

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

**Adaptace jedince s poruchami příjmu potravy  
do společnosti**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:  
PaedDr. Libuše Mazánková, Dr.

Vypracovala:  
Pavλίna Labská

Brno 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Adaptace jedince s poruchami příjmu potravy do společnosti“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 19.4.2012

.....

Pavλίna Labská

## **Poděkování**

Děkuji paní PaedDr. Libuši Mazánkové, Dr. za odborné vedení a laskavý přístup.  
Její oduševnělost a cenné rady mi byly vodítkem při zpracovávání bakalářské práce.

# Obsah

Úvod.....	2
<b>I. Teoretická část.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Poruchy příjmu potravy.....</b>	<b>4</b>
1.1 Vymezení poruch příjmu potravy a jejich historické kořeny.....	5
1.2 Mentální anorexie.....	8
1.3 Mentální bulimie.....	10
1.4 Dílčí závěr.....	11
<b>2. Vlivy způsobující poruchy příjmu potravy.....</b>	<b>12</b>
2.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy.....	12
2.2 Kulturní kontext – kult štíhlosti a stigma obezity.....	18
2.3 Účinky hladovění na psychiku - výzkum jako alternativa vojenské služby.....	22
2.4 Rodinné prostředí.....	25
2.5 Dílčí závěr.....	26
<b>II. Praktická část.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Faktory posilující uzdravení.....</b>	<b>29</b>
3.1 Motivace k léčbě.....	29
3.2 Možnosti v léčbě mentální anorexie a bulimie.....	31
3.3 Dílčí závěr.....	32
<b>4. Vybrané kazuistiky u poruch příjmu potravy.....</b>	<b>33</b>
4.1 Kazuistika ženy s diagnózou mentální anorexie.....	34
4.2 Kazuistika ženy s diagnózou mentální bulimie č.1.....	44
4.3 Kazuistika ženy s diagnózou mentální bulimie č.2.....	52
<b>Závěr.....</b>	<b>60</b>
<b>Resumé.....</b>	<b>61</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>62</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>63</b>

## Úvod

Všudypřítomný kult štíhlosti začal sklízet životu nebezpečné plody. Od roku 1908, kdy módní návrhář Paul Poiret poprvé odhalil siluetu ženského těla, děvčata skutečně chtějí být co nejhubenější. Touha po štíhlém těle za každou cenu začala dívky, dospělé ženy a už i chlapce vhánět do náruče zákeřných nemocí - anorexie a bulimie, psychických poruch, která ve třiceti procentech končí smrtí a mezi teenagery se začaly šířit jako epidemie.

*Cílem mé práce je poukázat na to, jak těžký boj „s peklem“ jako mentální anorexie a bulimie je. Co bývá často „spouštěčem“ poruch příjmu potravy, co je způsobuje. Ve své práci se také zamýšlím, jak pomoci jedinci, který trpí poruchami příjmu potravy, začlenit se do společnosti, jak ho motivovat žít kvalitní a plnohodnotný život bez hladovění nebo naopak soustavného přejídání se a zvracení. Chci také poukázat na důležitost předávání pozitivních životních hodnot mladé generaci, která je založená na zevnějšku a rychle získaném bohatství.*

Svoji práci jsem rozdělila na dvě části - teoretickou a praktickou část.

V teoretické části (v její první kapitole) se věnuji vymezení poruch příjmu potravy, jejich historickým kořenům a přesnému definování diagnostických kritérií mentální anorexie a bulimie.

Ve druhé kapitole teoretické části pojednávám o vlivech, které působí na vznik poruch příjmu potravy - jako je kulturní kontext, rodinné prostředí - a účincích hladovění na psychiku člověka. Ve své práci vyvracím zažité představy, že poruchy příjmu potravy jsou zejména doménou žen. Představuji zde poznatky vyplývající z výzkumu účinků hladovění na psychiku, a to na základě výzkumu provedených na mladých, zdravých, psychicky normálních mužích, kteří si účast ve výzkumu zvolili jako alternativu vojenské služby. V souvislosti s poruchami příjmu potravy upozorňuji zejména na změny v sociálním chování jedinců, ale zmiňuji alespoň částečně i kognitivní a tělesné změny následkem hladovění a přejídání.

Ve třetí kapitole ve své praktické části se věnuji faktorům, které posilují motivaci k uzdravení a možnostem efektivní léčby mentální anorexie a bulimie.

Ve čtvrté kapitole své praktické části uvádím kazuistiky osob trpících poruchami příjmu potravy. Na základě mnou uvedených kazuistik zdůrazňuji ve své bakalářské práci vzájemnou souvislost mezi psychickými a somatickými aspekty prožívání. Zdůrazňuji důležitost nezanedbání integrace těchto aspektů, které vedou k posílení rozštěpu nebo konfliktu mezi tělem a myslí, které často zažívají lidé trpící mentální anorexií a bulimií.

Svou prací jsem dospěla k hlubšímu poznání svého vlastního myšlení a pocitů spjatých s těmito nemocemi. Při zpracování kazuistik pro svou práci jsem pochopila, že scénáře příčin vzniku mentální anorexie a bulimie jsou si v zásadních bodech dost podobné i co se týče společných osobnostních rysů nemocných. Také jsem během svého hledání materiálů pro svou práci objevila zdroje dalších způsobů pomoci, které jsem sama neznala - např. vznik nových svépomocných programů, využití počítačových her pro podporu správných stravovacích návyků, či psychoterapie formou chatu a sociálních sítí.

# I. Teoretická část

## 1. Poruchy příjmu potravy

Bulimie a anorexie, stejně jako diet a zdravé výživy jsou plné časopisy. Původně hlavně ty zahraniční, ale dnes se bez diety a doporučení hubnout neobejde ani žádný náš časopis pro ženy. Ostatní média také spíše bulimii a anorexií svými pořady oslavují a málokdy přinášejí solidní informace. Z informací médií získáte dojem, že bulimie i anorexie jsou zajímavou a trochu tajuplnou nemocí úspěšných hereček a sportovkyň. A vám se to nemůže stát. Nedožvíte se, jak je lehké nemoc získat a jak těžké je se jí zbavit. A když se rozhodujete s ní skončit, může být ještě problém najít potřebnou pomoc a pochopení.<sup>1</sup>

„Když ve své psychoterapeutické praxi potkávám rodinu (obvykle) s dcerou na prvním sezení, setkávám se často zejména u otců s podobnými výroky: Vždyť normálně se najíst je přeci tak přirozené! Zvládáme to už jako malé děti – naučíme se rozlišovat, co nám prospívá, co je dobré, kdy a kolik toho máme sníst, aby nám nebylo špatně. Jak je tedy možné, že to někdo z našich blízkých najednou nedokáže? Zapomněla to nebo to dělá naschvál? Říkají a píšou, že je to nemoc, ale kde se ta nemoc vzala? Vždyť to byla taková chytrá a šikovná holka.“<sup>2</sup>

Pochopit anorexií a bulimii může být pro lidi s normální chutí k jídlu až nemožné. Co znamená normálně jíst? Pod tlakem různých módních „zaručeně zdravých“ a komerčně často používaných sloganů spojujících jídlo se slastným řešením nejrůznějších emočních problémů (osamělost, ztráta partnera, peněz či práce, energie) začíná být i v běžné populaci lidem nejasné, co to znamená normálně jíst.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 7.

<sup>2</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 4.

<sup>3</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 14-15.

## 1.1 Vymezení poruch příjmu potravy a jejich historické kořeny

*První starostí člověka bylo neumřít hladem. Potřeba nasycení – obživný pud – přirozeně určuje i uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci.*

Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. V průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace.

Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti.

Některé příznaky těchto poruch (jako zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo chuť se přejíst) mohou být důsledkem redukčních diet nebo hladovění. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti.

Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se však časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností a více jak polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti.<sup>4</sup>

Od starověku jsou popisovány nejrůznější formy porušeného příjmu potravy. V 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je názvem lithia. Ve 2. století našeho letopočtu Galén jako první v historii vůbec použil termín anorexie.

První zmínka o dívce, která zemřela dobrovolně hladem, pochází ze 14. století. Sv. Kateřina ze Sienny se starala o ženu s nádorem prsu. Po čase ji zápach odumírající tkáně znechutil natolik, že nebyla schopna se s tím vyrovnat.

---

<sup>4</sup> KRCH, F., et. al. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, s. 13-14.



Aby překonala tento odpor, setřela z odumírající tkáně hnis a vypila ho. Téže noci se jí zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev vyvěrající z jeho ran. Měla to být útěcha pro její žaludek. Od 16-ti let přežívala pouze o chlebu, vodě a čerstvé zelenině. Byla přesvědčena, že našla vlastní zdroj potravy. Snědla-li více, spolykala kořínky, které jí vyvolaly zvracení. Ve své víře v milost boží docílila toho, že byla přijímána králi, královnami a dokonce i papeži, aby jim radila v důležitých státnických problémech.<sup>5</sup>

Poruchy příjmu potravy se neobjevují rovnoměrně ve všech kulturách a dobách. Posedlost štíhlostí, která je klíčový rysem poruch příjmu potravy, je koncentrovaná v kulturách s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je ideálním zaoblený tvar těla, což naznačuje, že ideály mají sklon nabývat podob, kterých je obtížné dosáhnout. V tomto smyslu může pak být společnost, která žije v kalorickém nadbytku považována za příčinu poruch potravy.

Dle transkulturálního výzkumu, který vedl vědec McCarthy se zjistilo: *„Všechny kultury, ve kterých se vyskytují poruchy příjmu potravy, mají ideál štíhlosti. Žádná kultura, která nemá ideál štíhlosti, poruchy příjmu potravy nevykazuje.“*<sup>6</sup>

Anorexie znamená podle Platóna osvobození od žádostivosti, chtivosti, podle Hippokrata nedostatek požitku z jídla. Domnívají se, že použití termínu anorexie svádí k chybnému závěru, že hlavní podstatou onemocnění je nechutenství a nikoliv vědomé a záměrné odmítání jídla z obavy ze ztloustnutí a z touhy po chorobné vyhublosti.

*Termín mentální anorexie byl všeobecně přijat koncem 19. století a byl jím označován chorobný stav, často však symptomaticky se poněkud lišící.*<sup>7</sup>

Popisy japonské kultury obvykle zahrnují silný důraz na konformitu se sociálními normami, proto Japonci ve srovnání se Západem budou patrně citlivější na to, když je hodnotí ostatní. U vzorku japonských a amerických žen

---

<sup>5</sup> PAPEŽOVÁ, H., et.al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 20-21.

<sup>6</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 35-36.

<sup>7</sup> PAPEŽOVÁ, H., et. al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21-22.

se zjistilo, že ve srovnání s Američankami Japonky udávaly vyšší nespokojenost se svým tělem, přestože byly podle BMI štíhlejší než americké ženy.

V uplynulých letech došlo v řecké společnosti k dramatickému zeštíhlení řecké populace, vynořilo se zde mnoho redukčních center s anglickými názvy jako Bodyline, Silhouette a bohužel i rozšíření poruch příjmu potravy. Řecké dívky přiznávají, že usilovně pracují na tom, aby se co nejvíce podobaly obrazům štíhlosti importovaným ze Západu.

*Oba případy dosvědčují zhoubný i mocný vliv západních hodnot a ideálu štíhlosti v kontaktu s odlišnými kulturami. Západní ideje zde mají podobu skutečné epidemie, která pohlcuje slabší kultury.<sup>8</sup>*

U nás se od roku 1963 začal na pražské 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy věnovat studiu mentální anorexie doc. František Faltus. V roce 1977 publikoval monografii „Řekni mi, co jíš“ a v roce 1979 v rámci Thomayerovy sbírky vydal obsáhlejší publikaci s názvem „Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba“. V roce 1983 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu jako první svého druhu ve střední a východní Evropě. V započatém díle zdárně s velkým úspěchem a úsilím pokračuje prof. Papežová.

Naproti tomu o bulimických syndromech jsou v literatuře jen sporadické zmínky. V době antického Říma bylo ve vznešených vrstvách společnosti jídlo konzumováno v nadměrném množství. Přejídání, často spojené se zvracením bylo obecným jevem.

Tento způsob obžerství byl například popsán Senekou již v roce 65 před naším letopočtem slovy: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“. Ve starověku i středověku bylo přejídání časté zejména mezi společenskou elitou.

Podle Plutarcha pojmem bolimos byl označován zlý démon a byl symbolem nadměrného hladu. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad).

---

<sup>8</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, s. 36.

Má tím být označován tak velký hlad, že by člověk snědl až vola. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel poprvé oficiálně použil termín bulimia nervosa. Tuto poruchu specifikoval následovně: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí“. Následkem přejídání je, zvracení nebo zneužívání „pročišťujících prostředků“ anebo oba způsoby. Touto poruchou podle něho trpěly ženy s normální tělesnou hmotností.<sup>9</sup>

## 1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je závažné onemocnění, které postihuje především dívky ve věku 11-18 let. Není to tedy výmysl, vzdor či módní záležitost. Nemoc je zdánlivě spuštna jedním konkrétním spouštěčem (samy nemocné takto označují např. poznámku okolí o jejich vzhledu, rozvod rodičů, rozchod s partnerem), ve skutečnosti je však propuknutí nemoci důsledkem mnoha faktorů. Mohou to být např. genetické dispozice, vztahové potíže, nízké sebevědomí, společenský tlak a tlak médií, akutní či dlouhodobý stres, psychické trauma z dětství, rodinné problémy, pocit ztráty kontroly nad svým životem, mentální anorexie matky či sestry, ztráta blízkého člověka, rychlý nárůst tělesné hmotnosti a mnoho dalších.

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout.

U některých nemocných je omezování se v jídle naopak doprovázeno zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rády vaří pro druhé). Ženy a dívky s mentální anorexií neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst.

Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> PAPEŽOVÁ, H., et. al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 22-23.

<sup>10</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 6.

Základním projevem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený se zásadní redukcí příjmu potravy, respektive odmítáním jídla. Veškeré úsilí nemocného jedince je zaměřeno na redukcí vlastní hmotnosti, to chápe jako svůj hlavní úkol. Děje se tak pomocí drastických diet, spojených s nadměrným cvičením, které má podpořit hubnutí, eventuálně s provokovaným zvracením, užitím projímadel, anorektik a diuretik. Fobie z tloušťky je spojena s fobií z jídla. Cílem je ovládnout pocit hladu a tím si potvrdit vlastní sílu. V důsledku dlouhodobého hladovění nakonec dochází ke ztrátě chuti k jídlu i pocitu hladu, to je k vyhasnutí normálních somatických signálů. Nemocný už nemá schopnost adekvátně vnímat vlastní tělo.<sup>11</sup>

### **Diagnostická kritéria**

- Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo je Queteletův index tělesné hmotnosti (body mass index: BMI = (váha v kg/výška v m<sup>2</sup>) 17,5 nebo méně.
- Žena či dívka snižuje váhu různými dietami, navazovaným zvracením, užíváním léků na odvodnění, hubnutím, užíváním projímadel či nepřiměřeným cvičením.
- Strach z tloušťky, přetrvávající i při výrazné vyhublosti, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
- Nepřítomnost menstruace (bývá „zakryta“ užíváním hormonální antikoncepce)
- Začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu zastavení, k dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menstruace může být opožděna.

