Terciární prevence u poruch příjmu potravy

Bc. Pavla Kraváčková

Diplomová práce
2012

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Pavla KRAVÁČKOVÁ**
Osobní číslo:	**H10491**
Studijní program:	**N 7501 Pedagogika**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Terciární prevence u poruch příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Studium literatury k dané problematice.
Vymezení základních pojmů a teoretických východisek z oblasti poruch příjmu potravy.
Vypracování teoretické části.
Příprava a realizace kvalitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných výsledků, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 802470840X.
KRCH, František. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
LEIBOLD, Gerhard. Mentální anorexie. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. O poruchách příjmu potravy. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.
ZVOLSKÝ, Petr. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-666-X.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jarmila Šťastná**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií
L.S.

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20. 4. 2012 ..... Pavla Kovačková .....

---

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 nevýdělečně 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 licenci, 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem diplomové práce je problematika poruch příjmu potravy v návaznosti na terciární prevenci onemocnění. Přináší teoretický pohled na jednotlivé poruchy příjmu potravy a jejich etiologii. Zabývá se také aktuální dostupnou léčbou, jednotlivými druhy a přístupy k pacientům. Dále se věnuje samotné terciární prevenci v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Praktickou část práce tvoří kvalitativní výzkum, jehož cílem je determinovat příčiny vedoucí k recidivnímu chování u mladých dívek a upozornit na nedostatečnou terciární prevenci. Současně zjišťuje názory dívek na úroveň poskytovaných služeb a jejich preventivní účinek.

Klíčová slova:

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, orthorexie, bigorexie, terciární prevence

ABSTRACT

The theme of this thesis is the issue of eating disorders in relation to the tertiary prevention of disease. It provides a theoretical perspective on the various eating disorders and their etiology. It also discusses the current treatment available modes and approaches to patients. It also discusses the actual tertiary prevention in relation to eating disorders. The practical part is qualitative research todetermine the causes leading to recidivist behavior among young girls and highlight the lack of tertiary prevention. At the same time finds girls opinions on service levels and their preventive effect.

Keywords:

eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, orthorexie, bigorexia, tertiary prevention

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Mgr. Jarmile Šťastné za pomoc, kterou mi při tvorbě diplomové práce poskytla. Také všem zúčastněným dívkám, bez jejichž pomoci a ochoty by tato práce nemohla vzniknout.

Nakonec bych ještě ráda poděkovala své rodině a přátelům za psychickou podporu a pomoc.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 20.4.2012

OBSAH

ÚVOD **11**

I TEORETICKÁ ČÁST **13**

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **14**

1.1 Mentální anorexie 15

1.1.1 Historie mentální anorexie 16

1.1.2 Symptomy a příznaky 18

1.1.3 Diagnostická kritéria podle MKN-10 20

1.1.4 Průběh a výskyt onemocnění 22

1.2 Mentální bulimie 23

1.2.1 Historie mentální bulimie 24

1.2.2 Symptomy a příznaky 25

1.2.3 Diagnostická kritéria podle MKN 10 27

1.2.4 Průběh a výskyt onemocnění 29

1.3 Atypické typy poruch příjmu potravy 31

1.3.1 Záchvatovité přejídání 32

1.3.2 Orthorexie 33

1.3.3 Drunkorexie 35

1.3.4 Bigorexie 36

2 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **38**

2.1 Biologické faktory 39

2.2 Sociální faktory 40

2.3 Emocionální faktory 41

2.4 Rodinné a genetické faktory 43

2.5 Individuální osobnost 43

2.6 Životní události 45

3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **46**

3.1 Hospitalizace 47

3.2 Svépomoc 48

3.3 Farmakoterapie 50

3.4 Psychoterapeutické metody 50

3.4.1 Rodinná terapie 51

3.4.2 Psychoanalytická a dynamická terapie 52

3.4.3 Kognitivně behaviorální terapie 53

3.4.4 Interpersonální terapie 55

4 TERCIÁRNÍ PREVENCE **56**

II PRAKTICKÁ ČÁST **58**

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ **59**

5.1 Pojetí výzkumu 59
5.2 Výzkumný problém 60
5.3 Výzkumné cíle 61
5.4 Výzkumné otázky 61
5.5 Výzkumný soubor 62
5.5.1 Informantky 63
5.6 Způsob zpracování dat 64
6 ANALÝZA DAT 65
6.1 Otevřené kódování 65
6.2 Technika vyložení karet 68
6.2.1 Příčiny recidivy onemocnění aneb „z malé jiskry velký oheň bývá“ 68
6.2.2 Totožnost motivů aneb „život je tisíc cest“ 69
6.2.3 Dívky samy sobě aneb „líná huba, holé neštěstí“ 70
6.2.4 Návrat do minulosti aneb „člověk míní, život mění“ 70
6.2.5 Motivace k uzdravení aneb „s chutí do toho, půl je hotovo“ 71
6.2.6 Účinnost léčby aneb „ neříkej hop, dokud nepřeskočíš“ 72
6.3 Myšlenková mapa 73
6.4 Shrnutí výsledků 74
ZÁVĚR 77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 79
SEZNAM TABULEK 82
SEZNAM PŘÍLOH 83
PŘÍLOHA P I: NÁVRH OTÁZEK PRO ROZHOVOR 84
PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR ŠÁRKA 85

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy tvoří rozsáhlou a značně diferencovanou problematiku, která je předmětem zájmu mnoha oborů a odborníků. Také veřejnost má určité povědomí o této problematice, ovšem často se můžeme setkat pouze s laickými názory, zkreslenými informacemi či mýty a pověrami. Mnoho dospělých, rodičů i pedagogů považuje mentální anorexii či bulimii pouze za nemoc modelek, známých osobností či lidí, trpících obezitou. Neuvědomují si však, že onemocněním mohou být postiženy také děti v jejich blízkém okolí, zneužívané dívky, týrané děti nebo kdokoli jiný. V současné společnosti se poukazuje na bio-psycho-sociální model onemocnění. Tato nemoc se nikomu nevyhýbá a nikdo nemůže s určitostí říci, že právě u něj se neobjeví.

K volbě této tématiky mne vedlo hned několik důvodů. Již dříve jsem se aktivně zajímala o tuto problematiku, kterou podpořily také vlastní zkušenosti, kdy jsem se setkala s onemocněním ve svém okolí. Toto setkání Vám vnese na nemoc nový a osobní neocenitelný vhled. Tato zkušenost mne také motivovala k hledání nových poznatků o recidivě onemocnění a prevenci, která by zabránila pokračování či vzniku nemoci. Bohužel i přesto, že je na trhu velké množství odborné i laické literatury, která se zabývá poruchami příjmu potravy, nikde jsem se nesetkala s příspěvky na téma terciární prevence. Veškerá literatura ve své podstatě hovoří stále o tomtéž, charakterizuje onemocnění, etiologii či dostupnou léčbu, ovšem nikdo se již nezabývá tím, jak funguje život po prodělání tohoto onemocnění či jak zabránit recidivě poruchy.

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. Cílem teoretické části práce je podat komplexní a ucelené informace o problematice poruch příjmu potravy, etiologii či průběhu onemocnění a v neposlední řadě také o možnostech léčby a terciární prevence. Praktická část hledá odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Pomocí kvalitativní metodologie se snažím objasnit hlavní příčiny recidivního chování u dívek trpících poruchami příjmu potravy.

První kapitola charakterizuje základní pojmy poruch příjmu potravy. Kapitolu jsem rozčlenila dle jednotlivých typů onemocnění na mentální anorexii, mentální bulimii a atypické poruchy příjmu potravy. Každou podkapitolu pak specifikuji dle několika kritérií jako je historie poruchy, symptomy a příznaky či diagnostická kritéria dle MKN 10. Podkapitolu zakončuji průběhem onemocnění a výskytem v populaci.

V druhé kapitole se věnuji etiologii a vzniku poruch příjmu potravy. Jak jsem již uvedla výše, jedná se o onemocnění s velmi širokým spektrem příznaků a příčin vzniku. Proto jsem se rozhodla věnovat každému z hlavních faktorů vlastní podkapitolu. Všechny tyto faktory definuji v kontextu onemocnění. Mezi hlavní etiologické faktory řadím biologické, sociální, emocionální, rodinné a genetické. Podle odborné literatury sem patří také nepříznivé životní události a především individuální osobnostní charakteristiky.

Třetí kapitola se zabývá aktuálně dostupnou léčbou onemocnění. Jelikož se na léčbu poruch příjmu potravy zaměřuje velké množství psychoterapeutických přístupů, rozhodla jsem se uvést ve své práci pouze, ty které považuji za hlavní a nejčastěji aplikované. Sem řadím rodinnou terapii, psychoanalytickou a dynamickou terapii, kognitivně behaviorální terapii a interpersonální terapii. V kapitole se věnuji také hospitalizaci pacientů a farmakoterapii. Část věnuji také podle mě zajímavému tématu, které je zřejmě nejvíce aplikované při léčbě mimo odbornou pomoc, svépomoci.

Čtvrtá kapitola se pak již věnuje přímo terciární prevenci. Snaží se na ni pohlížet z několika úhlů pohledu a hledat souvislosti s poruchami příjmu potravy. Jak jsem se již zmínila, k této tématice není téměř žádná dostupná literatura. Při psaní kapitoly jsem musela čerpat z několika málo pramenů, které se zaměřují převážně na sociální práci a její aplikaci do praxe.

Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem, kde se zabývám hledáním příčin recidivního chování pacientů. Část výzkumu věnuji také hodnocení dostupné léčby z pohledu oslovených pacientek. Ke shromáždění dat jsem využila metodu polostrukturovaného řízeného interview, ze které jsem pomocí otevřeného kódování získala nové informace. Tuto metodu doplňuji metodou mentálních map, kdy pomocí myšlenkových pochodů informantek hledám odpovědi na dané otázky. Cílem mé práce je upozornit na nedostatečnou informovanost společnosti o možnostech terciární prevence a získání pohledu na příčiny recidivního chování u mladých dívek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou aktuálním a velkým problémem téměř ve všech etapách lidstva. Příčiny tohoto onemocnění jsou velmi rozsáhlé a postupem doby se objevují novější a zákeřnější. Ze všech stran na mladé dívky a ženy hledí hubené až vychrtlé modelky a určují další směr módy. Spousta dívek chce být jako tyto ženy a podlehnou svodům módního průmyslu a ideálu hubenosti. Ovšem podstatnější jsou právě ty skryté příčiny. Problémy v rodině, zneužívání, týrání, vstup do dospělosti, sexuální život apod. to vše jsou příčiny, které jsou okolí neviditelné a ve velké míře se podílejí právě na vzniku nemoci. Zjednodušení a stanovení jen jednoho důvodu nemoci těla či duše je značně matoucí a nepřesné. Nejde pouze o stanovení problému, ale o změnu a řešení celého životního stylu. I přesto, že jde o vážné onemocnění, které v extrémních případech může skončit i smrtí, propadá mu stále více žen. Strachem z obezity a nepřiměřené tělesné váhy dnes trpí také velké množství mužů. Poruchy příjmu potravy způsobují dlouhodobé problémy nejen pacientkám, ale také jejich rodině, přátelům či profesnímu životu. Pro nemocného se stává jídlo jedinou myšlenkou, která ovlivňuje jeho každodenní život. Základní lidská potřeba, obživný pud, se tak stává pro člověka obrovským problémem.

Pravděpodobně první a nejdůležitější starostí člověka bylo neumřít hlady. Obživný pud přirozeně na sebe navazuje uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci a sebeuspokojení. Jídlo je nenahraditelným zdrojem živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a také signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy, a to od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění (Krch, 1999, s. 13). Pod vlivem reklam, nevhodných vzorů a mnohdy nepřiměřené posedlosti sledováním vlastního těla se poruchy příjmu potravy stávají problémem především mladých dívek. Nepřiměřené stravování můžeme sledovat jak ve smyslu minimalizace množství potravy, tak i ve smyslu záchvatovitého přejídání. V každém případě se však jedná o komplex problémů, především psychického rázu (snaha o dokonalost, reakce na okolí a přátel, promítnutí neúspěšnosti v jiných oblastech života do snahy o dokonalost postavy a tělesného vzhledu apod.), ale i neznalost výživových potřeb organismu. Všechny tyto střípky se pak dohromady projeví na lpění na jedné části životního stylu – stravování (Starnovská, 2000).

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a také dle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnujeme pod pojmem poruch příjmu potravy (PPP) dva nezřetelněji vymezené syndromy: ***mentální anorexii*** a ***mentální bulimii***. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si tyto dvě nemoci velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší především podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastní tělesné hmotnosti a vzhledu (Krch, 1999, s. 13). V mnoha knihách či příručkách věnujících se tomuto tématu se můžeme také setkat s některými atypickými nebo jinak nespecifikovanými poruchami příjmu potravy. Jde o spojení mentální anorexie a bulimie (bulimarexie), záchvatovité přejídání a také relativně nové typy poruch příjmu potravy jako je bigorexie, orthorexie, drunkorexie.

Rozšíření některé z forem poruch příjmu potravy je v České republice srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde je postižena asi jedna dívka z dvou set. U třetiny pacientů má onemocnění chronický průběh s předčasným úmrtím. Častou příčinou úmrtí je také sebevražda. Velmi závažné jsou i následky jako porucha menstruačního cyklu, poruchy štítné žlázy, osteoporóza, poruchy imunity, poruchy termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů, lámavost nehtů a vlasů (Ladishová, 2006, s. 30). Ovšem v současném světě manipulovaném médii je dieta stále větším počtem žen zaměňována za zcela normální jídelní režim. Nemocní s poruchami příjmu potravy tak tvoří stále početnější a různorodější skupinu a je tedy obtížnější je zjednodušeně charakterizovat. Poruchami příjmu potravy může trpět každý z nás. Mladý i starý, ženy i muži, úspěšní i méně úspěšní, chudí i bohatí. Poruchy příjmu potravy se nevyhýbají opravdu nikomu. Nejčastěji jimi však trpí mladé dívky, kolem období puberty. Věková hranice začátku onemocnění může být však velmi rozmanitá.

1.1 Mentální anorexie

V dnešním světě není spokojena se svým tělem více než polovina dívek a žen. Je obtížné pak rozhodnout, kde končí dieta a začíná již mentální anorexie. Mentální anorexie (MA) neboli Anorexia nervosa je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky však neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože

nechutenství či oslabení chuti k jídlu je až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění. Nemusí se tudíž vyskytovat u všech nemocných. Někteří autoři uvádí, že naopak omezování se v jídle je doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.). Averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 1999, s. 14). U pacientů je přítomná specifická psychopatologie – obava z tloušťky. Má charakter ovládavé až nutkavé myšlenky, kdy pacientky usilují o nízkou hmotnost. Následuje podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny až po narušení tělesných funkcí (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 154). Tato definice je dle mého mínění velice úzce zaměřena na psychologickou stránku anorexie. Anorexie není onemocnění pouze tělesné, ale postihuje i duševní či psychickou stránku osobnosti. I přesto jsou vnímány více tělesné znaky. Já bych ráda pro svou práci využívala definici od Koutka (2000, cit. podle Hort, 2000, s. 264), který uvádí pro anorexii charakteristické vědomé omezování potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s výraznými tělesnými změnami, které jsou podpořeny zneužíváním laxativ, diuretik, anorektik či zvracením. Podstatné jsou také psychické změny, deprese, zvýšená dráždivost a narušené vnímání vlastního těla. Tato definice mi připadá velmi jednoduchá a zároveň logická, jelikož téměř doslova popisuje stav a jednání pacientek s mentální anorexií.

Extrémní hubenost však nemusí být nutně symptomem anorexie. Někteří lidé mají velmi křehkou tělesnou schránku nebo rychlý metabolismus. I přesto, že se stravují dobře a pravidelně, nepřibírají. Hubenost může být také důsledkem nemoci, stavu krajní úzkosti či deprese, žaludečního vředu nebo případně jiných zdravotních příčin (Ladishová, 2006, s. 32). Je tedy vždy nutné věnovat zvýšenou pozornost všem příznakům a bezodkladně vyhledat lékařskou pomoc.

1.1.1 Historie mentální anorexie

První zmínky o poruchách příjmu potravy jsou zaznamenány už v hluboké historii lidstva. Setkáváme se s nimi u mnoha náboženství, kultur, národů ale i v nejrůznějších rituálech, při kontrole nad potřebami vlastního těla a v neposlední řadě při dosahování vyššího duchovního stavu. Celá staletí jsou popisovány různé formy narušeného příjmu potravy. Za známku choroby byly tyto stavy považovány až od 19. století. První popis onemocnění

pochází od francouzského lékaře Ernesta Charlese Lasegua. Ale již dávno předtím byla známa onemocnění jako ruminace, ve starověku často se objevující pica a obezita, objevující se už v době kamenné (Papežová, 2010, s. 20).

Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik některých náboženství (včetně křesťanství). Závažnou roli měl i v životě mnoha hluboce věřících žen, které tvrdily, že je při životě bez potravy udržuje boží pomoc. Spolu s omezením kanonizace však tyto světice začaly ubývat. V pozdější době bylo dlouhodobé odmítání jídla považováno za výsledek nadpřirozených sil nebo samotného ďábla. Zajímavé bylo, že nedodržování půstu bylo odsuzováno více, nežli přejídání. Na počátku devatenáctého století začalo mít odmítání jídla patologický charakter a mnoho lékařů pokládalo déletrvající odmítání jídla za známku nemoci nebo prostě za nemožné (Krch, 1999, s. 24).

Nejstarší odkazy na anorexii lze nalézt již ve starověkých pramenech. V antických dobách byl termínem anorexie označován stav celkové únavy a apatie. Jeden z nejvýznamnějších lékařů doby, Galén, použil tento termín v užším smyslu jako absence chuti k jídlu nebo vyloženě odpor k jídlu. Hippokrates připisoval odmítání potravy především špatným tělesným tekutinám. Dříve než vznikla moderní historie pojmu anorexie, existovala tato porucha již mnohem dříve pod jinými jmény. Často zmiňovaná je v tomto případě chloróza nebo blednička. Toto onemocnění postihovalo zejména krásné, mladé ženy a měla celou řadu příznaků (bledost, ztráta menstruace, poruchy jídla, pica). Později byla zjištěna příčina v nedostatku železa a blednička se tak stala spíše lékařskou kuriozitou. Naopak velmi významný byl objev nervového opotřebení popsaný Richardem Mortonem. Ten je také považován za prvního portrétisty anorexie nervosy. I přesto to byl lékař sir William Withney Gull, který v roce 1873 poprvé použil pojem „anorexia nervosa“ (Papežová, 2010, s. 20).

I přesto, že byla mentální anorexie přesně popsána, nebyla jí věnována ještě další desetiletí přílišná pozornost. Až ve čtyřicátých letech dvacátého století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny znovuobjevena a přesunula se do učebnic psychiatrie. Od šedesátých let získala anorexie pověst moderní a záhadné choroby a v posledních desetiletích se ze vzácné a málo známé poruchy stala „módní“ a velmi sledovaná nemoc (Krch, 1999, s. 28-29).

1.1.2 Symptomy a příznaky

Mentální anorexie se vyznačuje celou řadou symptomů a příznaků. S některými symptomy se může rodina a okolí pacientky setkat dříve než propukne samotné onemocnění. Plíživě a pomalu obklopují nemocného a stahují jej více do nemoci. Mnoho anorektiček se vyhýbá společenským kontaktům, straní se svému okolí a žije jen svými dietami. Plánují, připravují se, navštěvují nejrůznější webové stránky, poradny a pro-ana blogy, kde čerpají inspiraci. Toto období může trvat několik měsíců, rok nebo i více. V opačném případě jsou příznaky nemoci, která je již v pokročilém stádiu, velmi pomalé, nenápadné a bez varovných známek. Anorexii pak okolí zjistí, až je dívka značně vyhublá a její stav je očividný.

Maloney, Kranzová (1991, s. 59) uvádí některé možné průvodní znaky anorexie. Patří sem především ztráta 15 a více procent z běžné tělesné hmotnosti. Toto je zjevné již při pouhém pohledu na postiženou. Pravidelný denní příjem energie a potravin, s obsahem nižším než 1000 kalorií. U zdravého člověka, v tomto případě ženy, je doporučená denní dávka energie 2385 kalorií. Je tedy zřejmé, že u anorektiček je tato hodnota značně snížena. Dalším příznakem je ztráta menstruace, což je běžným jevem při hladovění. Spolu s menstruační krví odchází z těla potřebné živiny a právě amenoreou se tělo brání jejich ztrátě. Velmi patrná je také snaha udržet si co nejnižší tělesnou hmotnost i přes ohrožení zdraví a života. Jídlo je považováno za hlavního nepřítele a dieta ovládá celý život pacientky. Dále se mezi příznaky také řadí neustálé cvičení, někdy i velmi pozdě v noci. Symptomem mohou být také určité návyky a zvláštnosti při konzumaci jídla. Přecházení při jídle, po jídle spěch na toaletu nebo naopak záchvaty přejídání. Osoba postižená anorexií trpí utkvělou představou o své nadváze i přesto, že okolí ji shledává za normální či hubenou.

Krch (1999, s. 15) ve své knize uvádí tři základní znaky MA: aktivní udržování abnormálně nízké tělesné váhy, strach z tloušťky přetrvávající i při velmi nízké tělesné hmotnosti a amenorea u žen (porucha menstruačního cyklu či jeho úplná ztráta). Ladishová (2002, s. 30) doplňuje tyto základní znaky následujícími symptomy, které bych označila za velmi logické a jednoduché i pro laickou veřejnost či rodinu a okolí nemocného člověka: touha být co nejštíhlejší, která se naplní jen při odmítání potravy, iracionální strach z přibývání na váze, který je natolik silný, že pacientka raději zemře vyhladověním, ztráta menstruace a neustálé zabývání se svou postavou a váhou.

Někteří autoři rozdělují symptomy anorexie do několika kategorií. Já souhlasím s dělením dle Cohena (2002, s. 96-97), který rozlišuje anorektické postoje, psychické komplikace a somatické komplikace.

Anorektické postoje:

- nadměrné zaobírání se vlastním tělem – narušené vnímání svého těla, připadá si velmi tlustá, kritická jsou stehna, hýždě, břicho či tváře,
- nadměrná starost o jídlo – jí příliš mnoho, důležitý je typ potravy, rituály při jídle (potřeba jíst o samotě, útěky od stolu, rýpání se v jídle).

Psychické komplikace:

- střídavé epizody bulimie,
- deprese, obsedantní myšlení, schizofrenie,
- abúzus alkoholu, krádeže, sebepoškozování.

Somatické postoje:

- podvýživa – slábnutí končetin, abnormální hubnutí, hypotenze, otoky kotníků,
- zachování sekundárních pohlavních znaků,
- osteoporóza, nemoci zubů, dásní a jícnu, patologické zlomeniny.

