

Sociální a psychické důsledky poruch příjmu potravy u dívek a žen s mentální anorexií a bulimií

Bc. Blanka Čechmánková

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Blanka ČECHMÁNKOVÁ**

Osobní číslo: **H10630**

Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální a psychické důsledky poruch příjmu potravy u dívek a žen s mentální anorexií a bulimií**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti poruch příjmů potravy.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOCOURKOVÁ, Jana. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-7106-248-0.

KRCH, F. D. Bulimie – Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999. 240 s. ISBN 8-7169-627-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jarmila Šťastná

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

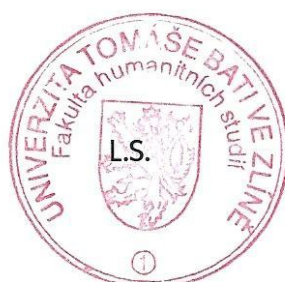
30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

27. dubna 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

25.4.2012



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce, pojednává o poruchách příjmu potravy, zejména o sociálních a psychologických důsledcích mentální anorexie a bulimie. Poruchy příjmu potravy znamenají v současné, moderní společnosti nemalý problém.

V teoretické části se zabývám definicí poruch příjmu potravy, historickým vývojem této problematiky, příčinami a důsledky onemocnění. V jedné kapitole jsou zmíněny i nové druhy poruch příjmu potravy bigorexie, drunkorexie a ortorexie, které jsou v současné době na vzestupu.

V praktické části se zabývám sociálními a psychologickými důsledky. Prostřednictvím rozhovorů se čtyřmi ženami se snažím zjistit sociální a psychologické důsledky, které těmto ženám nemoc způsobila. Jejich příběhy jsou zpracovány do podrobných kazuistik, ty jsem následně porovnála a provedla shrnutí výsledků.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dieta, přejídání, hmotnost, rizikové faktory, důsledky, rozhovor, kazuistika.

ABSTRACT

Thesis, deals with eating disorders, particularly on social and psychological consequences of anorexia nervosa and bulimia. Eating disorders mean in contemporary, modern society important problem.

The theoretical part deals with the definition of eating disorders, historical development of these issues, causes and consequences of the disease. One of the chapters describes new types of eating disorders bigorexia, drunkorexia and orthorexia that are currently on the rise.

The practical part deals with social and psychological consequences. I am trying to identify social and psychological consequences through interviews with four women that the disease caused them. Their stories are worked into the detailed case studies, then I compared them and I made the summary of the results.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, dieting, overeating, weight, risk factors, interview, case report.

„Nežijeme, abychom jedli, ale jíme, abychom žili.“

SÓKRATES

Děkuji Mgr. Jarmile Šťastné za odborné vedení mé práce a velký dík patří ženám, které mi poskytly rozhovory do praktické části mé diplomové práce.

Především však děkuji mému muži za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	14
1.1 DEFINOVÁNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	14
1.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE A ATYPICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
1.2.1 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro mentální anorexii	18
1.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	19
1.3 MENTÁLNÍ BULIMIE A ATYPICKÁ MENTÁLNÍ BULIMIE	20
1.3.1 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro mentální bulimii	22
1.3.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	23
1.4 PŘEJÍDÁNÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI	24
1.5 ZVRACENÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI	24
1.6 JINÉ PORUCHY JÍDLA.....	25
1.7 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.	25
1.7.1 Bigorexie	25
1.7.2 Ortorexie	26
1.7.3 Drunkorexie.....	27
1.8 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSKÉM VĚKU	28
1.9 SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ	29
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII.....	32
2.1 HISTORICKÉ MEZNÍKY	33
2.2 HISTORIE V ČESKÝCH ZEMÍCH	34
3 ZDRAVOTNÍ RIZIKA	36
3.1 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	36
3.2 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE	37
4 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	39
4.1 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	39
4.1.1 Sebepoškozování a sebevražda	40
4.1.2 Depresivní stavy a jiné psychické odchylky od normálu	41
4.1.3 Alkohol a jiné závislosti.....	42
4.2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE	42
4.2.1 Vliv mentální anorexie a bulimie na pracovní či školní úspěšnost.....	43
4.2.2 Vliv mentální anorexie a bulimie na přátelské a rodinné vztahy	43
4.2.3 Vliv mentální anorexie a bulimie na partnerské a sexuální vztahy.....	43
5 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE.....	45

5.1	HOSPITALIZACE	45
5.2	AMBULANTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE	46
5.3	FARMAKOTERAPIE	46
5.4	SVÉPOMOC A PSYCHOEDUKACE	47
5.5	PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY	47
5.6	MOTIVACE.....	48
6	ETIOLOGIE.....	49
6.1	FAKTORY BIOLOGICKÉ.....	49
6.2	PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	50
6.3	RODINNÉ A GENETICKÉ FAKTORY	51
6.4	SOCIOKULTURNÍ FAKTORY	52
6.5	ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	53
7	PREVENCE.....	55
7.1	NEZISKOVÁ ORGANIZACE ANABELL	55
8	INTERNET A MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	58
8.1	PRO-ANA BLOGY A PRO-MIA BLOGY	59
II	PRAKTICKÁ ČÁST	61
9	PROJEKT VÝZKUMU	62
9.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	62
9.2	CÍLE VÝZKUMU	62
9.3	POJETÍ VÝZKUMU	63
9.3.1	Případová studie	63
9.3.2	Triangulace.....	64
9.3.3	Výzkumné otázky.....	64
9.3.4	Výzkumný vzorek	65
9.3.5	Metoda výzkumu.....	66
9.3.6	Etapy vedení interview	66
9.3.7	Způsob zpracování dat	67
9.3.8	Metoda analýzy dat.....	68
9.4	METODA NEDOKONČENÝCH VĚT	68
10	VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	69
10.1	OTÁZKY ROZHOVORU.....	69
10.2	ROZHOVOR S DALŠÍ OSOBOU	70
11	KAZUISTIKY.....	71

11.1	KAZUISTIKA BLANKA	71
11.2	KAZUISTIKA BÁRA	74
11.3	KAZUISTIKA ANNA.....	78
11.4	KAZUISTIKA ALENA.	81
12	ANALÝZA DAT	84
12.1	FAKTORY VZNIKU A SPOLEČNÉ ZNAKY	84
12.2	SOCIÁLNÍ A PSYCHICKÉ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE.....	87
12.2.1	Vliv mentální anorexie a bulimie na vztahy se členy rodiny	87
12.2.2	Vliv mentální anorexie a bulimie na pracovní či školní úspěšnost.....	88
12.2.3	Vliv mentální anorexie a bulimie na partnerské vztahy	90
12.2.4	Vliv mentální anorexie a bulimie na přátelské vztahy a společenský život.....	91
12.2.5	Vliv mentální anorexie a bulimie na psychické zdraví	92
12.2.6	Prognóza dalšího stavu.....	94
13	METODA NEDOKONČENÝCH VĚT.....	96
13.1	NEDOKONČENÉ VĚTY – SROVNÁNÍ	96
14	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	99
14.1	VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ A NÁVRHY PRO PRAXI	102
ZÁVĚR		103
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		105
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		110
SEZNAM TABULEK.....		111
SEZNAM PŘÍLOH.....		112

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala ze dvou důvodů. První takový popud nastal v době, kdy jsem psala svou bakalářskou práci a pohybovala jsem se na jedné střední škole ve Zlíně. V tom roce nastoupily do prvního ročníku tři studentky s již prokázanou a léčenou mentální anorexií. Při následném rozhovoru s výchovnou poradkyní na té škole, mi sdělila, že u několika dívek má také podezření, že trpí některou z poruch příjmu potravy nebo k tomu alespoň mají sklony. To mě celkem překvapilo, nemyslela jsem si, že se tato problematika týká tak hojně běžné populace dívek, pokud se nejedná zrovna o modelky či baletky.

Dalším důvodem bylo to, že od svého dětství jsem se pohybovala ve světě různých diet. Co si pamatuji, pořád jsem bojovala s váhou a velmi nezdravě se stravovala. Střídala jsem období, kdy jsem hladověla, s obdobími, kdy jsem jedla normálně, tělo reagovalo klasickým jo – jo efektem. Ovšem toto stravování mi připadalo zcela běžné, viděla jsem to všude ve svém okolí. Možná, kdyby se přidalo ještě pár faktorů, mohla jsem do některé z PPP spadnout taky.

Ve své práci jsem se zaměřila zejména na dvě z poruch příjmu a to je mentální anorexie a mentální bulimie. Jsou to poruchy, které první člověku vyvstanou na mysl, když se vysloví poruchy příjmu potravy. Jsou nejrozšířenější, nejvíce mediálně probírané, ale taky s největšími zdravotními a psychickými riziky. Když před někým vyslovíte slovo anorektička, tak si ihned dokáže vybavit extrémně vyhublou dívku, která je víceméně jen kostra, obtažena kůží. Když vyslovíte bulimie, okamžitě se asociuje pojem zvracení. Takže veřejnost určitě tuší, oč se v tomto onemocnění jedná, ale nemá přesnou představu o složitých procesech, kterými musí lidská psychika projít, než se něco takového přihodí a zejména jaké důsledky tato onemocnění přináší.

Má práce je rozčleněna na dva základní oddíly a to část teoretickou a část praktickou. Část teoretická je rozdělena do sedmi základních kapitol.

V kapitole první jsem se snažila objasnit termín poruchy příjmu potravy, vyjmenovat všechny a stručně všechny definovat, přičemž největší prostor jsem věnovala mentální anorexii a bulimii. Také jsem se v této kapitole věnovala PPP u dětí a u mužů, poněvadž vykazují určitá specifika.

Ve druhé kapitole jsem se zabývala PPP v historii, jak světové, tak české.

Třetí a čtvrtá kapitola popisuje všechny zdravotní a sociální rizika, která mentální anorexie a bulimie přináší a způsobuje.

Pátá kapitola ukazuje na možnosti a způsoby, jakými se tato onemocnění léčí a zabývá se i velmi složitou otázkou motivace, která je u psychických poruch velmi složitá.

Šestá kapitola nás zavede do spletitosti a složitosti možných příčin vzniku mentální anorexie a bulimie, nikdo ještě přesně nedefinoval příčiny, proč onemocnění vzniká a pravděpodobně je nikdo nikdy ani neurčí. Jedná se vždy o komplex různých rizikových faktorů a událostí, které nemoc spustí.

V sedmé kapitole jsem se zabývala prevencí, která je podle mého nedostatečná, z médií se na mladé lidi spíše hrnou špatné příklady, než správné preventivní působení v této oblasti.

Osmá kapitola je věnována internetu, jako fenoménu dnešní doby. Poukazuji zde i na „blogovou módu“, která se bohužel ne zrovna pozitivně dotýká i problémů mentální anorexie a bulimie.

V praktické části jsem se zaměřil na kvalitativní zkoumání několika respondentek, které si prošly buď mentální anorexií, nebo bulimií. Jejich osudy jsem sepsala v osobních kazuistikách, ze kterých jsem se pak pokusila analyzovat psychické a sociální důsledky, které jim onemocnění přineslo.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie a bulimie spadají do skupiny nemocí, které se souhrnně nazývají poruchy příjmu potravy (PPP), proto se v první kapitole své práce budu zabývat celou touto skupinou nemocí.

Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace.

Jídlo je nedílnou součástí našeho života. Sací a polykací reflex u dětí patří mezi nejzákladnější reflexy, se kterými se dítě rodí. Cokoli dáte zdravému novorozenci k ústům, tak začne sát. Je to přirozené a normální. V tomto období, při kojení, se také utváří významné psychosociální vazby mezi matkou a dítětem. Což je v tomto období správné a přirozené, dítě zažívá při kojení libé a příjemné pocity, ale chybou je, pokud určité takové návyky si sebou nese dál a rodiče ho v tom podporují např. odebíráním potravy za trest nebo naopak sladkým odměnami. Již takové drobnosti mohou přispět k nesprávnému pohledu na jídlo, a pokud se k tomu přidají další faktory, může vzniknout velmi úrodná půda pro rozvoj poruch příjmu potravy.

„Poruchy příjmu potravy patří mezi vážná psychická onemocnění s fatálními důsledky na zdraví postiženého, jeho soukromý i pracovní život. Bilance onemocnění je velmi vážná - poruchami příjmu potravy trpí až 6 % osob v rizikové populaci (15-25 let), přičemž zhruba po 5 letech soustavné péče se 40 % vyléčí, 30 % dosáhne výrazného zlepšení stavu, 20 % se nevléčí (z toho 30 % umírá do 30. roku života) a až 10 % umírá.“ (Marinka.cz, 2010, [online])

Rostoucí počet případů PPP v posledních letech vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje kult štíhlosti. Módní a filmový průmysl i média rozšiřují názor, že i mírná nadváha je škodlivá a čím je člověk hubenější, tím bude v životě šťastnější. Zejména ženy, u kterých je kladen větší důraz na jejich vizáž se tímto dají snáze ovlivnit. Nedá se říci, že by se tento problém týkal pouze žen, ale většinou se týká žen, a co je nejvíc alarmující velmi mladých dívek a žen.

1.1 Definování poruch příjmu potravy

Pro správné pochopení, problematiky uvedu několik definicí PPP. Takže uvedu doslovné definice odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.

„O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 7)

Někdy PPP autoři přirovnávají k závislosti a zejména mentální bulimii, kde se objevují stavy podobné cravingu a zhoršené sebeovládání, co se týká jídla. To se objevilo i ve výše uvedené definici. U mentální anorexie bych viděla závislost na extrémní štíhlosti.

Další definice je sice velmi stručná, ale v podstatě zcela výstižná.

„Poruchy příjmu potravy jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa a bulimia nervosa po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu.“ (Papežová, 2010, s. 126)

Já se nejvíce ztotožňuji s poslední definicí podle Horta, kde jsou vzpomenuty zejména psychické aspekty, dále vliv společnosti, posedlost štíhlostí, ale i to, že je to onemocnění somatické.

„ Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Jde o nemoc patřící do období posledního půlstoletí, kterou někteří autoři zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Postihuje zejména mladé dívky a ženy. Rozeznáváme dvě formy onemocnění, formu restriktérskou, tedy mentální anorexii, a formu bulimickou, mentální bulimii. Oběma typům je pak společné to, že dívky s tímto onemocněním touží zůstat extrémně štíhlé.“ (Hort a kol. 2000, s. 263)

Je v širokém povědomí lidí, že PPP jsou jevem novodobým, který se týká „konzumní, rozmazlené“ západní civilizace.

Ovšem podle Papežové (2010), svědčí současné práce o tom, že například v Africe, Číně, Fidži se PPP projevují také. Ovšem studie u Amišů¹ prokázala, že oni PPP netrpí. Což

¹ Amišové žijí v různých státech USA a Kanady. Základem jejich světonázoru je víra v Boha a praktikování jednoduchého života, nedotknutého civilizací v souladu s přírodou, půdou a členy své komunity.

svědčí o tom, že v aglomeracích, kde proběhla globalizace, rozvoj médií a jsou tím pádem ovlivněny západní kulturou, i když patří do zemí např. tzv. třetího světa, jsou obyvatelé ohroženi stejně jako ve vyspělých západních zemích.

Ve své práci a zejména výzkumném šetření se budu zajímat hlavně o mentální anorexii a bulimii, které se vyskytují v populaci nejčastěji. Jsou také nejvíce závažné svými zdravotními důsledky, a to zejména u mentální anorexie, kdy může epizoda končit smrtí. Ale pro ucelený přehled uvádím výčet všech nemocí, které pod PPP spadají podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10).

1. Mentální anorexie (F 50.00)
2. Atypická mentální anorexie (50.1)
3. Mentální bulimie (F 50.2)
4. Atypická mentální bulimie (F 50.3)
5. Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.4)
6. Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.5)
7. Jiné poruchy jídla (F 50.6)

Ve výčtu nemocí se neobjevuje obezita, která na první pohled vypadá taky jako PPP, ale ne každá obezita souvisí s nadměrným přejídáním, může mít jiné somatické příčiny a povaha obezity neodpovídá PPP, i když některé PPP může obezita doprovázet.

Ovšem vzhledem k tomu, že rozvoj této nemoci v posledních letech probíhá raketově, tak se objevily nové nemoci, které do skupiny PPP spadají, ale zatím nebyly popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí, tyto nemoci také v jedné kapitole vzpomenu.

1.2 Mentální anorexie a atypická mentální anorexie

Jako první z těchto duševních onemocnění je uvedena mentální anorexie. Většina lidí si dokáže představit, jak taková anorektička vypadá, ale už ne všichni vědí, co se přesně za termínem mentální anorexie skrývá.

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo, proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechťejí jíst. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění.“ (Krch, 2002, s. 23)

Takže již jen z této definice pramení, že se nejedná o nechutenství v pravém slova smyslu, kdy by mohly být příčinou somatické příčiny, ale o to, že dívky úmyslně nejedí a hladoví.

Další definice postihuje mentální anorexii v celé její šíři a budu se jí držet i, co se týká výzkumného šetření, neboť postihuje opět jako Hortova definice PPP psychické problémy, které onemocnění přináší.

„Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice², případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu.“ (Hort a kol., 2000, s. 264)

Mentální anorexie je zjednodušeně řečeno hladovění. Ovšem jde o to, že nemocný nechce jíst, nejde o to, že nemůže, alespoň v počátcích nemoci to platí určitě. Ovšem ne každý, kdo hladoví, trpí MA. Existují určitě i jiné příčiny hladovění. Můžeme vzpomenout například hladovění z nějakých náboženských důvodů nebo hladovky, které trvají jen 1-2 dny na pročištění organismu, dokonce existují i názory, že je to zdravé (pokud se nejedná např. o diabetika), vždyť i naši předci se před významnými církevními svátky postili a určitě to nikomu nijak zvlášť neublížilo. Dalším extrémem může být hladovění při protestních hladovkách, kde ovšem hladovění není cílem ani prostředkem ke zhubnutí, ale prostředkem na zviditelnění nějakého jiného, nejčastěji politického cíle, či protest proti nějaké skutečnosti. Při takových hladovkách, si ale jedinec své hladovění uvědomuje. Sám rozhoduje o tom, kdy začne a kdy skončí a je si vědom následků, které to může přinést.

² Malnutrice = označení pro takový stav výživy jedince, kdy nejsou pokryty všechny jeho potřeby-příjem potravy je nedostatečný, přílišný nebo nevyvážený.

Takže o MA začínáme mluvit, když hladovění je spontánní, dlouhodobé a vykazuje patologický projev. Toto hladovění má za následek poruchu regulace příjmu potravy, je doprovázeno změnami v potravním chování a zároveň zde dochází k poruchám vztahu k vlastnímu organismu. (Fraňková, 1996)

Laici, kteří o tomto onemocnění nic nevědí, mohou nabýt přesvědčení, že anorexie se dá léčit velmi snadno. Nemocný prostě jen začne jíst, což je přece ta nejpřirozenější lidská činnost. To je ale obrovský omyl, který může vést k podcenění problému, což může mít za následek i smrt.

Mezi profesemi nejčastěji postiženými anorexií vedou zcela jednoznačně modelky. K častým obětem však patří i baletky, tanečnice, herečky, zpěvačky či vrcholové sportovkyně. Prostě ty skupiny, pro které je prvořadý fyzický vzhled nebo tělesná hmotnost.

1.2.1 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro mentální anorexií

Tato kritéria jsou přesně daná a setkáváme se v nich s pojmem BMI³, který může být na první pohled zřejmý a lehce zjistitelný i pro laika, pokud má podezření na MA. Pevně stanovená kritéria pro MA jsou:

- a. *Tělesná váha je udržovaná nejméně 15 % pod předpokládanou váhou, nebo BMI je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.*
- b. *Pacient si snižuje váhu sám dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.*
- c. *Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.*
- d. *Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea⁴ (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.*

³ BMI- body mass index = váha (kg) / výška (m)²

- e. *Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale první menstruace může být opožděna.*

*Pro definitivní diagnózu MA F50.0 musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud chybí jeden nebo více symptomů hovoříme o **atypické mentální anorexii F50.1**. (MKN - 10)*

Jak jsem již uvedla, MA postihuje zejména mladé dívky a ženy, poměr mezi takto nemocnými pacienty je udáván nejčastěji 10:1 ve prospěch žen. V mladším věku u chlapců je pravděpodobnost výskytu MA relativně vyšší. Nemocnost MA stoupla, v šedesátých letech se udávaly 2 případy na 100 000 obyvatel a počátkem devadesátých let už 6 – 8 na 100 000 obyvatel. Což je minimálně trojnásobný nárůst za třicet let. V devadesátých letech byl výskyt nemoci kolem 60 na 100 000. Nejčastější začátek onemocnění se uvádí 14-15 let a mezi 17. - 18. rokem. Nemocnost u dívek bývá uváděna mezi 0,5 - 1 % mladých dívek. Ještě existuje velká skupina dívek, které vykazují tzv. **subklinické formy MA**. Tyto dívky sice vykazují problémy v některých nebo i ve všech parametrech diagnostických kritérií, avšak intenzita příznaků není tak výrazná. Jsou to dívky zabývající se jídlem, tloušťkou, váhou atd., ale jejich BMI je hraniční, ovšem je to riziková skupina, která časem může dospět k plně rozvinuté MA. (Hort a kol., 2000)

To že tato skupina dívek je asi opravdu velká, mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, kdy již před 30 ti lety, kdy jsem byla ve věku z tohoto pohledu rizikovém, nebylo ničím zvláštním, kdy já i mé spolužačky jsme několik dní hladověly, nebo byly jen o vodě a jednom jablku denně. Myslím si, že se pravděpodobně situace asi mnoho za tu dobu nezměnila.

1.2.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

DSM je americká národní klasifikace mentálních poruch, která původně vznikla pro potřeby americké armády. Na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí je podrobnější a konkrétnější, takže se používá jako rozšíření a doplnění její psychiatrické části. Její vznik se

⁴ Amenorea = lékařský termín pro absenci menstruace, buď trvale, nebo dočasně

datuje do roku 1952, v současnosti platí verze DSM-IV-TR z roku 2000. Kritéria podle této klasifikace jsou:

- a. *Odmítání udržovat svou váhu na úrovni nebo nad úroveň minimální normální váhy (dle percentilového grafu pro příslušný věk/výšku).*
- b. *Intenzivní strach z nárůstu tělesné hmotnosti, i když objektivně pacient (ka) může trpět těžkou podváhou.*
- c. *Popírání závažnosti ztráty tělesné hmotnosti, abnormální sebevnímání (neschopnost posuzovat objektivní závažnost stavu).*
- d. *Sekundární amenorrhea (vynechání alespoň 3 následujících cyklů u postmenarchálních žen). (DSM – IV)*

DSM-IV-TR dále identifikuje dva podtypy mentální anorexie. Jedná se o **nebulimický (restriktní)** typ, kdy během epizody MA u nemocného nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, tento typ je ojedinělý. Druhým typem je typ **bulimický (purgativní)**, u kterého během epizody MA, dochází k opakovaným záchvatům přejídání. (DSM – IV)

Takže zjednodušeně řečeno mentální anorexie je hladovění a odmítání potravy, ale u bulimického typu, hladovění střídají epizody přejídání a následného zvracení.

1.3 Mentální bulimie a atypická mentální bulimie

Dalším ve výčtu onemocnění PPP je mentální bulimie, druhá nejvýznamnější PPP. Krch (2008) uvádí, že ve společnosti je daleko víc případů skryté MB, ale na druhou stranu jsou takto nemocní daleko ochotnější ke spolupráci při léčení a častěji do ordinace lékařů zamíří sami než je tomu u MA. I procento vyléčených je výrazně vyšší, než je tomu u MA.

Podle mne je to proto, že MB je v podstatě ve svých počátcích nenápadná a nevypadá nebezpečně, budu normálně jíst, občas se přejím, dám si klidně to, na co mám chuť, a pak to jen jednoduše vyzvracím a nepřiberu na váze. Jenže pokud toto onemocnění překročí únosnou mez a dotyčný začne zvracet v podstatě po každém jídle, tak ho to začne velmi obtěžovat v běžném životě a zamíří do ordinace lékaře.

Uvedu několik definic mentální bulimie.

„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou

pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolání zvracení. Nemocná si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení.“ (Hort a kol. 2000, s. 271)

Hort ve své definici zmínil ten fakt, že bulimičky na rozdíl od anorektiček vyhledají časem lékařskou pomoc sami nebo se svépomocí rozhodnou s touto nemocí vypořádat

„Mentální bulimie společně s anorexií patří mezi tzv. poruchy příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělu. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Zatímco anorektičkám se to většinou daří, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by chtěly. Samozřejmě že jsou zklamané, cítí se provinile a hledají způsob, jak to odčinit.“ (Krch, 2003, s. 18)

Krch ve své definici MB srovnal podobnost obou poruch, MB a MA, zejména vyzdvihnul jeden faktor, a tím je nezdravá touha po štíhlosti, které je potřeba docílit za každou cenu bez ohledu na důsledky.

Poslední definice, kterou uvádím je od Balcha a je nejdelší, ale také obsahově „nejvýmluvnější“, dle mého názoru. Ovšem chybí mi tam zejména ten aspekt touhy po štíhlém těle a nezdravý strach z tloušťky.

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

Krch uvádí, že výskyt mentální bulimie je vyšší než výskyt mentální anorexie a nástup nemoci přichází většinou později až v adolescentním věku nebo rané dospělosti. Nemocnost se uvádí mezi 1-3 % v populaci mladých žen a dívek. Opět převažují ženy nad muži a nezdá se, že mentální bulimii předchází MA, podle některých studií je takových pří-

padů až 50 %. Pro MB jsou charakteristické záchvaty „vlčího“ hladu, kdy nemocný sní na posezení obrovské kvantum jídla. Pro představu to Krch specifikoval. Energetická hodnota jednorázového příjmu potravin může činit 5-10 000 kcal a celková denní dávka může činit až 50 000 kcal. Což je asi pro většinu lidí kvantum potravy absolutně nepředstavitelné, když si uvědomíme, že dospělý zdravý člověk sní přibližně 2 000 - 3000 kcal denně. To navíc ukazuje i na to, že MB je nemoc, která je značně ekonomicky nákladná.

„Na cestě k přejídání se a návyku na velké množství jídla bývá často vegetariánská dieta nebo přejídání se sezonním ovocem.“ (Krch, 2003, s. 22)

To pramení z toho, že pokud se člověk omezuje v jídle a drží diety, tak má pocit, že ovoce a zeleniny může sníst, kolik chce. Tím pádem to může svádět k přejedení, a to může být první krok k rozvoji mentální bulimie.

1.3.1 Diagnostická kritéria MKN – 10 pro mentální bulimii

MB, má opět přesně daná diagnostická kritéria, protože skutečnost, že člověk se občas přejí nebo zvrací je v životě celkem běžná, nebo to může být příznakem i jiné PPP. Diagnostika musí splňovat tyto body:

- a. *Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.*
- b. *Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními⁵ preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.*
- c. *Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než pre-morbidní váha⁶. (MKN - 10)*

Diagnostika MB je velmi složitá, ani nejbližší okolí nemusí velmi dlouho nic pozorovat. Pacientky totiž nekontrolovatelné přejídání a následné zvracení provozují v době, kdy jsou

⁵ Tyreoidální = vztahující se ke štítné žláze

⁶ Premorbidní váha = optimální, zdravá váha

samy, přitom běžně se stravují s rodinou. A navíc skutečnost, že se občas někdo přejí, je celkem běžný jev. Většinou na tento syndrom upozorní až vyhublost nebo jiný zdravotní problém.

1.3.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

Stejně tak, jako pro jiné psychiatrické poruchy, tak se pro upřesnění diagnostiky používá tato americká i u mentální bulimie. Kritéria podle DSM – IV jsou tato:

- a. *Opakující se epizody záchvatového přejídání. Tuto epizodu charakterizuje:*
- b. *Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.*
- c. *Minimálně dvě epizody záchvatového přejídání po dobu alespoň tří měsíců.*
- d. *Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.*
- e. *Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie. (DSM – IV)*

U **atypických forem mentální bulimie F50.3** stejně jako u atypických forem MA, chybí jeden nebo více klinických příznaků, nebo zde můžeme zařadit například jedince, kteří pravidelně velké kvanta potravy jen žvýkají, vyplivují je a nepolykají.

Protože MA a MB jsou nejrozšířenější, ale i nejnebezpečnější PPP, tak se pokusím shrnout základní rozdíl mezi nimi. Ten můžeme velmi stručně charakterizovat v rozdílném zacházení s jídlem. Mentální anorektici nejsou schopni přijímat jídlo a dostanou se až do stadia, kdy snědí pouhé jedno jablko či jogurt denně. V důsledku tohoto hladovění značně vyhubnou, a to má za důsledek velmi závažné zdravotní somatické i psychické komplikace v důsledku podvýživy. Mentální bulimici se snaží dodržovat jakýsi omezený příjem potravy, drží různé diety, stravují se velmi chaoticky a nedostatečně do okamžiku, než nastane zlom a jejich tělo nevydrží nápor hladovění a diet. V této chvíli propadají určité beznaději, která přechází k záchvatu přejedení, v němž zkonzumují velké množství potravin najednou. Pak přijdou výčitky svědomí z toho, že selhali a není nic jednoduššího, než se rychle toho jídla zbavit, buď zvracením, nebo projímadly. Začíná tak bludný a nekonečný kruh takového chování, z něhož není snadného úniku. I bulimici trpí velmi vážnými tělesnými či psychickými komplikacemi.

1.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Musí se jednat o přejídání psychogenního původu, neznamená to, že když se čas od času někdo přejí, že trpí touto nemocí.

Jedná se o přejídání, které vedlo k obezitě a bylo vyvoláno jako reakce na nějakou stresující událost. Může to být ztráta blízké osoby, nehoda, chirurgická operace atp. Tyto stresující události mohou vyvolat reaktivní obezitu, zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze. Obezita může způsobit, že pacient je citlivý na svůj zjev a může vyvolat jeho nedůvěru v osobních vztazích. (Nešpor, 2000)

Záchvatovité přejídání - nemoc postihuje obě pohlaví. Může se rozvinout od dospívání v podstatě v jakémkoliv věku, ale častěji než u jiných poruch se týká starších lidí. Častou příčinou může být nevyvážené stravování a zejména časté redukční diety. Důsledkem toho bývá přibývání na váze, z toho pramenící deprese a nespokojenost se svým tělem. Střídá se omezování v jídle, často až hladovění nebo jednostranná nevyvážená strava s nutkavou touhou se najíst, jejímž důsledkem bývá přejedení. Člověk jí velmi rychle dokud se necítí přeplněn a následně se za své chování stydí. Tyto stavy doprovázejí nepříjemné pocity z přejedení, ale nedochází ke zvracení. Tyto stavy se opakují alespoň dvakrát týdně po dobu šesti měsíců, aby mohla být diagnostikována tato porucha.

Syndrom nočního přejídání - lidé trpící tímto syndromem během dne chuť k jídlu nemají a víceméně vůbec nejedí. Jak se však blíží večer, začíná se chuť k jídlu zvyšovat a začínají jíst. V noci jejich "vášeň" vrcholí a oni se probouzejí hlady. Noční přepadání ledničky pak často bývá příčinou toho, že nemocný, který míval normální váhu, začíná trpět nadváhou. Nemocní nemusejí jíst, pokud není jídlo k dispozici. (Krch, 1999)

1.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

V žádném případě sem nespadá zvracení, které může být následkem nějakých jiných somatických problémů, či nemoci.

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami může nastat u disociativních poruch, které jsou úzce spjaty s traumatizujícími událostmi, traumatizujícími problémy nebo naru-

šenými vztahy, a také u hypochondrické poruchy. U těchto poruch může být zvracení jedním z tělesných symptomů. Do této kategorie řadíme i zvracení v těhotenství, kdy emoční faktory mohou přispět k opakované nauze⁷ a zvracení. (Maloney, Kranzová 1997)

1.6 Jiné poruchy jídla

Další diagnózou jsou „jiné poruchy příjmu jídla“ řadíme sem piku neorganického původu u dospělých a psychogenní ztrátu chuti k jídlu. (MKN 10)

1.7 Nové typy poruch příjmu potravy.

Jak se bohužel ve společnosti všechno vyvíjí, tak ten vývoj postihl i PPP a objevují se stále nové poruchy. Vzhledem k tomu, že jsou to opravdu „produkty“ posledních let, tak o nich najdeme minimum odborné literatury.

1.7.1 Bigorexie

Někdy je Bigorexie nazývána Adonisovým komplexem, je to v podstatě taková „anorexie naruby“. Dále je nazývána jako biorexie, dysmorfofobie nebo svalová dysmorfická porucha.

