházelo, že je to trochu blbý a když jsem si najednou uvědomila, že mi bulimie bere peníze, čas a vlastně i kamarádky, kterým jsem se vyhýbala v té nejhorší fázi, tak jsem to chtěla zpátky, být zase normální. Bylo to dlouhý, než mi došlo, že jsem v tom až po uši nebo jsem to prostě vědět nechtěla, nevím.“

O jedné z motivací, díky které Jitka přestala se zvracením, bylo investování do krásy.

Jitka: „Vybavilo se mi, že jsem šla na bělení zubů a pak tady zvracím, tím pádem si kazila zuby a já chci mít dlouhé vlasy a potom tady zvracím (...) to mi v tom hodně pomohlo, když jsem začala investovat víc do sebe.“

porozumění sám sobě a posílení schopnosti rozlišit, které vnitřní stavy (rizikové myšlenky a emoce) a vnější rituály jsou při konzumaci mimořádně nebezpečné a vedou k nežádoucím excesům

Porozumět sám sobě, zde bychom mohli zařadit celou kategorii psychických mechanismů, které jsou o tom porozumět sám sobě a svému problému. Pracují na sobě skrze psychoterapii a svépomocí.

Lenka: „*Chodím na terapie, abych poznávala víc sama sebe, abych věděla, co se ve mně děje a proč.*“

Schopnost rozlišit rizikové spouštěče přímo při konzumaci, v našem případě jídla můžeme brát jako část, která se přímo věnuje konzumaci jako takové. Ve výpovědích můžeme zaznamenat mnoho spouštěčů. Může se jednat o rychlost konzumace, riziková potravina nebo nepravidelnost a nerovnováha v jídle, které jim při konzumaci spouští bažení. Pro to, aby se lidé s poruchou PPP mohli kontrolovaně stravovat a naučit se běžnému stravování, potřebují různé individuální způsoby, stejně tak jako u alkoholové závislosti. Jsou to konkrétní mechanismy, které zacházejí přímo s konzumací jídla, např. Veronika hovoří o riziku při konzumování brambůrků. Petra popisuje, že jen rychlost konzumace může zapříčinit připomenutí starých vzorců chování a vyvolat bažení.

Veronika: „*Vím, že jsou pro mě rizikové brambůrky, je pro mě lepší se jim vyhnout.*“

Petra: „*Když jím, tak jen to, že pospíchám, když začnu rychle jíst, připomíná mi to přejídání a to je špatný, musím mít čas.*“

Srovnání mechanismů s doporučenými postupy v přímé kontrolované konzumaci alkoholu

Výše můžeme sledovat srovnání mechanismů s principy, které se využívají při terapii kontrolované konzumace. Zde porovnáme, které doporučené postupy přímé konzumace alkoholu se mohou shodovat i s mechanismy související s konzumací jídla. Srovnání provedu podle doporučených postupů kontrolované konzumace alkoholu od Nešpora a podle HR v užívání alkoholu od Vacka a Vondráčkové.

1) Pít tak, aby se nepřekročila určitá hladina alkoholu

Srovnání s mechanismem: Toto doporučení můžeme připodobnit výpovědi respondentek, které uvedly, že pocit přejedení je pro ně spouštěč nepříjemných pocitů, které je pudí k rizikovému chování. Jde tedy o zvědomění svých hranic, ať už alkoholu nebo v jídle.

2) Doporučuje se konzumovat spíše menší koncentrace alkoholu, tedy pít spíše pivo a víno, než lihoviny

Srovnání s mechanismem: Tento způsob můžeme připodobnit mechanismu vyhýbání se rizikové potravíně, například brambůrkům, o kterých mluvila ve výpovědi Veronika a jenž jsou pro ni veliké riziko bažení.

3) Rychlost konzumace, čím pomalejší a plynulejší konzumace, tím méně riziková

Srovnání s mechanismem: O důležitosti toho, jíst v klidu a pomalu mluví ve výpovědi Petra, která měla rychlou konzumaci jídla spojenou se záchvatovitým přejídáním.

