

Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie

Bronislava Slavičková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bronislava SLAVÍČKOVÁ

Osobní číslo: H07534

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerže, studium a analýza odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální, biologické a zdravotní. Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru.

Příprava metodiky a metodologie výzkumné části.

Realizace výzkumu: Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní výzkum, konkrétně rozhovor.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace. Přijetí odpovídajících závěrů.

Prezence výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRCH,F.Mentální anorexie. Praha: Portál, 2010.ISBN 978-80-7367-807-4

KRCH,F.Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha : Grada Publishing, 2008.ISBN 978-80-247-2130-9

CASSUTO,D. a kol.Když chce dcera hubnout. Praha: Portál, 2008.ISBN 978-80-7367-357-4

DVOŘÁKOVÁ,P.Já jsem hlad. Brno: Host, 2009.ISBN 978-80-7294-318-0

ŠVAŘÍČEK,R. a kol.Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2010.ISBN 978-80-7367-313-0

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Machů, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

20. 4. 2011

.....
Gaulčková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licencí, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie“ se věnuje dopadům zmíněných poruch příjmu potravy na člověka a to především po stránce sociální. Zabývám se tedy důsledky, jež negativně ovlivňují společenský život nemocného jedince a jeho okolí.

V teoretické části se zabývám historií poruch příjmu potravy a dále vymezením pojmů mentální anorexie a bulimie. Následně uvádím s nimi spojené příčiny, příznaky, rizika a případnou léčbu. Je zde zmíněno i neznámější občanské sdružení, které se této problematice aktivně věnuje. Ve druhé části se zaměřuji na samotné sociální dopady, jež uvedené poruchy příjmu potravy zapříčiňují. Ve svém výzkumu pak čtenáře seznamuji s kazuistikami žen trpících tímto druhem onemocnění.

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, Body mass index, rozhovor, kazuistika.

ABSTRACT

The bachelor thesis „Social consequences of mental anorexia and bulimia” talks about the consequences emerging from mentioned problems of eating disorders to the human mental stage and overall society. Therefore, I am talking about consequences that are affecting the person with disorder, but also his/her significant others.

In the theoretical grounding I describe a history of eating disorders and give definition of mental anorexia and bulimia. Further are explained causes, symptoms, and risks of those disorders and the possible treatment. Here you can also find community services that treat people with these disorders. In the second part I am focusing on the main social consequences caused by these disorders. Finally you can see the research, where are some case studies of women suffering with these disorders.

Keywords:

eating disorders, anorexia nervosa, bulimya nervosa, Body mass index, interview, causticity.

Motto:

„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.“

Montaigne Michel de

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Machů, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich pomoc při realizaci výzkumného šetření a v neposlední řadě děkuji svému nejbližšímu okolí za podporu a pomoc během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE – HISTORIE, DEFINICE, PŘÍČINY, PŘÍZNAKY, RIZIKA, LÉČBA	13
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	13
1.2 DEFINOVÁNÍ POJMŮ.....	15
1.2.1 Poruchy příjmu potravy.....	15
1.2.2 Mentální anorexie.....	17
1.2.3 Bulimie.....	18
1.2.4 Body Mass Index.....	20
1.3 PŘÍČINY MA A BL.....	21
1.3.1 Sociální a kulturní faktory vzniku PPP	23
1.4 PŘÍZNAKY	24
1.5 RIZIKA.....	26
1.6 LÉČBA	28
1.6.1 Druhy terapií	29
1.7 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL	30
2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	32
2.1 FAKTORY KULTURNÍ A SPOLEČENSKÉ.....	32
2.2 PŘÍNOS A ÚSKALÍ INTERNETU	33
2.3 NEMOCNÍ PO PRACOVNÍ STRÁNCE	34
2.4 PORUCHY MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ	34
2.5 PARTNERSKÉ VZTAHY A SEXUÁLNÍ ŽIVOT	36
2.6 ŽENA S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY V ROLI MATKY	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
3 POPIS VÝZKUMU	40
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
3.2 CÍL VÝZKUMU	40
3.3 POUŽITÁ METODA A METODOLOGIE.....	40
3.3.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	41
3.3.2 Případová studie – kazuistika.....	44
3.3.3 Analýza dat a interpretace.....	45
3.3.4 Záznam a přepis dat	45
3.4 VOLBA PŘÍPADU	46
4 VLASTNÍ VÝZKUM	47

4.1	KAZUISTIKA AGÁTA.....	48
4.2	KAZUISTIKA BLANKA.....	51
4.3	KAZUISTIKA DAGMAR.....	54
4.4	KAZUISTIKA GITA	56
4.5	KAZUISTIKA HELENA	57
4.6	VÝSLEDKY, SHRnutí.....	58
4.7	VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A NÁVRHY PRO PRAXI.....	61
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ	68

ÚVOD

Problematika mentální anorexie a bulimie je již spousty let ožehavým tématem naší společnosti. Současná masová média čím dál tím více zdůrazňují kult mladého, krásného, chytrého, štíhlého a úspěšného jedince. Pokud tedy tyto aspekty splňujeme, jsme pro společnost žádoucími a atraktivními. Není tedy pochyb, že většina populace má tendence se tomuto trendu přizpůsobovat a přijímat jej za svůj životní cíl. Nebojím se říci, že tato přehnaná snaha mladých lidí, zejména pak žen, podobat se co nejvíce světovým modelkám, dokonalým slečnám z módních časopisů a televizních reklam, dala za vznik další civilizační chorobě 21. století.

Jak jsem již naznačila, tato onemocnění se týkají převážně žen a mladých dívek, přičemž nejohroženějšími jsou věku 13 až 25 let. U mužů se s těmito poruchami setkáváme také, ovšem procentuální vyjádření jejich počtu v porovnání se ženami je zanedbatelné. Ve své práci se tedy budu věnovat výhradně dívkám a ženám, které jsou poruchami příjmu potravy vážně ohroženy.

Dnešní dívky a ženy se často snaží ztotožnit s jistými „moderními“ pravidly: V supermarketech jako detektivové hledat pouze potraviny označené anglickým slovíčkem "LIGHT"! Pečivu se raději úplně vyhýbat! Hodně pít! Hodně cvičit (alespoň dvakrát denně)! Jíst co nejpomaleji! Nepřekročit denní stanovenou dávku kcal! Po 17. h už raději nejíst vůbec! Denně se převažovat a kontrolovat výsledky!

Není Vám to poněkud povědomé? Jistě každá z nás někdy zatoužila být alespoň o trošku hubenější, atraktivnější a tím i pro okolí více žádaná a uznávaná. Jen málokdo z nás si ale dokáže představit druhou stránku věci, rizika, následky a problémy spojené s touto posedlostí po dokonalosti. Můžeme si s jistotou přiznat, že známe hranice, které dělí zdravou krásu od té nebezpečné? Je možné předem říci, že dokážeme říct STOP chůci, který nás nutí devastovat svá těla při všech těch moderních dietách a zkouškách výdrže hladovění? Kila jdou dolů a my chceme víc a víc. Vždyť s jídlem roste chuť! Jak ironické přirovnání, nemyslíte?

Má práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou, přičemž ta teoretická ve své první velké kapitole pojednává o historii PPP, vymezení samotných pojmů mentální anorexie a bulimie, dále pak o jejích příčinách, symptomech a případné léčbě. Ve druhé velké kapitole se zaměřím na stěžejní problém své bakalářské práce, kterým jsou sociální důsledky poruch mentální anorexie a bulimie na život mladé ženy. Problematiku

sociálního dopadu mentální anorexie a bulimie jsem si vybrala z toho důvodu, že se ve většině odborných literatur, časopisů, internetových stránek a televizních pořadů veřejnost setkává pouze s informacemi týkající se samotného průběhu nemoci, jejích příčin a zdravotních rizik. Sociální dopady jsou velice často opomíjeny a přitom se jedná o velmi podstatnou součást našeho života. Je zapotřebí připomenout a upozornit na to, co se děje se společenským, partnerským a rodinným životem jedince postiženého poruchou příjmu potravy a jak se jeho život dále vyvíjí či naopak nevyvíjí po profesionální stránce.

Praktickou část jsem založila na kvalitativním výzkumném šetření a uvádím kazuistiky dívek či žen se zmiňovanými poruchami osobnosti jako jsou právě mentální anorexie a bulimie.

Hlavním cílem této práce je podat základní informace o sociálních důsledcích těchto onemocnění, tedy o jejich vlivu na společenský život pacientky se zaměřením zejména na její rodinné, partnerské a sociální vazby a dále pak na neméně důležitý profesionální život, do kterého zahrnuji pracovní kariéru a mezilidské kontakty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE – HISTORIE, DEFINICE, PŘÍČINY, PŘÍZNAKY, RIZIKA, LÉČBA

Nejdříve než se začnu věnovat samotným sociálním důsledkům mentální anorexie (dále jen MA) a bulimie (dále BL), věnuji první velkou kapitolu historii těchto onemocnění a k vymezení pojmů MA a BL. Dále navážu na příčiny spojené s onemocněním MA a BL, jejich příznaky, zdravotní rizika a případnou léčbou.

1.1 Historický vývoj mentální anorexie a bulimie

Odmítání potravy patřilo v minulosti k běžným symptomům řady ochromujících somatických onemocnění, ale také i k obsáhlé škále psychiatrických syndromů. Po dlouhá staletí ovšem odmítání jídla nebylo bráno za primárně patologický jev. Pokud chceme pochopit nějaký jev v současnosti, je nutné něco vědět z jeho historie. Může se zdát, že poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou jen problémem současné moderní doby, ale není tomu tak. PPP mají bohatou a rozsáhlou historii, která sahá až do 2. století ke Galánovi, jenž jako první popsal určité příznaky mentální anorexie. Hladovění či přijímání sníženého množství stravy nebo modifikovaných diet tedy bylo součástí nejrůznějších náboženských obřadů, rituálů, protestních činů a také reakcí na nevyhovující životní podmínky (Krch, 1999).

„Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známa pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci“ (Krch, 1999, s. 24).

V následujících bodech jsou uvedeny některé důležité okamžiky v historii poruch příjmu potravy:

Historie poruch příjmu potravy v přehledu:

2. století - Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie;

12. - 15. století - ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice, sebetřpytní odčiňují své hříchy a osvobozují duši;

16. století - tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za "posedlé ďáblem" a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání;

1694 - britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii;

- 1873 - Charles Lasèque definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost;
- 1874 - William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o "apepsia hysterica";
- 1883 - Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii;
- 1884 - Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie;
- 1890 - spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum";
- 1908 - P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu, poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky;
- 1917 - Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety;
- 1930 - přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity);
- 1950 - Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění;
- 1962 - Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií;
- 1967 - Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a 170 cm;
- 1970 - S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky;
- 1979 - G. Russell a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro PPP;
- 1980 - vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie;
- 1981 - M. C. Brotman a G. Humprey přednášejí referát o MB - zneužívání ipekakuanhu (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly - periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie;
- 1983 - R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP;

1986 - až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E. Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii;

1987 - WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence PPP;

1990 – dosud - preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifíků PPP.

Historie poruch příjmu potravy [online]. [cit. 2011-02-11].

URL: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy>>.

„Poruchy příjmu potravy dosáhly v 80. a v 90. letech takového rozměru, že odborníci mluví až o epidemii. Vinu na jejich vzniku nese očividně také společnost. Poruchami stravovacích návyků trpí mimochodem pouze západní industriální společnosti. V rozvojových zemích, v nichž jsou hlad a podvýživa velmi rozšířeny, není tato diagnóza aktuálně známá. Jedná se tedy o typickou nemoc z blahobytu?“ (Bröhmová, 1999, s.43).

1.2 Definování pojmů

MA a BL patří do psychických nemocí řadících se do poruch příjmu potravy, které, jak už jsem zmínila v úvodu práce, nejvíce ohrožují skupinu dospívajících dívek a mladých žen.

1.2.1 Poruchy příjmu potravy

Pro poruchy příjmu potravy je dle Krcha (2002) charakteristická intenzivní snaha o dosažení štíhlosti. Je s nimi také spojené omezování energetického příjmu, na druhé straně zvyšování energetického výdeje, dále je to strach z tloušťky a nadměrná pozornost kladená na jídlo, vlastní vzhled a váhu. Lidé s touto poruchou se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, co mohou a nemohou jíst. Vytrvale mají tendence zhubnout a dosáhnout tak jakéhosi ideálu krásy, který vyplývá ze současného kulturního prostředí.

Podle výzkumů je až 95% žen nespokojených se svou stávající postavou a proporcemi. Mnohé z nich se tedy uchylují k brutálním metodám hubnutí a drastickým dietám, které je mohou snadno dovést na scesti právě poruch příjmu potravy. A jaké jsou predispozice ke vzniku PPP? Někteří jedinci jsou tímto onemocněním ohroženi více než zbytek populace.

To, kdo se kam řadí, ovlivňuje lidská psychika. Hovoříme zejména o temperamentu a osobnosti člověka. Obecně lze říci, že nejvíce ohroženi jsou lidé, kteří na sebe berou hodně odpovědnosti a až přespříliš dbají na to, co si o nich myslí okolí. *Bethin* [online].[cit. 2011-03-08].URL:<www.be-thin.blog.cz/rubrika/anorexie-bulimie>.

Kulhánek (2001) ve své knize uvádí, že poruchy příjmu potravy jsou označeny pro poměrně velký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem, s čímž jdou ruku v ruce změny osobnosti i vztahů takto nemocného člověka.

Poruchy příjmu potravy jsou častokrát pokládány za rozmar bohatých a rozmazlených. Mají jakýsi nádech tajemných, nejasných a nevšedních chorob. Jen zřídka se s nimi veřejnost setkává z pohledu těch, kteří jsou těmito onemocněními postiženi. Málokdy je veřejnost konfrontována s prožíváním pacientek, s jejich mnohdy nesnesitelným utrpením a vnitřním bojem. *Anoressia* [online].[cit. 2011-03-09].

URL:<<http://www.anoressia.blog.cz/0710/oni-trpi>>.

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) řadíme PPP do oddílu F50 - F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, konkrétně tedy podkapitola F50 Poruchy příjmu potravy, do které řadíme podle této klasifikace následující poruchy: mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu a porucha příjmu potravy NS). *Úzis* [online].[cit. 2011-03-11]. URL:<<http://www.uzis.cz/cz/mkn>>.

Odborníci rozlišují tři formy poruch:

„Chorobné nechutenství neboli mentální (anorexia nervosa), bulimie (bulimia nervosa), nezvladatelná chuť k jídlu spojená s pocity viny a následovným zvracením, obezita (adipositas). Jednoznačná diagnóza je často obtížná, neboť existuje mnoho smíšených forem. Například dívka trpící mentální anorexií najednou už nevydrží hladovět, nacpe do sebe, co jí přijde do ruky, a pak si strčí prst do krku, aby to napravila. Stává-li se to častěji, mluví se o anorexii se sklony k bulimii“ (Bröhmová, 1999, s.43).

1.2.2 Mentální anorexie

Rozšíření MA v České republice je srovnatelné se zeměmi Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 - 0,8 %). Jisté příznaky mentální anorexie se však mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty. Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti můžeme proto pozorovat až u 10 % mladých žen (Krch, 2002).