Mentální anorexie je biopsychosociálním onemocněním, nelze jej zjednodušovat jen na jídelní problém. Jídlo, respektive hladovění je pouhým symptomem, příznakem, který přivolává pozornost pečujících.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s.470 – 471.

<sup>12</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 6.

### 1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je závažné onemocnění, které postihuje zejména dívky a ženy nejčastěji ve věku 18-24 let. Je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. „binge rating“ a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Minimálně polovina žen, které onemocní mentální bulimií, prodělaly předtím epizodu mentální anorexie. Po delším období omezování se v jídle či hladovění je přejídání logickým důsledkem. Dívka, žena nebo muž však potřebuje kontrolovat svou hmotnost a příjem potravy začne regulovat zvracením. Po nějakou dobu se jí daří konečně jíst to, co si tak dlouho odpírala a zároveň nepřibírat. Přejídání a zvracení může mít i další význam – může přinášet dobrý pocit z nasycení a následného uvolnění, ventilaci stresu a uklidnění.<sup>13</sup>

Opakované záchvaty přejídání není nemocný schopen ovládat a jí i přesto, že nepocítuje hlad, jen nutkání k jídlu. Množství potravy, které nemocný v záchvatu sní, může být až neuvěřitelně velké. Z toho důvodu bývá bulimie finančně náročná, někteří nemocní jídlo kradou, resp. získávají krádežemi a podvody finanční prostředky na nákup potřebného množství potravin. Někteří nemocní dokonce nosí jídlo s sebou, aby si vyhověli, kdyby je záchvat přepadl mimo domov.

Nasycení sice přináší dočasné uvolnění tenze, ale vyvolává i pocity viny a nechuti nad sebou samým. Záchvaty přejídání proto bývají doprovázeny stejně nutkavou tendencí zbavit se požité potravy co nejrychleji a jakýmkoli způsobem. Pro nemocné s převažující bulimií je typická impulzivita a neschopnost sebeovládání. I tyto dívky by rády hladověly, ale na rozdíl od anorektických pacientek toho nejsou schopny. To v nich vyvolává pocity viny, studu i vzteku na sebe. Vadí jim, že nemají silnou vůli.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 10.

<sup>14</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 475.

### **Diagnostická kritéria:**

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit výkrmný účinek jídla následujícími způsoby: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, léky na potlačení chuti k jídlu či na odvodnění.
- Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší váhu než je fyziologicky pro tělo dívky či ženy optimální.

Bulimický kolotoč může vést postupně ke sníženému sebevědomí a kritickému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, nestabilitě nálad i depresivním poruchám.<sup>15</sup>

### 1.4 Dílčí závěr

Poruchy příjmu potravy představují duševní onemocnění, které zahrnuje změny v oblasti psychické i somatické. Rozeznáváme dvě formy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Společné oběma onemocněním je touha po extrémně štíhlé postavě. Obě formy můžou přecházet jedna v druhou, nejčastěji však přechází mentální anorexie v bulimii. Vyskytují se často na počátku dospívání.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 10.

<sup>16</sup> ČERNÁ, R., et al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 12 – 14.

## 2. Vlivy způsobující poruchy příjmu potravy

### 2.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Proč tím trpí zrovna moje dcera/partner/partnerka? Tato otázka napadne asi každého, komu onemocní někdo blízký, a přesto na ni neexistuje uspokojivá odpověď. Hledání příčin a viny je neproduktivní a často vede jen k dalším konfliktům a rozčarováním. I kdyby se podařilo viníka najít, nemocnou dívku, ženu nebo muže to samo o sobě nevyлéčí. Je třeba vzít nemoc dcery či partnera jako fakt a hledat možnosti, jak jim pomoci k uzdravení. Během léčby se většinou některé příčiny toho, proč nemoc vypukla právě u vaší dcery či partnera, odhalí, ale mnohem důležitější je najít účinný způsob léčby „ted' a tady.“<sup>17</sup>

Na vzniku poruch příjmu potravy působí především tyto vlivy:

- Vlivy genetické.
- Vlivy biologické.
- Vlivy vývojově podmíněné specifické zátěže.
- Odmítání ženské role.
- Disfunkční rodinné vztahy.
- Sociokulturní faktory.<sup>18</sup>

#### Vlivy genetické

Genetická dispozice může být faktorem zvyšující riziko vzniku této poruchy. Byl zjištěn její častější familiární výskyt, např. sestry anorektických pacientek jsou postiženy pětkrát častěji než průměr populace. V tomto případě ale nelze vyloučit ani vliv stejných sociálních faktorů, např. určitého hodnotového systému, stylu života či mezilidských vztahů v rodině.

---

<sup>17</sup> ČERNÁ, R. et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 8.

<sup>18</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 467.

## Vlivy biologické

Za biologický základ dispozice ke vzniku poruch jídla jsou považovány změny funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se může významnějším způsobem projevit teprve v podmínkách zvýšeného stresu. Ke vzniku uvedených potíží může přispět narušení neurotransmiterových systémů (noradrelain, serotonin, dopamin) regulujících pocity hladu a sytosti. Centrální nedostatek serotoninu je považován za možný předpoklad vzniku bulimie.

## Vlivy vývojově podmíněné specifické zátěže

Zejména pro vznik mentální anorexie je dospívání rizikovým obdobím. Přináší biologické změny i zátěž spojenou s emancipací od rodiny, s rozvojem vlastní identity a s přijetím ženské role, včetně sexuality. Pro některé dívky je dospívání příliš náročné a málo přitažlivé, nedovedou se s ním vyrovnat.

## Odmítání ženské role

Psychoanalyticky a psychodynamicky zaměřené teorie zdůrazňují odmítání ženské role i sexuality, která je s ní spojena. Anorektické dívky nepovažují ženskou roli za žádoucí, vyvolává v nich strach a odpor a proto s jí snaží vyhnout. Bulimii lze podle této teorie chápat jako transformaci touhy něco pohltit, zvracení je vysvětlováno jako projevy symbolického odvržení někoho či něčeho.<sup>19</sup>

## Dysfunkční rodinné vztahy

Sociální vlivy jsou považovány za významné spouštěcí i posilující faktory. Předpokládá se, že jednou z možných příčin vzniku poruchy příjmu potravy mohou být dlouhodobě dysfunkční rodinné vztahy. Typická je neschopnost řešit konflikty, věcně komunikovat a přijímat rozhodnutí. Převažuje strategie popírání problémů a potlačování nemocí.

---

<sup>19</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 467 – 468.



Taková rodina se bojí jakékoliv změny, potřebuje udržet daný stav, který představuje určitou rovnováhu a navenek se prezentovat jako bezproblémová. Často jde rodiny silně zaměřené na výkon a úspěch, který vyžadují i od dětí. V dynamice vzniku poruch jídla, zejména mentální anorexie, bývá zdůrazňován význam vztahů mezi matkou a dcerou. Matky anorektických dívek jsou charakterizované jako málo empatické, perfekcionistické, zdůrazňující dodržování pravidel a dosahování dobrého výkonu, k dcerám jsou často příliš kritické a zároveň hyperprotektivní. Jsou to matky, které se příliš angažují a činí tak omezujícím a manipulujícím způsobem. Samy bývají málo sebevědomé a nejsou si jisté ani v oblasti mateřské role, jsou více vázány na souhlas a ocenění svého okolí. Zdroj problémů je podle této teorie v neschopnosti dospívající dívky odpoutat se z této vazby.

#### Sociokulturní faktory

Může jít o důsledek vlivu mediálně prezentovaných vzorů, zdůrazňujících štíhlost jako ideál krásy a předpoklad sociálního úspěchu i tako prezentovaný postoj k jídlu s důrazem na diety a cvičení. Potvrzení abnormality vyšší hmotnosti lze nalézt např. v omezené nabídce módní konfekce ve větší velikosti. Nadváha je chápána jako důkaz vlastní neschopnosti a nedostatku vůle. To ovšem není pravda, sklon k vyšší tělesné hmotnosti, event. dokonce k obezitě může být dán geneticky. Snížení tělesné hmotnosti se stává cílem, na nějž se tento jedinec extrémně soustředí, protože je přesvědčen, že je prostředkem k získání pozitivního sociálního hodnocení, úspěšnosti atd.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 469-470.

## Co nemoc spouští?

Pro mnohé lidi je dost těžké pochopit, proč a jak intenzivní pocity může vyvolat jídlo nebo nárůst váhy a nespokojenost s vlastním tělem. Většina lidí spíše těžko toleruje fyzickou bolest, stres a utrpení spojené s hladověním. Poruchy příjmu potravy však mohou představovat pro některé hledání způsobu, jak naopak pomocí hladovění či přejídání stresu uniknout a vyrovnat se s tíživou situací. Bohužel tato „metoda“, přináší-li úlevu, tak pouze krátkodobou (stejně jako u alkoholu, kterého se napijete, abyste zvládli nějakou důležitou společenskou akci). Pak nastupují různé nepříjemné následky a komplikace, když tento přístup používáte častěji. Poruchami příjmu potravy trpí lidé, kteří prožili tragické životní události, i ti, u kterých je bulimie či psychogenní přejídání jediným problémem, který zjistíme. Jsou popisovány různé situace a důvody, které spouštějí hladovění i přejídání (hrozící rozvod rodičů nebo jiná rodinná krize či ztráta někoho blízkého, vážná nemoc sourozence, alkoholismus nebo jiná závislost rodičů, poznámka trenéra v tanečním či sportovním klubu o váze, předčasný odchod z domova, např. práce au-pair, ale i omezující tělesné onemocnění či zranění a další). Závažné životní události (někdy i přílišný úspěch, se kterým si nevíte rady) mohou spouštět i mnoho dalších psychických obtíží. Lze je sestavit podle závažnosti do stupnice.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s.22-23.

## SEZNAM STRESUJÍCÍCH UDÁLOSTÍ – Holmesova-Rahova stupnice

životní událost	body rizika	životní událost	body rizika
úmrtí partnera	100	Finance	38
rozvod	73	Hádky s partnerem	35
uvěznění	63	Změna pracovní náplně	29
úmrtí blízké osoby	63	Syn a dcera opouští domov	29
sňatek	50	Neshody s příbuznými partnera	29
propuštění z práce	47	Vynikající osobní úspěch	28
změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Změna životních podmínek	25
těhotenství	40	Neshody s vedoucím	23
problémy v sexuálním životě	39	Změna pracovních podmínek	20
nový člen rodiny	39	Změna volného času	19
změny v zaměstnání	38	Změna stravovacích návyků	15

22

---

<sup>22</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 24.

## **Charakterové vlastnosti, které k nemoci přispívají**

Většinou při vzniku onemocnění hraje roli závažnost stresové situace i naše schopnost se s tíživou skutečností vyrovnat, ta může být ovlivněna naší osobností i situací, ve které se nacházíme.

*Perfekcionismus.* Snaha být ve všem dokonalý a tím utišit zvýšenou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Mnoho dívek s poruchou příjmu potravy má nerealisticky velká očekávání. Perfekcionismus se promítá do všech oblastí života, může se pozitivně uplatnit v práci a sportu. Když se však nedaří plnit vysoké požadavky a pravidla, člověk se cítí neúspěšný a nevěří si.

*Úzkostnost.* Vedou k ní nejisté situace, někdy nutnost rozhodnout se, zvýšené nároky a očekávání. Je spojena s nejistotou a pocitem ohrožení a pocity bezmoci.

*Puritánství a asketismus.* Morální je překonat vlastní potřeby včetně jídla. Povaha anorexie je sebetrestající. Dívky se někdy trestají za to, že mají problém se kterým se neumí vyrovnat. Věří, že proto jsou špatné. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou. O problémech je třeba mluvit i když schopnost důvěřovat je snížena.

*Zranitelnost.* Nejistota ohledně sebe sama vede ke zvýšené snaze se zalíbit druhým. Je společná všem poruchám příjmu potravy.

*Závislost.* Výrazná potřeba vedení a potvrzování od ostatních.

*Sebekritičnost.* Vnímání sebe sama jako bezmocného a neschopného s potřebou trvalé podpory a ubezpečování od ostatních jsou také vlastnosti anorexie a bulimie.<sup>23</sup>

*Nestálost.* Kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.

*Impulzivita.* Je typická pro bulimii a psychogenní přejídání. Nemocní mají častěji problémy s alkoholem, drogami, někdy i promiskuitou a hráčstvím.

---

<sup>23</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 25.

Profesor H. Lacey popisuje osobnost postižených jako multiimpulzivní. Protože impulzivní chování je snahou o snížení napětí, léčba by měla rozvíjet schopnosti, jak zacházet se stresem méně ohrožujícím způsobem. U nemocných se častěji vyskytuje hraniční porucha osobnosti.<sup>24</sup>

Jídlo se stává zdrojem slasti, odměnou za splněný úkol, za úspěch apod. U některých lidí můžeme mluvit až o alimentacním libidu. Jídlo může sloužit i jako náhražka za jinou aktuálně nedosažitelnou slast, jako kompenzace nedostatku lásky, jistoty, úspěchu apod. Ulehčuje zvládání zátěže a vyrovnává emoční rozlady jakéhokoliv původu.

Jídlo není jenom cílem, ale i prostředkem. Primárně je předpokladem přežití, ale ovlivňuje také tělesnou hmotnost.<sup>25</sup>

Pod tlakem různých módních „zaručeně zdravých“ a komerčně často používaných sloganů spojujících jídlo se slastným řešením nejrůznějších emočních problémů (osmělost, ztráta partnera, ztráta peněz či práce, energie) začíná být v běžné populaci lidem nejasné, co znamená normálně se najíst.<sup>26</sup>

## 2.2 Kulturní kontext – kult štíhlosti a stigma obezity

„Štíhlost je krásná“ Jedním z faktorů, odpovědných za epidemický nárůst mentální anorexie a bulimie je intenzivní tlak na ženy, aby se omezovaly v jídle, pokud chtějí vyhovět nerealistickým standardům ženské krásy. V posledních dvou desetiletích nabylo zaměření na štíhlost u žen takřka fetišistického charakteru. Studie programů, vysílaných v nejsledovanějších časech ukazují, že v nich dominují štíhlé typy žen.

---

<sup>24</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 25 - 26.

<sup>25</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005, s. 179-180.

<sup>26</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 14.

U ženských postav je štíhlost spojována pozitivními charakterovými rysy. Tento názor sdílí zřejmě většina žen, která považuje štíhlost za nejdůležitější aspekt fyzické přitažlivosti.<sup>27</sup>

Jak prokáži ve své práci později, bulimie se může stát problémem i u psychologicky normálního jedince, pokud po určitou dobu intenzivně omezuje svůj příjem kalorií.