4) Riziko míchání nápojů

Srovnání s mechanismem: O riziku kombinaci jídel mluví Petra, která má kombinaci několika jídel spojenou se záchvatovitým přejídáním. Nyní se zvláštní kombinaci jídel vyhýbá.

5) Nepít s cílem zbavit se negativních emocí

Srovnání s mechanismem: O tom, že jídlo je nástroj, k úlevě od negativních emocí, stresu nebo povinností, mluvily všechny moje respondentky. Proto je důležité hledat příčinu onemocnění a pracovat se svoji psychikou.

Výsledky třetího cíle: Jaké mechanismy, které používají moje respondentky, se využívají v adiktologii?

Pro naplnění třetího cíle používám přehled, kde srovnávám mechanismy, které používají moje respondentky s mechanismy, které se využívají při léčbě závislostí. Pro srovnání mechanismů v adiktologii používám různé publikace primáře Mudr. Karla Nešpora, CSc.

Tabulka č. 2: Mechanizmy

	Mechanismy PPP	Termíny pro adiktologii
Psychické mechanismy	Sebeuvědomění	
	Nastavení mysli	Změna vzorců myšlení
	Režim	Úprava životního stylu
	Sebeláska	
Sociální mechanismy	Vyhýbání se kontaktu	Bezpečné prostředí
	Sdílení	Pomoc od druhých
	Dohled	
Kognitivně-behaviorální mechanismy	Zastavení se	Semafor
	Plán hladu a stravování	Plán zastavení recidivity
	Odvádění pozornosti	
Restriktivní mechanismy	Čistá domácnost	Suchá domácnost
	Omezení věcí	

Zdroj: Vlastní zpracování

Sebeuvědomění je důležitý přístup, jak při léčbě PPP, tak při závislostech. Zahrnuje přiznání si problému a jeho hloubky, hledání si informací, pozorování spouštěčů apod. Jak píše Nešpor (2006): „*Přiznání si problému už je krok k jeho vyřešení.*“ Přiznat si problém nebo uvědomit si jeho hloubku, popisují moje respondentky jako první a důležitý krok k uzdravení.

Nastavení mysli je podobné jako sebeuvědomění. Jde o snahu nebo o přenaucení starých vzorců myšlení a myšlenek, které respondentky často vedly k rizikovému chování. Nešpor (2012) to uvádí, jako změnu nebezpečných automatických vzorců chování. V publikaci *Jak překonat hazard* popisuje **kognitivní restrukturuaci**, jakož proces změny myšlení a nastavení správného myšlení. Příklad kognitivní restrukturuace u gamblerů: chyba myšlení: až vyhraju, budu šťastný. Restrukturuace: výhra je to nejnebezpečnější co existuje, vyvolává silné bažení, zhoršuje k sníženému sebeovládání a k prohrám (Nešpor, 2012). Kognitivní restrukturuace u mých respondentek by vypadala následovně: chyba myšlení: být hubená znamená být dobrá. Restrukturuace: moje váha nepodmiňuje to, jaká jsem a kdo jsem.

Režim pro mé respondentky zahrnoval organizovaný den, plánování jídla, plánování financí a také sport. Celkově jde o správnou životosprávu, která je důležitá pro životní rovnováhu. Nešpor (2006), popisuje důležitost úpravy životního stylu. Zmiňuje, že vyčerpanost, přepracovanost, ale i nuda zhoršují sebeovládání, což můžeme zaznamenat v rozhovoru u respondentek, kde pár z nich vypovědělo, že jakmile nemají organizovaný den, je jejich sebeovládání zhoršené. Uvádí zde i cvičení, sport nebo jiná tělesná práce může zmírňovat úzkosti, deprese, bažení a zlepšuje sebeovládání. Co se týče aktivit je také zajímavá strategie **Jánošík** (bohatým bral a chudým dával), znamená ubrat tam, kde je aktivity příliš a přidat tam, kde je aktivity málo, popisuje to jakousi rovnováhu, kterou respondentky často zmiňovaly ve výpovědích.