„Bigorexie je další formou poruch příjmu potravy, kdy postižený jedinec má pocit, že je nedostatečně svalově vyvinutý. Poruchou trpí převážně muži, výjimku tvoří ženy věnující se kulturistice. Jedinci s bigorexií dodržují přesnou dietu s vysokým obsahem proteinů a nízkým obsahem tuků, časté je užívání steroidů.“ (Martykánová, Piskáčková, 2010)

Podobně jako anorexie je spojena s narušeným vnímáním svého těla, při této poruše se člověk cítí hodně štíhlý a jeho cílem je nabrat, co nejvíce svalové hmoty. Takže tráví spoustu času v posilovně a snaží se to ještě dohnat jídlem, takže nadměrný přísun bílkovin, přípravků na nárůst svalové hmoty a bohužel i anabolických steroidů. Nadměrný příjem bílkovin může poškodit klouby a ledviny. Anabolické steroidy mohou poškodit játra, srdce, impotence, kolísání nálad apod. Nadváha, která s touto poruchou souvisí, může přinést také druhotné komplikace. Jako u jiných PPP, jde především o dosažení kontroly nad svým tě-

⁷ nauzea=pocit nevolnosti s nutkáním na zvracení

lem, vzniká závislost na cvičení a užívání podpůrných přísad a jedinec se izoluje od okolního světa a žije jen pro svou závislost. Toto je porucha, kterou trpí zejména muži, ale i ženy, kulturistky nejsou výjimkou. (sportcviceni.cz [online])

Mezi pravděpodobné rizikové faktory patří nadváha v dětství, nízké sebevědomí, významnou roli hraje také tlak společnosti na dokonalý tělesný vzhled a výbornou fyzickou kondici, či snaha o vyrovnání se se svými tělesnými slabostmi. Osoby trpící bigorexíí jsou často svým okolím podporovány a obdivovány pro jejich pravidelnou péči o své tělo a někdy je těžké rozeznat zdravou míru posilování od posedlosti. Pokud se však u někoho vyskytují následující příznaky bigorexie, je důležité vyhledat co nejdříve odbornou pomoc. (viscojis.cz [online])

1.7.2 Ortorexie

Poprvé tento název použil v roce 1997 dr. Steven Bratman ve své knize *Health Food Junkies*. Název pochází z řeckého ortho – správný, pravdivý. Z toho by se dalo usuzovat, že vlastně se jedná o správné a zdravé stravování, v své podstatě je to pravda, ale to přerůstá do patologických rozměrů.

„Orthorexie je patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě. Na rozdíl od anorexie je porucha vyjádřena kvalitativním způsobem. Postižení jedinci konzumují výhradně biopotraviny, odmítají konvenční potraviny, obsahující aditiva a kontaminující látky a potraviny z geneticky upravovaných surovin. Mezi ohrožené skupiny patří také ortodoxní vyznavači veganství, makrobiotiky, syrové stravy a dalších alternativních výživových směrů i umělci, u nichž je důležitý vzhled.“ (Martykánová, Piskáčková, 2010)

Mentální anorexie a bulimie, jsou PPP, které jsou veřejnosti známé, ale ortorexie je další z poruch, o které toho mnoho nevíme. Ohrožuje však zdraví stejně, jako poruchy výše jmenované. Počátky této nemoci spadají do 80. let 20. století., do období, kdy se začal prosazovat zdravý životní styl a kult štíhlého těla. Na rozdíl od anorexie a bulimie postihuje ortorexie jinou skupinu osob, která je postižena. Týká se zejména osob s vyšším vzděláním, obojího pohlaví, které mají dobrý přístup k informacím zejména z internetu. S ortorexíí se v ČR setkal každý čtvrtý člověk. I u nás jsou nejvíce ohroženi vzdělaní lidé, ve věkovém rozmezí 30 – 40 let, kteří mají stabilní zaměstnání a jsou ve svém životě relativně úspěšní. Přitom podle nemocných a i jejich okolí, se nemocní nedopouštějí ničeho nezdravého,

prostě jen dodržují zásady zdravé výživy. U řady postižených, doslova posedlých zdravou stravou, nemoc nepozorovaně vygraduje a nemocný se již následně neobejde bez lékařské pomoci, je úplně posedlý zdravou výživou, jídlo si připravuje zásadně sám a má strach, aby náhodou nesnědl, jiné potraviny než absolutně zdravotně nezávadné. Chování těchto lidí se podobá chování osob, které trpí anorexií nebo bulimií nervosa. Rozdíl mezi těmito skupinami spočívá v tom, že anorektici a bulimici se zajímají o množství potravy, ortorektici o její kvalitu. (Ševelová 2010, [online])

1.7.3 Drunkorexie

Pod touto poruchou se skrývají dva nešvary dnešní doby, a to pití alkoholu a špatné stravování a hladovění.

„Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, zejména tvrdý, je poměrně kalorický, opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.“ (Kulhánek [online])

Osoba postižená touto poruchou, záměrně vynechává některá jídla během dne, zejména pak večer, aby večer mohla požit větší množství alkoholu a nepřibrála na váze. V některých případech lze mluvit i o alkoholové závislosti. Někdy se popíjení alkoholu používá také k potlačení chuti na jídlo. (viscojis.cz [online])

Tato porucha byla vyzorována u amerických školaček bydlících na internátu. Mladé dívky dobře vědí, že alkoholické nápoje obsahují kalorie, a proto se celodenním půstem zcela nesmyslně snaží připravit tělo na večerní párty, kdy si mohou bez výčitek dopřát alkohol. Tento termín, vytvořila média, dosud není uznán jako oficiální diagnóza. Přišel k nám z USA, kde již na tuto problematiku byly provedeny nějaké výzkumy.

Podle Nešpora jsou ale výsledky výzkumů v USA nadhodnoceny, udávají:

- 30 % mladých lidí ve věku 18–24 let vynechává jídlo, aby mohli více pít
- 1 z 12 univerzitních studentů je diagnostikován s PPP
- 30 % mladých žen, které mají problémy s pitím, trpí rovněž PPP. Národní asociace pro anorexii dokonce uvádí, že 72 % žen, které jsou závislé na alkoholu, trpí PPP

Nárazové pití se šíří mezi ženami napříč Amerikou. Podle jedné americké studie ze září 2009 ze vzorku 428 studentů 72 % přiznalo, že se pravidelně opíjejí. Zatímco množství alkoholu, které zkonsumovali mužští respondenti, bylo podobné jako v dřívějších studiích, frekvence nárazového pití mezi ženami se zvýšila. (Nešpor, [online])

1.8 Poruchy příjmu potravy v dětském věku

PPP patří k závažným psychiatrickým onemocněním, které se týká všech věkových skupin. Nejčastější skupinou je sice dospívající mládež, ale bohužel se toto onemocnění nevyhýbá ani dětem. Samozřejmě, že průběh onemocnění u malých dětí může mít ještě katastrofálnější následky než u mladistvých vzhledem k tomu, že jejich tělo je teprve v počátcích vývoje.

Děti do 12 let představují asi 5 % z celkového počtu pacientů. Bulimie je u této věkové skupiny předškolních a mladších školních dětí velmi vzácná. (Papežová, 2010)

Diagnostika u dětských pacientů je složitější, nelze na ně použít diagnostická kritéria podle MKN – 10 ani DSM – 4.

„Kritéria mentální anorexie vztahující se k somatickým změnám nejsou pro dětský věk zcela použitelná. Například BMI jako jedna z kritérií je veličina proměnlivá s věkem. Tento index 17,5 v osmnácti letech odpovídá 13,5 v deseti letech a ve dvanácti letech pak 14,2.“
(Hort a kol 2000, s. 275)

Výživa u dětí má nezastupitelný význam pro zdravý rozvoj a růst fyzické aktivity, ale i psychických schopností, ovlivňuje veškeré funkce těla. Sice v současné době je daleko větším problémem dětská obezita, ale objevuje se i MA. Vzhledem k obtížné diagnostice, jak jsem uvedla výše, navrhuje Nichols a Lask jiná kritéria hodnocení PPP u dětí.

- a. Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti
- b. Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
- c. Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou (Papežová, 2010, s. 137)

Následky PPP u dětí bývají závažnější, protože se jedná o zásah do plně se vyvíjejícího organismu a degenerativní poškození mohou být nevratná. U dětí také nastává hubnutí a dehydratace rychleji. Také léčba u dětí je složitější, čím je dítě mladší a nezralejší tím je spolupráce horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte a je tu nutnější více direktivní

přístup a je nařizována častější hospitalizace. Zásadní otázkou v úspěšné léčbě je spolupráce s rodinou dítěte. (Kocourková, 1997)

S jistotou byl potvrzen výskyt PPP u dětí kolem osmého roku, objevily se však i případy mladších pacientů. U dětí mladších 15 let se bulimie téměř neobjevuje, ale s anorexií se setkáváme. Projevuje se velmi podobně jako u starších pacientů. (Kocourková, Koutek 2002)

Podle Koutka mezi další PPP u dětí patří:

- **Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu** – různé důvody, proč nejedí, ale není prvotní hmotnost, mohou to být obavy z bolesti břicha, strach z otravy jídlem, strach se zadušení, somatické důsledky mohou být stejné jako u MA.
- **Syndrom vybíravosti v jídlu** – bývá pozorován u dětí 8-12letých je charakteristický, úzkým spektrem jídel, které dítě jí. Často jsou to chlapci, kteří jedí jen 2-3 potraviny.
- **Syndrom pervazivního odmítání** – stav, který je spojen s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze i péče o sebe. Většina pacientů jsou dívky 8-14 let a původně byl tento syndrom jako dětská varianta posttraumatické stresové poruchy u sexuálně zneužívaných dětí. To se ovšem nepotvrzuje.

Specifické a vzácné PPP u dětí:

- **Ruminace** – porucha příjmu jídla, kdy se jídlo vrací z jícnu zpět do dutiny ústní, bez nutkání zvracení a na dětech nevidíme ani známky nevolnosti. Porucha se častěji vyskytuje v rámci mentální retardace. Týká se zejména kojenců, batolat, ale může se vyskytnout i ve věku pozdějším.
- **Pika** – požívání nestravitelných látek, které nejsou určeny k jídlu. Například hlína, písek, barviva, textil, papír apod.

1.9 Specifika poruch příjmu potravy u mužů

Muži a PPP, to je téma, o kterém se moc nehovoří, ale není dobré ho opomíjet, protože existuje. Sice jeden z nejrizikovějších faktorů pro vznik je ženské pohlaví, ale nic nikdy není stoprocentní. Stačí se podívat na ženské časopisy, skoro v každém se nalezne článek o

hubnutí nebo zaručená dieta, to snad ženy předurčuje k tomu, aby se neustále zabývaly svou postavou. Zdálo by se, že tím pádem muži jsou ohroženi mediálním tlakem méně, ale je to jen zdánlivé. Když si otevřeme mužský časopis, tak na nás v podstatě vždy vykoukne nějaký kulturista nebo svalovec z posilovny. Nastala doba, kdy se ošklivost a tloušťka prostě nenosí mezi ženami, ale ani mezi muži, a to má vliv na to, že do ordinací a nemocnic putují i hladovějící muži. Mezi rizikové skupiny patří především muži, kteří svoji profesi stavějí na vzhledu - tanečníci, modelové, žokejové, zpěváci.

Poměr mezi muži a ženami 1 : 10, tak to bývá uvedeno ve všech zdrojích, to ale může být jen špička ledovce. Otázkou zůstává, kolik případů mužských PPP zůstává odborníkům skryto.

Tento poměr mezi muži i ženami, souvisí také s tím, že muži mají vyšší sebeúctu než ženy. U některých mužů může jejich sebeúctu snížit nadváha, tím pádem mohou být oce ohroženi tlakem sociálního prostředí. (Novák, 2010)

Velkou mediální pozornost zaznamenal v roce 2008 příběh britského ministra, který se veřejně přiznal k bulimii. Nejednalo se o nějakého vyhublého politika, ale urostlého muže s hodně korpulentní postavou. Z toho důvodu, to sdělení bylo přijato s velkým překvapením. Přiznal se, že přejídání mu přinášelo potěšení a řešil jím pracovní stresy, no a po přejedení není nic jednoduššího, než si od těžkosti v žaludku pomoci zvracením. Tak toto může být jedna skupina nemocných, která může být dlouhá léta veřejnosti a okolí skryta. (Frozen, 2008 [online])

Papežová rozdělila muže s PPP do tří skupin:

- První skupina jsou mladíci, mladíci, kteří se stali stejnou obětí titulních stránek žurnálů jako ženy, jen místo top-modelek, jsou jejich ikonami vypracovaná těla kulturistů. Jejich ideálem je svalnatá muskulatura s minimálním procentem tuku, život tráví v posilovně a zobou anabolika. Nic jiného je postupně nezajímá, život vně je přestává bavit – a mohou mít tytéž tělesné i psychické problémy jako anorektičky, jedná se vlastně o jakousi anorexií naruby. Pánové se také stále častěji stávají závislími na své postavě a myslí na ni několik hodin denně.
- Specifickou skupinou pacientů jsou muži, kteří se zajímají o východní duchovní směry. Jejich snaha o asketický život, postavená na přísných dietách, jako je veganství, a jejich 'perfekcionismus' může získat až obsedantní rysy.

- Třetí skupinou jsou muži, kteří přestali chápat, jaký má jejich život cenu, znají jen práci a mají pocit, že jim život uniká mezi prsty. Nestíhají hektické životní tempo a nezdravě striktní kontrolou stravování si chtějí dokázat, že aspoň nad něčím umí mít kontrolu, a to je jejich stravování. (Papežová, 2008 [online])

Jaké budou tendence rozvoje těchto poruch u mužů, to se nikdo neodvažuje odhadnout. Ovšem podle mého, vzhledem ke stálé mediální oblibě „kultu těla“, bude spíš případů i u mužů narůstat, to ovšem ukáže až čas. Skutečnost je, že bigorexie a ortorexie se týká více mužů, to potvrzuje.

Doktorka Papežová uvedla ještě jednu skutečnost, která zabraňuje se o mužských problémech s jídlem více dozvědět. O těchto poruchách se mluví jako o čistě ženských nemocích, a to je muže ještě více stresující, i když si uvědomí, že „má problém“, tak najednou má ještě jiné dilema, jestli je normální, když trpí „holčičí“ nemocí, a v takovém rozpoložení se jen těžko rozhodnou navštívit odborníka. (Frozen, 2008 [online])

Některé studie se zaměřovaly na to, že homosexuální muži mají větší dispozice k tomu získat PPP, tento předpoklad se ovšem nepotvrdil, i když homosexualita je považována za rizikový faktor u mužů, naopak u lesbických žen je tomu naopak. (Krech a kol., 2005)

Takže ze všech těchto uvedených dat vyplývá, že se PPP týkají i mužů, ale zdaleka ne v takové míře, jako žen. Je to dáno pravděpodobně tím, že na muže není vyvíjen společností a médií takový tlak, co se týká postavy a hmotnosti, jako na ženy. Uvažovalo se i o tom, že jsou více ohroženi muži homosexuální, ale to se hodnověrně neprokázalo. Ovšem existuje předpoklad, že u mužů existuje daleko víc skrytých případů těchto nemocí a souvisí to s tím, že muž, jako ten „silnější“ si poruchu nedokáže přiznat a méně často vyhledá odbornou pomoc. Navíc v poslední době se objevily nové druhy PPP, které souvisí s posilováním, zdravou stravou a nadužíváním anabolik, takže podle mého mínění existuje předpoklad, že případy PPP u mužů budou mít vzrůstající tendenci.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII

Vzhledem k tomu, že jídlo a potrava provází člověka odjakživa, tak není velkým překvapením, že i PPP mají své kořeny v daleké minulosti. Odmítání jídla patřilo k běžným projevům v průběhu dějin, nepřikládal se této skutečnosti patologický charakter.

Již ve 2. Století našeho letopočtu Galén použil slovo anorexie. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících praktik nebo pokání.

První zmínka o dívce, která dobrovolně zemřela hladem, pochází ze 14. století. Od 16 ti let přežívala pouze o chlebu, vodě a zelenině. Snědla – li více, tak spolykala kořínky, které jí vyvolaly zvracení. Ovšem důvod nebyl takový, jako u dívek v dnešní době, ale čistě náboženský. Naopak v době středověku, ale i antického Říma jsou známy praktiky, kdy při opulentních hostinách si panstvo uměle vyvolávalo zvracení, aby mohlo nerušeně v hodování pokračovat, ovšem taky se to asi nedá nazvat bulimií v pravém smyslu slova, spíš si jen nechtěly odepřít radost z dalšího hodování. Proto o nějakých bulimických projevech ze starých dob nejsou zmínky, protože to patřilo k běžným životním projevům a byla to určitá součást kultury.

První nejdokonalejší popis choroby, která by mohla odpovídat mentální anorexii je přikládán anglickému lékaři Richardu Mortonovi a pochází ze 17. století. Je nazýván „prvním portrétistou mentální anorexie“. První věrohodné případy MA se začínají objevovat v literatuře až v 19. století, zejména ve Francii, ale tyto první články nevzbudily příliš zájmu. Teprve 2. polovina 19. století přinesla zlom. O prvenství, co se týká zařazení na stabilní místo v medicíně, se dělí Angličan Whitey Gull a Francouz Ernest – Charles Laseguem. Podle obou autorů se jedná o psychogenní chorobu vyskytující se převážně u mladých dívek, základní příznaky, které popsaly, platí i dnes. Poprvé byl použit termín „anorexia nervosa“. I termín bulimie má svou vlastní historii filologové tvrdí, že pochází ze dvou řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), takže velký hlad, „že by člověk snědl vola“. Teprve v roce 1979 poprvé Brit Gerald Russel poprvé použil termín „bulimia nervosa“. (Papežová, 2010)

2.1 Historické mezníky

V podstatě v každé knize, kde je zmíněna historie PPP nebo i na internetových stránkách, se vždy objevuje skoro totožný výpis historických mezníků PPP. Proto jsem si tento výčet dovolila uvést i ve své práci.

- ✓ 2. století - Galén popisuje příznaky mentální anorexie
- ✓ 12. – 15. století - ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo
- ✓ 16. století – anorektické světice, pronásledovány církví.
- ✓ 1694 – Morton- první portrétista mentální anorexie
- ✓ 1874 - William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii
- ✓ 1875 - Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost
- ✓ 1883 - Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii
- ✓ 1884 - Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie
- ✓ 1890 - spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum"
- ✓ 1908 - P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky
- ✓ 1917 - Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety
- ✓ 1930 - přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy.
- ✓ 1950 - Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění

- ✓ 1962 - Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií
- ✓ 1967 – Twiggy (41 kg a 170 cm) na titulní straně módního časopisu Vogue
- ✓ 1970 - S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70 % amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky
- ✓ 1979 - G. Russell a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro PPP
- ✓ 1980 - vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie
- ✓ 1981 - M. C. Brotmana G. Humprey přednášejí referát o MB - zneužívání ipekakuanhy (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly - periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie
- ✓ 1983 - R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP
- ✓ 1986 - až 80 % desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie
- ✓ 1987 - WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst nových případů PPP
- ✓ od roku 1990 - preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifík PPP (Navrátilová a kol, 2000)

2.2 Historie v českých zemích

Tak jak uvedená data v předcházející kapitole jsem našla skoro vždy, tak v málokteré knize jsem se setkala s informacemi, které se týkaly historického vývoje v ČR.

V roce 1941 prof. Vratislav Jonáš napsal článek „*Patologická hubenost mladých dívek*“. V něm popisuje dvě příčiny abnormální vyhublosti mladých dívek. Jedna souvisí s poruchami hypofýzy a ta druhá závažnější se změněným psychickým stavem ve smyslu klasické „mentální anorexie“. Prof. Otakar Janota měl v roce 1945 na téma mentální anorexie přednášku na schůzi Spolku českých lékařů a v roce 1956 vychází jeho článek - „*O tak zvané mentální anorexii*“, kde podrobně rozebírá toto onemocnění a dokládá to typickými kazuistikami. (Papežová, 2010)

Významným představitelem, kterého zde musím zmínit je doc. MUDr. František Faltus, DrSc. V roce 1963 se začal na Karlově univerzitě věnovat studiu mentální anorexie. V roce 1977 publikoval monografii „*Řekni mi, co jíš*“ a v roce 1979 „*Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*“. V roce 1983 založil na Psychiatrické klinice jednotku specializované péče pro poruchy příjmu potravy, která byla první ve východní a střední Evropě. Po jeho odchodu do důchodu, ji převzala prof. Papežová, za jejího působení se tato instituce stala předním a uznávaným pracovištěm tohoto zaměření u nás i ve světě. (Raboch, Zvolský, 2010)

Dalším v současnosti asi nejvýznamnější odborníkem, který se u nás zabývá PPP, je PhDr. František David Krch, který se na psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze zabývá poruchami příjmu potravy. Je autorem řady odborných prací a několika monografií s tematikou poruch příjmu potravy. Bylo to první jméno, se kterým jsem se setkala, když jsem se začala PPP zabývat podrobněji.

3 ZDRAVOTNÍ RIZIKA

Dá se říci, že v první fázi nemoci pacienti uvádějí, že se cítí velmi dobře, zejména pokud se jim brzy podaří snížit hmotnost. Tím to bude společné s různými „dietáři“. Mohu to posoudit podle sebe, že pokud se mi brzy podařilo zhubnout následkem nějaké diety, nastalo období určité euforie a pocitu štěstí, který ovšem netrvá donekonečna. Zejména pokud se PPP rozjede do takového stádia, kdy nemocný již není schopen své stravovací návyky ovládat vlastní vůlí, ale myšlenky na jídlo a věci s ním související ovládnou jeho.

Všechny PPP patří mezi psychosomatická onemocnění. Nejzávažnější zdravotní následky má mentální anorexie, která bývá u těchto poruch i nejčastější příčinou úmrtí, některé prameny uvádí úmrtnost až 18 %. Často pacienti kolísají mezi oběma nejzávažnějšími poruchami, mezi MA a MB. (Krch, 2005)

3.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Zdravotní důsledky MA souvisí s vyhladověním organismu a velkým úbytkem svalové hmoty. Jedná se o:

- Porucha termoregulace - zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení, nemocnému je pořád zima.
- Dermatologické komplikace – suchá, zažloutlá, praskající pleť, vypadávání vlasů, tvorba různých vyrážek, vypadávání vlasů, snadno se dělají modřiny. Lidé, kteří trpí anorexií, často mají na těle jemný porost chloupků, kterým se latinsky říká lanugo. Chloupky pokrývají i obličej a jsou zoufalým pokusem těla udržet si tělesnou teplotu.
- Stomatologické obtíže – ztráta zubní skloviny, zvýšená kazivost zubů, zduření slinných žláz, záněty a zvýšená krvácivost dásní.
- Gastrointestinální komplikace – nejčastější problém zpomalení funkce střev a zácpa. Pocity nevolnosti v důsledku zmenšení žaludku, zvýšená funkce žaludečních šťáv zapříčiňuje vznik vředů. Poškození jater, které neprodukují dostatek bílkovin, následkem toho vznikají otoky. Slabý močový měchýř, častější nucení na močení.

- Hematologické komplikace – chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykemie nízký krevní tlak, Změny krevního obrazu a kostní dřeně. Zvýšená hladina cholesterolu v krvi.
- Celková únavnost a svalová slabost, časté křeče.
- Poruchy spánku - nespavost, insomnie, děsivé sny, popsány případy mimovolní konzumace jídla při probuzení a ráno může být na stav částečná nebo úplná amnézie.
- Narušení sexuálních funkcí – nepravidelná nebo žádná menstruace, rizikový nebo patologický průběh těhotenství, neplodnost. Oslabení zájmu o sex u mužů i žen.
- Kardiovaskulární problémy – bradykardie, arytmie, může dojít až k srdečnímu selhání. Patří mezi nejzávažnější komplikace v průběhu MA. Odpovídá za třetinu úmrtí těchto pacientek.
- Poruchy kostního metabolismu – útlum kostní novotvorby, následný úbytek kostní hmoty, zvýšené riziko zlomenin, zvláště velké riziko u dětí,
- Oslabení celkové obranyschopnosti organismu.
- Neurologické obtíže - poruchy vědomí, závratě, mdloby, závratě, dvojité vidění, bolesti hlavy.
- Renální komplikace – poruchy funkce ledvin. (Krch, 2002, Papežová, 2010).

Tento výčet zdravotních komplikací ukazuje na to, jak závažné onemocnění MA je, a že je důležité včasné léčení, aby tato porucha nezanechala trvalé zdravotní následky.

3.2 Zdravotní důsledky mentální bulimie

Zdravotní důsledky MB jsou v podstatě stejné, jako výše popsané zdravotní důsledky MA. Vždy záleží zejména na vyhublosti a nedostatečné výživě organismu. S největšími zdravotními riziky je spojena podvýživa, hladovění a zvracení. Vzpomenou některé závažné problémy, které se týkají konkrétně nemocných s MB.

- Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti, plynatost, zácpa, průjem.
- Výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny v důsledku velkého kvanta potravy.

- Nevhodná skladba potravin vede k hypoglykemii.
- Případy akutního zánětu slinivky břišní.
- Zranění krku a jícnu, v důsledku vyvolávání zvracení.
- Poruchy menstruačního cyklu i u normálně vážících bulimiček. Předčasný porod a nízká porodní váha dítěte.
- Vysoká kazivost zubů a ztráta zubní skloviny v důsledku působení žaludečních šťáv při zvracení.
- Dýchavičnost a tlak na bránici, při plném žaludku. (Krch, 2003)

Zdravotní následky u MB mohou být mírnější, protože většina mentálních bulimiček, nejsou zdaleka tak vyhublé jako mentální anorektičky a jejich organismus netrpí, tak velkou podvýživou. Zdravotní komplikace jsou způsobeny zejména častým zvracením, což je pro tělo věc nepřírozená.

Pro většinu lidí není zvracení věc celkem přirozená a běžná. Převážná většina populace zvrací jen tehdy, když to má odůvodnění v nějakém somatickém onemocnění. Já osobně si nedovedu představit, že bych se jen tak rozhodla jít zvracet, i když bych chtěla, nešlo by mi to. Věřím tomu, že i bulimičky s tím zpočátku mají problémy, a že se prostě zvracet „naučily“. Jejich motivace je prostě silná a chorobná, tak překonají i nepříjemné pocity, které zvracení způsobuje.

Jako dítě jsem byla svědkem toho, že má matka snad po každém jídle šla zvracet. Všichni v okolí to brali jako fakt a důvod byl, že má „slabý žaludek“. Nijak se tím netajila, ale také se nijak nepřejídala, prostě měla spojeno jídlo se zvracením. Až mnohem později jsem si uvědomila, že příčina byla úplně někde jinde, zejména, když najednou postupem času, zvracet přestala a žaludek má úplně zdravý doposud. Nebyla sice pravá bulimička, ale nějaká forma atypické bulimie, tam určitě byla. Také již v poměrně mladém věku v podstatě přišla skoro o veškeré své zuby, které se jí nadměrně kazily, nemohu samozřejmě s určitostí tvrdit, že je to díky tomu, že celé své mládí prozvracela, ale ta možnost zde je. A takových dívek a žen je určitě mezi námi spousta, aniž bychom o tom měli tušení.

4 PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

Mentální anorexie i bulimie významným způsobem ovlivňuje psychickou pohodu a celý osobní a společenský život nemocného. Celý svůj život podřizuje jídlu. Nedokáže se na nic jiného soustředit. Přestává jej zajímat cokoliv jiného, jeho zájmy jdou do pozadí, přestává ho zajímat setkávání s přáteli, rodinný život, stává se z něj egocentrista, který je zahleděn jen do sebe. Mentální anorexie bývá nazývána „nemocí pokřiveného zrcadla“. Pacient není schopen sám sebe vidět podle skutečnosti. Přestává se mít rád. Zpočátku nemocní udávají zvýšenou aktivitu a povznášející pocity, souvisí to s tím, že zpočátku jsou spokojeni s tím, že se jim daří hubnout. Jejich nálada je závislá od jejich tělesné hmotnosti. Časem ovšem s přibývajícím vyhublostí se jejich nálada mění a stává se depresivní a podrážděná.

4.1 Psychické důsledky mentální anorexie a bulimie

Nemocný spojuje všechny své pocity s jídlem, dietami, hmotností. Provází ho neustálý strach z tloušťky. Střídají se stavy deprese, splínů, smutku a sebelítosti se stavy euforie a čínorodosti. Tyto stavy se mohou střídat, někdy převažuje jen jeden z nich. Často jsou tyto lidé přehnaně pečliví a pořádkumilovní. Bývají velmi náladoví a popudliví, mají nízké sebevědomí a schází jim sebeúcta. Mají problém s koncentrací, přestává je zajímat okolní svět, ztrácejí zájmy a často zanechávají studia. Uvažují v extrémech, chtějí mít všechno nebo nic, souvisí to s tím, že často jsou to perfekcionalisti. Objevuje se zvýšené nebezpečí sebevražedných sklonů a dokonaných sebevražd. (Krch, 2002, 2003, 2005)

„Nejistota a nízké sebehodnocení jsou první krůčky na cestě k depresi. Jestliže vaše sebehodnocení těsně souvisí s tím, jak hodnotíte svoji postavu a tělesnou hmotnost, skutečnost, že jste se přejedli nebo přibrali na váze, bude pro vás mimořádně demoralizující. Budete se cítit zahanbeni a znechuceni sami sebou. Důsledkem mohou být depresivní příznaky od podrážděné apatie a pocitů viny až k vyhýbání se společnosti a pocitům beznaděje.“ (Krch, 2003, s. 31)

Pokusím se v následujících kapitolách zmínit nejčastější psychické a sociální problémy které onemocnění přináší.

4.1.1 Sebepoškozování a sebevražda

Mortalita u PPP se uvádí 5-17 %, v průměru okolo 8 %. Příčinou smrti kromě komplikací kachexie⁸ je suicidium. Podle některých autorů asi 2 % anorektiček suiciduje dokonane. (Koutek, Kocourková, 2003)

„Katzman uvádí v přehledné publikaci o somatických komplikacích mentální anorexie, že asi jedna třetina dospělých pacientek umírá v důsledku kardiálního selhání. Pokud zhruba 50 – 60 % nemocných umírá v důsledku sebevražedného jednání a 30 % v důsledku kardiovaskulárního selhání, zůstává dalších 10 – 20 % více či méně jasných příčin smrti, které ukončí život mladých dívek a žen trpících mentální anorexií.“ (Stárková, 2010)

Jedním z dalších problémů u nemocných je sebepoškozování. U sebepoškozujících se jedinců je porucha příjmu potravy přítomna v 54 - 61 %. Dle různých autorů je sebepoškozující jednání u PPP přítomno až u 25 - 55 % pacientů. Nejčastěji se jedná o řezání, pálení se a trichotilomanií. Někteří autoři zařazují samotnou poruchu příjmu potravy k sebepoškozování. Sebepoškozování je sice definováno jako aktivita, jež vede k poškození vlastního těla bez záměru zemřít, ale zůstává významným ukazatelem sebevražedného chování. (Bednárová, 2010)

Přemýšlela jsem nad tím, co vede dívky, které si ubližují již tím, že se špatně stravují k dalšímu, jinému sebepoškozování. Odpověď jsem našla v literatuře. Sebepoškozování je uváděno jako chování, které přináší uvolnění psychické tenze. Jedinci, kteří trpí PPP, jsou zavaleni pocity studu a frustrace, což jejich psychickou tenzi zvyšuje. Sebepoškozování potom představuje rychlé uvolnění těchto nepříjemných pocitů. Řada studií poukazuje na to, že velmi často, dokonce je uváděno, že až 73 % jedinců, kteří se poškozují, trpělo nebo trpí PPP. (Kriegelová, 2008)

„Přibližně 55 - 85 % osob, které se sebepoškozují, uskuteční nejméně jeden suicidální pokus.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 76)

⁸ kachexie= stav patologické hubenosti projevující se náhlým a velkým úbytkem hmotnosti s redukcí svalové hmoty a vymizením všeho zásobního tuku.

Sebevražda patří mezi ty nejhorší důsledky PPP, ale nepřichází jen tak odnikud, předchází jí stavy deprese, úzkosti, podrážděnosti a beznaděje.

4.1.2 Depresivní stavy a jiné psychické odchylky od normálu

Někdy není příliš jasná hranice, kdy depresivní a úzkostné stavy byly příčinou nebo důsledkem onemocnění. V každém případě jsou průvodním jevem onemocnění PPP.

„ Depresi charakterizuje vedle smutné nálady, buď úzkost nebo apatie, vždy pesimismus, snížené sebevědomí a ztráta sebedůvěry, sklon k sebeobviňování, snížení aktivity a ztráta zájmů, zpomalení duševních pochodů a většinou málomluvnost.“ (Musil a kol, 2006, s. 107)

Většina příznaků **deprese** je spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. Pocity deprese někdy střídají pocity **euforie**, které pramení z toho, že dotyčná pocítuje uspokojení, z toho, jak se jí daří hubnout, ale je způsoben i biochemickými změnami. V průběhu anorexie se mohou euforické a depresivní stavy často střídát, nebo jeden z nich dlouhou dobu převažuje a přechází v druhý, či se projevuje jenom jeden z nich. (Krch, 1999)

Podle Hsu (1990) se deprese během onemocnění objevuje až u 20 % anorektiček a 40 % bulimiček. I jiní autoři uvádí častější výskyt deprese u bulimických pacientů než u anorektických.

Mezi psychické důsledky jsou někdy zařazovány i perfekcionistické rysy, protože nemocní se snaží být dokonalí ve všem, ve svém vzhledu, ve škole, v práci. Snaží se dosahovat nejlepších výsledků a být lepší než okolí. Toto může někdy dosahovat až obsedantně kompulzivních rysů.