Bulimie nervosa často navazuje na období anorexia nervosa, na období hladovění a dietního chování. Móda je stále více zaměřena na štíhlost. Media stále častěji prezentují na kost vyhublé modelky (z 12 finalistek Miss ČR 2003 měly 3 anorektickou váhu), tanečnice a herečky s anorektickou váhou a chováním a diety jako normu pro jídelní chování mladé dívky. Na internetu jsou propagovány anorektické způsoby života jako novodobá forma náboženství současné mládeže. Představuje ji příklad velmi rozšířené hračky panenky Barbie.

Panenko Barbie je vyráběna v poměru 1:6. V životní velikosti by panenka byla 180 cm vysoká, s mírami 100-45-84. S nohou velikostí 3 a váhou 50kg. Děti už nevidí, že kdyby dívka měla rozměry této panenky, neudržela by se na nohou a musela by chodit po čtyřech. Tyto postoje a příklady mohou nemoc spouštět i udržovat. Na trhu a v obchodech s módními oděvy jsou prodávány velmi často pouze malé velikosti, včetně nové nejmenší velikosti XS. V reklamách na diety se uplatňují známé herečky, nejen ty s nadváhou, ale i ty, které mají normální postavu.<sup>28</sup>

Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo. Kult štíhlosti se neliší od ostatních kulturních ideálů ženské krásy (například bandážování nohou čínských žen). V současné době je ideál krásy štíhlý natolik, že ho lze často dotáhnout a propagovat jen pomocí techniky (virtuální realita pomocí počítačů), pomocí operací (umělá poprsí, umělá zúžení pasu dokonce za cenu vynětí posledních žeber) ignorující potřeby zdravého organismu.

---

<sup>27</sup> GARNER, D., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press 1984, s. 2.

<sup>28</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 19.

Plastické operace jsou v některých zemích natolik módní, že rodiče nechávají operovat stehna, břicho i obličej svých nedospělých dcer ve vývoji třeba za dobré vysvědčení. Stávají se známkou ekonomických možností a společenské úspěšnosti rodičů i dětí. V některých západních zemích již podnikají preventivní kroky k zabránění reklamám propagujícím dietní průmysl, který je jedním z nejlépe prosperujících odvětví. Vývoj reklam se také vyvíjí ve škodlivosti: co největší váhová ztráta v co nejkratší době s minimálním úsilím. Tomu nahrává i skutečnost, že lidé s nadváhou bývají znevýhodňováni (s většími obtížemi nacházejí práci, obtížněji nakupují módní oblečení, jsou někdy hodnoceni jako líní a méně pracovně výkonní.<sup>29</sup>

Karolína Bosáková, majitelka modelingové agentury k tomu ve své knize říká: „Chcete se stát opravdu úspěšnou modelkou? Pak musíte splňovat určité fyzické předpoklady, které diktuje mezinárodní modeling. Zásadní je pochopit, že naše tělo je v modelingu výrobním nástrojem. Bez dokonalého štíhlého těla se modelingu nemůžete naplno věnovat. Mezinárodní trh již dlouhá léta diktuje, jak štíhlé modelky musí být. Ráda bych uvedla na pravou míru představu veřejnosti, že štíhlost modelek je diktátem modelingových agentur. Omyl. Agentury pouze respektují požadavky trhu. Všechny vzorové přehlídkové kolekce velkých módních domů jsou ušity ve standardní velikosti prodloužené 36. Návrháři si pak zákonitě vybírají modelky, kterým vzorová kolekce sedí. Podle vzorové kolekce se vybírají vhodné modelky. Proto je tak důležité mít ideální postavu a míry, které odpovídají mezinárodním požadavkům.“<sup>30</sup>

„Světový modeling je stále závislý na poptávce, která přichází od módních tvůrců, módních domů a výrobců oblečení. Proč tomu tak je? Proč jsou zrovna vysoké a štíhlé dívky prototypem pro nejlepší prezentaci oblečení? Ze zcela prostého důvodu: na vysoké štíhlé postavě oblečení vypadá nejlépe.

---

<sup>29</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimie nervosa*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 19-20.

<sup>30</sup> BOSÁKOVÁ, K. *Modeling – Cesta za snem*, Praha: Grada Publishing, 2010, s.18, 42.

Je důležité vědět, že než finální produkt, který vidíte na fotografii v časopisech vznikne, je před tím obrovský kus práce, než se z toho stane kus umění. Umělecký business vytváří nějaké iluze, není to obraz skutečné reality.<sup>31</sup>

„A pak mladé děvče přichází do virtuálního světa, s maminkou drží dietu, protože maminka chce vypadat jako její starší sestra, otevře časopis, tam uvidí naprosto dokonalý a vyretušovaný modelky, pustí si televizi, tam dávají reklamy na nejrůznější zeštíhlovací prostředky, pak se podívá se na americký film (víme, že v USA je naprosto největší výskyt obezity) a tam vidí naprosto dokonalé americké ženy. Kde ta holka, ta dospívající žena má získat obrázek skutečného světa, když všude vidí virtuální realitu?“<sup>32</sup>

„Mentální anorexie a bulimie není jen otázkou toho, že chci být modelkou, to je samozřejmě vrchol ledovce a zhruba 75% dívek chtějí být modelkami a být co nejhubenější. Kritici viní právě svět módy, že za to může, že vytváří ILUZII, že modelky jsou abnormálně štíhlé. Je důležité zamyslet se však, proč si ve finále spotřebitel ten produkt koupí?

Skutečnost, že jsou vybírány extrémně štíhlé modelky také může ovlivnit fakt: Řada špičkových návrhářů jsou geyové a nepřijde jim atraktivní normální ženské tělo s typicky ženskými tvary, ale naopak chlapecké tvary a postavy. Oni jsou příčinou přehnaných nároků na štíhlost, dokonalost.<sup>33</sup>

„Co by se muselo stát, aby se momentálně “populární“ velikost 34 začala zvětšovat? Aby naše společnost přišla na to, že extrémní vychrtlost je opravdu nebezpečná a vražedná? Jak ovlivňuje reálný svět módní svět? Proběhl výzkum mezi dětmi: Více jak polovina třináctiletých dětí by vyměnila svoji postavu, je s ní nespokojená. A dokonce 64% třináctiletých se domnívá: Pouze pokud budu štíhlý (á) budu mít partnera a lásku. A toto jsou první kroky k poruchám příjmu potravy.“<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> BOSÁKOVÁ, K. *Máte slovo*. Praha: Centrum vzdělávacích pořadů. 24.6. 2010.

<sup>32</sup> JÍLKOVÁ, M. *Máte slovo*. Praha: Centrum vzdělávacích pořadů. 24.6. 2010.

<sup>33</sup> BOSÁKOVÁ, K. *Máte slovo*. Praha: Centrum vzdělávacích pořadů. 24.6. 2010.

<sup>34</sup> JÍLKOVÁ, M. *Máte slovo*. Praha: Centrum vzdělávacích pořadů. 24.6. 2010.



Ženy jsou vedeny, aby se omezovaly v jídle, nejen kvůli hodnotám, připisovaným štíhlosti, ale také kvůli neuvěřitelnému společenskému stigmatu, které je spojeno s obezitou. Existují důkazy, že obézním lidem je bráněno v přístupu ke vzdělání, do zaměstnání, v profesionálním postupu a při ubytování jen kvůli jejich váze. Ovšem pohrdání obézními začíná již mnohem dříve. Řada studií prokázala, že děti na základních školách systematicky připisují lidem se silnější postavou negativní vlastnosti. Jak děti s normální váhou, tak děti s nadváhou popisují siluety obézních lidí jako „hloupé“, „špinavé“, „líné“, „ošklivé“, „nešikovné“, „sprosté“ a „smutné“. Studie popisují, že kresby obézních dětí jsou posuzovány jako horší než kresby dětí, které byly tělesně postižené nebo zmrzačené. Ještě neuvěřitelnější je zjištění, že odborníci, včetně psychiatrů a psychologů, sociálních pracovníků, také hodnotili tyto figury jako méně příjemné. V celkovém přehledu těchto studií bylo dospěno k závěru, že tyto předsudky „naučené v dětství, se bezpochyby stávají zdrojem nenávisti vůči sobě u těch kdo mají nadváhu a zdrojem úzkosti a nejistoty u každého, kdo se obává, že by mohl přibrat.“<sup>35</sup>

## 2.2 Účinky hladovění na psychiku – výzkum jako alternativa vojenské služby

Mezi zkušenostmi, které prožívají oběti vyhladovění, a příznaky, zaznamenanými u jedinců s mentální anorexií a bulimií, existují pozoruhodné analogie. Zřejmě nejsystematičtější zkoumání účinků hladovění na člověka provedli před více než 30 lety Ancel Keys a jeho spolupracovníci z Minnesotské univerzity. Tento pokus spočíval v omezení příjmu kalorií u 36 mladých, zdravých, psychologicky normálních mladých mužů, kteří zvolili účast ve výzkumu jako alternativu vojenské služby.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press, 1984, s. 6.

<sup>36</sup> GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press, 1984, s. 6.

Během prvních tří měsíců pokusu se stravovali normálně a jejich chování, osobnost a jídelní návyky byly podrobně zaznamenány. V následujících šesti měsících jim byl příjem potravy omezen zhruba na polovinu předchozího množství a muži ztratili průměrně 25% své původní váhy. Následovala tříměsíční rehabilitace, během níž byly postupně znovu „vykrmováni“. Jakkoli se jejich individuální reakce značně lišili, u všech mužů došlo v důsledku hladovění k dramatickým psychickým, fyziologickým i sociálním změnám. Ve většině případů tyto změny přetrvávaly i během fáze rehabilitace, navzdory normalizaci přísunu potravy.

### **Postoje a chování spojené s jídlem**

Nevyhnutelným důsledkem hladovění bylo dramatické zvýšení pozornosti, věnované jídlu. Soustředění mužů na jejich obvyklé činnosti bylo stále více narušováno stálými myšlenkami na jídlo. Jídlo se stalo prakticky hlavním tématem konverzace, četby a snění. Mnozí z mužů začali číst kuchařské knihy a sbírat recepty. U jiných se objevil náhlý zájem o sbírání hrníčků, talířů a jiného kuchyňského nádobí. Podobné hromadění se začalo týkat dokonce i předmětů, které neměly s jídlem nic společného.<sup>37</sup>

Jeden muž začal například prohledávat popelnice a odpadkové koše v naději, že v nich objeví něco, co by se mu mohlo hodit. Tato obecná tendence k hromadění nepotřebností byla pozorována u vyhladovělých anorektických pacientek. Navzdory tomu, že před pokusem projevily jen malý zájem o kulinářské záležitosti, po skončení pokusu uvádělo téměř 40% mužů vaření jako součást svých dalších životních plánů. Dobrovolníci z Minnesotské studie často prožívaly protichůdné touhy zhltnout jídlo co nejrychleji nebo ho jíst co nejpomaleji, aby mohli plně vychutnávat chuť a vůni každého sousta. Ke konci období hladovění se dokázali někteří muži loudat téměř dvě hodiny s jídlem, které by předtím spolykali za několik minut.

---

<sup>37</sup> GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1984, s. 8.

Muži vyžadovali, aby jim jídlo bylo servírováno horké a kombinováním různých jídel vytvářeli neobvyklé směsi. Neuvěřitelně stoupla jejich spotřeba soli a koření. Dramaticky se také zvýšila spotřeba kávy a čaje, takže byl stanoven příděl 9 šálků na osobu a den; podobně se rozmohlo také žvýkání, které bylo omezeno poté, co se přišlo na to, že jeden muž sežvýkal za den přes 40 žvýkaček.

Během režimu hladovění si na zvýšený hlad stěžovali všichni dobrovolníci; někteří se s tímto prožitkem vyrovnali poměrně dobře, ale jiným to dělalo velké starosti a dokonce to postupně nedokázali snášet. Několik mužů nedokázalo dodržovat předepsanou dietu a popisovali záchvaty přejídání, po nichž měli výčitky svědomí. Okamžitě pocítili silné emocionální znechucení, nevolnost a po návratu do laboratoře se vyzvraceli a pak si to vyčítali, vyjadřovali nad sebou znechucení a silně se kritizovali. Když jim bylo v době rehabilitace podáváno zvýšené množství jídla, mnozí muži ztratili kontrolu nad svou chutí k jídlu a „jedli více méně nepřetržitě“. Dokonce o po 12 týdnech rehabilitace si muži stále stěžovali, že bezprostředně po konzumaci vydatného jídla cítí větší hlad.<sup>38</sup>

Výzkumníci uvádějí: Tato nenasytost vedla k častému výskytu bolestí hlavy, potíží v oblasti trávicího traktu a k neobvyklé ospalosti. Někteří muži měli návaly nevolnosti a zvracení. Docházelo také k víkendovým „žranicím“, muži měli často potíže přestat jíst. Asi po 5 měsících rehabilitace udávala většina mužů, že se jejich stravovací návyky poněkud znormalizovali, u některých však extrémní přejídání přetrvávalo. Existovaly významné rozdíly mezi dobrovolníky v tom, jak reagovali na období hladovění a že u části těchto mužů došlo k rozvoji bulimie, která přetrvávala ještě mnoho měsíců poté, co již mohli jíst, kolik chtěli.

### **Emoční změny**

Přestože byli dobrovolníci před zahájením pokusu psychicky zdraví, u většiny z nich došlo následkem vyhladovělosti k významným emočním změnám. Někteří udávali přechodná, jiní dlouhodobější období deprese.

---

<sup>38</sup> GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1984, s. 9.

I když muži byli před zahájením hladovění poměrně tolerantně naladěni, tato tolerance byla vystřídána podrážděností a častými výbuchy hněvu. U většiny jedinců se zvýraznila úzkost. V průběhu pokusu si mnoho dříve vyrovnaných mužů začalo kousat nehty nebo kouřit, protože se cítili nervózní. Obvyklou se stala apatie a někteří muži, kteří byli předtím dosti vybíraví, začali zanedbávat různé aspekty osobní hygieny. U několika dobrovolníků došlo k extrémním výkyvům v náladě: např. jeden muž si v reakci na stres usekl tři prsty na ruce. Z výsledků klinických pozorování i ze standardních testů osobnosti lze vyvodit, že reakce na hladovění se u různých jedinců zřetelně liší. Někteří dobrovolníci se v pokusu se svou situací vyrovnali relativně dobře, u jiných byly po úbytku na váze pozorovány výjimečné poruchy. Fakt, že lidé reagují na úbytek váhy tak různorodě a nepředvídatelně, je velmi důležitý při posuzování lidí, kteří se omezovali v jídle, aby zhubli pod svou optimální váhu.<sup>39</sup>

## 2.4 Rodinné prostředí

Velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů popisuje počátek a rozvoj mentální anorexie nebo bulimie v termínech různých rodinných událostí. Už samotný výskyt anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný rizikový faktor. Mnoho pacientek uvádělo rivalský vztah k sestře. Žárlost mezi sourozenci stejného pohlaví je brán jako významný faktor vedoucí k rozvoji mentální anorexie.