Sebeláska. Lidé s PPP často nemají rádi sebe a svoje tělo, najít v sobě schopnost se mít rád a schopnost o sebe pečovat je v roli uzdravení klíčová. Stejně tak jako u závislostí se musíme zaměřit sami na sebe. Nešpor (2011) uvádí důležitost v umění pečovat sám o sebe, mít rád sám sebe, moci odpouštět. Ve svých příručkách popisuje také nespočet technik relaxací a meditací, jako mírnění únavy, deprese, úzkost, zvyšování odolnosti vůči stresu apod.

Vyhýbání se kontaktu je totožné jako vyhýbání se spouštěčům, v tomto případě jsou spouštěči lidé. Respondentky často uváděly návštěvu rodičů jako spouštěč a rizikovou situaci, proto se mnohokrát v tomto prostředí nezdržovaly nebo nevyhledávaly je. Nešpor (2006) ve své publikaci uvádí **bezpečné prostředí**, viz kategorie čistá domácnost.

Sdílení a dohled. U respondentek se blížeji jednalo o svěření se, říct si o pomoc, pochopení od okolí, telefonická pomoc. Tyto aspekty uvádí také Nešpor (2011), jako pomoc od druhých při ocitnutí v ohrožené situaci bažením – jmenuje požádání pomoci od odborníka, radu blízkého člověka, popovídat si, možnost telefonátu.

Zastavení se používají respondentky v pnutí, bažení nebo v rizikové situaci. Jde o uklidnění, vyčkání chvíli a zastavení se, přemýšlet o situaci, neudělat impulzivní jednání, k němuž to svádí. V adiktologii se využívá stejný mechanismus, který se jmenuje **semafor**. Využívá stejného principu a je pečlivěji popsán do třech rovin. Při objevení nebezpečí klient rozezná nebezpečí a zablokuje impulzivní jednání, které by vedlo k recidivě. Zastaví se, tento krok znázorňuje červená, jako na semaforu. Oranžová barva signalizuje přípravu možností a vybavení si jejich možností. Poslední zelená značí akci, uskutečnění vybrané možnosti a zhodnocení, zda byl výběr úspěšný (Nešpor, 2011).

Plán hladu a stravování jsou mechanismy u respondentek, které jim pomáhají předcházet rizikovému chování. V tomto případě je to nechodit nakupovat hladová, návštěvy po obědě, plánování jídla v obchodě. Jsou to specifické mechanismy vztažené k jídlu. V adiktologii se můžeme setkat s plánem zastavení recidivity, jde v podstatě o to samé, jen je to přizpůsobeno k dané závislosti a je to individuální, dle závislosti. Jde například o plánování docházení do doléčovací skupiny nebo organizování si celého týdne, kde nezbude čas na rizikové chování (Nešpor, 2011).

Odvádění pozornosti od rizikového chování nebo přerušení rizikového chování. Tak popisují respondentky někdy účinný mechanismus, díky kterému se snaží odvést pozornost od bažení. Odvádění pozornosti také funguje i při léčbě závislosti, snažit se vyvolat myšlenky opačného zaměření, např. Nešpor uvádí napít se bylinkového čaje nebo vody, četba, příroda, koupel, cokoli bezpečného (Nešpor, b.r.).

Čistá domácnost. Znamená u PPP nemít doma rizikové potraviny, které by zhoršovaly sebeovládání nebo by byly při bažení vodítkem k rizikovému chování. Nešpor (2006) uvádí v adiktologické terminologii **bezpečné prostředí** nebo **suchý dům**, což znamená nemít doma žádný alkohol, drogy nebo mnoho peněz – v souvislosti s danou závislostí. Jde o vytvoření bezpečného prostředí, nejen doma, ale i v práci. Zahrnuje také při bažení okamžitě opustit nebezpečné prostředí. O opuštění nebezpečného prostředí a vytváření si bezpečného prostředí v práci popisují i moje respondentky.

Omezení věcí je velmi specifický mechanismus, u kterého respondentky omezovaly věci, které jim působily nebo mohly působit rizikové myšlenky, jako je váha, kalorické tabulky či zrcadlo. V adiktologii se běžně vyhýbáme situacím nebo věcem, které vyvolávají bažení, které jsou pro daného člověka rizikové (Nešpor, 2011).