Ovšem nedostatkem živin a vyvážené stravy trpí tělo nejen fyzicky, ale dochází i ke zhoršení celkové intelektové výkonnosti, protože se snižuje koncentrace pozornosti a navíc se jejich myšlenky neustále zaobírají jídlem.

Další pocity, které se zejména u mentálních anorektiček mohou objevovat, jsou pocity **nadřazenosti, viny a hanby**. Nadřazenost pramení z toho, že dotyčná je jiná, než ostatní, protože dokáže přemoci potravinový pud, ovládne touhu po jídle, je prostě lepší než „obyčejný“ smrtelník. Ovšem pokud selže a něco sní, tak může velice rychle přijít pocit studu a viny. Považuje to za obrovské selhání a následuje zvýšené úsilí v hubnutí. (Leibold, 1995)

Každý z nás se chce vidět v zrcadle krásně, štíhle. U těchto dívek nastává stav, že se tak nebudou vidět nikdy, Mohou mít krásné, štíhlé postavy, jaké by většina žen přivítala, ale ony nejsou schopny vidět realitu a pořád se vidí tlusté. Takže, když budou hubnout stále více, pořád se vidí stejně. Okolí už dávno vidí, že jsou jen chodící kostry, ale ony si připadají pořád tlusté.

Většinou zde uvedené psychické důsledky ustupují, pokud nemocný opět získá kontrolu nad svými jídelními zvyklostmi a získá přiměřenou hmotnost. Problém, ale může nastat v tom, že nemoc často probíhá v adolescentním věku, kdy dochází k přirozenému zrání osobnosti a osvojení si některých sociálních a pracovních dovedností. (Krch, 1999)

Ovšem někteří autoři uvádějí, že mohou přetrvávat známky deprese, sociální úzkosti a známky obsedantně kompulzivní poruchy⁹. (Hsu, 1990)

4.1.3 Alkohol a jiné závislosti

U pacientů s bulimií jsou daleko častěji diagnostikovány závislosti na alkoholu a jiných omamných a psychotropních látkách. Různé omamné a psychotropní látky, alkohol, ale i jídlo slouží jako únikové prostředky, které kompenzují deficity osobnosti pacientů. K těmto pacientům je potřeba přistupovat jinak než k pacientům, kteří trpí pouze MB. Jsou více impulsivní, s většími depresivními a sebevražednými sklony. (Nešpor, 2003)

4.2 Sociální důsledky mentální anorexie a bulimie

Tady tyto psychické změny a samozřejmě celý průběh nemoci mají sociální dopad na jedince a celé jeho okolí.

Jsou **pokřivené mezilidské vztahy**, neprobíhá komunikace s přáteli, rodinou, partnerem. Dochází k hádkám a neshodám, tím pádem se nemocný uzavře ještě víc do sebe a dochází k **sociální izolaci**.

⁹ Patří k úzkostným poruchám a jde o poruchu chronickou, pacient má nutkání vykonávat určitý soubor činností, kompulze, které jsou také běžně nazývány rituály

4.2.1 Vliv mentální anorexie a bulimie na pracovní či školní úspěšnost

V pracovním nebo studijním procesu dochází ke **snížení výkonu**, nemocný prostě nestíhá, buď jen z toho důvodu, že je unavený, vyčerpaný, nevyspalý nebo z toho, že mu k nějaké smysluplné činnosti chybí motivace. Zhoršuje se koncentrace pozornosti a pohotovost chápat komplexní problémy. (Musil a kol., 2006)

To souvisí se **zhoršením kognitivních funkcí**. Byly popsány případy, kdy pacientky s MA vykazovaly zpomalený reakční čas, zhoršení v mentálně aritmetickém testu a zhoršení paměti krátkodobé i dlouhodobé. Ovšem neexistují jednoznačné závěry na tyto výzkumy, a zda se tyto poruchy týkají i jiných onemocnění PPP nebo pouze MA. (Papežová, 2010)

4.2.2 Vliv mentální anorexie a bulimie na přátelské a rodinné vztahy

Nemocný se začne stranit společnosti, společenských akcí – „co kdyby se tam náhodou podávalo jídlo?“ Určitě se nedá říci, že díky onemocnění jedinec ztratí přátele, odvíjí se to spíše od toho, že se přítel straní a nezačleňuje se do společných aktivit a společenského života, tím pádem ztrácí s přáteli kontakt.

Veškeré aktivity, které jsou spojeny s hubnutím, lidé často považují jen za módní výstřelek. Okolí má sklon to bagatelizovat a myslí si, že jde jen o přehnanou snahu zhubnout a snaží se to řešit rozumnou domluvou. Když příbuzní zjistí, že to nemá velký efekt, začnou hledat příčiny vlastního pochybení, a to může ještě více narušit rodinné vztahy. Snaží se nemocnému pomoci, ale zároveň na něj mají zlost, že dělá „takové hlouposti“. To vše vážně narušuje rodinné vztahy a podporuje sociální izolaci. (Musil a kol., 2006)

Cooper (1993) však upozorňuje, že sociální izolovanost se vyskytuje i před začátkem onemocnění a hraje důležitou roli v rozvoji nemoci.

Je to prostě začarovaný kruh, jak to často u psychických onemocnění bývá, člověk se cítí izolovaný tak utíká do svého vlastního světa v tomto případě do světa PPP, ovšem tím se sociální izolovanost zvyšuje a prohlubuje.

4.2.3 Vliv mentální anorexie a bulimie na partnerské a sexuální vztahy

Snížená sexuální apetence provází zejména MA. Zájem o druhé pohlaví výrazně potlačen, což někdy nahrává představám o poruše sexuální orientace. Svou roli zde hrají celková únava, stud, tělesná nepohoda. Anorexie naruší normální sociální a tím pádem i partnerské

sexuální vztahy. Mnoho pacientek se stydí za svůj vzhled a je jim nepříjemný osobní kontakt. (Krch, 2010)

Samozřejmě ztráta sexuálního puzení spolu s uvedenými psychickými problémy přináší problémy v partnerských vztazích, které mohou vést až k rozchodu s partnerem nebo na druhé straně k neschopnosti si partnera nalézt.

5 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

Podle zkušeností, léčba mentální anorexie a bulimie, by se neměla zaměřovat cíleně na vyhledávání příčin, ale zejména na změnu stravovacích a jídelních návyků a postojů. Dalším krokem by mělo jít o potlačení vlivu faktorů, které poruchu udržují. Rozdíl v léčbě je velký, protože i skupina pacientů je velmi různorodá. Jsou dívky, které to zvládnou svépomocí například podle příruček Krcha nebo pomocí internetu či přátel, ale jsou pacienti, jejichž zdravotní stav je velmi vážný, ať už tělesný nebo duševní a je potřeba hospitalizace.

První, kdo se s nemocným většinou setkává, je praktický a dětský lékař, internista, anebo gynekolog. Někdy je lékařem prvního kontaktu dermatolog nebo stomatolog. (Hort, 2000)

„Většina pacientek v ordinaci praktického lékaře si zpočátku nestěžuje na hlavní symptomy poruch příjmu potravy. Za onemocnění se často stydí a snaží se ho zatajit nebo bagatelizovat. Proto je třeba věnovat skríníngu této diagnózy hodně pozornosti, zvláště u mladých žen v rizikovém věku nebo povolání.“ (Papežová, 2010)

Léčba MA i MB musí být komplexní a musí zahrnovat faktory **biologické i psychologické**. Je potřeba vyléčit „tělo i duši“

V prvé řadě je nutno posoudit tělesný stav a podle toho se rozhodne lékař pro ambulantní léčbu nebo hospitalizaci.

Velmi často se pacientky dostávají do rukou „psychiatrů“ na psychiatrická oddělení. Lékaři tyto pacientky řadí mezi obtížné nemocné, spolu s drogově závislými. Někdy si připadají jako detektivové, protože u těchto pacientů, většinou pacientek je snaha předstírat konzumaci jídla velmi důmyslná. Získat jejich důvěru je velmi složité, přímo „terapeutické umění“, moc tomu nepřidá i fakt, že odesílání na psychiatrické oddělení se často používá jako pohrůžka a hrozba, a to nejen u pacientů s PPP. (Baudiš, Libiger, 2002)

5.1 Hospitalizace

Zejména výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií, což je změna v metabolismu proteinů a z ní plynoucí ztráta svalové hmoty, závažné somatické zdravotní komplikace, případně těžká deprese a suicidální tendence vedou k hospitalizaci. Další důvod k hospitalizaci může být přerušování zvracení, záchvatů přejídání a nadužívání projímadel. Pro většinu pacientů je přijatelnější formou léčby návštěva denního stacionáře, kdy nejsou

vytržení z běžného prostředí, což by mohlo mít za následek zvýšení deprese z pobytu v lékařském zařízení. Ovšem pro vážné případy, kdy může být pacient ohrožen na životě, je hospitalizace nutná. (Krch, 2005)

Je potřeba upravit kalorický příjem pacienta, který by měl být však pozvolný a kalorická denní dávka by se měla u vyhublosti zvyšovat až na celkových 3-5 000 kcal během dvou týdnů a je důležitá mírná svalová zátěž z důvodu obnovení svalové hmoty a ne pouze ukládání tuku. (Hort, 2000)

Hospitalizace bývá záležitost dlouhodobá. Je to počet týdnů nebo měsíců, který je nutný k získání alespoň 90 % cílové váhy. (Krch, 1999)

5.2 Ambulantní lékařská péče

Je vhodná pro chronické pacienty, kteří se s MA a MB potýkají dlouhodobě a opakovaně a jejich aktuální zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Ovšem pokud není zároveň prováděna psychoterapie, není příliš účinná. Tato péče se nezaměřuje na vyléčení, ale na navrácení pacientka do stavu psychické a somatické stability, lze ji provádět individuálně či ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dozorem. Pro pacienty léčené ambulantně ve skupině může být přínosem skupinová podpora stejně postižených jedinců. (Krch, 1999)

Denní stacionář pacienti a pacientky navštěvují denně v pracovní dny. Po skončení programu na stacionáři se vrací domů. Tato forma péče nabízí režimový program léčby (bez odtržení pacienta z jeho přirozeného prostředí). Pobyt na stacionáři je v některých případech doporučován v rámci pokračování léčby na lůžkovém oddělení a probíhá v rámci ambulantní péče až po dobu 3 měsíců. (psychiatrie.lf1.cuni.cz [online])

5.3 Farmakoterapie

Další důležitou součástí léčby je farmakoterapie, která sice neodstraní příčinu choroby, ale podstatný význam mají psychofarmaka, zejména antidepresiva. Menší význam mají neuroleptika, která se používají u neklidných pacientů s napětím, nutkavými pocity a negativismem. Vhodné jsou vitaminy, doplnění chybějících minerálů a někdy jsou podávány léky podporující chuť k jídlu. Někdy je léčena amenorea, ale to je dost diskutovaný problém, jestli je to při nízké hmotnosti vhodné. (Hort, 2000)

5.4 Svépomoc a psychoedukace

Svépomoční techniky se používají u pacientů, u kterých závažnost poruchy není tak velká a je možno u nich i jen při těchto praktikách, dojít k uzdravení pomocí různých svépomocných programů. (Krch, 1999)

Psychoedukaci je důležité poskytnout pacientovi a i jeho rodině, té zejména pokud se jedná o mladistvého. V takovém případě by rodinní příslušníci měli být na k účasti na terapeutickém procesu opakovaně vyzýváni. Informace by měly obsahovat - detaily o charakteru a průběhu léčby, možné komplikace. (Papežová, 2010)

5.5 Psychoterapeutické metody

Volba psychoterapeutického přístupu, záleží na mnoha okolnostech a je individuální. Záleží na osobnosti pacienta, jeho věku, fázi onemocnění a motivaci k léčbě.

Základními psychoterapeutickými metodami jsou kognitivně – behaviorální terapie., psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie a skupinová terapie. Tyto terapie mohou být doplněny o arteterapii a muzikoterapii. (Hort, 2000)

- **Kognitivně-behaviorální terapie** – pomáhají pacientům změnit nežádoucí vzorce chování, jako hladovění, záchvaty přejídání, zvracení, ochuzení stravy a jiné špatné návyky. Také je potřeba změnit mimo chování i myšlení, a to zejména postoj k sobě samému zvláště negativní postoj ke svému tělu, popřípadě perfekcionalismus a orientaci na výkon. Důležitá je motivace u pacienta a zde je důležitý terapeutický vztah mezi pacientem a lékařem. Motivace k léčbě se odráží v pravidelnosti návštěv kontrol a dodržování jídelníčku. Jedná se o individuální terapii. (Papežová, 2010)
„Terapeut je v behaviorální terapii vesměs aktivní, více méně i direktivní. Terapeut poskytuje základní informace, zpětnou vazbu, koriguje, motivuje klienta, předvádí žádané vzorce chování. Přitom všem s klientem spolupracuje, sleduje jeho reakce a rdí se s ním.“ (Paulík, 2009, s. 45)
- **Rodinná terapie** – je součástí léčby zejména u mladších pacientů, kteří žijí se svými rodiči. Při vzniku i udržování symptomatiky PPP se mohou uplatňovat problémy, které se nachází v rodinném modelu. Nemoc rozvrací rodinné vztahy, zejména vznikají spory mezi dětmi a jejich rodiči, které se neustále stupňují. Při hospitalizaci na specia-

lizovaném oddělení bývá užitečná psychoterapeutická skupina pro rodiče pacientů. (Hort, 2000)

- **Psychoanalytická a dynamická psychoterapie** – se snaží pacientům pomoci porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Může být doporučován tehdy, kdy jiná krátkodobá léčba není účinná. (Krch, 2005)
- **Skupinová terapie** – upřednostňována je při hospitalizaci a v denních stacionářích. Liší se podle toho, zda je zaměřena na kontrolu jídelního chování nebo více na emocionální problémy pacientů. Pro skupinovou terapii nejsou vhodné extrémně vyhublí pacienti odmítající jídlo nebo depresivní bulimičky. Práce s anorektičkami bývá složitější, jsou více uzavřené a méně spolupracují. Přínosem pro skupinu jsou částečně vyléčené pacientky. Představují pozitivní vzor. Je potřeba do práce ve skupině všechny pacientky, i ty, co se drží stranou a v žádném případě nepřistoupit na nějaké „škatulkování“ podle druhu poruchy. Ale přístup terapeuta k bulimičkám a anorektičkám bývá rozdílný. Není vhodné do těchto skupin zařazovat obézní bulimičky, které představují možnost selhání v kontrole hmotnosti, ale bez větších problémů je možné do ženských skupin zařazovat muže. Není vhodné kombinovat skupinovou a individuální terapii. (Krch, 1999)

5.6 Motivace

Nejdůležitějším faktorem léčby a úplného se zbavení PPP je motivace. Metoda motivačních rozhovorů vznikla v osmdesátých letech u závislých pacientů na alkoholu a drogách.

K základním principům metody patří snaha o porozumění klientovi, jeho situaci a důvodům jeho chování. Pochopení rozporů mezi tím, co by pacient chtěl a mezi tím, jak se chová, podpora sebedůvěry pacienta a optimizmu, že změna je v jeho silách. (Papežová, 2010)

Otázka motivace je u pacientů s PPP obtížná. Existuje zásadní rozpor. Dívka chce být štíhlá a v současném stádiu nemoci si neuvědomuje, že její štíhlost je extrémní a zdravotně závadná. Všichni okolo se snaží, aby přibrala. V takovém stavu nehodnotí jejich chování, jako pro sebe přínosné. Často, když se jde dívka léčit, tak je to na nátlak svých blízkých, a pak se objevuje různé podvádění a odmítání terapeutického režimu. Tomu může částečně zabránit tzv. terapeutická smlouva, která je v některých zařízeních nezbytnou podmínkou pro přijetí do léčebného zařízení.

6 ETIOLOGIE

U každé nemoci či poruchy je důležité zjistit příčiny, proč se tak děje. U duševních poruch je to ještě složitější než u těch fyziologických. Na vzniku se u duševních poruch podílí celá řada různých faktorů a kromě držení různých diet se zatím nepodařilo jednoznačně prokázat další společná událost, která by byla tím spouštěcím impulsem. Zkusím se zaměřit na rizikové faktory, které jsou považovány za příčiny vzniku PPP.

„Téměř dvě třetiny dívek s poruchami příjmu potravy dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádějí osobní nebo rodinné problémy, narážky týkající se tělesného vzhledu a životní změny. Většinou je velmi obtížné rozlišit, nakolik jsou tyto problémy významnou příčinou nebo důsledkem poruchy, případně jakou další roli hrají v životě nemocného.“(Málková, 2009, [online])

V této kapitole se pokusím shrnout tyto různorodé faktory, které přispívají ke vzniku PPP. Mluví se o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy, to souvisí s koexistencí různých faktorů PPP.

6.1 Faktory biologické

Nejvýznamnější rizikový faktor je ženské pohlaví a věk, zní to příliš jednoduše, ale je to tak, stačí se podívat na poměr mužů a žen s těmito poruchami, který je 10 : 1 podle různých statistik. Je to tím, že tělesné proporce hrají u ženy důležitější roli než u muže. K nejdůležitějším rozdílům ve vnímání vlastního těla dochází v období puberty a adolescence. V tomto období většina dívek významně přibere na hmotnosti a začnou se jim v určitých partiích tvořit zásoby tuku a mohou to cítit jako hrozbu. Protože podle diktátu dnešní doby se tuk na těle nenosí. Zejména hruškovitý tvar postavy, kdy se tuk usazuje na bocích a zadku může být rizikovým faktorem. (Krch, 2005)

„Stainer, Sanders a Ryst (1995) zjistili, že ženy, u kterých je tuk uložen nejvíce na bocích, stehnech a hýždích, vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy.“(Krch, 2005, s. 62)

Jestliže je ovšem strach z tloušťky základním příznakem PPP, pak nadváha a obezita je oprávněným důvodem takového strachu. Mnoho autorů zdůrazňuje možnou spojitost PPP a především bulimie s premorbidní¹⁰ obezitou nebo obezitou v rodině. (Hsu, 1990)

Dalším faktorem může být etnický původ. Výsledky některých studií, prováděných v USA opravdu ukazují, že Afroameričanky jsou se svým tělem více spokojené než „bílé“ dívky, i když jejich BMI bývá vyšší. Ovšem podle některých studií zase častěji trpí častějšími záchvaty přejídání. Takže otázka etnického původu, co se týče vzniku PPP, je neurčitá a neprokázaná. (Papežová, 2010)

Dalším biologickým faktorem může být nepravidelná a vynechávající menstruace, ještě před poklesem tělesné hmotnosti. Předmětem rozsáhlých diskusí je příčinná souvislost mezi bulimickou intenzitou a fázemi menstruačního cyklu, kdy tato impulzivita narůstá zhruba 5 dní před menstruací a potom opět klesá. Takže někteří autoři poukazují na hormonální dysfunkci v rámci premenstruačního syndromu. (Krch, 1999)

V poslední době byly publikovány dvě velké studie, které ukazují na spojitost PPP s poškozením mozku, ke kterému dochází v důsledku komplikací v době těhotenství a porodu nebo následkem onemocnění či úrazu. První Studie byla provedena ve Švédsku v roce 1999 a následná v americké Virginii v roce 2001, která údaje ze Švédska potvrdila a doplnila. Celkový vliv však není vysoký, týká se asi 5 % případů MA nebo MB. (Papežová, 2010)

6.2 Psychologické faktory

Většina dívek zkoušela někdy v životě hubnout, problém může nastat v tom, když se o to pokusí perfekcionistka, která má na sebe vysoké požadavky a snaží se být ve všem nejlepší. Tak se logicky snaží zhubnout více kilogramů než ostatní kamarádky. Tyto perfekcionistické rysy se u dívek projevují již od dětství. Riziko roste tam, když se vedle perfekcionismu objevuje nízké sebevědomí a nespokojnost s vlastním tělem. (Cooper, 1995)

¹⁰ stav před propuknutím nemoci

Součástí identity každého jedince je jeho představa o vlastním těle, ta může být někdy zkreslená. To zkreslení může být dvojího druhu. Buď se jedinec vidí takovým, jaký si přeje být nebo naopak se vidí takovým, jak se obává, že ho vidí okolí. Například, otlá dívka, které to okolí v dětství předhazovalo, se vidí pořád tlustá, i když se její postava již změnila a otlá dávno není. Tzn., tělo se může změnit, ale pokud se nezmění postoj člověka k tělu, nemá taková změna význam. (Vágnerová, 1999)

Dále tyto dívky bývají nápadně přizpůsobivé, ctižádnostivé s nadprůměrnou inteligencí a studijními ambicemi. (Hort a kol., 2000)

Dále nízká sebeúcta je považována jako jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující dietní chování. Stačí malá negativní poznámka, co se týče vzhledu a lidé s malou sebeúctou reagují přehnaně na kritiku vlastní osoby. Sebeúcta u dívek v adolescentním a pubertálním věku se co nejvíce odvíjí od oceňování jejich fyzického vzhledu. (Novák, 2010)

Narušený vztah k jídlu může mít nutkavý charakter. Omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti považuje nemocný, jako svůj prvořadý úkol. (Vágnerová, 1999)

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s poruchami postoje k jídlu a ke svému tělu. Postižení nejsou schopni reálně ohodnotit rozměry vlastního těla vzhledem k normě, to se týká zejména MA. Jsou příliš soustředěni na jídlo, a to se někdy odráží v tom, že rádi vaří, nakupují jídlo nebo sbírají recepty. Jsou to záliby u jiných jedinců běžné, ale u nemocných to může být jeden ze symptomů nemoci.

6.3 Rodinné a genetické faktory

Genetický výzkum začíná hledáním zvýšeného výskytu poruchy nebo onemocnění v rodinách. Různé studie ukázaly, že opravdu v rodinách, kdy jeden sourozenec trpí PPP, je nezanedbatelné procento, že onemocní i sourozenec druhý. Ještě vyšší procentuální ukazatele byly, co se týče dítě s PPP a matka s PPP. O všem tyto ukazatele genetické dispozice nejsou zcela průkazné, protože nezanedbatelný vliv mohou mít sociální faktory rodinného prostředí. Jinak tomu již je při studiích dvojčat, ať již jedno nebo dvou vaječných, které vyrůstají v různém rodinném prostředí. V těchto výzkumech byly závěry již prokazatelnější, protože procentuální výskyt PPP u obou dvojčat byl nezanedbatelný. U jednovaječných dvojčat se pohyboval mezi 25 – 50 %, u jednovaječných okolo 10 %. (Papežová, 2010)

K rodinným faktorům můžeme zařadit vztah a typologii rodičů a vztah mezi sourozenci. Uvádí se, že většinou se jedná o nejstarší nebo nejmladší sourozence, některé pacientky uvádějí rivalský vztah se sestrou, někdy žárlivost mezi sourozenci. Matky většinou bývají příliš ochranné, dominantní a obtěžující. Někdy bývá jako možná příčina problémů otec, který je většinou naopak pasivní, slabý, udržující si emoční odstup. Dalším typem otce může být dominantní typ, někdy vzteklý, až agresivní a v neposlední řadě to může být otec skvělý, nedosažitelný. Ovšem v současné době neexistují nějaké přesvědčivé důkazy o existenci nějakého specifického rodinného modelu rodinách pacientů s PPP. Rodiny jsou sice v některých směrech dysfunkční, ale to má spíš vliv na formování osobnosti pacienta než na jeho stravovací návyky. (Krch, 2005)

Je uváděno, že existuje čtyřikrát až pětkrát vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy v rodinách anorektiček a bulimiček oproti běžné populaci. Vyšší výskyt PPP je pozorován v rodinách bulimiček než v rodinách anorektiček. (Hsu, 1990)

6.4 Sociokulturní faktory

Především je to dnešní trend „kultu štíhlosti“, a to až nezdravý. Stačí se podívat na modelky, či různé soutěže Miss a zjistíme, že většina dívek nebude mít BMI v mezích normálu, ale spíš nižší nebo na spodní hranici normálu. Samozřejmě existují takové ženy a dívky, které k velmi štíhlé postavě mají genetické předpoklady, ale spousta z nich v podstatě neustále drží diety a jen velmi přísnou životosprávou a cvičením takových „modelkovských“ mír dosahují. V podstatě to v současné době každému připadá normální, protože tisk, rozhlas a televize nás v podstatě dnes a denně zásobuje „zaručenými“ prostředky na hubnutí nebo „účinnými“ dietami. Já sama od malička beru diety, jako úplně běžnou součást života. Již od dětství jsem i já sama brala dietu, jako běžnou součást života. Co si pamatuji, tak snad každá žena v mém okolí držela nějakou dietu a je jedno jestli ta žena byla obézní nebo štíhlá.

„V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost populace. Zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle a dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet byla věnována jen malá pozornost, nebezpečí obezity bylo často přeceňováno. Předpojatost vůči obézním se stala kulturním fenoménem.“ (Krch, 2005, s. 59)

Takže zde dochází k rozporu, který má za následek nárůst PPP. Populace tloustne a společnost uznává pouze štíhlé jedince. Potom dívky, které trpí komplexy ze svého těla, mohou velmi lehce onemocnět PPP.

Takže televizní obrazovka a módní časopisy nám ukazují spoustu krásných a úspěšných žen, které jsou štíhlé. Takže úspěšné a spokojené ženy „musí“ být štíhlé. Takže několik kilogramů nadváhy se může jevit, jako překážka k úspěchu. Čím více jsou dívky nespokojeny se svou postavou, čím více usilují o štíhlost, tím více nenávidí svá těla a uchylují se k PPP.

„ Z tohoto začarovaného kruhu se daří dostat pouze těm dívkám, které uvažují o ideálu krásy kriticky a nevěří, že žena musí být štíhlá. “ (Novák, 2010, s. 32)

Říká se „jiný kraj, jiný mrav“. To se týká i ideálu krásy, zatímco štíhlá žena je symbolem krásy ve společnostech, kde je nadbytek potravin a určitý blahobyt, tak v zemích, kde je chudoba, je naopak za „krásnou“ považována žena kulatých a zaoblených tvarů. A když se podíváme do minulosti i tam ve „vyšší“ a bohaté společnosti bylo dobrým zvykem, aby dámy působily štíhlým a křehkým dojmem. Nedosahovaly toho většinou nějakými poruchami ve stravovacích návycích, i když podle některých pramenů například rakouská císařovna Sisi trpěla anorexií, ale zejména masovým rozšířením korzetů. Ty ovšem stejně jako PPP, mohly mít vážné zdravotní následky pro nositelky.(Novák, 2010)

Již na počátku této kapitoly jsem zmínila diety. Ty podle Krcha, ale i podle jiných autorů předcházejí PPP. Přitom jen vyvážená strava a změna životního stylu s pravidelným pohybem může mít pozitivní dopad na tělo a postavu, naopak různé druhy diet mohou být přímo zdraví škodlivé.

Dalším rizikovým faktorem může být vliv vrstevnických skupin, zejména u dívek, kdy v „určitých dívčích partách“ je fyzický vzhled jediné téma, na které upínají svou pozornost.

6.5 Životní události

U řady psychických poruch existují „spouštěče“, které nemoc nebo poruchu nastartují, nejinak je tomu u PPP

„Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. “ (Krch, 1999, s. 64)

Tyto události mohou být velmi různé. Nejčastěji se uvádí nějaká přímá narážka na vzhled nebo postavu. Ale může se to týkat i událostí zcela jiných, například stěhování a změna sociálního prostředí, konflikt s vrstevníky, problémy s rodiči, rozvod rodičů, vlastní rozvod, sexuální zneužívání, ztráta blízké osoby, nemoc, smrt, někdy dokonce i těhotenství. (Novák, 2010)

Je to prostě taková „poslední kapka“, ne že by přímo ta jediná životní událost PPP způsobila, ale ji pouze spustila.

7 PREVENCE

Prevence je vždy účinnější a levnější než léčba, ať se to týká jakéhokoliv problému, nemoci či poruchy. Ovšem navzdory tomu je prevence PPP opomíjena. Určitě se na školách setkáváme s více preventivních programů, které jsou zaměřeny na drogovou problematiku nebo pohlavní nemoci, ale přitom z vlastní zkušenosti vím, že na školách se daleko častěji můžeme setkat se žáky s PPP než drogově závislýma. To jsem poznala, když jsem psala svou bakalářskou práci, která se zabývala výchovnými poradci ve školách. Ve školách, kde jsem prováděla výzkum, jsem se setkala s několika případy dívek s PPP, ale nesetkala jsem se s drogovými problémy, i když to samozřejmě nevylučuje, že i takové problémy se občas na školách vyskytnou. Prevence všech sociálně patologických jevů je určitě nezbytná, ovšem měla by pokrýt všechna rizika, která dospívající mládeži hrozí.

Módní průmysl propaguje extrémní vyhublost místo zdravé krásy a stal se z toho významný „byznys“. Jako první se k této problematice otevřeně vyjádřila Francie, která v roce 2008 přijala „zákon proti anorexii“. Představitelé francouzského módního průmyslu s podporou ministerstva zdravotnictví podepsali chartu proti anorexii. Zavázali se v ní, že nebudou podporovat nezdravé životní návyky a že nebudou ukazovat obrázky lidí, jež by mohly sloužit jako návod k extrémní vyhublosti. (Novinky.cz, 2008, [online])

Ovšem nějaké praktické výsledky tohoto opatření jsem nezaznamenala, ale určitě je to první, větší pozitivní počín.

Základ je zdravá rodina, ale často rodiče neví, jaké rizika mohou PPP přinášet. Takže největší díl preventivní činnosti PPP se týká učitelů, výchovných poradců a metodiků prevence, kteří působí přímo s mládeží, a také různých nevládních organizací. U nás je to zejména organizace Anabell, která je v oblasti prevence PPP, v ČR nezastupitelná.

7.1 Nezisková organizace Anabell

Anabell, je občanské sdružení, které jako jediné u nás se specializuje na pomoc a podporu osobám s PPP. Poskytují odborné poradenské a terapeutické služby nemocným, ale i jejich blízkým – rodině, učitelům, vychovatelům a přátelům. Angažuje se na všech stupních prevence, primární, sekundární i terciární.

Organizace vznikla v roce 2002. Ředitelkou, předsedkyní Rady a zakladatelkou je PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková, která se v roce 2002 vyléčila z mentální bulimie a rozhodla se

pomáhat ostatním, podobně postiženým a pomocí svých vlastních zkušeností přiblížit tuto problematiku co nejširší veřejnosti.

Cílem organizace je zřídit kontaktní centrum v každém krajském městě. Hlavní centrum a ředitelství se nachází v Brně, dále najdeme centra v Praze, Mladé Boleslavi, Příbrami, Ostrově, Olomouci, Plzni, a dokonce v letech 2007 – 2010 i v Bratislavě.

Ve svých kontaktních centrech poskytuje:

- Odborné sociální poradenství
- Psychologické poradenství
- Nutriční poradenství
- Psychoterapii
- Možnost spolupráce s lékaři gastro-enterology
- Svépomocné a volnočasové aktivity v Klubu Anabell
- Telefonickou krizovou pomoc na tel. čísle
- Internetové poradenství
- Korespondenční kurz
- Víkendové podpůrné a motivační programy, kurzy vaření aj.
- Programy k zajištění informovanosti o problematice mentální anorexie a bulimie ve společnosti a důraz na kvalitní a odbornou primární prevenci na školách

Poskytne na 3 500 intervencí a setkání mezi klienty a pracovníky center. Služby poskytuje klientům ve většině případů zdarma nebo za symbolický poplatek. Finanční prostředky pro své programy a provozní a mzdové náklady jsou získávány z dotací, nadačních darů, přednáškovou a lektorskou činností, grantů a veřejných sbírek.

Organizace se snaží naplňovat tyto cíle: poskytovat odborné poradenství klientům s PPP, zabránit sociální izolaci klienta a jeho zapojení se zpět do života společnosti, zprostředkovat nezbytnou odbornou pomoc, poskytovat podporu rodinným příslušníkům klienta, podporovat svépomocné aktivity, trvale zkvalitňovat poskytovanou pomoc osobám s PPP, podpořit rozvoj medicínské klinické základny, zlepšit vztah veřejnosti k osobám postiženým PPP, široké veřejnosti zprostředkovat informace o odpovědném přístupu k výživě a

tím předcházet vzniku PPP, navazovat kontakt a spolupráci s obdobně zaměřenými organizacemi v ČR i zahraničí. (Anabell.cz, Marinka.cz [online])

8 INTERNET A MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE

Internet je fenoménem dnešní doby, nerozšířenější komunikační prostředek.

„Míra rychlosti přijímání Internetu předehнала všechny předcházející technologie“
(ze zprávy Ministerstva obchodu USA o vznikající digitální ekonomice - duben 1998)

V této zprávě byly zmíněny masové komunikační technologie poslední doby a časový úsek, kdy bylo dosažení 50 milionů uživatelů.