Fraňková a Dvořáková (2003) vymezují pojem MA jako dlouhodobé a spontánní snižování příjmu potravy pod fyziologické potřeby organismu, jejímž výsledkem jsou poruchy mechanismů, které regulují příjem potravy, potravní motivaci a potravní chování. Na internetu se můžeme setkat s velkou škálou různých definic. Nejvíce se ztotožňuji s následující z nich, která uvádí, že pro mentální anorexii je charakteristické odmítání jednotlivce uchovat si normální tělesnou hmotnost, silný strach z váhového přírůstku a významně narušené vnímání tělesných tvarů nebo rozměrů. *Změna stopsigma* [online]. [cit.2011-03-12]. URL: <[http:// www.stopstigmapsychiatrie.cz/potrava/index.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/potrava/index.html)>.

Mentální anorexie celým názvem Anorexia Nervosa se řadí mezi velmi závažná psychická onemocnění, přesněji poruchy osobnosti. Tato porucha postihuje především dívky na konci pubertálního období dospívání, ale mnohdy jí trpí také ženy v různých fázích života. Její oběti jsou vyhublé, trpí podvýživou, a přesto si vnucují neustálou představu, že jsou obézní. Pomoc nejčastěji hledají v brutálních dietách (Krch, 2002).

Právě pokřivený obraz vnímání sebe samého je stěžejním znakem nemoci. Anorektičky se pak za pomoci drastických diet snaží co nejvíce zhubnout, což v mnoha případech doplňují také přehnanou sportovní činností. Ocitají se tak v kolotoči, kde si často nedopřejí odpočinku a málokdy polknou několik soust jídla. Přesto si neustále připadají nedokonalí a tak pokračují ve shazování kil. Omezování se v jídle si pak často kompenzují třeba vařením pro druhé, pročítáním receptů nebo koukáním na různé pokrmy. V důsledku dlouhodobého hladovění pak nejčastěji zcela přijdou o chuť jíst. Slabené tělíčko začíná chátrat po všech stránkách, na dotyčných jsou na zjevné známky zdravotních komplikací a na při prvním pohledu nás zarazí nevábně vypadající vystouplé kosti. V nejhorších případech může vést podvýživa až ke smrti. *Anorexie* [online]. [cit. 2011-03-12]. URL: <<http://www.anorexie.ordinace.biz>>.

Podobné jednání se mnohdy přisuzuje současnému módnímu trendu, ovšem tuto domněnku odborníci vyvracejí připomínkou, že existují doložené případy anorektických onemocnění i z dob, kdy vyhublé tělo nebylo symbolem krásy. *Anorexie* [online]. [cit. 2011-03-12]. URL: <<http://www.anorexie.ordinace.biz>>.

Skutečností ovšem zůstává ten fakt, že u jedinců trpících anorexií existuje podle specialistů asi 200krát vyšší riziko sebevraždy než u ostatních psychických onemocnění. Dotyční si tímto počínáním významně poškozují vlastní tělo, a pokud se o jejich stav začne zajímat někdo z jejich okolí, obvykle se brání jakékoli pomoci. *Idealni* [online]. [cit. 2011-03-13]. URL: <http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=279>.

Dle Krcha (2010) lze diagnostická kritéria MA shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI);
2. strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
3. u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

1.2.3 Bulimie

Na rozdíl od lidí s mentální anorexií zůstává mentální bulimie utajena i po celá léta, protože její oběti si udržují normální váhu a přejídání i vyprazdňování provádějí v tajnosti (Krch, 2003).

Jak uvádí Balch, Phyllis (1998, str. 206) „*Mentální bulimie je stravovací porucha, charakteristická záchvaty požívání obrovského množství vysoce kaloricky hodnotných jídel, následovanými vynuceným zvracením za účelem „očisty“ těla od jídla snědeného během záchvatu. Jak jídlo, tak zvracení jsou provozovány v tajnosti. Jde o vážný lékařský a psychologický problém, které může mít vážné komplikace. Bulimie může vést k vážným zdravotním komplikacím, mimo jiné k vředům, vnitřnímu krvácení, hypoglykémii, protrženému žaludku, poškození ledvin, nepravidelnostem srdečního rytmu, zastavení menstruačního cyklu, nízké tepové frekvence a krevnímu tlaku.*“

Dívky a ženy trpící bulimií se každý den pohybují mezi dvěma extrémy. Buď dodržují drastické dietní režimy, nebo se přejídají až do bezvědomí. Při záchvatech přejídání se, jsou schopny do sebe naladovat neskutečné množství jídla a neřeší, zda je tučné či nikoliv. Nakonec se jich zmocní panická hrůza, že budou tlusté a proto si strčí prst do krku, aby tu

hromadu jídla zas dostaly ven. V jiném případě prst nahradí projímadly. Do lidí, kteří trpí touto chorobou, byste to na první pohled jistě neřekli. Mají totiž většinou normální, avšak kolísavou váhu. Dalo by se říci, že tyto pacientky se snaží naprosto perfektně vytvářet ženskou roli. I když jsou štíhlé a atraktivní, stále se považují za tlusté a jejich sebevědomí je na bodě mrazu. Charakteristické je pro ně zejména definování sama sebe pouze svým vzhledem, hubenou postavou. Mají zakódováno, že okolí je vnímá a obdivuje jen díky jejich štíhlosti. Většinou trpí bulimičky neustálým strachem a stresem, který si kompenzují jídlem. Přejídáním si ulevují od deprese a negativních prožitků. Pro anorektičky i bulimičky platí společný fakt: Jsou fanatické v oblasti kontroly. Jejich těla musejí být taková, jaká je chtějí mít, jak si je vysnily. Bulimie je taková "tajná" nemoc. Dívka může být postižena touto nemocí i dlouhé roky aniž by to kdokoliv poznal. Venku se ukazují jako dokonalá stvoření a mají většinou výborný prospěch ve škole, popřípadě podávají dobrý výkon v práci. V okolí jsou oblíbené, žádané a pro muže atraktivní. Málokdo by si pomyslel, že je něco v nepořádku. *Wilhemina* [online]. [cit. 2011-03-15]. URL: <<http://www.wilhemina.wordpress.com/>>.

Takto popisuje bulimii Hall a John: „*Bulimie je posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb*“ (Hall, Cohn, 2003, s.2).

Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) zas uvádějí, že bulimie jsou opakující se epizody neovladatelného, překotného příjmu potravy v krátkém časovém úseku doprovázené pokusy o zhubnutí. Dále píše o bulimických stavech, které byly pozorovány již v r. 130 a přízracích, které byly popsány v r. 1800. Zmiňují se i o americkém psychiatrovi G. Russellovi, který navrhl v roce 1979 termín „bulimia nervosa“. Od této doby se datuje první extenzivní studium bulimie.

Krch (2010) opět uvádí tři základní znaky k určení diagnózy bulimie:

1. Opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení.

3. Strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.

„Většina bulimiček si potraviny rozděluje na dovolené a zakázané. K dovoleným patří většinou typická dietní strava jako tvaroh, jogurty, ovoce a zelenina. Zakázáno je všechno, co jde na tloušťku a co obsahuje hodně cukru, tuků a sacharidů. Naprostý zákaz platí pro sladkosti. Když už bulimičky musejí jíst ve společnosti, pak se stravují celkem normálně. Jedí spíše méně, protože často drží dietu, a troufají si pouze na dovolené potraviny. Ty zakázané u nich vyvolávají strach a zároveň je magicky přitahují. Při dalším záchvatu do sebe pak nacpou všechno, co by jíst neměly a co jde na tloušťku: fast food, konzervy a moře sladkostí“ (Brohmová, 1999, s.59).

1.2.4 Body Mass Index

BMI neboli Body Mass Index je index tělesné hmotnosti, který stanovuje vzájemný poměr mezi tělesnou hmotností a výškou. Jednoduchým výpočtem si každý z nás může ověřit, jak je na tom se svou váhou. BMI lze vypočítat jako podíl hmotnosti [kg] a výšky [m] umocněné na druhou.

BMI kategorie a možná zdravotní rizika

méně než 18,5	podváha vysoká
18,5 - 24,9	norma minimální
25,0 - 29,9	nadváha nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná) vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká) velmi vysoká

Body Mass Index udává méně přesné údaje především u dětí, starších lidí a aktivních sportovců. Pro přesný výsledek BMI provede šetření lékař, který zahrne i další parametry: např. pohlaví, věk, objem svalů a typ postavy. *Výpočet.cz* [online].[cit.2011-03-20]. URL: <<http://www.vypocet.cz/bmi>>.

1.3 Příčiny MA a BL

„Byla jsem normální, hezká, inteligentní dívka; nikdy jsem nebyla tlustá. Co se stalo, že jsem nakonec skončila jako nemohoucí, vychrtlá troska, která se ze všeho nejvíc bojí rohlíku se šunkou? Jak je možné, že každou chvíli někomu říkám, že musím přibrat, a potom dokážu primitivně lhát a podvádět kvůli kousku másla? Jak jsem se jenom mohla takhle změnit? Nebo jsem vždycky byla nějak divná? I když se dobře znám, nemohu na to najít jasnou odpověď“ (Krch, 2010, s.57).

O příčinách PPP najdeme v literatuře nepřehledné množství všelijakých teorií a názorů, jelikož na vznik a vývoj těchto onemocnění má vliv celá řada rizikových faktorů. Mezi ně patří např. nadváha, prožité trauma, alkoholismus nebo duševní porucha v rodině a nemalou úlohu má také společenský tlak. Žádná z teorií ovšem nedokáže vysvětlit všechny varianty nemoci.

Také Bröhmová (1999) uvádí, že poruchy stravovacích návyků mají mnoho příčin:

- časté diety;
- ideál štíhlosti, propagovaný společností;
- genetické faktory;
- zážitky v raném dětství;
- problematizování témat „jídlo“ a „váha“ v rodině;
- prožitek ztráty nebo rozchodu;
- sexuální zneužívání.

„Až dvě třetiny anorektiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádí různé narážky týkající se tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině. Podle některých odborníků je však objektivita těchto údajů sporná a vyjadřuje spíše osobní názor nemocného a jeho rodiny na to, co mohlo sehrát roli při rozvoji poruchy. Současně je velmi obtížné rozlišit, zda jistěné charakteristiky jsou příčinou, nebo důsledkem poruchy“ (Krch, 2010, s.61).

V současnosti se odborná veřejnost shoduje na tom, že vznik PPP je podmíněn jistými biologickými, psychickými a sociálními faktory. Hovoříme tedy o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. *„ Tento multifaktoriální koncept se v posledních*

letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy“ (Krch,1999,s. 57).

Krch (1999) uvádí následující faktory:

- biologické faktory;
- osobnost a psychologické faktory;
- rodinné okolnosti a genetické faktory;
- emocionální faktory;
- sociokulturní faktory;
- životní události.

Obdobného názoru je Sladká- Ševčíková (2004), která tzv. bio-psycho-sociální faktory vzniku poruchy ve svém článku rozvádí a dělí následovně:

1) Biologické faktory:

- ženské pohlaví;
- tělesná hmotnost;
- menstruační cyklus;
- puberta.

2) Psychologické faktory:

- životní události,
- rodinné faktory;
- osobnost a další psychické charakteristiky;
- emocionální faktory;
- závislost na psychoaktivních látkách;
- somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti.

3) Sociální a kulturní faktory:

- vliv médií;
- komerční reklama;
- módní ideál;
- dietující chování obecně;
- uměle vytvořený ideál ženské krásy;
- sociální diskriminace ne-štíhlých podle umělých ideálů.

1.3.1 Sociální a kulturní faktory vzniku PPP

Vliv médií

V médiích se velice často setkáváme až s kultovní oslavou štíhlosti a vyhublosti, jenž propaguje rychle se měnící kultura. „Zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly ve společnosti obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené prostředky na přibrání, je dnes komerční reklama jednostranně ovládána prostředky na hubnutí“ (Krch, 1999, s.59.) Na internetových stránkách občanského sdružení Anabell.cz se můžeme dočíst, že se naše hodnoty posouvají směrem k úspěchu, výkonu a prestiži, na úkor pohody, zdraví, lásky, citů, tradiční rodinné role apod. Byly například popsány studie dokumentující výraznou nespokojenost s vlastním tělem u mladých Číňanek poté, co se rychle přizpůsobily západním standardům ženské krásy. Prožívaly traumata, která do té doby vůbec neznaly. Anabell [online].[cit.2011-03-21].

URL: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php>>.

Komerce a reklama

Komerční reklama se značně podílí na šíření PPP, zejména u mladých lidí. Téměř v žádné reklamě nenajdeme vystupovat dívky, které váhově odpovídají přiměřeně své výšce. Navíc nejčastěji propagují nízkokalorické jogurty a koktejly či další zázračné prostředky na hubnutí.

Módní ideál krásy

Módním ideálem jsou nejčastěji ovlivněni a ohroženi dospívající dívky, které právě ve štíhlosti vidí krásu a atraktivitu spojenou se zájmem okolí. To je následně přivádí k přehnané a nezdravé kontrole své hmotnosti za pomoci diet, nepřiměřeně častým cvičením nebo jiným prostředků na hubnutí. Mladé dívky jsou mylně přesvědčeny, že krása, tedy hubenost, je cestou k úspěchu a společenskému uznání.

Myslíme dietně

Mnoho mladých dívek v současnosti zaměňuje dietu za běžný stravovací režim, protože postrádají reálnou představu o tom, jak se správně, zdravě a přiměřeně stravovat. Právě díky zmiňovanému vlivu médií přijímají velmi zkreslené informace o tzv. zdravé výživě pro udržení dokonale hubené postavy a „ideální váhy“. Spousta studií však dokazuje, že tyto dívky nemají skutečnou představu o tom, kolik by měly opravdu vážit.

Uměle vyrobený ideál ženské dokonalosti

Dle tohoto ideálu, jenž je stále násilněji propagován ve sdělovacích prostředcích, má dokonalá žena vypadat jako podvyživená, ale štíhlá, modelka. „*Tyto trendy vedou nakonec tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující*“ (Krch, 1999, s.58).

Sociální diskriminace aneb nevyhublí vs. vychrtlí

Štíhlost je stále častěji spojována s mládím, s výkonností, úspěšností a bezchybností a i sebemenší výkyv od tohoto vzoru je hodnocen jako selhání, degradace či neschopnost (Sladká-Ševčíková, 2004).

„V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost populace. Zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle a dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet byla věnována jen malá pozornost, nebezpečí obezity bylo často přeceňováno. Předpojatost vůči obézním se podle některých autorů stalo kulturním fenoménem. Obézní jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví“ (Krch, 1999, s.59).

1.4 Příznaky

Mentální anorexie v počátečním stádiu vzbuzuje dojem péče o tělesnou hmotnost formou redukční diety snížením denních porcí potravy. MA je nechutenství, které je způsobené přehnanými obavami, vytvořenými představou měřítek kladených na tělesné proporce. Proto k poklesu váhy dochází výrazně a rychle, až ve většině případů vyústí naprostou vyhublostí. Rychlost rozvoje onemocnění je individuální (Krch, 2002).