Nejnápadnějším symptomem mentální anorexie je mimořádná až extrémní vytrvalost, se kterou pacientky odmítají potravu a vědomě tím hubnou. Toto chování provádí bez ohledu na možné zdravotní poškození či konflikty, které jim anorexie způsobuje v běžném životě (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, s. 266). Chuť k jídlu se ovšem zcela neztrácí, pouze ji anorektičky vědomě potlačují a zapuzují. Odmítání potravy je prožíváno jako velmi příjemné. Pacientky často popisují pocity svěžesti a energie. Tento stav je však pouze přechodný a časem přichází zvýšená únava, apatie, podrážděnost a další psychické obtíže. Objevuje se u nich také velká důvěřivost především ke kultu štíhlosti. Své hubnutí a hladovky dokáží vždy racionálně zdůvodnit okolí i samy sobě (Málková, Krch, 2001, s.

74). Narušené je také vnímání vnitřních tělesných signálů. Pacientky nepociťují pocity hladu či nasycení, méně vnímají chlad, bolest, únavu a další citové prožitky. Spolu s psychickými obtížemi můžeme pozorovat i zvýšenou míru hyperaktivity, která se projevuje především při různých sportovních činnostech (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989, s. 266). S dalšími fázemi onemocnění nastupují také závažnější zdravotní obtíže a je nutné již vyhledat lékařskou pomoc. Mezi nejběžnější zdravotní komplikace můžeme uvést padání vlasů, zvýšená kazivost zubů a dásní, podráždění jícnu a žaludku. Vážnější jsou poté endokrinní a metabolické změny, které již mohou vážně poškodit zdraví pacientky (Málková, Krch, 2001, s. 74).

1.1.3 Diagnostická kritéria podle MKN-10

Poruchy příjmu potravy během svého vývoje značně změnily svůj charakter. V šedesátých a v sedmdesátých letech převažovala především mentální anorexie, v osmdesátých a devadesátých letech se můžeme více setkat s mentální bulimií. Toto dokazuje také MKN, kdy její 9. revize pracovala pouze s diagnózou mentální anorexie, zatímco 10. revize již obsahuje celou kategorii poruchy příjmu potravy a operuje s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie (Koutek, 2000 cit. podle Hort, 2000, s. 263). Poruchy příjmu potravy nalezneme v části syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Pro konečnou diagnózu mentální anorexie F50.0 je nutné, aby byly přítomny všechny příznaky. Pokud některý z nich chybí, jedná se o atypickou mentální anorexii. Diagnostická kritéria jsou následující:

1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.

2) Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne“, nebo že užívá některé z prostředků: nadměrné cvičení, navozené zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretik (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).

3) Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Vyskytuje se jako vtíravá, ovládavá myšlenka, která vede pacienta ke stanovení si velmi nízké váhy.

4) Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen amenoreou, u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Mohou se také vyskytovat zvýšení růstového hormonu, hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu a v neposlední řadě odchylky ve vylučování inzulínu.
5) Jestliže se začátek onemocnění vyskytuje před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Koutek, 2000 cit. podle Hort a kol., 2000, s. 264).

V dnešní době jsou tato kritéria k nalezení na webových stránkách, které se zabývají mentální anorexií a ostatními poruchami příjmu potravy. Pokud se dívka domnívá, že může trpět některým z uvedených onemocnění, může se sama řídit kritérii a následně vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Jak jsem již uvedla výše, ne vždy jsou přítomny všechna kritéria. Stejně tak se mohou odlišovat i jednotlivé příznaky či způsoby provedení. Že anorektička zvrací, nemusíme zpozorovat ihned. Po odhalení pak většina dívek problém popírá a než dojde k samotné léčbě, může tato situace trvat i velmi dlouhou dobu. Pro srovnání bych zde také ráda uvedla diagnostická kritéria dle DSM-IV stanovené Americkou psychiatrickou společností:

1) Pacient si odmítá udržet vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro jeho věkovou skupinu a výšku (nebo nedostatečný přírůstek během růstu).
2) Intenzivní strach z přibírání a tloustnutí, a to i v případě velmi vysoké vyhublosti.
3) Narušení vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti.
4) U žen chybějící minimálně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů.

S rostoucím počtem pacientů s poruchami příjmu potravy přibývá také netypických pacientů, kteří nemusí splňovat všechna uvedená diagnostická kritéria, případně se můžeme setkat i se specifickými projevy onemocnění, typických jen pro danou osobu. I přesto tyto nevyhraněné nebo atypické případy mohou mít stejně závažné zdravotní a psychické potíže (Krch, 1999, s. 15). Podle DSM-IV rozlišujeme dva specifické typy mentální anorexie:

- **nebulimický typ** – restriktivní – během epizody nedochází k opakovaným záchvatům přejídání,
- **bulimický typ** – purgativní – během epizody dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Krch, 1999, s. 15).

Pacientky s anorexií bulimického typu mají obvykle mnohem vyšší psychopatologické sklony. Setkat se můžeme s poruchami nálad, ale také se závislostí na alkoholu či změnou osobnostní struktury. Dle některých studií se u bulimického typu vyskytuje častěji drogová závislost, sebevraždy, sebepoškozování a vysoká emoční labilita. S touto psychopatologií souvisí dlouhodobější průběh onemocnění, častější relapsy a menší účinek léčby. V těchto případech se situace řeší spíše hospitalizací a odlišnou terapeutickou léčbou (Krch, 2002, s. 16).

1.1.4 Průběh a výskyt onemocnění

Mentální anorexie se začíná objevovat nejčastěji kolem třinácti až dvaceti let, kdy se u dívky objevuje puberta. Často je počátek spojen s vývojem sekundárních pohlavních znaků a počátkem menstruačního cyklu. Není ovšem výjimečný výskyt onemocnění ani po třicátém či čtyřicátém roce (Krch, 1999, s. 21). V dnešní době se ovšem snižuje věk, kdy se u dětí vyskytují různé patologické jevy. Stejně tomu je i u mentální anorexie. S počátky onemocnění se můžeme setkat již u malých děvčátek.

Jako první krok nástupu onemocnění se mění jídelníček. Zmizí jídla, která považuje pacientka za velmi energeticky vydatná a nezdravá. Začíná se omezováním sladkostí a tučných či smažených jídel a postupně jsou vynechávány i další potraviny (bílé pečivo, knedlíky, maso, mléčné výrobky). Spolu s omezováním se v jídle se anorektičkám také mění chuť. Hodně solí a pijí tekutiny, ovšem setkat se můžeme také s omezováním tekutin až hydratací. Často se můžeme také setkat s abnormální konzumací kávy. Snadno se jim z jídla udělá špatně. Změny v konzumaci jsou stále důslednější a rafinovanější (Krch, 2002, s. 27).

Průběh onemocnění je spojen především s psychickými změnami. Objevuje se depresivní syndrom, ztráta zájmu o své okolí, zvýšená dráždivost. Průvodním příznakem je taktéž porucha tělového schéma. Pocit hladu či chuti postupně zcela vymizí i přesto, že se

pacientky nápadně velmi zajímají o jídlo a vaření. Dalším stupněm průběhu onemocnění jsou pak sociální konflikty. Okolí již vnímá změny a nemoc u blízké osoby a snaží se ji do jídla nutit. Vztahy se tak sekundárně dramaticky zhoršují (Koutek, 2000, cit. podle Hort, 2000, s. 265). Obraz a průběh onemocnění se postupně s dobou mění a přibývají nové symptomy a psychopatologie. Někteří nemocní mohou s nemocí fungovat relativně dobře dlouhou dobu a stabilizovat se i s velmi nízkou tělesnou hmotností. O chronické podobě můžeme hovořit po 10 až 15 letech trvání poruchy. Na průběh a další rozvoj může mít vliv celá řada faktorů. Demografické faktory zahrnují pohlaví, sociální postavení a roli, chronicitu, manželství, rodičovství či sociální okolí jedince. Mezi klinické faktory řadí odborníci zvracení a laxativa, stresující faktory, dřívější obezitu, nízkou tělesnou váhu nebo například školní neúspěchy. Poslední jsou psychologické faktory (Krch, 1999, s. 22).

Mentální anorexie patří k nejčastějším psychiatrickým diagnózám u žen. I když je výskyt prokázán také u mužů, trpí anorexií především ženy a to až 95%. Mezi duševními nemocemi má anorexie jednu z nejhorších prognóz a nejvyšší úmrtnost. Vědecké výzkumy dokazují, že až 20% případů plně rozvinuté anorexie končí smrtí pacientky. Léčba mentální anorexie není vůbec jednoduchá. Vyžaduje včasnou a rychlou pomoc psychologa a dietologa (Vigué, 2006, s. 62). Rozšíření anorexie v České republice je srovnatelné s ostatními zeměmi Evropy. Statistické výzkumy ukazují, že anorexií trpí asi 1 – 3 % žen z populace. S určitými příznaky onemocnění se však můžeme setkat až u 6 % dívek ke konci puberty (Krch, 2002, s. 52).

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je považována za méně zjevnou než anorexie. Lidé, kteří jí trpí, mají totiž zpravidla normální nebo i vyšší hmotnost. Při bulimii pacient holduje masivnímu přejídání se během velmi krátké doby, které je poté následováno vyvolaným zvracením, půstem nebo nadměrnou fyzickou aktivitou. Často nemocní sahají k nadměrnému užívání laxativ, diuretik nebo tablet na hubnutí (Ladishová, 2006, s. 34). Mentální bulimii můžeme také charakterizovat opakovanými záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Tyto symptomy vedou pacienta k zavedení krajních řešení, aby zmírnil účinky potravy, které by mohli vyvolávat nechtěnou tloušťku (Nešpor, 2000, s. 44). Podle Hall a Cohna (2003, s. 2) je bulimie posedlost jídlem a tělesnou hmotností. Charakteristické jsou

záchvaty přejídání, po nichž přichází kompenzační chování (vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb).

Podle mého mínění je nejobsáhlejší a tedy nejvhodnější definice podle Krcha (2000, s. 15), který bulimie charakterizuje jako opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné váhy. Přičemž k určení diagnózy je potřeba naplnění tří základních znaků: opakující se epizody přejídání, opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola hmotnosti a přítomnost nadměrného zájmu o tělesný vzhled a váhu. Tuto definici bych ráda doplnila poznatkem Zvolského (1995, s. 125), který uvádí, že pacienti s tímto syndromem zároveň netrpí anorexií a nemají ani nízkou tělesnou hmotnost. Hlavním charakteristickým znakem je tzv. „binge eating“, kdy jde o konzumaci velkého množství potravy v časových intervalech, které jsou kratší než dvě hodiny.

Ladishová (2006, s. 34-35) se zabývá tzv. stopami, které zanechává pacient postižený mentální bulimií. Konkrétně se jedná o stopy po bulimickém ataku (vyprazdňování ledničky, schovávání obalů od jídla), známky očistného chování (zavírání se v koupelně po každém jídle, zápach zvratků, obaly od laxativ, diuretik), přehnaný zájem o cvičení, které nic nezastaví (i v dešti, při zranění či nemoci), otoky krku a tváře, ranky nebo jiné stopy na rukou, změna barvy zubů a nedostatečná schopnost koncentrace, ztráta zájmu o přátele a jiné aktivity.

1.2.1 Historie mentální bulimie

Dějiny přejídání se jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání potravy bylo častou výsadou u privilegované společnosti. Ani pojem bulimie není v medicíně novým pojmem. Již Hippokrates rozlišoval mezi boulimos a normálním hladem. Aristofanes, Xenofon a mnozí další antiční učenci spojovali boulimos s epizodami, přejídání vyvolanými neobvyklou formou hladu. Podle Plutcharta tento pojem označoval zlého démona, který způsoboval obrovský hlad. A pokud bychom zašli ještě hlouběji do minulosti, bylo by možné vysledovat počátky bulimie již v díle řeckého básníka Timokla ve 4. století před naším letopočtem (Papežová, 2010, s. 21).

Různá vysvětlení pojmu bulimie se přenesly z dob antiky až do moderní doby 19. století. Ve staré literatuře nalezneme až sedm druhů bulimie, přičemž čtyři z nich byly

symptomatické s dalšími příznaky (cizopasníky, křečemi, průjmy). Primární bulimie byla rozdělena do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (přejídání se a následné zvracení). I přes toto důmyslné a složité rozdělení, byla bulimie ještě ve dvacátém století považována za projev špatného zažívání. S pojmem bulimia nervosa, v dnešním slova smyslu, přišel až v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell. Zprávy o chorobném hladu se pod různými jmény objevují již dávno v historii. Z medicínského hlediska je zajímavý popis přejídání ve spojení se zvracením, známý pod označením kynorexia nebo také fames canina (psí hlad). Již od starověku byla tímto termínem označována nenasytná žravost, podobná psímu chování, a následovaná spontánním zvracením. A také zde byly za příčinu označovány dysfunkce a abnormality žaludku (Krch, 1999, s. 30).

V mezinárodních klasifikačních systémech se na počátku sedmdesátých let ujal název bulimie. Byl to však velmi zavádějící popis, který obsahoval značně širokou charakteristiku odlišnou od původní teorie Russella. V revidované verzi DSM-III z roku 1987 byla diagnóza sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato nové označení bulimia nervosa. Dodnes však přetrvávají spory o samostatnosti bulimie jako klinické diagnózy (Krch, 1999, s. 30). V posledních několika desetiletích se rapidně zvyšují počty nemocných mentální bulimií. Vznikají svépomocné spolky, které se snaží čelit hrozbě mentální bulimie vzájemnou podporou a pomocí. V roce 1987 prohlásila Světová zdravotnická organizace mentální bulimii za jeden z prioritních problémů světové populace.

1.2.2 Symptomy a příznaky

Bulimie je balík nejrůznějších problémů a potíží, který se může stupňovat od nízkého sebevědomí, diety až k přejídání či naopak extrémním hladovkám. Na cestě k přejídání a závislosti je velmi často na vinně vegetariánská dieta nebo přejídání se ovocem. Ovocné diety jsou u bulimiček i anorektiček velmi populární, jelikož mají nízkou energetickou hodnotu a nevzbuzují tedy strach z nadváhy. Epizody přejedení jsou pak neovladatelné a zoufalé chování. Často je spojené se snahou dovolat se pomoci (Krch, 2000, s. 16-17). Přísné dodržování návyků a procesů není vždy pravidlem. Bulimická pacientka může mít relativně uvolněné návyky. Pokud právě neprobíhá epizoda přejídání, může nastoupit přísná dieta. Obvyklé jsou také domněnky, kdy přerušení diety povede k záchvatům přejídání (Maloney, Kranzová, 1991, s. 84).

Pozorovatelné příznaky mentální bulimie úzce souvisí s konzumací potravy a obavami z tloustnutí. Ve své podstatě jde však o určitý způsob zvládání emoční zátěže a stresových situací. Na jedné straně abnormální přejídání zaplňuje veškerý čas jedince a nedovolí mu tak zaměřit se na rušivé problémy. Na druhou stranu vyprázdnění je pak účinný prostředek pro získání ztracené sebedůvěry, sebekontroly a bezpečí. I když toto chování může vypadat a začít jako nevinný pokus o hubnutí, velmi často se promění v cyklus mentální bulimie. Stává se návykovou formou úniku od problémů. (Hall, Cohn, 2003, s. 3)

Symptomy bulimie jsou velice podobné u všech pacientek. Charakteristický je začarovaný kruh přejídání a očisty. Tento kruh je velice návykový a je tedy nejtěžším úkolem PPP se z něj vymanit. Mezi nejčastější symptomy patří zejména stálé a čím dál více častější střídání periody přejídání se a očisty. Pokud se pacientka dostane do tohoto kolotoče, je velmi těžké z něj vystoupit. Přejídání není již velkou vinou, jelikož pacientka ví jak svůj prohřešek odčinit. I přesto je dalším symptomem pocit ztráty kontroly během epizody přejídání. Pacientku pak pronásledují pocity viny a odporu vůči své osobě a je nucena svým podvědomím naučenému chování, vyprázdnit se. Dalším příznakem bulimie je také neustálé držení nejrůznějších diet a s tím spojená i častá a prudká změna váhy. Jedinec má neustálou obavu o vzhled svého těla. Tato obava ovlivňuje jeho jednání i chování a vše jí podřizuje. Při sebemenším náznaku tloustnutí, nastupuje okamžitý trest, který může mít podobu hladovky, přísnější diety či extrémní pohybová činnost (Ladishová, 2006, s. 34).

Vágnerová (2000, s. 474-475) tyto symptomy a příznaky shrnula a vytvořila diagnostická kritéria mentální bulimie, která zní následovně:

Pro mentální bulimii je typický chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s nadhodnocováním váhy. Žádoucím cílem tu však nemusí být extrémní hubenost. Dotyčný se ovšem snaží dosáhnout ideální hmotnosti, která je ve většině případů nižší než stávající. Charakteristická je nutkavá, vůlí neovladatelná touha po jídle až závislost na něm. Opakované záchvaty přejídání není pacient schopný ovlivnit a jí i přesto, že nepociťuje vůbec žádný hlad. Obvykle jde o lehce stravitelné a vysoko kalorické potraviny. Množství potravy, které nemocný při záchvatu sní, může být i extrémně velké. Bulimii se proto také připisuje vysoká finanční náročnost. Nasycení přináší nemocnému dočasné uvolnění tenze ale zároveň i obrovské pocity viny a znechucení nad sebou samým. Nastupuje nutkavá tendence zbavit se pozřené stravy a to, co nejrychleji a jakýmkoli

způsobem. Zvracení či projímadlo ovšem přinese jen chvilkovou úlevu a zbaví dotyčného, alespoň pro tu chvíli, ze strachu z obezity.

1.2.3 Diagnostická kritéria podle MKN 10

Stejně jako u mentální anorexie i u tohoto onemocnění uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí lékařská diagnostická kritéria, dle kterých se diagnostikuje závažnost onemocnění. U mentální bulimie se můžeme setkat s menším rozsahem příčin a symptomů než u anorexie. Často jsou některé signály skryté a utajované a je tedy obtížnější odhalit příčinu potíží. Diagnostická kritéria dle MKN 10 stanovují, že pro potvrzení diagnózy mentální bulimie je nutné, aby byla splněna všechna následující kritéria:

1) Stálé zabývání se potravou spojené s neodolatelnou touhou po jídle. Epizody přejídání se, kdy je konzumováno velké množství jídla ve velmi krátkém časovém úseku.

2) Abnormální snaha potlačit výživový účinek potravy jedním či více z následujících způsobů: vyvolané zvracení, užívání diuretik a laxativ, obdobím hladovění či zneužíváním specifických léků jako jsou anorektika či tyreoidní preparáty. U diabetických pacientů se můžeme setkat se zanedbáváním inzulinové léčby.

3) Psychopatologické jsou projevy, kdy nastupuje chorobný strach z přibírání a tloušťky. Pacient si stanoví vymezený cíl, váhový práh, který nehodlá překročit. Tento práh je však na extrémně nízké hranici.

4) Obvyklá je také dřívější zkušenost s mentální anorexií, přičemž se jedná řádově o několik měsíců až roků. Tento jev však není důležitou podmínkou, jelikož se může jednat i o anorexii mírné či skryté formy.

Pokud u pacientky chybí jeden či více hlavních faktorů, které jsou uvedeny v kritériích MKN 10, ale jinak se projevuje typický klinický obraz mentální bulimie, jedná se o atypickou formu mentální bulimie. Často se můžeme v ordinacích setkat s klientkami, které mají normální či naopak nadměrnou váhu, ale trpí typickými epizodami přejídání a následného očišťování. (Koutek, 2000, cit. podle Hort, 2000, s. 271)

V roce 1980 definovala Americká psychiatrická asociace bulimii jako samostatnou nosologickou jednotku. Čtvrtá edice Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) definuje diagnostická kritéria mentální bulimie. Pro účely diplomové

práce jsem zvolila přepracované vydání dle Hall a Cohna (2003, s. 2-3), které uvádí následující znaky:

A) Opakované epizody záchvatovitého přejídání, které probíhají v ohraničených časových úsecích. Tento úsek většinou nepřekračuje hranici dvou hodin. Dalším znakem je velké množství zkonzumované potravy, která převyšuje běžné zkonzumované množství ostatních lidí. Důležitým faktorem je také neschopnost mít situaci plně pod kontrolou.

B) Opakovaně se vyskytuje kompenzační chování, které je používáno jako zábrana váhového přírůstku. Řadíme sem zvracení, užívání projímadel, diuretik, anorektik, hladovění či nadměrné cvičení a pohyb.

C) Důležitou podmínkou je časové omezení. Nepřiměřené chování se vyskytuje alespoň dvakrát týdně po dobu nejméně tří měsíců.

D) Vnímání sebehodnocení je značně narušeno. Vše ovlivňují tělesné proporce a hmotnost.

E) Toto chování vylučuje vznik a průběh epizod mentální anorexie.

Tento souhrn diagnostických vodítek byl vytvořen především pro potřeby kliniků a má sloužit k diagnostice onemocnění a její komplexní léčbě. Ovšem velmi často se v praxi lékařů setkáváme s tzv. subklinickými případy, které tvoří jedinci pouze s některými uvedenými příznaky. I přesto, že nesplňují všechna stanovená kritéria, je nutné brát jejich potíže vážně a zahájit potřebnou a cílenou léčbu. (Hall, Cohn, 2003, s. 3) Tyto atypické případy bulimie jsou stejně závažné jako samotné onemocnění. Je tedy důležité zahájit protiútok včas, než se onemocnění plně rozvine do extrémních forem. Americká psychiatrická asociace rozlišuje u mentální bulimie další dva specifické typy:

- **purgativní typ** – pravidelně zvrací, zneužívá laxativa či diuretika,
- **nepurgativní typ** – používá přísné diety, hladovky, náročné fyzické cvičení ne však metody purgativního typu (Krch, 1999, s. 18).

Nejzřetelnějším kritériem, u uvedeného dělení bulimie, je užívání a frekvence purgativ. Ovšem podle tohoto kritéria se může navýšit počet potenciálních případů onemocnění, aniž by odpovídaly další kritéria. Je tedy vhodnější diferencovat pacientky s anamnézou mentální anorexie či obezity. Zvláštní případ pak tvoří skupina obézních pacientů a

diabetiků. Je příhodné dbát tedy na veškeré projevy chování a jednání a nezaměřovat se na jediné hledisko (Krch, 1999, s. 18)

1.2.4 Průběh a výskyt onemocnění

Mentální bulimie se vyskytuje mnohem častěji než anorexie. První známky onemocnění přichází v pozdějším věku. Nejčastěji se s ní můžeme setkat v období pozdní adolescence či v období rané dospělosti. Velice často předchází bulimii epizody mentální anorexie a to až v 50 % případů (Koutek, 2000, cit. podle Hort, 2000, s. 272). Vznik a průběh bulimie může vyvolat nepřeberné množství faktorů. Stačí kritické poznámky okolí, stoupající ručička na váze či traumatizující zážitek, který vede ke konzumaci potravy v množství větším než je obvyklé. Dostavují se pocity provinění a odporu a k bulimii je to již jen krůček. Postup bulimie může být rychlý a nemoc se rozvine během krátké doby. Závažnější ovšem je, pokud se bulimie stane životním stylem. Takto může jedince přežívat i velmi dlouhou dobu a o to horší jsou poté následky nemoci.