4 Diskuze a závěry

Tato bakalářská práce pojednává o problematice poruch příjmů potravy se zaměřením na princip svépomocných mechanismů, jako součást kontrolovaného stravování. Moje výzkumné otázky se zaměřovaly na hledání a identifikování těchto mechanismů. Dále na porovnání získaných mechanismů s principy kontrolované konzumace alkoholu. Následně porovnání mechanismů kontrolovaného stravování s těmi, které se využívají při léčbě závislostí v adiktologii.

1) Jaké mechanismy používají moje respondentky

Mechanismy popsané ve výpovědích jsem rozřadila celkem do čtyř kategorií. Pro výsledky práce bylo zvažováno rozdělení mechanismů na kategorie pozitivní a negativní mechanismy. To mělo signalizovat mechanismy pozitivní, které respondentkám přišly do života a naopak negativní. K tomuto rozdělení nakonec nedošlo, kvůli subjektivnímu vnímání toho, co je špatné a co ne. Další kategorie, která byla zvažována, byla podle modelu bio-psycho-sociálního modelu. Kategorie by hezky zapadaly do toho, že PPP jsou onemocněním bio-psycho-sociálním (Němečková, 2002). Toto rozřazení nekorespondovalo s mými výsledky. Některé mechanismy se nedaly zařadit ani do jedné oblasti a některé naopak do všech tří kategorií současně. Nakonec jsem mechanismy rozřadila do psychických, sociálních, kognitivně behaviorálních a restriktivních mechanismů. Zde se také některé překrývají, ale těch, které se to týká, mají zároveň zdůvodnění, proč se nachází právě tam. Do psychických mechanismů patří všechny mechanismy, zabývající se psychikou. **Sebeuvědomování, nastavení mysli, režim a sebeláska**. Sociální mechanismy se zaměřují především na ty strategie, ve kterých hraje role sociální okolí. Je jim **vyhýbání se kontaktu, sdílení a dohled**. Kognitivně behaviorální mechanismy přímo korelují k rizikové situaci ve vztahu s jídlem. Jejich podkategorií jsou **zastavení se, plán hladu a stravování a odvedení pozornosti**. Poslední jsou restriktivní mechanismy, které znázorňují vesměs negativní opatření, jako je **čistá domácnost a omezení věcí**.

2) Jaké mechanismy kontrolovaného stravování se u mých respondentek shoduje s principy kontrolovaného užívání alkoholu

Zjištěné výsledky z prvního cíle jsem srovnala se strategiemi popsané v teoretické části. Pro použití srovnání jsem použila přístup zaměřený na behaviorální trénink sebekontroly, jež je nejvíce rozšířenou formou terapie kontrolované konzumace (Funke, Orliková, 2020), a protože jeho šíře obsahuje všechny mechanismy využívající se i při PPP. Srovnání se však opírá jen o teorii. Pro další výzkum by bylo přínosné zkoumání mechanismů skrze základní (jedinci s PPP bez užívání) a kontrolní (jedinci s kontrolovaným užíváním bez PPP) skupinou, jež by poskytl přesnější srovnání a validitu výzkumu.

3) Jaké mechanismy, které používají moje respondentky, se využívají v adiktologii

Pro představu srovnání mechanismů mých respondentek jsem využila vlastní tabulku, která zobrazuje konkrétní mechanismy ze všech kategorií. Vedle nich jsou mechanismy, které se využívají v adiktologii. Pokud se mechanismy shodovaly a měly v adiktologii svůj pojem, je tam znázorněný. V případě, že se v adiktologii používá, ale nemá specifitější název, zůstává název mechanismu PPP.