„Anorektické“ matky jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Protože matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Neuspokojení matky a její patologická přání vedla k patologickému požadavku submisivního a dokonalého dítěte.

---

<sup>39</sup> GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1984, s. 10-11.

Jako možná příčina jídelních problémů dcery byl často zmiňován i otec, který bývá charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy jako dominantní osoba. Také se hovoří jako o emočně odtažitým typu otce z důvodů vážného, ale skrytého konfliktu mezi rodiči. Dalším typem otce je aktivní, avšak nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže nikdy vyrovnat. Někteří otcové bývají popisováni jako rigidní, vzteklí a agresivní muži, stále však idealizovaní svou manželkou.

U bulimiček je nejčastěji poukazováno na příliš blízký vztah otce a dcery v raném dětství, který se narušuje počátkem puberty. Z etiologického hlediska mají významnou roli „mateřské“ babičky, které hrají dominantní roli v dětství anorektického dítěte a v rodině jeho rodičů.<sup>40</sup>

## 2.5 Dílčí závěr

Dle mého názoru je cesta do začarovaného kruhu (drog, alkoholu a dalších závislostí) daleko snažší než cesta ven. Myslím si, že ani pochopení příčin onemocnění nemusí stačit k tomu, aby se člověk zbavil jídelních problémů. Podle mě je jedním z nejdůležitějších poznatků, které vyplývají z výzkumu o účincích hladovění na psychiku to, že ukazuje přesvědčivé důkazy proti rozšířenému názoru, že změnit svou tělesnou váhu je snadné pokud člověk prokáže „trochu pevné vůle.“

Existuje jen velmi málo studií, které by se detailně zabývaly jídelními zvyklostmi rodin pacientů s poruchami příjmu potravy a tím, jaké mají jejich rodiče a sourozenci představy o kráse a svém tělu, do jaké míry se zabývají dietami a svým vzhledem. Podobným způsobem lze interpretovat i výsledky populační studie, realizované na více než 1200 studentech náhodně vybraných středních škol v Praze a Českých Budějovicích. Ve srovnání s ostatními, dívky, které vykazovaly narušené jídelní postoje, signifikantně častěji uváděly obezitu a diety ve svých rodinách. Dietu drželo 48% matek, 11,5% otců a 22,8% sourozenců dívek s narušenými jídelními postoji.

---

<sup>40</sup> KRCH,F.D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 65 – 66.

Poruchy příjmu potravy se často objevují ve věku, kdy se mnoho mladých žen vyrovnává s úkolem opustit domov. V tomto kontextu jsou pak jejich problémy chápány jako výraz konfliktu při separaci rodiny. Pokud jde o hodnocení bezprostředního vlivu, jaký má separace rodiny (samostatné bydlení nebo dlouhodobý zahraniční pobyt) na vznik a další rozvoj poruchy, v některých případech mohla být separace od rodiny (respektive samostatné bydlení) jedním z faktorů, které se podílely na rozvoji poruchy, v jiných případech naopak separace prospěla.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> KRCH, F. D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 66 – 68.

## II. Praktická část

Cílem mé práce je poukázat na to, jak těžký boj „s peklem“ jako mentální anorexie a bulimie je. Chci poukázat na důležitost předávání pozitivních životních hodnot mladé generaci, která je založená na zevnějšku a rychle získaném bohatství. V praktické části uvádím kazuistiky osob trpící poruchami příjmu potravy. Na základě mnou uvedených kazuistik ve své bakalářské práci zdůrazňuji *vzájemnou souvislost mezi psychickými a somatickými aspekty prožívání.*

Zdůrazňuji *důležitost nezanedbání integrace těchto aspektů, které vedou k posílení rozštěpu nebo konfliktu mezi tělem a myslí,* které často zažívají lidé trpící mentální anorexií a bulimií. Upozorňuji v souvislosti s poruchami příjmu potravy na změny zejména v sociálním chování jedinců, ale ani kognitivní a tělesné změny, jako následek hladovění a přejídání nemohu alespoň okrajově ve své práci opomenout. Poté poukazuji na překážky při následující rehabilitaci a opětovnému začlenění se zpět do společnosti. Zamýšlím se také nad důležitostí motivace jedinců pro efektivní léčbu nemoci.

### 3. Faktory posilující uzdravení

#### 3.1 Motivace k léčbě

Pomoci lidem změnit chování není lehké. Vědci se zabývali změnami v motivaci při snaze přestat kouřit, zhubnout či přestat se závislostí na dalších látkách, alkoholu, drogách, ale i čokoládě a automatech. *Bez motivace nelze v životě docílit jakékoliv chtěné změny.* Motivaci ke změně můžeme rozdělit do 5 stadií (kroků):

- První krok – popření

Člověka ani nenapadne, že je něco v nepořádku, nevěří, že má problém, a nechce nic měnit, protože nevidí důvod.

- Druhý krok - úvahy

Studium pozorování, rozjímání, úvah. Člověk začíná přemýšlet o tom, že má problém, a věnovat pozornost obtížím spojeným s jídlem a jídelním chováním. Někdo připustí, že je třeba něco změnit. Odpoví na konfrontaci nebo poučení, ale zůstává nerozhodný, ambivalentní a nedělá žádné aktivní kroky ke změně.

- Třetí krok - příprava

Člověk už nechce změnu a přeje si pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se jeho jídelní chování změní. Faktory, které ztěžují změnu (chaotické jídelní chování rodiny, podobná porucha u sourozenců a rodičů) mohou ještě hrát významnou roli.



- Čtvrtý krok - akce

Člověk se rozhodne pro změnu a začíná se změnou chování. Snaží se postupně měnit svou rigidní kontrolu nad dietou a začíná věřit, že bude schopen vydržet, když začne jinak a využije podpory a povzbuzení.

- Pátý krok – udržení

Pokračuje v práci na uzdravení a vyhýbá se relapsu. Mnoho lidí, přicházejících na psychiatrickou kliniku, je ve stádiu úvah, rozjímání. Jsou ochotni uvažovat, že by s nimi mohlo být něco v nepořádku, ale nejsou si jisti, zda mohou nebo chtějí něco změnit. Cesta ke změně, k přerušení anorektického a bulimického způsobu života, je zdlouhavá a namáhavá a často je třeba mnoho pokusů, než k ní skutečně dojde. Málokomu se daří překonat potíže napoprvé. Někteří jdou přes všechny fáze několikrát stále dokola, někteří ustrnou v rané fázi a nikdy se dále neposunou.

Je třeba si uvědomit, že i snahy o změnu mohou zpočátku přinést i zhoršení stavu (lze přirovnat k abstinenčním příznakům u alkoholiků či drogově závislých) jako přechodné bolesti žaludku, svalů, kolapsové stavy, zhoršení a kolísání nálad, vtíravé myšlenky na jídlo, či zhoršení pracovních či rodinných vztahů.

Léčba potřebuje aktivní účast, čím víc do ní nemocný vloží, tím víc z ní získá, stejně jako ze všeho v životě. Nelze se dlouhodobě přejídat a mít krásnou postavu, dlouhodobě nejíst a mít energii k dosažení životních cílů a zvracet a nepřijít o zdravé zuby a žaludek. Důležitou pomocí je rozhodnutí opustit chaotický jídelní režim a udělat první krok k nezávislosti na jídle, ke svobodě a zvýšené sebedůvěře. Mnoho postižených je ke změně nuceno rodinou anebo partnery. Někteří první postrčení potřebují. A když se rozhodnou zlepšit svůj stav samy za sebe, čeká je hodně práce. Ale k opravdové změně se musí každý rozhodnout sám. Hlavní je, nenechat se odradit a začínat znova a znova.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum . 1.vyd. 2003. s. 28-29.

### 3.2 Možnosti v léčbě mentální anorexie a mentální bulimie

Vždy záleží na tom, v jakém zdravotním stavu aktuálně nemocná/nemocný je a jaká je jejich motivace se léčit. Pokud onemocnění popírá či léčbu odmítá, nebývá léčba příliš efektivní. Motivace a odhodlání vytrvat v léčbě je základem pro její úspěšnost.

**V České republice existují tyto formy péče:**

- **Pobytová péče neboli hospitalizace** – probíhá zpravidla na psychiatrických odděleních, ve větších městech existují specializované jednotky péče na poruchy příjmu potravy. Délka pobytu se pohybuje od 2 do 5 měsíců. Hospitalizace je doporučována v případech, kdy je člověk ohrožen na životě podvýživou či sebevražednými úmysly, či pokud není dlouhodobě úspěšná stacionární či ambulantní péče.
- **Stacionární péče** – v České republice existuje jediný Denní stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Délka léčby je maximálně 3 měsíce, je určena pro ženy a dívky s body mass indexem vyšším než 16. Nemocná přichází do Stacionáře ráno a přes den absolvuje individuální i skupinovou terapii s dalšími nemocnými, na večer a noc odchází do domácího prostředí, kde zkouší upevnit nové návyky získané ve Stacionáři.
- **Terapeutické skupiny** - po určitý čas se schází tytéž dívky a ženy a společně s jedním či dvěma terapeuty pracují na svém uzdravení formou skupinové terapie. Zároveň může dívka či žena docházet i na individuální terapii. Terapeutické skupiny fungují i v rámci hospitalizace, v Praze existují také „ambulantní“ terapeutická skupiny.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 47.

- **Ambulantní péče** - tu mohou poskytovat psychologové, psychoterapeuti a psychiatři. Nemocná dochází k odborníkovi na terapeutická sezení. Psychoterapie vychází z potřeb a zakázky nemocné - pozornost je soustředěna mj. na zvládnání jídelních návyků a změnu postojů k sobě a ke svému tělu. Seznam odborníků specializovaných na poruchy příjmu potravy lze najít např. na internetových stránkách: [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz)<sup>44</sup>, [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).<sup>45</sup>
- **Svépomocné podpůrné skupiny** - jsou místem, kde se setkávají nemocné dívky a ženy a za účasti koordinátora skupiny hledají motivaci k léčbě, sdílí své myšlenky, zkušenosti, podporují se navzájem v procesu léčby. Svépomocná skupina je spíše předstupněm, případně doplňkem odborné péče, samotná účast na svépomocné podpůrné skupině není zpravidla pro úspěšnou léčbu dostačující.
- **Svépomocné manuály** - jedná se o příručky, které mohou být průvodcem při boji s nemocí vlastními silami. Manuál motivuje dívku či ženu k postupným krokům ke změně jídelního režimu, postojů k sobě a svému tělu a k upevnění nových zdravějších návyků. Mohou být užitečné také ve fázi, kdy nemocná není ochotna vyhledat odbornou pomoc.<sup>46</sup>

### 3.3 Dílčí závěr

Podle mého přesvědčení, aby léčba poruchy příjmu potravy skončila úspěchem, je důležité, aby si trpící poruchou příjmu potravy uvědomil, že se plnohodnotný život s touto nemocí žít nedá. Je potřeba rozumět spouštěcím faktorům nemoci a pracovat na svém seberozvoji a růstu. A hlavně chtít se uzdravit. Přestat se bát vyjít z anonymity a vyloženě si „říct“ o pomoc.

---

<sup>44</sup> [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz) - – informační portál o PPP garantovaný odborníky, naleznete zde informace o nemoci, kontakty na odbornou pomoc, příběhy nemocných, modelové jídelníčky, diskuzní chat.

<sup>45</sup> [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz) – O.s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, informace o nemoci, kontakty na odbornou pomoc, příběhy nemocných, modelové jídelníčky, nabídka poradny poruch příjmu potravy.

<sup>46</sup> ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, s. 47- 48.

## 4. Vybrané kazuistiky u poruch příjmu potravy

V praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla uvést tři kazuistiky, které jsou si v základních rysech velmi podobné. Chci jimi ukázat, že nemoci anorexie a bulimie jsou si velmi blízké, obě zákeřné a nebezpečné “sestřičky“. Jedna vyplyne z druhé, anorexie se později, skoro vždy vyvine v bulimii. A mentální bulimie se časem často vrací zpět k praktikám mentální anorexie. Na vzniku nemoci se podílí společné povahové rysy a přehnané nároky rodičů.

Všechny mnou vybrané kazuistiky popisují velmi podobné příčiny, které byly na počátku vzniku poruch příjmu potravy u žen. Nejdříve uvádím osobní anamnézu, popis rodiny a přesný popis případu. Velmi detailně jsem se zaměřila na popis konkrétních konfliktních situací, které dle mého názoru byly jednou z několika příčin spouštěče nemoci. Jelikož nemám potřebné lékařské vzdělání, nemám oprávnění v kazuistikách navrhnout způsob léčení.

V první popisované kazuistice představuji ženu-Isabelle Caro, která dlouhá léta zápasila s mentální anorexií a která nakonec ve svém zápasu s nemocí svůj boj o život prohrála. Informace jsem čerpala z autobiografie, kterou sepsala osobně Isabelle Caro, dále pak z internetových zdrojů – videí od National Geographic, které ukazují život Isabelle s mentální anorexií a následně z článků, které o ní vyšly v časopise.

A dále popisují kazuistiku ženy, která se po 12-ti letech vyléčila z bulimie a sama teď pomáhá ženám i mužům překonat poruchy příjmu potravy a začít znovu žít plnohodnotný život. Nejprve uvádím Janin příběh, jak u ní nemoc začala a dál se rozvíjela, následně používám metodu řízeného rozhovoru, v kterém se Jany ptám na otázky, které mě ohledně jejího boje s bulimií zajímaly a následně - v třetí kazuistice vycházím z vlastních zkušeností.

## 4.1 Kazuistika ženy s diagnózou mentální anorexie

### Osobní anamnéza

**Jméno:** Isabelle Caro – pseudonym.

**Rok narození:** 1982, Francie

**Nemoci v dětství:** Kožní onemocnění – lupénka.

**Diagnóza:** Mentální anorexie.

**Datum úmrtí:** 17. listopadu 2010.

**Příčina úmrtí:** Zápal plic.

### Rodina:

**Matka:** Narodena v roce 1949, středoškolské vzdělání. Těhotná byla poprvé v 28-mi letech, první dítě však spontánně potratila. Poté znovu otěhotněla ve 33 letech, kdy se jí narodila dcera Isabelle. Matka zemřela v roce 2010 jen 2 měsíce po Isabelině smrti – spáchala sebevraždu.

**Otec:** Naroden v roce 1952, vyučen opravářem elektroniky, později se stal soukromým podnikatelem.

**Doba matčiny rodičovské dovolené:** Isabelle byla prvním donošeným dítětem. Matka Isabelle zůstala v domácnosti, o dceru se starala až do jejích 17-ti let.

**Sourozenci:** Isabelle žádné neměla, matka v 28-ti letech spontánně potratila.

**Rodinné zázemí:** Než se Isabelle narodila, žili její rodiče ve Francii u jejího biologického otce. Po jejím narození se rodiče přestěhovali do sousedství. Do čtyř let Isabelle popisuje svoje dětství jako šťastné, přestože dle jejích slov rodiče neměli moc peněz. Isabelle v té době normálně jedla jako ostatní děti a měla svoje oblíbená jídla. Maminka Isabelle pravidelně vařila.