Mentální anorexie se objevuje v různém věku a životním období, nejčastěji pak v době puberty a dospívání. Její projevy bývají velmi typické. Nejprve dochází k přijímání minimálního množství jídla, které anorektičky pouze udržuje při životě. Odmítání potravy se postupně čím dál víc vymyká jejich kontrole, až se nemocní dostávají do chronického stádia nechutenství, kdy potravu výrazně odmítají a nejsou téměř schopni jídlo přijímat. Toto odmítání stravy před okolím maskují, buď se snaží jíst nepozorovaně, aby nebylo patrné, že nejí, nebo předstírají, že potravu konzumují a namísto toho se jí tajně zbavují. Ubývání hmotnosti zamlouvají různými zdůvodněními, která si většinou vymýšlí, např. stresem, zvýšeným náparem při studiu, fyzickou aktivitou, atd. Tomu je však při MA rovněž věnována přehnaná péče motivována snahou nepřibrat na hmotnosti a je jejím dalším podstatným příznakem, dále zvýšenou sexuální aktivitou, jenž je při anorexii

naopak významně snižená, případně úplně vymizí, jedná-li se o dospělé jedince, stejně tak mizí menstruace. Popsané příznaky jsou spojené s duševním pozadím této nemoci (Krch, 2002).

Také různé psychické a sociální obtíže patří mezi základní příznaky mentální bulimie, která významným způsobem narušuje duševní pohodu, osobní a společenský život nemocného. Fyzické problémy, neuspokojivý jídelní režim a s ním spojený hlad nebo chuť se přejíst na sebe vážou stále větší pozornost a zasahují do každodenního života nemocného. Myšlenky na jídlo, nutkání jíst a „neschopnost dosáhnout nemožného“ navozují pocity viny, selhání, neschopnosti a deprese, které mohou být přenášeny i do jiných oblastí života. Postupně ubývá energie a zájem o jiné věci než o jídlo a tělesný vzhled a díky tomu se snižuje možnost odvést pozornost k jiným tématům a nacházet uspokojení v něčem jiném. Současně vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy, tzv. egocentrismus, a mezi pocity převažuje sebelítost. To se samozřejmě projeví i ve vztahu s ostatními lidmi, doma, mezi kamarády i v práci. Tak jako dlouhodobý pocit vnitřního neuspokojení vede k depresi, bývá osamělost důsledkem dlouhodobě neuspokojivých společenských vztahů. V obou případech se tak snižuje schopnost přizpůsobení se a zvyšuje se možnost nepřiměřených reakcí (Krch, 2003).

Jak popisuje Balch a Phyllis (1998) k fyzickým příznakům mentální bulimie patří např. oteklé uzliny v obličeji a na krku, praskání skloviny stoliček, praskání cévek v obličeji, otékání slinných žláz, neustálé bolesti v krku či záněty jícnu. To vše jsou výsledky vynucovaného zvracení. Lžičky nebo slámky, používané k podráždění žaludku, musejí být někdy odstraňovány i chirurgicky. Pokud je porucha prohloubena zneužíváním projímadel, může k projevům onemocnění patřit poškození střev, krvácení z konečníku a průjem. Užíváním projímadel také dochází k vyplavování draslíku a sodíku z těla, což může mít za důsledek elektrolytickou nerovnováhu ústí v dehydrataci, svalové křeče, případně srdeční zástavu. K dalším projevům bulimie patří padání vlasů, žloutnutí kůže, předčasné vrásky, páchnoucí dech, extrémní svalová slabost, únava a malátnost.

Mentální anorexii lze velmi často rozpoznat dle těchto příznaků (Bröhmová, 1999):

- velmi nízká tělesná hmotnost způsobená hladověním;
- extrémní provozování sportu;
- útek do vlastního světa;
- strach ze ztloustnutí i při vyhublosti;
- vynechání menstruačního krvácení, nezájem o sex.

Příznaky bulimie jsou dle Bröhmové (1999) následující:

- pravidelné návaly vlčího hladu spojené s přejídáním a následným zvracením;
- zneužívání projímadel;
- spíš normální hmotnost, ale se silnými výkyvy;
- časté deprese a sebevražedné úmysly;
- sociálně nenápadná: účast na společenském životě, sexuální vztahy.

1.5 Rizika

Jak jistě všichni víme, MA a BL jsou závažná onemocnění spojená s rizikem úmrtí.

„Diety, hladovění, ale i zvracení a užívání různých prostředků „na zhubnutí“ způsobují řadu různých obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života postižených“ (Krch, 2010, s.43).

V důsledku hladovění a velké podvýživy dochází ke vzniku spousty různých somatických onemocnění. Některé jsou pak natolik zřejmé, že slouží jako signál k návštěvě odborníka.

Jak uvádí Krch (2003), spousta bulimiček si svoje nevhodné stravovací postoje a návyky snaží zdůvodňovat škodlivostí přejídání či nadváhy. To, co je však mnohem nebezpečnější a alarmující, jsou zdravotní následky nedostatečné výživy a vychrtlosti, mezi něž patří:

- zvýšená citlivost na chlad;
- celková únava, svalová slabost a spavost;
- často se opakující poruchy spánku;
- zažloutlá, praskající pleť, nadměrný růst ochlupení po celém těle, řídké, suché a lámající se vlasy;
- nadměrná kazivost zubů;
- zpomalení funkce střev, která vede k zácpě;
- nepravidelná menstruace;
- srdeční obtíže, zejména bradykardie a arytmie;

- oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý puls, zvýšená hladina cholesterolu v krvi;
- nedostatek živin poškozuje játra, která pak nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin a tím pádem dochází k otokům;
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké;
- slabý močový měchýř, častější nucení na močení;
- pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku;
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu;
- u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit pubert.

Psychické a společenské důsledky MA můžeme dle Krcha (2002) shrnout následovně:

- nálada je nadměrně závislá na tělesné váze a stupni sebekontroly;
- namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty úzkostných prožitků. I malé problémy se zdají jako neřešitelné;
- vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života;
- v myšlenkách se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se nebo naopak nechat k jídlu;
- nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, zejména když jsou vázány na jídlo. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci a nelze na ně spoléhat;
- koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy;
- zhoršuje se celková intelektová výkonnost;
- posiluje se závislost nemocného na jeho okolí, které na jeho problémy reaguje zvýšenou úzkostí a obavami a neumožňuje mu tak přiměřenou sociální zpětnou vazbu a vyžívání;
- snižuje se zájem o okolí a sexuální život.

PPP ovšem nezpůsobují pouze zdravotní problémy a rizika. Další důležitou skupinou důsledků MA a BL jsou sociální dopady na jedince a jeho okolí. V následující druhé velké kapitole se zaměřím na právě tyto důsledky. Uvedu důležitá fakta vztahující se k sociálním důsledkům, které tyto zákeřné poruchy s sebou přinášejí.

1.6 Léčba

Zvítězit nad poruchou příjmu potravy není vůbec jednoduché. Mentální anorexie a bulimie jsou závažná psychická onemocnění, jichž se nelze zbavit ze dne na den. K boji proti nim je zapotřebí hodně odvahy, síly a času. Je však možné zcela se uzdravit a užívat si života plnými doušky (Bröhmová, 1999).

Ve všech dostupných literaturách se můžeme dozvědět, že základem uzdravení se je předpoklad, že nemocná to bude sama opravdu chtít. Jedině ona sama si musí uvědomit, že si tímto chováním škodí, že riskuje své zdraví ba dokonce život. Až potom, co je pacientka plně přesvědčena, že se chce vyléčit a opět normálně společensky žít, je zahájení léčebného procesu na místě.

„Léčba mentální anorexie je velmi složitá, neboť pacientky nechtějí spolupracovat. Lehčí formu lze léčit ambulantně, těžší onemocnění vždy vyžaduje pobyt v nemocnici a zajištění umělé výživy sondou nebo infuzemi. Léčení je vhodné doplnit o psychiatrickou léčbu a péči psychologa. Avšak ani léčba nemusí zajistit vyléčení. Ukazuje se, že se vyléčí asi 30 % nemocných, u 20 % dochází k chronickému průběhu a u 10 % se projeví těžké psychiatrické onemocnění, např. schizofrenie či endogenní deprese. Variující je to, že i v dnešní době asi 7 % nemocných na toto onemocnění umírá. Proto je vždy nutné vyhledat lékaře včas“ Poruchy příjmu potravy [online].[cit. 2011-03-24]. URL: <<http://www.poruchyprijmupotravy.estranky.cz/clanky/lecba/>>.

Autorka Marádová (2007) uvádí, že léčba PPP se zakládá na třech léčebných postupech:

- 1.) léčba poškozeného organismu způsobeného opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.;
- 2.) psychoterapie poskytující nemocnému možnost pochopit příčiny jeho onemocnění;
- 3.) psychoterapie, která se zaměřuje na změny stravovacích návyků a životního stylu.

Léčba PPP velmi často vyžaduje dlouhodobou terapii kvalifikovaným odborníkem majícího v této oblasti mnoho zkušeností. U lehčích případů je možná dlouhodobá ambulantní léčba, jelikož pacienti nejsou vytrženi z jejich přirozeného prostředí a problémy se učí průběžně aktivně zvládat. U vyléčených případů však nelze vyloučit případnou recidivu. Nebezpečná jsou především období životních krizí jako např. rozchod s partnerem anebo snaha co nejrychleji snížit svou váhu po porodu (Krch, Málková, 1993).

V první řadě se rozhodne, zda se bude jednat o léčbu ambulantní, nebo bude pacient hospitalizován na některém specializovaném psychiatrickém oddělení nemocnice. V některých případech je od počátku dokonce nutné umístění na jednotce intenzivní péče, kde je potrava podávána nitrožilně a lékaři se snaží upravit celkový rozvrat organismu, který může při dlouhodobém hladovění nastat. Dalším krokem velmi často bývá volba léčby vhodnými psychofarmaky, neboť léčebné postupy a zvláště nutnost jíst vyvolává u pacientů značnou úzkost. Psychofarmaka se ponechávají až do té doby, než je pacient schopen se sám v klidu dostatečně najíst a zůstat i po jídle v dobrém psychickém stavu. K tomu dopomáhá pacientovi psychoterapie, která by měla být vedena zkušeným odborníkem na PPP. *Zdravě.cz*[online].[cit.2011-03-26].

URL: <http://www.zdrave.cz/anorexie-a-jeji-slozita-lecba/?utm_source=rssport_13>.

1.6.1 Druhy terapií

V případě anorexie se psycholog snaží najít postup, který pacientovi individuálně vyhovuje. Může to být:

- skupinová terapie – skupina nemocných lidí diskutuje o problému pod vedením psychologa;
- rodinná terapie – vhodná pro pacienty žijící s rodiči ve společné domácnosti;
- kognitivně – behaviorální terapie – učí rozpoznávat a racionalizovat své pocity;
- muzikoterapie, hippoterapie, ergoterapie - doplňkové terapie při pobytu v nemocnici.

V případě, že pacient není schopen se během doby mezi jednotlivými terapeutickými sezeními chovat tak, aby dále nehubnul, volí se hospitalizace. *Zdravě.cz* [online].[cit.2011-03-26].URL:

<http://www.zdrave.cz/anorexie-a-jeji-slozita-lecba/?utm_source=rssport_13>.

Léčebné přístupy lze dle Krcha (1999) uvést následovně:

Hospitalizace a částečná hospitalizace:

Tento způsob léčby poruch příjmu je vhodný v případech, kdy je potřeba stabilizovat somatický stav pacientů. Nemocní tedy mají abnormní jídelní chování. Nejčastěji je hospitalizace nutná také v případech, je-li u pacientek zjevná depresivní porucha, nebo

když předchozí léčba nebyla úspěšná. Při rozhodování o potřebě hospitalizace nemocných s PPP pak existuje několik obecných vodítek. Jedná se zejména o:

- nezbytnost návratu k normální hmotnosti či přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů;
- přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými obtížemi, nebo když představují závažné zdravotní riziko;
- zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních potíží;
- léčba některých přidružených stavů jako je např. těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Na klinice člověk stráví minimálně šest týdnů, ale v některých případech i půl roku. Dobrá klinika se pozná podle toho, že zde lékaři, psychologové, odborníci na zdravou výživu odborníci na pohybovou terapii budou k dispozici kdykoliv to pacient bude potřebovat. Klinika sestaví pro pacienta individuální terapeutický program (Bröhmová,1999).

Částečná hospitalizace se v současné době u nás zatím moc neprovozuje. Tato forma je vhodná pro pacientky, které např. musí nutně odejít z domova, aby léčbu zvládly, ale současně nechtějí jít na kliniku. Takzvané denní kliniky jsou typické např. pro různá německá města, jako je Mnichov. Pacienti tam docházejí k dennímu pobytu, absolvují zde terapeutický program a na noc se vracejí domů. Nejsou tak zcela vytrženi ze svého běžného prostředí (Bröhmová,1999).

1.7 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL

V České republice se můžeme setkat s různými typy sdružení, středisek a kontaktních stanic, které se PPP zabývají a na které se můžou nemocní obrátit v případě, že mají zájem o pomoc. Takovým sdružením je i Občanské sdružení Anabell, které je naším největším a nejznámějším sdružením, zabývajícím se tímto tématem. Na jeho internetových stránkách se široká veřejnost může dočíst mnoha důležitých a zajímavých informací týkajících se PPP.

Občanské sdružení Anabell poskytuje pomocnou ruku jedincům PPP a napomáhá jim najít východiska k řešení problémů spojených s nesprávným stravováním. V současnosti sdružení poskytuje své služby v oblasti sociální a zdravotnické a to konkrétně v kontaktních centrech sídlících v Praze, Plzni, Brně, Ostravě a Bratislavě. K hlavním

cílům této organizace patří pomoc jedincům s poruchami příjmu potravy, dále pak jejím rodinám a blízkým. Sdružení systematicky podporuje rozvoj preventivních programů, především zvýšením společenského povědomí o těchto onemocněních. Od roku 2003 sídlí tato organizace v Domě lékařských služeb v centru města Brna a poskytuje odborné individuální poradenství (psychologické a nutriční), různé skupinové programy, dále provozuje půjčovnu literatury a specializuje se na přednáškovou činnost v této oblasti. Od prvopočátku svého vzniku spolupracuje Občanské sdružení Anabell se Zdravotním ústavem, který sídlí ve stejném městě. Jedná se o partnerskou organizaci, zejména v oblasti odborné garance a supervize. Společným projektem těchto organizací je od roku 2004 Týden pro mentální anorexii a bulimii, který probíhá tradičně třetí květnový týden. *Anabell* [online]. [cit. 2011-02-11].

URL: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy/>.

2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

Co je to vlastně krása? Podle Bröhmové (1999) je to, co je považováno za „krásné“ závislé na mnoha faktorech. Ta dále uvádí, že na lidových slavnostech v Bavorsku se lidem líbí bujně poprsí ve výstřihu kroje a na molu v Miláně zas klučičí postava topmodelky Kate Mossovové. Píše také, že každá doba a každá kultura si žádá vlastní ideál krásy, přičemž tento ideál vypovídá mnohé o roli ženy v té které společnosti.

„Dnes dosáhl kult štíhlosti svého maxima. Žijeme ve společnosti ovládané médii. Kdo by se z jejich vlivu chtěl vyprostit, musel by se odstěhovat na pustý ostrov v tichém oceánu nebo žít někde na venkovském statku bez rádia, televize a novin. Jsme obklíčení šťastně se tvářícími mladými lidmi se štíhlou, vypracovanou postavou. Když ráno vyjdeme z domu, smějí se na nás z reklamních plakátů, roztahují se v časopisech a v televizi a když jdeme do kina, předvádějí se na plátně. Přinášejí nám stále stejné poselství: Úspěšný, oblíbený a šťastný může být, jen kdo je krásný a štíhlý“ (Bröhmová, 1999, s. 9).