- Rádio – 30 let
- Televize - 13 let
- PC – 16 let
- Internet pro veřejnost – 4 roky, (Žaloudek, 2008 [online])

Historie internetu u nás je asi dvacetiletá, tzn., že dnešní mládež, tedy riziková skupina, co se týče PPP, je generace, která si bez něj již život nedokáže představit. Žijeme ve věku informací, ale otázkou je, že na internetu v podstatě nikdo nezodpovídá za nic, ale to znamená, že je nutné jej zatratit. Můžeme se zde běžně setkat také s články a obrázky, které se týkají PPP, zejména anorexie, která je nejvíce viditelná. Můžeme se setkat s upozorněními a články, jak se nemoci vyhnout nebo, jak ji včas rozpoznat u svých dětí. Ovšem myslím, že toto se týká zejména odborných internetových stránek, na které mládež zase tak často nechodí. Proto si myslím, že je důležité se více zaměřit na prevenci všech patologických jevů, které se týkají mládeže, tedy i PPP, ale aby tyto informace byly zaměřeny na správnou cílovou skupinu, nejsem odborníkem přes média, tak nemám přesnou představu, jak toho dosáhnout. Ale možná by například nebylo špatné zapojit do prevence tolik oblíbené sociální a komunikační sítě.

Zatím je spíše ve veřejnosti povědomí o tom, že internet může být pro mládež škodlivý, a že má špatný vliv na jejich chování, je příliš odtržený od reálného života a děti a mládež žijí jen ve svém virtuálním světě. Samozřejmě není možno tuto otázku bagatelizovat, tak jako všude jinde existují i ve světě internetu jeho dobré i stinné stránky.

Internet je opravdu dobrý prostor pro informace. Může nahradit noviny, časopisy, rádio i televizi a z toho důvodu si myslím, že v otázkách prevence PPP je dostatečně nevyužitý.

Samotnou kapitolou v internetovém světě jsou weblogy, zkráceně blogy.

Jedná se o celkem novou formu webových stránek, kdy web tvoří většinou jedna osoba tzv. blogger. Slovo weblog vzniklo v roce 1997, ale rozšířilo se až v roce 2000. Autor zde publikuje své vlastní, necenzurované názory, týkající se politiky, zálib, zdraví až po sex. Je to vlastně jakýsi diář nebo deník autora, který své názory zveřejňuje. Součástí je často diskusní fórum, kde se mohou návštěvníci k blogu vyjadřovat. Jednotlivé příspěvky jsou řazeny chronologicky od nejnovějšího, je možné doplnit jej fotografiemi, obrázky a odkazy na jiné materiály kdekoliv na internetu. (Novinky.cz, 2003 [online])

Na tomto by nebylo nic špatného, kdyby někteří jedinci nepropagovali na svých blozích různou zdraví škodlivou nebo protispolečenskou činnost.

8.1 Pro-ana blogy a pro-mia blogy

Já osobně, až když jsem se začala více zajímat o problematiku mentální anorexie a bulimie jsem narazila na tzv. pro-ana blogy. Zakládají si je děvčata, nejčastěji v pubertě a víceméně na nich propagují anorexii. Jsou zde jejich příběhy, jídelníčky, tedy jestli se to tak dá nazvat a ze všeho číší neustálá touha, stát se dokonalou éterickou bytostí, pro kterou je jídlo jen nějaká přízemní a podřadná činnost. Normální člověk, který se do takového blogu začte, opravdu nedokáže pochopit svět těchto dívek. První myšlenka, co mě napadla, tak byla, že by ty holky zasloužily „pár facek“. Nejen, že samy mají problém, ale díky těmto blogům dávají špatný příklad ostatním dívkám, které zatím třeba v této problematice tápají a nejsou zcela přesvědčeny o správnosti takového počínání. Samozřejmě ten můj první pocit byl nic neřešící a špatný.

Hledají snad ty dívky ve svém snažení nějaký hlubší smysl, který nám běžným lidem asi zůstává a navždy zůstane utajen? Zdá se, že ano. Nelze je jen odsuzovat, spíš potřebují pomoc, že do tohoto svého vysněného světa utíkají před tím světem opravdovým. V podstatě „spřátelené“ jsou pro-mia blogy, které zase píšou děvčata, které se shlédly v bulimii.

Jen pro dokreslení jsem vložila pár citátů, kterými se to na pro-ana blozích jen hemží: *„Hlad bolí, ale štíhlost za to stojí! Radši budu mrtvá, než tlustá! Umírám pro dokonalost! Chci být prázdná, čistá, křehká jako dívka z porcelánu, chci létat a vznášet se na vodě, nechej mě jít s mým andělem, se svým d'áblem a já umřu šťastná.“* (klub-pro-ana.wgz.cz [online])

Bloggerky se sdružují do jakýchsi pro-ana komunit, v těchto komunitách se sdružují stejně zaměřené dívky, píší si o svých strastech a problémech, tím pádem nemají pocit, že nejsou se svými problémy samy. Taky je pro ně důležité, že existují lidé, kteří jim jejich počínání schvalují a tím se částečně dostávají ze své sociální izolace, konečně si mohou s někým psát o tom, co je především zajímavá a naplňuje celý jejich život.

Byla jsem velmi překvapena, kolik takových blogů na internetu existuje a skutečně jejich obsah je šokující, tak si sama říkám, jestli by nebylo rozumné, tyto blogy nějakým způsobem kontrolovat a ty opravdu závadné zablokovat.

Britský novinář Andrew Tyler tvrdí: *"Zatímco zakázat propagaci fašismu či dětskou pornografii lze, protože toto jde přesně a jasně definovat, se stránkami propagujícími kult hubnutí je to mnohem těžší. Existují přece tisíce jiných stránek o hubnutí a dietách, lidé píšou o dietách knihy, ženy i muži si vyměňují zkušenosti, jak jim která dieta pomohla. Určit hranici skoro nejde. Kdo řekne, že tohle je ještě únosné a tohle už ne? Pak by se dalo mluvit o cenzuře a cenzura jako taková je velmi zneužitelná."* (stop-ppp.estranky.cz, 2009 [online])

Takže kontrola toho, co dělá mé dítě na internetu, je opět na rodičích, kteří by se o své děti měli zajímat beze zbytku od narození a ne tehdy, když už je skoro pozdě, a to se týká nejen problematiky PPP.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 PROJEKT VÝZKUMU

Ve své diplomové práci jsem se věnovala problému, který mi připadá, v posledních letech čím dál víc aktuální, a to mentální anorexii a mentální bulimii.

Problém s hubnutím mě provází celý život a od dětství jsem kolem sebe viděla lidi, kteří měli určitý problém s jídlem a hubnutím, i když nikdy to nepřerostlo až do stadia těchto uvedených poruch.

Až při psaní své bakalářské práce jsem se na jedné škole setkala, tenkrát jen z doslechu, s dívkami, které trpěly mentální anorexií. Zaujalo mě to, že do prvního ročníku nastoupily rovnou tři dívky s rozvinutou formou MA. To ve mně vyvolalo zájem o PPP, netušila jsem do té doby, že by tento problém mohl být tak rozšířen.

Ve své praktické části se budu věnovat, ne tolik zdravotním problémům, které tyto poruchy způsobují, ale budou mě zajímat zejména psychické a sociální důsledky, které toto onemocnění přináší a ovlivňuje mimo jiných faktorů, kvalitu života žen a dívek, které těmito poruchami onemocněly.

9.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém by měl být stanoven pečlivě a až po prostudování dostatečného množství literárních zdrojů, které se váží k dané problematice a neměl by být stanoven příliš široce. (Gavora, 2000)

Vzhledem k tomu, že jsem studentka sociální pedagogiky, zajímají mě prioritně sociální aspekty nemoci. Výzkumný problém jsem proto stanovila následovně: „*Jaké sociální a psychické důsledky pocít'ují ženy a dívky s MB a MA.*“

9.2 Cíle výzkumu

Cíle výzkumu by měly obsahovat popis výzkumného problému. **Hlavním cílem** je zjistit, **jaké psychické a sociální důsledky přináší onemocnění ženám a dívkám, které onemocněly mentální anorexií a bulimií.** Abych tohoto cíle dosáhla, zjišťovala jsem potřebné informace od žen a dívek, které trpí mentální anorexií a bulimií. Abych dosáhla svého hlavního cíle, stanovila jsem si následující dílčí cíle.

Dílčí cíle se snaží zmapovat vybrané oblasti, které spadají do sociálních vztahů a psychického zdraví žen.

1. Zjistit dopad nemoci na vztahy s rodinnými příslušníky.
2. Zjistit, jak ovlivní nemoc školní, či profesní úspěšnost.
3. Zjistit, jak ovlivní onemocnění partnerské vztahy.
4. Zjistit, jak ovlivní onemocnění přátelské vztahy.
5. Zjistit, jak se změní duševní pohoda a náhled na život.

9.3 Pojetí výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu, jsem se snažila jít do hloubky pocitů těchto respondentek, proto jsem se rozhodla pro **kvalitativní výzkum**. Při kvalitativním výzkumu je v centru výzkumné pozornosti člověk. Problém, který si vytyčujeme, není nikdy přesně ohraničený, při výzkumu jej stále upřesňujeme.

Hlavním rysem kvalitativního výzkumu, je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. (Gavora, 2000)

Kvalitativní výzkum vychází z interpretativního paradigmatu, v kterém se dává důraz na porozumění lidského jednání a zkušenosti a na získání podrobných zpráv o pohledech zkoumaných jedinců. (Hendl, 2005)

Jako design výzkumu jsem si zvolila případovou studii.

9.3.1 Případová studie

Rozhodla jsem se pro **případovou studii**, která je charakteristická tím, že se jedná o detailní popis případu nebo několika málo případů. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou může být omezenost zobecnitelnosti výsledků. (Hendl, 1997)

Případová studie patří ve společenskovedních disciplínách k základním výzkumným designům. Je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika případům. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Jedním z důvodů je i to, že případová studie je srozumitelná širokému spektru zájemců, nejen odborníkům. (Švaříček Šed'ová, 2007) To právě i v tomto případě si myslím, že i pro laika mohou být případy těchto žen čtivé a zajímavé, Kazuistiky jsou sepsány přirozeným

jazykem bez spousty odborných výrazů, tak jsou zcela srozumitelné pro všechny, zachycují složité lidské osudy v celé šíři, nejen, co se týká onemocnění PPP.

Nevýhodou případové studie je, že je obtížné výsledky zobecnitelnit, ale to se v podstatě týká všech kvalitativních výzkumů.

9.3.2 Triangulace

Slabinou kvalitativních výzkumů je reliabilita, ale naopak validita bývá silnou stránkou. Důležitým prostředkem k validitě je triangulace. (Gavora, 2000)

Existuje několik typů triangulace: triangulace metod, zdrojů dat, multiperspektivní triangulace, kombinace přístupů. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Já se pokusím triangulace dosáhnout tím, že: povedu rozhovory s respondentkami výzkumu, při rozhovoru budu pozorovat jejich reakce na kladené otázky a posléze si promluví ještě s osobou, která dotyčnou zná a ví o jejich problémech. Jako jednu část triangulace považuji i test nedokončených vět, které jsem ženám předložila a budu se z něj snažit zjistit, jejich pocity a psychické rozpoložení.

Když to shrnu, tak triangulace bude spočívat:

- a. rozhovor se dvěma skupinami osob
- b. pozorování
- c. test nedokončených vět

9.3.3 Výzkumné otázky

Zvolení výzkumných otázek musí odpovídat určenému výzkumnému cíli.

„Obvykle dle potřeby formulujeme 4-8 výzkumných otázek, které musí být jasné a musí vystihovat podstatu problému, který výzkum má řešit. Výzkumná otázka musí být vnitřně bezrozporná a musí obsahovat pouze pojmy, které lze operacionalizovat.“ (Miovský, 2006, s. 123)

1. Ovlivní MB a MB vztahy se členy rodiny, a jak?
2. Změní se vztah nemocné ke studiu či zaměstnání a projeví se to ve výsledcích?
3. Ovlivní onemocnění partnerský život?
4. Změní onemocnění přátelské vztahy a vazby?

5. Přináší onemocnění ženám psychické problémy?
6. Jaká je prognóza jejich onemocnění?

9.3.4 Výzkumný vzorek

Pro svůj výzkum jsem zvolila výzkumný soubor **prostým záměrným výběrem**, který představuje nejjednodušší variantu záměrného výběru. Záměrný výběr je nutný, aby zkoumané osoby, měly dostatečné znalosti a zkušenosti daného prostředí nebo problému. Tzn. výběr účastníků, kteří splňují určitá kritéria a současně s výzkumem souhlasí. Tento způsob výběru se uplatňuje, pokud se jedná o menší výzkumný soubor. (Miovský, 2006)

Zvolila jsem si tato kritéria výzkumu: pohlaví, věk, uvědomování si nemoci a doba léčení, vzdělání. Pro svůj výzkum jsem si vybrala 2 dívky s mentální anorexií a dvě ženy s mentální bulimií.

Dívky s MA studují na stejné SŠ a o jejich nemoci jsem se dozvěděla od výchovné poradkyně, se kterou se přátelím. Kontaktovala je a požádala o spolupráci se mnou. Oslovila 3 dívky s MA, s rozhovorem souhlasily dvě, které splňovaly mnou daná kritéria.

Ženy s mentální bulimií jsem vybrala z okruhu mých známých, s jednou jsem se seznámila minulý rok v nemocnici. S druhou, se již léta znám.

Pohlaví: ženy **Věk:** MA:18-20 MB: 25-30 **Délka onemocnění:** minimálně 2 roky

Léčba: Všechny ženy jsou v péči lékaře a svou nemoc si uvědomují. **Vzdělání:** SŠ (dokončené nebo studující)

Ženské pohlaví jsem si vybrala z toho důvodu, že se PPP, týkají zejména žen. Věk u dívek s MA 18 – 20, jsem specifikovala z toho důvodu, že MA, se týká spíše mladších žen, ale nechtěla jsem do výzkumu zahrnout příliš mladé dívky, protože jsem potřebovala, aby dívky již měly s nemocí určitou zkušenost a náhled na nemoc a byly schopny o svých problémech otevřeně hovořit.

U MB, jsem hranici zvýšila z toho důvodu, že MB se týká zejména žen o něco starších.

Vzdělání středoškolské jsem určila z toho důvodu, že PPP se týkají spíše vzdělanějších žen a dívek, ale ve věku 18-20 let nelze mít VŠ vzdělání.

Tabulka 1 – kritéria výzkumného vzorku

	Porucha	Věk	Léčba	Vzdělání
Blanka	MB-7 let	30	Ambulantně- psychiatrie	SŠ-zdravotní sestra
Bára	MB-12 let	28	Ambulantně-psychiatrie	SŠ-obchodní asistentka
Anna	MA-4 roky	18	Hospitalizace-psychiatrie	SŠ studující 3. roč.
Alena	MA-3 roky	19	Ambulantně- psychiatrie	SŠ studující 4. roč.

9.3.5 Metoda výzkumu

Polostrukturovaný řízený rozhovor (poznávací rozhovor neboli interview) s jednotlivými ženami.

Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený rozhovor, kdy jsou předem připravené soubory otázek, které musí odeznít, ale jejich pořadí se může měnit, tzv. jádro interview. Tazatel může znění otázek pozměnit na základě znalostí respondenta, může také pokládat doplňující otázky. Při této variantě je zpracování získaných informací jednodušší než u volného rozhovoru. (Reichel, 2009)

Rozhovor se skládá z předem připravených otázek, které budou doplněny otázkami vyplývajícími z odpovědí mladých žen. Tyto rozhovory budou probíhat samostatně s každou respondentkou. V kladených otázkách jsem se snažila zaměřit nejen na počátky onemocnění, důvody, které k němu vedly, ale zejména na důsledky, které z onemocnění vyllynuly. V rozhovoru se používá všech druhů otázek, ale přednost se dává otevřeným otázkám.

Je potřeba si vytvořit schéma interview, to specifikuje okruhy otázek, na které se budeme ptát. (Miovský, 2006)

Schéma rozhovoru jsem si zvolila podle Cohena (2002), okruhy otázek jsou formulovány pro klinický rozhovor psychiatra, ale splní účel i pro můj výzkumný rozhovor.

9.3.6 Etapy vedení interview

Interview je nástroj k získání informací a má několik etap. Schéma vedení interview jsem převzala od Ferjenčíka. (1999)

1. **Přípravná etapa** – je velmi důležitá a může být nejdelsí a nejnáročnější částí interview. Je zejména důležité, si sám sobě zodpovědět na tři otázky: „O čem?“, „S kým?“ a „Jak?“ Zejména pro mě, jako nezkušeného výzkumníka byla tato etapa opravdu velmi náročná a dlouhá. Je důležité znát dobře problematiku, o které bude vedeno interview, tj. mít nastudováno dostatečné množství odborné literatury, zvolit správně výzkumný vzorek a ujasnit si jak a kde bude interview vedeno.
2. **Úvodní etapa interview** – je důležité vysvětlit cíl a smysl rozhovoru a představit se. Dále jsou důležité úvodní otázky, které mají navodit spontánní vyprávění.
3. **Jádro vedení interview** – jádro je tvořeno samotným kladením a zodpovídáním otázek.
4. **Závěr** – v této etapě můžeme shrnout rozhovor, rozloučit se a poděkovat za spolupráci.
5. **Vyhodnocení** – v poslední etapě je důležité získaná data zpracovat a analyzovat.

Nejvíce času mě zabrala přípravná etapa, snažila jsem se nastudovat z dostupných zdrojů zpracované rozhovory a kazuistiky s danou problematikou. A sestavit schéma vedení rozhovoru a otázky, které budu zkoumaným osobám pokládat. Zjistila jsem, že vůbec nebylo jednoduché schéma dodržet, protože ženy často odpovídaly na několik otázek současně a já je nechala v klidu povídat.

9.3.7 Způsob zpracování dat

Rozhovory musí být vedeny v předem určeném a klidném prostředí. Výběr prostředí jsem volila po domluvě se zkoumanými ženami.

Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon, k tomu jsem si vyžádala souhlas dotazovaných. Tato metoda je nejefektivnější, protože těžko se zachycují odpovědi písemně, pokud má výzkumník vést hodnotný a zúčastněný rozhovor.

Další nezbytnou procedurou je doslovný přepis rozhovoru, aby jej bylo možno následně podrobit důkladné analýze. Tento přepis mě trval několikanásobně déle než provedený rozhovor, tato činnost byla časově velmi náročná. Přepis jsem se snažila vyrobít, co nejdříve po rozhovoru. Při přepisu jsem osobní data anonymizovala z důvodu ochrany osobních dat. Následně jsem poznatky z rozhovorů přepsala do podrobných kazuistik.

9.3.8 Metoda analýzy dat

Vybrala jsem si **mnohonásobnou případovou studii**, tj. šetření, kdy se uskuteční šetření minimálně u dvou případů, které se navzájem porovnávají, a vzniká závěrečná zpráva. (Švaříček, Šedřová, 2007)

9.4 Metoda nedokončených vět

Jako doplňující část svého výzkumného šetření jsem se rozhodla použít metodu nedokončených vět, tato metoda mě zaujala při studiu literatury, která se týkala kvalitativního výzkumu v psychologických a pedagogických vědách.

Tato metoda, patří mezi tzv. **projekční metody**. Každý jedinec promítá svou „osobnost“ do všech svých činností. Každý výtvar člověka je velmi těsně spjat s jeho osobními vlastnostmi „Mezi speciální projekční metody pro odborné psychology můžeme zařadit metodu nedokončených vět. V této metodě jsou jako podněty fragmenty vět, které bývají označovány, jako „jádra“, k nimž je třeba dopsat dokončení. Zkoumané osoby mají dokončit věty slovy, která vyjadřují jejich pocity nebo myšlenky.“ (Kohoutek, online)

Tato metoda funguje tak, že vyšetřovaná osoba má napsat první myšlenku, která ji napadne, tento test se obvykle používá jako doplňková metoda, která má odhalit případné rozpor s předchozími výsledky. Nejčastěji se, touto metodou zkoumají postoje, ovšem vyhodnocení by měl dělat zkušený odborník.

Existuje několik vytvořených, standardizovaných testů. „J. M. Sacks a S. Levy vytvořili *Sentence Completion Test*, obsahující 60 nedokončených vět, rozdělených po čtyřech do patnácti kategorií (např. vztah k matce, otci, rodině, příbuzným, představeným, podřízeným, pohlavnímu životu, vlastním schopnostem, minulosti, budoucnosti). Shoda vícenásobného posouzení u 1 500 osob byla v 92 %. S klinickou diagnózou bylo ve shodě 72 % nálezů vytvořených na základě testu.“ (Svoboda, 1999, s. 187)

Nemám kompetence k provedení takového testu, tak jsem položila zkoušeným osobám jen několik nedokončených vět a pokusím se je mezi sebou porovnat a vypořádat jestli se v jejich „dokončení vět“ odrazí PPP.

10 VLASTNÍ ŠETŘENÍ

Základem vlastního šetření je **polostrukurovaný rozhovor neboli polostrukurované interview**. Význam slova interview je širší než význam slova rozhovor. Ne každý rozhovor je interview, naznačuje, že jde o interpersonální kontakt. (Gavora, 2000)

Rozhovor má být veden v klidném neutrálním prostředí. Prostředí jsem vybírala po domluvě se zkoumanými ženami. Ve dvou případech byla zvolena kavárna, v jednom škola, kde jsem měla k dispozici kabinet a jeden rozhovor se uskutečnil u mě v zaměstnání, v zasedací místnosti. Všechny rozhovory se uskutečnily v březnu 2012.

10.1 Otázky rozhovoru

Jak jsem již výše napsala, tak jsem schéma rozhovoru převzala od Roberta Cohena (2002), který sestavil posloupnost řazení okruhů a otázek při vedení rozhovoru u různých typů psychických onemocnění a konkrétně i u PPP.

Nejdříve jsem si vytvořila jádro rozhovoru, to jsou ty otázky, které jsem potřebovala, aby byly zejména zodpovězeny.

JÁDRO ROZHOVORU vychází z mých výzkumných otázek.

1. Kdy vznikla u tebe PPP?
2. Spojila bys nějakou událost s počátkem nemoci?
3. Měla nemoc vliv na tvé partnerské vztahy?
4. Měl nemoc vliv na tvé přátelské vztahy a vztahy s rodinou a okolím?
5. Ovlivnila nemoc tvé studijní, či pracovní výsledky?
6. Změnil se tvůj společenský život?

Koncept rozhovoru jsem si vytvořila, ale není vždy v rozhovorech stoprocentně dodržen, protože odpovědi padaly v průběhu rozhovoru spontánně, a tak některé otázky zůstaly nevyčleněné. Kompletní soubor otázek k rozhovoru je součástí příloh.

Počítala jsem, že rozhovor bude trvat maximálně dvě hodiny. Nakonec to bylo o něco méně, rozhovory trvaly mezi 80 – 100 minutami.

Nejdříve jsem provedla rozhovory s ženami s MB, protože jsem je považovala pro mě za snazší. Ženy jsem osobně znala a byly již starší, takže jsem předpokládala, že jsou se svou poruchou více smířené a budou mít dostatečný náhled na své onemocnění. Chtěla jsem

získat určitou praxi, než se pustím do rozhovoru s dívkami s MA, kde jsem předpokládala vyšší nároky na vedení rozhovoru.

10.2 Rozhovor s další osobou

Z důvodu triangulace jsem se rozhodla promluvit si také s nějakou blízkou osobou zkoumané osoby, zajímalo mě, jak ony vidí zejména sociální a psychické důsledky onemocnění.

V podstatě jsem si stanovila jen čtyři dotazy, které jsem chtěla zodpovědět.

1. V čem vidí příčiny a spouštěcí faktory nemoci.
2. Jaký měla nemoc dopad na chování dotyčné.
3. V čem vidí sociální a psychické důsledky u nemocné.
4. Myslíš si, že je dotyčná vyléčená?

Nepředpokládala jsem, že by tyto rozhovory trvaly dlouho, jsou jen doplňující částí k hlavnímu výzkumnému šetření, to se také potvrdilo, protože rozhovory trvaly okolo 20 minut, jen s výchovnou poradkyní to byla delší doba, cca. 1 hodina, protože mluvila o obou dívkách s MA.

Kompletní přepisy všech vedených rozhovorů jsou součástí příloh.

11 KAZUISTIKY

Níže uvedu všechny čtyři kazuistiky, zkoumaných dívek a žen. Některé údaje jsou pozměněny, jako např. jména. V kazuistikách jsem přímo dívky citovala. Citace jsou uvedeny kurzívou a v uvozovkách.

„Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy“. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 253)

Kazuistiky jsou zcela anonymní, záměrně jsem vynechala všechny identifikační údaje, souhlasí jen věk respondentky. Jména jsem si vybrala sama, pro přehlednost pro ženy s MB jsem vybrala jména začínající na B a pro dívky s MA, jména začínající na A. Všechny dotyčné pocházejí ze Zlínského kraje.

11.1 Kazuistika Blanka

S touto dotazovanou se mi rozhovor vedl nejlépe, i když jsem ho dělala jako první, byla nejvstřícnější, velmi výřečná a měla vše v hlavě srovnané. Osobně se známe asi 10 let, ale nepatří do blízkého okruhu mých přátel. V průběhu celého rozhovoru působila, klidně a vyrovnaně. Rozhovor probíhal v kavárně.

Osobní anamnéza:

Žena, 30 let, podruhé vdaná, dvě děti. Pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici. Od dětství trpěla obezitou, jinak žádné nemoci. Výška 175 cm, současná váha 110 kg. Mentální bulimie propukla v 23 letech.

Popisuje sebe, že byla živé dítě, stýkala se hlavně s chlapci, prožívala typické dětství na vesnici, stále venku, v pohybu. Žádné zájmové kroužky, rodiče to považovaly na vesnici za zbytečné. Učila se nejlépe ze všech dětí v rodině. Rodiče předpokládali, že bude studovat a „někam to dotáhne“. První problémy nastaly, po nástupu na SŠ, kdy si nerozuměla s kolektivem a nezvládla přechod ze ZŠ. Objevilo se záškoláctví a kvůli neomluvené absenci, první ročník opakovala. Nakonec školu zvládla a odmaturovala.

Považuje se za melancholika, ale nevyhraněného. Povahu má kamarádskou, spíš klidnou, to se mi i v průběhu rozhovoru potvrdilo. Velmi brzy, ve 20 ti letech se poprvé vdala,

z důvodu těhotenství. Narodila se dcera. Ve 23 letech se rozvedla a do tohoto období spadají první příznaky onemocnění MB.

Našla si nového partnera, kterého si po 3 letech vzala a v loňském roce se jí narodila druhá dcera.

Rodinná anamnéza:

Žila v úplné rodině. Byla nejmladší ze čtyř dětí.

Otec pracoval jako zedník, štíhlé postavy. Zemřel přede dvěma lety ve věku 78 let.

Matka pracovala v zemědělství, obězní. Má 73 let.

Bratr je starší o 15 let a sestry o 12 a 10 let. Vzhledem k tomu, že mezi nimi byl velký věkový rozdíl, tak k sobě v dětství příliš nepřilnuli, vztahy se zlepšily až v dospělosti, dnes je považuje za velmi dobré. Bratr i sestry mají dělnická povolání a všichni tři trpí nadváhou.

Doma se jedlo vše, zásady zdravé výživy se nedodržovaly. Diety se doma nedržely, až v jejích asi 15 ti letech, dotyčná začala s dietami experimentovat po vzoru svých starších sester. Nikdo v rodině netrpěl PPP.

Orientační rodinu považuje za funkční, ale bez nějakých láskyplných projevů a citů. Vztah rodičů k dětem charakterizovala, jako chladný. V rodině měl hlavní slovo otec, který byl někdy i hrubý, nazvala to patriarchátem, matka neměla žádný významný vliv na chod rodiny, ale přesto má rodiče ráda. Pěkné vzpomínky má na prarodiče. Dětství, považuje za celkem šťastné.

Průběh onemocnění:

Nespokojenost s postavou, trvala od dětství, zažila posměch i urážky kvůli obezitě. Vzpomněla, že první větší problémy se svou postavou začala mít na střední škole, kde se dostala do kolektivu samých děvčat, které podle ní řešily jen svou postavu a vzhled.

První příznaky MB, se projevily v 23 letech, v roce 2005. Tento rok charakterizovala takto: *„Podle mě, celý rok 2005 byl jedna velká katastrofa. Otcí našli rakovinu, proběhla u něj operace, ozařování, s dobrým výsledkem. Zemřela mi babička, o kterou moje matka se starala spolu se mnou a na podzim přišla další rána, matka prodělala cévní mozkovou příhodu, trvalo skoro rok, než se z toho dostala alespoň trochu. Já jsem přestala v té době pracovat, abych se o ni mohla starat a být jí nablízku. Ale nejvíc mě asi poznamenal roz-*

vod. Představa, že člověk zůstane ve 23 letech sám s dcerou, je hrozná, připadala jsem si ošklivá, tlustá a k ničemu. Kupodivu to bylo tak, že jsem si prvně našla nového přítele a pak teprve začal kolotoč s hubnutím.“ V té době vážila 120 kg.

Začaly se u ní střídát epizody hladovění a diet a epizody přejídání s následným zvracením a používáním projímadel. Doslova řekla: *„Nejdřív občas a potom každodenně jsem začala po jídle zvracet a brát projímadla. Časem jsem se začala už opravdu ládovat bez rozmyslu, takzvaně jsem občas splácala páte přes deváté a pak samozřejmě zvracela.“*

Podářilo se jí zhubnout na 89 kg zhruba za dva roky, ale následně opět přibírala až na 128 kg. Své problémy se jí dařilo před okolím úspěšně tajit. K léčbě se rozhodla sama, když už to psychicky nezvládala a měla strach o osud dcery, věděla, že trpí mentální bulimií, a že to již bez pomoci nezvládne.

Bulimické postoje:

Touha po štíhlosti, doslova pověděla: *„Touha být štíhlá, myslela jsem si, že štíhlost je klíčem ke štěstí.“* K jídlu má vztah pozitivní, vaří ráda. Má pocit, i v současné době, kdy se snaží stravovat vyváženě, že jí hodně. Nerada jí na veřejnosti, v restauraci, mezi rodinou jí problémy jíst nedělá.

Zdravotní a psychické komplikace:

Blanka trpěla zažívacími problémy, časté průjmy a zvracení, bolest žaludku a bolesti v krku.

Dostavily se deprese, úzkost, pocity beznaděje a plačtivost. Ztráta sebevědomí. Vnitřní, stále trvající neklid, třes, strach, že se nezvládne postarat o dceru. V určitých fázích nemoci suicidální myšlenky, vždy naštěstí zvítězila starost o dceru, takže se o sebevraždu nepokusila. Začala se uchýlovat k alkoholu, to mi sice Blanka zatajila, ale její sestra si toho všimla, to že by byla alkoholička, si nemyslí.

Průběh léčby:

Navštívila psychiatrické oddělení v nemocnici, kde pracovala, byla jí diagnostikována mentální bulimie.

V léčení byla cca 4 roky. Léčena byla psychofarmaky, individuální terapií a úpravou jídelníčku. Léky postupně vysadila asi před rokem.

V současné době je bez problémů, stravuje se podle jídelníčku sestaveného dietní sestrou, daří se jí pomalu hubnout.

Důsledky nemoci:

Přestala se zajímat o společenský život, problémy v navazování nových vztahů. Ztráta pozitivního přístupu k životu a myšlení. Ztrátu přátel si v žádném případě nepřipouští.

Ovlivnilo ji to v partnerském životě, chtěla se s partnerem rozejít, protože mu nedokázala věřit a měla obavu, že ji opustí. Sexuální život v době nemoci i následného léčení byl nespokojivý.

Prognóza:

V současné době se cítí dobře a absolutně bez obtíží, má pocit, že se v podstatě celý život vrátil k normálnímu stavu.

Jako pozitivní bere to, že se snad konečně naučila se zdravě stravovat a nedávat si nespelnitelné cíle, co se týče snižování váhy.

Můj pocit z této ženy, je takový, že své onemocnění opravdu zvládla a vyrovnala se zejména sama se sebou. Je si vědoma, že nikdy nemůže o sobě říci, že je zcela vyléčená, ale určitě má k tomu veškeré předpoklady.

Myslím si, že to vše přesně vystihují slova, které mi řekla na závěr: „*Jsem si vědoma, že ta hranice mezi návratem zpět je opravdu velmi křehká. Nechci tam zpět a musím doufat, že se tam nevrátím. Byla to doba nelehká, ale přesto prošla jsem jí a snad i zvládla. Troufnu si říci, že mi to i něco dalo, víru v sebe sama, schopnost vážít si sama sebe, přestat se nenávidět, posunout do popředí jiné hodnoty, zjištění, že štíhlá postava není záruka úspěchu.*“

11.2 Kazuistika Bára

S Bárou jsem se seznámila asi před rokem v nemocnici, kde jsme obě ležely s akutním zánetem slinivky, tam jsem se dozvěděla, že její problémy se slinivkou mají původ v MB. Bára mi připadala, že někdy mluvila afektovaně a hodně emocionálně, ale byla velmi vstřícná a odpovídala ochotně i na otázky, které jí byly viditelně nepříjemné. Celkový pocit jsem z ní měla, že je nervózní a neklidná. Rozhovor probíhal v kavárně.