Průběh bulimie má relativně shodný děj u většiny pacientek a začíná pozvolna a nenápadně. Začátek přejídání je často spojený s předcházejícím obdobím diet a hladovění. U některých pacientek může být jídlo kompenzací úzkosti a obav. Jiné naopak podléhají nekontrolovatelnému přejídání bez závažnějších motivů. Po epizodě přejídání pak nastupuje abnormální kontrola nad konzumací potravy a opětovná přísná dieta. Jakmile však bulimička objeví možnost pročišťování, je pro ni mnohem těžší odolat nutkání se přejíst. Cyklus přejídání a pročištění je poté bitva o získání kontroly nad sebou samým (Maloney, Kranzová, 1991, s. 87). Prvním stupněm bulimie jsou záchvaty vlčího hladu, kdy pacientka sní obrovské množství potravy. Po období přísných diet a zakázaných potravin je postižená schopna sníst téměř cokoli bez výčitek, i když touha po štíhlosti u ní stále přetrvává. Průběh dne je pak stále totožný. Ráno a v poledne pacientka hladoví a dodržuje stanovenou dietu. Vše se snaží udržet pod kontrolou. Odpoledne či večer pak tato kontrola selhává a nastává stav přejídání (Koutek, 2000, cit. podle Hort, 2000, s. 272). Stavy přejídání a vlčího hladu jsou nejprve příležitostné, ale postupem onemocnění se stávají častější. V plné nemoci se pak u dívek mohou vyskytovat i několikačetné záchvaty přejídání a následného pročištění za den. Ovšem setkat se můžeme také s pacientkami, u kterých dochází k záchvatům jednou či dvakrát za měsíc nebo týden.

Druhá etapa onemocnění nastupuje po přehnaném přejídání. Po konzumaci jídla přicházejí výrazné pocity provinění, znechucení a studu. Dívky si vyčítají, že ve své dietě selhaly a snaží se nalézt žádoucí řešení situace. Maloney, Kranzová (1991, s. 88) uvádí jako první pročišťovací způsob užívání laxativ. Jedná se o méně drastický způsob jak si ulevit a zbavit se požitého jídla. Laxativa však ve skutečnosti nemají příliš žádoucí účinek, jak se mylně nemocné domnívají. Ve chvíli, kdy laxativa začnou působit, je potrava již z velké části strávena a absorbována do organismu. I přesto se spousta dívek stává na laxativech závislých. Stejně tak se často užívají diuretika, klystýry nebo jiné procedury, které nemají na tělesnou váhu téměř žádný vliv.

Postupem času se většina bulimiček nespokojí pouze s užíváním laxativ či diuretik. Pro udržení nízké hmotnosti a hubené postavy i přes časté přejídání, je nutné přistoupit k drastičtější metodě. Podle Koutka (2000, cit. podle Hort, 2000, s. 272) je nejčastější způsob zvracení vyvoláním pomocí prstů či nějakým předmětem (např. lžící). Na začátku je vyvolání zvracení nesnadné, ale postupem doby a cviku se může stát až spontánní. Zvracení pak přichází samo, aniž by si jej pacientky vědomě přály. Ženy bulimii považují za osobní selhání a pociťují k sobě velký odpor namísto vyhledání pomoci.

Lidé, kteří trpí mentální bulimií, toto své chování velmi úzkostlivě tají a vynakládají značné úsilí, aby udrželi ve společnosti zdání, že pro ně konzumace potravy nepředstavuje žádný problém. Za své chování se častokrát velmi stydí a díky tomu mají ovlivněný celý život (Hall, Cohn, 2003, s. 3). „Bulimie často vzniká v nové životní situaci, jako jsou změna zaměstnání či rodinná konstelace, které mohou vyvolávat úzkost a napětí“ (Vigué, 2006,
s. 63). Mentální bulimie postihuje především mladé dívky a ženy. Statistiky uvádí, že až 80 % postižených pacientů jsou obvykle ženy. Osoby trpící bulimií mají obvykle normální hmotnost, jsou velmi aktivní a většinou snáze rozpoznají, že jejich obsese není normální a poškozují si zdraví. Nutkání se přejídat a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou vyskytovat i u některých obsedantních pacientů a u depresivních poruch. Také se s ním můžeme setkat u mánie či oligofrenie a při závislosti na alkoholu. U mužů se s bulimií setkáváme spíše výjimečně (Krch, 1999, s. 19).

Prevalence v populaci dívek a mladých žen se uvádí 1 – 3 %. U mužů se stejně jako u mentální anorexie vyskytuje bulimie v menší míře (Koutek, 2000, cit. podle Hort, 2000, s. 272). Ačkoli se toto procento může zdát velice nízké, je tato míra způsobena přísnějším

hodnocením kritérií a vyšším výskytem atypických forem onemocnění. Podle mínění Hall a Cohna (2003, s. 4) je velice těžké určit množství jedinců, kteří trpí bulimií. Nejspolehlivější statistické výzkumy uvádějí taktéž asi 5 % výskyt v populaci, ovšem opět se jedná o pacientky, které splňují všechna diagnostická kritéria. Pokud bychom sledovali výzkumy
u středoškoláků, zjistíme, že se v této věkové kategorii vyskytuje až 15 % respondentů trpících bulimií.

Světová zdravotnická organizace prohlásila v roce 1987 mentální bulimii jako jeden z prioritních problémů světové populace. Velice podstatný je dopad tohoto onemocnění na celou společnost. Nemoc totiž nečiní potíže pouze postiženým, ale narušuje celý jeho život ve všech sférách. Trpí jeho okolí, rodina, přátelé či zaměstnání. V neposlední řadě se mění i osobnost nemocného, ne jen jeho jídelní návyky. Choroba postihuje i emoční, sociální, sexuální a profesní život a je tedy velmi náročné vrátit se zpět do normálního života. Bulimie je chronické onemocnění, které výrazně narušuje psychosociální vývoj jedince a jeho budoucnost (Marádová, Krch, 2001, s. 72).

1.3 Atypické typy poruch příjmu potravy

S rostoucím počtem případů PPP přibývá také pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. Tato kategorie se velmi často přehlíží, přestože do ní dle klinické zkušenosti patří nezanedbatelný počet nemocných. Tito pacienti, trpící subklinickou či nespecifickou mentální anorexií, vykazují stejně závažné psychické obtíže jako nemocní s „normální“ mentální anorexií (Krch, 1999, s. 19).

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí využívá také příležitosti, kdy je možné diagnostikovat pacienty, kteří nesplňují všechny typické příznaky onemocnění. Hovoří se tedy o ***atypické mentální anorexii (F50.1)*** nebo ***atypické mentální bulimii (F50.3)***. Tyto diagnostické kategorie používají lékaři u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více příznaků poruchy, ale kteří vykazují téměř typický klinický obraz (Krch, 1999, s. 19). Pro další nespecifikované poruchy příjmu potravy vznikla v MKN kategorie ***F50.8 „Jiné poruchy jídla***“. Sem řadíme nemoc zvanou ***pica***, kdy jde o chuťovou aberaci spojenou s pojídáním jinak nepoživatelných látek (např. hlíny, škrobu, vlasů, výkalů…). Vyskytuje se při nedostatku železa a poklesu jeho hladiny v krvi. Je velmi nebezpečná jelikož může vést

k otravě nebo infekci, pojídání vlasů může vést k ucpání střev a pojídání hlíny způsobuje poranění zubů a nákazu parazity. Další poruchou je ***psychogenní ztráta chuti k jídlu*** a v neposlední řadě také ***ruminace***, což je mimovolní navrácení malého množství potravy ze žaludku, následné přežvykování a většinou opětovné spolknutí. Je běžná především u dětí, u dospělých pacientů jde většinou o velmi osobní záležitost a tedy ji lze hůře odhalit.

Někdy se také můžeme v praxi setkat s tzv. syndromem nočního přejídání (NES). Ten patří mezi spánkové poruchy vyvolané vnějšími vlivy. Příčinu musíme tedy hledat mimo organismus. Objevuje se osob s normální váhou, ale vlivem delšího trvání je zde riziko vzniku obezity. Je charakterizována probuzením se a neschopností dále spát bez příjmu potravin či nápojů. K léčení však mnohdy stačí odstranit příčinu stresu (nejčastěji v rodině) (Faltusová, 2007).

1.3.1 Záchvatovité přejídání

„U mě to začíná tak, že myslím na jídlo, které moje dieta zakazuje. Myšlenky se brzy změní v silnou touhu jíst. Jakmile začnu jíst, je to zpočátku úleva a pohoda, a je mi skvěle. Pak už ale nemůžu přestat a horečnatě jím, dokud nejsem úplně nacpaná. Pak se vždy cítím provinile a mám na sebe zlost“ (Cooper, 1995, s. 20).

V posledních letech začíná přibývat osob, které se přejídají, aniž by užívali nějaké kompenzační chování. Tento typ onemocnění je často spojován s nadváhou a obezitou (Cooper, 1995, s. 33). Podle Krcha (1999, s. 20) existuje návrh klasifikovat tuto kategorii osob jako další druh poruch příjmu potravy a to pod termínem „záchvatovité přejídání“ (Binge Eating Disorder).

Ladishová (2006, s. 37) charakterizuje záchvatovité přejídání jako příjem potravy nezávislý na potřebách těla nemocného. Postižený člověk prochází obdobími nekontrolovatelného impulzivního příjmu potravy a to navzdory pocitu nasycení. Obvykle pak nemocný neprovádí následnou očistu, jak je tomu u anorexie či bulimie. Stejně jako u předchozích poruch příjmu potravy musí pacient splňovat určitá kritéria. Odborníci mezi ně řadí následující: člověk jí mnohem rychleji, jí dokud se necítí nepříjemně plný, jí aniž by pociťoval hlad, většinou jí o samotě a tajně a po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován a cítí velkou vinu.

Maloney, Kranzová (1991, s. 35) uvádí definici záchvatovitého přejídání následovně:

Z biologického hlediska jde záchvatovité přejídání vysvětlit jako návyk na určité reakce u jídla. Jedinec vyhledává určité reakce – velmi naplněný žaludek, rychlé zvýšení hladiny krevního cukru. U některých lidí je však vztah k jídlu ovlivněn zdravotním stavem, jde o tzv. hypoglykémii. Toto můžeme považovat za jakýsi opak diabetes. O takto nemocném člověku si pak lidé mylně myslí, že se vůbec nedokáže ovládat nebo že má infantilní přístup k jídlu. Člověk trpící hypoglykémií se může z hladu chovat zcela nepříčetně. Což je totožné jako u záchvatovitého přejídání. Je tedy třeba odlišovat biologický a psychologický základ onemocnění.

Jaký je vlastně spouštěcí mechanismus u záchvatovitého přejídání? Cooper (1995, s. 24-25) spatřuje především hlavní spouštěče v následujících zážitcích a zkušenostech: související s potravou a jídlem (porušení diety, neustálé myšlenky na jídlo, pocit plnosti po nasycení), související se strachem o tělesnou hmotnost a postavu (pocit otylosti, neustálé úvahy o svém těle, nedopnutí oblečení), negativní nálady (deprese, osamělost, izolace, nervozita, strach, úzkost, zlost).

Mnoho lidí trpí poruchou kompulzivního přejídání, aniž by o tom sami věděli. Příčiny této poruchy nebyly zatím odborníky odhaleny, existují však domněnky, že velmi úzce souvisí s obezitou (až u 25% postižených). Stejně jako u mentální anorexie a bulimie jsou postiženější více ženy. Rozdíl je však ve věku, kdy se nemoc objevuje. Zatím co anorexie a bulimie vznikají v mladším věku, záchvatovité přejídání se vyskytuje více u starších osob. Spolu s onemocněním se vyskytují také silné stavy zoufalství, které nutí člověka chovat se způsobem, který není vlastní jejich povaze. Jsou schopní sníst jídlo, které jim nepatří, krást v obchodech nebo dokonce jíst potraviny vyhozené do odpadků (Cooper, 1995, s. 22).

1.3.2 Orthorexie

V dnešní době se velmi často hovoří o novém „postižení kultury“. Snadný přístup k potravinám a nedostatek jakéhokoli pohybu vede k tomu, že stále více lidí trpí nadváhou a nejrůznějšími problémy s jídlem. Se zacházením s potravou se pak dostávají do extrémů a ohrožují tak svoje zdraví a v neposlední řadě i život. Stále častěji se pak setkáváme

s novými poruchami příjmu potravy, které jsou ovlivněny moderní dobou. Jednou z takových poruch je i orthorexie (orthorexia nervosa).

Jde o patologickou posedlost zdravým stravováním, přičemž výběr potravin, které splňují kritéria zdravé výživy, je u takových osob značně subjektivní. Jedinec se zaměřuje více na kvalitativní aspekt zdravé výživy než na kvantitativní (Martykánová, Piskáčková, 2010). Nemocný se z počáteční orientace na zdravou výživu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává čím dál více posedlejší. Roste u něj strach z nezdravého jídla a jídlo je více podrobováno zkoumání. Jídelníček se tedy zužuje na minimum, klesá hmotnost postiženého a nastupuje stav podvýživy (Kulhánek, 2010).

Vigué (2006, s. 65) charakterizuje ortorexii jako obsesi a přílišnou starost o zdraví, která se zaměřuje na co nejzdravější stravování. Toto může vést až ke vzniku vážné poruchy. Osoby trpící ortorexií končí výhradním zájmem o to, co konzumují. Jídlo se stává středem jejich života.

Poprvé se s pojmem orthorexie setkáváme u amerického lékaře Stevena Bratmana v roce 1997. Ten založil komunitu zabývající se výhradně zdravou stravou a po čase začal u svých přívrženců pozorovat jisté znaky posedlosti. Orthorexii popsal na základě vlastních zkušeností v knize Healthfood Junkies (Fanatici zdravé výživy). Téma zdravé výživy je pro nemocného na prvním místě. Vzdává se potravin, které jsou uměle hnojené, geneticky upravované či jinak chemicky ošetřené. Po nějaké době zbývá už jen zelenina, ovoce a bio produkty. Ale postupem času začínají být podezřelé i tyto potraviny a nastupuje maratón zkoumání, kde a jak byly tyto potraviny vypěstovány či vyrobeny a jak s nimi bylo nakládáno. Nakonec pacienti jedí jen velmi málo a často si zeleninu pěstují sami. Orthorektik je zcela pohlcen strachem, že by se mohl některou z potravin otrávit (Kulhánek, 2010). Díky tomu, že orthorektici konzumují jen nízkotučná jídla a velmi omezují příjem cukrů, schází organismu řada nutričních látek, dochází k úbytku váhy a v nejhorším případě vede až ke smrti.

K postiženým orthorexií můžeme řadit i ortodoxní vyznavače alternativních výživových směrů jako je veganství, frutariánství, makrobiotika či výživa podle krevních skupin. Dále pak také autodiagnostikované potravinové alergiky, zastánce biopotravin či odpůrce hnojiv a geneticky upravovaných plodin. Sklony k nemoci se mohou objevovat i u některých profesí (modelky, herečky, zpěvačky, sportovci) (Martykánová, Piskáčková, 2010). Touto

poruchou bývají více postiženi lidé s vyšším vzděláním a ti, kteří mají dobrý přístup k informacím. V ČR se s ní setkal již každý čtvrtý člověk a to zejména ve věkovém rozmezí 30 – 40 let, kteří mají stabilní zaměstnání a jsou relativně úspěšní (Ševelová, 2000). Osoby trpící ortorexií jsou většinou velmi přísné, upjaté a náročné ke svému okolí i k sobě. Jejich osobnost silně tíhne k extremismu, který se nakonec projevuje všechno nebo nic. Obezita nebo štíhlost (Vigué, 2006, s. 65).

1.3.3 Drunkorexie

Mezi mladými lidmi se v posledních letech objevuje nový nebezpečný zvyk. Zasahuje především vysokoškolské studentky, ale díky užívání alkoholu již ve velmi nízkém věku se objevuje i u mladších pacientů. Poprvé byly jeho případy zaznamenány v Americe, ale zprávy o něm přichází i z jiných zemí. Tento nebezpečný zlozvyk lékaři pojmenovali drunkorexie. Ovšem do dnešní doby nebyla drunkorexie uznána jako oficiální diagnóza (Gilík, 2011).

Drunkorexie je porucha příjmu potravy, jejímž cílem je regulovat stravu kvůli alkoholu. Drunkorektik přes den hladoví, aby večer mohl pít alkohol, nebo případně po konzumaci velkého množství alkoholu úmyslně zvrací. Jde tedy i o určitou formu bulimie. S touto chorobou se můžeme setkat většinou u mladých dívek, které bedlivě sledují množství kalorií jak v jídle, tak i v alkoholu. Jak je již dlouho známo alkohol, především tvrdý, obsahuje totiž velké množství kalorií (2010).

Hlavní roli zde opět sehrává nespokojenost se svojí postavou a úzkost z přibírání na váze. Nemocní zažívají úzkost při snaze kontrolovat svoje míry, jsou nespokojení, že vše nejde podle jejich nereálných představ. Vliv má také pomejdanová deprese z velkého množství vypitého alkoholu a případně i sněženého jídla. Po fyzické stránce je také velice nebezpečné míchat alkohol s energy drinky. Dochází ke zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti a zároveň ke snížení schopnosti vnímat únavu. Lidé se srdeční vadou nebo hypertenzí jsou tudíž ohroženi kolapsem a v extrémním případě i smrtí (Kulhánek, 2010).

Gilík (2011) ve svém článku uvádí, že lidé s poruchami příjmu potravy a lidé s návykovými poruchami vykazují podobné rysy. Obtížně ovládají emoce, mají omezené prostředky pro zvládání stresu, nemohou se kontrolovat a příliš si dělají starosti. Americké

studie ukazují, že kombinace těchto nezdravých návyků dlouhodobě postihuje zdraví. Odmítáním přiměřené výživy a konzumací vyšší dávky alkoholu si můžeme přivodit poruchy koncentrace, učení či rozhodování.

V ČR zatím nejsou známy počty pacientů s drunkorexií. Ale pokud se zaměříme na centra poruch příjmu potravy nebo jejich webové stránky, zjistíme, že zmínky o chování podobné drunkorexii se tu vyskytují již několik let. Jak ovšem uvádí Kulhánek (2010) v dnešní společnosti je relativně velká tolerance ke konzumaci alkoholu a tudíž je drunkorexie často skrytým jevem, který nemusíme na první pohled zaregistrovat. O to více však stoupá jeho nebezpečnost.

1.3.4 Bigorexie

Bigorexie je porucha příjmu potravy, která je úzce spjatá s narušeným vnímáním vlastního těla. Postižení jedinci si připadají drobní a nevyvinutí, tráví mnoho hodin denně v posilovně a užívají nejrozmanitější doplňky stravy, především na bázi bílkovin a aminokyselin. Pravidlem bývá také užívání anabolických steroidů. Bigorexie se týká především mužů a velmi malého množství žen, a to především kulturistek (Martykánová, Piskáčková, 2010). V odborné literatuře se můžeme také často setkat s pojmy jako svalová dysmorfická porucha, dysmorfofobie, Adonisův komplex nebo obrácená anorexie.

K hlavním rizikům této poruchy patří poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním (tzv. overuse syndrom), nevyváženou stravou a nadměrným užíváním ergogenických prostředků. Zatížena bývají také jádra, ledviny a trávicí systém (Kulhánek, 2010). Další negativní aspekt je nadměrné množství stravy konzumované za účelem tvorby svaloviny. Ta přetěžuje kosti a klouby a při nadměrném cvičení bez potřebné regenerace dochází opět k poškození pohybového aparátu (Martykánová, Piskáčková, 2010).

Bigorexie je psychickou poruchou, která se vyskytuje stále častěji. Důležité jé, aby ji uměli rozpoznat odpovědní lidé ve fitcentrech či sportovních oddílech. Pokud se včas odhalí je možné ovlivnit její vážnější propuknutí. Důležitá je také pomoc odborníků a lékařů. Podle Koloucha (2011) můžeme hlavní rizika shrnout do několika následujících okruhů:

- Riziko poškození pohybového systému jeho dlouhodobým přetěžováním – maximální stimulace svalů k hypertrofii, časté a náročné tréninky bez dostatečného

odpočinku vedou často ke vzniku mikrotraumat. Hromadění takových nedoléčených mikrotraumat vyvolá vážnější poškození tkáně a zánět.

- Nadměrná tělesná hmotnost – při nevhodně sestaveném jídelníčku se může do organismu dostávat nadměrné množství nasycených tuků a cholesterolu. Organismus tento nadbytek řeší ukládáním přebytků ve formě zásobního tuku, a tudíž mohou u pacientů nastávat podobné změny jako u obézních.
- Nadměrná spotřeba doplňků výživy – nejčastěji nadměrný příjem bílkovin a aminokyselin, což může vyvolávat zadržování vody v těle, obezitu a zvýšené vylučování vápníku.
- Sociální izolovanost – ve snaze dosáhnout nereálných a pomíjivých cílů omezují postižení časový prostor pro další aktivity a sociální kontakty. Jsou známy případy, kdy bigorektici rozbili manželství, přišli o práci nebo zúžili svůj sociální svět pouze na prostředí fitcentra.
- Podléhání svodům anabolických steroidů – velká část bigorektiků se velmi zřídka považují za natolik připravené, aby se přihlásili k soutěži. Jelikož se tedy nemusí obávat odhalení a dopingových testů, aplikují anabolické látky dlouhodobě a v nadměrných dávkách, bez jakékoli konzultace s lékařem.

Při této poruše se kumuluje více faktorů a velkou roli zde sehrává také společenský tlak na dosažení správného vzhledu a fyzické normy. Podstatný vliv zde má také rodinné prostředí, protože dítě často vyrůstá s vědomím, že je nutné věnovat se sportu a fyzické aktivitě. Někteří odborníci poukazují i na biologicky podmíněný sklon k obsesivnímu myšlení a kompulzivnímu chování. Princip léčby tedy spočívá v zastavení kompulzivního chování a oddálení příčiny vzniku poruchy. Největší problém však lékaři vidí v přiznání si sám sobě, že pacient trpí nějakou formou fyzické, psychické či emocionální slabosti (Ladishová, 2006, s. 43-44).

2 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Je zcela zřejmé, že neexistuje pouze jedna příčina vzniku poruchy příjmu potravy. Na vzniku se podílí celá řada faktorů jako například postoje rodiny a okolí, fyzický vzhled, nedostatek sebevědomí, strach z dospívání, dědičné predispozice, reklama a masové komunikační prostředky, nedocenění od vrstevníků, sexuální zneužívání či týrání. Pokud se tyto faktory zkombinují, způsobují řadu problémů, které není jedinec schopen kompenzovat. Únik k potravě a přejídání je pak pro něj řešením, na kterém se stává závislý. Rozvíjí se kolotoč, kdy jedinec začíná veškeré potíže řešit naučeným způsobem, přejídáním a následným očištěním.