„Zdrojem četných nedorozumění a sociálních problémů anorektiček je skutečnost, že se vyhýbají jídlu a že jejich nápadná vyhublost a odmítání jídla vzbuzují u ostatních obavy a snahu jim nějak pomoci“ (Krch, 2010, s.49).

2.1 Faktory kulturní a společenské

Příčinu zvyšujícího se počtu poruch příjmu potravy vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Studie z Japonska ukazují na tu skutečnost, že společnost, která se rychle přizpůsobuje západním standardům života a krásy, velmi rychle začíná trpět pocitem tloušťky a nespokojeností s mnoha tělesnými partiemi. Tato nespokojenost následně vede k dietnímu chování a v extrémních případech až k PPP (Krch, 2010).

Faktory, které posilují strach z tloušťky, jsou dle Krcha (2010) následující:

- tlak médií (především televize a internetu) na představy a životní vzory moderního člověka, jednostranný a zkreslený popis určitých typů a názorů na zdraví, krásu a úspěch;
- příliš vyhublý ideál krásy a úspěchu;
- médií a komerční reklamou posilovaná představa, že jedinec může získat vše, co si přeje (obvykle však chybí informace o možných dlouhodobých důsledcích);

- povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím;
- skandalizace obezity (jednostranné spojování nadváhy s leností a ošklivostí, dále zkrácené informace o účincích a následcích redukčních diet);
- příliš velký důraz na konformitu (lidé uznávají stejné hodnoty, nechťejí se lišit) a malá tolerance k různorodosti;
- přílišná orientace na fyzický výkon, sebekontrolu, soutěživost, vnější vzhled a na to, jak kdo vypadá (ženy, dospívající, některé profese...), šikana kvůli vzhledu;
- přílišný důraz na to, co se jí (tučné či netučné);
- soutěživost mezi vrstevníky i v rodině;
- obezita a diety v blízkém okolí a špatné stravovací návyky v rodině.

Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že hubenost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména pak ženy jsou vystavovány stále se zvyšujícímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé. Škodlivým důsledkům, které omezování se v jídle způsobuje, se pozornost věnuje už jen velice zřídka (Krch, 2010).

Tyto vlivy jsou čím dál častěji destruktivnější a ohrožují stále větší část veřejnosti. Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde hladovění není dobrou volbou, ale nepříjemnou životní realitou a nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ztrácí PPP smysl (Krch, 2010).

MA je podle Krcha (2010) mimo jiných také důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí a nedostatečných sociálních dovedností.

2.2 Přínos a úskalí internetu

V současné době existuje celá řada aktivních internetových stránek o anorexii a bulimii a některé z nich registrují desetitisíce vstupů. Velká část těchto stránek obsahuje základní informace a poznatky o PPP a s tím související potřebné kontakty na terapeutů či léčebná zařízení. Dále umožňují rychlou orientaci v problematice PPP, aktivní zapojení se do jejich řešení a lepší přehled o možnostech léčby (př. www.idealni.cz, www.doktorka.cz nebo www.anabell.cz). Existuje také spousta internetových stránek o anorexii, které vytvářejí samotné anorektičky. Provoz těchto stránek jim občas nahrazuje léčbu a změnu nezbytných

návyků. Jejich pohledy však bývají často jednostranné nebo jinak matou čtenáře (Krch, 2010).

„Jednoznačně nebezpečné jsou proanorektické internetové stránky, na nichž se čtenáři navzájem podporují v chorobných postojích k jídlu a tělu a posilují iluzi svojí výjimečnosti. Poruchy příjmu potravy pro ně nepředstavují život ohrožující chorobu, ale spíše životní filozofii. V tomto virtuálním světě vzdáleném běžné realitě se vytváří určitý druh komunity, který oslavuje vyhublost, hladovění, sebekontrolu a různé dietní tendence. Nemocní a nezralí mladí lidé se zde utvrzují ve víře, že nejsou nemocní, ale jen výjimeční nebo zvláštní (často jde o devastující důsledky podvýživy a anorexie) a nabízí si často smrtelné návody, jak ještě hubnout nebo „formovat“ svoje tělo. Většina návštěvnic těchto webů se také podporuje ve svojí nechuti k léčbě a s ní spojeným změnám návyků. Je to ideální prostředí pro podvýživou a problémy deprimovaná osamělá děvčata, jež jsou často pod velkým tlakem prostředí“ (Krch, 2010, s. 217).

Nebezpečí virtuálního prostoru je především v tom, že jej mohou ovládat verbálně obratnější a dominantnější děvčata, která aspirují na roli psychoterapeuta, nebo mají samy nevyřízené účty s anorexií. Anorektický chat jim umožňuje zasahovat do života druhých lidí, předvádět se a demonstrovat svoji sílu světu vůbec. Při vstupu na tyto chaty je pak nutné počítat s jistým zkreslením, jelikož většina účastnic jsou nemocné a hledají pomoc. Snadno tak na chatu převáží dojem, že anorexií lze jen velmi obtížně léčit (Krch, 2010).

Nakonec je zapotřebí zmínit se o nebezpečí rozvoje závislosti na virtuálním světě, jež hrozí především mladým lidem, kterým chybí porozumění a ocenění okolí. Místo řešení problémů, raději utíkají do virtuální bezstarostnosti.

2.3 Nemocní po pracovní stránce

Koncentrace pozornosti je zhoršená, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy. Jelikož anorektičky mívají potíže se spánkem, mění se jejich denní a pracovní režim. Zhoršuje se jejich celková intelektová výkonnost a schopnost řešit problémy (Krch, 2010).

2.4 Poruchy mezilidských vztahů

Způsob, jak se k nám během dětství chovali rodiče, jiní dospělí, vrstevníci i širší okolí, sehrává v našem osobnostním vývoji klíčovou roli. Na základě těchto vztahů se totiž buduje naše představa o tom, zda jsme schopní a hodnotní lidé a zda nás druzí můžou

milovat. Obtížná je pro člověka i představa, že prostředí naší společnosti, není možná zas až tak přátelské, jak bychom předpokládali (Hall a Cohn, 2003).

Bulimie, která nejčastěji začíná jako nevinný pokus zeštíhlet a zalíbit se tak druhým, je příkladem chování, které je determinováno zvenčí. Osobnost s touto poruchou se neřídí vlastním srdcem, ale reaguje na to, co se odehrává v jejím okolí. Může se zdát, že tak pouze chrání svou falešnou tvář a pocit bezpečí, současně ji to však umožňuje držet si ostatní od těla. Určité aspekty bulimie jsou pro vytváření upřímných a naplňujících vztahů obzvláště škodlivé (Hall a Cohn, 2003).

O bulimii se často hovoří jako o poruše vztahů, jelikož do značné míry narušuje normální, zdravé vztahy. Lidé, kteří bulimií onemocní, stahují ze vztahů a jediný vztah, který jim zůstává, je v konečném důsledku pouze vztah k jídlu (Hall a Cohn, 2003).

Snaha dosáhnout štíhlé linie vede k tomu, že se nemocné navzájem nepodporují, ale spíše mezi sebou soupeří. Místo toho, aby prohlubovaly vztahy vzájemné lásky a úcty mezi pohlavími, posilují sexuální povahu vztahů k mužům. Za nějaký čas nahradí vztah bulimičky k jídlu všechny ostatní vztahy (Hall a Cohn, 2003).

„Bulimie je přítel, který vás nekritizuje, nesoudí, neodmítá a nesoupeří s vámi“ (Hall a Cohn, 2003, s.22) .

„Vytváření vztahů brání sama povaha poruchy příjmu potravy. Jak můžu mít s někým vztah založený na upřímnosti a důvěře, když mu neustále lžu o tom, kolik toho sním a tajím, že nejím, cvičím a vyvolávám si zvracení“ (Hall a Cohn, 2003, s.22) ?

„Můj život se v podstatě změnil na jednu velkou hru na schovávanou. Žádná lež nebyla dost velká, pokud mi pomohla uchránit svobodu, kterou pro mě byla bulimie. Přitom jsem si předtím upřímnosti a čestnosti tak vážila! Vztahy s ostatními členy rodiny se zkažily, když několikrát zjistili, že jsem lhala. Už mi nemohli věřit. Sestra na mě pak neustále dohlížela, abych nechodila zvracet. Zcela vážně jsem si tehdy myslela, že to dělá prostě proto, že mi celá rodina závidí, jak jsem štíhlá“ (Hall a Cohn, 2003, s.22) .

„Vzpomínám si, jak jsem vždycky zapnula záznamník, naservírovala si na talíře svoje oblíbené potraviny, poslouchala, jak mi přátelé namlouvají vzkazy, a přitom se cpala jako posedlá. Jídlo pro mě bylo důležitější než přátelé. Jídlo bylo můj NEJLEPŠÍ přítel“ (Hall a Cohn, 2003, s.23).

„Jakmile jsem se začala mít víc ráda, všimla jsem si, jak se můj život po všech stránkách mění. Zjistila jsem, že mám kolem sebe spoustu kamarádů, kteří mě mají fakt rádi. Byli úplně v pohodě na rozdíl od mých kamarádů z dřívějšího. Naučila jsem se říkat druhým „ne“ a získala jsem si tím u nich respekt. Dřív jsem se totiž bála nesouhlasit nebo chtít něco jiného. Ted' ale vím, že mám na svůj vlastní názor právo“ (Hall a Cohn, 2003, s.23).

Zájem o okolí je snížený a vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost. Ubývá také zájmu o sex a vše, co bezprostředně není spojeno s jídlem. Ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím (Krch, 2010).

2.5 Partnerské vztahy a sexuální život

Jak píše Krch (2010), sexuální vztahy jsou citlivým místem mnoha lidí. Odráží se v nich aktuální situace člověka. U PPP snížený zájem o sex posiluje představu o možné poruše sexuální identifikace. Zájem o jiné pohlaví je tedy výrazně potlačen. Svoji roli zde hraje určitě také celková tělesná nepohoda, chlad, únava a stud. Mnoho vyhublých pacientek se stydí za svůj vzhled a obávají se tělesného dotyku. Rovněž přestávají být atraktivní pro svoje okolí. Anorexie zkrátka naruší normální sociální vztahy a uspokojení z intimního lidského kontaktu.

„Snížený zájem o sex a chudší sexuální život není u mentální anorexie projevem žádné sexuální choroby. Je přirozeným důsledkem neuspokojeného obživného pudu, chudých sociálních vztahů a zhoršující se kvality jejich života. U některých anorektiček může strach ze sexu souviset s negativním vztahem, který mají ke svému tělu, a s celkovou úzkostí“ (Krch, 2010, s. 215).

2.6 Žena s poruchou příjmu potravy v roli matky

Již samotný výskyt PPP je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za velmi významný rizikový faktor. Mezi matkami anorektiček se nesprávné jídelní postoje mohou vyskytovat velmi často. Mnoho dietujících dívek popisuje, že ve stejnou dobu jako ony držela dietu i jejich matka. Rodina může být také nahlížena jako zprostředkovatel kulturních hodnot, jež se spolupodílí na utváření očekávání a sebehodnocení (Krch, 2010).

„Z hlediska vzniku poruchy příjmu potravy je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových

návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního soudu a řešení problémů“ (Krch, 2010, s.63).

Někteří autoři poukazují v souvislosti s rozvojem anorexie na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie a některé nedostatky v rodičovské péči. Anorektická matka je pak většinou popisována jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní (Krch, 2010).

Psychologové v posledních letech důrazně upozorňují na nárůst poruch příjmu potravy mezi třicátnicemi, čtyřicátnicemi i padesátnicemi. Nová studie uskutečněná pod záštitou Eating Disorder Center v Denveru, upozorňuje na skutečnost, že zvyšující se počet žen ve středním věku postižených PPP je alarmující. Psychologové tomuto fenoménu přezdírají „Syndrom Zoufalých manželek“. Poukazují tak na skutečnost, že se v populárních televizních seriálech objevuje stále více nezdravě hubených hereček ve středním věku. Velkou zodpovědnost za tento syndrom totiž nesou i média, která podporují a posilují trend kultu mládí. Starší ženy jsou tak pod neustálým tlakem na to, aby zůstaly mladé a krásné.

OnaDnes.cz [online]. [cit. 2011-04-09]

URL:<http://www.ona.idnes.cz/anorexie-a-bulimie-uz-nejsou-vysadou-pubertacek-fud-/vztsex.aspx?c=A080327_153028_zdravi_bad>.

Ženy s onemocněním anorexií či bulimií někdy odmítají těhotenství ze strachu z nárůstu hmotnosti. Ty, které mají problémy s otěhotněním pro nízkou hmotnost, vyhledávají často asistovanou reprodukci, tají své obtíže a mohou ohrozit sebe i své potomky (interakce genetických vlivů a vlastního patologického jídelního vzorce na dítě).

Tiscali.cz [online]. [cit. 2011-04-10].

URL:< [http:// www. zeny.tiscali.cz/poruchy-prijmu-potravy-jsou-zavazne-psychiatricke-onemocneni-12677](http://www.zeny.tiscali.cz/poruchy-prijmu-potravy-jsou-zavazne-psychiatricke-onemocneni-12677)>.

Mentální anorexie a bulimie mohou také negativně ovlivnit schopnost otěhotnění a těhotenství samotné. Udržení těhotenství je náročné i pro leckterou zdravou ženu, natož pro ženu, která má problémy „živit“ samu sebe a vyvíjející se plod. Odborník nejen na tělo, ale i na duši, je tedy v podstatě nezbytností. Výchova dítěte, které potřebuje nejen dostatek zdravé a kvalitní stravy, ale také správné stravovací návyky, je pro ženu se zkušeností s poruchou příjmu potravy velmi zátěžová situace. Těhotenství a porod tedy i pro „vyléčené“ ženy neznamená konečnou výhru. Otěhotnění, samotné těhotenství, vlastní porod a výchova dítěte jsou pro ženu, která si prožila epizodu mentální anorexie, anebo

která mentální anorexií či bulimií stále trpí, velmi rizikové situace. I přesto se však těhotné ženy s diagnózou mentální anorexie vyskytují - ovšem s nepříjemnou prognózou.

V osmnácti letech ještě většina dívek nepřemýšlí nad budoucím těhotenstvím, ale konfekční velikost 34 štěstí a budoucí plnohodnotnou rodinu nezaručí.

Těhotenství od A do Z [online]. [cit. 2011-04-11].

URL:<<http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=clanky&str=18&kat=55&podkat=>>.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 POPIS VÝZKUMU

Výzkum, který jsem pro svou bakalářskou práci zvolila, se zakládá na kvalitativním šetření. Metodou rozhovoru jsem získala od vybraných respondentek informace potřebné k sestavení kazuistik. Cílem kazuistik bylo zjistit, zda, jak a nakolik mentální anorexie a bulimie ovlivnily životy mých respondentek a to se zaměřením na sociální oblast jejich životů.

3.1 Výzkumný problém

Mentální anorexie a bulimie patří v dnešní době mezi velmi rozšířené fenomény, kterým je potřeba věnovat daleko větší pozornost. Kromě všelijakých neblahých zdravotních následků, mají tyto zrádné poruchy nemalý vliv i na sociální roli člověka. Právě proto je potřeba vnímat skutečnost, že jsou mladé ženy ohroženy negativním vlivem těchto poruch a to hlavně na jejich současném a budoucím sociálním vývoji. A je také nezbytné nepodceňovat mentální anorexii a bulimii jako potencionální hrozbu, která pro člověka může mít za následek neblahé sociální důsledky v oblastech pracovních, vztahových či společenských. Zmíněnými podstatnými součástmi lidského života jsem se rozhodla ve svém výzkumu zabírat a zjistit tak, jaké konkrétní sociální důsledky poruchy mentální anorexie a bulimie mladým ženám přinášejí.