**Společné aktivity rodiny:** Prázdniny trávila Isabelle s rodiči u biologického otce v Cannes.

**Poměry mezi rodiči:** Isabellin otec začal víc cestovat za prací, přes týden trávil čas na služebních cestách, domů se vracel jen na víkendy. Matka odmítala chodit ven dokonce i na nákupy a trávila veškerý čas pláčem, přestala se líčit, přestala se starat o oblečení. Dceři často opakovala větu: „Už žiju jen pro tebe, jsi všechno, co mi zůstalo, jsi jediný důvod mého života“. Dle Isabeliných slov: „Byl to naprostý rozklad, dříve udržovaný dům se změnil ve špeluňku“. Isabellin otec na matku často řval, např. že mu špatně vyžehlila košili. Přesto Isabelle, ať jí projevoval sebestmíř lásky, se bála chvíle, kdy odejde a ona zůstane sama s maminkou.<sup>47</sup>

**Vztah rodičů k dětem:** Otec, kterému Isabelle říkala tatínku během týdne hodně pracoval. A když byl doma, tak se Isabelle snažila být potichu, jinak začal křičet na ni i na maminku. Po celou dobu jejího dospívání se o Isabelle starala matka sama.

**Patologické jevy v rodině:** Matka byla věčně v hlubokých depresích. Matka nechtěla Isabelle pouštět ven, protože dle jejího názoru: „vzduch způsobuje, že děti rostou“ „ A poslední věc, po níž maminka toužila, bylo, abych vyrostla. Chtěla, abych napořád zůstala malou holčičkou, jako v dobách, kdy ona byla šťastná.“<sup>48</sup> Pokud matka v dětství dovolila své dceři Isabelle, aby šla ven, tak musela mít zavázaný obličej šálami (nos i ústa). Až když jí bylo osm let, dvakrát nebo třikrát ročně mohla jít Isabelle s maminkou do hypermarketu, samozřejmě s hlavou ovázanou šálou, až si díky tomu Isabelle začala sama myslet, že sama není normální. Matka připravila Isabelle detailní lži, které se Isabelle musela naučit, pokud ji někdo ze zvědavých příbuzných oslovil a ptal se na školu a její spolužáky. Matka neměla žádné kamarádky, se kterými by si mohla povídat, a tak si kamarádku - „jedno velké ucho“ udělala z Isabelle. Svěřovala se jí se svými strachy a stěžovala si na jejího otce, jak je zlý, že je neustále pryč, že si užívá hotely, cestování, restaurace a ona musí zastat všechnu práci.

---

<sup>47</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011, s. 37.

<sup>48</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011, s. 38.

**Oblečení, hygiena:** Matka Isabelle objednávala šaty, které jí byly malé, a když jí bylo šest, kupovala pro ni věci na čtyřleté dítě. Totéž platilo o botách, vždy objednávala o jedno nebo dvě čísla menší. Isabelle k tomu dodala: „Dělala to tak důsledně, že jsem dlouho věřila, že je normální, když člověka bolí nohy, obuje-li si boty.“<sup>49</sup>

### **Škola:**

Protože maminka Isabelle byla učitelka, rozhodla se, že bude Isabelle učit doma. Isabelle nenavštěvovala mateřskou, ani základní školu.

**Střední škola lyceum ve Fontaineblau:** Matka získala pro svoji dceru výjimku. Dcera docházela do školy pouze 3x týdně na hodinu francouzského jazyka, styk s vrstevníky měla velmi omezený.

**Vysoká škola:** Isabelle začala navštěvovat až vysokou školu. Nastoupila na filmovou a divadelní fakultu v Paříži, kde studovala divadlo.

**Vztahy s učiteli:** Isabelle neměla možnost do svých 17-ti let navázat jakýkoliv vztah s učiteli, protože ji matka-učitelka sama vzdělávala doma.

**Vztahy s ostatními dětmi:** Když už se Isabelle v dětství s nějakým vrstevníkem mohla sblížit, nebyla schopna navázat kamarádství. Díky chování své matky, která vychvalovala pouze ostatní děti, totiž Isabelle získala pocit, že je naprosto nemožná.

**Prospěch a zvládnání učiva:** Maturitu složila na podruhé. Isabelle měla jedničku ze hry na housle, dějin umění, filozofie, čtyřku z matematiky.

**Zájmy, mimoškolní aktivity:** Isabelle hrála na housle, v dětství ji 1x týdně navštěvoval soukromý učitel. Ve 14-ti letech chodila 2x týdně bruslit na kluziště.

---

<sup>49</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011, s. 40.

### **Lékaři, které navštěvovala:**

Isabelle začala navštěvovat psychoterapeutku až teprve po své vůbec první tří měsíční hospitalizaci v nemocnici. Bylo to v době studií na vysoké škole, Isabellina váha tehdy spadla na pouhých 28 kilo. Isabellina terapie začala mít úspěšné výsledky. Isabelle začala jíst a přibírat. Ve chvíli, kdy si její matka uvědomila, že psychoterapeutka má na Isabelle velký vliv začala na dceru naléhat, aby psycholožku přestala dál navštěvovat. Nakonec Isabelle bohužel podlehla vydírání sebevraždou své matky a terapii u psycholožky ukončila.



### **Popis případu**

Na plakátě je fotografie ženy. Anebo spíš lidské bytosti ženského pohlaví. Zdá se, že je živá, ačkoliv ke smrti nemá daleko. Věk bytosti není možné odhadnout. Její pohled by mohl patřit ztracenému dítěti, avšak její kůže je napjatá a svraštělá jako u starého člověka a mrtvolné tělo nese známky stáří. Žena vystavující svou nahotu není krásná. Není na ní nic, co by vyvolávalo touhu. V nejlepším případě vyvolává spíš soucit. To, že se tu ukazuje, možná ospravedlňuje a posiluje slogan: NE ANOREXII!<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011, s. 9-10.



„Ve mně tato fotografie vzbuzuje stud, protože je to moje fotografie. Ale zároveň jsem na ni hrdá, protože doufám, že pomůže jiným dívkám, aby neonemocněly tou šílenou chorobou, která už třináct let ničí můj život.“<sup>51</sup> I. Caro

V osamělosti se snažila najít přátele přes telefon. Když matka nebyla doma, Isabelle vytáčela náhodná telefonní čísla „jako trosečník, jenž hází do moře lahve se vzkazem“: „jsem malá jedenáctiletá holčička a hledám někoho, s kým bych si mohla dopisovat“.

Isabellinina maminka milovala velice hubené lidi. Velmi kritizovala svoji sestru za její obezitu. Isabelle poté přijala matčin názor: „není nic horšího než obezita“ a považovala obezitu za hanbu, které se nesmí nikdy dopustit. Ve třinácti letech onemocněla angínou. Při prohlídce lékař Isabelle změřil a zvážil. V té době měřila 151cm a vážila 39kg, což s normami pro dětský věk je naprosto normální váha.

Když bylo Isabelle třináct, viděla matku, jak se snaží odnést těžkou plynovou bombu, která vážila asi třicetpět kilo. „Tehdy jsem měla asi o pět kilo víc a hned mě napadlo: Jsem těžší než ta bomba, tak to jsem pro matku zátěž.“<sup>52</sup>

Na otázku: „Nepřipadám ti moc tlustá?“ jí maminka odpověděla: „Tak jez jen hrášek jako tanečnice“. Z toho si Isabelle vyvodila: „Když mi radí, abych začala s dietou, znamená to, že mám skutečně problémy s nadváhou.“<sup>53</sup> Poté si Isabelle na vánoce přála váhu a peklo pomalu začalo. Isabelle se začala vážit každé ráno. Začala hodně cvičit, běhat po schodech nahoru a dolů. Další rok už Isabelle vážila pouhých 34 kg.

„Nehubla jsem z estetických důvodů. Vyhýbala jsem se pohledu do zrcadla, když jsem byla nahá, protože jsem se za své tělo styděla a nechtěla jsem vidět, jak se proměňuje.“<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011, s.10.

<sup>52</sup> WILKOVÁ, S. *Chci být ještě hubenější*, MF DNES, leden 2011, č.2., s.24.

<sup>53</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s.101.

<sup>54</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s.104.

Isabelle pomaličku přestávala jíst úplně. Vymyslela si techniku, jak nahradit normální stravu. Brala si do úst malá sousta, přežvýkala je a vyplivla. Nepolykala je.

Potom si ústa vypláchla vodou nebo kolou a pečlivě si vyčistila zuby, aby odstranila všechny stopy potravy, i ty nejmenší kalorie. Tento proces, jak sama popsala, jí dovoľoval utišit hlad a přitom prakticky nic nesníst. Povolila si spolknout pouze odtučněné mléko a čtvereček čokolády. Vše ostatní vyplivovala.

„Mým cílem bylo kontrolovat svůj život a uniknout té, která nad ním uplatňovala autoritu od mého narození – a s jakou žárlivou starostlivostí! Ovládla jsem svou potravu, abych si vytvarovala tělo podle svého gusta, abych ho stvořila já a abych přestala být stvořením své matky. A ačkoliv se to zdá jako protimluv, dělala jsem to zároveň proto, abych se jí líbila.“<sup>55</sup>

I Isabellina matka si začala uvědomovat, že se tu objevil problém. Během jednoho telefonického rozhovoru se svojí sestrou si stěžovala na Isabellininu nechut' k jídlu. Byla sestrou-ošetřovatelkou upozorněna: „Pozor, tvoje dcera trpí anorexií! Je to velmi nebezpečná choroba, kterou má spousta dospívajících dětí“. Isabellinina matka si to však nepřipustila: „Isabelle ještě ani zdaleka nedospívá“. Dle matky proti veškeré logice dospěla k názoru: „Isabelle netrpí anorexií, protože neztratila chut' k jídlu, jenom odmítá jíst“. Isabellinina matka si nedokázala ani na chvíli připustit, že by ona sama způsobila nástup této choroby. Když Isabelle nadále odmítala jíst, matka místo, aby vzala Isabelle např. k psychiatrovi nebo alespoň k lékaři, sama rozhodla o Isabellině léčbě: „Musíš sportovat. Ve zdravém těle zdravý duch, to je řešení.“ Matka přihlásila Isabelle na krasobruslení. Sportování však bylo pro Isabellin podvyživený organismus velmi náročné. Isabelle byla neustále zima, bolely ji nohy a kolikrát málem omdlela. Matka anorexii pro sebe zneužila. Ne že by Isabelle vzala k lékaři, ale začala naříkat nad osudem matky, která musí ošetřovat nemocné dítě.

---

<sup>55</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 105.

„Toužila jsem mít chuť k jídlu. Moct se dostatečně najíst, abych se necítila věčně unavená. Ale to, co ještě před několika měsíci bylo naprosto jednoduché a přirozené se proměnilo v hrozná utrpení. Nedokázala jsem se vrátit zpátky. Existovala síla větší než moje vůle a ta mi v tom zabránila.“<sup>56</sup>

Na kluzišti Isabelle slyšela holky vyprávět o způsobech, jak neztloustnout. Jedna říkala, že si strká prst do krku, aby mohla všechno vyzvrátit. Isabelle to brala jako geniální myšlenku, kterou okamžitě uvedla do praxe. Od té chvíle Isabelle zvracela po každém jídle. Udržela v sobě za den jen jeden čtvereček čokolády s cílem poskytnout organismu energii nezbytnou pro jeho fungování.

Anorexie měla na Isabellin trávicí systém špatný vliv. Organismus si zvykal na více či méně intenzivní bolesti, které jí anorexie působila. Ve čtrnácti letech začala mít mnohem silnější křeče. V této době dostává první měsíčky. Isabelle si uvědomila, že přichází její dospívání a končí dětství. Poprvé nesebrala ani odvalu sdělit tu „špatnou novinu“, jak své první měsíčky nazvala matce. „Následná proměna mého těla mě děsila. Stahovala jsem si prsa horní částí plavek o dvě čísla menšími, které jsem nosila pod šaty.“<sup>57</sup> Znaky dospívání a k tomu patřící i začínající růst ochlupení v intimních částech těla si Isabelle radikálně odstraňovala žiletkou. V 16-ti letech Isabelle popisuje ztrátu menstruace natrvalo, i tyto symptomy patří k ANOREXII.

Spolužáci z její třídy, jak sama popisuje, ji neměli moc rádi: „nenáviděli mě, kvůli mým známám, protože jsem většinou měla samé jedničky. Předmět mě strašně bavil a profesor se o mě zajímal. „Cítila jsem se jako rostlina, už skoro povadlá suchem, která konečně dostane životadárnou vláhu a může opět rozkvést.“ Isabelle úspěšně odmaturovala. Během návštěvy lycea objevila v hodinách literatury svět divadla. Divadlo ji natolik uchvátilo, že se rozhodla jít po maturitě studovat na filmovou a divadelní fakultu.

---

<sup>56</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 110.

<sup>57</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 119.

Byl to zlomový okamžik v jejím životě, nepůjde studovat původně plánovanou muzikologii, jak chtěla její maminka. „Poprvé v životě jsem se cítila připravená vzepřít matčinu názoru. Už mu podléhat nebudu. Konečně jsem se rozhodla vzít život do svých rukou.“<sup>58</sup>

Anorexie v té době u Isabelle se zmocnila celé její bytosti, aniž by si to uvědomovala. „Připadalo mi příjemnější nejíst než jíst. Milovala jsem hlad, který hryzal v mém scvrklém žaludku, protože to znamenalo, že se držím dobře. Byla jsem posedlá sebekontrolou“. Z nedostatku vitamínů jí však začaly padat vlasy a na několika místech už jí začala být vidět skrz vlasy lebka.<sup>59</sup>

Nástup na vysokou školu byl pro Isabelle příjemnou změnou. Do prostředí fakulty, kterou navštěvovali mladí lidé nejrůznějších společenských vrstev, bylo mnohem snadnější se integrovat a najít si přátele. Isabelle toužila po jediném: být jako ostatní. Proto chodila do menzy ve stejnou dobu jako její spolužáci. Jediný rozdíl mezi nimi byl, že ona okamžitě všechno vyzvracela.

Po prvním roce nastoupila do školního roku s intelektuální bulimií: učit se, učit se, učit se. „Konečně jsem našla potravu, po níž jsem hladověla“<sup>60</sup>. Na začátku studia si změnila jméno a vybrala pseudonym: Caro. Caro-na počest tvůrce Města ztracených dětí, což byl film vyprávějící příběh dětí, jimž jeden zlý člověk ukradne jejich sny.

Od dětství vadil Isabelle její vzhled: nos, ústa, brada. Měla představu, že když podstoupí plastickou operaci, že ji to vyléčí psychicky a zbaví se tak svých stravovacích návyků. Matka dělala Isabelle hysterické scény, z důvodu, že dcera chce předělat “její dílo“. Přes nesouhlas rodičů, Isabelle absolvovala všechny své naplánované plastické operace. Dokonce kvůli operaci byla schopna přibrat a udržet si váhu na 40-ti kilech, což se jí od jejích 12-ti let nepodařilo. Matka po všech zákrocích odmítla dceru dál vídat. Nevídaly se, ale telefonovaly si. Bezdrátové zařízení tak nahradilo pupeční šňůru, která byla mezi nimi silně oboustranná.