Toto také potvrzuje Leibold (1995, s. 13), který uvádí, že chorobný až maniakální postoj k jídlu vzniká z více příčin. Teprve ovlivňuje-li člověka více faktorů, stává se jídlo problémem. Dodává však, že musí existovat i určité individuální předpoklady k tomuto onemocnění. Mezi odborníky panuje názor, že v naprosté většině je spouštěčem poruchy redukční dieta. Doporučují ji lékaři, lékárnici, ale i okolí jedince, které ji již vyzkoušelo. Odhaduje se, že s redukční dietou se již někdy potýkaly alespoň tři čtvrtiny žen. Během dvou let přechází až třicet procent žen s redukční dietou v patologické dietářky. Výzkumy dokazují, že z těchto třiceti procent dochází k rozvoji poruchy příjmu potravy až u třetiny pacientek (Krch, 2002, s. 53). Giddens (2005, s. 140) odpovídá také na otázku, proč poruchy příjmu potravy postihují především ženy a mladé lidi. „Dílem proto, že všeobecně rozšířené společenské normy zdůrazňují význam fyzické přitažlivosti více u žen než u mužů – ale také proto, že „žádoucí“ podoba mužské těla směřuje k jinému ideálu, kterým je „mužné“, svalnaté tělo.“

Na etiopatogenezi se podílejí faktory psychické i somatické. Často bývají uváděny především faktory individuální, rodinné a sociokulturní. Mezi individuální se řadí např. poruchy ego, raná puberta, strach z dospělosti, poruchy vnímání vlastního těla, perinatální trauma, kognitivní procesy a jiné choroby a neznámé proměnné. Do rodinných činitelů počítáme různé demografické charakteristiky (věk rodičů, zvyky v jídle, vzhled, zdatnost, sociální status), ale i maniodepresivita, alkoholismus, psychogenní poruchy příjmu potravy v rodinné anamnéze, genetické faktory apod. Sociokulturní faktory pak můžeme spatřovat v touze po štíhlosti, vzniklé díky současným módním trendům, stresogenních vlivech či strachu z obezity (Zvolský, 1998, s. 126). Já bych zde ovšem ráda blíže uvedla některé z faktorů Krcha (1999), který mezi nejpodstatnější příčiny poruch příjmu potravy řadí

následující faktory: biologické, sociální a kulturní, emocionální, rodinné a genetické, životní události a osobnost a psychickou stránku člověka. V neposlední řadě sem spadá také závislost na psychoaktivních látkách.

2.1 Biologické faktory

Hladovění samo o sobě vyvolává celou řadu biochemických změn. Setkat se můžeme také s výskytem depresivních stavů. Naopak na snížení hladu se podílejí engodenní opiáty, cytokiny a snížená hladina neuropeptidu Y. Centrum apetitu se nachází v oblasti jader ventromediálního a paraventikulárního hypothalamu a vlivem těchto látek se snižuje potřeba najíst se, až zcela vymizí (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 155).

Krch (1999, s. 62) ve své knize rozebírá hned několik hlavních biologických faktorů, které považuje za rizikové při vzniku poruch příjmu potravy. Jedná se o ženské pohlaví, tělesnou hmotnost, menstruační cyklus a pubertu. Rozhodující pro vznik je již samotná ženskost. Stačí být ženou a riziko pro vznik anorexie či bulimie je desetkrát větší. Tělesné proporce hrají významnou roli v životě ženy i muže. Průměrná tělesná hmotnost se u dívek přirozeně zvětšuje v období puberty. Tento rychlý přírůstek může být pro spoustu dívek velkou psychickou zátěží a zároveň i hrozbou. Nespokojenost s tělem a proporcemi přetrvává až do adolescence. Leibold (1995, s. 15) spatřuje rizikové faktory u žen také v neuspokojených vztazích. Spolu s rostoucí emancipací se začalo také objevovat nové uspořádání mezi mužem a ženou. Mladé dívky nemají výrazné partnerské zkušenosti a neumí tedy mezi sebou partnersky dobře vycházet. Toto přispívá k rozvoji negativních představ o úloze dospělé ženy. Podle okolností se tedy může stát, že před touto novou rolí, utíkají do mentální anorexie nebo zamítavého postoje.

Výraznou roli zde hraje také distribuce tělesného tuku. S rostoucí hmotností signifikantně vzrůstá nespokojenost s tělem a nebezpečí redukčních diet. Významný v tomto směru byl výzkum Steinera, Sanderse a Rysta. Ženy, u kterých je tuk uložen především na bocích, stehnech a hýždích, byly více postiženy rizikem poruch příjmu potravy než ostatní. Postiženy jsou ovšem také ženy s kolísající hmotností. Cyklické změny hmotnosti jsou nebezpečné a často bývají spojovány s psychopatologií, bulimií a nespokojeností se životem. Spojení je i s pubertou a hormonálními změnami, které se k ní pojí. Pubertální dozrávání je hlavním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie. Hormonální

změny jsou doprovázeny negativními emocemi, labilitou nálad, rozladěností a uvědomováním si sebe sama. U dívek se vyskytuje vnitřní nejistota, deprese, nízké sebevědomí a sklon neustále se pozorovat. Všechny tyto faktory mohou být příčinou vzniku některé z poruch příjmu potravy (Krch, 1999, s. 62).

Dalším rizikovým činitelem může být také menstruace zejména nepravidelnost cyklu nebo první menstruace (menarche). U většiny anorektiček následuje po amenoree pokles tělesné hmotnosti, protože omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám, které výrazně menstruaci ovlivňují. Změna menstruačního cyklu ovšem může být pouze důsledkem diet, nižšího příjmu bílkovin nebo emočního stresu. Menstruační cyklus může mít i vliv na epizody bulimie či záchvatovitého přejídání. Podle některých odborníků se bulimické záchvaty mění v souvislosti se změnami menstruačního cyklu. V neposlední řadě se může na vzniku podílet také antikoncepce (Krch, 1999, s. 63).

2.2 Sociální faktory

Již od dětství jsou na člověka kladeny nejrůznější požadavky, jimž se musí podřizovat. Touto metodou, socializací, vrůstá postupně do společnosti a přijímá její nároky. Díky tomu je v dospělosti schopen vést naplněný život a naplňovat představy o společnosti. Nepříznivé sociální vlivy mohou způsobit neočekávané konflikty a člověk musí volit nové řešení. Mezi nejčastější sociální vlivy způsobující mentální anorexii patří: změna pojetí úlohy ženy, která je výsledkem emancipace a feminizace, přehnaný ideál štíhlosti dnešní doby, velice hojná nabídka potravin snadno přístupná téměř každému (Leibold, 1995, s. 15-17). Společensky preferovaná štíhlost je dnes symbolem krásy a úspěchu. Projevuje se jak v zaměstnání, tak i v partnerském životě a nakonec ovlivňuje celý život (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 155). Stejně tak Garfinkel, Garner, Hsu a mnoho dalších tvrdí, že „ jádro problému PPP je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu“ (Krch, 1999, s. 58). V některých případech je zcela zřejmé, že narušení jídelních zvyklostí bylo vyvoláno určitou sociální situací či zkušeností. Dívky začnou držet dietu po nepříjemném zážitku se svou postavou nebo pod vlivem konformity svého okolí (Cooper, 1995, s. 59). Je důležité, aby si lidé dokázali připustit, které společenské situace je přivedly k dietě, a na tomto základu dále postupovali na cestě k vyléčení.

Současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující. Stejně tak nepřiměřené a ohrožující jsou i metody, jak dosáhnout štíhlosti, které jsou často spojeny s demonstrací nadměrné sebekontroly“ (Krch, 1999, s. 59). Neoddiskutovatelný je na tomto vliv reklamy a sdělovacích prostředků. Díky nim si vytváříme falešnou představu, že vše je možné. Kolem nás se míhají šťastní, úspěšný a především štíhlí lidé. Smějí se z reklamních spotů, z časopisů, billboardů i pláten kin. Podprahovým vnímáním nám vtloukají do mysli, že oblíbený a šťastný může být pouze ten, kdo je štíhlý a krásný. Těmto dietním trendům se přizpůsobuje i trh s potravinami a na pultech obchodů se objevuje velké množství light či bio výrobků. Krch (1999, s. 59) dokonce hovoří o „antitučné“ mentalitě společnosti, kdy je posilován strach z tloušťky a diskriminace obézních jedinců je běžným jevem. Předpojatost k obézním lidem je kulturním fenoménem. Považujeme je za líné, hloupé a ošklivé a již u dětí a mladších adolescentů pozorujeme stigmatizaci obezitou.

Sociokulturním faktorem je i tlak na ženy v souvislosti s širší škálou profesionálního uplatnění. Je důležité, aby si žena udržovala tradiční přitažlivost, ale současně jsou na ni kladeny velké požadavky z profesní stránky. Nutné je rychle se přizpůsobit požadavkům a výkonu v zaměstnání, bez ohledu na sociální či kulturní role ženy. V tomto nejednoznačném kontextu je poté velmi těžké, zejména pro mladé dívky, vymezení sebe sama a hledání své identity. Pro některé ženy pak může být dieta formou obrany před úzkostí (Krch, 1999, s. 61).

Poruchy příjmu potravy jsou podle Krcha (2000, s. 25) i jakousi exkluzivní poruchou. Jsou považovány a nemoc středních a vyšších sociálních vrstev a svou vinu na tom mají i některé známé osobnosti (princezna Diana, Audrey Hepburn, Karen Carpenterová a mnohé další). Dietu považuje za přepych a tak i prvními oběťmi byly dívky z vyšších sociálních vrstev. Tento stav ovšem můžeme považovat již za minulost. Dnes se poruchy příjmu potravy nevyhýbají ani dívkám z nižších sociálních vrstev, dokonce se dá říct, že jsou vystaveny vyššímu riziku než vrstevnice.

2.3 Emocionální faktory

Pracovat s emocemi se učíme již od raného dětství a tato zkušenost nás hluboce ovlivňuje. V některých rodinách se emoce nedávají příliš najevo nebo se dokonce zcela potlačují.

Není potom jednoduché zvládat jednotlivé emoce a především dokázat se vyrovnat s těmi negativními. Setkat se můžeme ovšem také s rodinami, kde existují přísná pravidla, která určují, jaké emoce se smí vyjadřovat a jaký způsob vyjadřování emocí je přípustný. Děti z těchto rodin pak mají své emoce velmi pod kontrolou, zastírají je nebo přímo popírají. Neprožité pocity se nakonec vyjádří jiným způsobem a v některých případech vznikem poruchy příjmu potravy. Spousta pacientek totiž interpretuje škálu emocí jako hlad (Hall, Cohn, 2003, s. 30).

Poruchy příjmu potravy jsou především spojovány s poruchami prožívání. Rigidní pravidla a rituály představují způsob, jak se vyhnout pocitům, které se jeví jako nezvladatelné, příliš silné nebo děsivé. Je pak velmi individuální záležitostí, které pocity jsou pro jedince skutečné hrůzné či které není schopen zvládnout. Může se jednat o pocity strachu spojené se vzpomínkami z minulosti, pocity z každodenního života nebo snad obava z toho, že je jedinec nemilován (Hall, Cohn, 2003, s. 29). Mentální anorexie i bulimie významně narušují psychickou a emocionální pohodu a také jejich sociální život. Pocit plnosti, často jen hypotetický, je vnímán jako přejedení a vyvolává často pocity vzteku či depresi. Naopak pocity uspokojení či zlepšení sebevědomí vedou ke zvýšení sebekontroly a větším omezováním se v jídle. Takto vzniká začarovaný kruh, ze kterého je velmi obtížné jakkoli vystoupit (Krch, 2002, s. 171).

Velmi často se můžeme také setkat s depresivními a úzkostnými příznaky. Známky deprese jsou většinou výraznější u bulimie, kde jsou sledovány až u 80 % pacientů. Časté pocity bezmocnosti a deprese u nich vychází z pocitů selhání kontroly nad příjmem potravy a také neschopností dosáhnout vysněné tělesné hmotnosti. Symptomy deprese jsou odborníky vysvětlovány jako důsledek zdravotních, psychických a sociálních problémů, které jsou spojovány s malnutricí a nepřiměřenou či nedostatečnou sebekontrolou. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojována s obavami o tělesný vzhled a hmotnost (Krch, 1999, s. 70). „Negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček, a že pravděpodobně souvisí i s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Zatímco úzkostné příznaky přetrvávají ještě dlouho po odeznění anorexie a bulimie, jsou depresivní symptomy spojeny zejména s počátkem onemocnění a s jeho průběhem“ (Krch, 1999, s. 71).

2.4 Rodinné a genetické faktory

Porucha příjmu potravy se často spustí ve chvíli, kdy postižená osoba musí čelit těžkému životnímu období. Nejčastěji se vyskytují v pubertě, kdy je člověk emocionálně náchylnější a každá změna v něm vyvolá citovou bouři. Z rodinného hlediska sem patří všechny změny, které se dějí v rodině. Rozchod rodičů, nové manželství jednoho z nich, rodinné problémy, smrt blízké osoby, změna školy či zaměstnání nebo ukončení milostného vztahu. Bohužel sem také patří extrémní případy, jako je zneužívání či týrání dítěte (Ladishová, 2006, s. 44).

Interakce v rodinách s mentální anorexií je často dysfunkční, vyhýbá se sexualitě a setkat se můžeme i s neschopností odpoutat se od matky. Mezi rodiči a dítětem dochází k střetům a výměně názorů. Syndrom je pak vztahován k nevyzrálé osobnosti a procesu dospívání. Také v rodinách, kde se ve zvýšené míře hovoří o problémech s poruchami příjmu potravy, o tělesných proporcích a váze, se častěji setkáme s některou s poruch. Zpočátku dobře míněné rady postupně vyústí do vyhubnutí s amenoreou (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000, s. 155).

Na téma vlivu rodiny na rozvoj poruch příjmu poruchy bylo vytvořeno mnoho významných výzkumů, které dokládají jistý vliv genetiky na vznik poruchy. Podle Hsu (1999 cit. podle Krch, 1999, s. 65) můžeme pozorovat výskyt PPP v rodinách anorektiček a bulimiček čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci. V klinických studiích se výskyt poruch mezi sourozenci pohybuje v rozmezí 3 – 10 %. Častější je potom dědičnost u matek anorektiček a to až u 14 % pacientů. Ani v minulosti ani v dnešní době však neexistuje jakýsi obecný model rodiny, u které bychom mohli předpokládat vznik některé z poruch příjmu potravy. Sledovat můžeme pouze některé faktory, vyskytující se v rodinách častěji. Jedná se o nejrůznější diety, obezitu, posedlost zdravou výživou a bio výrobky, abnormální vztah ke sportu.

2.5 Individuální osobnost

Zaujalo mě zamyšlení Ladishové (2003, s. 61), která říká, že část odpovědnosti za to, že nám někdo neustále vnucuje obrazy dokonalých žen a mužů je i na nás, protože je stále dokola akceptujeme. Díky tomu v sobě podvědomě stále živíme myšlenku, že nejšťastnější je ten, kdo je štíhlý a mladý. Hmotnost je určující míra přitažlivosti.

Jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy či specifické poruchy osobnosti. Typická anorektička bývá často popisována jako zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a hodnoty. Postrádá nezávislou vůli, fantazii, má negativní sebehodnocení a obavy k přizpůsobení se novým podmínkám. Anorektičky také více kontrolují své emoce, výrazně vyjadřují pochybnosti o své osobě a jsou perfekcionistické (Krch, 1999, s. 72). Lidé trpící poruchami příjmu potravy mají značně narušené vnímání svého těla a postavy. Vlivem onemocnění mají zkreslený náhled na situaci a mnohdy jim zcela chybí. Zvýšená je naopak senzitivita a převažují negativní emoce, úzkost či deprese. Vše má pouze černou nebo bílou stránku, neexistují kompromisy a styl myšlení je značně pesimistický. Co se týká sebepojetí, jsou nejisté, příliš sebekritické a téměř pravidlem je nízké sebevědomí. Typická je introverze, při komunikaci s lidmi jsou uzavřené a nedůvěřivé (Vágnerová, 2004, s. 473).

Krch (1999, s. 72-73) dává poruchy příjmu potravy do souvislosti s obsedantně kompulzivní poruchou. Pacientky hodnocené za pomoci Eysencova či Cattelova dotazníku vykazují vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti. Výskyt onemocnění můžeme pozorovat až u 27 – 81 % pacientek. Za společný rys obsedantní poruchy a poruch příjmu potravy můžeme považovat vnitřní nejistotu, nízké sebehodnocení, nadměrnou sebekontrolu a pocity neúspěchu. Palmer a Jones již v roce 1939 vyslovili hypotézu, že mentální anorexie je jen specifická forma obsedantně kompulzivní poruchy.

Pozorování a výzkumy vedly k vytvoření kvantifikovatelné škály EDI (Eating Disorder Inventory), která umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpící mentální bulimií či anorexií. Škála je zaměřená na psychologické a behaviorální rysy osobnosti, které jsou typické u pacientů s PPP. Jde o často využívanou metodu, která umožňuje identifikovat rizikové znaky u sledované populace. Test je složen z následujících dílčích škál: 1) nutkání být štíhlý, 2) bulimie, 3) tělesná nespokojenost, 4) inefektivita (pocity nejistoty), 5) perfekcionismus, 6) interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuť vytvářet nové vztahy), 7) narušené interoreceptivní čití (snížená orientace v pocitech a emocích), 8) strach před dospělostí (touha vrátit se do dětství). V nové verzi testu se můžeme ještě setkat s novou dílčí škálou zjišťující asketismus, sociální nejistotu a impulzivní regulaci (Krch, 1999, s. 74-75).

2.6 Životní události

Některé náročně životní situace, události či příhody jsou predisponující vzniku mnoha onemocnění nevyjímaje poruch příjmu potravy. Krch (1999, s. 64) poukazuje ve své klinické praxi na to, že téměř většina pacientů dokáže přesně označit situaci, která způsobila nepříjemný pocit ze svého těla a donutila pacienta uvažovat o dietě.

Mezi nejčastější příčiny pak patří rodinné problémy, narážky na vzhled či obezitu a také životní změny. Spouštěčem mohou být také neshody či konflikty v osobním a sexuálním životě, ale také konflikty v zaměstnání, osobní neúspěch nebo vážnější nemoc. Zaujal mě výzkum Hsu (Krch, 1999, s. 64), který dokládá, že 40 % pacientek považuje za stresující událost, související se vznikem poruchy, také první menstruaci. Také pro 8 % žen bylo velmi stresující těhotenství a setkat se můžeme i se sexuálním zneužitím, asi 10 % žen. Léčba mentální anorexie a bulimie by měla být založená především na změně nevhodných jídelních návyků a postojů a také k potlačení vlivu faktorů udržujících poruchu. Méně bychom se měli zaměřovat na úvahy o možných příčinách. U mladších pacientů je velmi nutná úzká spolupráce s rodinou.

3 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie či bulimie jsou spojeny s určitými obavami a strachem. Dívka má strach z jídla, nadváhy, z nepřiměřených tělesných proporcí či společenského neúspěchu. V některých případech se mohou vyskytovat obavy z dospělosti a z nové sexuální role. Každý strach má své kořeny a je nutné se mu postavit a odstranit jej. Léčba by se měla zaměřovat na příčiny onemocnění, pracovat s nimi a snažit se o jejich nápravu či odstranění. Když je léčba cílená nastupuje proces vyléčení mnohem dříve a s větším úspěchem na definitivní vyléčení. Léčba by měla být komplexní a zahrnovat více léčebných metod.

V průběhu osmdesátých let byla pozornost odborníků věnována vývoji a vyhodnocování různých léčebných přístupů. Mnoho především zahraničních klinických pracovišť zkoumalo působení léků, především antidepresiv. Ve stejné době byly také rozvíjeny a ověřovány psychologické postupy léčby (Cooper, 1995, s. 63). V posledním desetiletí se značně rozšířila nabídka léčebných a psychoterapeutických přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy. Upraveny byly také hlavní psychoterapeutické přístupy (Krch, 1999, s. 127). V rámci moderní terapie se více prosazuje zásada zřizování specializovaných jednotek, které se zabývají problematikou chorobných stavů. Psychoterapeutické prostředky se zaměřují na normalizaci chování pacientů při jídle a také na postoje vůči svému vzhledu. Připravují postupně pacienta na opětovné zařazení do společnosti. Prvním předpokladem úspěchu je hospitalizace nemocného (Zvolský, 1998, s. 126). Velký význam mají také svépomocné skupiny, které jsou téměř stejně úspěšné, jako odborníci. I přesto musí pacient nejdříve projít úvodní odborné léčení, než je schopen a ochoten aktivně spolupracovat ve skupině (Leibold, 1995, s. 93).

Jedinec trpící poruchou příjmu potravy potřebuje pomoc na několika úrovních. Musí změnit svůj vztah k jídlu a vyřešit emocionální potíže, které jsou často příčinou vzniku poruchy. Změnit by se měl také jeho vztah k rodině a přátelům. Mimo psychologickou úroveň je potřeba také lékařská péče, gynekologické vyšetření nebo také ošetření zubů (Maloney, Kranzová, 1991, s. 119). Bojovat s poruchou příjmu potravy je mnohem snazší, když má jedinec kolem sebe nějakou vnější podporu. Nezáleží na jejím zdroji, může být velmi různorodá: školení odborníci, rodina, přátelé, duchovní, podpůrné skupiny, zkušenosti druhých, knihy, videokazety či spoty (Hall, Cohn, 2003, s. 94). Proces uzdravení může být velice dlouhý a náročný, záleží na fázi, kdy se nemoc podchytí.

Vyléčení nespočívá jen ve změně chování, vymícení návyků přejídat se, zvracet či užívat diuretika. Hlavní je změna postojů a dosažení stanovených cílů. V případě bulimie je podstatné přestat s očistami a záchvaty přejídání se. U anorexie je prvořadná snaha, skončit s hladověním a znovu získání normální hmotnosti (Ladishová, 2002, s. 99).

První krok k vyléčení by měla podniknout především sama pacientka. Pokud nemá nemocná vnitřní motivaci, probíhá léčba složitěji a mnohem déle. Dle některých odborníků je efektivní rozplánovat si léčbu do jednotlivých kroků či cílů. Ladishová (2002, s. 99) se zaměřuje na tyto jednotlivé cíle, kterých by se měli nemocní prvořadě snažit dosáhnout. Jedná se o následující cíle:

- Udržení hmotnosti, která je přiměřená k výšce osoby.
- Obnovení menstruace.
- Schopnost stravovat se vyváženě a s mírou, bez omezování kalorií, cukrů a tuků.
- Překonání strachu z jídla.
- Schopnost udržovat vztahy s přáteli a neignorovat společenské aktivity.
- Těšit se ze života.
- Vytyčení si cílů, které nesouvisí se vzhledem či tělesnými rozměry.

Léčba by měla být komplexní, zahrnující individuální a skupinovou psychoterapii. V současné době se používají různé druhy psychoterapie, nejčastěji se jedná o kognitivně-behaviorální přístup, psychoanalyticky orientovanou psychoterapii, interpersonální terapii, motivační terapii, rodinnou a párovou terapii, nutriční terapii, pomoc v rámci svépomocných skupin atd. Tyto přístupy jsou v praxi různě kombinovány.