3.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit a analyzovat vybrané sociální důsledky mentální anorexie a bulimie u mladých žen s těmito poruchami.

3.3 Použitá metoda a metodologie

V praktické části práce jsem použila kvalitativní výzkum, který jsem vyhodnotila jako nejlepší způsob dosažení informací potřebných k dosažení stanoveného cíle výzkumu. Kvalitativní formou výzkumu mohu získat jak důležité a zásadní informace vztahující se k tématu sociálních důsledků mentální anorexie a bulimie, tak i k zajímavým a novým poznatkům, kterých bych např. formou dotazníku nenabyla. Při použití právě kvalitativní metody vidím také výhody v celém průběhu získávání informací. Tento mohu sama řídit, směřovat kam potřebuji a v neposlední řadě přidávat improvizované doplňující otázky, jež vyplynou z předchozích stanovených. Samotné respondentky mi tak mohou poskytnout

hlubší pohled do výzkumné problematiky a jejich odpovědi budou mít důvěryhodnější charakter než například při zmiňovaném dotazníku.

Podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat, bez toho, že by na začátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již před tím někdo vybudoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začínám pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluji předběžné závěry a hledám pro ně další oporu v datech (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Z metod kvalitativního výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, ze kterého jsem následně analyzovala získaná data. Nakonec jsem z těchto zásadních informací vytvořila kazuistiku, za pomoci kterých jsem mohla sestavit výsledný závěr práce a splnit svůj cíl výzkumu. Tento polostrukturovaný typ rozhovoru jsem zvolila proto, jelikož jsem chtěla dát respondentkám volnější prostor pro jejich odpovědi a získat tak i data, která sice nebyl cílem mého výzkumu, ale mohla ho významně obohatit. Polostrukturovaný rozhovor jsem uskutečňovala individuálně na základě předem připraveného okruhu otázek.

3.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor, na kterém je tedy má práce postavena Gavora (2000) definuje jako výzkumnou metodu, umožňující zachytit nejen fakta, ale především proniknout podrobněji do motivů a postojů zkoumaných osob.

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Jelikož je rozhovor založen na interpersonálním kontaktu, je jeho úspěšnost závislá na navození raportu mnou jako výzkumníkem. Raport je jakési navázání přátelského vztahu a také vytvoření otevřené atmosféry. Pokud bude tento přístup chladný, neosobní a nepřívětivý, tak sotva povede k úspěšnému rozhovoru a v krajním případě se může stát, že respondent odmítne se mnou spolupracovat (Gavora, 2000).

Náplní rozhovoru jsou otázky a odpovědi. Používají se otázky uzavřené, polouzavřené anebo otevřené. Vzhledem k tomu, že rozhovor nám umožňuje volnost a pružnost, kterou například dotazník nemá, dávám v něm přednost otázkám otevřeným. V průběhu rozhovoru můžu otázky přeformulovat a také klást dodatečné otázky atd. Rozhovoru dávám přednost před jinou výzkumnou metodou např. dotazníkem tehdy, když chci dosáhnout bezprostřední, spontánní, osobní či důvěrné odpovědi a dále při pravděpodobnosti, že návratnost dotazníku bude nízká. Kontaktem tváří v tvář si můžu zaručit pravdivé a dostatečné informace (Gavora, 2000).

Ve spoustě literatur nalezneme velké množství různých pravidel a zásad pro úspěšné vedení rozhovoru. Uvedu shrnutá pravidla od autora Chráska (2007):

- Rozhovor má probíhat vždy za vhodné situace. Měl by být vytvořen dostatečný časový prostor a je důležité se vyvarovat přítomnosti svědků, kterých se rozhovor netýká. Rozhovor by mělo probíhat vždy v přirozeném prostředí.
- Je doporučené rozhovor začínat nejobecnějšími otázkami, jež dotazovaného uvedou do dané problematiky.
- Při rozhovoru je třeba čelit působení psychologických faktorů, které můžou negativně ovlivnit výsledky tohoto rozhovoru.
- Je nutné vytvářet podmínky pro náležité navázání kontaktu s respondentem tzv. rapport a pro jeho motivaci ke spolupráci. Já coby výzkumník bych měla projevat přiměřený zájem o výpovědi respondenta, dále být taktní a nevtíravá. Důležitou roli má ve výsledku i úprava mého zevnějšku, samozřejmě i mé chování v průběhu rozhovoru (př. upjatost či familiárnost) a řada dalších osobnostních charakteristik.
- Velmi velký význam má přesný záznam průběhu rozhovoru. Písemný záznam je možné provádět přímo na místě během rozhovoru anebo po jeho ukončení. Pokud provádím zápis během rozhovoru, eliminuji tím riziko zkreslení výsledků důsledkem zapomínání. Na druhou stranu zapisování odpovědí v průběhu rozhovoru může způsobit obtížnější navázání kontaktu mezi mnou a respondentem a celkově tak nepříznivě ovlivnit atmosféru. Z psychologického hlediska je lepší zaznamenávání odpovědí až po ukončení rozhovoru. Abych vylepšila možnost důsledného zapamatování celého průběhu, využiji technických prostředků např. diktafonu.

Další pohled na zásady pro rozhovor přináší Gavora (2000), který zmiňuje prostředí pro interview jako tiché, klidné, izolované místo. Píše, že přítomnost jiných lidí při rozhovoru může navodit nežádoucí reakce respondenta. Dále se zmiňuje o nácviku dovedností pro rozhovor, kde uvádí, že vést rozhovor není jednoduché a že je třeba si vedení nacvičit. Nácvik se soustřeďuje na vytvoření raportu, sledování obsahové linie rozhovoru, pružné reakce na odpovědi respondenta. Otázky pro rozhovor si musím nacvičit předem, protože hledání, která otázka má následovat či přerušované čtení otázek nevzbudí v respondentovi důvěru ve mě. O průběhu rozhovoru se zmiňuje Gavora také. Uvádí, že vstupní část rozhovoru je zaměřena na motivování a zaujetí respondenta a na navození osobního vztahu. Je důležité vysvětlit záměr rozhovoru, odstranit obavy tázaného a dodat mu sebedůvěru. Osvědčené je věnovat tři počáteční minutky rozhovoru o všeobecných věcech a až potom započít samotný rozhovor.

Jak jsem již zmínila v kapitole použitá metoda a metodologie, využila jsem pro svou výzkumnou část formu polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody rozhovoru, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného tak strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor pak vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytvořila jsem si určité schéma, které specifikovalo okruhy otázek, na které jsem se respondentek chtěla ptát a které bylo pro mě závazné. Pořadí okruhů otázek jsem různě zaměňovala a upravovala tak, abych maximalizovala výtěžnost rozhovoru. Někdy jsem strategii v průběhu rozhovoru mezi jeho různými částmi diferencovala. Při tomto druhu rozhovoru je vhodné použít následné inquiry, tedy vysvětlení a upřesnění odpovědi účastníka. Znamená to, že si například nechávám vysvětlit, jak danou věc myslí. Tím si ověřím, že jsem odpověď dobře pochopila a interpretovala, kladu různé doplňující otázky a rozpracovávám téma do hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám. U polostrukturovaného rozhovoru je definované tzv. jádro rozhovoru, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Pořadí se obvykle liší a běžné jsou i drobné nuance ve stylu kladení otázek. Na toto jádro se pak nabaluje množství dalších doplňujících témat a otázek, které se mi jevilo jako vhodně a smysluplně rozšiřující původní zadání. Při analýze a zpracování jsem pak měla možnost s touto nadstavbou pracovat a doplňují otázky mi tak přišly jako velmi užitečné. U polostrukturovaného rozhovoru je obvyklé dávat přednost vnějšímu prostředí, např.

parku, ulici či kavárně a i já jsem této přednosti v některých případech využila (Miovský, 2006).

3.3.2 Případová studie – kazuistika

Název kazuistika je odvozen od latinského slova „casus“, který přeložíme jako případ či příčina. Případová studie (Patří do nestandardizovaných metod tzv. klinických) Případová studie-též kazuistika či studie případu (case history) byla dříve lékařská metoda popisující a rozebírající léčebné případy, později se postup rozšířil i na další vědecké obory (Valenta, Müller, 2003).

V kazuistice neboli případové studii se jedná o systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznávání chování, vývoje a rozvoje osobnosti, získané poznatky nelze zobecnit. *Studijní materiály* [online]. [cit.2011-04-02].

URL:<[http:// www. beta.studijnimaterialy.cz/iframe/415/Aplikace-metod-soc-prace](http://www.beta.studijnimaterialy.cz/iframe/415/Aplikace-metod-soc-prace)>.

Jiná definice uvádí, že kazuistika je *intenzivní metoda studia jednotlivého případu s důrazem na utříděný celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, jeho příznaků, vývoje poruch, významných zážitků, postojů aj.* *Youlexicon*. [online]. [cit. 2011-04-05].

URL:<[http:// www. youlexicon.com/language/czech/detail.aspx?id=18187](http://www.youlexicon.com/language/czech/detail.aspx?id=18187)>.

V pedagogických vědách stejně jako v ostatních společenských disciplínách patří případová studie k základním výzkumným designům. Detailní studium jednoho nebo několika případů je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Případová studie se stala důležitou formou bádání primárně v etnografickém, sociologickém a psychologickém výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Cílem případové studie je interpretovat interakce mezi případem a okolím. Pro případové studie jsou klíčové kvalitativní techniky, mezi které patří mimo jiné i rozhovor. Výsledky z použitých technik interpretujeme v případových studiích dohromady, neboť cílem je vyložit případ jako integrovaný systém, a ne upozornit na jeho dílčí části (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Explicitně nezdůrazňovaným rysem případových studií je čas. Případová studie vyžaduje velké množství času stráveného zevrubným studiem případu. Jednou z výhod designu případové studie je porozumění objektu v jeho přirozeném kontextu. Cílem výzkumu je

poznat případ do hloubky, přičemž vztahy k obecnější problematice nejsou tolik podstatné. Hledám jeden nebo několik případů, které zamýšlený jev reprezentují a propojují své výsledky s předchozími znalostmi o daném jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.3.3 Analýza dat a interpretace

Analýza dat znamená v případových studiích zpracování empirických dat takovým a způsobem, abych byla schopna nalézt odpovědi na stanovený cíl výzkumu. Analýza a interpretování dat je tak úzce provázáno jak s tématem, tak s cíli celého šetření. Pro případové studie nejsou vyvinuty čistě specifické analytické procedury. Absence uceleného a uznávaného přístupu k datům vzešlých ze studia případů v praxi znamená, že téměř každá studie představuje do jisté míry originální analytický a interpretativní přístup. Široké spektrum analytických přístupů uplatňovaných v případových studiích přimělo některé metodology prezentovat alespoň rámcové návody, jak při analýze postupovat. Základem těchto pokusů je tradiční kvalitativní kategorizace. Data jsou na základě systematického porovnávání a hledání pravidelností segmentována do systému kategorií. Důraz kladou na grafické znázornování a vytváření vztahových sítí případu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Dále pokračuji tak, že sebraný materiál uspořádám, protože vyprávění jedinců není nikdy chronologické, jednotlivé příběhy na sebe nenavazují a také se často vzájemně překrývají. První analytické postupy tedy směřují k uspořádání sebraného materiálu do podoby jednoduchých krátkých příběhů, můžu tedy mluvit o strukturní analýze. Výsledkem takto provedené analýzy je „vystřižení“ jednoho příběhu z celku vyprávění, což je časově náročné. Roztříděním a redukcí textu na jednotlivé příběhy provádím jakýsi druh otevřeného kódování, které zde není zaměřeno na témata vyprávění, ale na chronologickou souslednost událostí (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.3.4 Záznam a přepis dat

Rozhovor zpravidla začíná zapnutím diktafonu, bez něhož je dnes spolehlivý výzkum takřka nemyslitelný. Na začátku rozhovoru by se měl vědec znovu zeptat na souhlas účastníka s nahráváním, ujištěním o anonymitě a důvěrnosti a vysvětlit projekt výzkumu.

Záznam rozhovoru, který výzkumník provedl, je v této fázi hotov, ale ještě zbývá rozhovor přepsat, protože konečnými zdroji dat pro analýzu a interpretaci jsou přepisy. Přepis je činnost velice snadná, o to více časově náročná. Při přepisu dat se používá technika zvaná

anonymizace dat, která slouží k ochraně jmen účastníků, během přepisu dat reálná jména nahrazují pseudonymy.

Při analýze a interpretaci dat je nebetyčně důležité se k údajům opětovně vracet a znovu je pročítat a následně kódovat (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.4 Volba případu

Na základě uvedené výzkumné metody a metodologie jsem následně přistoupila k výběru konkrétních zkoumaných případů. Ty sestávají z 5 respondentek, jež odpovídají výše uvedeným kritériím. Jedná se výhradně o ženy ve věkovém rozmezí 19-25 let, které prošly nebo stále procházejí mentální anorexií, bulimií či kombinovanou formou těchto onemocnění.

Výzkumné případy byly pro mou práci dobře dostupné, protože jsem mohla oslovit ženy převážně z mého okolí. Přesný typ onemocnění byl pojmenován přímo od respondentek a nebyl tedy ověřován odborníkem.

Nyní uvádím seznam jmen, které jsem použila u jednotlivých respondentek a dále stručné informace o jejich věku, jimi popsanému typu poruchy:

Agáta: 19 let, kombinace mentální anorexie a bulimie, záchvatovité přejídání;

Blanka: 20 let, mentální anorexie;

Dagmar: 22 let, mentální anorexie;

Gita: 24 let, mentální anorexie;

Helena: 25 let, bulimie.

4 VLASTNÍ VÝZKUM

Každý jednotlivý rozhovor se uskutečňoval v různých prostředích, dle přání respondentek. Jednalo se ale vždy o takové prostředí, ve kterém se ženy cítily dobře a bezpečně. Místo setkání buď samy navrhly, nebo můj nápad potvrdily. Rozhovory jsem ve všech pěti případech zaznamenávala na diktafon. Téměř všechny respondentky k tomuto výhrady neměly, byly ochotné spolupracovat na sto procent. Vyjímkou byla respondentka poslední. U ní jsem musela přistoupit k zaznamenávání si rozhovoru přímo na papír. Měla obavy, že její vyjádření na diktafon bude působit směšně či hloupě. Její rozhodnutí jsem samozřejmě akceptovala. Už v počátku rozhovoru jsem u respondentek pocítila jejich obavy z odpovědí a s tím spojené nízké sebevědomí v kombinaci se zvýšenou sebekritičností a proto jsem je opět ubezpečila, že poznatky celého interview budou využity jen a pouze pro potřeby mé bakalářské práce, s jejímž tématem jsem je také obeznámila. Protože jsem většinu respondentek znala osobně velmi dobře, nebyl problém navázat konverzaci ihned na dané téma a věnovat se připraveným otázkám.

U dvou respondentek, které jsem viděla poprvé, bylo nutné nejprve navodit příjemnou atmosféru a vést krátký počáteční rozhovor neformálního typu, např. o současném, dění ve světě či počasí. Se všemi respondentkami jsme si tykaly.

Mým respondentkám jsem zvolila fiktivní oslovení, jelikož si většina přála zachovat anonymitu.