Osobní anamnéza:

Žena, 28 let, svobodná, bezdětná. Pracuje jako obchodní a revizní asistentka. Od dětství trpí nadváhou. Výška 163 cm, současná váha 113 kg. Mentální bulimií trpí od 16 ti let.

Uvádí, že byla normální, zdravé dítě, které mělo spoustu zájmů. Sportovala, hrála na nástroj, chodila na zpěv, měla zájem o zvířata a knihy, prostě velmi činorodé dítě.

Ve škole se učila dobře. Zlom nastal na střední škole, kdy narůstaly stále větší konflikty s matkou a posměch spolužáků kvůli nadváze.

Rodinná anamnéza:

Pochází z úplné rodiny, má jednoho bratra.

Otec, 55 let, pracuje jako technik. Má střední postavu, nikdy stravu a jídlo neřešil.

Matka, 51 let, finanční poradkyně, střední postava, postavu si hlídá a drží diety.

Bratr, 29 let, pracuje jako technik, postava normální, nikdy ji nemusel řešit. Ženatý, dvě děti. S bratrem prý k sobě nikdy neměli moc blízko.

Stravování doma nevyvážené, nijak se neřešilo, příliš se nevařilo. Cítila, jako nespravedlnost, že jediná v rodině trpí nadváhou.

Orientální rodinu popisuje jako úplně nefunkční, s velmi špatnými vztahy mezi sebou. Své rodiče, zejména matku nenávidí. Nerozuměly si spolu, matka byla velmi despotická a dívku psychicky i fyzicky týrala. O matce mluví velmi tvrdě a je vidět citelné rozrušení, když na ni přijde řeč. Ve 20 ti letech odešla z domu a od té doby se s rodiči nestýká. Někaké informace o rodičích má od bratra, se kterým je v kontaktu. Na dětství by raději zapomněla.

Průběh onemocnění:

Nespokojenost s vlastním tělem si začala uvědomovat zejména kolem 15. roku, i když i dříve jí jako dítěti vadila nadváha. Pomohly k tomu i poznámky a narážky spolužáků, ale i zejména poznámky matky kvůli nadváze. V té době vážila asi 70 kg. Začala držet různé diety a nějak postupně k tomu přidávala zvracení, když se víc najedla. Podařilo se jí zhubnout až na 51 kg. Posléze zvracela 2-3x denně. Potom už zvracení přicházelo samovolně, nemusela ho ani vyvolávat. Uvádí, že třeba snědla rohlík a za chvíli ho šla vyzvracet, stávalo se, že zvracela i na ulici.

První si jejich problémů všimla její učitelka na SŠ. Zavolala matce, že má u její dcery podezření na bulimii. Ta to sdělení přijala s tím, že to je jen divadlo, a že k žádnému psychologovi nepůjde ani ona, ani její dcera, učitelka dále nenaléhala.

Reakce matky na toto sdělení nemohla být horší. Dovolím si Báru citovat: „*Máti se strašně vztekla, zavřela okna a ztřískala mě neuvěřitelným způsobem vařečkou, prdel jsem měla černo-fialovou, hlavou mi dala o otevřené dveře, takže mi tekla krev z nosu. Hlídali mě, abych nezvracela, ale stejně si najdeš cestu...no a nutili mě jíst, přejídat a do toho ti řekne, že jsi jak bečka.*“

Když jsem se zeptala, v čem vidí příčinu svých obtíží, uvedla jednoznačně, že v chování matky a otce a neustálému posměchu a urážkám.

Co se týče stravování, nikdy doma nebylo vyvážené. „*Máma toho moc nenařila, furt držela nějaké diety. Jí vždy záleželo spíš na tom, jak vypadá než na rodině.*“

Když se odstěhovala z domu, tak v tomto svém bulimickém chování pokračovala. Nemyslí si, že by byla něčím a někým příliš ovlivňována konkrétně, ale že „*celá doba nutí člověka k hubnutí*“.

Svůj jídelníček v tomto období považuje za velmi špatný: „*Někdy jsem nejedla celý den, ale dost často jsem se nacpávala jen rohlíky a sladkým, pořádné jídlo jsem nejedla.*“

Když jsem se zeptala, co ji přimělo k léčbě, tak odpověděla: „*Chtěla jsem začít normálně žít, najít si partnera, založit rodinu.*“

První její krok k léčbě byl, že napsala e-mail do sdružení Anabel a popsala jim svůj stav. Odtud se jí dostalo odpovědi, že je může kdykoliv navštívit, to odmítla, s tím, že je to pro ni daleko. Následně jí poslali kontakt na odborníka, který se zabývá PPP v místě jejího bydliště.

V současnosti se léčí v psychiatrické ambulanci asi dva roky s diagnózou mentální bulimie, chodí na terapie a užívá antidepresiva. Byla zařazena i do skupinové léčby, to jí nevyhovovalo, a tak tam přestala docházet, nedokáže otevřeně před cizími lidmi vykládat o svých stavech a pocitech.

Bulimické postoje:

Touha po štíhlosti ji provází po celý život, i v době, kdy zhubnula a byla štíhlá, měla pocit, že musí ještě zhubnout. Jí ráda a má ráda sladkosti, ráda vaří a peče. Neustále má pocit, že

jí hodně a měla by jídlo omezit. Uvádí, že i v zaměstnání cítí jako handicap nadváhu – „*tloušťka se dneska nenosí.*“ Nerada jí na veřejnosti.

Zdravotní a psychické komplikace:

Uvádí, že jí nemoc přinesla zvýšenou kazivost chrupu a problémy se slinivkou.

Ztráta sebevědomí, pocit, že vše dělá špatně a deprese. Její slova zněla: „*Jsem psychicky na dně.*“ Já osobně jsem zažila v nemocnici její halucinace, kdy viděla v noci v pokoji osoby a věci, které tam nebyly.

Průběh léčby:

Kontaktovala e-mailem občanské sdružení Anabell, odtud získala kontakt na psychiatra, ke kterému začala docházet.

Je v léčení něco přes dva roky, dochází na terapie a užívá antidepresiva. Léčba zatím stále pokračuje.

Zejména přiznává, že má problém se získáním správných stravovacích návyků, což je u PPP základní požadavek úspěšné léčby.

Důsledky nemoci:

V době studia se jí výrazně zhoršil prospěch. Po nástupu do zaměstnání byla uzavřená a nedokázala se dobře včlenit do kolektivu, připadá si ostrčená. Vyšší únava při jakékoliv fyzické či psychické činnosti.

V partnerských vztazích se to projevilo významně, ztráta sebevědomí a nedostatek společenských kontaktů způsobil, že velmi dlouho byla sama bez partnera, kterého sice v poslední době má, ale není si jistá, jestli mu dokáže věřit, že to s ní „myslí vážně“.

Veškeré zájmy a záliby opustila a nyní si teprve pomalu začíná zapojovat do společenského života, se starými přáteli se příliš nestýká, zpretrhala všechny vztahy, které měla a stýká se momentálně jen s přítelem a sousedkou.

Prognóza:

Myslím, že Bára by se měla nadále léčit a zejména upravit své stravovací návyky, protože přiznává, že občas se přejí a občas hladoví. Naštěstí nezvrací.

Také její duševní stav není ještě v normě, zejména výrazná ztráta sebevědomí je zřejmá.

Je potřeba upravit jídelníček a více se otevřít přátelům a partnerovi, neuzavírat se do sebe.

Myslím, že její problémy opravdu pramení z velmi špatných vztahů s matkou a nese si to s sebou i do svého partnerského života.

11.3 Kazuistika Anna

Rozhovor s touto dívkou byl nejtěžší. Sice odpovídala ochotně na otázky, ale byla odměřená a stručná, svým postojem dávala najevo, že stejně nemohu pochopit MA, pokud jsem jí neprošla. Při rozhovoru působila lehce nervózním dojmem. Rozhovor jsem s Annou uskutečnila na její SŠ, v kabinetu, kde jsme měly soukromí.

Osobní anamnéza:

Žena, 18 let, studentka 3. ročníku SŠ. Rodiče se rozvedli, když jí bylo 15 let. Žije s otcem. Měří 164 cm a v současné době váží 51-53 kg. Mentální anorexie propukla v 15 letech.

Uvádí, že jako dítě byla aktivní, prostě nedokázala chvíli posedět na místě. Hodně sportovala – brusle, kolo, lyže. Vyzkoušela hodně kroužků a zůstala u tancování. Kamarádů měla vždy hodně. V současné době již nesportuje a už nedělá ani tanec, z její reakce jsem pochopila, že to ji dost mrzí.

Považuje se za tvrdohlavou, tolerantní a kamarádkou. Na mě působila spíše jako introvert, ovšem sebe by spíš ohodnotila jako extroverta, i když přiznala, že nedávno dělala psychotesty a vyšlo jí, že je introvert, ale nezapomněla podotknout, že jen dva body od extroverta.

Rodinná anamnéza:

Žije v neúplné rodině s otcem. Rozvod rodičů probíhal v jejích 15 ti letech. Pochází ze dvou dětí. Obě děti zůstaly bydlet u otce.

Bratr má 21 let, pracuje jako montér, je sportovní postavy. Udává, že s bratrem moc dobré vztahy v dětství neměla, ale v současné době se zlepšily.

Otec 47 let, manažer, střední postava.

Bohužel o matce jsem se více informací nedozvěděla, otázky, které se jí týkaly, zůstaly většinou nezodpovězeny. U Anny byla viditelná nechuť se o ní bavit.

Vztahy v rodině byly neuspokojivé, časté hádky rodičů a také neshody s bratrem. „*Navenek jsme vypadali, jako normální, fungující rodina, ale nestálo to za nic.*“

Svůj vztah k matce popisuje jako velmi špatný, vztah s otcem měla dobrý, zhoršil se díky MA, dnes ho hodnotí jako špatný také, otec měl zpočátku velkou snahu Anně pomoci a pochopit ji, což se také celkem dařilo a Anna se úspěšně léčila. V poslední době u Anny nastupuje recidiva a otec to velmi těžce nese a už „prý o tom nechce ani slyšet“ a nastolil direktivní přístup k výchově.

Jako nejvíce traumatizující zážitek uvádí rozvod rodičů, „*kteřý nebyl zrovna jednoduchý.*“

Na základní škole, až do rozvodu rodičů měla známky výborné, potom nastalo zhoršení prospěchu, v současné době prospěch průměrný až podprůměrný.

S prarodiči od otce má prý velmi dobré a pěkné vztahy, ale s prarodiči od matky se nestýká stejně jako s matkou.

V rodině se prý zdravě nestravovalo a matka držela často diety. V rodině nikdo netrpěl PPP.

Veškeré její problémy s ní prožíval pouze otec, matka se do toho nijak nezapojovala.

Průběh onemocnění:

Nikdy nebyla obézní, v době, kdy začala hubnout tj. ve 14 ti letech, vážila 56,5 kg, již to je zajímavé, že mi tuto hodnotu řekla, tak přesně, že ji specifikovala i na desetiny. Nespokojenost s vlastním tělem se tedy objevila až v době dospívání. Na dotaz, jestli se jí někdy někdo posmíval kvůli postavě, tak odpověděla, že jen bratr a matka. Zde je vidět, že možná i poznámka myšlena třeba částečně v žertu, může ranit.

První příznaky nemoci se objevily v době, kdy probíhal rozvod rodičů, příčinu svých problémů vidí ve vztazích mezi otcem a matkou. Specifikuje ho na dobu na konci 15. roku.

Informace o hubnutí zjišťovala z časopisů a internetu. Pro-ana blogy na internetu považuje, za nebezpečné. „ *Rady, jak se ještě více potopit.*“

Nemoc se jí dařilo tajit jen dva měsíce, jedla jen zeleninu a pila zelený čaj a užívala projímadla, hubnutí pokračovalo velmi rychle, všimnul si toho první otec, posléze i okolí. Již v 16 ti letech, v době, kdy nastupovala na SŠ, vážila 39 kg. K léčbě ji přinutil otec, sama o to nestála.

Anorektické postoje:

Nespokojenost s vlastní postavou je vysoká, „*je z ní nešťastná*“. „*Nesnáším svůj zadek a stehna.*“

Vaří ráda, má pocit, že by měla jíst méně. „*Jsou dny, kdy si jídlo vychutnávám a těším se na něj, ale i dny, kdy jídlo nenávidím.*“ Chtěla by zhubnout a přiznává, že i nyní drží diety. „*Ale já nechci být tlustá, toho se děsím.*“

Nerada jí na veřejnosti. „*Nesnáším, když mě někdo kontroluje, kolik toho sním.*“

Zdravotní a psychické komplikace:

Léčí se s ledvinami, dostavila se amenorea.

Neustálé zaobírání se svou postavou, pocit neštěstí a beznaděje ze své postavy. Není schopna se na sebe objektivně dívat. Deprese a děsivé sny. „*Mám děsivé sny, že se jednou ráno probudím a budu tlustá, jak bečka.*“

Průběh léčby:

V době, kdy již byla vyhublost viditelná, tak otec přivedl dceru na psychiatrii, ovšem ambulantní léčba nebyla úspěšná, proto byla Anna umístěna na psychiatrické oddělení, s diagnózou mentální anorexie, její BMI bylo 15.

Zde pobývala s různými přestávkami rok. Nebyla přesvědčena o nutnosti léčby. „*Byla jsem zavřená, bez mého souhlasu, pak už mi nic nezbyvalo.*“

Uvědomuje si, že se nechová správně, ale vnitřně není s léčbou ztotožněna. Není přesvědčena o tom, že je vyléčená. „*Ne, pouze hlídaná a nic jiného mi nezbyvá.*“

V současné době je stále v léčení v psychiatrické ambulanci.

Důsledky nemoci:

Přestala se věnovat všem svým zálibám a koníčkům, dostala se do sociální izolace, která byla způsobena i dlouhým pobytem v psychiatrické léčebně. Viditelně ji nejvíc mrzí, že přestala tancovat. S přáteli se díky špatnému zdravotnímu stavu příliš nestýkala, ale v současné době uvádí, že se s přáteli stýká a je jí s nimi dobře. Měla osobního přítele, kterého díky MA ztratila, v současné době žádný partnerský vztah nemá. Výrazné zhoršení školních výsledků.

Prognóza:

Anna dobře ví, že se chová špatně, a že ubližuje sama sobě, ale bohužel léčí se jen proto, že musí, není se svou léčbou vnitřně ztotožněna a bohužel k úplnému uzdravení má ještě hodně dlouhou cestu. U Anny i její chování a i to, co neřekla, mělo velkou vypovídací hodnotu. Je z ní cítit pocit určité povýšenosti, který u pacientů s MA bývá a také, jak je velmi poznamenaná svým vztahem s matkou.

11.4 Kazuistika Alena.

S Alenou jsem se seznámila, loni v létě, když byla u nás v zaměstnání na brigádě. Později jsem se dozvěděla, že prodělala mentální anorexii. Rozhovor s ní probíhal v klidu, byla uvolněná a přesně odpovídala na otázky, bez jakýchkoli emocí. Na místě rozhovoru jsme se domluvily společně, nakonec navrhla, že za mnou přijde do zaměstnání, kde jsme v soukromí rozhovor uskutečnily.

Osobní anamnéza:

Žena, 19 let. Pochází z úplné rodiny. Studuje 4. ročník SŠ. Od dětství byla obézní. Výška 177 cm, současná váha 60 kg.

V dětství „*taková chytrá, vzorná, tlustá, bezproblémová holčička.*“ Rodiče ji od dětství dávaly do různých kroužků, zejména pohybových, protože viděli, že má sklony k obezitě. Také se učila hrát na klavír a velmi ráda četla. Pohyb díky nadváze moc ráda neměla, zejména v tělocviku, protože nesnášela posměšky spolužáků, ale nemyslí si, že by byla nešikovná. S kamarády uvádí, že chodila často ven a hrála míčové hry a jezdila na kole a bruslích. S kamarády z dětství se již skoro nestýká.

Ve škole se učila výborně, na SŠ se prospěch zhoršil, ale pořád je velmi dobrý, po maturitě se hodlá hlásit na VŠ.

Považuje se za introverta, který je rád doma v klidu, ovšem chodí i ráda do společnosti, ale není ráda středem pozornosti, to pramení z období, kdy byla obézní a měla pocit, že se proto „*všichni dívají jen na mě.*“ Přítel ani partnera nemá.

Rodinná anamnéza:

Žije v úplné rodině. Má jednoho bratra, 11 let.

Otec 43 let, střední povaha. Pracuje ve vedení firmy.

Matka 42 let, obézní, pracuje jako pečovatelka.

Dětství popisuje jako velmi šťastné, kdy si s rodiči rozuměli, a vztahy v rodině byly výborné. Jediný problém pocituje v tom, že kvůli nadváze si připadala méněcenná, dokonce i z baletu, kam chodila od 5 do 7 let, ji vyřadili pro nadváhu a neperspektivnost, i když si myslí, že pohybově nadaná byla. Všechno se pokazilo asi před deseti lety, otec se přestal starat o rodinu, nezdržoval se doma a scházel se s milenkami. V té době začaly mezi rodiči hádky a matka začala pít. Postupně se z ní stala alkoholička a doma se objevovalo i domácí násilí. Občas musela zastoupit matku v péči o bratra.

Jinak ona své vztahy s rodiči uvádí, jako vcelku dobré, jen má pocit, že je svým chováním zklamala. „*Už nejsem ta, na kterou bylo vždy spolehnoutí.*“

Doma se zásady zdravé výživy nedodržovaly, hojně se konzumovaly sladkosti, náprava v této oblasti je až v poslední době.

Alena uvedla, že od dětství si pamatuje, že matka neustále držela diety, a když byla dítě, bývala velmi štíhlá a často zvracela. Z toho usuzuje, že měla bulimické sklony. Hodně ztloustla při druhém, rizikovém těhotenství a zhubnout se jí již nepodařilo.

Průběh onemocnění:

Alena byla od dětství obézní a pohybovala se v prostředí, kdy matka neustále držela diety a řešila postavu. Uvádí, že diety držela s matkou již tak od 12 ti let. Opravdu hubnout začala ve 14 ti letech, to vážila 80 kg, ale to ještě nepovažuje za anorexii, ta se u ní projevila až tak po 15. roce a naplno se rozvinula v 1. ročníku SŠ. V té době, uvádí, že běžně jedla jen bílý jogurt a jablko denně a občas hladověla. Během prvního ročníku se tak v podstatě stravovala, zpočátku to nikomu nepřipadalo podezřelé, protože shazovala z nadváhy a každý ji jen chválil, jak je šikovná, že jí to tak jde.

Později to začalo být podezřelé matce, když si uvědomila, že ji ani nevidí si vzít nikdy žádnou sladkost, které milovala, a přitom už byla v té době štíhlá a mohla si to „dovolit“.

V době, kdy vážila 50 kg, ji vzala k obvodní lékařce, která dala Aleně doporučení do psychiatrické ambulance.

Anorektické postoje:

Celý život touha po štíhlosti a nespokojenost s vlastní postavou. Ta přetrvávala i v době, kdy již neměla nadváhu a v podstatě se projevuje i dnes, protože její postava nesplňuje

ideální proporce modelky. Má větší zadek a silnější stehna. I nyní, v době, kdy má normální postavu, má pocit, že by měla trochu zhubnout.

Neustále se zaobírala jídlem, dokázala i hodiny přemýšlet, co si vezme na jídlo, než si třeba vzala jablko. Vaří ráda, jídlo má ráda a nenávidí se za to, trpí občas pocitem, že by měla jíst méně.

Zdravotní a psychické komplikace:

Dostavily se časté bolesti hlavy, zimomřivost a amenorea. Po počáteční euforii ze snižování váhy se dostavily deprese. Provázel ji neustálý strach z toho, že opět přibere a tím bude úplně k ničemu.

Průběh léčby:

V době začátku léčby na psychiatrii bylo BMI Aleny 16. V té době již sama byla přesvědčena, že se chce léčit, bylo jí jasné, že je nemocná a měla vnitřní motivaci se uzdravit.

Užívala pravidelně psychofarmaka a navštěvovala terapie. V současné době již na psychiatrii nedochází, ale je pod kontrolou své obvodní lékařky.

Důsledky nemoci:

Prospěch se sice Aleně zhoršil, ale ne příliš výrazně. I když patřila k výborným studentkám, tak najednou ztratila chuť ke studiu. Některé přátelské vazby se zpřetrhaly, ale nepřičítá to MB, ale spíš přechodem na SŠ. Do společnosti příliš nechodila a preferovala klid doma a knihu či počítač.

Partnerský vztah se jí rozpadl, přičítá to své stydlivosti. Bojí se jakkoliv obnažit, protože se stydí za své tělo, nechodí ani na koupaliště.

Prognóza:

Alena na mě působila, že je vyléčená. Pochopila, že hladovění není cesta ke štíhlé postavě, touží sice po ní stále, ale už ví, že k ní vede jiná cesta. Ještě sice nějaké psychické problémy přetrvávají, např. strach z tloušťky a nechuť k vlastnímu tělu, ale myslím, že je na dobré cestě k normálnímu životu.

12 ANALÝZA DAT

Stanovila jsem si jako cíl práce **zjistit sociální a psychické důsledky PPP**, těm se budu věnovat podrobněji.

Pro případovou studii nejsou vyvinuty speciální analytické procedury, např. je možno použít některé z technik etnografického designu nebo zakotvené teorie. Je možno použít postup, že badatel se soustředí na předem daná kritéria, tento postup je volen i v případě, kdy autoři definují určitá témata, oblasti, faktory, mezi kterými hledají vztahy, nebo se snaží tato témata důkladně popsat. (Švaříček Šed'ová, 2007)

Pro analýzu dat jsem zvolila metodu vlastní zakotvené teorii, a to otevřené kódování.

Kódování je postup, při němž text rozebereme na určité sekvence, mohou to být, slova, věty, nebo celé odstavce. Slučováním těchto kódů, které jsou podobné, vznikají kategorie. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Některé kódy se velmi často opakovaly, já tyto úseky v textu vnímala velmi podobně, týká se to zejména toho, že faktory vzniku i sociální a psychické důsledky PPP, jsou často velmi podobné. Podrobné kódování je ukázáno v přílohách v uvedených rozhovorech.

Jednotlivé kategorie a kódy jim náležící jsou barevně odlišeny. Každou vzniklou kategorii jsem popsala ve zvláštní kapitole.

Přesto, že můj hlavní cíl je jiný, rozhodla jsem se stručně porovnat i možné **faktory vzniku PPP a společné průvodní projevy** u mnou zkoumaných žen, protože na první pohled jsem v jejich příbězích viděla zajímavé podobnosti a kódy, které se týkají příčinám a průvodním znakům vzniku MA a MB. Tyto faktory se prolínají celými rozhovory.

12.1 Faktory vzniku a společné znaky

Tuto kategorii charakterizuje červená barva.

Tato kategorie vznikla z těchto kódů (k jednotlivým respondentkám, jsem přiřadila i odpovědi z rozhovorů s druhou osobou, protože se týkaly problémů uvedené ženy):

Blanka: obezita, posměch, věk, dieta, jídelníček, vztah k jídlu, výborný prospěch, chladné vztahy v rodině, nemoc otce, smrt v rodině, nemoc matky, rozvod, touha po štíhlosti, ponížování.

Bára: vliv společnosti, posměch, věk, dieta, dieta sester, jídelníček, obezita, touha po štíhlosti, vztah k jídlu, vztah s matkou, výborný prospěch, chování rodičů.

Anna: posměch, dieta matky, věk, jídelníček, rozporuplný vztah k jídlu, vztahy k rodině, vztah s matkou, vztahy mezi rodiči, výborný prospěch, rozvod rodičů, tanec, touha po štíhlosti, kult štíhlosti.

Alena: obezita, posměch, dieta, jídelníček, vliv médií, rozporuplný vztah k jídlu, strach z reakce okolí, nespokojenost s tělem, hezké dětství, špatné rodinné vztahy, obezita matky, alkoholismus matky, výborný prospěch, hladovění, touha po štíhlosti, vliv společnosti, ponižování matky

Některé kódy se velmi často v textu objevovaly, byla to zejména obezita, dieta, touha po štíhlosti, špatné rodinné vztahy, vztah s matkou a posměch okolí.

Nejdříve jsem porovnala **věk**, zde ve třech případech, je uváděn začátek onemocnění mezi 15-16 rokem, což je velmi rizikové období u dívek, kdy v **době dospívání** začínají pociťovat zvýšenou nespokojenost se svými proporcemi a v posledním případě je uveden věk 23 let, což u diagnózy MB, také zcela odpovídá. (kapitola 6.1)

Obezita, jako jeden z možných, významných faktorů se potvrdila ve třech případech, u mentální bulimie, tato pravděpodobnost bývá vyšší, a zde se obezita projevila jako hlavní příčina u obou zkoumaných žen s MB. (kapitola 6.1)

U všech dotazovaných se jako zajímavá podobnost jeví **špatné rodinné vztahy**, i když, jak uvádím v teoretické části, ty se nedají vždy jednoznačně určit, jako příčiny PPP, ovšem mohou mít dopady emocionální, které se již jako možné faktory vzniku PPP uvádějí. (kapitola 6.3)

Dietní chování bývá uváděno jako jeden z nejrizikovějších faktorů pro vznik PPP, což se potvrdilo i v mnou provedeném šetření, všechny ženy se dostaly v minulosti s dietou do kontaktu nebo dietu držely. Dietní chování je někdy uváděno v rodinných faktorech, jako vliv a nápodoba nějakého člena rodiny, který dietu drží, ale já se spíše přikláním, že patří k sociokulturním vlivům, neboť v tom vidím problém a módní chování celé společnosti. Všechny zúčastněné pociťují tlak současné společnosti na nutnost štíhlé postavy. (kapitola 6.4.) Ruku v ruce s dietním chováním jde špatný jídelníček a **nesprávné stravovací návyky**, které ani v jednom případě nebyly v rodině ideální.

Životní událost, která měla určitý vliv na vznik PPP (kapitola 6.5), se projevila opět ve zřejmé nebo částečně skryté formě u všech mnou dotazovaných osob. Dvakrát jako životní těžké trauma byl uveden rozvod, jedenkrát vlastní a jednou rozvod rodičů. V jednom případě považuji za spouštěcí faktor špatné zážitky z alkoholismu matky a jedenkrát se projevil jako velmi negativní posměch spolužáků a matky kvůli nadváze.

Svým způsobem se mi z tohoto výčtu faktorů PPP vytratil **faktory psychické** (kapitola 6.2), ale v podstatě všechny dotazované měly problémy v rodinných vztazích a z toho pramenily i jejich problémy psychické. Zejména **nízká sebedůvěra** v sebe sama, díky tomu, že je někdo nějakým způsobem urážel nebo jejich pocit, že nějakým způsobem zklamaly, se zdála u všech společná. Hodně ztráta sebedůvěry a nízké sebevědomí pramenilo z obezity.

Dalším charakteristickým znakem byl velmi dobrý prospěch dívek na ZŠ, to se samozřejmě nedá považovat za příčinu PPP, ale vypovídá to o osobnosti dívek.

Pro názornost jsem jednotlivé případy a faktory seřadila do tabulky.

Tabulka 2 – faktory vzniku PPP, celkové shrnutí

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Věk při vzniku PPP	23	15	15	16
Obezita	<i>od dětství obézní dítě</i>	<i>od dětství nadváha</i>	<i>normální postava</i>	<i>od dětství obézní dítě</i>
Vztahy v rodině	<i>rodina sice fungující, ale nazvala bych to patriarchátem, otec někdy slovně hrubý, matka vždy v pozadí</i>	<i>na dětství nemám dobré vzpomínky, máma je strašná svině</i>	<i>s matkou jsem se nikdy nesnášela, vztahy s ní špatné, rodiče se jen hádali</i>	<i>rodiče mezi sebou velmi špatné vztahy, otec nemá zájem o rodinu, matka pije</i>
Dietní chování	<i>diety až později se sestrami</i>	<i>máma furt držela nějaké diety</i>	<i>matka držela diety</i>	<i>celý život se pohybuje v prostředí diet, sama je držela už od 12 let</i>
Vliv společnosti	<i>štíhlost je klíčem ke štěstí, tloušťka se dnes</i>	<i>celá doba nutí</i>	<i>doba poukazuje na štíhlou postava-</i>	<i>podívejte se na missky, či modelky,</i>

	<i>nenosí</i>	<i>člověka k hubnutí</i>	<i>vu, jako spásu</i>	<i>oni jsou normálně hubené a všichni je za to obdivují</i>
Osobnostní charakteristika	<i>já byla ta, do které se vkládaly jakési naděje, že to někam dotáhnu, výborný prospěch</i>	<i>Jako dítě hodně kamarádů, dobrý prospěch, postupem času se to horšilo</i>	<i>aktivní dítě, hodně zájmů, sport, tanec, výborný prospěch</i>	<i>obyčejná, vzorná, tlustá holčička, výborný prospěch</i>
Životní události	<i>rok 2005 byl katastrofální, nejvíc mě poznamenal rozvod</i>	<i>posměch od spolužáků, že jsem tlustoprcka a matka mi řekla, že se ani nevdám</i>	<i>rozvod rodičů, který nebyl zrovna jednoduchý</i>	<i>trauma každý tělocvik, ale když máti, chtěla opilá skákat z okna, to bylo, fakt psycho</i>

12.2 Sociální a psychické důsledky mentální anorexie a bulimie

V této kapitole se budu věnovat mému hlavnímu cíli výzkumu. Pokusím se zodpovědět na výzkumné otázky, které jsem si položila v metodologické části. Tyto odpovědi vplynuly z kategorií, ke kterým jsem dospěla přiřazením kódů.

12.2.1 Vliv mentální anorexie a bulimie na vztahy se členy rodiny

Tyto kódy jsem v textu rozhovoru vyznačila žlutě. Překvapilo mě, že těchto kódů se mnoho neobjevilo. Přičítám to tomu, že rodinné vztahy se členy rodiny nebyly nikde dobré a fungující, a tak se mohly propuknutím nemoci jen horšit a tuto změnu dívky příliš nevnímaly.

Bára: zhoršení vztahu s matkou.

Anna: změna vztahu s otcem, nespokojenost s otcem, vydírání otce.

Alena: zklamání rodičů, zhoršení rodinných vztahů, pocit viny.

Na otázku, jestli má vliv MA a MB na rodinné vztahy, se mi odpověď hledala těžce, protože ve všech mnou volených případech nefungovaly v rodinách ideální vztahy. Rodinné vztahy byly vždy nějakým způsobem narušeny, proto bylo těžké z rozhovorů určit jestli, a

jak dalece se tyto již narušené vztahy ještě více zhoršily. Přesto jsem k nějakým závěrům dospěla.

Blanka uvádí, že rodina o jejím onemocnění nevěděla, tak nelze hovořit o nějakých zhoršených vztazích v důsledku nemoci. Rodina si sice všimla jejímu změněnému chování, ale přičítala to k prožitému rozvodu.

Bára i přesto, že měla vztahy s rodiči velmi špatné, tak po té, co se její matka dozvěděla o mentální bulimii své dcery, tak se jejich vztahy ještě více vyhrotily a skončilo to úplným odchodem od rodičů.

Anna v době propuknutí MA žila jen s otcem, se kterým měla do té doby velmi dobré vztahy. Po propuknutí nemoci se jí otec snažil všemožně pomoci, ale postupně, když vidí beznaděj svého počínání, rezignuje a začíná mít odmítavé postoje k nemoci své dcery. Sama Anna uvádí, že se po propuknutí nemoci její vztahy s otcem velmi zhoršily, má připomínky, zejména k jeho neustálé kontrole její osoby.

Alena nepocituje vyloženě zhoršení vztahů se svými rodiči jen má pocit, že své rodiče zklamala, myslí si, že jí již rodiče tolik nevěří, již není ta, na kterou bylo vždy spolehnutí.

Tabulka 3 – vztahy s rodinou

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Zhoršení vztahů s rodinou		X	X	X

Zhoršené vztahy v rodině se projevují často, když rodina se snaží nemocnému pomoci, ale jejich pomoc často vyjde naprázdno a oni začnou obviňovat sami sebe. Toto mi připadalo zřejmé v příběhu Anny. Teoretická východiska jsem důkladněji popsala v kapitole 4.2.2.

12.2.2 Vliv mentální anorexie a bulimie na pracovní či školní úspěšnost

Tento vliv může být dvojího charakteru, a to že dotyčná, je na tom zdravotně a fyzicky, tak špatně, že prostě nestačí na dané úkoly a má zhoršené kognitivní funkce nebo je to záležitost psychická, kdy nemocná rezignuje na veškeré povinnosti a pracovní či školní činnost. (kapitola 4.2.3)

Kódy, které se týkaly této kategorie, jsem označila v textu fialově.

Blanka: plnění pracovních povinností

Bára: zhoršení prospěchu

Anna: zhoršení prospěchu

Alena: ztráta zájmu o studium

Blanka nepocítila, že by ji to nějak omezilo v pracovním výkonu, co se týká jejího zaměstnání. V práci se jídlem nezabývala, nejedla, aby nezvracela a snažila se soustředit jen na práci.

Bára se zhoršila ve studijních výsledcích a cítila se často unavená, že musela doma častěji odpočívat.