---

<sup>58</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 125.

<sup>59</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 129.

<sup>60</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 147.

Studium a práce hostesky v baru a její asketické odmítání jídla způsobily vyčerpání organismu. Teprve tehdy byla Isabelle poprvé pro svůj zbídačený stav, odvezena do nemocnice. Lékaři jí diagnostikovali při váze 28kg anorexii. Na základě diagnózy byla Isabelle pro záchranu jejího zdravotního stavu nasazena infuze. Isabelle popisuje, že se tak bála, aby po infuzi nepřibrala, že překousla hadičku, aby do ní tekutina přestala vtékat. Narušené uvažování nedostatkem stravy, vyvolalo u Isabelle nervový záchvat, kdy křičela, plakala, bránila se.

Ale takové „odražení ode dna“, nastalo až v okamžiku, kdy se Isabelle se svou váhou dostala na 25kg a v důsledku totálního vyčerpání organismu upadla do kómatu. Byl vůbec zázrak, že se Isabelle za pomoci lékařské pomoci z kómatu probrala. Postupně se Isabelle dostala na váhu 38 kg a byla znovu propuštěna domů do domácího léčení. Našla si lékaře (psychologa a psychiatra), snažila se alespoň trochu mít svůj zdravotní stav pod kontrolou.

V červenci roku 2006 jsi Isabelle zařídila blog na internetu. Napsala do něj vše o svém strachu a zábranách. Vlna reakcí na „Isabellin intimní deník“ jí překvapila. Hledala uplatnění pro svoji profesi herečky, její nezdravá hubenost však představovala velký handicap. Protože dostávala role pouze nemocných, čarodějnic, mrtvol. Uveřejnění jejího blogu mělo nečekané následky. Začali jí kontaktovat televizní stanice, vystoupila v pořadech např.: Právo vědět, kde došlo ke konfrontaci dívek, které vychvalovali anorexii jako způsob života. Isabelle se jím snažila otevřít oči a odhalit jim zákeřnosti nemoci zvané anorexie. „Je třeba přestat s obdivováním hubenosti. V časopisech jsou všechny fotografie retušované, je to lež, která se uhnízdí v hlavách žen.“<sup>61 62</sup>

---

<sup>61</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s.222.

<sup>62</sup> [www.youtube.com/watch?v=wJPrhJty7TM](http://www.youtube.com/watch?v=wJPrhJty7TM), NATIONAL GEOGRAPHIC TABOO.

Poté byla oslovena agenturou, která se proslavila svými kontroverzními kampaněmi pro Benetton. V té době hledal známý fotograf Oliviero Toscani anorektickou dívku, aby všem ukázal, co to je anorexie. Fotografie nahé nenalíčené Isabelle měla šokovat a být tím účinnější v boji proti anorexii. Fotografie a následné vysílání reportáže s Isabelle Caro, rozpoutalo doslova mediální humbuk. Lidé Isabelle zastavovali na ulici, blahopřáli ji k její odvaze, ujišťovali jí o své podpoře a Isabelle tak získala pocit, že její vzkaz byl předán, že její utrpení nebylo zbytečné. Oslovovali ji ze všech stran a všude s ní chtěli natáčet reportáže.<sup>63</sup>

Ve spojených státech se její návštěva setkala s mimořádně příznivým ohlasem od lidí, protože právě ve spojených státech vzniklo hnutí Pro Ana, což je hnutí, které podporuje nebezpečnou anorexii a Isabelle jim svým příkladem ukázala následky anorexie. I přes veškerou svou vůli žít a i přes to, že si Isabelle po tolika letech své problémy přiznala, pojmenovala je a chtěla je řešit, byly následky její nemoci fatální. Zemřela 17. listopadu 2010. Až do své smrti se věnovala šíření osvěty a snažila se pomáhat v boji proti anorexii, která jí nakonec stála život.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> [www.youtube.com/watch?v=wJPrhJty7TM](http://www.youtube.com/watch?v=wJPrhJty7TM), NATIONAL GEOGRAPHIC TABOO

<sup>64</sup> CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, s. 236.

## 4.2 Kazuistika ženy s diagnózou mentální bulimie č.1

### Osobní anamnéza:

**Jméno:** Jana

**Datum narození:** 1968, Česká republika

**Nemoci v dětství:** Zcela běžná dětská virová onemocnění

**Diagnóza:** Mentální bulimie

### Rodina:

**Matka:** Narodena v roce 1947, středoškolské vzdělání. Janina matka celý život bojovala s nadváhou a trápila se různými dietami (grapefruitovými, celerovými a vajíčkovými). Diety Janině matce pomohly nějaké to kilo zhubnout, ale vzápětí je zase nabrala zpět. V současné době je v důchodu.

**Otec:** Naroden v roce 1942, středoškolské vzdělání. Janin otec problémy s váhou nikdy neřešil. V současné době je již také v důchodu.

**Doba matčiny rodičovské dovolené:** 3 roky

**Sourozenci:** 1 bratr, zdravý

**Rodinné zázemí:** Jana bydlela během svého dospívání s rodiči a bratrem, poté během vysokoškolského studia bydlela střídavě také u své tety. Jana žije v současné době s manželem, děti nemají.

**Společné aktivity rodiny:** Společně jezdili na výlety do přírody.

**Poměr mezi rodiči:** Rodiče se dříve občas hádali a Jana to špatně snášela.

**Vztah rodičů k dětem:** Vřelé a laskavé.

**Škola:**

**Mateřská škola:** Vše v pořádku, bez vážnějších problémů.

**Základní škola:** Běžná ZŠ s velmi dobrým prospěchem.

**Střední škola:** Gymnázium.

**Vysoká škola:** Jana absolvovala FS VUT Brno, obor ekonomika a řízení strojírenské výroby, následně složila rigorózní zkoušku na Pedagogické fakultě MU, Brno (tématem její práce byly poruchy příjmu potravy).

**Vztahy s učiteli:** Jana vždy vycházela s učiteli dobře.

**Vztahy s ostatními vrstevníky:** Jana bývala uzavřenější a citlivější než její vrstevníci.

**Prospěch a zvládání učiva:** Prospívala bez problémů.

**Zájmy, mimoškolní aktivity:** Jana vždy ráda četla.

**Lékaři, které navštěvovala:** Odbornou lékařskou pomoc vyhledala poprvé až ve svých 28-mi letech, to už pět let bojovala s anorexií a bulimií. Jana prošla psychoterapií, také vyhledala nutričního poradce, který jí pomohl plánovat kompletní jídelníček tak, aby si porce neubírala a zároveň nedocházelo k přejídání. Jana se naučila normálně dostatečně stravovat, naučila se rozumět svému tělu a jeho potřebám a po 12-letech boje nad bulimií zvítězila.

**Popis případu**

Jana se narodila v roce 1968, jako chtěné a vytoužené dítě. Její matce bylo tehdy jedenadvacet a otci šestadvacet let. Za čtyři roky se narodil Janin bratr. V dětství byla Jana štíhlá, ale nechtěla jíst to, co jí rodiče připravili a nutili. Spoustu obědů a večeří se neobešlo bez hádek. Doma u rodičů Jany platil zákon: „Dokud to všechno nesníš, nehneš se od stolu“. Společně u stolu se rodina stravovala jen o svátcích.



Jana sama sebe začala vnímat jako „tlustou“ někdy v období jejího dospívání kolem třinácti let. V době, kdy se zcela přirozeně z dívky měnila v ženu. Ve svých očích si připadala jako obézní, neforemná, tlustá. Začala to „řešit“ tak, že vyhazovala svačiny, které jí matka chystala do školy. Začala víc sportovat a časem se se svými ženskými tvary srovnala. V 16-ti letech se zamilovala, přítel obdivoval její postavu a Jana byla v té době se sebou spokojená. Toto období spokojenosti trvalo asi 6 let.

Začátek bulimického kolotoče vidí Jana v období svých 22 let. To byla se svým přítelem už 6 let a od přátel se dozvěděla, že přítel měl kromě Jany i několik dalších „kamarádek.“ Jana nehledala příčinu nevěry u přítele, ale začala ji hledat u sebe. Začala se snažit být víc „dokonalá“, aby měl přítel pocit, že jen ona je ta nejlepší. Vztah se po nějaké době urovnal, přítel ujistil Janu, že má rád jen ji a požádal ji o ruku. Pár měsíců před svatbou však došlo k tragédii. Janin přítel havaroval na motorce a havárii nepřežil. Za dva měsíce po smrti svého přítele Jana zhubla o 8 kg.

„Mentální bulimií jsem onemocněla, když mi bylo dvaadvacet let. Z jednoho tragického dne, kdy jsem při autonehodě ztratila partnera, a z druhého neméně šťastného dne asi o půl roku později, kdy jsem slyšela: „Hele, ty jsi nějak moc přibrala, že?“ se vyklubalo dvanáct let nemoci. Šlo o roky diet, přejídání, zvracení. Nedokázala jsem se nikomu přiznat, nevyhledala jsem odbornou pomoc. Myslela jsem, že se naučím pravidelně jíst, nehladovět, nepřejídat se, mít ráda sebe sama. Naučila jsem se to, ale kdybych měla odvalu o pomoc si říct, nemuselo to trvat dvanáct let“.

V jednom z časopisů Jana objevila článek o bulimii: „detailně tam popisovali, jak dívky svou dietu a postavu řeší tím, že se po jídle vyzvrací, a za dva dny jsem už stála u záchodové mísy také.“

Jana dál pokračovala ve studiu na vysoké škole. Střídavě bydlela u rodičů a u tety. Její denní harmonogram: škola, cvičení, učení, spánek. Jana si striktně hlídala jídelníček a počítala kalorie, jedla makrobiotickou stravu a omezila množství jídla. Anorektické období se u ní střídalo se záchvaty přejídáním se a zvracením. Jakmile jednou propadla záchvatu přejídání se, nedokázala už přestat.

„Víte, co je na bulimii nejhorší? Že vás naprosto ovládá. Můžete si stokrát sami říkat, že už to nikdy neuděláte, že je to odporné, že se vám to přičí. Nepomůže to. Druzí (až se jim přiznáte a svěříte) vám mohou radit, že se musíte změnit, najít si správné stravovací návyky, mít ráda sama sebe. Přijde záchvat a naráz zapomenete na všechno. Jako by všechna předsevzetí i dobře míněné rady zmizely, nedbáte na peníze, na špinavý záchod či koupelnu, kde právě zvracíte, necítíte zvratky a už v tom lítáte. Je vám to jedno. Zpočátku je to docela pohoda. Najíte se, vyzvracíte se a jde se dál. Stane se to jednou, dvakrát, desetkrát... Pak zjistíte, že se ukrýváte před okolím, stahujete se do soukromí – protože tam vás nikdo nevidí, jak se cpete a jak zvracíte. Přijdou různé fyzické projevy – máte odulé oči, nateklé slinné a lymfatické žlázy, opuchlé břicho, jste unavení, potíte se studeným potem. Po nějaké době nastanou potíže ještě horší, psychické. Deprese, pocity viny, potíže se spánkem. Dostat se do takového stavu lze velice snadno, o to hůř se hledá cesta zpět.“<sup>65</sup>

První dva roky Jana měla jeden až dva záchvaty týdně. Za jeden nákup dokázala utratit až 200,-Kč, to dělá 15 600 za rok. Dalších pět let Jana neměla žádné výrazné bulimické záchvaty, ale měla už zkraslené názory na vlastní postavu, že i když se stravovala takřka normálně, utrácela spoustu peněz za různé zaručeně osvědčené a přesvědčivé prostředky na hubnutí. Jako např. za tablety, které měly potlačit chuť k jídlu, za zeštíhlující pás, který jí však způsobil pouze opruzeniny a exémy, nebo za „pás, který cvičí za vás“ (myostimulátor) atd.

Když bylo Janě 24 let, seznámila se ve svém novém zaměstnání se svým budoucím manželem Petrem. Jana se do něho zamilovala a chtěla kvůli němu vypadat co nejlépe, proto začala zase hubnout. Petr odjel na měsíc na dovolenou a během té doby Jana výrazně omezila porce jídla, aby zhubla co nejrychleji. Petr jí po návratu z dovolené řekl: „ty jsi teď tak pěkná, dřív jsi byla taková oplácaná, takový budulínek!“ Tato věta odstartovala u Jany znovu bulimii. Po dalších dvou letech, vážila Jana jen asi 40 kg a začaly u ní zdravotní problémy.

---

<sup>65</sup> SLADKÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, s.19.

Odbornou lékařskou pomoc vyhledala poprvé ve svých 28 letech. K bulimii se však lékaři nepřiznala, proto byla kvůli celkovému vyčerpání organismu nucena zůstat doma tři měsíce v pracovní neschopnosti. V té době se také Jana poprvé svěčila s bulimií svému manželovi, který jí poskytl velkou podporu pro boj s nemocí. Snažili se jíst co nejvíce společně jak doma, tak na veřejnosti.

„Ten nejdůležitější krok, který jsem kdy udělala v celém boji s bulimií, bylo naučit se říkat pravdu. Pravdu o tom, jak se cítím, co mi vadí, co mě trápí, pravdu o tom, že jsem unavená, že se mi někam nechce, že to či ono neudělám, protože nejsem služka ani v práci ani doma“<sup>66</sup>.

Dalším krokem bylo pro Janu pochopení, že bulimie není bojem o jídlo či postavu, ale způsobem, jak se vyrovnat s vnitřními problémy, bolestmi a neporozuměním ostatních. Jana dostala nové léky, které jí pomáhaly proti depresím a pocitům, úzkosti. Zaplatila si týdenní pobyt v lázních, kde měla dostatek času na přemýšlení, srovnala si myšlenky a rozhodla se opravdu začít bojovat. Uvědomila si, co jí bulimie dala a naopak vzala.

Pochopila, že pokud chce normálně žít, musí začít normálně jíst tzn. přestat se vyhýbat kalorickým potravinám, které si předtím odpírala (knedlíky, pečivo, maso, sladká jídla atd.). Pročetla si literaturu o poruchách příjmu potravy, začala si zapisovat co jí, postupně zvyšovala dávky denních porcí.

„Pokud jste teprve na startovní čáře této nemoci, ještě tolik nevnímáte onu touhu s tím skoncovat. Ale po pěti, deseti a u mě po dvanácti letech už strašně chcete. Je to dennodenní boj, pořád to máte v myšlenkách, a i když se vám daří stravovat jakž takž normálně, v každém okamžiku jste si vědomi toho, že někde v hloubi duše-těla-mozku je něco dobře skryto a kdykoli na vás může znovu zaútočit.“<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> SLADKÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, s. 93.

<sup>67</sup> SLADKÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, s. 24.