Kazuistiky proběhlých interview uvádím v pořadí, ve kterém byly z hlediska časové posloupnosti získány.

Vzhledem k zaměření výzkumu jsem si zvolila následující otázky do rozhovoru:

- 1.) *Jak a kdy se u tebe začala nemoc projevovat, popř. kdy jsi sama sobě přiznala, že jsi opravdu nemocná?*
- 2.) *Jak onemocnění ovlivňovalo tvé osobní vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli?*
- 3.) *Odrážela se nemoc ve tvém partnerském životě a oblasti navazování kontaktů?*
- 4.) *Pocítovala jsi, že se porucha negativně odráží ve tvém pracovním či profesním životě?*
- 5.) *Jaké máš plány do budoucna?*

4.1 Kazuistika Agáta

Respondentka Agáta byla první z pěti žen, která byla ochotna se semnou podělit o svůj životní příběh. Agáta je devatenáctiletá mladá žena, jež před rokem a půl zdárně ukončila studium na středním odborném učilišti, konkrétně obor kadeřnice. Agáta je má dobrá přítelkyně. Z jejich charakterových vlastností bych vyzdvihla zejména otevřenost, komunikativnost, odpovědnost a dobrosrdečnost. Většinu svého volného času tráví s přáteli, mezi kterými je velmi oblíbená anebo ve fitcentru. Sportovní aktivity jsou její velkým koníčkem. Aktivně se věnuje také modelingu. Bydlí a živí se sama. Agáta je jedináček. Její rodiče se rozvedli, když jí bylo 13 let. Matka se nedávno podruhé vdala a se svým novým manželem se odstěhovali na vesnici do rodinného domu. Agáta však chtěla zůstat ve městě a tak ji to rodiče umožnily. Co se týká jejích partnerských vztahů, doposud neměla žádný vážný.

Agáta si svou poruchu v oblasti stravování dlouho plně neuvědomovala. Je to rok, co se poprvé rozhodla jednou provždy zbavit přebytečných kil a dovést svou postavu k dokonalosti. Agáta nikdy nebyla tlustá, ale normální zdravá holka s váhou přiměřenou jejímu věku a výšce. Normální postava však Agátě nevyhovovala. Přála si, být výjimečná a hubená tak, aby si toho každý hned všimnul. A to se jí také povedlo. Po roce se svou výškou 165cm váží 46 kg. Dneska už přiznává, že se chytla do pastí poruch příjmu potravy a otevřeně o tom dokáže mluvit. Je však sama se sebou spokojená a zatím nemá v plánu cokoliv měnit.

„Jsem štíhlá a dosáhla jsem toho tvrdou dřinou a odříkáním si všeho dobrého. Stálo mě to hodně sil a jsem na sebe hrdá. Víím, že to není pro mé zdraví dobré, ale vzhled a spokojenost je pro mě důležitější.“

Agáta přiznává, že se jí občas v noci udělá špatně od žaludku a zastaví to jedině okamžitou návštěvou lednice, ze které vyndá vše, co najde, aby nepříjemný stav potlačila. Mezi další komplikace patří motání hlavy a zimnicové stavy. Agátu dále trápí čím dál častější změny nálady. Stále častěji se stává, že někdy prospí celý den, protože nemá náladu na nic a na nikoho. Následují dny je zas ale jako vyměněná a vše si vynahrazuje.

Agáta často ä ráda nakupuje jídlo, zejména dietní. Pár dní v měsíci pak drží přísné diety omezené jen na nízkotučné potraviny. Tyto dny se prolínají se dny naprostého půstu a náhlých záchvatů "žravosti". To se pak Agáta pustí do všeho, co vidí, aby si vykompenzovala předešlé dny hladomoru a nemastných, neslaných "light" výrobků.

Zejména navečer se mnohdy nacpe k prasknutí. Po této akci však vždy následuje proces "dostat to ven", jak sama nazývá. To pak čtvrt hodiny obývá toaletu, kde se úmyslně vyvolaným zvracením jídla z těla opět zbavuje. Po tomto výkonu je vždy na sebe nesmírně pyšná. Pokud je přesvědčena, že ten den snědla o něco víc, než měla v plánu, nastupuje na řadu cvičení. Posilovnu sice navštěvuje prakticky obden, ale v těchto případech to doma ještě doplňuje o vlastní cvičební program.

„Ano, mám problém. Ale tohle mi stojí za to, abych mohla dělat modeling a byl o mě zájem. Dokud to budu zvládat, svůj postoj k jídlu nezměním.“

Přátelé Agáty začali její zvláštní změny v chování také pociťovat. Zatím tomu ale nevěnují speciální pozornost a nic jí nevyčítají. Z tohoto problému si spíše dělají legraci a jen ji popichují. Dalo by se říci, že o tomto onemocnění moc nevědí a nepřipouští si tak rizika, která jejich kamarádce hrozí. Agáta je navíc přesvědčená, že má vše pod kontrolou a kdykoliv bude chtít, tak se změní. Rodiče Agáty to také neberou příliš vážně. Jsou rádi, že je dcera spokojená se svým vzhledem a v její modelingové zálibě ji podporují. Matka občas prohodí něco ve smyslu, že už to stačí, že je hubená dost a ať už to nepřehání. Jednou, dvakrát do týdne ji také přiveze navařené jídlo. To však posléze Agáta vyhazuje do koše, aby náhodou neměla chuť to sníst. Jindy si to nechá do zásoby na tzv. "noční přejídačky". Konflikty s rodiči tedy zatím nemá, alespoň co se jídla týče. Horší je to ale u babiček. Tady se dostává do sváru při každé návštěvě. Babičky ji samozřejmě nutí k jídlu a se vztyčeným ukazováčkem komentují její vyhublou postavu. Agáta se snaží návštěvám vyhýbat, jak to jde. To jí pak hodně trápí, protože má obě babičky velmi ráda. Její nemoc jí tak omezuje ve styku s blízkými už nyní.

„Babička mi vždycky nachystá řízek a stojí u mě, dokud ho nesním. Já pak počítám každou minutu, abych už mohla odejít domů a řízek vyzvracet. Ted' jsem ale vymyslela nové řešení. Před každou návštěvou babičky si dám projímadlo. Nebudu se pak obávat, že už bych jej nestihla dostat ven a můžu babičce ukázat, jak pěkně papám (smích).“

Co se týká partnerských vztahů, tak jak jsem již zmínila, zatím není v Agátině životě žádný stálý partner, se kterým by plánovala budoucnost. Říká, že na vážný vztah zatím nemá čas a nervy. Obává se, že by ji budoucí partner kontroloval při jídle a také, že by ztratila naprostou volnost ve svých dietních rituálech. Nedovede si nyní představit, že by se nemohla kdykoliv vyzvracet aniž by ji potencionální přítel u toho načapal. Také se vymlouvá na fakt, že by jí nebylo příjemné denně partnerovy vyvažovat. Pokud občas svolí

k nezávaznému rande s novým objevem, pohlíjí ji strach, že ji pozve někam do restaurace a snaží se už dopředu vymýšlet všelijaké výmluvy, proč nemůže jít.

„Nic bych z toho setkání pak neměla. Jen nervy, že se budu muset přecpat.“

Jelikož Agáta je závislá pouze na své osobě a v práci je sama sobě pánem, nemusí se obávat potíží, které by mohly nastat, kdyby se v důsledku hladovění občas do zaměstnání nedostavila. Pokud jí není dobře, obvolá zákaznice a ten den domluvenou práci zruší. Ví, že jindy zas bude pracovat navíc, klidně i pozdě do večera. Sem tam jen potřebuje nabrat nové síly a distancovat se od lidí. Sama ale přiznává, že se trochu změnil její přístup k zákaznicím. Dříve byla upovídanější a usměvavější. Poslední dobou se spíše věnuje tomu, aby byla práce co nejdříve hotová, a se zákaznicemi už si tolik nepovídá.

„Většinou se jedná o plnoštíhlé dámy. Nemám si s nimi jaksi co říct. Mají jiné hodnoty a můj životní styl neuznávají. Občas mě ale pochválí, jak mám pěknou postavu, a ptají se na rady. Vím ale, že je to zbytečné. Takové nikdy nedocílí toho co já. Taková konverzace mě pak přestává bavit.“

V budoucnu by se Agáta chtěla udržet na své momentální váze a své tělo "pouze" zdokonalovat cvičením. Ráda by našla způsob jak si občas zajít do restaurace aniž by měla zdrcující výčitky svědomí. Je přesvědčená ale, že jí to za tu námahu stojí a zdravotní rizika si nikterak nepřipouští. Stále opakuje, že není stejná jako ostatní anorektičky a bulimičky, že ona má vše pod kontrolou.

„Ty holčiny jsou někde úplně jinde. Neumí přestat, jsou nenormální. Já jsem jiná. Když zítra řeknu STOP tak to tak bude. Zatím ale nechci. Nemůžu se totiž nabažit toho pocitu, jak na mě ženský na ulici závistivě koukají.“

4.2 Kazuistika Blanka

Pro druhou kazuistiku jsem oslovila dvacetiletou slečnu Blanku. Jedná se o studentku vysoké školy. Školu studuje daleko od svého domova. Kvůli této vzdálenosti je ubytována na koleji. Ačkoli studuje obor, který se velmi blízce dotýká zdravotnictví, i ona propadla této zákeřné nemoci jakou je právě mentální anorexie.

Blanka pochází z úplné rodiny, žijící na malé vesnici. Blanka vyrůstala s mladším bratrem a starší sestrou až do minulého roku, kdy se musela kvůli studiu osamostatnit a nyní domov navštěvuje každý druhý víkend. Její dětství jak popisuje, bylo idylické a je za to rodičům velice vděčná. Nikdy jí ani sourozencům nic nechybělo. Rodiče jí vždy pomohli, ať už se jednalo o cokoliv. I se sourozenci měla pěkný vztah. Možná právě proto, že se nikdy nemusela potýkat se žádnými strastmi a starostmi se Blanka začala v pubertě "nudit". Jak sama zmiňuje, rodiče ji nikdy nenutili do žádné domácí práce a spíše ji nechávali ať má čas jen pro sebe a své záliby. Těch Blanka moc neměla a tak postupně přibývalo dnů, kdy se jen tak povalovala na gauči s módními časopisy či notebookem, prostřednictvím kterého navštěvovala všelijaké internetové stránky zabývající se modelingem, módou, ženskou krásou a nepřeborném množství rad týkajících se diet- prostředníkem mezi mladou, moderní ženou a krásou. Blanka se začala shlížet v těchto vyretušovaných dokonalých modelínách a okolo čtrnáctého roku podlehla trendu štíhlosti naplno. Bylo to po Vánocích, kdy se rozhodla, že musí něco udělat se svou postavou. Blanka vážila ve svých čtrnácti letech asi 59 kg. Což bylo na její vkus celkem dost. Spolužačky byly podle ní štíhlejší a Blanka se s nimi ve své mysli neustále srovnávala. Vadila ji především její malá výška, která jejím kilům na kráse moc nepřidávala. Nikdy předtím se tím ale netrápila natolik, že by se uchýlila k razantnějšímu kroku. Užívala si dospívání a k módním časopisům moc netíhla. Věkem ale začala podrobněji zkoumat každý záhyb svého těla a postupně ho nenávidět. Reklamy a internet pak dokonal své.

„Kdybych nikdy neotevřela tenhle magazín, kdybych nikdy omylem nenajela na tyhle stránky, kdybych nekoukala na ty přehlídky v televizi, tak bych si dál klidně žila svým venkovským stylem života a neměla potřebu se nějak zdokonalovat...“

Tomu se Blanka v současném světě nemohla vyhnout. A tak si vzala předsevzetí, že od nového roku začne nový, lepší život a do léta z ní bude stejně dokonalá dívka, jako ta z přední stránky oblíbeného měsíčníku. Zpočátku jedla normálně, ale stanovila si určitá pravidla. Jako např. nejíst po čtvrté hodině, vyhýbat se pečivu, pít jen holou vodu. Za tři

týdny se dostavily první viditelné výsledky a ručička na váze se ocitla pod hranicí 55 kil. Blanku to nastartovalo tak, že si svůj jídelní plán dále upravila. V podstatě z něj odstranila vše kromě ovoce, zeleniny a nízkotučných mléčných výrobků. Občas si uzobla i něčeho "normálního", ale to velmi rychle napravila úmorným cvičením. Za dva roky se blanka dostala na pro ni báječných 49 kg. Denně si stále prohlížela dokonalé modelky v televizi a radovala se z toho, jak se jim přibližuje. Některé už i předčila svou hubeností. To ji ale naopak posilňovalo a vedlo stále dál a dál v jejich praktikách. Rodiče si této změny všimly asi po půl roce. Přesvědčovali Blanku, aby nedělala hlouposti a její nový styl ji vyčítali. Prosby rodičů nepomohly. Potíž byla i v tom, že nebyly nikterak důslední. Pokaždé ji pokárali, do jídla ji však nenutili. Rok před nástupem na kolej se Blanka viditelně změnila k lepšímu. Díky onemocnění jejího otce hodila za hlavu svoji touhu hubnout a věnovala se rodině.

„Táta s mámou byli pro mě všechno. Kdyby se jim něco stalo, nač by mi bylo dokonalé tělo, když bych ze zármutku nebyla schopna ani vylézt mezi lidi?!“

V té době si konečně začala uvědomovat svůj problém a sama jej zvládla zastavit. Po té co se otec plně uzdravil, ke špatným stravovacím návykům se Blanka nevrátila. Myslela si, že je vše za ní a těšila se na novou etapu života, kterým bylo studium na vysoké škole. Nový spolužáci byly úplně jiní lidé, než na které byla zvyklá z maloměstské střední školy. Blanka byla extrovertní povahy, přátelská a pro každou srandu a tak rychle zapadla do partičky dívek, které byly rády středem pozornosti. Později se ukázalo, že tyto dívky spojuje stejná záliba v dokonalost, jakou si Blanka již prošla. Netrvalo dlouho a problém tu byl zpět. Touha ztotožnit se, zalíbit kamarádkám a řešit s nimi stejné problémy se proměnila ve skutečnost.

„Nedalo se odolat. Nešlo to nedělat. Vypadla bych z klubu. A já jsem tam tolik chtěla patřit. Líbilo se mi prohlížet si znovu módní časopisy a tentokrát ne sama.“

Blanka opět zcela propadla zrádné poruše mentální anorexie a ve svých dvaceti letech váží 48 kg.

Ve škole si se spolužáky moc nerozumí. Stýká se především se svými nejbližšími kamarádkami, se kterými si mají co říct ohledně jejich společného životního stylu, kterou je dieta. Ostatní spolužáci se jí začínají posmívat a narážet na její nehezky vyhublou postavu. Nedávno se jí i jedna z kantorek ptala, jestli nemá nějaké problémy a jestli ji nemůže nějak pomoci. Po výuce jde Blanka většinou ihned na kolej, do svého pokoje,

který sdílí s jednou spolubydlící. Ta se s Blankou často dohaduje a její přístup k jídlu neschvaluje. Má o Blanku strach.

„Není to moje matka, nemůže mi říkat, co mám a nemám dělat. Je hodná, že si o mě dělá starosti, ale myslím, že mi i trochu závidí štíhlost.“

Domů Blanka jezdí dvakrát do měsíce. Rodiče si samozřejmě všimly jejího opětovného hubnutí, ale doufají, že ví, co dělá a že se z toho dostane stejně tak jako předtím.