Anna – vzhledem k tomu, že byla nejvíce zdravotně ohrožená a byla i dlouhodobě hospitalizovaná, tak se to na jejím výkonu projevilo asi nejzřetelněji, výrazné zhoršení prospěchu ve škole, je tedy celkem logické a pochopitelné

Alena, i když její BMI bylo taky velmi nízké, tak její zdravotní stav byl lepší než u Anny, proto i důsledky na školní úspěšnost nebyly tak velké. Určité zhoršení studijních výsledků nastalo, ale to se nedá jednoznačně přičíst MA.

Tabulka 4 – pracovní a školní úspěšnost

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Zhoršení pracovní a školní úspěš-		X	X	X

Jak jsem již výše popsala, na plnění si pracovních povinností má vliv zdravotní stav žen, proto k této kategorii přiřadím i kategorii další, a to jsou: **Zdravotní důsledky**.

O těch se jen letmo zmíním, protože nejsou hlavní částí mého výzkumného šetření.

Kódy této kategorie jsou v textu vyznačeny zeleně. Veškeré zdravotní problémy jsem víceméně zahrnula pod jeden kód, nebudu se podrobně zabývat jednotlivými zdravotními problémy, které MA a MB přináší.

Blanka: zdraví.

Bára: zdraví, únava.

Anna: zdraví, únava.

Alena: zdraví, únava.

Tabulka 5- Zdravotní důsledky

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Zdravotní důsledky	X	X	X	X
Únava		X	X	X

U všech žen se objevily nějaké zdravotní problémy, které byly více či méně závažné a většina z nich také uváděla únavu, která měla za následek buď zhoršení pracovního výkonu, nebo ztrátu chuti ke společenskému životu a svým zájmům.

12.2.3 Vliv mentální anorexie a bulimie na partnerské vztahy

Vliv PPP na partnerské vztahy a sexuální život je taky uváděn, jako jeden ze sociálních důsledků (kapitola 4.2.3)

Kódy přiřazené do této kategorie byly označeny růžově.

Blanka: nedůvěra v partnera, vliv na sex.

Bára: nezájem o partnerství, nedůvěra v partnera.

Anna: rozchod.

Alena: pocit studu z postavy, rozchod.

U Blanky propukla MB, v době kdy si po rozvodu našla nového přítele. Když jsem se zeptala, na jejich vztah uvedla, že dlouho si nebyla vztahem jistá a že ani jejich sexuální život nebyl uspokojivý.

Bára přítele v době propuknutí neměla a uvádí, že v podstatě ani dlouho poté. Měla problém s navazováním vztahů. V tomto případě si nejsem jistá, jestli i toto je důsledek pokřivených partnerských vztahů důsledkem MB, ale podle mého mínění pravděpodobně ano.

Anna, co se týče partnerských vztahů, moc sdílná nebyla, jen mi řekla, že momentálně přítele nemá, měla a díky MA jej ztratila.

Alena v době vzniku MA přítele měla a ztratila jej z důvodu toho, že je stydlivá, tím pádem neexistoval ani žádný sexuální život. V současné době je bez přítele.

Zde se mi potvrdilo, že určitě v každém případě mají PPP vliv na partnerský a sexuální život.

Tabulka 6 – vliv MB a MA na partnerské vztahy

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Vliv na partnerské vztahy	X	X	X	X

12.2.4 Vliv mentální anorexie a bulimie na přátelské vztahy a společenský život

V této kategorii bylo ze sociálních důsledků kódů nejvíce a vyznačila jsem je okrovou barvou.

Blanka: opravdoví přátelé, nechut' se bavit, absence společenského života, neschopnost se bavit, neúčast na akcích, nezájem o společenský život.

Bára: nezačlenění se do kolektivu, ztráta přátel, absence společenského života.

Anna: nedostatek nových přátel, nechut' k zábavě, nezačlenění se do kolektivu.

Alena: nedostatek společenského života, klidné zájmy, introvert, nedostatek témat, opravdové přátelství, zhoršení přátelských vztahů.

Blanka uvedla, že nepocítila, že by nemocí ztratila přátele, opravdoví přátelé se prý neztrácejí. Je to dáno tím, že je dostatečně vyzrálá a uvědomuje si rozdíl mezi známými a přáteli.

Ve společenském životě a zábavě již vliv MB, je zřejmý, což pramení z nedostatku zájmu o něco jiného než o jídlo a nedostatek motivace se účastnit společných akcí a v neposlední řadě vliv únavy.

Bára naopak řekla, že veškeré kontakty a vazby s přáteli byly zpřetrhány a v současnosti se s nikým skoro nestýká. To samé se týká i úplné absence společenského života.

Anna uvádí, že nemá pocit, že by kvůli MA ztratila nějaké přátele, pouze s nimi na určitý čas přestala být v neustálém kontaktu, společenského života se neúčastnila, zejména díky hospitalizaci, v současné době nevidí ve svých přátelských vztazích žádné problémy, já osobně vidím hlavní problém v tom, že v důsledku onemocnění jí delší dobu trvalo, než se začlenila do nového třídního kolektivu a v určitém stadiu onemocnění se dostavila nechuť k zábavě, která mohla pramenit ze zdravotních problémů, únavy a přílišným zaobíráním se sama sebou.

Alena necítí potřebu se ani v současnosti příliš zapojovat do společenského života, je to dáno jejím klidnějším temperamentem. Nemyslí si, že by v důsledku MA ztratila nějaké přátele, taky již zdůraznila rozdíl mezi opravdovými přáteli a povrchními známostmi.

Tabulka 7 – vliv MA a MB na přátelství a společenský život

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Přátelské vztahy		X	X	
Společenský život	X	X	X	X

12.2.5 Vliv mentální anorexie a bulimie na psychické zdraví

Podle mého psychické důsledky velmi úzce souvisí s důsledky sociálními. Kódů k této kategorii jsem přiřadila spoustu, někdy je těžké, jestli špatný duševní stav je příčinou, či důsledkem PPP. Jsou to spojené nádoby. Skupinu těchto kódů jsem v textu označila modře.

Blanka: uspokojení, strach z tloušťky, outsider, deprese, sebevražda, ztráta sebevědomí, křivda, odpor k sobě, stud za selhání, neschopnost, pocit odpovědnosti, stres, ztráta zájmů, alkohol.

Bára: deprese, nízké sebevědomí, pocit křivdy, uspokojení, neschopnost otevřít se, psychicky na dně, nedůvěra v sebe.

Anna: deprese, strach z tloušťky, neláska k sobě, nechuť k léčbě, neklid.

Alena: uspokojení, strach z tloušťky, časté vážení, nerozhodnost, deprese, nerespektování vlastního těla, uzavřenost.

Jak uvádím v kapitole 4.1.1, tak mezi nejzávažnější psychické důsledky PPP patří **sebevražda a sebepoškození**. Se sebepoškozením jsem se nesetkala ani v jednom případě. Sebevražedné myšlenky zmínila ve své výpovědi Blanka. Pramenily z dlouhotrvající deprese a stavu beznaděje, uvedla, že při životě ji držela zejména starost o dceru a pocit zodpovědnosti. Nebudu spekulovat o tom, jak by to dopadlo, kdyby dceru neměla. Je určitě pravdou, že občas spousta lidí napadne, že nemá cenu dál žít zejména, když se potýkají s nějakými dlouhodobými starostmi a těžkostmi. Faktem zůstává, že spousta dokonaných sebevražd spadá na vrub pacientkám s PPP, přesná data a čísla jsem uvedla v kapitole 4.1.1.

Mezi další psychické důsledky patří **depresivní stavy a stavy úzkosti** (kapitola 4.1.2). Pramení z toho, že jedince neustále pronásleduje vnitřní hlas, vnitřní kritik jí neustále říká: „Nestojím vůbec za nic! Nikdo mi nerozumí! Všem jsem jenom na obtíž! Všichni mě nakonec opustí!“ (Praško, 2003)

Tento vnitřní hlas pronásleduje kohokoliv, kdo se potýká s beznadějí a depresí, ale pro osoby s PPP jsou takové věty, otázky a myšlenky velmi příznačné. Zpočátku často zažívají pocity z euforie, z toho, že se jim podařilo zhubnout a následně se dostávají stavy deprese. Je to vidět i v uvedených kazuistikách. Všechny čtyři ženy si prošly těmito depresivními stavy. Tento kód se objevuje velmi často.

Deprese je také důsledek nejistoty a sníženého sebehodnocení a ztráty sebedůvěry.

Závislost na alkoholu bývá uváděna, že se často týká bulimických žen. (kapitola 4.1.3) Zde v jednom případě osoba blízká uvádí, že Blanka, i když nebyla určitě alkoholička, tak u ní bylo pozorováno nadužívání alkoholu.

Jako jedna psychická oblast, která je typická pro PPP, je pocit uspokojení a jakési prvopočáteční **euforie** z dosažených výsledků, tedy konkrétně ze ztráty kilogramů a hubnoucí postavy. Opět se to potvrdilo i v mém výzkumném šetření, tři ženy svorně uvedly, že počátky jejich onemocnění a ztráta kilogramů jim přinesla pocity uspokojení, které ovšem později nahrazují spíše opačné, depresivní stavy.

Tabulka 8 – psychické důsledky

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Depresivní stavy	X	X	X	X
Nízké sebevědomí	X	X	X	X
Sebevražedné sklony	X			
Sklon k alkoholismu	X			
Strach z tloušťky	X		X	X
Uspokojení	X	X		X

Z této tabulky jasně vyplývá, že nejčastějšími psychickými problémy, které PPP přinášejí, jsou deprese a snížené sebevědomí, to se odráží například v těžším navazování vztahů, uzavíráním se do sebe a neustálém pochybování sama o sobě, z toho pramení neúčast na různých společenských akcích a prohlubování sociální izolace.

12.2.6 Prognóza dalšího stavu

Tato kategorie mi vyplynula, opravdu až rozbořem vzniklých kódů a následném sloučením do této kategorie. V textu jsem tyto kódy označila hnědou barvou.

Blanka: sportovní aktivita, vědomí o možnosti selhání, splnitelné cíle, jiné hodnoty, vyrovnanost.

Bára: jídelníček, touha po rodině, nejistota, potřeba podpory.

Anna: nechť k léčbě, beznaděj, pocit poznamenání, strach z těhotenství, recidiva.

Alena: chuť po změně, zlepšení stravování, vědomí možnosti selhání, uvědomění si možných rizik, chuť k léčení.

Tabulka 9 - Prognóza

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Dobrá prognóza pro budoucnost	X	X		X

Letným pohledem na tuto tabulku je zřejmé, že u Anny mi nepřipadá, že by byla vyléčená. Měla jsem takový pocit, i když jsem s ní hovořila, byla si vědoma, toho, že MA je zlo, se kterým by se měla vypořádat a varovat před ním i ostatní dívky, ale bohužel sama v sobě s tímto zlem musí ještě tvrdě bojovat. Tyto mé pocity potvrdila i výchovná poradkyně a koneckonců se to odrazilo i v testu nedokončených vět, které uvádím v další kapitole. Ostatní ženy jsou si vědomy, že krůček k recidivě je velmi krátký, ale vnitřně se s nemocí již vypořádaly.

13 METODA NEDOKONČENÝCH VĚT

Jak jsem již dříve předeslala, tak jsem vybrala pár nedokončených vět, které jsem položila svým zkoumaným osobám a požádala je o „dokončení“ těchto vět. Důležité je, aby zkoumaná osoba napsala první myšlenku, která ji napadne.

Původně jsem chtěla nedokončené věty ženám položit na závěr našeho rozhovoru, ale posléze jsem si uvědomila, že by to možná nebylo objektivní, když se s nimi budu třeba dvě hodiny bavit o PPP. Mohlo by je to třeba ovlivnit v jejich uvažování. Proto jsem se rozhodla zaslat ženám tyto nedokončené věty dopředu e-mailem, s tím, že jsem je poprosila o doplnění. Zpátky mi je zaslaly opět e-mailem.

Vyhodnocování takového testu vychází z předpokladu, že jakoukoliv slovní výpověď je možno podrobit rozboru a použít ji k poznávání osobnosti. Mě zajímalo, jestli se PPP nějakým způsobem objeví i v tomto krátkém testu. Snažila jsem se o to, aby i tyto věty alespoň částečně korespondovaly s mými výzkumnými otázkami.

Když jsem si tyto věty, již úplné, doplněné přečetla, poté, co jsem provedla rozhovory se všemi ženami, okamžitě jsem poznala podle charakteru těchto jednoduchých vět, která s respondentek je napsala. Opravdu i z těchto pár slov, bych je dokázala identifikovat. Tato metoda mi přijde jako opravdu velmi zajímavá a hodně o osobnosti jedince vypovídající.

13.1 Nedokončené věty – srovnání

Základ projektivních technik spočívá v tom, že zadání u zkoumaných jedinců vyvolává různé reakce, kterými tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti. Mohou se při nich proto projevit i skryté postoje, kterých si ani testovaná osoba nemusí být vědoma. Tento test se obvykle používá jen jako doplňková metoda, která má odhalit případné rozpory s předchozími výsledky výzkumu.

Já jsem se rozhodla pro dobré srovnání a porovnání jednotlivých žen vložit tyto věty do přehledné tabulky.

Když jsem si jen tak jednoduchým srovnáním porovnávala vyjádření, všech žen, tak jsem se vlastním úsudkem snažila rozpoznat vyjádření, které mají souvislost s prodělanou PPP. Tyto výroky jsem v tabulce označila modře.

Tabulka 10 – nedokončené věty, srovnání

	Blanka	Bára	Anna	Alena
Vždy jsem chtěla být	<i>úspěšná.</i>	<i>štíhlá.</i>	<i>štíhlá.</i>	<i>štíhlá.</i>
Mou největší chybou je	<i>nedokážu často nic dotáhnout do konce.</i>	<i>že si nevěřím.</i>	<i>dieta.</i>	<i>že mám ráda sladkosti.</i>
Nelíbí se mi, že	<i>všude okolo je zloba a závist.</i>	<i>je všude faleš.</i>	<i>doba poukazuje na štíhlou postavu, jako spásu.</i>	<i>máma pije.</i>
Mým nejbližším člověkem je	<i>mé dcery.</i>	<i>má sousedka.</i>	<i>moje kamarádka od 1. třídy.</i>	<i>bratr.</i>
Mí přátelé jsou	<i>nenahraditelní.</i>	<i>netuším kde.</i>	<i>„šilení.“</i>	<i>fajn.</i>
Už vím	<i>nemá cenu nic plánovat, stejně to nevyjde.</i>	<i>že jsem dělala blbosti.</i>	<i>nikdy nebudu normální.</i>	<i>že, život je boj.</i>
Ve škole (práci) mě těší	<i>že jsem se v ní našla.</i>	<i>že ji mám.</i>	<i>nic.</i>	<i>že tam mám přátele.</i>
Svůj čas trávím ráda	<i>s pozitivními lidmi.</i>	<i>doma.</i>	<i>s přáteli na kafe.</i>	<i>u počítače.</i>
Ráda chodím	<i>do snů.</i>	<i>do vany.</i>	<i>do kina.</i>	<i>k babičce.</i>
Mí rodiče	<i>jsou nenahraditelní.</i>	<i>jsou zlí.</i>	<i>nejsou spolu ani přátelé.</i>	<i>spolu neumí žít.</i>

Když bych se snažila najít nějakou souvislost mezi PPP a tím, co Blanka napsala, tak bych asi na první pohled žádné spojitosti nenašla. Je vidět, že má přesně v hlavě srovnané své priority. Jako u každé správné matky je poznat silný mateřský cit ke svým dcerám.

Celkem nic na jejích odpovědích mě nepřekvapilo, jedině mě možná na první pohled zarazilo, že charakterizovala své rodiče jako nenahraditelné. I když vyloženě špatně o nich nehovořila, tak mě tato formulace překvapila, protože jsem z našeho rozhovoru, že vztahy v rodině nebyly úplně ideální, ale je z toho patrné, že rodina je pro ni symbolem pro šťastný život.

Pokusím se laicky, stručně charakterizovat, jak na mě osoba, která napsala tato slova, působí. Jedná se pravděpodobně o introverta, s určitou negativní životní zkušeností, který své priority vidí zejména v harmonickém rodinném životě a velkou váhu přikládá opravdovému přátelství. Má přesnou představu, co od života chce a očekává.

U Báry mě v podstatě vůbec nic nepřekvapilo. Touha po štíhlé postavě ji provází od dětství a pravděpodobně si to s sebou ponese celý další život, což je typické pro všechny pacienty s MA a MB. Nemusí to být na škodu, pokud se tohoto cíle bude snažit dosáhnout rozumnými a zdravými prostředky. Dále se její negativní zkušenosti s PPP objevily v tom, že si uvědomuje že „dělala blbosti.“ Z ostatních vět je vidět snížené sebevědomí a nespokojenost s vlastním životem.

Tak u Anny se mentální anorexie zcela otevřeně promítla hned do prvních třech vět, v podstatě všechny tyto tři věci, které zmínila, touha po štíhlosti, dieta a kult štíhlosti v současné společnosti spadají do faktorů, které spouštějí PPP. Za zmínku stojí, že uvádí, že vždycky chtěla být štíhlá, i když nikdy netrpěla nadváhou. Je zřejmé, že jsou narušeny její vztahy s rodinou a dobře jí je snad jen mezi přáteli. Již jen tady z těchto pár řádků se domnívám, že Anna svůj problém s MA nemá zdaleka vyřešen.

U Aleny se opět objevuje touha po štíhlé postavě. To celkem u dívek, které trpí od dětství obezitou je jev zcela běžný. V druhé větě se odráží opět její vnitřní boj a problém, co se týká jídla. Má ráda sladkosti a je cítit, že ji z toho tíží svědomí. Trápí ji problém s matkou, ale jinak mi připadá, že je celkem vyrovnaná a v „pohodě“.

Když jsem si jen tak jednoduchým srovnáním porovnala vyjádření, všech žen, tak jsem se vlastním úsudkem snažila rozpoznat vyjádření, které mají souvislost s prodělanou PPP. Tyto výroky jsem v tabulce označila modře. Jednoduchým srovnáním jsem zjistila, že nejmenší psychické a sociální důsledky zanechaly PPP na Blance a s největšími důsledky se potýká Anna, je to dáno zejména i tím, že se bohužel ještě s touto problematikou nevyřádala.

14 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ

V praktické části jsem představila 4 kazuistiky žen s MA a MB. V popsáných příbězích jsou na první pohled zřejmé nejen příčiny vzniku PPP, ale i sociální a psychické důsledky, které PPP, zanechávají na nemocných ženách. Ty mohou mít někdy dalekosáhlejší negativní vliv na jejich život, než ty důsledky zdravotní. Většinou zdravotní obtíže mizí spolu s odezněním PPP a s upravením hmotnosti a stravovacích návyků, ovšem důsledky psychické či sociální, si s sebou může postižená nést velmi dlouho, ne-li do konce života.

V této části si zodpovím na své výzkumné otázky

V první řadě se určitě zhorší rodinné vztahy, a to i tam, kde nefungují dobře již před nastoupením onemocnění. Pouze v jednom případě u Blanky, onemocnění neovlivnilo vztahy s rodinnými příslušníky, což možná bylo způsobeno i tím, že dotyčná s příbuznými nežila, po rozvodu žila sama jen se svou dcerou.

Nejviditelněji byl vidět posun vztahů k horšímu u Anny, která žila s otcem, se kterým měla velmi dobré vztahy před nástupem onemocnění. Ještě v počátcích nemoci se všemocně snažil jí pomoci a společně MA překonat. Měl to obtížné, protože jako muž se musel nějak postavit k onemocnění, které se považuje za čistě ženské. Anna ovšem v současném stavu není ještě schopna tuto pomoc přijmout, cítí se jako omezovaná a tento její postoj přispěl k odmítání této pomoci a tím víceméně i otce. Ten již po několikaletém boji s nemocí své dcery, také začíná rezignovat a místo chápajícího a vstřícného chování se uchyluje k direktivnímu způsobu chování a výchovy, cítí to jako svou prohru.

U Báry nelze s určitostí říci, kam by se její vztah s rodiči a zejména s matkou posunul, kdyby neonemocněla. V každém případě, jakmile propukla MB a matka se to dozvěděla, nastalo výrazné zhoršení vztahů, které i tak byly velmi neuspokojivé. V tomto případě bych řekla, že otec byl pouze pasivní divák, který se do konfliktů mezi dcerou a její matkou nezapojoval, a to jsem pochopila z rozhovoru, mu má Bára za zlé a tím pádem k němu ztratila jakýkoliv kladný citový vztah.

U Aleny nějaký základní rozkol mezi ní a rodiči nevidím, rodiče má ráda, i když mají své problémy a nepatří ke vzoru rodičovství. U ní je vidět, že se vždy snažila vynikat, co se týče studia i mimoškolních aktivit, v tom vidím i jednu z příčin vzniku MA. Jediné v čem se necítila být dost dobrá, byla její postava. Takže, když ve své touze být štíhlá, se proboujvala až ke vzniku MA, cítí to jako vlastní prohru a zklamání rodičů.

U snížení pracovní schopnosti a zhoršení pracovních či studijních výsledků, jsou rozdílné výsledky. Není to jednoznačné, nemohu ani jednoznačně říci, že by na tom byly ženy s MB lépe než s MA nebo naopak. Je to individuální a nezáleží na tom, kterou PPP ženy trpí. Blanka zhoršení pracovních výsledků a omezení v zaměstnání nepocituje, do práce chodí ráda a byla schopna oddělit své osobní problémy od pracovních povinností.

Bára naopak v zaměstnání vidí jen zdroj příjmů, do práce nastoupila již v období, kdy trpěla MB a tím pádem na tom nebyla psychicky nejlépe. To se projevilo i v navazování vztahů na pracovišti a celkovému postoji k práci, i když uvádí, že pracovní povinnosti si plní a plnila dobře.

U Anny je vidět výrazné zhoršení studijních výsledků, a to sama i otevřeně přiznává, z výborné studentky se stala studentka skoro podprůměrná. Jak sama uvádí, ve škole ji netěší nic, je víceméně pasivní, to se ukázalo i v tom, že se přestala zabývat jakoukoli zájmovou činností.

Alena je jiná v tom, že se vždy snažila být ve všem dobrá, je ambiciózní, co se týká vzdělávání, a proto, i když nějaké malé výkyvy výkonnosti přiznává, tak nepocituje nějaké výrazné změny k horšímu, co se týká jejích školních výsledků.

Jednoznačně by se dal hodnotit, jako vliv PPP na partnerské vztahy jako negativní. Tam určité negativní důsledky je vidět u všech čtyřech žen.

Blanka, si našla po rozvodu přítele a zároveň v té době se u ní projevila MB, ovšem není přesvědčena, že může svému příteli věřit, není přesvědčená o tom, že vztah vydrží. Naštěstí toto těžké období překonali.

Bára cítí, že má problém s navazováním partnerských vztahů. V době svého „bulimického období“ přítele neměla. V současné době přítele má, ale není si jistá, jestli je vztah pevný.

U Anny i Aleny je situace obdobná uvádí, že v době propuknutí MA přítele měly, ale díky onemocnění byl vztah ukončen a v současné době ani jedna žádný partnerský vztah nemá. To odpovídá předpokladům, že ženy s PPP se příliš zaobírají samy sebou a necítí potřebu partnerského vztahu.

Pokud se týká partnerských vztahů, tak jen jedna žena uvedla, že v podstatě byly zpřetrhány přátelské vztahy v době onemocnění a v současné době se s žádným z bývalých přátel nestýká. Ostatní tři ženy svorně uvedly, že přátelské vazby zpřetrhány nebyly, jen na určitý

čas byly kontakty o něco méně časté. To bych spíš přiřadila do kategorie společenských vztahů, kdy ženy velmi omezily, jakékoliv společenské kontakty a tato absence společenských kontaktů zasáhla všechny čtyři respondentky. Společná je ztráta zájmů a společenská izolovanost. S přáteli se nestýkají a komunikují zejména přes počítač.

Psychické problémy se dotkly všech čtyř žen, všechny čtyři svorně přiznávají stavy deprese, úzkosti, strachu, pocity méněcennosti a nedostatek sebevědomí. Tady tyto duševní poruchy spolu chodí ruku v ruce a přetrvávají i často i po odeznění PPP. Myslím, že zejména snížené sebevědomí chybí všem čtyřem ženám, bylo to vidět i z jejich chování a vyjadřování.

Nyní si zodpovím na své výzkumné otázky, podle celkového shrnutí výsledků.

Ovlivní MB a MB vztahy se členy rodiny a jak?

Z mého výzkumného šetření vyplývá, že určitě ano. Vztahy mezi rodinou a ženami se po onemocnění zhoršily. Týká se to těch nejbližších příbuzných, se kterými jsou nemocní v každodenním kontaktu, což v těchto případech byli rodiče.

Změní se vztah nemocné ke studiu či zaměstnání a projeví se to ve výsledcích?

Na tuto otázku nejsem schopna zodpovědět jednoznačně. Záleží zejména na celkovém zdravotním a psychickém stavu jedince a na jeho vnitřní motivaci k práci či studiu.

Ovlivní onemocnění partnerský život?

Jednoznačně mohu odpovědět, že ano. Z kazuistik všech čtyř žen vyplynulo, že měly, anebo mají problémy v partnerských vztazích. Je to dáno zvýšeným zájmem o svou osobu a nedostatkem zájmu o intimní život, nedůvěra a ztráta sebevědomí.

Změní onemocnění přátelské vztahy a vazby?

Na tuto otázku bych odpověděla, že na opravdová přátelství PPP vliv nemají. Jen vztahy a styky s přáteli jsou omezené, ale po návratu k normálnímu stavu se vrací k původnímu stavu.

Přináší onemocnění ženám psychické problémy?

Určitě ano. Podle mého to je jeden z největších problémů, který PPP ženám přinášejí. U všech žen se dostavily pocity deprese a úzkosti, strach z nadváhy, pocity méněcennosti.

Tyto stavy prohlubují sociální izolovanost a z toho pramenící špatné vztahy s okolím a nejbližšími.

Určitě existuje, daleko více oblastí, ve kterých se projeví sociální důsledky spojené s poruchami mentální anorexie a mentální bulimie. Ve svém výzkumném šetření jsem se soustředila na oblasti, které jsou pro život nejdůležitější a nejvíce ovlivňují život jedince.

14.1 Využití výsledků a návrhy pro praxi

Určitě jako pozitivum vidím, již jen tu skutečnost, že jsem ženám, se kterými jsem hovořila, dala pocit, že svou výpověď mohou někomu pomoci. Bylo to vidět minimálně u dvou žen. Ještě několikrát mě kontaktovaly e - emailem a dotazovaly se, jak má práce pokračuje, jestli ještě něco nepotřebuji. Získaly pocit, že jejich zkušenosti mohou být pro někoho přínosem a snad někomu pomoci.

Sama jsem určitý přínos pro sebe a své okolí zaznamenala v nedávných dnech, obrátila se na mě zoufalá kolegyně, která měla podezření, že má její dcera MA, po rozhovoru s ní, jsem jí uklidnila, že sice její dcera má určité indicie, aby u ní mohla MA propuknout, ale určitě jí ještě netrpí a dala jsem jí určitá doporučení, jak by se měla chovat a s dcerou jednat.

Má práce, zejména její teoretická část je uceleným přehledem o PPP a i o nových typech, které se objevily v poslední době. V praktické části jsem se zaměřila zejména na sociální a psychické důsledky, kterým většina prací, které jsem přečetla, se tak často nevěnovaly. Většina prací se soustřeďuje primárně na příčiny a faktory vzniku PPP nebo prevenci a správné stravovací mládeží mezi žáky a studenty na školách. Je důležité ovšem upozornit i na důsledky, které ovlivňují kvalitu života žen a dívek i po odeznění akutního stádia onemocnění.

Myslím si, že by má práce mohla být přínosem zejména pro výchovné poradce a metodiky prevence na školách.

ZÁVĚR

Má diplomová práce pojednává o PPP jako celku, ale zejména o mentální anorexii a bulimii. PPP jsou v poslední době na vzestupu a stávají se sociálním problémem, a to zejména díky sociálním důsledkům, které přináší. V teoretické části jsem se soustředila teoretické poznatky o onemocnění, které jsem se snažila využít v praktické části.

V praktické části jsem provedla rozhovory s mladými ženami, které trpí MA a MB, jejich příběhy jsem zpracovala do podrobných kazuistik. V těchto kazuistikách jsem hledala určité analogie, které jsem následně interpretovala a vyvodila závěry. Zajímalo mě, jakým způsobem ovlivní nemoc život mladé ženy zejména v oblasti mezilidských vztahů na různých úrovních.

Zjistila jsem, že tyto ženy jsou opravdu sociálně a společensky znevýhodněny zásluhou svého onemocnění a bohužel toto znevýhodnění neodezní, tak rychle, jako důsledky zdravotní.

Bylo by velmi zjednodušené říci, že stačí začít normálně a zdravě jíst a bude vše v pořádku. To si většina lidí myslím, každý vidí zejména důsledky zdravotní, které jsou často viditelné na první pohled, ale málokdo si uvědomuje, že MA a MB jsou onemocnění psychická, a jako taková jsou léčitelná velmi těžce a potřebují zejména pochopení okolí a čas.

Také už není pravda, že by se toto onemocnění týkalo pouze mladých žen, bohužel se týká také malých dětí a kupodivu i malého procenta mužů, ale jak jsem uvedla v části teoretické, to taky může být jen špička ledovce.

Je třeba si uvědomit, že opravdu za zvýšeným počtem případů těchto PPP stojí zejména naše současná společnost, která často předkládá již velmi mladým lidem špatné příklady. Proto by se tato společnost měla postarat o nápravu. Tento jedinec si za to nemůže sám. Pokusím se to jen tak lehce srovnat s alkoholismem, alkoholikovi nikdo v médiích a v reálném životě nebude podsouvat, jak je dobré a krásné pít alkoholu, zatímco těmto „obětem“ moderní doby to na každém rohu je podsouváno, jak je důležitá štíhlost. V každém ženském časopisu většinou narazíte alespoň na jednu zaručenou dietu. Netvrdím, že by se nemělo poukazovat na to, že obezita je zdraví škodlivá, ale nesmí se zacházet do extrémů. Opravdu mi nepřipadá vhodné kritizovat nějakou „mediální hvězdu“, že přibrala nějaké kilo a přitom ani zdaleka netrpí žádnou nadváhou, a to si přiznejme, vidíme ve

sdělovacích prostředcích celkem často. Starší člověk, to pravděpodobně přejde s pousmáním, ale mladý člověk, který si zatím hledá své vzory, to může vzít velmi vážně.

Na druhou stranu je důležité si uvědomit, že ne každá na „kost vyhublá“ žena trpí mentální anorexií, i takovou ve svém okolí znám, snaží se jíst hodně a je nešťastná z toho, že nemůže přibrat.

Důležité je si všimat, týká se to zejména rodičů, prarodičů, učitelů, vychovatelů, výchovných poradců a všech, co pracují zejména s mládeží. Je potřeba onemocnění podchytit včas, aby sociální a psychické důsledky, kterým jsem se ve své práci věnovala, vůbec nenastaly. Vždy mě zarazí, když si rodiče všimnou a začnou řešit situaci, když je jejich dítě až tak vyhublé, že je v ohrožení života. Copak si toho nevšimly dříve, že s jejich dítětem je něco v nepořádku? Nemyslím si a nepřipouštím, že je to díky nevšímavosti, spíš si myslím, že je to díky neinformovanosti. Proto bych se určitě postavila za to, aby se daleko více prostředků a zájmu soustředilo na problémy, které jsou spojené s PPP.

Dovolím si na závěr připsat jednu myšlenku: Je lepší vynaložit raději korunu na prevenci, než dvě na odstranění následků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALCH, James, 1998. *Bible předpisů zdravé výživy*. Praha: Pragma, 572 s. ISBN 80-7205-637-9.
- [2] BAUDIŠ, Pavel, LIBIGER, Jan, 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [3] BEDNÁROVÁ, Bibiana, YAMATOVÁ, Anna, PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*. č. 3, s. 178. ISSN 1212-0383.
- [4] COHEN, Robert, 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
- [5] COOPER, Peter, 1995. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
- [6] FRAŇKOVÁ, Slávka, 1996. *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV, 271 s. ISBN 80-85866-13-7.
- [7] FERJENČÍK, Ján, 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- [8] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [9] HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [10] HENDL, Jan, 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 243 s. ISBN 80-7184-549-3.
- [11] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [12] HORT, Vladimír a kolektiv, 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.
- [13] HSU, Lee Keung George. *Eating disorders*, 1990. New York: The Guilford Press, 248 s. ISBN 0-89862-401-0.