3.1 Hospitalizace

Dlouhodobé dodržování diet a drastické hubnoucí metody často způsobují, že dívky jsou ve velice špatném zdravotním stavu a vyhublé až na kostru. Ke zdravotním komplikacím se přidávají také psychické obtíže, apatie, sklony k sebevraždě a nezájem o život. V tomto krajním stavu je člověk ohrožen na životě a je nezbytná hospitalizace a stabilizace jeho stavu pomocí umělé výživy. I přes okamžitou a intenzivní léčbu není vždy jisté, že se podaří pacienta zachránit. Uvádí se, že až 10 % takto závažných stavů vyhublosti končí smrtí.

Nezbytná pro hospitalizaci je aktivní spolupráce pacienta, jelikož tvoří důležitý krok v procesu uzdravení. Pobyt není zaměřen pouze na fyzickou stránku nemoci, ale soustřeďuje se i na psychické problémy a nedostatky, které udržují PPP nebo s nimi nějak souvisí (Krch, 1999, s. 129). Pokud se pacientka nerozhodla k hospitalizaci sama, může tento krok považovat za zradu ze strany rodiny, ale i lékařů a dalších odborníků. Nejhorší je hospitalizace pro pacientky, které dosud odmítají jídlo. Z druhého hlediska je hospitalizace pro pacientku jasným signálem, že je již porucha vyhrocena do vyšších rozměrů a ohrožuje tak její život. V mnoha případech je pak hospitalizace momentem, kdy si i okolí nemocné plně uvědomuje závažnost situace a přijmou nabízenou pomoc (Maloney, Kranzová, 1991, s. 122).

Při hospitalizaci pacientů s poruchami příjmu potravy jsou užívány infúze výživných roztoků a roztoky s elektrolyty, jelikož normální výživa není v začátcích léčby možná. Také jsou podávány léky posilující srdeční činnost a stabilizující krevní oběh. Tato terapie má dlouhodobější charakter a je doprovázena psychoterapií, která se zaměřuje na odstranění psychických příčin (Leibold, 1995, s. 96). Pro pacienty je výhodnější formou léčby denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy dbají na dodržování jídelního režimu a současně umožňují intenzivní terapii. Pacientům jsou poskytovány terapeutické služby, ale nezůstávají v nemocnici přes noc. Jde o prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí (Krch, 1999, s. 130).

3.2 Svépomoc

Mezi nemocnými anorexií či bulimií jsou také pacienti, kteří mají relativně mírné příznaky. U takových pacientů může dojít ke značnému zlepšení nebo uzdravení na základně svépomoci nebo edukativní intervenci. I přesto že pro většinu pacientů není svépomoc jediným způsobem léčby, existuje významná podskupina, která má z této intervence užitek (Krch, 1999, s. 131). Svépomoc vychází z událostí běžného dne, které jsou během terapie vědomě a cíleně uměle vytvářeny. Pro tento způsob práce jsou vhodné svépomocné skupiny a relaxační terapie s pozitivním sebeovlivňováním. Jde o nejčastější svépomocnou metodu při mentální anorexii (Leibold, 1995, s. 119).

Některé z těchto organizací pouze poskytují potřebné informace nebo provádějí jen poradenství. Nejdůležitější z nich jsou pak svépomocné skupiny. Ty sdružují jedince, kteří

mají stejnou poruchu příjmu potravy. Většinou jsou vedeny odborným poradcem nebo vyléčeným pacientem. Ovšem nalezneme i skupiny, kde se pacienti scházejí jen z vlastní iniciativy, bez žádného vedení. Tyto skupiny umožňují, aby si pacient uvědomil, že se svým problémem není sám. Učí jedince novým způsobům uvažování o jídle a vztazích. (Maloney, Kranzová, 1991, s. 120) Skupina je pro nemocného určitou formou emoční podpory, může zde sdílet své problémy, vypovídat se a nalézt nové potřebné zkušenosti. Výhodou jsou obzvlášť pro pacienty bez vlastní rodiny nebo přátel. Dávají mu pocit, že nejsou na boj s nemocí sami a ostatní členové jsou jim potřebnou podporou. Přístup na skupinu je otevřený a zcela dobrovolný. Pro někoho může představovat první krok k začátku léčby. Setkat se můžeme také se svépomocnými skupinami pro rodiče, partnery, přátele a blízké pacientů. Člověk zde může získat potřebné informace o nemoci, ale také ventilovat své pocity a myšlenky. Svépomocné skupiny jsou v dnešní době velmi vyhledávanou alternativou léčby.

Stejně jako ostatní terapeutické metody mají svépomocné skupiny svá pro a proti. Proti psychoterapii jsou často slyšet značné předsudky a pacienti jsou tak ihned označeni za „blázny“. Tyto předsudky vyplývají především z nevědomosti a neznalosti psychoterapie jako léčebné metody. U svépomoci ovšem tyto předsudky nehrozí. Pozitivním znakem je také to, že probíhá především z vlastní iniciativy pacienta. Je zřejmé tedy, že nemocný pochopil svoji závažnou situaci a má snahu se sebou něco dělat. Skupina je pro něj prvním krokem na cestě k uzdravení. Pacient se necítí ovlivňován a utlačován, ale mění se v souladu se sebou samým. Roste mu sebedůvěra a schopnosti vyrovnávat se s novými konflikty. Nevýhodou je nedostatečná léčba při trvalejší chorobné závislosti. Léčba svépomocí pouze zmírní příznaky a léčba se tak nadále protahuje, až může přejít do nebezpečného stádia. Často dojde pouze k odstranění příznaků, ale příčiny přetrvávají a vedou k jiné psychické poruše (Leibold, 1995, s. 118-119). Za negativní považuje svépomocné skupiny také Claude-Pierre (1998, s. 216). V těchto skupinách se často vyskytují nežádoucí účinky jako vzájemně se posilující vnitřní negativismus a méněcennost. Další nevýhodu spatřuje i v tom, že v těchto skupinách si pacientky mohou vyměňovat „obchodní tajemství“ a recepty, jak úspěšně zhubnout a být ještě lepší anorektičkou či bulimičkou.

3.3 Farmakoterapie

Farmakologická léčba u poruch příjmu potravy představuje pouze malou část a dosud se neprokázaly žádné významné klinické účinky (Cohen, 2002, s. 109). Naproti tomu stojí Koutek (2000 cit. podle Hort, 2000, s. 269), který považuje farmakoterapii za důležitou část léčebného postupu. Podstatný význam podle něj mají především psychofarmaka a při depresivním syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva. Krch (1999, s. 136) poukazuje na to, že medikace by měla být užívána u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, které neuspějí v předchozí léčebné terapii. Mělo by jít o hlavní způsob terapie.

Při farmakoterapii se v poslední době preferují především antidepresiva. Zejména desimipramin (Petylyl) a tranylcypromin (Parnate), které stimulují chuť k jídlu a pocit hladu. Jsou tudíž vhodné i při léčbě mentální anorexie. U bulimie je zapotřebí naopak snížení frekvence a intenzity záchvatů. Užívány jsou blokátory serotoninu, jako jsou např. clomipramin (Anafranil) nebo fluvoxamin (Fevarin) (Zvolský, 1998, s. 127). Podle Krcha (1999, s. 136) by bylo vhodné užívat také jako doplněk k psychoterapii fluoxetin hydrochlorid (Prozac). Některé studie uvádí, že Prozac může snižovat riziko opětovného propuknutí onemocnění (Claude-Pierre, 1998, s. 210)

Stále velmi diskutovaným tématem je otázka gynekologické a medikamentózní léčby amenorey. Dle některých odborníků je navozování menstruačního krvácení při velmi nízké váze nevhodné. Naopak jiní zdůrazňují, že mohou vzniknout nebezpečné změny v oblasti uteru a hrozí také nebezpečí osteoporózy. Každopádně toto záleží na posouzení zkušeného lékaře a individuálně případ od případu (Koutek, 2000 cit. podle Hort a kol., 2000, s. 270).

3.4 Psychoterapeutické metody

Psychoterapie se poruchami příjmu potravy zabývá již několik desetiletí. Klasické psychoterapeutické metody se opírají o učení Sigmunda Freuda a jeho následovníků. Vychází především ze zpytování a rozboru podvědomí nemocného člověka. V poslední době také přibývá nových terapeutických postupů s rychlejším účinkem léčby. Tyto nové metody postupně nahrazují některé ze starších jako např. psychoanalýzu (Leibold, 1995, s. 104-105).

Psychoterapeutické metody jsou zaměřeny především na normalizaci chování při jídle a na postoje ke svému tělu, hmotnosti a vzhledu. Také připravuje pacienta na opětovné zařazení do společnosti. Terapeut velmi intenzivně pracuje s klientem, vysvětluje podstatu nemoci, základní příznaky a také rozdílnost a chybné vnímání proporcí vlastního těla (Zvolský, 1996, s. 126). Psychoterapie vyžaduje dlouhodobější spolupráci, někdy i v řádu několika měsíců. Vždy jde o individuální záležitost, kdy čas léčby závisí na léčebných metodách a aktivní spolupráci klienta. U pacientů, kteří nejsou schopni docházet na ambulantní terapii, lze provádět léčbu na klinice (Leibold, 1995, s. 104). Vždy se jedná o terapii, která je vedená odborníkem. Hlavním předpokladem úspěšné spolupráce je silný terapeutický vztah založený na pochopení a absolutní důvěře.

Psychoterapeutická léčba je individuální záležitostí a její volba závisí na mnoha okolnostech (osobnost pacienta, věk, motivace, fáze onemocnění). Mezi základní psychoterapeutické metody patří kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická terapie, rodinná terapie a skupinová psychoterapie. Tyto léčebné metody můžeme také doplnit arteterapií nebo muzikoterapií (Koutek, 2000 cit. podle Hort a kol., 2000, s. 268-269).

3.4.1 Rodinná terapie

Rodinná terapie není základním způsobem léčby, ale velmi často se využívá jako doplněk k individuální terapii nebo jako prostředek k porozumění specifickým terapeutickým problémům. Podrobné rodinné vyšetření je základem k odhalení příčin PPP. Jde o vhodnou léčbu zejména u mladých pacientů a u pacientů, které jsou v úzké interakci se svojí rodinou. Vhodnou volbou je také v případech, kde jsou zřetelné rodinné konflikty (Krch, 1999, s. 132). Často se musí pacientka vypořádat s komplikacemi ve vzájemných vztazích, jejich rigiditou a nadměrnou protektivností některých členů rodiny, zejména matky (Zvolský, 1996, s. 127).

Pacientka představuje pro rodinu určitý nejslabší článek. U něj se hromadí veškeré problémy, zatím co zbytek rodiny předstírá zdání dobrých vztahů. Pacientka pak utíká do chorobné závislosti, aby unikla před neúnosnou situací. Rodinná terapie pak opět přivádí do podvědomí narušené rodinné vztahy a společně s ostatními členy na nich pracuje. Hlavním cílem je pak pozitivní změna sociálních vztahů (Leibold, 1995, s. 110). Rodina je

pro pacienta také důležitou oporou a stimulem. Ovšem často se můžeme setkat s nevědomostí, jak se k nemocnému chovat. Zde také nastupuje rodinná terapie a pacientka se spolu se svou rodinou učí, jak se správně stravovat a dodržovat stanovený jídelní režim. Je nutné, aby se terapie zúčastnila celá rodina, včetně sourozenců (Ladishová, 2002, s. 100). Odborníci a rodinní terapeuti se domnívají, že PPP odrážejí určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Porucha může členy rodiny odklonit od ohrožujících fází ve vývoji především v pubertě. Může také mít maladaptivní funkci při adolescentním boji o autonomii v rodině nebo obrátit pozornost při rodinných konfliktech. Terapie může být včleněna do dlouhodobého léčebného plánu (Krch, 1999, s. 132)

Rodinná terapie tedy pomáhá zlepšit a udržovat vztahy, které by měli vyústit ve společné řešení problémů. Pacientka pak není nucena nahrazovat dietou chybějící pozitivní vztahy, ale nalezne mezi příbuznými potřebnou oporu a ochotu. Důležitá je i následující pozitivní atmosféra, která pacientku podporuje v léčbě a ochraňuje před recidivami po jejím ukončení. Rodinný poradce může pomoci vyjádřit frustrace všem členům rodiny, a tak i najít vhodnější způsob řešení problémů. V ideálním případě pomůže najít každému členu vztah k rodině, který bude uspokojivější pro všechny (Maloney, Kranzová, 1991, s. 121).

3.4.2 Psychoanalytická a dynamická terapie

Při léčbě psychoanalytickou terapií se pacient snaží porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy. Objevit zde může také nevědomé souvislosti, které by za jiných okolností nepovažoval za podstatné (Koutek, 2000 cit. podle Hort a kol., 2000, s. 269). Jelikož se hladovění, diety a hubnutí již stalo pro nemocného běžným životem, nemůže se jeho léčba omezit jen na odstranění poruchy. Je potřeba, aby pacient překonal vnitřní motivační překážky a nedostatky a dokázal se zaměřit na svůj životní výhled k zdravějším cílům a hodnotám (Langmeier, 1989, s. 268).

Technika léčby spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracovávání nevědomých příčin psychických komplexů, které nám zasahují až do dětských let. Pacient hovoří o svých myšlenkách, pocitech a snech. Terapeut tyto myšlenky analyzuje a dává pacientovi zpětnou vazbu. Tímto dochází k hlubokému sebepoznání (Leibold, 1995, s. 107). Také Krch (1999, s. 135) a mnozí další odborníci zdůrazňují, že je nutné zabývat se citlivými otázkami, jako je zneužívání, násilí a další diskriminace především ženského pohlaví. Z tohoto důvodu se

tento typ terapie velice často využívá u pacientek, kde došlo k zneužívání či znásilnění. O použití ovšem rozhoduje terapeut s ohledem na zvláštní potřeby pacienta. Díky tomuto se také rozlišují dva směry psychoanalytické terapie. První směr předpokládá, že symptomy ani porucha nepředstavují specifický lidský proces. Druhý směr naopak považuje poruchy příjmu potravy za zvláštní a je tedy nutné vyjít vstříc specifickým potřebám pacientek.

Kolem používání a úspěšnosti psychoanalýzy jsou ostré vědecké spory. Účinek této terapie nebyl dodnes vědecky doložen. I přesto, že u mentální anorexie dosahuje větších úspěchů a vede k trvalému vyléčení. Kritizován je také dlouhodobý charakter léčby, která se může protáhnout i na několik let (Leibold, 1995, s. 107). Toto tvrzení dokládá také Krch (1999, s. 135), který uvádí, že srovnání dlouhodobější úspěšnosti psychodynamické terapie s jinými formami léčby nebyla dosud provedena. Ovšem dodává, že psychoanalýza byla již dostatečně popsána na základně klinických poznatků. Tudíž je doporučena v případech, kdy selhala jiná krátkodobá léčba.

3.4.3 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) patří k nejčastěji užívaným a také nejúspěšnějším terapiím při léčbě poruch příjmu potravy. Doporučuje se především pro léčbu mentální bulimie, ale v poslední době je praktikována také při mentální anorexii. Nahrazuje rodinnou terapii u pacientů, pro které není z nejrůznějších důvodů vhodná a také při středně těžkých až vážných příznaků onemocnění. S tímto tvrzením souhlasí také Možný a Praško (1999, s. 224), kteří spatřují pozitivní vliv léčby především u mentální bulimie. Rozdílný názor pak mají při léčbě mentální anorexie, kde není účinnost léčby ověřena.

Kognitivně behaviorální terapie vychází z předpokladů typických pro mentální anorexii i bulimii. Předpokládá se přehnané zaujetí vlastní hmotností a postavou. Pro pacientky je nejdůležitější sklon posuzovat vlastní hodnotu především podle svého vzhledu a váhy. Druhý kognitivní předpoklad je dlouhodobé negativní sebehodnocení. Dodržování a zavádění nejrůznějších diet je tudíž sekundárním důsledkem těchto postojů. Stejně tak i neustálé zabývání se jídlem, vzhledem, váhou či okolím. Porušení diety a vlastních pravidel je pak vnímáno velmi katastroficky. Pacientka se jej snaží nějakým způsobem napravit a na řadu přichází zvracení, užívání projímadel, laxativ či anorektik. Jakmile

nastoupí tento bludný kruh, je pro postiženého velmi těžké jej jakkoli ovládat či z něj vystoupit (Možný, Praško, 1999, s. 223).

Behaviorální terapie je založená na operantním podmiňování. Je tedy důležité uspořádání vnější situace tak, aby nebyly zpevňovány anorektické či bulimické projevy zvýšené péče (Langmeier, 1989, s. 267). Základem terapie je specifický a velice důsledný režim složený ze systému odměňování a zákazů. Toto vše má modifikovat maladaptivní chování klienta vůči jídlu a svému tělu (Zvolský, 1996, s. 127). Dle Coopera (1995, s. 65) je kognitivně behaviorální terapie založená na faktu, že k uzdravení brání pacientovi přemrštěný zájem o vlastní postavu. Hlavním cílem terapie je změnění patologických vzorců k jídelnímu chování, vlastnímu tělu a způsobu myšlení (Koutek, 2000 cit. podle Hort, 2000, s. 268). S tímto výrokem souhlasí také názor Coopera (1995, s. 65), který vidí cíl léčby v získání kontroly nad jídlem a starostmi o vlastní postavu a hmotnost.

Při terapii se klade důraz především na následující body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech či přejídání a také o pocitech pacienta, 2) pravidelné vážení, 3) změna jídelního chování a zavedení jídel, kterým se pacientka vyhýbala, 4) kognitivní restrukturace chyb v myšlení, které rozvíjí a udržují chorobu, 5) zavedení prevence relapsu. Výhodou KBT je možnost modifikace pro specifické potřeby pacientek. Pokud se jedná o dlouhodobou terapii, je také možné začlenit některé prvky z interpersonální či rodinné terapie (Krch, 1999,
s. 133).

Léčbu pomocí KBT rozdělují lékaři do tří hlavních fází. V první fázi se terapie zaměřuje na dosažení dvou základních cílů. Vysvětlit pacientce smysl léčby a principy a teorie, jak léčba funguje. Pro rychlejší a důsledné uzdravení je nutné, aby klientka pochopila, že uzdravit se musí ve všech oblastech svého života. Druhý cíl je již složitější a spočívá v zavedení pravidelného jídelního režimu místo záchvatovitého přejídání. Druhá fáze léčby trvá většinou osm týdnů. Terapie se zaměřuje stále na dodržování pravidelného jídelního režimu
a zabránění očišťovacího procesu. Zároveň jsou probírány různá dietní omezení, postoje ke svému tělu a váze a také obecně na poruchy kognitivních procesů. Hlavním cíle je zmírnit a zcela odstranit naučená dietní omezení. Pomocí kognitivní restrukturalizace se klientka snaží rozpoznat své problematické myšlenky a dešifrovat je. Poslední fází léčby jsou

sezení, která se konají jednou za dva týdny. Sezení jsou jakousi preventivní formou pro udržení pokroku z léčby a mohou trvat i několik měsíců (Možný, Praško, 1999, s. 230).

3.4.4 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla vytvořena Klermanem, Wiessmanem, Rounsavillem a Chevronem jako krátkodobá forma léčby deprese. Na problémy s jídlem se tudíž přímo nezaměřovala. Léčebný postup je zde rozdělen do tří fází. V první fázi terapeut identifikuje interpersonální problémy, které vedou k poruchám. V druhé fázi terapeut s klientem uzavírá terapeutickou smlouvu o práci na těchto problémech. A poslední třetí fáze je spojena s otázkami k ukončení terapie (Krch, 1999, s. 134). Řada odborníků doporučuje kombinovat interpersonální terapii společně s kognitivně-behaviorální. Jsou také doloženy výsledky, které dokazují pozitivní účinky interpersonální terapie. Významný vliv má léčba také do budoucnosti, kdy se ukazuje jako jedna z příčin celkového uzdravení.

4 TERCIÁRNÍ PREVENCE

Poruchy příjmu potravy jsou stále rozšířenější a tvoří tak světový problém, který se přesouvá k stále více mladším populacím. Důležité je předcházet již vzniku onemocnění a začít včas s cílenou prevencí. Odborníci se shodují, že včasná prevence má velký vliv na utváření stravovacích návyků. Vhodné je začít již v dětském věku. Již malé dítě by si mělo navyknout jíst v přiměřeném množství a odpovídajícím způsobem. Tento zvyk si pak člověk sebou nese i do dospělosti. Děti by také měly pochopit, že se lidé liší s ohledem na fyzický vzhled a toto kritérium neurčuje celý jejich život. Spolu s poruchami příjmu potravy jsou nejčastěji spojovány redukční diety. Nejbezpečnější je předcházet těmto dietám, které často vedou k vytvoření poruchy. Z komplexnějšího hlediska je nutné přecházet také vzniku obezity a prevenci zaměřit také tímto směrem.

Prevence se stává také nepostradatelnou částí lékařské péče. Prevence je považována za spojení výzkumu rizik a preventivních programů, které jsou charakteristické pro jednotlivé obory. Osvěta a šíření prevence vyžaduje využití multimediálních technologií, které vytváří vhodné prostředí pro efektivní prevenci. Preventivní programy působí na povědomí populace a zvyšují znalosti o vzniku a průběhu poruch příjmu potravy. Ovšem stále není prokázána dostatečná odezva. Velice málo těchto programů vede ke skutečným změnám jídelního chování. V dnešní době je také stále více preventivních programů přesouváno na webové stránky a přizpůsobováno novým trendům (Papežová, 2010, s. 288).

Prevenci bychom měli rozlišovat podle způsobu a včasnosti pomoci. Primární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku onemocnění. Snaží se zabránit vzniku onemocnění pomocí výchově ke zdravému životnímu stylu a naučení odpovídajících stravovacích návyků. Také se zaměřuje na naučení odpovídajících sociálních zvyků, které předchází právě vzniku patologických jevů. Záměr sekundární prevence je odhalení presymptomatických příznaků nemoci a zabránit jejich šíření a prohloubení. Pokud je léčba podchycena v raném stádiu, jsou šance na celkové uzdravení velice vysoké. Sekundární prevence se zaměřuje především na rizikové a ohrožené skupiny populace. Odhalením rizikových faktorů je možné zahájit včasnou a cílenou léčbu.

Posledním typem je terciární prevence onemocnění. Zaměřuje se na omezení komplikací po prodělaném onemocnění. Někteří odborníci tvrdí, že terciární prevence je oblast spíše zdravotnického zaměření. Má minimalizovat vzniklé škody při již vzniklém onemocnění.

S tímto názorem nesouhlasí Papežová (2010, s. 289), která uvádí, že hlavní záměr terciární prevence souvisí s předcházením relapsů a plným obnovením zdraví. V posledních letech se prevence zaměřuje také směrem, který zamezuje přenosu jídelní patologie na další generace. Terciární prevence se také snaží předcházet nejen zdravotnímu poškození, ale i sociálnímu vyloučení. Soustředí se na resocializace nebo sociální rehabilitace pacientků, kteří již prošli léčbou nebo se zapojili do substituční léčby. Důležitá je i intervence u aktuálně postižených klientů, kteří stále trpí některou z poruch příjmu potravy a nemají dostatečnou motivaci k uzdravení.