„Určitě je to trápí, ale dobře ví, že jsem tvrdohlavá a nenechám si do ničeho mluvit. Musí mé rozhodnutí respektovat.“

Vztah mezi rodiči a Blankou je pořád moc pěkný, i když se o dceru jistě bojí. Za to vazby mezi sourozenci viditelně ochably. Starší sestře se Blančin fyzický vzhled nelíbí a dává jí to dost najevo. Několikrát jí i hrozila, že ji vezme k lékaři. Mezi sestrami tak vznikají časté konflikty, které jsou stále častěji ostřejší.

Blanka nemá přítele. Na diskotéky nechodí a po škole bývá celou dobu na koleji ve svém pokoji. Tvrdí, že se nemá kde seznámit. Nijak zvlášť ji to ale netíží. Sexuální život ji nechybí a na partnera má prý času dost. Teď je přednější škola.

Blanka se několikrát pokoušela sehnat brigádu. Pokaždé toho ale musela brzy nechat. Práce po večerech, které má jediné volné, je možná jen v restauracích, barech apod. Je to ovšem práce namáhavá a Blanka nebyla schopna ji fyzicky zvládnout. Vždy po několika dnech se cítila tak strašně slabá, že nemohla pokračovat dál. Párkrát se stalo, že se jí točila hlava, když obsluhovala hosty nebo rozbila nádobí v důsledku malátnosti. Dobře si uvědomuje, že za to může její porucha a ví, že kromě již špatné kvality jejích ulamujících se nehtů, zhoršené pleti a celkové fyzické slabosti, se bude její zdraví nadále zhoršovat. Nemůže ale kazit partu a přibrat. To by byl její konec, tvrdí.

„Na tom být v partě mi hodně záleží. Nikoho kromě holek tady ve městě nemám. A jako obyčejná nehubená holka bych se k nim nehodila.“

Blanka se obává, že v budoucnu si nebude moci najít práci kvůli její nemoci. Přesvědčivě říká, že po ukončení studia se dá opět dohromady a s hubnutím skončí. Myslím ale, že tomu sama nevěří.

4.3 Kazuistika Dagmar

Třetí kazuistika se týká Dagmar, dvaadvacetileté studentky. Dáša je spíše uzavřené povahy. Jedná se o velmi inteligentní dívku s vyšší sociálních vrstev. Dagmar žije víceméně pouze s matkou a roční sestřičkou ve velkém domě na předměstí. Otec pracuje v zahraničí a domů se vrací na pár dnů maximálně čtyřikrát do roka. V okolí bydliště je u vrstevníků oblíbená, ale co studuje na vysoké škole, není se svými dlouholetými přáteli v příliš častém kontaktu. S matkou má od malička velmi chladný vztah, se svými problémy se jí nikdy nesvěřovala. S otcem si rozumí více, ten je ovšem daleko od domova.

První náznaky poruchy příjmu potravy se u Dáši objevily okolo devatenáctého roku. Byla platonicky zamilovaná do chlapce ze sousedství, který ji ovšem odmítal. Zanedlouho si našel přítelkyni. Dáša se zhroutil svět. Pořád přemýšlela, co vidí na té druhé. Dokonce si i odbarvila vlasy, aby se přiblížila Tomášovu vkusu. Když nic nezabíralo, rozhodla se, že pro to musí udělat maximum. Dáša byla vysoká, dobře stavěná dívka. Se svou výškou 177 cm vážila asi 65 kg. Myslela si, že Tomášův nezájem je ovlivněn právě její postavou. „*Stačilo mi, že mě uvidí, jak jsem jiná-štíhlá a krásnější. Šlo o to, aby litoval, že se tak špatně rozhodl.*“

Od té doby začal každodenní kolotoč. Ráno jablko, odpoledne kousek čokolády na energii a večer nic. 10kg šlo dolů velmi rychle. Dáša začínala být spokojená. Po jisté době, se začalo Dáša dělat nevolno. U zubaře byla tak zesláblá, že i anestezie zubu jí způsobila mdloby. Tehdy si začala uvědomovat, že je to vážné. Tempo byla schopná zpomalit, zastavit však nechtěla. Dášina matka byla vždy velmi štíhlá a sama se věnovala různým dietám. Váha její dcery ji nikterak neznepokojovala, spíše byla ráda, že se sebou začala Dáša něco dělat. Tomášova náklonnost se sice nedostavila, ale Dáša pokračovala dál v hladomoru. Na internetu se přidávala do skupin pro anorektické dívky, aby mohla komunikovat s dívkami, které mají stejné návyky.

„*Tehdy mě to opravdu bavilo. Mohla jsem pokecat s holkama, které mi rozumí. Občas jsem získala nové informace o tom, co mi pomůže ještě více zhubnout. Některé praktiky mi přišly drsné, jiné jsem i vyzkoušela. Říkala jsem si, že jsem mladá a je potřeba zkusit vše. Nad zdravotními riziky jsem se začala pozastavovat až na vejšce.*“

Na konci prvního ročníku se ve škole věnovali právě těmto poruchám příjmu potravy. Dáša konečně mohla slyšet všechna vážná rizika, která jí hrozila. V první fázi se zalekla a řekla si, že musí okamžitě přestat ničit svoje tělo. Toto rozhodnutí ji ale vydrželo jen do

odpoledne, kdy se opět nenajedla tak, jak by měla. Touha vypadat nejlíp byla silnější. Navíc spolužačky ji považovaly za vzor a tak je přece nemohla zklamat.

Doma se situace vyvíjela nepříznivě. Matka Dáši čekala druhou dceru a na starší neměla mnoho času. Dáši to nevadilo, byla ráda, že má klid. Po porodu se matka přestala Dáši věnovat úplně. Nové dítě bylo pro ni vším a dcera musela stranou. Dáša zrovna procházela složitým obdobím. Ve škole nastaly problémy se zvládnutím učiva a navíc ji opustil nový přítel. Doma se svěřit nemohla. Dáša si začala uvědomovat, že nemá na světě nikoho blízkého, kdo by ji vyslechl, poradil. Začala na narozenou sestru žárlit a doma vyvolávala rozbroje. Hádky s matkou zde byly již na denním pořádku.

Dáši krachoval jeden vztah za druhým. Nedokázala si najít kluka, který by jí vyhovoval a kterému by vyhovovala ona. Se svými věčně podrážděnými náladami a depresivními stavy se jen těžko budoval partnerský vztah. Nemoc jí brala vše, co měla ráda. Většinu dne jí bylo zima, třepala se i ve škole. Postupem času už partnera ani nehledala. Čím dál častěji ji totiž dělalo problém se s někým jen seznámit. Neměla chuť navazovat nové kontakty a být ve společnosti lidí. Nejraději odpočívala ve svém pokoji a čekala, až bude ráno. Její život neměl žádný směr, žádnou náplň. Jediné koho snesla, byli její dav psy, kteří se stali jejími jedinými společníky. Ve škole sice pořád měla své kamarádky, ale mimo školu se nestýkala s nikým.

„Nepociťovala jsem potřebu se s někým bavit. Bylo mi to jedno. Nic pro mě nemělo význam, ani to tělo už ne.“

Dáša do budoucna doufá, že svůj postoj k životu a sobě samé změní. Ráda by po škole pracovala v oboru, který studuje, ale obává se, že to pro ni nebude jednoduché. Životní rytmus má teď tak nabouraný, že si zatím nedokáže představit, být celý den v práci.

4.4 Kazuistika Gita

Ve čtvrté kazuistice vám představuji čtyřadvacetiletou Gitu. Gita je dva roky vdaná, děti nemá. Žije s manželem v malém bytě v centru města. Gita je momentálně nezaměstnaná. Manžel pracuje ve stavební firmě. Svůj problém s mentální anorexií si začala uvědomovat před dvěma lety, když se s manželem pokoušeli o dítě a Gita nemohla stále otěhotnět. Její lékař jí vysvětlil, že vlivem velkého zhubnutí se její děloha stáhla natolik, že vyhlídky na dítě jsou velmi mizivé. Gita tuto informaci manželovi nesdělila, bála se, že by ji opustil.

Gita začala hubnout asi před čtyřmi lety. Tehdy nebyla její váha zrovna optimální a ona to chtěla změnit. Hlavním důvodem byly také reakce okolí. Čas od času jí přišla nějaká urážlivá textová zpráva na mobilní telefon od neznámého čísla, jindy se kritiky na její postavu dočkala od rodiny. Gita je na malém městě neoblíbená a její šťastné manželství bylo trnem v oku mnoha lidí. I když Gitina postava nebyla zrovna ideální, její manžel byl spokojený a měl ji rád takovou, jaká byla.

Jak už jsem nastínila, vztahy s rodinou nebyly příliš dobré. Gita měla jen matku, která propadla alkoholu, když byla Gita ještě dítě. Často tak od ní Gita slyšela nepěkné poznámky k jejímu životu či právě postavě. Gita měla ještě dvě sestry, se kterými se často stýkala. Poslední dobou si však moc nerozuměli. Často došlo k výměně názorů a Gita to přičítala právě svému onemocnění. Bývala podrážděná a nervózní. Její sestry se Gitě zpočátku snažily pomoci. Dokonce jí domluvily návštěvu u odborníka. Gita však pomoci nevyužila.

„Před sestrami jsem se cítila trapně a nechtěla dát najevo bezmoc. Ujistila jsem je, že pomoc je zbytečná, že vše zvládnou sama.“

Manžel byl z Gitiny nemoci také velmi špatný. Denně ji prosil, aby s tím něco udělala a přestala nadále hubnout. Při výšce 170 cm vážila Gita pouhých 47 kg. Několik let se držela přísné diety, která zahrnovala pouze ovoce a zeleninu. Málokdy se jí do úst dostalo i něco jiného. Navíc se stravovala jen dopoledne a ve velmi malých dávkách. Menstruaci neměla Gita už více než tři roky. Nedávno si povšimla manželova divného chování. Často nebyl doma, a když ano, úzkostlivě střežil svůj mobilní telefon. Gita byla přesvědčená, že má milenkou. To její nemoc ještě posílilo. Ví, že si tímto chováním možná zničila manželství, ale zatím neudělala nic proto, aby se dala zase do pořádku.

Co se týká pracovních možností, je to s Gitou složité. Má sice vystudovanou střední školu, ale v oboru pracovat nechce. Na úradě práce je vedena již dva roky a veškeré nabídky odmítá. Bojí se, že by se jí v práci posmívali kvůli její postavě nebo by nezvládla pracovní tempo. Je zvyklá, že si může doma odpočinout kdykoliv chce a zaspat tak stavy depresí a úzkosti, které jsou s její nemocí čím dál častěji spjaty.

„V práci bych nevydržela. Potřebuji být často sama a to by v zaměstnání nešlo. Taky se stydím za svou postavu, bojím se, že mě odsoudily.“

Pokud jde o budoucnost, tak se Gita příliš nevyjadřuje. Nechává všemu volný průběh. O profesionální pomoc nestojí a sama si nalhává, že na tom až tak špatně není.

„Raději ať mi nadávají do anorektiček než, že jsem tlustá jak bečka.“

Jediné, co ji teď trápí je manželova nevěra o které, je den ze dne více přesvědčena a dále pak její možná neplodnost. Snad jen kvůli tomu by se byla ochotna léčit. Zatím ale tuto variantu nebere příliš vážně.

„Bojím se, že děti už mít nikdy nebudu. Někdy si říkám, že už je to tedy jedno. V noci, ale brečím do polštáře.“

4.5 Kazuistika Helena

Poslední kazuistika se týká Heleny. Pětadvacetileté maminka tříleté Anety je na první pohled nemocná. Drobná postava její vyhublost ještě více zvýrazňuje. Před třemi lety se dostala na váhu 45 kg a tu si udržuje stálým zvracením po téměř každém jídle a vždy když to situace dovolí. Už když byla Helena těhotná, opustil jí přítel. Těhotenství a následnou výchovu dítěte zvládla jen za pomoci rodičů, u kterých doposud bydlela. Když se ale o její nemoci dověděli, nemohla s nimi Helena dále žít ve společné domácnosti. Denně se kvůli jejímu špatnému stravovacímu systému hádali až nakonec Helena i s dcerkou odešla bydlet jinam. Tady má svůj klid na zvracení a nemusí se nikomu ospravedlňovat. Bulimii propadla pár měsíců po narození Anety. Obávala se, že si nebude moct najít partnera, když nebude vypadat dobře po těhotenství a zvláště když má malé dítě.

„Kdo by chtěl tlustou matku od dítěte? Tak jsem si alespoň mohla zvýšit šanci, že si ještě někoho najdu, i když mám malou.“

Partnera ale zatím nemá. Pokaždé jí vztah ztroskotal hned na počátku. Helena zjistila, že má panickou hrůzu z toho, co se stane, až ji potenciální partner uvidí nahou. Začala si

uvědomovat, že se za své vyhublé tělo stydí. Navíc se bojí, aby partner neodhalil její problém s jídlem a neodradilo ho to.

Helena mnoho přátel nemá. V současnosti tráví čas pouze s dcerou, na kterou se velmi upjala. Rodiče občas navštěvuje, jejich vztahy jsou ale prý už nenávratně narušeny.

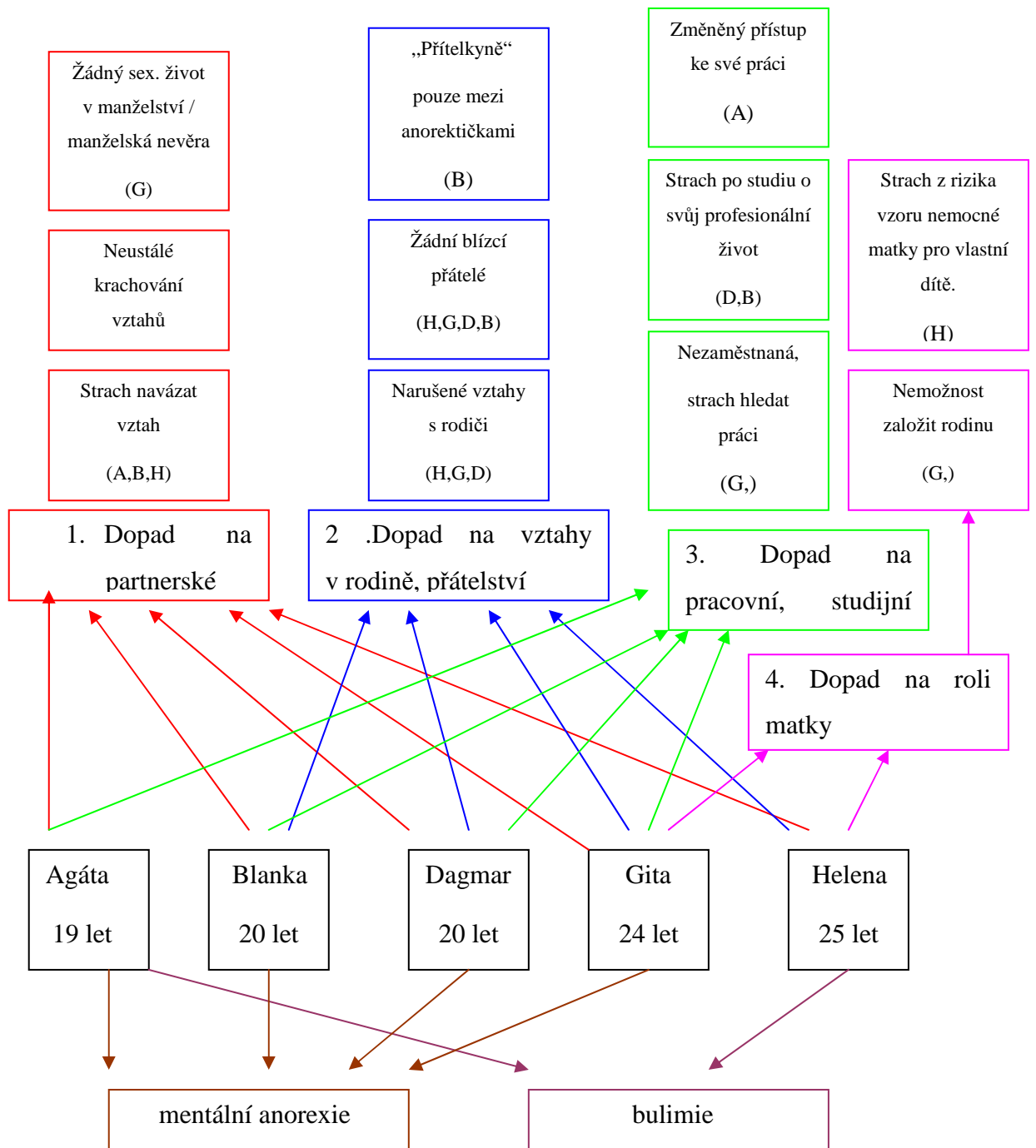
„Doma se už nebavíme jako dřív. Rodiče mě berou jinak. Mají strach o mě i o malou. Chápu je, ale je to můj život a jsem dospělá. Vím, co dělám a se svou nemocí chci začít bojovat. Snad se mi to za čas podaří a budu jim moci dokázat, že se báli zbytečně.“

Helena před měsícem udělala první krok ke svému možnému uzdravení. Na internetu si vyhledala stránky, které se týkají právě bulimie a našla zde kontakty na místa, kde ji mohou pomoci. Není sice odhodlaná na sto procent, ale doufá, že to jednou dokáže už kvůli malé.