- [14] KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří, 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 156 s. ISBN 80-7106-248-0.
- [15] KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana, 2002. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi*. č. 3., s. 100. ISSN 1213-0494.
- [16] KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana, 2003. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 127 s. ISBN 807178-732-9.
- [17] KRCH, František David a kolektiv, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
- [18] KRCH, František David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- [19] KRCH, František David a kolektiv, 2005. *Poruchy příjmu potravy 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
- [20] KRCH, František David, 2008. *Bulimie - Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [21] KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 174 s. ISBN 978- 80-247-2333-4.
- [22] LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- [23] MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: NLN, 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
- [24] MARTYKÁNOVÁ, Lucie, PISKÁČKOVÁ, Zlata, 2010. Orthorexie a Bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*. č. 1, s. 16. ISSN 1211-8461.
- [25] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 2006. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [26] MUSIL, Jiří a kolektiv, 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 205s. ISBN 80-244-1153-9.

- [27] NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a kolektiv, 2000. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
- [28] NEŠPOR, Karel, 2003. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 151 s. ISBN 80-7178-831-7.
- [29] NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [30] PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [31] PAULÍK, Karel, 2009. *Vybrané poradenské a psychoterapeutické směry*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 178 s. ISBN 978-80-7368-739-7.
- [32] PRAŠKO, Ján a kolektiv, 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
- [33] RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ Petr, 2010. František Faltus – 80 let. *Česká a slovenská psychiatrie*. č. 4, s. 249. ISSN 1212-0383.
- [34] REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-2473-006-6.
- [35] STÁRKOVÁ, Libuše, 2010. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. č. 11, s. 24. ISSN 1803-5272.
- [36] ŠVAŘÍČEK Roman, ŠEĐOVÁ Klára a kol, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-807367-3130.
- [37] VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ODKAZŮ

- [38] Bigorexie aneb když se to v posilovně přehání. *Sportviceni.cz* [online]. © 2012 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: <http://www.sportviceni.cz/zdravi-a-cviceni/hubnuti-a-zdravi/bigorexie-aneb-kdyz-se-to-v-posilovne-prehani>
- [39] Biorexie aneb anorexie naruby. *Viscojis.cz* [online]. © 2012 [cit. 2012-12-01]. Dostupné z: http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=175:162&catid=68:poruchy-pijmu-potravy&Itemid=118
- [40] Centrum pro poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie.lf1.cuni.cz* [online]. © 2012 [cit. 2010-20-12]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecby-poruch-prijmu-potravy>
- [41] Citáty. *Klub-pro-ana.wgz.cz* [online]. © 2011 [cit. 2011-22-01]. Dostupné z: <http://www.klub-pro-ana.wgz.cz/citaty>
- [42] Článek o anorexii a taky o komunitě pro ana. *Stop-ppp.estranky.cz* [online]. © 2011 [cit. 2011-27-01]. Dostupné z: http://www.stop-ppp.estranky.cz/clanky/anorexie/clanek-o-anorexii-a-taky-o-komunitě-pro-ana_.html
- [43] FROZEN, Martin. Když kluci hubnou a zvracejí. Anorexie a bulimie v mužském světě. *Stopanorexia.estranky.cz* [online]. © 2011 [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/muzi-a-ppp/kdyz-kluci-hubnou-a-zvraceji_-anorexie-a-bulimie-v-muzskem-svete.html
- [44] KOHOUTEK, Rudolf. Poznávání psychiky a osobnosti. *Rudolfkohoutek.blog.cz* [online]. © 2011 [cit. 2009 -04-11]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0911/zakladni-metody-poznavani-psychiky-a-osobnosti>
- [45] KULHÁNEK, Jan. Ortorexie, Bigorexie, Drunkorexie. *Idealni.cz* [online]. © 2002-2009 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251
- [46] MÁLKOVÁ, Iva. Etiologie a léčba poruch příjmu potravy. *Stob.cz* [online]. © 2010 [cit. 2010-01-03]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/psychika-a-pribehy-lidi-poruchy-prijmu-potravy/etiologie-a-lecba-poruch-prijmu-potravy>
- [47] Občanské sdružení Anabell. *Marinka.cz* [online]. © 2010 [cit. 2011-22-01]. Dostupné z: <http://www.marinka.cz/zdravi/anabell-3-tyden-prevence-poruch-prijmu-potravy>

- [48] Podněcování k anorexii bude ve Francii asi trestné. *Novinky.cz* [online]. © 2003–2012 [cit. 2012-01-13]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/styl/137787-podnecovani-k-anorexii-bude-ve-francii-asi-trestne.html>
- [49] ŠEVELOVÁ, Irena. Ortorexie – posedlost zdravým životním stylem. *Zijemenaplno.cz* [online]. © 2010 [cit. 2011-12-01]. Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a365-Ortorexie-posedlost-zdravym-zivotnim-stylem.aspx>
- [50] Víte, co je to blog? *Novinky.cz* [online]. © 2003–2012 [cit. 2011-22-01]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/internet-a-pc/9928-vite-co-je-to-blog.html>
- [51] ŽALOUDEK, František. Internet – největší informační fenomén v historii. *Zskaznejov.webnode.cz* [online]. © 2008 [cit. 2011-22-01]. Dostupné z: <http://zskaznejov.webnode.cz/products/internet-nejvetsi-informacni-fenomen-v-historii/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
PPP	Poruchy příjmu potravy
SŠ	Střední škola
VŠ	Vysoká škola
ZŠ	Základní škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – kritéria výzkumného vzorku

Tabulka 2 – faktory vzniku PPP, z kazuistik, celkové shrnutí

Tabulka 3 – vztahy s rodinou,

Tabulka 4 – pracovní a školní úspěšnost

Tabulka 5 – zdravotní důsledky

Tabulka 6 – vliv MB a MA na partnerské vztahy

Tabulka 7 – vliv MA a MB na přátelství a společenský život

Tabulka 8 – psychické důsledky

Tabulka 9 - prognóza

Tabulka 10 – nedokončené věty, srovnání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor Blanka

Příloha P II: Rozhovor Bára

Příloha P III: Rozhovor Anna

Příloha P IV: Rozhovor Alena

Příloha P IV: Rozhovor Alena

Příloha P V: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR BLANKA

Údaje o respondentovi

Blanka, věk 30let, vdaná, známe se asi 10 let, seznámili nás společní přátelé na jedné oslavě. Občas se setkáváme, ale sporadicky. Patří do širšího okruhu mých známých, nejsme blízké přítelkyně. To, že trpí mentální bulimií, jsem nevěděla, přišla na to náhodou řeč, když jsem se asi před půl rokem zmínila o tématu mé diplomové práce.

Ahoj, tak, co je u Tebe nového, dlouho jsme se neviděli?

Tak celkem nic, znáš to, život tak nějak utíká pořád stejně dokola.

To je pravda, že člověk má pocit, že vše je pořád nějak dokola stejné, ale když se nad tím blíže zamyslí, tak zjistí, že život je pořád plný změn.

Tak samozřejmě, to nějak tak je, ale člověk asi vnímá, jen pokud jsou to nějaké příjemné zážitky a pozitiva, aby o tom stálo vůbec mluvit.

Teď ti položím pár otázek a nemusíš úplně přesně odpovídat jen na otázky, ale klidně obšírně se rozvyprávěj k tématu.

Dobře, budu se snažit tě zahltit informacemi. (smích)

Víš, že vlastně ani nevím, co děláš?

Tak mám vystudovanou zdravotku a pracuji jako zdravotní sestra ve špitále, na interně.

Průběh nemoci

Kdy jsi tak nějak pocítila, že nejsi spokojená s vlastním tělem?

Tak nějak od dětství, **byla jsem vždy obézní dítě. (OBEZITA)**

Myslíš, že Tvou postavu nějak řešilo Tvé okolí?

Jistě v dětství, děti jsou hodně upřímné, nedokážou odhadnout následky, ale bohužel byly i narážky od dospělých, a co je nejhorší i od učitelů. (POSMĚCH)

Kdy a jaké jsi začala používat metody na hubnutí?

No zpočátku, tak kolem svých 14-15 let jsem začala **držet diety se sestrami**, jinak rodiče žádné diety nedržely a to mě potom v podstatě neopustilo, až do mých **23let**, kdy jsem začala opravdu blbnout. **(VĚK, DIETA)**

To jsem nejdřív občas a potom každodenně začala po jídle zvracet a brát projímadla. Časem jsem se začala už opravdu ládovat bez rozmyslu, takzvaně jsem občas splácala páte přes deváté a pak samozřejmě zvracela.

Zjišťovala jsi někde informace o své nemoci?

Tak samozřejmě, už to, že jsem zdravotní sestra, mě předurčuje k tomu, že si zjišťuji různé informace o nemocech kohokoliv v okolí, já k tomu využívám hlavně internet, ale i lékařské knihy a časopisy.

Kolik jsi zhubla? Nebo kolik jsi tak vážila nejvíc a nejméně?

Tak když jsem do toho spadla, tak jsem vážila asi 120kg, což i při výšce 175 je opravdu hodně, [podařilo se mi zhubnout na 89kg](#), to mi bylo asi 25let, ale pak i přesto, že jsem furt zvracela, tak jsem přibrala, až na 128kg. Dnes mám 110kg. ([USPOKOJENÍ](#))

Jaký býval Tvůj jídelníček?

Jedním slovem **katastrofální, buď jsem nejedla celý den vůbec a potom jsem snědla vše, co mě přišlo pod ruku**, nebo jsem jedla průběžně celý den velké množství jídla – obojí mělo stejný následek, prsty do krku, eventuelně projímadlo. ([JÍDELNÍČEK](#))

nyňi jsem ve fázi, že aniž bych držela diety, tak pomalu, ale opravdu velmi pomalu hubnu....(odevzdaně)

Anorektické a bulimické postoje

Takže jsi měla vždy viditelnou nadváhu. Připadáš si tlustá?

Ano, **tlustá si připadám celý život**, ale má to reálný základ, není to jen nějaký výplod chorého mozku. ([OBEZITA](#))

Jaký máš vztah k jídlu?

Tak já myslím, **že veskrze pozitivní, ráda jím, ráda vařím**. Ale nejraději mám běžné věci, jako maso, rýži, brambory, zeleninu, ovoce, zvláštní je, že nemám ráda moc sladkosti a vůbec nejím čokoládu. ([VZTAH K JÍDLU](#))

Máš starost, že jíš hodně?

Tak ten pocit mě asi provází celý život, ale dnes se snažím sama sobě rozumně zdůvodnit, že jím správně, všechno, zdravě, a tak jak se má, ale občas **mám pocit, že bych raději neměla jíst**. Je to stálý boj. ([STRACH Z TLOUŠŤKY](#))

Dělá ti nějaký problém jíst na veřejnosti nebo se členy rodiny?

Tak doma jím normálně s kýmkoliv, nemám s tím problém, i když jsem měla přežírací období, tak jsem jedla normálně s rodinou a pak se v klidu naládovala potají. Ale jíst v restauraci nebo někde venku, mi opravdu dobře nedělá, mám pořád pocit, že **se na mě všichni dívají a říkají si, že mi není hanba být tak tlustá a cpát se. (OBEZITA)**

Životní událost

Jaké jsi měla dětství?

Tak jsem nejmladší ze čtyř dětí. Bratr je nejstarší, je starší o 15let a pak mám dvě sestry o 12 a 10 let starší. Prostě jsem byla takový benjamínek. V dětství na mě působili jako protivní starší sourozenci, ale jak jsem dospěla a vdala se, tak se vztahy zlepšily a nyní jsou úžasné. Já byla takové aktivní živé dítě, učila jsem se dobře, ale byla jsem spíš kluk. Bylo to i tím, že jsem vyrůstala hlavně mezi kluky, holky v mém věku, tam jaksi na vesnici v té době nebyly, takže hlavně takové klučičí skopičiny. Do školy jsme dojížděli, takže jsme nechodili ani do žádných kroužků a rodiče to považovali za zbytečnost, a tak jsme pořád jen běhali po ulicích a po lese, s kluky jsem hrála fotbal, jezdila na kole, pořád někde lezla.

Co škola?

Základní škola probíhala **v pohodě s vyznamenáním**, mí sourozenci se moc dobře neučili, všichni šli do učení, tak u mě se jaksi předpokládalo, že půjdu studovat. Na střední zdravotnické se to hodně zhoršilo, učení mě nebavilo, neučila jsem se a kvůli záškoláctví v prvním ročníku jsem propadla. Ale maturitu jsem nakonec zvládla bez problémů. **(VÝBORNÝ PROSPĚCH)**

Proč jsi chodila za školu?

Já ani nevím, ale prostě mě to tam nebavilo, já byla zvyklá být pořád s kluky a najednou příšerný babinec. Mě nebavilo pořád se bavit o módě, líčení a jen se předvádět, jak manekýna. Bylo to i tím, **že jsem měla nadváhu a cítila se asi jako outsider. (OBEZITA, OUTSIDER)**

A jaký měli rodiče vztah mezi sebou a k Vám dětem?

Zpětně vidím, že naše rodina sice fungující byla, ale nazvala bych to **patriarchátem, názor matky vždy zůstal v pozadí**, otec byl někdy slovně hodně hrubý, chyběl tam z jeho strany jakýkoliv projev citů, blízkosti k druhému, alespoň tak to vnímám teď, ale de facto i jako

dítěti mi chybělo pochopení, projev lásky, nemohu, že by na mě rodiče byli extrémně zlí, ale prostě, nevím, jak to nazvat, spíš tak nějak chladní, ale nebylo to tím, že by nás neměli rádi, spíš to jinak neuměli... Chybělo mi nějaké pochopení, vše se řešilo formou příkazů a zákazů. Takové spíš vzpomínky na krásné dětství mám spíš na babičku a dědečka, dědeček umřel, když jsem byla hodně malá, babička byla mou oporou ještě dlouhá léta. (CHLADNÉ VZTAHY V RODINĚ)

Myslíš, že existuje nějaká poslední kapka, která nemoc odstartovala?

Podle mě, celý rok 2005 byl jedna velká katastrofa. Otcí našli rakovinu, proběhla u něj operace, ozařování, s dobrým výsledkem. (NEMOC OTCE)

Zemřela mi babička, o kterou moje matka se starala spolu se mnou a na podzim přišla další rána, matka prodělala cévní mozkovou příhodu, trvalo skoro rok, než se z toho dostala alespoň trochu. (SMRT V RODINĚ, NEMOC MATKY)

Já jsem přestala v té době pracovat, abych se o ni mohla starat a být jí nablízku. Ale nejvíc mě asi poznamenal rozvod. (ROZVOD)

Představa, že člověk zůstane ve 23 letech sám s dcerou, je hrozná, připadala jsem si ošklivá, tlustá a k ničemu. Kupodivu to bylo tak, že jsem si prvně našla nového přítele a pak teprve začal kolotoč s hubnutím.

Zdravotní komplikace.

Měla jsi nějaké zdravotní komplikace, které mohly souviset s bulimií?

Tak, pořád jsem měla nějaké **zažívací problémy, zácpy, průjmy** a měla jsem pocit, že mě **bolí žaludek**, i jsem měla podezření, jestli snad nemám žaludeční vředy. A ještě jsem měla furt pocit, že **mě bolí v krku**, to asi kvůli tomu zvracení. (ZDRAVÍ)

Psychické komplikace

Cítíš nějaké změny po duševní stránce?

Tak **deprese a pláč** byly na denním pořádku, vždy, jak jsem se najedla a pak zvracela, tak mě přepadaly stavy absolutní **beznaděje** a jen jsem si potají bulila. V určité fázi mě začaly provázet i **sebevražedné myšlenky**, člověk prostě nevidí východisko a netuší, jak z toho, nedá se přesně popsat, co se ti honí v hlavě, ale najednou máš pocit, že by bylo nejlepší všechno nejlepší skončit. Naštěstí mě držela na životě myšlenka na dceru. Byla jsem tako-

vá hromádka neštěstí, teď už je to lepší, ale pořád mám pocit, že mě dokáže rozplakat jen něčí křivý pohled na mě. Mám takové pošramocené sebevědomí.(DEPRESE, SEBEVRAŽDA, ZTRÁTA SEBEVĚDOMÍ)

Sociální důsledky

Ovlivnila nějak nemoc tvé pracovní výsledky?

Ne, v práci jsem se snažila soustředit jen na práci, v podstatě v zaměstnání jsem vůbec nejedla a jídlem se nezabývala, vynahrazovala jsem si to doma. (PLNĚNÍ PRAC. POVINNOSTÍ)

Ztratila jsi nějaké přátele, když jsi onemocněla?

To se nedá říci, to by asi nebyli opravdoví přátelé, kdyby tomu tak bylo. Spíš bych řekla, že občas nechápali mé chování a museli si asi občas klepat na čelo. Neměla jsem čas někam chodit a ani chuť, byla jsem ukřivděná, ublížená, v depresích. A oni nechápali, protože z mých přátel o tom nikdo nevěděl. Alespoň teda nikdo nic neříkal. (OPRAVDOVÍ PŘÁTELÉ, NECHUŤ SE BAVIT, KŘIVDA)

Co tvůj společenský život?

Ten v podstatě nebyl, chodila jsem z práce, domů a na nákup. Jinak jsem nechodila nikam. Neexistuje, abych si šla někde večer sednout s přáteli, ani do kina nebo do divadla. No to jsem jim asi připadala divná. Dokonce jsem chodívала dřív pravidelně plavat, ale potom jsem se na sebe nemohla podívat, jak vypadám v plavkách, tak i toho jsem nechala. Dnes se aspoň snažím jezdit na kole a chodím na dlouhé procházky.(ABSENCE SPOLEČENS. ŽIVOTA, ODPOR K SOBĚ, SPORTOVNÍ AKTIVITA)

A co partnerský život?

Zvláštní je, že jsem do toho spadla, když jsem si našla druhého partnera po rozvodu. Asi jsem měla strach, že mě opustí kvůli tomu, že jsem tlustá, ale ono to vlastně bylo ještě horší, dokonce jsem i přibrala. Nakonec jsme se po třech letech s partnerem vzali a zdá se, že je to spokojené manželství. Ale nebylo to jednoduché, měla jsem někdy pocit, že bude lepší, když se rozejdeme, že to stejně nemá cenu, že jsem úplná nula, prostě k ničemu. Musel mě neustále přesvědčovat, že mě má rád a líbím se mu taková, jaká jsem. A pokud se ptáš na sex, tak ten jednu dobu stál za nic, teda v podstatě nebyl skoro vůbec, nedá se říci, že by mě v tom vadila má bulimie, ale celkový přístup k mému tělu, prostě jsem byla zhnusená

sama sebou. Zvláštní je, že, co se týče přátel, tak mi tlustí lidé nevadí, dokonce si myslím, že jsou milejší, srdečnější, ale pokud se to týká mě, tak to tak nevidím. (OBEZITA, NEDŮVĚRAS V PARTNERA, VLIV NA SEX, ODPOR K SOBĚ)

Rodinná anamnéza

Pověz mi něco o rodičích a sourozencích - zaměstnání, věk, postava?

Otec zemřel před dvěma lety ve věku 78 let, byl zedník, byl štíhlý celý život a mohl sníst, co chtěl a kolik chtěl, a přesto nikdy nepřibral, cítila jsem to vždy jako nespravedlnost.

Matce je 73 let, pracovala v zemědělství, celý život byla obézní.

Sourozenci jsou taky silnější, bratr pracuje jako elektrikář, jedna sestra je švadlena a druhá je dělnice ve fabrice.

Jak jste se doma stravovali?

Doma jsme nijak na zdravou výživu nedbali, jedli jsme hlavně klasickou českou kuchyni a nikdy se nedržely žádné diety, to až my později se sestrami.(DIETA)

Věděli, o bulimii?

Dlouho netušili, že jsem měla problémy s bulimií, to jsem sourozencům řekla až nedávno. Možná je беру jako pojistku, aby mě někdo trochu hlídal, kdyby náhodou...

Já byla vždy ta, do které se vkládaly jakési naděje, že to někam dotáhnu, byla jsem nejmladší, učila se nejlépe...no prostě tak a já nakonec byla ráda, že jsem zvládla maturitu, proto jsem nechtěla, aby někdo věděl, že nezvládám svůj život. (STUD ZA SELHÁNÍ)

Víš, že by někdo v rodině trpěl nějakou PPP?

Tak o tom nevím, jen sestry jsou taky celoživotní dietářky, ale to asi není v dnešní době nic neobvyklého. (DIETASESTER)

Osobní anamnéza

Co mi povíš o sobě?

Tak už jsem Ti v podstatě řekla všechno, tak nějak postupně. Byla jsem čtvrté dítě, nejmladší, doma nic moc vřelé vztahy, učila jsem se na ZŠ dobře, byla jsem živé dítě, které bylo od malička obézní. Vždy bylo kolem mě spousta kamarádů, hlavně kluků, s holkama

jsem si moc nerozuměla, přítelkyně, jsem získala, v podstatě, až v zaměstnání, ani na SŠ, jsem se s holkama nijak nekamarádila. (OBEZITA)

Vala jsem se brzy, ve 20tiletých, ale manželství byl omyl od začátku, šlo vlastně jen o to, že jsem byla těhotná, tak jsme se vzali. Narodila se dcera, a když měla dva a půl roku, tak jsme se rozvedli, manžel si našel někoho jiného, a to jsem asi nerozdýchala, hlavně, když jsem viděla, jak je ta druhá štíhlá, a já tlustá, domácí put'ka k ničemu. (OBEZITA, NESCHOPNOST)

Jak by ses charakterizovala, co se týče temperamentu?

To fakt nevím, myslím, že jsem přátelská, ale nějak jsem se poslední roky zapomněla bavit, ale už na tom pracuji a jsem asi takový melancholik, ale někdy se dokážu i rozčítit. (NESCHOPNOST BAVIT SE)

Všimnul si někdo Tvých problémů s jídlem?

Myslím, že ne, a pokud ano, tak mi to nikdy nikdo nepověděl.

Co si myslíš, že tě nejvíc ovlivnilo v počátcích nemoci?

Stresující zážitky, psychická nepohoda, nevyrovnanost. Touha být štíhlá, myslela jsem si, že štíhlost je klíčem ke štěstí. (TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)

Co tě přimělo k tomu, že ses začala léčit?

Vnitřní, stále trvající neklid, třes a vědomí, že to není správné, začala jsem mít strach, že se nezvládnou postarat o dceru. (POCIT ODPOVĚDNOSTI)

Jaké byly první kroky, které jsi podnikla k nápravě?

Zašla jsem si na psychiatrii v nemocnici, léčila jsem se ambulantně 4 roky. Léčena jsem byla psychofarmaky, teprve loni jsem léky postupně vysadila. A nyní jsem bez léků a snad bez problémů. Ale vím, že hranice k tomu, abych byla tam, kde jsem byla, je propastně tenká....

Myslíš si, že jsi vyléčená?

Ani alkoholik si nikdy nemůže být jistý výsledkem, víc ti k tomu neřeknu, prostě nevím. (VĚDOMÍ O MOŽNOSTI SELHÁNÍ)

Ovlivnila tě bulimie v dalším životě a jak?

Ne to nemohu říci, i když určitě změna stravování, snažím se nejíst tolik na noc, začala jsem své tělo vnímat bez pocitu odporu a hnusu, **snažím se stavět na trochu jiných hodnotách než je štíhlé tělo**. Ale tím nechci říci, že jsem se svojí postavou smířená. Ale nyní jsem ve fázi, že aniž bych držela diety, tak pomalu, ale opravdu velmi pomalu hubnu... (JINÉ HODNOTY)

Chtěla bys zhubnout, přibrat?

Jistě, ta touha tam pořád je, ale je **podstatné si dávat splnitelné cíle**, teď se snažím si říci, že do jara zhubnu 3kg, což vidím, jako reálné a už jen to mě nedeprimuje. Dřív bych si řekla, že chci zhubnout 15kg, což automaticky nastartovalo pocit, že to nemůžu splnit, že si musím něčím pomoci, a je jasné čím...projímadla a zvracení. (SPLNITELNÉ CÍLE)

Mluvíš otevřeně o svých problémech, nestydíš se za ně?

Ano, dokážu o nich mluvit, ne s každým, ale dokážu. Myslím si, že i to je velký úspěch, přestat to vnímat jako tabu.

Zkus nějak tuto svou životní zkušenost shrnout na závěr.

Jsem si vědoma, že ta hranice mezi návratem zpět je opravdu velmi křehká. Nechci tam zpět a musím doufat, že se tam nevrátím. Období- kvanta jídla, stoupání na váhu před jídlem, během jídla, po jídle, po zvracení...doufám, že už nikdy více. Byla to doba nelehká, ale přesto prošla jsem jí a snad i zvládla. Troufnu si říci, že mi to i něco dalo, **víru v sebe sama, schopnost vážit si sama sebe, přestat se nenávidět, posunout do popředí jiné hodnoty, zjištění, že štíhlá postava není záruka úspěchu**. Víím přesně, že plno lidí s tím nebude souhlasit, ale nevadí, já jsem spokojená.(JINÉ HODNOTY)

Mluvíš, jak z příručky že? Ale to budou ta sezení u psychiatra, ale důležité je, že jsem o tom fakt přesvědčena.

No musím ti fakt poděkovat, protože jsi byla opravdu vyčerpávající ve svých odpovědích.

ROZHOVOR S BLANČINOU SESTROU HANOU

Volba Blančiny sestry byla pro mne jednoduchá, známe se dlouho, jsme skoro stejně staré, s Blankou jsem se seznámila přes ni. Hana je učitelkou na ZŠ a je jí 42 let.

V čem vidíš příčiny a spouštěcí faktory nemoci.

Jednoznačně v Blančíném prvním manželství, **manžel ji ponižoval, že je tlustá** a když následoval rozvod, tak měla pocit, že zůstane navždy sama, protože se nemůže nikdy nikomu líbit, tak prostě chtěla zhubnout za jakoukoliv cenu. **(PONIŽOVÁNÍ)**

Jaký měla nemoc dopad na chování Blanky?

Zásadní, i když my jsme netušili, jako myslím rodina a přátelé, že je za tím bulimie, **přičítali jsme to porozvodovému stavu a stresům (STRES)**, které se v tom období nahromadily. Ona byla dřív taková veselá, a najednou **přestala mít o cokoli zájem**, scházeli jsme se na táborácích, grilování, jezdili jsme na výlety na kole **a najednou ona se těchto akcí přestala účastnit**. Seděla jen doma a věnovala se dceři a starala se o matku, která byla nemocná, prostě jen povinnosti. Taky **jsem začala mít obavu, jestli nezačíná pít**, protože jsem ji několikrát přistihla, že jen tak doma sama popíjí, to nikdy před tím nebylo běžné, ale neviděla jsem, že by jí to snad dělalo nějaké problémy, ale zarazilo mě to a dala jsem jí najevo, že je to špatné. **(ZTRÁTA ZÁJMŮ, NEÚČAST NA AKCÍCH, ALKOHOL)**

V čem vidíš sociální a psychické důsledky u nemocné?

Jednoznačně **ztráta sebevědomí, nezájem o přátele, společenský život**, ten dotyčný Vám připadá jako vyhaslý. Na všechno se dívá skepticky, nemá pozitivní myšlení, a to se určitě odrazí i v zaměstnání, v pracovním kolektivu. Nastávají u něj **depressivní stavy** a pocity beznaděje a bezvýchodnosti situace, a pokud se k tomu přidají i nějaké **zdravotní komplikace**, tak tím je to horší.

(SEBEVĚDOMÍ, NEZÁJEM SPOLEČENS. ŽIVOT, ZDRAVÍ)

Myslíš, že je dotyčná vyléčená?

Věřím tomu, že ano, **je vyrovnanější, spokojena se svým životem**, je to i tím, že má partnera, se kterým bude snad šťastná, a že se jí před pár měsíci narodila dcera. Ale vyhráno není asi úplně nikdy. **(VYROVNANOST)**

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR BÁRA

Údaje o respondentovi

Bára, věk 28 let, svobodná, bezdětná, známe se 1 rok, seznámili jsme se v nemocnici před rokem, obě jsme tam leželi s akutním zánětem slinivky. Měli jsme spoustu času na povídání, tak jsme se celkem sblížili, tam jsem se i dozvěděla, že trpí mentální bulimií.

Ahoj, nějaké novinky?

Vše se dozvíš, ale dnes jsme tu snad kvůli starším záležitostem nebo snad ne?

Ted' ti položím pár otázek a můžeš toho navykládat, kolik budeš chtít, čím víc tím líp.

No, já měla pocit, že jsem ti snad už pověděla o sobě všechno.

Ale paměť' občas vynechává, takže si to ráda vše oživím.

Jaké je Tvé zaměstnání?

Dělám obchodní a revizní asistentku v jedné firmě přes finance. A i tam **pocit'uji jako nevýhodu, že jsem tlustá, připadáš si méněcenná, tloušťka se prostě dneska nenosí. (VLIV SPOLEČNOSTI)**

Průběh nemoci

Kdy jsi tak nějak pocítila, že nejsi spokojená s vlastním tělem?

Kolem 15 ti. Prostě puberta, každá holka se chce líbit, a když je tlustá, tak má problém. Měřím 163cm, a v těch patnácti jsem vážila nějak kolem 70kg.

Myslíš, že Tvou postavu nějak řešilo Tvé okolí?

Ano, **kluci se mi posmívali, že jsem tlustoprška a i matka mi říkala, že bych měla se sebou něco dělat, že se ani nevšímám. (POSMĚCH)**

Kdy a jaké jsi začala používat metody na hubnutí?

Tak kolem těch **15 ti let jsem začala držet diety**, různé. Třeba vajíčkovou, pak jsem zkoušela dělenou stravu, občas i hladovku. To se mi zpočátku i dařilo a asi v 17 ti letech jsem vážila 51kg. Jenže měla jsem chuť na jídlo a nechtěla jsem přibírat, a tak jsem vymyslela způsob, jak se najíst a nepřibírat a začala jsem klasicky po jídle prsty do krku. **(VĚK, DIETA)**

Zjišťovala jsi někde informace o své nemoci?

Z knížek, chodila jsem do knihovny, tak jsem si půjčila nějaké knížky o bulimii, ale to až o hodně později.

Co znamená, o hodně později?

Tak, když mi bylo tak 22-23let.

Kolik jsi zhubla? Nebo kolik jsi tak vážila nejvíc a nejméně?

Když jsem začala nějak víc usilovně hubnout, tak jsem měla asi 70 kg, to bylo tak v patnácti. Již tenkrát jsem občas zvracela, když jsem snědla něco, co jsem nechtěla. Podářilo se mi zhubnout na 51kg, pod padesátku jsem se nikdy nedostala, i když jsem toho chtěla dosáhnout. Tak to mi bylo asi 17. No a pak to bylo tak střídavě, občas jsem něco přibrala, pak zase zhubla, ale už to spíš zase pomalu rostlo. No a to jsem zvracela už pravidelně 2-3x denně. I ve škole při vyučování na střední, prostě jsem řekla, že musím čůrat, já třeba snědla rohlík a za půl hodiny už jsem musela jít, už jsem se k tomu nemusela ani nutit.

Dnes mám 113kg, tak se pohybuju asi posledních pět let.

Jaký býval Tvůj jídelníček?

Špatný, někdy jsem nejedla celý den, ale dost často jsem se nacpávala jen rohlíky a sladkým, pořádné jídlo jsem nejedla. Ani jsem na obědy ve škole nechodila a doma si taky nepamatuji, že bych nějak pravidelně obědvala, ani o víkendu. Máma toho moc nenavařila, furt držela nějaké diety. Jí vždy záleželo spíš na tom, jak vypadá než na rodině. (JÍDELNÍČEK, DIETA)

Anorektické a bulimické postoje

Jak bys zhodnotila svou postavu?

Tak momentálně jsem prostě tlustá, a tak jsem si vlastně připadala celý život. Dá se říci, že i když jsem byla relativně štíhlá, tak jsem měla vždy pocit, že bych měla zhubnout. Hlavně zadek a stehna. (OBEZITA, TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)

Jaký máš vztah k jídlu?

Já nevím, tak takový normální. Jím ráda a mám ráda hlavně sladké. Ráda vařím a pečů, ale nemám moc pro koho. (VZTAH K JÍDLU)

Máš starost, že jíš hodně?

To mám, celý život. Jinak bych asi nezačala zvracet. I když už si myslím, že jsem se s bulimií, celkem vypořádala, tak stejně pořád nejím dobře, občas, hladovím, občas se přecpu, je to začarovaný kruh, **nedokážu, jíst, tak, nějak zdravě.** (JÍDELNÍČEK)

Dělá ti nějaký problém jíst na veřejnosti nebo se členy rodiny?

Já nevím, jestli mi to dělá nějaký problém, ale asi ano, nerada jím někde venku, nebo v restauraci, ale netuším proč, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela.

Životní událost

Jaké jsi měla dětství?

Nemám na to dobré vzpomínky, **máma je strašná svině.** Pořád mě řezala a nadávala mi, vyvrcholilo to před 10 ti lety, máma mi něco udělala, měla bych hrozný problémy....bylo to psycho. Pro mě přestala existovat a táta to asi ani neví, ale není o moc lepší. Já i brácha jsme, co nejdřív odešli z domu. (VZTAH S MATKOU)

Nechceš mi k tomu ještě něco říci?

Promiň, ale nechci, já vím, že i z toho pramení mé problémy, ale to je její celou osobností, **je to zlý člověk.** Ještě, že mám babičku, ta mi jednou řekla, že mámu nepotřebuji, ať si zařídím život podle sebe, ta ji měla prokouknutou. (VZTAH S MATKOU)

Co škola?