„Teď už plavu i když se záchranným kolem. Ale netopím se, ani v slzách, ani v dietách, ani v depresích. Nepracuji dokonce ani ve svém bývalém zaměstnání, nejsem tolik vystresovaná a nezvracím. A nechci již o bulimii a anorexii jen přemýšlet, chci něco dělat...“<sup>68</sup>

Jana poté co se uzdravila, napsala několik publikací: např. Poruchy příjmu potravy tzv. „Manuál pro rodiče“ dále pak knihu Z deníku bulimičky. Z této knihy mě zaujaly některé Janiny citace a proto jsem je vložila do příběhu, který mi o svém zápasu s bulimií vyprávěla. Jana také založila v roce 2002 Občanského sdružení ANABELL, které se zabývá pomocí a podporou osobám trpící poruchou příjmu potravy. Na závěr příběhu, který mi Jana vyprávěla, jsem použila metodu řízeného rozhovoru a se Janou zeptala na pár otázek, které mě napadly v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

### **Rozhovor s Janou**

*„Naše společnost stále neakceptuje poruchy příjmu potravy jako onemocnění. A obzvláště u mentální bulimie, kdy si lidé pomáhají různými technikami v tom, aby vyzvrátili jídlo po obrovském záchvatu přejezení, je to společností bráno jako stigma, které je neakceptovatelné. Jano, jak to funguje v reálném životě, jak to ty ženy nebo i muži dělají?“*

Jana: „Onemocnění je kombinací s obdobími, ve kterém se snaží ženy nebo i muži omezovat příjem potravy. To znamená, že drží dietu s obdobími kdy tu dietu nezvládají to znamená, v této chvíli se nekontrolovatelně přejídají, prožívá tzv. záchvaty přejezení, které kompenzují poté úmyslně vyvolaným zvracením. Nejde jenom ale o zvracení, ta kompenzace zkonsumovaného jídla může být realizována i formou zneužívání laxativ a projímadel anebo přehnaným cvičením.“

---

<sup>68</sup> SLADKÁ, J. Z deníku bulimičky. Praha: Portál, 2003, s. 93.

*„Co přivede ženy a muže k tomu, aby začaly problém s poruchami příjmu potravy řešit? Jakou máte zkušenost?“*

Jana: „Já mám zkušenost, že člověk přichází v okamžiku, kdy má pocit, že s tou nemocí nebo v té nemoci už spadl tzv. na dno. To znamená, že se objevují pocity: už to nezvládám, už nemůžu dál, už si uvědomuji, že sama to už nezvládnou a potřebuji pomoc.“

*„Co jste konkrétně změnila ve způsobu stravování?“*

Jana: „Začala jsem konečně jíst, protože v té době, kdy jsem byla nemocná, tak přesně jako řada jiných žen, které trpí nebo trpěly mentální bulimií, tak toho jídla bylo velmi málo, tzn. omezovala jsem jídla příliš kalorická, jídla sladká, smažená, skutečně takový ten klasický dietní model a potřebovala jsem porozumět tomu, že když člověk chce zdravě žít, tak musí jíst dostatečně, vyváženě, nevyhýbat se žádné potravíně pokud k tomu není lékařský důvod.“

*„Co se podle Vás objevuje za příčinami této poruchy?“*

Jana: „Ono to onemocnění je spjato se sebevědomím nebo respektive s podceňováním sama sebe, paradoxně proti tomu je také spjato s perfekcionismem a touhou po dokonalosti. V tom pomáhají odborné psychoterapie. Takže když bych měla hovořit o tom o čem je psychoterapie, tak je o práci na sebevědomí, sebedůvěře, o práci na tom, začít si vážit sama sebe.“

*„Vy jste úspěšně prošla léčbou této poruchy příjmu potravy. Co je podle vás nejdůležitější, aby to skončilo úspěchem to snažení?“*

Jana: „No v každém případě člověk musí chtít, musí do toho hodně dávat ze sebe sama.“

*„Může pomoci rodina, nebo ti nejbližší?“*

Jana: „Já si myslím, že maximálně, protože ti kteří jsou vám nejbližší tak jsou právě těmi, kteří vás mohou podpořit, mohou vás motivovat. Budou s vámi sdílet nějaké obavy, které z toho terapeutického procesu pro toho nemocného plynou. Ti nejbližší mohou být s vámi tady a teď a pomáhat vám projít.“

*„Musí to být pro rodinu velmi složité, jakých chyb by se měli vyvarovat v průběhu léčby?“*

Jana: „Je špatná taková ta manipulace s jídlem, snaha zamknout ledničku, zamknout spíš, aby se ten nemocný k tomu jídlu nedostal, takže to je zdrojem mnoha nepochopení a řady různých hádek a problémů s tím spojených. Stejně tak jako je komplikované komentování hmotnosti toho dotyčného jeho postavy, takové ty věty typu: No vidíš, už jsi se hezky zpravila a už je to s tebou všechno v pořádku, už máš o nějaké kilo navíc. Je naopak důležité být s tím nemocným v kontaktu, vnímat ho, být mu na blízku, diplomaticky ho dokopávat, aby v té terapii pokračoval, aby neuhnul.“

*„Jak se potom změní ten život té ženy, pokud je léčba úspěšná? Co se mění?“*

Jana: „Najednou je spousta času na to, si ten život skutečně užívat, odpadnou nám všechny smutky, všechny bolesti, všechny stezky, které byly spojené právě s tou nespokojeností s vlastním tělem a nespokojeností se sebe sama a ten dotyčný začíná žít s velkým Ž.“

### 4.3 Kazuistika ženy s diagnózou mentální bulimie č.2

#### Osobní anamnéza

**Jméno:** Karolína

**Datum narození:** 1980, Česká republika

**Nemoci v dětství:** Infekční mononukleóza

**Diagnóza:** Mentální bulimie

#### Rodina:

**Matka:** Narodena v roce 1963, středoškolské vzdělání. Od tří let vychovávána prarodiči, její rodiče tragicky zahynuli. Díky tomuto traumatu přílišná fixace na vlastní děti. Podvědomý strach z osamostatnění vlastních dětí, protože matka měla obavy, že by zůstala sama. V současné době pracuje ve firmě manžela.

**Otec:** narozen 1961, středoškolské vzdělání. Rodina bydlí v rodinném domě spolu s rodiči otce, každý má svoji bytovou jednotku, přesto vzájemný kontakt je velmi úzký. Často je cítit mezi rodinami zvýšené napětí. V současné době pracuje jako soukromý podnikatel.

**Doba matčiny rodičovské dovolené:** 3 roky

**Sourozenci:** 1 sestra, zdravá

**Rodinné zázemí:** Karolína odešla z domu hned po ukončení maturity. Sama svůj odchod popisuje jako takový „útěk od vlastní nukleární rodiny“ za svobodným životem. Od devatenácti let se stará sama o sebe - dle svých slov „s větším či menším úspěchem“. Často se stěhovala za prací, kde si našla následně i ubytování v okolí. V současné době bydlí s přítelem.

**Společné aktivity rodiny:** S prarodiči a sestrou v dětství hodně cestovali po České republice, s rodiči jezdili na dovolené hlavně do zahraničí.

**Poměr mezi rodiči:** Karolína vzpomíná, že se rodiče během jejího dětství často hádali, občas došlo i na „fyzické výměny názorů.“ Otec býval často dlouho v práci. Hádky vznikaly často z důvodu přílišného zasahování prarodičů do soukromí mladé rodiny. Otec - „maminčin mazánek“ - trávil víc času se svojí vlastní matkou a otcem v jejich bytě, než se svou vlastní rodinou, což matce Karolíny přirozeně vadilo. Také docházelo k častým hádkám z důvodu nedostatků financí a poté z důvodu zdravotních problémů dcery Karolíny. Paradoxně je nemoc dcery sblížila.

**Vztah rodičů k dětem:** Rodiče (i přes to, že okolí vnímalo Karolínu jako pracovitou dívku) jí vždy tvrdili, že má v sobě málo disciplíny, že se neumí dostatečně ovládat ve svých emocích a to samé platí o jejím vztahu k jídlu. S anorektickým obdobím - tedy odmítáním jídla a po hladovění následujícím přejídání a zvracení. Z pohledu okolí rodiče obě dcery vychovávali hyperprotektivně (přehnaná starostlivost) v kombinaci s trestajícím přístupem. Karolína popisuje časté tělesné tresty ze strany matky za např. špatně spočítané matematické příklady. Tento trestající přístup byl posléze matkou kompenzován nadměrnou starostlivostí a péčí - poté co byla Karolína za horší výsledek než výborný potrestána, večer matka chodila k posteli Karolíny, kde se za své chování omlouvala, hladila ji a říkala, jak ji má moc ráda. Otec býval dlouho v práci, málo zasahoval do výchovy dětí. A když, tak dost despoticky.

## **Škola:**

**Mateřská škola:** Mateřskou školku začala navštěvovat ve třech letech. Karolína se ve školce hůře adaptovala.

**Základní škola:** Běžná ZŠ s velmi dobrým prospěchem.

**Střední škola:** Odborná škola s maturitou

**Vysoká škola:** Stále studuje se zaměřením na sociální obor.

**Vztahy s učiteli:** Karolína vždy měla a má s pedagogy vřelý vztah, dodnes má mezi učiteli přátele.



**Vztahy s ostatními dětmi:** Karolina vždy působila jako dospělejší než ostatní studenti, rozdíl se často projevovaly v přístupu k učivu, k názorům na život. Proto Karolina často mezi studenty nezapadala a často si připadala, že je jiná.

**Prospěch a zvládání učiva:** Karolina se vždy učila dobře, ale když do učení zasahovala její matka, měla Karolina v její přítomnosti vždy velké problémy se soustředěním.

**Začlenění do kolektivu:** Karolina byla vždy veselá, vstřícná k ostatním, jen občas byla tichá.

**Zájem rodičů o dítě:** Buď příliš hyperprotektivní (příliš starostlivý) ve smyslu, že buď bude Karolina dělat vše to, o čem rozhodli za ni rodiče a bude je naprosto ve všem poslouchat; anebo naopak, ať si Karolina dělá ve všem co chce, ale s podporou rodičů ať naopak nikdy v ničem nepočítá.

**Zájmy, mimoškolní aktivity:** Karolina vždy ráda zpívala, tancovala, sportovala, (plavání, kolečkové brusle). Ráda hrála na flétnu a na kytaru.

**Lékaři, které navštěvovala:** Karolína pravidelně (1x za 6týdnů) od 15-ti let navštěvuje svoji odbornou lékařku - psychiatricku a 1x týdně svého stálého klinického psychologa, který Karolíně pomáhá vyrovnat se s minulostí, aby tak mohla kvalitně prožívat přítomnost i budoucnost. V současné době se Karolíně daří úspěšně překonávat jak tendence k anorexii, tak k bulimii.

### **Popis případu**

Karolína se narodila jako prvorozené dítě osmnáctileté matce a jednadvacetiletému otci. Otec musel zanechat vysokoškolského studia, protože se musel starat o rodinu. Krátce pobyl na vojně a když se jim po 14-ti měsících narodila druhá dcera, byl z vojny propuštěn a našel si zaměstnání jako kalič ve slévárně. Matka po celou dobu byla s dětmi na mateřské dovolené. Otec byl kvůli práci neustále mimo domov.

Nikdo matce z rodiny nemohl pomoci, jelikož její vlastní rodiče tragicky zahynuli, když jí byly tři roky a rodiče otce byli pracovně vytíženi.

Matku a její sourozence vychovávala babička – matka otce, která k nim nikdy nenašla vřelý vztah. Matka se na svou dceru Karolínu až nezdravě upnula. Svoji citovou propast se snažila zaplnit maximálním zájmem o dítě. Karolína se stala jedinou matčinou kamarádkou, které se matka svěřovala o své minulosti, o problémech s otcem i o svých intimních tajemstvích. Karolína vnímala velmi citlivě smutky své matky a snažila se jí ztrátu jejich rodičů vynahrazovat.

Na otce Karolína vzpomíná jako na přísného, občas trochu sobecky působícího člověka, ale velmi společenského, který by se pro kamarády a známé doslova rozdal. Karolína vnímala svého otce jako vysoce výkonného v práci, se sklony k workoholismu, který pochybení - např. ve ztrátě disciplíny - jen tak svým dcerám neprominul. Často obě dcery srovnával s vojáky, kteří musí mít své věci srovnané dokonale „do komínku“. Karolína vzpomíná, jak jí otec vsugerovával, že je desátník tj. jedna z nejnižších hodností v armádě. Karolína musela otcí hlásit vojenské heslo, které znělo: „přísně a přesně“.

Paradoxně sám otec pobyl na vojně sotva půl roku. Na vojně byl navíc zařazen do kuchyně a rád vzpomínal, jak se tam pořádně do sytosti najedl.

Karolína si nevzpomíná, že by se otec s dcerami někdy na základní škole učil, byla to vždy matka, která se pro Karolínu a její sestru „obětovala“. Karolína se však s matkou nerada učila, protože matka nebyla moc trpělivá. Karolíně dělaly na základní škole problémy počty. Jakmile její matka viděla, že si Karolína pomáhá počítáním na prstech, doslova se rozzuřila a vrazila jí facku, až jí z nosu začala téct krev. Karolína se rozčilené matky a následující facky bála. Paradoxně se však na tento okamžik těšila, protože se mohla jít do koupelny umýt. Voda jí pomáhala uklidnit se. Možná proto dodnes Karolína velmi ráda plave. Otec viděl, co se děje, ale nějak výrazněji se nesnažil do výchovy matce zasahovat. Se vším, co řekla matka souhlasil. Karolíně s její sestrou chtěl ukázat, že jako „správný“ otec nepodřívá autoritu matky.

V prvním ročníku na střední škole, která byla zaměřená na řízení podniku, management a marketing, byla Karolína psychicky i fyzicky šikanovaná třemi spolužačkami. Důvodem jejich šikanování byla závist. Karolína se dobře učila, byla oblíbená u učitelů, měla úspěch u chlapců, byla zvolena třídní miss. V této době se u Karolíny projevily první příznaky poruchy příjmu potravy. Karolína začala odmítat stravu. Měla pocit, že alespoň něco ve svém životě má pod kontrolou - to své tělo. Chodila do školy se strachem, co jí spolužačky zase provedou. Karolína se snažila, aby její maminka s ní neměla žádné problémy, ani ve škole ani doma.