Limity této práce spatřuji v malém počtu respondentů. Větší zastoupení ve výzkumném vzorku by mohlo odkrýt více srovnatelných mechanismů, využívající se při uzdravování z PPP. Mezi další limity této práce považuji strukturu rozhovoru, která se skládala z obecné části, z části věnované PPP a v poslední řadě část věnovaná mechanismům. Z toho důvodu se mně dostalo velké množství zajímavých informací, zejména z oblasti etiologie, které bohužel nemůžu v práci použít, a to především z důvodu rozsahu práce a mého zaměření. Dalším limitem kvůli struktuře rozhovoru mohl být fakt, že respondentky mohly být po části obecné a části věnované PPP již unavené a mohlo dojít k nesoustředění na podstatnou část pro moji práci. Pro příště bych uzpůsobila otázky v rozhovoru tak, aby se soustředily na to podstatné pro moji práci.

Oblast, která se zaměřuje na identifikaci mechanismů kontrolovaného stravování u mých respondentek, odpovídala z velké části mechanismům a způsobům, jež popsala Papežová (2012), která popsala manuál mechanismů pro bulimii a psychogenní přejídání zvlášť, ty se však ve většině překrývají. Ve své práci jsem od sebe nemohla oddělit respondentky pro tyto poruchy zvlášť, jelikož tyto onemocnění se vzájemně spojovaly a jedna předcházela v druhou. Moje kategorie psychické mechanismy se nejvíce shodují s mechanismy popsané pro PPP, například v ***sledování jídelního režimu, jídelní plán, zbavení se diet***, které jsou mými respondentky popisovány v kategorii ***režim, sebeuvědomění, nastavení mysli***. V oblasti sociálních mechanismů se shodují určité prvky v poznávání spouštěčů, ale spíše než mechanismy s lidmi, se objevuje jak jednat s druhými při návštěvě. Kognitivně behaviorální mechanismy korespondují např. v ***plánování jídla a odvádění pozornosti, jezte v plánovaných intervalech, přesměrujte své myšlení, předcházení přejídání***. Restriktivní mechanismy ***čistá domácnost a omezení věcí popisuje*** Papežová v kategorii ***plánování***. Z výše uvedených příkladů vyplývá, že mechanismy popsané pro PPP v teorii, se skoro všechny svým způsobem shodují s mými, akorát jsou jinak pojmenované a roztříděné. Jediný mechanismus, který se nevyskytuje ve výpovědi respondentek, je mechanismus ***zvládněte symptom menopauzy***. U respondentek tento jev popisovaný nebyl, z důvodu mladého věku respondentek.

Oblast zaměřující se na srovnání mechanismů kontrolovaného stravování a mechanismů kontrolovaného užívání se v principech behaviorálního tréninku sebekontroly shoduje téměř celá. Z teoretické části jsem vytáhla hlavní principy této terapie kontrolované užívání a srovnala je. Oba principy se zaměřují na ***porozumění sám sobě, posílení schopnosti rozlišit spouštěče (vnitřní i vnější), posílení schopnosti sebekontroly, plánování a zamezení impulzivního chování, zaměření se na vnitřní motivaci***. Druhé srovnání jsem provedla

s doporučenými postupy kontrolovaného pití a postupy doporučovaného přístupu HR v užívání alkoholu. V postupech byla doporučení, která se shodovala. Například doporučení ohledně **rychlosti konzumace**, popisovala i Petra, která si rychlost spojovala s přejídáním. Dále se shodovaly doporučení jako: **nepřekročení určité hranice (hranice sytosti), spíše pivo než lihoviny (vyhýbání se určité rizikové potraviny, např. brambůrky), riziko míchání nápojů (kombinace rizikových potravin), zapíjení emocí (zajídání emocí).**

Poslední zkoumanou oblastí bylo porovnání zjištěných mechanismů s mechanismy využívající se v adiktologii při léčbě závislostí. Tyto mechanismy jsem srovnávala s publikacemi od Nešpora. Z porovnání vyšlo, že mechanismy jsou zcela srovnatelné, liší se jen (jako u ostatních srovnání) ve srovnání užívané látky (alkohol/jídlo). V porovnání jsem také hledala, které mechanismy v adiktologii mají vlastní pojmenování, byl to například **semafor**, který je totožný jako **zastavení se**. Dále **čistá domácnost**, která je totožná v adiktologii se **suchou domácností**.