Z komplexního pohledu na prevenci je účinnější předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků a nesnažit se je pouze změnit. Zásady správné výživy bychom měli učit děti již od útlého věku a upozorňovat na nebezpečí související se vznikem poruch příjmu potravy a redukčními dietami (Benešová, 2003, s. 21). Ovšem ani přímé varování před poruchami příjmu potravy nemá pozitivní účinky. Na trhu se vyskytuje velké množství literatury a webových serverů, které dávají nepřímé návody, jak hubnout a podporují tak redukční diety a kult štíhlosti. V některých případech stačí i příběhy dívek, které prošly bulimií či anorexií. Některé odborné články dokazují, že účinná jsou pouze varování, která se týkají účinnosti zvracení a projímadel a jejich dlouhodobý vliv na hmotnost a vzhled těla.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Poruchy příjmu potravy jsou fenoménem dnešní doby, i přesto, že po dlouhou dobu bývají skryté. Nejrizikovější skupinu tvoří mládež a to především mladé dívky. Jako prevence proti onemocnění vznikají cíleně zaměřené preventivní programy, které varují před riziky a nebezpečím poruch příjmu potravy. Valná většina těchto preventivních programů se zaměřuje především na primární či sekundární prevenci. Výzkumné šetření jsem tedy zaměřila směrem, který není v odborné literatuře nebo na internetových serverech téměř k nalezení, a to k terciární prevenci a recidivě onemocnění.

V teoretické části práce jsem se věnovala základním typům poruch příjmu potravy a příčinám vzniku onemocnění. Nastínila jsem také způsob léčby onemocnění a dostupnost terciární prevence v České republice. Můj zájem o tuto problematiku vznikl ve chvíli, kdy jsem se osobně setkala s dívkou, která trpí mentální bulimií. Její příběh mě velmi oslovil a začala jsem se o tuto problematiku více zajímat. I když je toto téma značně rozpracované a zabývá se jím mnoho význačných odborníků, objevuje se recidivní chování stále častěji. Terciární prevenci jako takové není dle mého názoru dostatečně věnována pozornost. Prostřednictvím této práce bych ráda získala nové poznatky a zjistila postoje a osobní zkušenosti postižených dívek.

5.1 Pojetí výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu a výběru informantů jsem zvolila kvalitativní typ výzkumu. Některé ze zkoumaných problémů se více hodí na kvalitativní povahu výzkumu a to především tak, kde je nutné odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem. Výsledkem by pak měla být formulace nové teorie či hypotézy (Gulová, 2011, s. 80). Tento typ výzkumu jsem zvolila zejména proto, že mě zajímají osobní názory informantů, jejich zkušenosti

a hodnocení dostupných služeb. Pomocí kvantitativního šetření bych tyto subjektivní údaje nezískala v takové podobě, kterou pro výzkum potřebuji. V návaznosti na výzkumný problém zjišťuji důvody, které vedly dívky k recidivnímu chování. Z těchto důvodů bych pak ráda vytvořila doporučení pro praxi. Také se domnívám se, že v rámci mého výzkumu jde o velmi úzce specifikovanou skupinu osob, kdy osobní kontakt umožňuje mnohem hlubší poznání zkoumané problematiky. Cílem výzkumu je především porozumět konkrétním motivům dívek a jejich zkušenostem.

Metodu výzkumu jsem zvolila zřejmě nejrozšířenější podobu interview, polostrukturovaný řízený rozhovor. Tato metoda mi přišla vhodná zejména díky flexibilitě a osobnímu přístupu při pořizování rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje náročnější přípravou a tím, že je předem připraven soubor otázek (Reichel, 2009, s. 111). Vytvořila jsem si závazné schéma otázek, kde jsem mohla měnit libovolně pořadí a které jsem dle potřeby upravovala a doplňovala dalšími otázkami. Otázky rozhovoru jsem osobně vytvořila přímo pro účely mé práce. Otázky směřují k nalezení odpovědí na výzkumné otázky a potažmo i výzkumný problém. Rozhovory probíhaly s každým informantem zvlášť, na předem domluveném klidném místě. Na počátku rozhovoru jsem se snažila zjistit o dotyčné osobě více informací, které měly navodit přátelskou atmosféru a uvést samotný rozhovor. Tyto informace jsem do rozhovoru neuváděla. Následovaly otázky týkající se přímo druhu onemocnění, jeho vzniku a motivací pro léčbu. Velkou část rozhovoru tvoří také otázky na absolvovanou léčbu a její negativa a pozitiva. Následují otázky týkající se recidivního chování a příčiny opakovaného onemocnění. V průběhu rozhovoru se objevily doplňující otázky, které se přímo týkaly tématu, ale nesouvisely s výzkumným problémem.

5.2 Výzkumný problém

Výzkumný problém je závislý na předběžném vědění o nevědění, na tušení toho, co neznáme, na předběžném předpokladu, který postupem času zpřesňujeme do podoby výzkumné otázky (Miovský, 2006, s. 121). Pro účely mé diplomové práce jsem zvolila deskriptivní výzkumný problém, který zjišťuje a popisuje danou situaci. Výzkumný problém specifikuje dvě základní témata práce, poruchy příjmu potravy a recidivní chování. Tato témata bych ráda zkoumala z pohledu postižených dívek, jejich myšlenek a názorů, které souvisejí s osobními zkušenostmi s léčbou a terciární prevencí. Výzkumný problém tedy zní:

„Jaké jsou důvody dívek pro recidivu poruch příjmu potravy a co by jim dle jejich mínění mohlo pomoci při léčbě a v běžně dostupné léčbě chybí?“

5.3 Výzkumné cíle

Hlavní cíl výzkumu jsem si stanovila zjistit důvody a příčiny, které vedou k recidivnímu chování u dívek trpících poruchami příjmu potravy. Stejně jako u ostatních závislostí nelze říci, že je člověk zcela vyléčený, i u poruch příjmu potravy se mohou vyskytovat faktory, které způsobí opakovaný návrat onemocnění. Na každého člověka působí jiné faktory, které postupně mohou vést ke vzniku nového onemocnění. Ráda bych zjistila, zda jsou tyto příčiny stejné pro většinu dívek či se jedná o zcela individuální záležitost.

Vedle hlavního cíle jsem si stanovila také dílčí cíle výzkumu, které doplňují a rozšiřují výzkumný problém. Prvním dílčím cílem je zjistit, zda dívky spatřují aktuální dostupné služby v oblasti léčby poruch příjmu potravy jako účinné a dostatečně preventivní. Tento dílčí cíl vychází čistě z jejich osobní zkušenosti s absolvovanou léčbou. Jelikož některé z dívek léčbu absolvovaly již vícekrát, je pro mě podstatné také srovnání metod a způsobů léčby. Druhým dílčím cílem je zmapovat názory pacientek na průběh jejich léčby. Přičemž podstatné je pro mě především zjištění, co jim při léčbě chybělo a mělo být dostupné. Opět vycházím ze získaných zkušeností dívek a jejich mínění.

5.4 Výzkumné otázky

V návaznosti na výzkumný problém a výzkumný cíl jsem vytvořila následující **výzkumné otázky**:

1) Jaké hlavní důvody spatřují pacientky podstatné pro recidivu onemocnění?
2) Jsou příčiny opakovaného návratu onemocnění totožné pro všechny pacientky?
3) V čem spatřují klientky pozitiva dostupné léčby?
4) Co se domnívají pacientky, že by jim osobně mohlo pomoci před recidivou?

S každou uvedenou otázkou korespondují také otázky v polostrukturovaném rozhovoru, který jsem vytvořila pro účely této diplomové práce. Pro větší relevantnost jsem využila také myšlenkové mapy, které tvořily dívky samotné.

Tabulka 1. Zdroje čerpání dat

1. Jaké hlavní důvody spatřují pacientky podstatné pro recidivu onemocnění?		
polostrukturovaný rozhovor	ot. č. 2, 4, 11, 12, 13,	myšlenková mapa
2. Jsou příčiny opakovaného návratu onemocnění totožné pro všechny pacientky?		
polostrukturovaný rozhovor	ot. č. 19, 20	myšlenková mapa
3. V čem spatřují klientky pozitiva dostupné léčby?		
polostrukturovaný rozhovor	ot. č. 4, 5, 6, 7, 8	---
4. Co se domnívají pacientky, že by jim osobně mohlo pomoci před recidivou?		
polostrukturovaný rozhovor	ot. č. 9, 14, 15, 21	myšlenková mapa

Připravené otázky polostrukturovaného rozhovoru (příloha P I) jsem rozčlenila do několika oblastí, které korespondují s výzkumnými otázkami. Rozhovor jsem započala otázkami týkající se typem prodělané poruchy, začátkem onemocnění a motivací k překonání nemoci. Tyto otázky jsem následně do výzkumu nezařadila, jelikož nejsou pro mě příliš důležité. V průběhu rozhovoru vyplynuly také některé doplňující otázky, které jsem uvedla i v seznamu otázek v příloze.

5.5 Výzkumný soubor

Při výběru respondentů pro svůj výzkumný účel jsem použila dostupný záměrný výběr osob, které mají mnou stanovené odpovídající znaky. Jelikož ve svém blízkém okolí neznám dívky, které trpí poruchami příjmu potravy a následnou recidivou, obrátila jsem se na webové stránky PPPinfo a webovou poradnu Anabell. Zde se mi ochotně nabídlo hned několik dívek, které splňovaly daná kritéria a byly ochotné se sejít. Kritéria pro výběr respondentů jsem si stanovila tři. Jednalo se o následující:

1. onemocnění některým typem poruch příjmu potravy,
2. jedna či více recidiv v průběhu onemocnění,

3. věkové rozmezí 18 – 30 let.

Jelikož se tato práce zabývá poruchami příjmu potravy, byla tato nemoc hlavní podmínkou pro účast při rozhovoru. Při vybírání informantů jsem nepožadovala konkrétní typ onemocnění. Pro moji diplomovou práci nebylo podstatné, zda dívka prošla anorexií či bulimií. Některé dívky uvedly i více typů poruch, kterými prošly. Dalším podstatným kritériem byla také jedna či více recidiv v průběhu onemocnění. Jelikož se práce zabývá terciární prevencí je nezbytné, aby dívky prošly onemocněním více než jednou. Aby se jednalo o homogenní skupinu, určila jsem si také věkové rozmezí, které jsem stanovila od 18 do 30 let. Na zadaný inzerát se ozvalo více respondentů, ovšem některé z dívek nesplňovaly všechna uvedená kritéria. Tudíž jsem je musela z výzkumu vyřadit. Jelikož jsem takto získala dostatečné množství dat, další dívky jsem již nekontaktovala.

5.5.1 Informantky

Pro realizaci své výzkumné části jsem získala šest informantek, které odpovídaly výše uvedeným kritériím. Všechny pacientky prošly recidivou onemocnění, některé i více než jednou. Věk informantek se pohybuje v rozmezí devatenáct až dvacet šest let. Kritérium onemocnění některým z typů poruch příjmu potravy bylo taktéž splněno a některé postižené prošly i více než jedním typem onemocnění. Rozhovor probíhal v rozmezí jedné až dvou hodin a byl zcela anonymní. Některé dívky pociťovaly jisté rozpaky, ovšem většina odpovídala ochotně, beze strachu a obsáhle. Žádná z dívek neměla problém s nahráváním rozhovoru na diktafon a s následným přepisem do textové podoby.

Tabulka 2. Charakteristika informantek

	Věk	Typ onemocnění	Zaměstnání	Počet recidiv	Označení
Šárka	22	atypická mentální bulimie	studentka	2	S
Michaela	22	mentální anorexie	zdravotní sestra	1	M
Anna	19	mentální anorexie	studentka	1	A
Hana	25	mentální anorexie, mentální bulimie	studentka	3	H
Blanka	23	mentální bulimie	call centrum	1	B
Dana	26	mentální anorexie, mentální bulimie	bankovní úřednice	2	D

Zajímavostí pro mě bylo to, že se u všech dotázaných dívek vyskytovala pouze mentální anorexie či bulimie. Žádná ze získaných informantek se nesetkala s některou formou atypických poruch příjmu potravy. I přesto, že se tyto nové poruchy objevují stále častěji, v mém výzkumu se bohužel nevyskytují.

5.6 Způsob zpracování dat

Jako způsob zpracování výsledků rozhovoru jsem zvolila metodu *otevřeného kódování*. Dle Miovského (2006, s. 228) kódováním rozumíme operace, pomocí kterých jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a skládány novými způsoby. Takto vzniká nová teorie. První fází kódování je roztřídění podobných pojmů pod jednotlivé hlavní kategorie. Kategorie je abstraktní pojem, který shrnuje jednotlivé údaje do vyššího celku a vytváří danou charakteristiku.

Získaná nahraná data jsem transkripcí převedla do písemné podoby, která je vhodnější pro vyhodnocovací metody. Opakovaným čtením a přiřazováním pojmů jsem provedla otevřené kódování. Získané kódy jsem zařadila pod jednotlivé hlavní kategorie, které jsem následně interpretovala. Pro interpretaci jsem zvolila metodu *vyložení karet*. Tato metoda uspořádá kategorie, které vznikly pomocí otevřeného kódování a uspořádá je do nějakého obrazce či linky. Na základě tohoto uspořádání pak sestavíme text, který je převyprávěním jednotlivých kategorií (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 226).

Pro ověření validity a triangulaci jsem zvolila doplňující metodu myšlenkových map. Myšlenkové či mentální mapy jsou velmi efektivním prostředkem, který vnáší jistou strukturu do problematiky. Uspořádávají i velmi nepřehledné informace a uvádějí souvislosti tam, kde nejsou na první pohled patrné. Cílem mentální mapy je upřesnění záměrů, které vedou k určitému výsledku. Já jsem do svého výzkumu zařadila myšlenkovou mapu z důvodu ověření si získaných informací. Myšlenkovou mapu jsem zařadila vždy na konec rozhovoru a ponechala dívkám dostatečné množství času.

6 ANALÝZA DAT

6.1 Otevřené kódování

Pomocí otevřeného kódování jsem zjistila následující kategorie:

(1) **Příčiny recidivy onemocnění aneb „z malé jiskry velký oheň bývá“:** jelikož tato kategorie obsahovala velké množství kódů, rozhodla jsem se vytvořit čtyři podkategorie, které rozlišují příčiny vzniku onemocnění dle základních kritérií:

a) **Rodina a okolí:** odmítavý postoj rodiny (D5), první láska (S4), kamarádka hubeňour (S5), kecy kolegyň (M26), nevyrovnaný vztah s otcem (D12), nepochopení okolí (B188), reakce otce (S3), špatný vztah s otcem (B4), příběhy dívek na netu (B16), nadávky okolí (H2).

b) **Školní prostředí:** vzor spolužačka (A3), hubená = lepší známky (S7), školský systém (D6), střední škola (B107), posměch spolužáků (H17), rozdělení rolí (A5), školní tělocvik (H18).

c) **Fyzické a psychické změny:** strach z přibírání (A14), přestanu se hlídat (M40), změny těla (D4), povahové rysy (B176), ženské tělo (B8), duševní přínos (B72), špatná nálada (H18), nuda (H18), jde o závislost (B224), pocity tloušťky (H18), stres (H18), touha po jídle (H19).

d) **Porušení zásad:** nedodržení zavedeného režimu (S88), závislost na cvičení (M3), nedodržení jídelních zásad (S88), neustálé diety (M3).

(2) **Totožnost motivů aneb „ život je tisíc cest“:**

Příčina se opakuje (S118), nedodržení -> spadne znovu (S120), setkala jsem se s tím (D56), jsou stejné (D58), rozhodující spouštěč (D58), spousta totožných motivů (B196), určitá pravděpodobnost je (B198), každá má motiv (B198), jde stále o to samé (B209), není diametrálně odlišné (B221), určité podobnosti (B216), ano jsou totožné (H34).

(3) Dívky samy sobě aneb „ líná huba, holé neštěstí“:

Diety jsme si nepředávaly (M17), vůbec se neděje (S69), každý se chce z toho dostat (S69), nestalo se to (D36), jistá autentičnost (B83), děsivá atmosféra (B84), zaujetí proti doktorům (B85), silná kolektivita (B91), podpora navzájem (B95), pro-ana blogy (B95).

(4) **Návrat do minulosti aneb „člověk míní, život mění“:** v této kategorii jsem objevila souvislosti, které jsem rozdělila do dvou podkategorií:

a) **Mít rád sám sebe:** snaha a vůle (S81), přičinit se sama (S95), snaha nemoc překonat (M21), spokojenost se sebou (M32), brát se jaký jsem (D46), vnímání sebe sama (B111), láska (B154), sebeláska (B154), sebedůvěra (B154), víra v Boha (B154).

b) **Rodina základ státu:** role rodiny (A17), přátelé (S86), rodina (M23), těhotenství (M41), partner (B115), jiný přístup rodiny (B111), podpora psychologa (B111), informovanost okolí (M23), škola (B107), nové prostředí (A12), pochopení rodiny (H16).

(5) **Motivace k uzdravení aneb „s chutí do toho, půl je hotovo“:** motivace k uzdravení se u některých dívek často opakovaly, opět jsem je rozdělila do tří podkategorií, které tvoří hlavní linii motivace:

a) **Podpora okolí:** rodina (A17), moje rodina (D40), dohled kamarádky (A5), nový partnerský vztah (A11), přátelé (S95), přítel (S97), partner (S98), někdo, kdo mě stále kontroluje (S97), narušený vztah s přítelem (D16), rady psycholožky (D20), přátelé (H22), přítelova rodina (D61), holky z idealni.cz (D61), máma a její kontrola (B23), kamarádky (B40), přítel a rodina (H3).

b) **Změna je život:** změna prostředí (A12), změna vysoké školy (A32), chtěla jsem být jako ostatní (D21), dobře využitý čas (S31), mnoho nových aktivit (A33), chtěla jsem dělat věci, jako normální lidé (D22), psaní rozsáhlých deníků (B220), příspěvky do e-magazínů a fór (B219), sport (B220), vycházky (B220).

c) **…:** pocit neštěstí (S19), deprese (S26), zásahy do života (M8), narušené zdraví (M9), těhotenství (M15), spokojenost se sebou samotnou (M32), vyčerpání (D15),

pocity marnosti (D15), málem jsem umřela (S52), otěhotnění (H26), moje poslední chvilka (S62), chci žít (D48), úzkostné stavy (B33), špatné svědomí (B34), zhoršený srdeční obraz (B50), vyrovnanost a balance (B152), zástava srdce (H37).

(6) **Účinnost léčby aneb „neříkej hop, dokud nepřeskočíš“:** u této kategorie mě velmi zaujalo, že ohlasy na léčbu bylo pouze kladné či záporné. Vytvořila jsem tedy dvě podkategorie, kde jsem vyjmenovala tyto hodnoty:

d) **Pozitivní účinky:** stálá kontrola (S42), léčba byla super (S93), víkendová propustka (S47), musíš se přičinit (S95), léčba byla v pořádku (A16), selhání není chyba léčby (S51), dodržování rad (M13), manuál pana Krcha (M14), psychologická cvičení (D25), léčba z domu (D34), možnost odmítnout hospitalizace (D27), přístup jako k člověku (S43), musíš chtít sama (M22), noví přátelé (H12).

e) **Negativa léčby:** terapeutka má nemoc z povolání (S34), neřeší pocity (D38), účel pobytu jsem nepochopila (B80), nařízená léčba nevyhovovala (H8), psaní jídelníčku nepomáhá (B103), je těžké zapomenout (B130), stále jen kniha doktora Krcha (B97), bála jsem se (B71), jde pouze o výkrm (D43), rozhodně není preventivní (D37), volba léčby není (H7), musela jsem si pomoci sama (H11), není preventivní (H14), zajetý scénář (H21).

(7) **Následky onemocnění aneb „není ráje bez hada“:** tuto kategorii tvoří tři základní podkategorie, které rozdělují následky nemoci podle následujících kritérií:

a) **Zdravotní komplikace:** narušený menstruační cyklus (A26), zničené zuby (S102), osteoporóza (A30), nízký tlak (S107), nepravidelná menstruace (D53), lámavé nehty (D53), dýchavičnost (D53), špatná pleť (H32).

b) **Narušení psychiky:** narušené vztahy (A24), deprese (S109), ztráta smyslu života (S114), nejsem šťastná (S117), strach z budoucnosti (M30), zkreslený pohled na sebe (D51), nedůvěra k lidem (D51), nedokážu na sebe sáhnout (D52), minimální sebeúcta (D52), únava (D52), neustálé hlídání se (B167).

c) **Dietní návyky**: tendence hodně jíst (A19), počítání kalorií (A21), soustředění se na stravu (M35), pomalé tempo jídla (H31), kontrolování tabulek (B170), vážení potravy (D50), malé porce (D51).

6.2 Technika vyložení karet

Kódy, které nám vzešly z rozhovorů, vytvořili sedm základních kategorií, které provází onemocnění od samého vzniku až po fyzické a psychické následky. Pomocí metody vyložení karet bych zde ráda rozebrala především kategorie, které souvisí s výzkumnými otázkami.

6.2.1 Příčiny recidivy onemocnění aneb „z malé jiskry velký oheň bývá“

První kategorii tvoří **příčiny recidivy onemocnění.** Jako nejčastější odpověď dívky uváděly především souvislost s rodinou a blízkým okolím pacientky: *„do toho přispěla má rodina, která se mnou odmítala mluvit“* (Dana). U několika případů se shodně objevila příčina v narušeném vztahu s otcem: *„špatný vztah s otcem, kterého jsem přestala vídat“*, *„otčíma jsem nepřijala do rodiny“* (Blanka). Tato podkategorie je velmi rozsáhlá a zmínily ji všechny dívky ve velké míře. Toto může být způsobeno tím, že právě rodina a blízké okolí jsou pro náš vývoj velmi důležité. Přicházíme s ní denně do kontaktu a ovlivňuje naše názory a postoje. Jako příčinu onemocnění spatřují některé dívky také v první lásce či navázání nového vztahu: *„první láska se hodně přátelila s kamarádkou huběňourem“*. První láska je ta, na kterou se nezapomíná. Je tedy zřejmé, že se dívka začíná měnit a přehodnocovat svůj žebříček hodnot. Když zaznamená pozitivní reakce, vezme si toto naučené chování i do dalšího vztahu. Do popředí se dostává touha líbit se a s tím i odlišný pohled na své tělo a sebe samotnou. Pokud se jedná již o starší dívky, vyskytovaly se příčiny nemoci také v zaměstnaneckém kolektivu: *„hodně mě srážely kecy kolegyň v práci“*. Tyto řeči a výsměch mohou často hraničit i s mobbingem.

Na tyto příčiny úzce navazuje i další podkategorie, která se týká školy a školního prostředí: *„jedna moje spolužačka úspěšně zhubla dětské špíčky“* (Anna). Dívky si často berou za vzor svoji vyspělejší a úspěšnější spolužačku či kamarádku. Dospívající jsou v tomto období obzvlášť citliví na různé posměšky a urážky, zejména pak dívky: *„spolužáci mi nadávali, že jsem tlustá“* (Hana). Důležitým vývojovým krokem v životě dospívajícího

člověka je i přechod na střední školu. Změna prostředí a spolužáků může znamenat velkou změnu v sebepojetí: *„na střední škole bylo pár blbečků, kterým se nelíbila moje postava“* (Blanka). Někdy pocity z tloušťky a posměchu zajdu příliš daleko a touha po štíhlosti se stává hnacím motorem všeho: *„když zhubnu, začnu mít lepší známky ve škole“* (Šárka). Toto podporuje často i samotný školní systém, který v některých ohledech není nakloněn odlišnostem a jedinečnosti člověka: *„školský systém nebyl zrovna oporou“* (Dana).