Proto, když jí na střední škole začaly spolužačky ubližovat, např. se Karolíně snažily ostříhat vlasy, které měla až do půli zad, nikomu zpočátku nic neřekla. Brala to tak, že je to jen a jen její problém a že by tím svou maminku obtěžovala. Viděla, že maminka má svých starostí okolo otce, domácnosti a dětí dost. Ani své třídní učitelce se Karolína nesevěřila, protože měla pocit, že by jí učitelka řekla: „Copak si Karolínko neumíš poradit, ty - taková chytrá holka?“

Matka Karolíny si odjakživa kontrolovala vlastní váhu. Velmi často bývala kritická, jak sama k sobě co se týče vzhledu, tak ke svým dcerám. Nerada slavila svoje narozeniny, které jí připomínaly, jak čas běží. Sama se sebou nebyla nikdy spokojená, přestože komplimentů ze strany mužů měla vždy dost. Dokud Karolína byla malé a poslušné dítě, které žilo jen svojí maminkou, bylo vše v pořádku. Ve chvíli, kdy si Karolína našla svého prvního přítele, vše se doma změnilo. Matka cítila, že už tady není Karolína jenom pro ni a v době dospívání své dcery se u matky začala projevovat žárlivost. Žárlila jak na partnery své dcery, tak i na ženy, které se dostaly do užší blízkosti Karolíny a nějakým způsobem ji ovlivňovaly.

Matka Karolíny, i když byla velmi drobně působící žena a svým vzhledem působila vždy velmi mladě a mírně, měla často záchvaty hysterie. Matka žárlila i na Karolíninu babičku, kterou odjakživa Karolína vnímala jako „kvočnu“, která ochraňuje svá kuřátka. Kolikrát si Karolína přála, aby její maminka nebyla v Karolíniných očích tak dokonalá. Vždy ji vnímala jako svůj velký vzor, jako matku, která za všech okolností vše stíhá a ještě vypadá úžasně krásně a štíhle.

Kolem šestnáctého roku života začalo u Karolíny období revolty. Dostala první měsíčky, na což moc nerada vzpomíná, byla značně zmatená, protože matka jí tu změnu nedokázala citlivě vysvětlit. Matka začala Karolíně říkat: „Ty už nejsi můj malý vrabčáček jako dřív, ty už jsi teď taková Venuše.“ Karolína to od matky nerada slyšela a naopak si přála své dospívání a k tomu patřící růst prsou a ochlupení v intimních partiích zastavit.

Karolína byla svým způsobem na sebe pyšná. Když jí stále spolužáci na střední škole nadávali, jaká je děsná šprtka, tak se rozhodla, že bude ještě větší, „ať mají konečně důvod mi nadávat“. Ke konci roku měla Karolína už jen samé jedničky. Ve chvíli, kdy učitelka před třídou komentovala štíhlou postavu Karolíny se Karolína rozhodla, že bude ještě štíhlejší. V době počátku anorexie vážila Karolína při výšce 172 cm 50kg a sebedestruktivně se rozhodla, že zhubne ještě 10 kg, což se jí povedlo. Nasadila si vlastní dietu, kdy si dovolila jíst naposledy v 17 hodin odpoledne a začít jíst nejdříve v 11 hodin dopoledne. Obědy a občas i snídaně, které připravovala matka, končily v žaludku jezevčíka.

V noci často Karolínu popadaly křeče v břiše a přestože cítila prudkou bolest měla radost z toho, jak se jí scvrkává žaludek. Karolína pohrdala ostatními s pocitem, že „nedokáží, tak jako ona ovládat svůj nízký pud.“

V 15-ti letech byla dobrovolně hospitalizována po dobu čtyř měsíců na dětské psychiatrické klinice z důvodu propuknutí anorexie a následného vyústění v mentální bulimii. Po návratu z nemocnice se vrátila na vlastní žádost zpět na školu, kde byla šikanovaná. Z důvodu velké absence opakovala ročník. Dívky, které Karolínu šikanovaly, byly potrestány pouze sníženou známkou z chování. Karolíně bylo navrženo, aby přestoupila na jinou střední školu, s tímto návrhem nesouhlasila, protože měla dobré vztahy s učiteli a přišlo jí nefér, aby to byla ona, kdo musí přestoupit na jinou školu, když ona byla obětí šikany.

Karolínino vnímání sebe coby ženy ovlivnil do budoucna traumatický zážitek. Ke konci svého pobytu v nemocnici, si v rámci svého nového vkročení do života nechala své po pás dlouhé vlasy ostříhat na mikádo. Když tenkrát její matka přišla na návštěvu do nemocnice, Karolíniny ošetřující lékařky se matky ptaly: „Tak co říkáte Karolíně? Jak se vám Karolína líbí?“ Její matka se na Karolínu podívala a řekla: „vypadáš hrozně“ a následně začala plakat, zahodila boty na podpatku a běžela kamsi do kouta ordinace. Od té doby si Karolína už nikdy nemyslela, že je hezká. Každý jí mohl říkat, jak je krásná, ale Karolína slyšela jen slova matky: „vypadáš hrozně“. Pak se stávalo, že vůči svým budoucím partnerům cítila vděčnost už jen za to, že jí někdo říká, jak ji má rád a jak se mu líbí.

Asi po roce anorektického období Karolína najednou začínala dostávat hlad. Začala pociťovat nutkavou touhu dostat do sebe vše, co si zakazovala. Se svým prvním přítelem Karolína objevila zrádnou chuť smažených hranolek. Poté, co jednou přišla ze školy domů se najednou neovládla a snědla celou vánočku, pak byla celá vyděšená a nechápala, co se s ní děje. Tenkrát Karolína volala hned matce do práce a popisovala jí svůj záchvat žravosti. Matka si jí vyslechla a řekla: „asi dospíváš, tak tvé tělo najednou potřebuje jíst.“ Jak se Karolína najednou za sebe styděla. Celou dobu měla pocit, že má vše pod kontrolou a najedenou dostala vlčí hlad.

Byla sebou zhnusená, a tak chtěla vše ze sebe co nejrychleji dostat ven - tak objevila “kouzlo“ přejídání a následného zvracení. Karolínina anorexie se změnila v bulimii. Jaká to pro ni byla vždy úleva, když se veškerého toho “svinstva“, co do sebe nacpala zbavila. Bylo to pro ni jako očista. I přes tu bolest, která přicházela s každým vyvolaným zvracením si Karolína připadala jako nový člověk, zbavený vší té špíny, kterou vnímala kolem sebe. Rodina byla konečně spokojená, že vidí Karolínu s chutí jíst. Najednou pro ně začala být zase naprosto pokornou, poslušnou dcerou a vnučkou a Karolína už se nemohla dočkat, až všechno jídlo ze sebe „vyhodí“ a bude opět “čistá.“

Karolína byla ještě 3x hospitalizována v nemocnici na Specializované jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy kvůli opakovaným problémům s anorexií a bulimií, kde se učila to, co je pro lidi běžné - normálně jíst.

Absolvovala tam různá terapeutická cvičení jako například arteterapii, což je prostředek k vyjádření emocí prostřednictvím výtvarného projevu, jako je koláž atd. Součástí hospitalizace byla také ergoterapie. Šlo o tzv. cvičené nákupy, aby si dokázala přestat nakupovat pouze nízkokalorické potraviny. Cílem bylo posílit motivaci ke změně návyků, snažit se oddělovat emoce od spjitosti s jídlem, dále se učila relaxovat pomocí autogenních tréninků, které měly za cíl naučit se lépe ovládat napětí a uvolnění těla a získat tím větší pocit kontroly, bezpečí a jistoty. Karolína se učila také přijmout své vlastní tělo. Učila se, co to vůbec je normální běžná porce jídla. Překonávat pro ni nepříjemné pocity sytosti, než tělo živiny stráví, bez nutkání ke zvracení. Berličkou jí v tomto snažení naučit se jíst bez pocitů viny a s chutí byla předepsaná medikace obsahující serotonin, který pomáhá regulovat chuť k jídlu, bez okamžitého puzení jít zvracet a zlepšuje zvládání úzkostných stavů, které často poruchy příjmu potravy doprovázejí.

Karolína s poruchami příjmu potravy bojuje již šestnáctým rokem, kdy se jí daří kratší či delší remise. Jejím zatím největším úspěchem bylo 1 a půl roční přerušování bez přejídání a zvracení.

Bulimie na rozdíl od anorexie není na první pohled poznat, nezanechává na těle nějaké viditelné či hmatatelné stopy. To se člověk týrá tam uvnitř. O to víc je bulimie nebezpečnější a zrádnější. Karolíniny rodiče se dlouho bránili tomu uvěřit. Ale proč? Protože si hráli na společenské tabu? Protože se „nenosí“ mít nějaké psychické potíže? Jako by Karolína slyšela svého otce: „moje malá holčička, že by mohla mít nějaké problémy, to je přeci hloupost.“ Protože jí vnímali jako člověka naprosto dokonalého, krásného a vitálního, který veškeré přicházející problémy vždy dokáže hladce vyřešit. A jak se cítí taková bulimička? Aby na to, že se přejídá a následně zvrací nikdo z okolí nepřišel. Karolína hlavně chce žít a užívat si života jako ostatní normální jedinci, kteří nemají s poruchou příjmu potravy problémy a to se jí s většími či menšími obtížemi spojenými s vlastním sebepřijetím daří.

## Závěr

Poruchy příjmu potravy se v poslední době rozšířily jako epidemie. Jen málo žen, dívek a už i mužů je se spokojeno se svým tělem, a proto zápolí a stává se jejich nepřítelem. Čím to? Žijeme ve společnosti, která potlačuje typicky ženské aspekty plodnosti a hluboké moudrosti spojené s přírodními cykly. Zaujala mě metafora Anity Johnstové, autorky knihy *Ženy jedí ve svitu Luny*, kde přirovnává dnešní ženu „ke kulatému kolíku, který se pokouší zapadnout do hranatého otvoru, aby přežila a mohla vzkvétat.“<sup>69</sup>

Profesně se věnuji práci s dětmi. Už v předškolním věku jsem jako učitelka v mateřské školce zaznamenala u dětí varovné znaky, které později vedou ke vzniku poruch příjmu potravy. Věk dětí, ve které nemoc propuká se nebezpečně snižuje. Kazuistiky žen, které jsem ve své práci popsala, jsem si vybrala, protože na jejich příkladu je dobře vidět celý vývoj nemoci od jejího počátku. V prvním případě bohužel anorexie, tak oslabil organismus dívky, která v důsledku oslabeného imunitního systému již ve 28-mi letech umírá. Druhá kazuistika ženy popisuje její 12 náctiletý boj s bulimií a její úspěšné vyléčení ve třetí kazuistice vycházím z vlastních zkušeností.

Ačkoli moje bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy, poukazuje na to, že poruchy příjmu potravy zdaleka nepramení jen z posedlosti dívek nebo žen mít postavu modelky a jejich příčiny nelze omezit jen na pouhou otázku jídla.

*„Vaše děti nejsou vašemi dětmi.  
Jsou syny a dcerami života,  
toužícího po sobě samém. Přicházejí  
skrze vás, ale ne od vás. A třebaže  
jsou s vámi, přece vám nepatří.“<sup>70</sup>*

---

<sup>69</sup> JOHNSONOVÁ, A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny*. Praha: Rybka Publishers, 2011, s.18.

<sup>70</sup> GIBRAN, K. *Prorok*. Praha: Pragma, 2001, s.11.

## Resumé

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy.

V teoretické části své první kapitoly se bakalářská práce věnuje vymezení poruch příjmu potravy, jejím historickým kořenům a přesnému definování diagnostických kritérií mentální anorexie a bulimie.

V druhé kapitole se pojednává o vlivech, které působí na vznik poruch příjmu potravy jako je kulturní kontext, účinky na psychiku, které působí při dlouhodobém hladovění a rodinné prostředí.

V praktické části se ve své třetí kapitole věnuji faktorům, které posilují motivaci k uzdravení a možnostem efektivní léčby mentální anorexie a bulimie.

Ve čtvrté kapitole své praktické části uvádím kazuistiku žen, které bojovaly a stále bojují s poruchami příjmu potravy.

*Cílem mé bakalářské práce je upozornění na zrádnost poruch příjmu potravy, přílišné zaměření dnešní mladé generace na „dokonalý vzhled“, maximální výkony. Ve své práci ukazuji také jak je velmi snadné poruchy potravy získat viz. výzkum účinků na psychiku člověka, které uvádím ve druhé kapitole teoretické části. Moje práce ukazuje, jak je po upadnutí do problému s příjmy potravy těžké vrátit se zpět do normálního života bez soustavného hladovění, přejídání a zvracení. Věková hranice jedinců bojujících s poruchami příjmu potravy se stále snižuje, což by mělo být pro společnost alarmující. Přínos své práce spatřuji ve zdroji přínosných informací o mentální anorexii a bulimii pro ty, kteří chtějí této nemoci více porozumět. A pokud se někdo z okolí dostane do kontaktu s trpícím jedincem poruchami příjmu potravy uvádím ve své práci, kde hledat pomoc (denní stacionáře, hospitalizace, ambulantní péče).*



## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na poruchy příjmu potravy. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části problémy poruch příjmu potravy vymezují a poukazují na možné příčiny. V druhé praktické části uvádím faktory posilující uzdravení a také kazuistiky dívek s bulimií a anorexií. Praktické využití lze spatřit v hlubším porozumění boje s anorexií a bulimií.

## **Klíčová slova**

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, hladovění, přejídání, zvracení, společenské stigma, obezita.

## **Annotation**

The bachelor thesis is focused on eating disorders. My work is separated into theoretic part and practical part. In theoretic part I define problems with eating disorders and determine the cause of reasons. In second practical part I present factors of recovery to make not only girls be stronger on their way. I present case of girls who had a problems with anorexia and bulimia. The practical utilisation of this thesis is deeper understanding this battle with anorexia and bulimia.

## **Key words**

eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, starving, overeating, vomiting, social stigma, obesity.

## Seznam použité literatury

1. BOSÁKOVÁ, K. *Modeling – Cesta za snem*. Praha: Grada Publishing, 2010, 176 s. ISBN 978-80-247-3288-6.
2. CARO, I. *Holčička, která nechtěla vyrůst*. Praha: XYZ, 2011, 236 s. ISBN 978-80-7388-573-1.
3. ČERNÁ, R., et. al. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, 2008, 64 s.
4. GARNER, D.M., et. al. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press, 1984, 592 s. ISBN 978-0898626421.
5. GIBRAN, K. *Prorok*. Praha: Pragma, 2001, 104 s. ISBN 80-7205-781-2.
6. JÍLKOVÁ, M., et al. *Máte slovo*. Praha: Centrum vzdělávacích pořadů. 24.6. 2010.
7. JOHNSTONOVÁ, A. *Ženy, které jedí ve svitu Luny*. Praha: Rybka Publishers, 2011, 244 s. ISBN 978-80-87067-33-8.
8. KRCH, F.D., et. al. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
9. KRCH, F.D. *Bulimie - Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
10. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
11. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia Nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
12. PAPEŽOVÁ, H., et. al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
13. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003, 128 s. ISBN 80-7178-795-7.
14. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

### **Články publikované v tisku**

16. WILKOVÁ, S., (2011) *Chci být ještě hubenější, MF DNES, leden 2011, č.2., s.24.*

### **Internetové zdroje**

17. Web: <http://www.anabell.cz>
18. Web: <http://www.idealni.cz>
19. Web: <http://www.youtube.com/watch?v=wJPrhJty7TM>,
20. *NATIONAL GEOGRAPHIC TABOO*