I přes limity, které tato práce má, přinesla zajímavé výsledky. Například objasnila konkrétní mechanismy respondentek trpící PPP. Tyto mechanismy můžou být přínosné pro lepší představu o tom, kde a v jakých situacích se lidé s PPP musejí kontrolovat, jakým situacím se musejí vyhýbat, jak musí sami na sobě pracovat. Mohlo by také přispět k efektivnější práci v psychoterapii, protože nabízí náhled myšlenkových pochodů jedinců s PPP. Výsledky přispěly ke zjištění, že principy léčby závislostí nebo PPP, můžou být totožné. Práce s mechanismy by potřebovala další zkoumání k podrobnějšímu porovnání. Výzkum, který by mohl na práci navázat, jak již bylo zmíněno, by mohl porovnávat přímé mechanismy jedinců s PPP a mechanismy jedinců, kteří kontrolovaně užívají alkohol nebo návykové látky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mechanismy využívají moje respondentky k uzdravení z PPP, konkrétně z bulimie a psychogenního přejídání. Tato práce poskytuje přehled nejrůznějších mechanismů, které pracují s psychikou, s mechanismy, které se vztahují k sociálnímu okolí, mechanismy využívající kognitivně behaviorální techniky při styku s jídlem a restriktivní mechanismy, které popisují, co musely omezit nebo vypustit z jejich života. První cíl mé bakalářské práce byl naplněn.

Druhým cílem mé práce, bylo porovnat tyto mechanismy se strategiemi kontrolované konzumace alkoholu a porovnat v čem se shodují. Z výsledků bylo zjištěno, že principy, s kterými pracuje koncept kontrolované konzumace alkoholu, se shoduje s mechanismy při léčbě PPP. Vyskytují se zde jemné rozdíly, co se týče přímé konzumace alkoholu, ale i zde se našly totožné mechanismy rovnající se mechanismům při konzumaci jídla. Všechny principy a mechanismy, pracující se změnou chování, se shodují. Kontrolované užívání a kontrolované stravování mají společný cíl, a to je abstinence, ne však od alkoholu ani jídla, ale od rizikového chování. Druhý cíl byl naplněn.

Třetí cíl měl zjistit, zda mechanismy používající mé respondentky se shodují i s mechanismy při léčbě závislostí. Výzkum potvrdil, že mechanismy, jež používají mé respondentky, se shodují i s techniky využívající se při léčbě závislostí látkových i nelátkových

závislostí. Dále bylo zjištěno to, že kontrolovaná konzumace alkoholu, jako non-abstinenční léčba, se v zásadách nerozlišuje od abstinenční. Kontrolovaná konzumace alkoholu, stejně tak jako abstinenční léčba vyžaduje změnu chování, naučených vzorců, práci se spouštěči. Třetí cíl byl naplněn.

Pevně věřím, že moje práce přispěla k pochopení toho, čím si lidé trpící PPP musejí ve svém každodenním světě potýkat.

5 Seznam literatury

- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366–368. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.366>
- Da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/nu10070829>
- Diedrichs, P., Atkinson, M., Garbett, K., Rumsey, N., & Halliwell, E. (2015). Effectiveness of a brief school-based body image intervention „Dove Confident Me: Single Session" when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 94–104.
- Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>
- Funke, M. (2016). *Kontrolovaná konzumace alkoholu. Otevřenost terapeutického cíle při léčbě závislosti na alkoholu* [Bakalářská práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií]. https://www.pvsps.cz/data/2017/05/03/13/funke_marie.pdf
- Funke, M., & Orliková, B. (2020). Kontrolovaná konzumace alkoholu—Účinná pomoc, či jen planá naděje pro závislé? *Psychiatrie*, 24(2).
- Funke, M., Profeldová, M., & Miovský, M. (2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu: Možnosti a limity nového terapeutického přístupu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4(2), 86–94.
- Galová, K. (2013). *Mýty a Omyly* (první). Anabell, o.p.s.
- Gould, S. (2021). *Body Shaming and Body Image Issues*. Cavendish Square Publishing, LLC.
- Hainer, V. (2004). *Základy klinické obezitologie*. Grada.
- Hendrickse, J., Clayton, R. B., Ray, E. C., Ridgway, J. L., & Secharan, R. (2021). Experimental Effects of Viewing Thin and Plus-Size Models in Objectifying and Empowering Contexts on Instagram. *Health Communication*, 36(11), 1417–1425. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1761077>