Většina dívek spojovala vznik recidivy tělesnými či psychickými souvislostmi: *„hlavní důvod byl obrovský strach z přibírání“* (Anna), stejně tak odpovídá také Michaela: *„nehlídala jsem se, co jím a přibrala jsem“*. Tento kód jsem zařadila do kategorie, protože se domnívám, že hlídání se a strach z příjmu potravy souvisí z velké části s psychikou člověka. Pokud se člověk nevyrovná s nemocí v hlavě, je každá snaha marná. Také dospívání a s tím spojené tělesné změny byly častou příčinou vzniku a recidivy onemocnění: *„nedokázala jsem se vyrovnat se změnami mého těla“* (Dana), *„nepřijala jsem své ženské tělo“* (Blanka). Dívky také zmiňují, že pro ně byla nemoc spíše duševním přínosem či jistou formou závislosti a tudíž se k ní vrátily opětovně: *„viděla jsem v ní velký duševní přínos“* (Blanka), *„porucha je především jedna velká závislost“* (Blanka), *„závislost na zvracení, závislost na nejezení, je to jako odepřít si drogu“* (Blanka).

Pokud dívka absolvuje odbornou léčbu, je důležité, aby i po jejím skončení a propuštění do domácí léčby, dodržovala zavedený jídelní režim: *„přestávala jsem dodržovat ten zavedený režim“* (Šárka). Stejně tak reaguje i Hana, která porušila základní zásady jídelního režimu a nemoc u ní vypukla opětovně: *„přestala jsem obědvat a hlídat si zásady zdravé výživy“*. Příčina recidivy může být také v získání návodu, jak na nemoc: *„četla jsem si na netu o příbězích holek“*, *„řekla jsem si, že když to jde jim, tak mě také“* (Blanka). Nemoc může propuknout i z běžných diet a sportu: *„držela jsem neustálé diety a byla závislá na cvičení“* (Michaela). Příčiny se mohou vzájemně kombinovat a utužovat a přehnaný zájem o své tělo může vyústit v některou z poruch.

6.2.2 Totožnost motivů aneb „život je tisíc cest“

Z rozhovoru s dívkami vyplynulo, že se příčiny recidivního chování u většiny opakují. Všechny dívky se shodly, že se setkaly s dívkami, které měly totožné motivy poruch příjmu potravy. S tímto názorem korespondují i odpovědi uvedené v rozhovorech: *„95 % motivů*

je úplně nastejno“ (Hana), *„podle mě jsou u všech dívek stejné“* (Dana), *„spousta pacientek má totožné motivy a příčiny“* (Blanka), *„ příčiny pro návrat jsou stejné“* (Michaela). Ne všechny dívky byly o individualitě či totožnosti motivů přesvědčené: *„určitá pravděpodobnost tam je“* (Blanka), *„není to tak diametrálně odlišné“* (Hana), *„mohou tam být určité podobnosti“* (Šárka).

6.2.3 Dívky samy sobě aneb „líná huba, holé neštěstí“

V odborné literatuře se velmi často objevují názory odborníků, které tvrdí, že terapeutická sezení a dostupná léčby jsou pouze prostředkem pro předávání receptů a návodů na hubnutí mezi nemocnými dívkami. Zajímalo mě, zda se s tímto dívky někdy setkaly či se přímo nezúčastnily předávání informací. Při kódování rozhovorů jsem zjistila, že dívky většinou tento názor negují: *„tohle se nikdy nestalo“* (Šárka), *„diety jsme si s kamarádkami nepředávaly“* (Michaela), *„nic takového se nestalo“* (Anna). Pouze u jedné dívky se vyskytovaly případy, kdy se dívky na terapii vzájemně podporovaly. V některých případech to již hraničilo až s extrémem. *„byla jsem dost vyděšená z atmosféry na oddělení“*, *„holky se spikly proti doktorům“*, *„kolektivita byla dost silná a podporovaly se“* (Blanka).

6.2.4 Návrat do minulosti aneb „člověk míní, život mění“

Další kategorie zahrnuje faktory, které si dívky myslí, že by jim mohly pomoci proti opakované recidivě onemocnění. Dívky sem zařadily lidi, věci, okolnosti či situace, které jim chyběly a za jejich pomoci by do nemoci znovu nespadly. Nejčastěji dívky spatřovaly faktory ve svém sociálním okolí. Velmi často se zde vyskytovaly odpovědi, související přímo s rodinou: *„správný přístup rodiny a přátel“* (Michaela), *„určitě moje rodina“* (Dana), *„zejména pochopení v rodině“* (Hana), *„pomohl by mi určitě jiný přístup matky“* (Blanka), *„nesmírně důležitá je role rodiny“* (Anna). Stejně jako velké množství příčin onemocnění vyplývá z neuspokojivého vztahu s rodinou, můžeme konstatovat, že i motivace k uzdravení z velké části souvisí právě s rodinou. Pokud dívka pociťuje podporu ze strany rodičů či přátel, může léčba probíhat rychleji a s vyšší účinností. Informantky také spatřují pozitivní faktor v novém vztahu: *„kdybych měla partnera, nestalo by se to“*

(Blanka), *„pomohl by nový partnerský vztah“* (Anna). Zajímavé je, že se zde objevily faktory ze strany psychologa a jeho podpora či ve školním prostředí.

Druhou podkategorii tvořily kódy spojené s vlastní osobou dívky a snahou mít se ráda, taková jaká jsem: *„musíš mít ráda sama sebe“*(Michaela), *„znamenáte víc než nemoc“* (Blanka), *„jsme krásné takové jaké jsme“* (Dana). Důležitá je také samotná snaha chtít nemoc překonat a zabránit recidivě: *„pomoct může vyrovnanost a balance“* (Blanka), *„tady jde hlavně o snahu a vůli“* (Šárka), *„nikdy se nevzdávat“* (Hana). Klíčové faktory pro předcházení nemoci spatřují dívky v citové sféře: *„klíčem je láska, sebeláska, sebedůvěra“* (Blanka). Podle mého názoru je podstatné přijmout se taková, jaká jsem, s klady i zápory. Tělesná hmotnost či vzhled nejsou kritériem šťastného a úspěšného života. *„Mnoho dívek začalo věřit v Boha“* (Blanka).

6.2.5 Motivace k uzdravení aneb „s chutí do toho, půl je hotovo“

Stejně jako u ostatních kategorií byla i zde hlavní motivace především ze strany rodiny a přátel: *„důležitou motivací byla máma a její stálá kontrola“* (Blanka), *„motivací byla hlavně rodina a přítel“* (Hana). Podpora nejbližších je podstatnou součástí léčby a začátku nového života bez onemocnění. Pro většinu dívek byl velkou motivací i vztah s přítelem: *„chtěla jsem, aby pokračoval můj vztah s přítelem“* (Dana), *„našla jsem současného přítele, který mi umožnil dokonale a celistvě přijmout své tělo“* (Blanka). Motivaci k zdravení našly dívky i ve svém okolí či školním prostředí: *„motivací byl pro mě dohled starší kamarádky“* (Anna), *„někdo, kdo by mi stále chodil za zadkem“* (Šárka). Ke zlepšení stavu mohou pomáhat i drobnosti či lidé, od kterých bychom to nečekaly. Některé dívky hledaly pomoc i na webových serverech, které se zabývají přímo poruchami příjmu potravy a následnou léčbou: *„k zlepšení stavu mi pomohli přátelé, přítel a jeho rodina, kamarádka ale také holky z idealni.cz a jejich podpora“* (Dana).

Zásadním faktorem je také příchod dítěte: *„konečné stop způsobilo otěhotnění“* (Hana), *„zachránilo mě, že jsem otěhotněla“* (Michaela). Podle mého názoru je dítě obrovskou motivací, a to především pokud je dítě chtěné a očekávané. Spolu s dítětem přichází změna celého života dívky. Zajímavostí je, že již samotné vysazení hormonální antikoncepce může přispět k rychlejšímu uzdravení. Velkou část motivujících faktorů spatřují dívky také v důležitých životních změnách: *„určitě k uzdravení přispěl přechod na vysokou školu“*

(Anna), *„chtěla jsem dělat věci jako normální lidé“* (Dana), *„motivací byl pro mě dobře využitý čas“* (Šárka). Změnu přístupu k nemoci mohou způsobit také nové aktivity, které vyplní volný čas a nedovolí tak dívkám neustále přemýšlet nad jídlem a nemocí: *„pomohlo mi seberealizovat se psaním do e-magazínů a nejrůznější fór“* (Blanka).

Tím, že si dívky začnou uvědomovat nebezpečí a přítěž onemocnění, nacházejí motivaci i samy v sobě: *„trpěla jsem úzkostnými stavy a špatným svědomí, což mě neustále obtěžovalo“* (Blanka), *„uvědomila jsem si, jak mi nemoc zasahuje do života a zdraví“* (Michaela), *„vyčerpání, pocity marnosti i neustálé zaobírání se jen jídlem, mi dalo potřebnou sílu“* (Dana). Vlastní pocity, nepříjemnosti, které nemoc způsobuje a ztráta sebeúcty a soukromí, to vše může být silnou motivací pro to, převzít život opět do svých rukou. Silnou motivací je také ohrožení vlastního života: *„zastavilo se mi srdce“* (Hana), *„nadešla moje poslední chvilka“* (Šárka), *„málem jsem umřela“* (Anna). Zásadní motivaci v tomto spatřuje i Dana: *„chci žít“*.

6.2.6 Účinnost léčby aneb „ neříkej hop, dokud nepřeskočíš“

Pro účely mého výzkumu jsem potřebovala zjistit, zda dívky shledávají absolvovanou a dostupnou léčbu jako preventivní a s pozitivními výsledky. Tudíž jsem tuto kategorii rozdělila na pozitiva a negativa léčby. Ráda bych se tu zabývala především pozitivními účinky, které jsou pro mě podstatnější. Z vyhodnocení otevřeného kódování jsem zjistila, že dívky shledávají léčbu spíše pozitivní: *„myslím si, že léčba je pozitivní, učí nás jíst jako běžný člověk“* (Dana), *„léčba byla super“* (Šárka). Dnes je dostupná velká nabídka léčebných postupů a terapií. Otázkou je však, zda si dívky mohou zvolit léčbu, podle svých potřeb či absolvovat nařízenou. Z výpovědí informantek není odpověď zcela patrná. Některé dívky si mohly zvolit léčebnou metodu, ale vyskytují se i případy, kdy dívky absolvovaly jim nevyhovující terapii. Léčba nabízí dívkám také jisté motivační prostředky: *„chovají se k tobě jako k normálnímu člověku“, „pokud léčba postupuje, pustí tě na víkend domů“*(Šárka). O účinnost léčby se musí zasloužit také samotná pacientka: *„pacientka se musí snažit sama, léčba jen může pomoci“*, *„nemůže nás z toho sama o sobě dostat“* (Michaela), *„pokud selžeš, není to chyba léčby“* (Šárka). Můžeme konstatovat, že léčba je jen prostředkem a cestou ke zdravému tělu i psychice. Ovšem samotná léčba nemůže mít kladné výsledky, pokud se pacientka sama nepřičiní.

Pokud se zaměřím na preventivnost dostupné léčby, shodly se dívky, že léčba není vůbec preventivní. Zaměřuje se pouze na vyléčení zdravotních či psychických komplikací ovšem již dále neřeší odstranění příčin vzniku onemocnění: *„rozhodně není preventivní, lépe řečeno vůbec není preventivní!“* (Šárka), *„rozhodně ne, stará se pouze o to, aby postižený přibral“* (Dana), *„není preventivní, připadá mi často dost uhozená“* (Blanka). Důležitá je především primární prevence. Dívky zde také zmiňují možnosti vytvoření kampaně proti poruchám příjmu potravy, která by byla dostatečně přímá a motivující. Není však jisté, zda by taková kampaň měla dostatečný vliv také v terciární sféře u recidivních pacientek.

6.3 Myšlenková mapa

Pomocí metody mentálního mapování bych ráda ověřila a potvrdila odpovědi informantek v rozhovoru. Dívkám bylo dáno jednoduché zadání a během stanového času měly napsat, co nejvíce vlastních myšlenek. Pro ověření získaných kódů měly dívky za úkol, vyjmenovat vše, co způsobilo vznik onemocnění a naopak, co podpořilo a motivovalo jejich snahu k léčbě. Nejčastější odpovědi byly následující:

Co mi chybělo: chuť do života, čas, zájmy, volnost, radost, láska, pocit, kdy sedíš nad zákuskem a řekneš si: „páni, to vypadá, ale dobře“, peníze, pěkná pleť, lidé, pevné rodinné zázemí, dobří přátelé, partner, dobrá odborná pomoc, pochopení, jistota, že vše dobře dopadne, sex, jiné společenské nastavení, které by nepropagovalo štíhlost, uvědomění, že štíhlost a tělesná dokonalost nevede ke štěstí.

Co mi pomohlo: přátelé, můj partner, pocit, že chci žít, moje zájmy, kreslení, pomoc prarodičů, psycholožka, léky, přítel, rodina, já sama, kolegyně v práci, moje šéfová, nejlepší kamarádka, otěhotnění, selhání srdce, sport a kultura, Praha, menza, hospody, vysoká škola, fajn parta, týdenní izolace pod velkým dohledem, styděla jsem se za své chování, měla jsem si s kým promluvit, fajn personál, víra v sebe sama, objevování svého těla, takového jaké je, sebevědomí, sebedůvěra, knihy, čtení, psaní deníku, úvah a příspěvků na fóra, uvědomění si, že mám problém a chci jej řešit, snaha být zdravá a dlouho žít, nové hodnoty v životě, přeskládání životních priorit.

Pokud se podíváme na výčet těchto příčin a faktorů, můžeme zjistit, že nejvíce zmiňovaným okruhem je opět vliv rodiny a přátel. Stejně jako v odpovědích v rozhovoru

dívky uvádějí, že největší motivaci pro uzdravení a účinnost léčby spatřují v příznivých mezilidských vztazích. Rodinné prostředí je základem pro správný vývoj člověka a také harmonický vývoj psychiky. Paradoxní je ovšem také situace, že dívky uvádějí nepříznivou rodinou situaci jako jeden z hlavních faktorů pro vznik onemocnění. Je tedy patrné, že nejčastějším spouštěčem a zároveň motivací k uzdravení jsou složité rodinné vztahy. Důležitou podporu hledají dívky i u svého přítele či partnera. Láska je neocenitelnou součástí života každého člověka. Pochopení ze strany partnera a jeho podpora mohou pacientce navrátit ztracenou sebedůvěru a přijmout své tělo takové jaké je. Dalším důležitým okruhem, který se tu objevuje je také víra sama v sebe a potřebná harmonie těla a duše. Jak jsem již uvedla výše, nestačí pouze vyhledat odbornou pomoc, hlavní je snaha pacientky nemoc překonat. Dalším motivačním faktorem jsou nejrůznější aktivity a koníčky, které zabírají volný čas pacientky. Ta pak nemá mnoho příležitostí zaobírat se jídelníčkem a nemocí samotnou.

Příčiny recidivního chování a faktory, které podpořili rozvoj onemocnění, jsou již různorodější. Odpovědi příliš nekorespondují s rozhovory, jsou zde však jisté podobnosti. Dívky zde opět uváděly příčiny související s vlastním tělem a sebedůvěrou. Chuť do života, volnost, radost, pochopení či jistota, to vše klientkám chybělo a proto se uchýlily k řešení svých problémů do nemoci. Velký vliv na vznik onemocnění mohou mít také masmédia
a společenské nastavení, které propaguje štíhlost a ideál ženské krásy. Dívky by si však měly uvědomit, že štíhlá nerovná se šťastná. Štíhlost a tělesná dokonalost nevede k lepšímu a úspěšnějšímu životu. Zajímavostí pro mě byl také fakt, že se ve více případech objevil faktor nedostatku financí. Komplexně však mohu konstatovat, že myšlenkové mapy korespondují s výsledkem rozhovoru. Příčiny recidivního chování se zde objevují velice podobné či zcela totožné.

6.4 Shrnutí výsledků

Cílem výzkumu bylo nalézt odpovědi na otázky, týkající se recidivního chování a terciární prevence v běžně dostupné léčbě. Snažila jsem se zjistit, zda jsou příčiny recidivy totožné pro všechny pacientky nebo zda je o čistě individuální záležitost. Zajímalo mě také, zda je léčba dostatečná a vykazuje pozitivní léčebné účinky. Musíme však brát také v úvahu to, že

nestačí, aby byla léčba jen pozitivní. Důležité je, aby byla i prevencí recidivního chování. Chtěla jsem znát osobní názory dívek na absolvovanou léčbu. Zda jim vyhovovala a co jim naopak v léčbě chybělo. Mým cílem bylo také upozornit na fakt, že terciární prevence je značně podceňována a ve většině terapií zcela chybí. Díky tomu, se spousta dívek časem k nemoci vrací a dietní kolotoč se obnovuje.

Hlavní příčiny vzniku recidivního chování spatřuje většina dívek ve svém nejbližším okolí. Rodina, přátele či partner patří do našeho života a právě jejich vliv je velmi motivující. Ať již ve špatném či dobrém smyslu. Pokud již dívka nemocí trpí, je pochopení rodiny důležité. Dívky často vypovídaly, že právě rodina s nimi odmítala o nemoci mluvit či ji zcela ignorovala. Některé studie odborníků ukazují, že za vznikem onemocnění může stát špatný vztah s otcem. Tento fakt se mi potvrdil u některých dívek, které uvedly příčinu právě ve špatném vztahu s otcem či otčímem. Stejně tak i nevhodné poznámky a připomínky ze strany přátel mohou být velmi zraňující a být tak faktorem pro recidivní chování. Obzvlášť v adolescenčním věku se pak vyskytují hlavní příčiny ve školním prostředí. Snad každý z nás se někdy setkal s posměchem či urážlivými poznámkami ze strany spolužáků či spolužaček. Takové poznámky mohou narušit dívčino sebevědomí na dlouho dobu. Naopak silnou motivací může být také dívčí vzor nebo úspěšné kamarádky.

Motivující faktory pro vznik onemocnění můžeme nalézt také v tělesných či psychických změnách a samotném dospívání. Přijmout změny a ženské tvary může být pro některé dívky často velmi stresující a začnou nenávidět své tělo. Bohužel setkat se můžeme také s jistou závislostí na nemoci. Dívkám přináší duševní uspokojení, pokud mohou sníst téměř cokoli a pak vše bez potíží vyzvracet. Závislostí se pak stává už jen samotný akt vyprazdňování a jak je běžné u všech závislostí, je těžké se jí zbavit. Tyto příčiny mohou být považovány také za zcela prvotní při vzniku onemocnění. Ovšem jsou příčiny, které se vyskytují převážně při recidivním chování. Sem patří zajisté nedodržení zavedeného režimu a jídelních zásad, které se dívka učí během léčebné terapie či hospitalizace. Nemoc se rychle vrací do zaběhlých kolejí a léčba je neúspěšná. V mém výzkumu mě také zajímala otázka totožnosti motivů recidivy nemoci. Ráda bych zjistila, zda dívky považují příčiny za zcela individuální nebo naopak se setkaly s totožností u ostatních. Z výpovědí v rozhovoru jsem zjistila, že se motivy stále opakují a jsou velmi podobné.

Další otázka, kterou jsem se zabývala je účinnost a preventivnost dnes dostupné léčby. Většina dívek, která absolvovala odbornou léčbu, se shodla, že byla v pořádku a přinesla

pozitivní výsledky. Samotné dívky pohlížejí na léčbu pouze jako na formu pomoci, ale o celkové vyléčení se musí zasloužit především ony samy. Selhání není chybou léčby či terapeutů, ale selhání lidského jedince. Můžeme konstatovat, že léčba je účinná pokud se dívka přičiní sama. Je nutné dodržovat určitý nastavený režim, který pacientku nestáhne zpět. Jako pozitivní shledávají dívky pak přístup lékařského personálu. I přesto, že jsou dívky pod neustálým dohledem, chovají se k nim stále jako k normálnímu člověku. Také nejrůznější motivační prostředky, jako víkendové propustky, manuály či terapeutické aktivity, jsou při léčbě velmi účinné. Co se týká preventivnosti léčby, jde o komplexnější problém. Zde se dívky téměř jednohlasně shodly, že dostupná léčba není v žádném případě preventivní. Podle mého názoru by bylo vhodné zaměřit se na terciární prevenci již při samotné léčbě a pokračovat v ní i po jejím skončení. Domnívám se, že pokud by se léčba více zaměřovala na řešení příčin recidivy a snažila se o jejich komplexní odstranění, mohlo by být více úspěšných a trvalých případů léčby. Vhodné by mohlo být vytvoření individuálního plánu terciární prevence, který by se zaměřoval na konkrétní osobnost člověka. Tento plán by usnadnil výběr vhodné léčby a dbal na dodržování zásad i po jejím skončení.

Posledním okruhem, kterým jsem se zabývala, jsou názory dívek na vlastní recidivní chování a faktory, které by recidivě zabránily. Stejně jako v ostatních kategoriích je i zde dominantní vliv rodiny a podpora okolí. Pokud by rodina dívky podporovala v uzdravení, mělo by vše rychlejší průběh. Rodina je základ státu a totéž platí i pro náš život. Zásadní změnu může přinést také nový partnerský vztah a láska. Kromě nejbližšího okolí je důležité mít ráda sama sebe. Snaha, vůle a chuť s nemocí bojovat jsou velmi motivujícím faktorem. Musíme se brát takový, jací jsme. Důvodem k uzdravení mohou být také nepříznivé projevy poruch. Deprese, pocity smutku a neštěstí, pocity marnosti a vyčerpání to vše působí nepříznivě na psychiku a celkovou spokojenost pacientky. Nemoc zasahuje velmi zřetelně do života člověka a zdravotní komplikace mohou vyvrcholit až do extrémních případů. Většinu dotázaných dívek donutilo bojovat s nemocí až to, že málem umřely. Proto je nutné s nemocí co nejdříve začít bojovat a snažit se ji překonat.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy v návaznosti na terciární prevenci. Domnívám se, že i přesto, že je toto téma velmi aktuální a denně narůstají počty postižených, je terciární prevence stále velmi nedostačující a v některých případech i zcela chybí. Podle mého názoru je podstatné, aby každý, kdo denně přichází do profesního kontaktu s mladými lidmi, měl alespoň základní přehled o poruchách příjmu potravy a dostupné prevenci. Zatím co nás pronásledují reklamy na hubnoucí, zkrášlující a nezbytné prostředky, kampaně proti mentální anorexii či bulimii se vyskytují jen sporadicky.