„Nechci, aby se Anetce ve škole děti smály, jakou má hubenou maminku. Nechci, aby ona někdy doplatila na mou nezodpovědnost a sama třeba dopadla podobně. To bych si neodpustila.“

4.6 Výsledky, shrnutí

Po přečtení mých pěti kasuistik o ženách trpících mentální anorexií a bulimií, jistě sami usoudíte, že jejich nemoc jim přinesla nejeden sociální důsledek. Z kasuistik jsem vybrala nejčastější sociální důsledky, které většinu zkoumaných žen postihla. Toto shrnutí výsledků předkládám v níže vytvořeném diagramu.



Obrázek č. 1

Diagram výsledků sociálních důsledků MA a B u zkoumaných žen

Legenda: A – Agáta, B – Blanka, D – Dagmar, G – Gita, H - Helena

(vlastní tvorba)

Z kazuistik jsem zjistila následující sociální dopady:**1. Dopad na partnerský život:**

Všech pět dotazovaných žen přiznalo problém v této oblasti. Ze schématu vyplynulo, že respondenty Agáta, Blanka a Helena mají společný problém v navazování kontaktů a nemohou tak získat partnera. Dagmar je sice schopná vztah navázat, ale pronásleduje jí časté krachování jejich vztahů s partnery. Respondentka Gita uvádí svůj problém s manželovou nevěrou, kterou zapříčinila její porucha příjmu potravy. Obává se tak, že v blízké době nebude moci mít plnohodnotný partnerský vztah. Respondentka Gita uvádí svůj problém s manželovou nevěrou, kterou zapříčinila její porucha příjmu potravy. Gitě tak nemoc výrazně narušila vztah s manželem, což může zapříčinit následný rozpad jejich manželství.

2. Oblast rodinných vztahů a vztahy s okolím:

Z výzkumu plyne, že dotazované Dagmar, Gita a Helena mají vážné problémy související se vztahy k nejbližším příbuzným. Významně narušené jsou i vazby kamarádké a v této oblasti se ke skupince přidává i respondentka Blanka, které tvoří okruh přátel pouze podobně nemocné ženy. Sociálními důsledky jsou zde tedy narušené vazby v rodinách a zhoršující se vztahy s nejbližším okolím, které v některých případech mohou u respondentek vést až k sociálnímu vyloučení.

3. Problémy v oblasti studijní a pracovní:

Strach z nenalezení zaměstnání má dotazovaná Gita. Další dvě respondenty Blanka a Dagmar se podobně obávají o své pracovní zařazení po té, co dokončí studium. U čtvrté Agáty je zřejmý problém se změněným přístupem k otázce zaměstnání. Nemožnost či neschopnost uplatnění se na pracovním trhu je tak dalším sociálním dopadem nemoci mentální anorexie a bulimie.

4. Negativní dopad na oblast budoucí roli matky:

Respondentka Gita pocítuje dopady své nemoci také na oblast mateřství. Konkrétně se obává, že nebudeme moci otěhotnět a tím ztratí možnost mít svou vlastní rodinu. Další respondentka Helena se zase obává možného dopadu její nemoci na dceru a obává se, že by to mohlo mít za následek budoucí dceřinu nemoc. Nemoc tedy ohrožuje vznik rodinného života samotného a také následný vývoj dětí těchto nemocných žen.

Sociální důsledků spojených s poruchami mentální anorexie a bulimie je jistě daleko více. Já jsem se ve svém výzkumu soustředila na oblasti, které považuji za stěžejní a na kterých byly tyto důsledky nejvíce zřejmé.

4.7 Využití výsledků výzkumu a návrhy pro praxi

Na základě výsledků, které jsem získala z výzkumu, doporučuji vzhledem k sociálnímu vyloučení následující náměty pro praxi:

- 1.) Co nejvíce zvýšit a prohloubit povědomí veřejnosti o možných dopadech poruch příjmu potravy na sociální život každého z nás a o možnostech pomoci lidem s těmito poruchami formou odborných přednášek, dále informací prostřednictvím médií a letáků, které především zdůrazňují možnosti kde, kam a jak se pro pomoc obrátit.
- 2.) Hluběji zabývat otázkou prevence problematiky mentální anorexie a bulimie již na základních školách. V knihovnách by také neměla chybět dostupná literatura věnující se tomuto neblahému fenoménu.
- 3.) Možná zatím velmi budoucí možnosti pro nemocné by mohly být speciální centra nabízející pracovní a zaškolovací možnosti, ve kterých by tyto ženy snažící se o návrat do společnosti a zaměstnání mohly využít šance znovu se zařadit do pracovního režimu a naučit se tak zvládat pracovní režim. V těchto centrech by na ně byl zpočátku kladen citlivější důraz na pracovní tempo a s veškerými pracovními potížemi spojenými s jejich onemocněním by se mohly za pomoci zdejších odborníků vypořádat tak, aby se následně neobávaly následného nástupu do běžných zaměstnání.
- 4.) Vhodnou formu pomoci v oblasti navazování kontaktů a vazeb s partnery vidím i v rámci besed a sezení se současnými či potencionálními partnery těchto žen. Je potřeba i mužům přiblížit tento jev a seznámit je s možnostmi jak těmto svým partnerkám, ženám či kamarádkám pomoci, jak se k nim chovat a jak reagovat na určité situace z nemoci plynoucí a usnadnit jim tak cestu ke vztahu tak, aby byly schopné znovu navázat nebo si udržet jejich vztahy dosavadní. Partnerova znalost problematiky mentální anorexie a bulimie a možností nápomoci by mohla být důležitým krokem k vyléčení jejich partnerek a zabránění tak rozpadu stávajícího svazku.
- 5.) Zavádění preventivních programů pro ženy trpící MA a BL, které chtějí založit rodinu či pro těhotné ženy s tímto onemocněním.
- 6.) V neposlední řadě je důležité vést společnost k prozření a snaze pomoci tak, aby tyto poruchy vnímala jako jevy, ke kterým je nutné přistupovat jako k jakémukoliv jinému onemocnění, kdy se všemi prostředky hledá pomoc a ne jako k součásti moderního světa a v mnohých případech přehlíženému tabu.

ZÁVĚR

Výzkum pronikl prostřednictvím kvalitativní metodologie do oblasti, jež dosud nebyla zcela zmapována a přinesl i nové poznatky ze života některých mladých žen trpících mentální anorexií a bulimií.

Cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na závažnost sociálních důsledků vlivem poruch příjmu potravy. Především se má práce týkat mentální anorexie a bulimie a jejich negativních vlivů na život mladé ženy. Teoretická část poskytuje ucelený obraz o této problematice, jež vytváří teoretický rámec pro vlastní výzkumné šetření nacházející se pak v části praktické.

Výzkum prostřednictvím kvalitativní metodologie pronikl do oblasti, jež dosud nebyla zcela zmapována a přinesl i nové poznatky ze života některých žen trpících mentální anorexií a bulimií.

V praktické části mé bakalářské práce jsem si vzala za cíl zmapovat situaci několika mladých žen po sociální stránce života a zjistit jak jim nemoc zkomplikovala, narušila či změnila jejich životy.

Ve výzkumném šetření jsem zjistila, že dotazované ženy, trpící tímto druhem onemocnění jsou skutečně znevýhodněny jak po stránce pracovní, tak i osobní a společenské. Na základě tohoto zjištění je nezbytné upozornit na skutečnost, že je velmi důležitá prevence poruch příjmu potravy ve vyšší míře než dosud, zvláště u mladých dívek. Informovanost o tomto fenoménu současnosti a následná prevence by měla probíhat cíleně v podobě speciálních preventivních programů, které by měly být zaměřené nejen na mladé dívky, ale také na širokou veřejnost. Protože prevence poruch příjmu potravy by měla začít již v samotných rodinách, je nezbytné, aby každý rodiče, partner, známý či kolega měli o dané problematice veškeré dostupné informace a mohli tak v případě potřeby zasáhnout včas.

Výzkum přinesl některé skutečnosti, které jasně poukazují na nutnost hlouběji se zabírat touto problematikou. Nelze však z něj vyvodit jednoznačné závěry, a to z toho důvodu, jelikož zkoumaný vzorek sestával pouze z pěti respondentek a které převážně trpěly mentální anorexií nebo bulimií poměrně krátkou dobu. Navíc se jednalo převážně o velmi mladé ženy popřípadě studentky. Jistým doporučením bezpochyby ale je, aby se otázkou poruch příjmů potravy a s ní souvisejících sociálních důsledků zabývalo stále více odborníků a institucí, jejichž odborné poznatky by mohly v budoucnu počet nemocných snižovat a nakonec i třeba zcela vymítit.

Pokud by se vzorek respondentů v dalších výzkumech rozšířil, sledovaly by se jednotlivé dopady v dalších sociálních oblastech. Jiné použití vědeckých metod by pak mohlo podrobněji zkoumat tuto záležitost a přinést tak nové odpovědi, které jsou doposud ve stádiu úvah...

Závěrem chci konstatovat, že v dnešní uspěchané a moderní době jsme velmi ovlivňováni a ahlceni médii. A jestli média budou i dále propagovat kult štíhlosti, jako tomu je nyní, bude mladých dívek trpících poruchami příjmu potravy čím dál častěji přibývat a společnost tak bude přicházet o nové pracovní síly, o budoucí matky dětí a společensky schopné jedince.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALCH, J. F. *Bible předpisů zdravé výživy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80720-5637-9.
- BRŮHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999. ISBN 80-86299-17-1.
- FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HALL, L., LEIGH, C. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. ISBN 80-86517-60-8.
- HAY, L., L. *Milujte své tělo*. Praha: Pragma, 1994. ISBN 80-85213-58-3.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-946-2.
- KRCH, F. D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2003. ISBN-80-2470-527-3.
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367- 807-4.
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 1. vyd. Praha: Granit, 1993. ISBN 80-85805-12-X..
- MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8.
- SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SPN, 1985. ISBN 14-275-85.

SLADKÁ, ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

ŠVANCARA, J. aj. *Diagnostika psychického vývoje*. Praha: Avicenum, 1980. ISBN –.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 2007. ISBN 80-7367-313-4.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 1. Praha: Parta. 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

Elektronické zdroje

- 1) *Anabell*. [online]. [cit. 2011-02-11].
URL:< [http:// www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php](http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php)>.
- 2) *Anoressia* [online]. [cit. 2011-03-12].
URL:< www.anoressia.blog.cz/0710/oni-trpi>.
- 3) *Bethin* [online]. [cit. 2011-03-08].
URL:< [www. be-thin.blog.cz](http://www.be-thin.blog.cz) [www. be-thin.blog.cz/rubrika/anorexie-bulimie](http://www.be-thin.blog.cz/rubrika/anorexie-bulimie)>.
- 4) *Historie poruch příjmu potravy* [online]. [cit. 2011-02-11].
URL :< [http:// www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy](http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/95-historie-poruch-pijmu-potravy)>.
- 5) *Idealni*[online]. [cit.2011-03-13].
URL:<www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=279>.
- 6) KULHÁNEK, J. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. [cit. 2011-03-08].
URL:< [http:// www. zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy](http://www.zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy)>.
- 7) *OnaDnes.cz* [online]. [cit. 2011-04-09]
URL: <www.ona.idnes.cz/anorexie-a-bulimie-uz-nejsou-vysadou-pubertacek-fud-vztsex.aspx?c=A080327_153028_zdravi_bad>.
- 8) *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2011-03-24].
URL: <[http://www. poruchyprijmupotravy.estranky.cz/clanky/lecba/](http://www.poruchyprijmupotravy.estranky.cz/clanky/lecba/)>.
- 9) *Studijní materiály*. [online]. [cit. 2011-04-02].
URL:<[http://www. beta.studijnimaterialy.cz/iframe/415/Aplikace-metod-soc-prace](http://www.beta.studijnimaterialy.cz/iframe/415/Aplikace-metod-soc-prace)>.
- 10) *Těhotenství od A do Z* [online]. [cit. 2011-04-11].
URL:<www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=clanky&str=18&kat=55&podkat=>

- 11) *Tiscali.cz* [online]. [cit. 2011-04-10].
URL:<www.zeny.tiscali.cz/poruchy-prijmu-potravy-jsou-zavazne-psychiatricke-onemocneni-12677>.
- 12) *Úzis* [online]. [cit. 2011-03-11].
URL:< [http:// www.uzis.cz/cz/mkn](http://www.uzis.cz/cz/mkn) >.
- 13) *Výpočet* [online]. [cit. 2011-03-20].
URL: < <http://www.vypocet.cz/bmi> >.
- 14) *Wilhelmina* [online]. [cit.2011-03-15].
URL: < www.wilhemina.wordpress.com/>.
- 15) *Youlexicon*. [online]. [cit. 2011-04-05].
URL:< <http://www.youlexicon.com/language/czech/detail.aspx?id=18187>>.
- 16) *Zdravě* [online]. [cit.2011-03-26].
URL:<http://www.anorexie-a-bulimie.zdrave.cz/anorexie-a-jeji-slozita-lecba/?utm_source=rssport_13>.
- 17) *Změna stopsigma* [online]. [cit. 2011-02-11].
URL: < [http:// www.stopstigmapsychiatrie.cz/potrava/index.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/potrava/index.html) >.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MA	mentální anorexie
BL	bulimie
PPP	poruchy příjmu potravy
BMI	Body mass index
A	Agáta
B	Blanka
D	Dagmar
G	Gita
H	Helena

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1. - Diagram výsledků sociálních důsledků MA a B u zkoumaných žen.