- Hermochová, T. (2020). Alkoholismus se dá léčit i mírněji než abstinencí, říká psycholožka Marie Funke. *flowee*. <https://www.flowee.cz/clovek/7536-alkoholismus-se-da-lecit-i-mirneji-nez-abstinenci-rika-psycholozka-marie-funke>
- Hester, R. K. (1995). Behavioral self-control training. In *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives, 2nd ed* (s. 148–159). Allyn & Bacon.
- Chládková, N., & Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možností jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22–32.
- Kamil, K., & kolektiv, a. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing a.s.
- Kopecký, K. (2023). Co je body shaming? [E-bezpečí.cz]. *E-bezpečí*. <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevy-spojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/3173-co-je-body-shaming>
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. Suchtherapie. *Suchttherapie*, 3(2), 87–96.
- Körkel, J. (2005). For and Against: Controlled Drinking as Useful and Necessary Treatment Alternative. *Psychiatrische Praxis*, 32(07), 324–326. <https://doi.org/10.1055/s-2005-867047>
- Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4(10), 420–422.
- Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Grada.
- Krch, F. D. (2000). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním* (Vyd. 1). Grada.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním* (3., dopl.přeprac. vyd). Grada.
- Krch, P. F. D. (2004). *PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – RIZIKOVÉ FAKTORY*.
- Kviatkovská, K., Albrech, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 112(6), 275–279.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vyd. 1). Grada.
- Němečková, Mud. P. (2007). *Soukromá psychiatrická ordinace, Prostějov*.
- Němečková, P. (2002). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 124–128.
- Nešpor, K. (b.r.). *Jak zlepšit sebeovládání—Praktické postupy*. <https://www.drnespor.eu/sebeow.rtf>

- Nešpor, K. (2006a). *Už jsem prohrál dost*. Sportpropag, Praha. <https://docplayer.cz/228456-Uz-jsem-prohral-dost-prim-mudr-karel-nespor-csc.html>
- Nešpor, K. (2006b). *Zůstat střízlivý*. Nakladatelství Host Brno. <https://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf>
- Nešpor, K. (2011a). *Jak překonat hazard: Prevence, krátká intervence a léčba* (Vyd. 1). Portál.
- Nešpor, K. (2011b). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4., aktualiz.). Portál.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy* (první). AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, S.R.O.
- *Novinka v DSM-5: Poruchy přejídání*. (2022). [Národní asociace pro poruchy příjmu potravy]. <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/new-dsm-5-binge-eating-disorder>
- Owen, P., & Marlatt, G. A. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? Affirmative viewpoint. *The American Journal on Addictions*, 10(4), 289–291; discussion 294-295.
- Papežová, H. (Ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* (1. vyd). Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (První vydání). Mladá fronta.
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012b). *poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese* (První). TOGGA. <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>
- Peter, C. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: Jak je překonat*. PORTÁL s. r. o.
- Roľková, H. (2017). *Sociálnopatologické javy*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o.
- Saladin, M. E., & Ana, E. J. S. (b.r.). *Kontrolované pití: Více než jen kontroverze*.

- Schlüter, C., Kraag, G., & Schmidt, J. (2023). Body Shaming: An Exploratory Study on its Definition and Classification. *International Journal of Bullying Prevention*, 5(1), 26–37. <https://doi.org/10.1007/s42380-021-00109-3>
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum.
- Sloane Gould. (b.r.). *Body Shaming and Body Image Issues*.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smolak, L., & Levine, M. P. (Ed.). (2015). *The Wiley Handbook of Eating Disorders: Smolak/The Wiley Handbook of Eating Disorders*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118574089>
- Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138-151.

6 Seznam tabulek a obrázků

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Mechanizmy.....	29
Tabulka č. 2: Mechanizmy.....	44

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Developing Body Image	16
---	----