V teoretické části jsem definovala hlavní pojmy a zaměřila se na popis nejznámějších forem poruch příjmu potravy, tj. mentální anorexie a mentální bulimie. Pomocí odborné literatury jsem tyto dvě poruchy popsala z pohledu několika kritérií a také z historického hlediska. Kritéria jsem zvolila pro mé potřeby následující: symptomy a příznaky, diagnostická kritéria dle MKN 10 a průběh a výskyt v populaci. Dále jsem se zabývala nejčastějšími příčinami vzniku onemocnění, především kulturními, sociálními, biologickými faktory a důležitými životními událostmi. Pro účely terciární prevence jsem se zaměřila také na dostupnou léčbu a terapie. Snažila jsem se charakterizovat jednotlivé typy léčebných postupů, počínaje hospitalizací a konče svépomocí. Poslední kapitolu jsem věnovala samotné terciární prevenci. Bohužel k tomuto oboru není dostatečné množství odborné literatury.

V praktické části jsem se věnovala především zjištění příčin recidivního chování u pacientek trpících poruchami příjmu potravy. Dále jsem se snažila zjistit, zda je dostupná léčba vyhovující a vykazuje pozitivní výsledky. Zajímala mě však také preventivnost této léčby a to zejména terciární. Při realizaci výzkumu pomocí rozhovorů jsem získala velké množství dat a kódů, které mi poskytly potřebné informace. Vyhodnocením těchto údajů jsem získala odpovědi na výzkumné otázky, které odpovídají na hlavní výzkumný problém. Domnívám se, že jsem dokázala odpovědět na stanovené výzkumné otázky a potažmo i výzkumný problém.

Výzkumem jsem zjistila, že příčiny recidivního chování jsou u většiny dívek totožné. Nejčastějším spouštěcím faktorem je rodina a nejbližší okolí dívky. V pubertálním věku se pak vyskytují příčiny ve školním prostředí a kolektivem ve třídě. Tyto příčiny jsou pro dívky velmi silné a často zanechávají následky až do dospělosti. Téměř každý z nás se již

někdy setkal s posměšky či urážkami ohledně postavy od nepříjemných spolužáků. Zajímavostí je, že léčbu považují všechny dívky za zcela účinnou a pozitivní. Bohužel totéž se nedá již říci o preventivnosti. Dívky samotné navrhují zvýšit preventivní kampaně a zaměřit se zejména na následky onemocnění, které by dle jejich názoru změnily pohled na onemocnění jako takové.

Rozhovory s pacientkami byly pro mě velkým přínosem, jelikož jsem si alespoň na chvíli mohla uvědomit, jak se dívky cítí. Překvapilo mě, jak byly dívky otevřené a ochotné sdělit mi velké množství osobních informací. Tyto informace bych z odborné literatury získat nemohla a doufám tedy, že budou i pro čtenáře práce přínosné. Domnívám se, že v oblasti sociální pedagogiky je důležité mít alespoň základní znalosti této problematiky. Nikdy nemůžeme vědět, kdy budeme tyto znalosti potřebovat. Do budoucnosti by bylo vhodné navázat na tuto práci vytvořením již zmiňovaného individuálního plánu terciární prevence, který by mohl usnadnit léčbu u nejedné pacientky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

(1) BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka, MIČOVÁ, 2003. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře.* Praha: MAC. ISBN ISBN 80-86015-91-2.

(2) CASSUTO, Dominique Adele a Sophie GUILLOU, 2008. *Když dcera chce hubnout*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-357-4.

(3) CLAUDE-PIERRE, Peggy, 1998. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-818-5.

(4) COHEN, Robert M., 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-497-4.

(5) COOPER, Peter J, 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-97-2.

(6) Drunkorexie - dieta kvůli alkoholu?, 2011. In: Alkoholia [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://alkoholia.cz/magazin/drunkorexie-dieta-kvuli-alkoholu

(7) FALTUSOVÁ, Jaroslava, 2007. *Syndrom nočního přejídání*. In: První krok [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=1049

(8) GIDDENS, Anthony, 2005. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4.

(9) GILÍK, Richard, 2011. *Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít.* In: Vitalia [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/

(10) GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: Pro pedagogické obory.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3379-1.

(11) HALL, Lindsey a Leigh COHN, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era. ISBN 80-86517-60-8.

(12) KOLOUCH, Vladimír. *Bigorexie.* In: Anabell [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy / 16-ideal-krasy/207-bigorexie

(13) KOUTEK, Jiří, 2000 cit. podle HORT, Vladimír, 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.

(14) KRCH, František David, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.

(15) KRCH, František David, 2000. *Bulime*: *Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-946-2.

(16) KRCH, František David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-598-9.

(17) KRCH, František David, 2007. *Etiologie a léčba poruch příjmu potravy.* In: STOB [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.istob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=1280&Itemid=357

(18) KULHÁNEK, Jan, 2010. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie.* In: Idealni.cz [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251

(19) LADISHOVÁ, Lorraine, 2006. *Strach z jídla*. Rožumberok: Epos. ISBN 80-89191-53-3.

(20) LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 1989. *Dětská psychoterapie.* Praha: Avicenum. ISBN 08-073-89.

(21) LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda. ISBN 80-205-0499-0.

(22) MÁLKOVÁ, Iva a František David KRCH, 2001. *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-521-0.

(23) MALONEY, Michal a Rachel KRANZOVÁ, 1991. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0.

(24) MARTYKÁNOVÁ, Lucie a Zlata PISKÁČKOVÁ, 2010. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy*. Výživa a potraviny[online]. č. 1 [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html

(25) MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

(26) MOŽNÝ, Petr a Ján PRAŠKO, 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-038-6.

(27) NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA, 2000. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-33-3.

(28) Ortorexie, 2007. In: Stop PPP [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.stop-ppp.estranky.cz/clanky/ppp/ortorexie.html

(29) NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost*: *Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.

(30) PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

(31) REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.

(32) STARNOVSKÁ, Tamara, 2000. *Poruchy příjmu potravy*. In: Anabell [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/116-poruchy-pijmu-potravy-

(33) ŠEVELOVÁ, Irena, 2000. Ortorexie-posedlost zdravým životním stylem. In: Žijeme naplno [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a365-Ortorexie-posedlost-zdravym-zivotnim-stylem.aspx

(34) ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

(35) VIGUÉ, Jordi, 2006. *Zdraví ženy*. Dobřejovice: Rebo. ISBN 80-7234-534-6.

(36) ZVOLSKÝ, Petr, 1998. *Speciální psychiatrie*. Praha: Unitisk. ISBN 80-7184-666-X.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Zdroje čerpání dat.....61

Tabulka 2. Charakteristika informantek......62

SEZNAM PŘÍLOH

P I Návrh otázek pro rozhovor

P II Rozhovor Šárka

PŘÍLOHA P I: NÁVRH OTÁZEK PRO ROZHOVOR

Jaký typ poruch příjmu potravy byl u tebe diagnostikován?

Kdy a jak tvé onemocnění začalo? Co považuješ za hlavní důvod vzniku poruchy?

Co tě vedlo k tomu, že ses rozhodla nemoc překonat?

Vyskytla se u tebe opakovaná recidiva onemocnění?

Vyhledala jsi při léčbě i odbornou pomoc? (Jak dlouho léčba trvala a jak probíhala?)

Mohla sis zvolit způsob léčby? Pokud ne, vyhovoval ti doporučený způsob léčby?

Myslíš si, že tvá léčba měla pozitivní následky a byla účinná? Co ti při léčbě chybělo a bylo nedostatečné?

Jaká pozitiva spatřuješ na dostupné léčbě?

Domníváš se, že je dnes dostupná léčba dostatečně preventivní? V čem ano a v čem nikoli.

Domníváš se, že existují faktory, které by ti výrazněji pomohly v léčbě?

Dokážeš vyjmenovat všechny důvody a příčiny, které vedly k opětovnému vzniku onemocnění?

Domníváš se, že léčby byla nedostatečná a díky tomu onemocnění pokračovalo či znovu započalo?

Jde nějakým způsobem předcházet onemocnění a následné recidivě?

Spatřuješ v něčem zásadní motivaci pro konečnou léčbu bez recidivy?

Setkala ses s pacientkami, které měly totožné motivy jako ty?

Považuješ příčiny recidivy za zcela individuální nebo se stejné motivy vyskytují u většiny dívek?

Myslíš si, že jsi své onemocnění již překonala? Co přispělo k tvému uzdravení?

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR ŠÁRKA

Jaký typ poruchy příjmu potravy byl u tebe diagnostikován?

Nejdříve mentální anorexie a následovala mentální bulimie.

Kdy a jak tvé onemocnění začalo? Co považuješ za hlavní důvod vzniku poruchy?

Asi v 11 letech jsem začala ze sebou něco dělat, protože už jsem se na sebe nemohla koukat. Děcka mi nadávaly tlustoprdko, taťka nám oběma s mamkou říkal buchtičky, což bylo ještě horší a měla jsem dětskou lásku. Ta láska se tenkrát hodně kamarádila s mou nej kámoškou, která je takový velký vysoký hubeňour od přírody a měla samé jedničky. Ta se mi v té mé hlavince zrodila myšlenka, že zhubnu a začnu být také premiantka ve škole... Tak jsem začala jezdit na rotopedu a míň jíst. Z 65 kilo jsem zhubla, já nevím asi za půl roku, na 52. Mám 163 cm. Byla jsem šťastná, váha šla celkem dobře dolů. No ale když překročíš jistou hranici tak to jde až moc dobře dolů. Ve 12 letech v sedmé třídě to šlo do takových extrémů, že jsem třeba 5 dní vůbec nejedla, abych se mohla o víkendu pořádně nadlábnout. Váha šla přes týden dolů a o víkendu byla většinou nabrána. Tenkrát jsem měla děsnou hrůzu z Vánoc protože to měli být naši doma. Mamka se o Vánocích postarala, aby mi váha stoupla na 50 kilo, protože jsem měla 41 kilo, kost a kůže, vlasy mi padaly extrémně, vypadala jsem děsivě. Pak jsem byla asi tři čtvrtě roku normální a začala víc jíst... no a pak se to nějak zvrtlo v bulimii. Teď je mi 22 let.

Co tě vedlo k tomu, že ses rozhodla nemoc překonat?

Byla jsem před rokem v Bohunicích v Brně na 6 týdenní léčbě. Co mě k tomu vedlo? Tohle všechno se ti zdá normální? Každá taková holčina je z toho nešťastná, žádnou to nebaví, ale bojí se s tím někam jít, aby tam z ní neudělali zase tlouštíka, nebo se bojí že se jí někdo bude smát, že se to někdo dozví, pokud je tak dobrá, že to z jejich přátel nikdo neví a nikdo by to do ní ani neřekl. A to jsem já. Jo tenkrát když jsem měla tu anorexii tak to samozřejmě bylo každému jasné, ale už několik let mám stejnou váhu a vypadám pořád stejně a celkem normálně, tak to nikomu nedojde. Řekla jsem to čtyřem svým nejlepším kamarádům a čuměli jak péro. Ale prostě jsou chvíle, kdy to s tím zvracením opravdu přeháním a někdy taková normálka. Někdy z toho máš šílenou depku a někdy v klidu. No prostě mi jednou cvaklo a zavolala jsem tam. Divili se, že jsem se do toho dala sama, protože tam ostatní holky většinou dotáhli rodiče. A na víc to nikomu z mého okolí

nepřišlo divný, protože jsem tenkrát neměla nic na práci, škola mi nevyšla, byla jsem tam jen jeden semestr. Neměla jsem místo kde bych se musela pravidelně objevovat. A tak jsem toho dobře využila. Prostě jsem řekla že mi chyběly nějaké vitamíny a že jsem na takové rehabilitaci.

Vyhledala jsi při léčbě i odbornou pomoc? Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala?
Před touto léčbou jsem chodila tenkrát, za doby anorexie, chvilku k jedné terapeutce, která byla podle mě i mamky nemocná z povolání. Já měla totiž chvilku stavy, a to jsem tenkrát právě se z té anorexie dostávala, že jsem si udělala takovou obrovskou mísu zeleninového nebo ovocného sálatu (např. 3-5 jablk, 3 pomeranče, banán) a celé jsem to zbouchala a nechala v sobě. A ona na mě jestli jsem v pohodě nebose mě ptala na takové nesmyslné otázky. Teď k nikomu nechodím, ale asi si někoho najdu. Ještě jsem se té bulimie nezbavila, po nemocnici jsem do toho zase spadla. Ale momentálně se snažím, čím dál déle (více dní) nezvracet. Normálně jsem zvracela každý den.
Mohla sis zvolit způsob léčby nebo jsi absolvovala nařízenou léčbu? Vyhovoval ti způsob léčby a jaká doporučení se ti dostala?

Léčba byla super, tam v tom Brně za tebou nechodí jak ocásci. Prostě se k tobě chovají skoro jako k normálnímu pacientovi, jen sestřičce vždycky chodíš ukázat, co jsi všechno snědla, oni si to zapíší a pak bys neměla hodinu po jídle chodit na záchod, ale když na tebe přijde potřeba tak tě samozřejmě pustí. Je to přizpůsobené tak, že tě tam učí, jak se to sama naučit a musíš tam mít hlavně snahu. A pak jsou tam ty terapie + každý týden jedno vážení a pokud máš váhu v pořádku a zdáš se ok, tak tě na víkend pustí domů, aby sis začala zvykat na domácí prostředí. Doporučení? Nenudit se, hledat východiska to znamená nějakou aktivitu, abys nemyslela na kraviny.

Myslíš si, že léčba měla pozitivní následky a byla účinná? Co ti při léčbě chybělo a co považuješ za nedostatečné? Jaká pozitiva spatřuješ na dostupné léčbě?

Léčba byla určitě účinná, zvracet jsem přestala a to, jak se k tomu postavíš po návratu do reality je už na tobě a pokud selžeš není to chyba léčby. Mě hlavně pomohlo to, že jsem před rokem málem umřela. Já měla tenkrát období, kdy jsem používala také hodně projímadla a nevydržela jsem to a v nemocnici jsem si ho taky někdy vzala. A doktorka už na začátku léčby, jak zjistila jaké mám nízké hodnoty draslíku se vyděsila a nasadila mi velký příděl draslíku v práškách. Při dalších odběrech zjistila, že se nic nezměnilo a že se to dokonce myslím i víc zhoršilo. To jsem měla jet zrovna na víkend domů. No tak mě poslali

na jipku, tam jsem mluvila s jednou odbornicí přes výživu a té ještě víc zamrazilo a zlobila se, proč mě sem neposlali už na začátku a že se klidně může stát, že mě v téhle vteřině přestane tlouct srdíčko. Samozřejmě že jsem se s těma projímadlama přiznala. To byla nejhorší chvilka mého života, kdy jsem si vážně myslela že nadešla moje poslední chvilka a volala jsem mamce, že pokud si nepohne tak mě už třeba nemusí vidět živou. Ale na štěstí dopadlo všechno dobře včas mi nasadili kapačky a sondu, kterou jsem je nenáviděla a za 5 dní jsem byla zase zpět na oddělení. Nejvíc účinná tedy byla léčba kdy jsem byla skoro celý týden připoutaná k posteli pod velkým dohledem. Měla jsem tam naštěstí jednu holčinu s kterou jsme kecaly, byl to skoro stejný případ jak já s tím draslíkem, měla podobné hodnoty, jen o nějakou desetinku lepší.

Stalo se někdy, že léčebná metoda (konkrétně terapie), kterou jsi absolvovala, sloužila spíše k předávání receptů a návodů diet mezi dívkami? Tedy spíše udržovala či zhoršovala momentální stav?

Tohle se vůbec nestalo, nějaké předávání receptů na hubnutí. Tam se z toho chtěl každý dostat. Jako jo, někdy jsme se bavily, co nám chutná a tak, ale nevedlo to k nějaké spiklenecké debatě.

Domníváš se, že je dnes dostupná léčba dostatečně preventivní? V čem ano a v čem nikoli.

Rozhodně není preventivní, lépe řečeno vůbec není preventivní!!! Já bych udělala takovou prevenci, že to nezažili. Udělala bych třeba plakáty, na kterém by byl vyfocen chrup 10 let trpící bulimičky jako třeba mě. To by se každému udělalo špatně, to mi věř a kdyby takových plakátů bylo víc, nemusí to byt třeba zuby, já si myslím, že jsou určitě případy, které mají vypadané vlasy a nosí paruku, vyschlou kůži, ze které se jim vyrojila třeba lupénka … Já viděla jen plakáty vychrtlých holek nebo hlavu v záchodě... Kdyby takové plakáty byly a byly na více místech, si myslím, že by ten počet nemocných určitě klesl, páč by si to některé rychle rozmyslely, a některé by s tím zase rychle sekly.

Domníváš se, že existují nějaké faktory, které by ti výrazně pomohly a tvou léčbu značně urychlily? Které to jsou?

Tady jde hlavně o tu snahu a vůli. U mě o žádných faktorech nemůže být řeč. Protože já jsem jeden z těch mála případů, která funguje, jako by ta nemoc vůbec nebyla. Jsem děsně ukecaná a takové střeštiprdlo, mám svůj velký koníček, kterého bych se nedokázala vzdát a provozuji ho asi od 13 let, a to je cyklistika. A občas si chodím zatancovat na salsa párty, protože jsem před vysokou latinu a standart tancovala. Teď už na to není čas. Mám spoustu kamarádu, takže kolikrát nemám fakt čas se nudit a stejnak tu bulimii pořád mám.

Dokážeš vyjmenovat všechny důvody a příčiny, které vedly k opětovnému vzniku onemocnění nebo pokračování nemoci?

Já udělala tu chybu, že jsem pomalu přestávala dodržovat ten zavedený režim, který jsem měla naučený z nemocnice. Jako, že v 8 snídaně ve 12 oběd a v 5 večeře. Přestala jsem totiž obědvat protože jsem ještě neměla hlad a třeba si později dala místo oběda celozrnný croissant s něčím a večer se mě už nic jíst nechtělo, tak jsem si dala třeba čokoládu. A tak no.

Měla léčba vliv také na tyto příčiny nebo je neřešila vůbec?

Léčba byla super. Vyhovovala mi. Pokud do toho nechceš zase spadnou, tak se o to musíš přičinit ty sama, případně ti mohou pomoct a podržet tě v tom přátelé a rodina.

Jde nějakým způsobem podle tvého mínění předcházet onemocnění a následné recidivě?

Neporušit zavedený režim a nenudit se, hledat aktivity.

Spatřuješ v něčem zásadní motivaci pro konečnou léčbu bez recidivy? Existuje něco, co by ti zabránilo v novém onemocnění?

Kdyby mně někdo chodil furt za zadkem, či by se ode mě nehnul, třeba přítel, a dohlížel na můj pravidelný režim, tak bych určitě do toho znova nespadla. Motivací tu je spousta.

Jsou ve tvém životě situace spojené s jídlem, při kterých máš stále problémy?

Myslím, že nemám nějaké konkrétní situace, prostě to na mě přijde. Jo když mamka dobře navaří, že to nesnesitelně dobře voní, ale ta vaří všechno výborný.

Máš v současné situaci psychické či fyzické obtíže, spojené s onemocněním? Pokud ano, jaké?

Mám zničené zuby, naprosto. Obroušení celé vrchní patro a přilepené nové zuby. Ještě se bude řešit spodek, ten je na tom kapánek lépe. Jinak na dolním patře nemám 4 zadní zuby a tak nějak je to i na vrchním (už nevím), teď tam jsou můstky na vrchním. V nemocnici mi

tenkrát diagnostikovali osteopatii, což je úplný počátek osteoporózy. Mám rozházené vitamíny a ionty (beru draslík) a už 3x za celou tu dobu nemoci jsem byla na kapačkách. Nízký tlak, malé problémy se štítnou žlázou, protože beru euthyrox 50mg. Tento rok mi začaly nějaké nepochopitelné depky, které trvají vždycky týden. Cítím se jak zhulená, unavená, jako kdybych byla pořád ve snu a to, co se děje kolem mě nebyla realita. Snažím se v tu chvíli na sebe mluvit nahlas, abych se z toho nezbláznila, nařizuji si ať se vzpamatuji a připomínám si tak i to, že to opravdu není jen sen. Jako bych byla od okolního světa oddělená nějakou bublinou. Mám šíleně smutnou náladu, hodně brečím a nejhorší vlastně je, že ani nevím proč. Ztrácím smysl života. Díky bohu ten stav je vždycky jen týdenní a pak jsem zase normální, od velkých prázdnin to u mě proběhlo už asi třikrát.

Setkala jsi se s pacientkami, které měli totožné motivy a příčiny jako ty?

Příčina, která se neustále opakuje je, že jsem tlustá a musím zhubnout.

Považuješ příčiny recidivy za zcela individuální pouze pro tebe nebo se stejné pohnutky vyskytují u většiny dívek?

Já si myslím, že ten režim je u každé a když ho ta holka přestane dodržovat, tak do toho snad vždycky spadne. Všechny holky, co tam se mnou byly na tom oddělení říkaly, že nemají skoro žádné kamarády, kromě té, co se mnou byla na jipce, ta byla bulimičkou teprve 2 roky a byla taky dost ukecaná a kamarádů taky měla moc. Tak to je další příčina.

Myslíš si, že jsi své onemocnění jíž překonala a co přispělo k tvému uzdravení?

Nepřekonala.

Napadá tě cokoliv, co tu nezaznělo a je podle tebe důležité?

V té nemocnici, byl režim takový, že po obědě a před obědem byly buď terapie nebo jsme chodily do různých dílen. Třeba sis tam mohla uplést krásné košíky, vyšít ubrus, postavit židličku, udělat překrásné skleněné nebo korálkové náušnice atd. Já ale chodila jen na terapie a v době dílen jsem se připravovala na přijímačky na vysokou. Jinak od takových 15 hodin jsme měly volno, třeba jsme měly možnost se samy projít po celém areálu nemocnice a dvakrát za týden jsme mohly mít propustku na odpoledne do večeře třeba si něco nakoupit mimo areál nemocnice, samozřejmě s nahlášením, kam že to jdeme. Taky hodně pomohlo, že tam byl fakt super kolektiv a měla jsem 2 super spolubydlící, ale nepatřily do mé kategorie, jedna byla depkařka a druhá měla třepavku, že se od 18 let začala od hlavy třepat. A obě byly v mých letech. Každý čtvrtek večer si celé naše oddělení

udělalo takovou společenskou sešlost, kdy jsme udělaly jednohubky a chlebíčky, nakoupily třeba oříšky či ovoce. Tam to není tak, že by jsme byly samostatně oddělení poruchy přijmu potravy, nás takových tam bylo totiž jen čtyři. Tady vidíš, jak málo holek se odhodlá s tím něco dělat. A tak jsme byly smíchaní se všemi, z čehož každý měl jiný rozvrh. Ale patřily jsme do oddělení otevřeného, kde byly v podstatě normální lidi, žádní magoři, protože přiznejme si, každý z nás občas potřebuje se někomu vyzpovídat a je na tom psychicky hodně špatně. A je opravdu dost lidí, o kterých to třeba vůbec nevíme a chodí k psychologovi a nemají se vůbec za co stydět. A co se ještě týče toho jídelníčku, tak ten jsme si každý týden mohly navolit, výběr byl mezi třemi jídly.