To bylo v pohodě, **učila jsem se dobře.** Na základce i na střední. (DOBRÝ PROSPĚCH)

Jak bys teda zhodnotila vztah rodičů mezi sebou a k Vám, k Tobě a bratrovi?

Něco Ti povím, jednu příhodu. Já už pak zvracela často a jednou se mi to povedlo i na nádraží, normálně na peróně, jsem hodila šavli. Měla jsem jet na brigádu, ale učitelce se to nezdálo, že jsem asi nemocná a poslala mě domů. Naši měli jet s bráchou na dovolenou. Učitelka volala mámě, že má podezření na bulimii, že mě už delší dobu pozoruje. **Máti se strašně vztekla, zavřela okna a ztřískala mě neuvěřitelným způsobem vařečkou,** prdel jsem měla černo-fialovou, hlavou mi dala o otevřený dveře, takže mi tekla krev z nosu. Hlíдали mě, abych nezvracela, ale stejně si najdeš cestu...no a nutili mě jíst, přejídat a do toho ti řekne, že jsi jak bečka. Pak mě poslali k babičce, jeli s bráchou na dovolenou. V autobuse jsem nemohla ani sedět, jak mě bolel zadek. Schválně mě poslala v mini džínových kraťasech, si dovedeš představit, jak mi bylo, když jsem byla tak zmalovaná. Babička, když vi-

děla, jak mě zřídila, tak málem omdlela a chtěla volat sociálku. Nakonec to nechala být, na moje prosby, že to bude ještě horší. Řekla jsem jí, že to tam ještě vydržím, než dodělám školu a pak z tama vypadnu.

Když učitelka volala mámě, že by se mnou měla zajít k odborníkovi, psychologovi, tak máma na to, že to jen hraju, a že k žádnému psychologovi nepůjde ani ona, ani já.

(ZHORŠENÍ VZTAHU S MATKOU)

Od dvaceti let nebydlím doma, brácha, taky zmizel, jak to jen šlo po škole, ani on už by nikdy domů nešel, to není domov, to je teror a psycho, snažím se občas na tom najít něco pozitivního, ale je to těžké. Já si prostě od 20 ti let žiju svůj život a doufám, že potkám hodnýho kluka, který bude chtít fungující rodinu, děti a snad se k nim budeme chovat jinak.

(TOUHA PO RODINĚ)

A bratr se tedy s rodiči taky nestýká?

Bratr už je ženatý a má děti, tak tam občas s rodinou zajede, ale co vím, tak otec ani matka se ani k vnoučatům nechovají nejlépe.

Myslíš, že existuje nějaká poslední kapka, která nemoc odstartovala?

Podle mě chování mé matky a vlastně i otce a posměch okolí. **(CHOVÁNÍ RODIČŮ, POSMĚCH)**

Zdravotní komplikace.

Měla jsi nějaké zdravotní komplikace, které mohly souviset s bulimií?

Hlavně zkažené zuby, no a problémy se slinivkou, co jsem měla, asi taky budou důsledek toho. **(ZDRAVÍ)**

Psychické komplikace

Cítíš nějaké změny po duševní stránce?

Deprese a žádné sebevědomí. **(DEPRESE, NÍZKÉ SEBEVĚDOMÍ)**

Sociální důsledky

Ovlivnila nějak nemoc tvé pracovní výsledky?

Ano, ve škole jsem se zhoršila, ale nebylo to nijak tragické, když jsem si promluvila s učitelkou, tak jsem se dala trochu dohromady, ta mi hodně pomohla. Potom, po maturitě,

když jsem nastoupila do práce, tak jsem byla hodně uzavřená a nedokázala jsem se nějak sžít s kolektivem, asi mě měli za divnou. (NEZAČLENĚNÍ DO KOLEKTIVU, ZHORŠENÍ PROSPĚCHU)

A tvůj pracovní výkon?

Tak byla jsem unavenější, to se týkalo i domácích prací, prostě všeho, šla jsem nakoupit, a byla jsem utahaná, že jsem si musela jít lehnout. (ÚNAVA)

Ztratila jsi nějaké přátele, když jsi onemocněla?

Já měla jako dítě hodně kamarádů, sportovala jsem, hrála na kytaru, jezdila na kole, ale postupem času se to tak nějak pokazilo, ale bylo to i tím, že za mnou kvůli matce nikdo nechodil domů, a já byla taková ukřivděná a měla jsem pořád blbou náladu, pak jsem přemýšlela jen nad tím, jak se najíst a jak nenápadně zvracet. Ale nedá se říci, že bych kvůli bulimii ztratila přátele, ale je pravda, že se s žádnými staršími přáteli nestýkám. Momentálně jsem nejvíc se svou sousedkou, se kterou chodíme společně cvičit a občas s nějakými známými od mého přítele. (ZTRÁTA PŘÁTEL, POCIT KŘIVDY)

Co tvůj společenský život?

Teď je to již dobré, mám nějaké přátele, snažím se s nimi stýkat a nebýt jen sama, chodím plavat a do posilovny se sousedkou. Sem tam do kina, či na koncert. Ale to až tak poslední dva roky. (ABSENCE SPOLEČ.ŽIVOTA)

A co partnerský život?

Já nikdy neměla nějaké vážné partnerské vztahy, sice jsem sem tam s někým chodila, ale nebylo to nic vážného. (NEZÁJEM O PARTNERSTVÍ)

Dá se říci, že vážnou známost mám až teď asi dva roky, ale pořád netuším, jestli je to ten pravý. (NEDŮVĚRA V PARTNERA)

Rodinná anamnéza

Pověz mi něco o rodičích a sourozencích - zaměstnání, věk, postava?

Otec má 55 let, pracuje jako technik, postavu nikdy neřešil, má normální střední postavu.

Matka má 51, pracuje jako finanční poradkyně, má taky střední postavu, nepamatuji si, že by byla někdy silná, ale co si pamatuju, tak furt drží nějaké diety, hodně jí záleží na tom, jak vypadá. (DIETA MATKY)

Brácha je jen o rok starší, takže je mu 29 let, má rodinu, dvě děti, pracuje jako technik v plynárenství a nikdy neměl problémy s váhou, to jsem odskákala v rodině jen já.

Jaký máte s bratrem vztah?

Neměli jsme k sobě nikdy moc blízko.

Jak jste se doma stravovali?

Podle mě nic moc, **žádná pravidelná strava, každý si většinou vzal, co našel v lednici. (JÍDELÍČEK)**

Věděli, o bulimii?

Tak určitě to věděli, když jim to učitelka zavolala.

Víš, že by někdo v rodině trpěl nějakou PPP?

ne

Osobní anamnéza

Co mi povíš o sobě, o svém dětství?

Obyčejné, normální, bezproblémové dítě, měla jsem spoustu zájmů, sport, hra na nástroj, zpěv, zájem o zvířata, knihy. Takže základní školu jsem prožila skoro jako spokojené dítě, nijak vřelé vztahy doma sice nebyly, ale nebylo to ani nijak hrozné. Až ve střední škole se to zhoršilo, **matka mi furt nadávala, že jsem k ničemu, já přestala mít o vše zájem, kluci se mi posmívali kvůli postavě, to člověk snad poslouchal denně.** Jak to nakonec dopadlo, to víš, a dnes se tak nějak snažím srovnat a snad se mi to i daří. **(VZTAH S MATKOU, POSMĚCH)**

Jak by ses charakterizovala, co se týče temperamentu?

No to je složité, asi jsem taková pasivnější, to je tím, že mé sebevědomí je hodně nízko, tak mám, strach, abych něco nepokazila.

Všimnul si někdo Tvých problémů s jídlem?

Učitelé ve škole, jinak asi nikdo.

Za jak dlouho na to došli?

Asi za půl roku.

Co si myslíš, že tě nejvíc ovlivnilo v počátcích nemoci?

Rychlé shazování, z toho pramenící euforie, takže jsem se na tom stala závislá, ale pak už to nějak přestalo fungovat. (USPOKOJENÍ)

Co tě přimělo k tomu, že ses začala léčit?

Chtěla jsem začít normálně žít, najít si partnera, založit rodinu.

Jaké byly první kroky, které jsi podnikla k nápravě?

Napsala jsem e-mail na Anabell, že mám takové a takové problémy, a že nevím, co mám dělat.

No a? Co ti napsali?

Tak mi odepsali, že mohu k nim kdykoliv zajet, že se mi pokusí pomoci, ale to mi nevyhovovalo, mám to celkem daleko. Tak mi napsali doporučení na psychiatra, který se tím tady u nás zabývá. No a tak jsem se objednala.

Jak je to dlouho, co se léčíš?

Něco přes dva roky.

Jak probíhala léčba?

Tak ona v podstatě pořád probíhá, chodím pravidelně na sezení, beru antidepresiva, a byla jsem párkrát i na skupině, ale to se mi moc nelíbí, já jsem celkem stydlivá. (NESCHOPNOST OTEVŘÍT SE)

Co ti na skupině konkrétně vadilo?

Nebyla jsem schopna otevřeně mluvit o svých problémech, hlavně o matce, přede všemi. (VZTAH S MATKOU)

Ale, tam jsou snad všichni, co mají nějaká podobná trápení?

Já vím, ale mně to prostě nevyhovovalo.

Myslíš si, že jsi vyléčená?

Tak já doufám, že, co se týká bulimie, tak jsem, ale asi nejsem ještě v pohodě psychicky, občas mám depresivní stavy a jím taky ještě všelijak. (NEJISTOTA, DEPRESE)

Ovlivnila tě bulimie v dalším životě a jak?

Jo, jsem psychicky na dně, a nemám žádné sebevědomí. (SEBEVĚDOMÍ)

Chtěla bys zhubnout, přibrat?

Chci zhubnout, mám jídelníček sestavený dietoložkou, ale moc ho nedodržuji a chodím cvičit. (TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)

Mluvíš otevřeně o svých problémech, nestydíš se za ně?

Tak o bulimii mi nedělá problém mluvit, když se někdo zeptá, ale určitě to neroztrubuji do světa, určitě se nestydím.

Moc Ti děkuji za rozhovor, i když to pro tebe nebylo zrovna jednoduché.

ROZHOVOR S KAMARÁDKOU BÁRY, SOUSEDKOU JANOU.

V tomto případě jsem se musela s Bárou nejen domluvit, jestli by jí nevadilo, kdybych si promluvila o ní s někým z jejího okolí, souhlasila, ale musela mě i s někým sama seznámit. Seznámila mě s její kamarádkou Janou, se kterou se v poslední době nejvíc mimopracovně stýká.

V čem vidí příčiny a spouštěcí faktory nemoci.

Neznám Báru příliš dlouho, takže v době, kdy onemocněla, jsem ji neznala, ale podle toho, co mi vykládala, tak nevím, který člověk by bez nějakých následků vydržel žít v **takové rodině a s takovou matkou**. Tak podle mě, se na tom podepsala zejména její matka. (VZTAH S MATKOU)

Jaký měla nemoc dopad na chování dotyčné.

Byla **nespolečenská, uzavřená**, podrážděná a **absolutně si v ničem nevěří**.

(ABSENCE SPOLEČENS. ŽIVOTA, NEDŮVĚRA V SEBE)

V čem vidí sociální a psychické důsledky u nemocné.

Mohla bych říci v podstatě to samé jako na předcházející otázku a navíc ona strašně touží po spořádané rodině, milujícím partnerovi a dětech, **ale tak se všeho bojí, že nevím, jestli se jí to povede**. (SEBEVĚDOMÍ)

Myslíš si, že je dotyčná vyléčená?

Tak tím si nejsem, tak jistá, sice podle mě už nezvrací, ale **psychicky v pohodě není** a může do toho vždy znovu **spadnout**, ale myslím si, že pokud jí její přítel **podrží a pomůže jí**, tak se to nestane. **(DEPRESE, POTŘEBA PODPORY)**

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR ANNA

Údaje o respondentovi

Anna, věk 18let, svobodná, studentka 3. ročníku SŠ. Měří 164 cm a v současné době váží 51-53 kg. Trpí anorexií.

Dobry den, jsem rada, ze jste si na me udelala cas. Jak vam mohu rikat?

Jo, dobry, jsem zvykla o tom mluvit, jsem Anna, klidne mi tykejte.

Dobre, to jsem rada, bude se mi lepe komunikovat. Mozná ti budu klást otázky, které mohou pripadat neprijemné a príliš osobní, ale náš rozhovor bude opravdu anonymní, nemusíš mít obavy, že tě někdo pozná.

To bych moc rada nebyla a dala byste mi to pak přečíst?

Samozřejmě, na to máš právo, když je to o tobě.

Tak fajn.

Tak, teď ti položím pár otázek a nemusíš úplně přesně odpovídat jen na otázky, ale klidně obsírně se rozvyprávěj k tématu.

Budu se snažit.

Tak, neber to tak vážně, nejsi ve škole.

No právě, že snad jsem.

Jen v budově školy, ne ve škole, jako instituci.

Ok, tak už jsem klidná. (smích)

Průběh nemoci

Kdy jsi pocítila, že nejsi spokojená s vlastním tělem?

Asi ve 14.

Myslíš, že Tvou postavu nějak řešilo Tvé okolí?

Brácha se mi posmíval a měl blbé narážky a taky matka. (POSMĚCH)

Kdy a jaké jsi začala používat metody na hubnutí?

No, tak nejdřív jsem jen držela nějaké diety a asi v 15 jsem to už čím dál víc omezovala, líbilo se mi, jak pěkně hubnu. A taky jsem začala brát projímadla.(DIETA, VĚK)

Zjišťovala jsi někde informace o své nemoci?

Z časopisů a z internetu, od lékaře.

Kolik jsi zhubla? Nebo jinak, kolik jsi tak vážila nejvíc a nejméně a kdy?

Nejvíc, jsem vážila v těch 14, když jsem začala hubnout, to jsem měla, 56,5 kg. Nejméně v 16 to jsem vážila 39kg.

Jaký býval Tvůj jídelníček?

No, když jsem opravdu moc nejedla, tak jen zeleninu a zelený čaj.

Víš, co jsou Pro-ana a Pro-mia blogy?

Ano, vím.

Ovlivnily, tě nějak?

Jo, jsou to jen rady, jak člověka ještě víc potopit.

Anorektické a bulimické postoje

Co si myslíš o své současné postavě?

Upřímně? *Jsem nešťastná. (DEPRESE)*

Jaký máš vztah k jídlu?

Jsou dny, kdy si jídlo vychutnávám a těším se na něj, ale i dny, kdy jídlo nenávidím. (ROZPORUPLNÝ VZTAH K JÍDLU)

Vaříš ráda?

Ano

Máš starost, že jíš hodně?

Ano, hlavně, když jsem doma a otec mě nutí jíst velké porce. *Ale já nechci být tlustá, toho se děším. (STRACH Z TLOUŠŤKY)*

Dělá ti nějaký problém jíst na veřejnosti nebo se členy rodiny?

Jo, nesnáším, když mě někdo kontroluje, kolik toho sním.

Které partie tvého těla se ti líbí a které naopak ne?

Tak nesnáším svůj zadek, stehna, jinak si myslím, že mám pěkné oči a zuby.

Životní událost

Jaké jsi měla dětství?

Nic moc, naši se pořád hádali. S bráchou jsem se taky nesnášela, je o tři roky starší a otravoval mě a posmíval se mi, prostě opruz.

Navenek jsme vypadali, jako normální, fungující rodina, ale nestálo to za nic.(VZTAHY V RODINĚ)

Nic pozitivního bys nenašla?

Ani ne, bylo mi fajn jen s mou nejlepší kamarádkou od 1. třídy.

A jaký máš vztah s rodiči?

S matkou žádný, co se naši rozvedli, tak jsme i s bráchou bydleli u otce. Ale nikdy jsem se s ní nesnášela. S otcem, jak se dalo, protože byl moc v práci, v současné době špatný. (VZTAH S MATKOU, ZMĚNA VZTAHU S OTCEM)

A proč se to i s tatškou pokazilo?

Může za to ta moje anorexie, prostě mě jen kontroluje, hlídá, přikazuje, nakazuje....já prostě nevím, už si s ním tak nerozumím, nic nebude, jako dřív.(NESPOKOJENOST S OTCEM)

A jak vycházíš s bratrem?

Poslední dobou se vztah mezi mnou a bratrem hodně zlepšil. Už si normálně povídáme.

A co prarodiče?

S rodiči od otce mám pěkný vztah jako s každou normální babičkou a dědečkem, s rodiči od matky se nestýkám.

Myslíš, že existuje nějaký důvod, který tvé problémy zapříčinil?

Vztahy v rodině, mezi otcem a matkou. (VZTAHY MEZI RODIČI)

Zažila jsi nějaký opravdu traumatizující zážitek?

Ano, rozvod rodičů, který nebyl zrovna jednoduchý.(ROZVOD RODIČŮ)

Jak ti šla škola?

Na základní škole jsem měla známky výborné, ale pak se to zhoršilo, jak se naši rozvedli. Teď, tak nějak proplouvám, žádný zázrak, ale ani tragédie. (VÝBORNÝ PROSPĚCH, ZHORŠENÍ PROSPĚCHU)

Zdravotní komplikace.

Přinesla ti anorexie nějaké zdravotní komplikace?

Ano, mám problémy s ledvinami, musím se léčit a potom jsem přestala menstruovat. (ZDRAVÍ)

Psychické komplikace

Přineslo onemocnění i nějaké psychické změny?

Jo, depky a nesnáším se, jsem nešťastná, z toho, jak vypadám. Mám děsivé sny, že se jednou ráno probudím a budu tlustá, jak bečka. (DEPRESE, NELÁSKA K SOBĚ)

Sociální důsledky

Ovlivnila nějak nemoc tvé pracovní či studijní výsledky?

Určitě, neměla jsem na nic náladu a byla jsem pořád unavená. Horší prospěch. Moc zameškaných hodin. (ÚNAVA, ZHORŠENÍ PROSPĚCHU)

Ztratila jsi nějaké přátele, když jsi onemocněla?

Některé ano. Ono bylo blbé, že když jsem vlastně na tom byla nejhůř, tak jsem přecházela ze ZŠ na SŠ. Takže jsem se přestávala stýkat se starými kamarády, spolužáky a nové jsem si vlastně díky nemoci nemohla hned najít. (NEDOSTATEK PŘÁTEL)

Co tvůj společenský život?

Tak, když jsem byla fakt nemocná, tak samozřejmě, nic nebylo, protože na to Vám nezbývají síly a nemáte na nic náladu. Teď už je to dobré. Přes týden jsem na intru, tak s holkama občas někde zajdu a o víkendu chodím na diskotéky a na bowling, kulečnick s kámoši. Úplně v poho. (NECHUŤ K ZÁBAVĚ)

Máš nějakého přítele?

Nemám. Měla jsem, rozešli jsme se.

Ovlivnila to nějak tvá nemoc?

Ano, rozešli jsme se kvůli tomu, nechápal nic. (ROZCHOD)

Rodinná anamnéza

Pověz mi něco o rodičích a sourozencích - zaměstnání, věk, postava?

Otci je 45, je manažer v jedné firmě, je pořád v práci. Brácha má 21, je strojař.

Oba mají takovou normální postavu, otec trochu bříško.

Jak jste se doma stravovali, myslíš, že zdravě?

Ani ne, tak nějak běžně, vařilo se klasicky česky a hlavně salámy, párky a sýry, co bylo v lednici. (JÍDELNÍČEK)

Držely se doma diety?

Ano, matka. (DIETA MATKY)

Víš, že by někdo v rodině trpěl nějakou PPP?

Nevím o tom.

Osobní anamnéza

Co mi povíš o sobě? Kamarádi, záliby, kroužky, dětství, sport.

Byla jsem aktivní dítě, které neposedělo dlouho na místě, byla jsem taky dost paličatá. Vyzkoušela jsem hodně kroužků, ale pak jsem zůstala u tancování, taky jsem chodila dost sportovat – brusle, kolo lyže. V současné době už skoro nesportuji a už nedělám ani tanec. Měla jsem vždy hodně kamarádů, myslím, že jsem tolerantní k lidem. (TANEC)

Myslíš, že jsi extrovert nebo introvert?

Já si myslím, že jsem spíš extrovert, ráda jsem ve společnosti, ale nedávno jsem dělala nějaké psychotesty a vyšlo mi, že jsem introvert, ale bylo to jen o dvě čárky.

Všimnul si někdo Tvých problémů s jídlem?

Ano, zjistili to v podstatě všichni okolo mě.

Kdo si první všiml, že máš PPP?

Otec.

Jak dlouho se ti to podařilo tajit?

Asi jen dva měsíce.

Co si myslíš, že tě nejvíc ovlivnilo v počátcích nemoci?

Časopisy a internetové stránky o hubnutí.

Co tě přimělo k tomu, že ses začala léčit?

Nic, byla jsem zavřená bez mého souhlasu, pak už nic nezbyvalo. (NECHUŤ K LÉČBĚ, NECHUŤ K LÉČBĚ)

Držíš teď dietu?

To si nemohu dovolit, ale ano mám ty dny, kdy ji držím. (DIETA)

Myslíš si, že jsi vyléčená?

Ne, pouze hlídaná a nic jiného mi nezbyvá. (NEZTOTOŽNĚNÍ S LÉČBOU, BEZNADĚJ)

Ovlivnila tě anorexie v dalším životě?

Nezažila jsem 1. ročník na SŠ a seznamování s nimi. Také zhoršení v prospěchu a podle mého to mě i do budoucna ovlivní i v manželství a v partnerských vztazích. Mám strach, že bych měla někdy otěhotnět a přibrat. (NEZAČLENĚNÍ SE DO KOLEKTIVU, ZHORŠENÍ PROSPĚCHU, STRACH Z TLOUŠŤKY, POCIT POZNAMENÁNÍ, STRACH Z TĚHOTENSTVÍ)

Našla bys v tom, čím sis prošla nějaká pozitiva?

Nevím, snad jen to, že vím, že jde, když zhubnout chceš.

Chtěla bys zhubnout, přibrat?

Zhubnout. (TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)

Mluvíš otevřeně o svých problémech, nestydíš se za ně?

Nevadí mi o nich mluvit, ba naopak pomáhám tím sama sobě, že se vypovídám, taky tím pomohu druhým, aby na něco takového rychle zapomněli.

Myslíš, že bys mě měla ještě něco sdělit, co je důležité a nezeptala jsem se na to?

Myslím, že i přes tyto všechny vaše dotazy, přes všechny knížky a rozhovory, nikdy neporozumíte PPP.

V tom máš určitě pravdu, ale aspoň se tomu pochopení snažím přiblížit a snad třeba někomu do budoucna pomoci, aby s tím nezačínal.

Moc ti děkuji za tvůj čas a tvé životní zkušenosti a přeji ti hodně štěstí

ROZHOVOR S VÝCHOVNOU PORADKYNÍ.

V čem vidí příčiny a spouštěcí faktory nemoci.

Příčiny vidím zejména v dnešní době, a **preferování kultu štíhlosti a určitě svůj díl viny na tom má i Annin vztah k matce a rozvod rodičů. (KULT ŠTÍHLOSTI, VZTAH K MATCE, ROZVOD RODIČŮ)**

Jaký měla nemoc dopad na chování dotyčné.

Já jsem ji poznala v době, kdy byla v nejtěžší fázi MA a musela být hospitalizována v psychiatrické léčebně a tenkrát mi připadalo, že to myslí s léčbou upřímně a vážně. V prvním ročníku měla individuální studijní program a do školy moc nechodila, jen občas na přezkoušení a viděla jsem ji vždy v doprovodu otce a začala jsem mít pocit, **že ho začíná svou nemocí poněkud vydírat. Vzhledem k tomu, že se o dceru staral sám, změnil i zaměstnání, aby se jí mohl dostatečně věnovat a trávit s ní více času a někdy jsem měla pocit, že i on je na tom psychicky velmi špatně.** Zpočátku si myslím, že měli spolu hezký vztah, ale v průběhu nemoci se změnil. Začala lhát a vymýšlet si. **(VYDÍRÁNÍ OTCE)**

V čem vidí sociální a psychické důsledky u nemocné.

V prvé řadě, **zhoršení prospěchu, ze ZŠ, šla jako premiantka, což se v současné době říci nedá. Co se týká kolektivu třídy, tak dlouho trvalo, než se do něj částečně zapojila, a to v současné době bydlí na internátu a tam vazby mezi spolužáky bývají ještě silnější. Slyšela jsem, že i když jdou někam odpoledne s kamarádkami si sednout, tak tam dlouho nevydrží a odchází dříve, je velmi neklidná a nevydrží někde v cizím prostředí déle. (ZHORŠENÍ PROSPĚCHU, NEZAČLENĚNÍ DO KOLEKTIVU, NEKLID)**

Myslíš si, že je dotyčná vyléčená?

V žádném případě. První ročník byla léčena intenzívně a všichni jsme doufali, že nemoc překonala, tak se to i celý druhý ročník jevilo. V současné době si myslím, **že nastoupila recidiva a opět do toho spadla.** Již jsem mluvila i s jejím otcem a ten je z toho tak nešťastný, že si to nechce v žádném případě připustit, ale bohužel jsem si skoro jistá. **(RECIDIVA)**

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR ALENA

Údaje o respondentovi

Alena, věk 19let, svobodná, studentka 4. ročníku SŠ. Měří 177cm a v současné době váží 60 kg. Alenu jsem poznala před 9 měsíci, když byla na mém pracovišti v létě na brigádě a náhodou jsem zjistila, že studuje na SŠ, kde pracuje má přítelkyně, jako výchovná poradkyně. Od té jsem se dozvěděla, že si prošla MA, a tak jsem se rozhodla ji oslovit a požádat o rozhovor.

Ahoj, Alenko, dojdeš se za námi v létě zase podívat?

Tak pokud zvládnou maturitu a dostanu se na výšku, tak určitě, pokud se nedostanu, tak se budu snažit najít stálé místo, ale pokud hned nenajdu, tak se asi taky u vás ukážu.

Máš trému z rozhovoru?

Přímo trému asi ne, ale takové vnitřní napětí tam je.

Nemusíš se bát, není to žádná písemka ani zkouška ve škole, prostě si jen popovídáme.

No, moc jste mě neuklidnila, ale budu vám věřit.

Tak, teď ti položím pár otázek a nemusíš úplně přesně odpovídat jen na otázky, ale normálně se klidně rozvykládej.

Pokusím se.

Průběh nemoci

Kdy jsi pocítila, že nejsi spokojená s vlastním tělem?

Snad od malička, **já byla od mala tlustá.(OBEZITA)**

Myslíš, že Tvou postavu nějak řešilo Tvé okolí?

Určitě, to vám řekne, každé tlusté dítě, co si s tím zažije všude, venku, ve škole, prostě všude.(POSMĚCH)

I doma?

Doma ne, naši na mě byli hodní a babička byla ráda, že jsem **taková pěkně baculatá.(OBEZITA)**

Kdy a jaké jsi začala používat metody na hubnutí?

Já jsem snad **začala držet dietu, už snad v páté, v šesté třídě**. A pak jsem měla období, že jsem něco zhubla, pak zase nabrala a tak dokola. Zase nějaká dieta a potom, normální jezení a návrat váhy. Potom asi v osmé třídě, jsem začala opět držet dietu a vydržela to a dopracovala se až k anorexii. **(DIETA)**

Zjišťovala jsi někde informace o své nemoci?

Z internetu.

Kolik jsi zhubla? Nebo jinak, kolik jsi tak vážila nejvíc a nejméně a kdy?

Nejvíc jsem vážila v té osmé třídě, to jsem měla 80kg. Nejméně jsem měla v 16, to jsem vážila 50 kg. **To si pamatuji pocít štěstí, protože naposledy jsem 50kg vážila tak ve 3. třídě na ZŠ. (USPOKOJENÍ)**

Jaký býval Tvůj jídelníček?

V době, kdy už jsem nejedla skoro vůbec, **tak většinou bílý jogurt a jablko za den. Některý den jsem si dala odlehčovací a pila jen vodu. (JÍDELNÍČEK)**

Víš, co jsou Pro-ana a Pro-mia blogy?

Jo, vím.

Ovlivnily, tě nějak?

Ani ne, já už tenkrát byla v tom zajatá, takže jsem rady nepotřebovala. Ale je to asi nebezpečné, když na to narazí holka, která chce zhubnout.

Jak probíhala Tvá léčba?

Mamka mě vzala k obvodní lékařce, ta se na mě podívala, vyšetřila a napsala doporučení na psychiatrii. Tam to se mnou rozebírali, poslali mě za nějakou dietní sestrou, která mi sestavila jídelníček a ten jsem musela dodržovat, to bylo štěstí, protože já jedla podle papíru, jinak bych byla bezradná, co si vzít. Ovšem já jak jsem začala jíst, a přibírat, tak mě přepadaly hrozné stavy, měla jsem deprese a brečela jsem, **měla jsem příšerný strach, že budu zase tlustá**, že všechno to, bude k ničemu, a tak mi psychiatr dal nějaké léky. Léčila jsem se asi rok, dnes už psychiatra nenavštěvuji, ale má obvodní lékařka mě chce tak jednou za tři měsíce vidět. Ted už si ale dávám opět pozor, abych nepřibírala, myslím, že těch 60kg je fakt maximum. **(STRACH Z TLOUŠŤKY)**

Anorektické a bulimické postoje

Co si myslíš o své současné postavě?

No, myslím, že bych měla být hubenější, si myslím, že jsem tlustá. **Podívejte se na Missky nebo modelky, tak oni jsou normálně hubené a všichni je za to obdivují** a já jsem divná, když při 60kg bych chtěla zhubnout? **(VLIV MÉDIÍ)**

Jaký máš vztah k jídlu?

Já, mám ráda jídlo, hlavně sladkosti, ale nenávidím se za to. Nebylo by mi líp, kdyby mi jídlo nechutnalo? **(ROZPORUPLNÝ VZTAH K JÍDLU)**

Vaříš ráda?

Ano, vařím, hlavně ráda pečtu, ale snažím se péct a vařit, to, co mi moc nechutná, aby mě to náhodou moc nelákalo.

Máš starost, že jíš hodně?

Ano, snažím se jíst zdravě, ale někdy mi připadá, že je toho dost a měla bych brzdit.

Dělá ti nějaký problém jíst na veřejnosti nebo se členy rodiny?

Jako dítě jsem nerada jedla venku, protože jsem měla pocit, **že si každý říká, že ta tlustá holčička se jen cpe a dnes mi to taky nedělá dobře**, protože mám pocit, že každý kontroluje, co jím a kolik sním. Ale před rodinou jím normálně, to jen jako malá jsem se schovávala s čokoládou. **(STRACH Z REAKCE OKOLÍ)**

Které partie tvého těla se ti líbí a které naopak ne?

Vadí mi velký zadek a tlusté stehna a široké boky, myslím, že mám pěkná prsa, oči a štíhlý pas. **(NESPOKOJENOST S TĚLEM)**

Životní událost

Jaké jsi měla dětství?

Úplně dětství, to bylo hezké. Naši byli fajn, byla jsem dlouho jedináček a hodně se o mě starali. To až později se to pokazilo.

A jaký máš vztah s rodiči nyní?

Momentálně nic moc. Mamka je alkoholička, otec se doma skoro nezdržuje. Mamka je fajn, pokud je střízlivá, ale když je opilá, tak bych ji zabila. Navíc mám bráchu o osm let

mladšího, takže to je pak starost o něj na mě. Otec se ke mně chová hezky, ale doma moc není, má úplně jiné zájmy. Ale, jako rodina nefungujeme, furt jsou tam hádky, rodiče nemají pěkný vztah spolu, kolikrát jsem si říkala, že by bylo lepší, kdyby se rozvedli, občas se i pobijí. (ŠPATNÉ RODINNÉ VZTAHY)

Jaké zájmy?

Práce a milenky. No a kvůli tomu máma chlastá, může za to on. Taky jí furt **nadával, že je tlustá, ať se na sebe podívá do zrcadla.** (OBEZITA MATKY)

Změnili se nějak vztahy s rodiči, když zjistili, že máš anorexii?

To je těžké, to nikdo nedokáže pochopit, že dál hubnete, i když už nemusíte, to se těžko vysvětluje, **Spíš si myslím, že mě měli za vzornou holčičku a nedokáží pochopit, že jsem tak zklamala a selhala.** Každý vás má svým způsobem za polovičního blázna. Jen je rozdíl v tom, že dřív jsem slyšela: „nejez“ a dnes slyším „najez se“. (ZKLAMÁNÍ RODIČŮ)

Řeší nějak vaše rodina ten matčin alkohol?

Tak jí domlouvají, hlavně babička, už na to taky došla, zatím se jí to daří ještě jakž, takž kočírovat, do práce chodí normálně.

A jak vycházíš s bráškou?

Já si připadám, jako jeho druhá matka, mám ho moc ráda, je to takový náš rošťák.

A co prarodiče?

Jo, všechno v pohodě, mám jen babičky od obou rodičů, každá je jiná, ale obě mám ráda. Jeden dědeček mi umřel, když mi bylo 9 a druhý umřel, když byla ještě mamka malá.

Myslíš, že existuje nějaký důvod, který tvé problémy zapříčinil?

Tloušťka. (OBEZITA)

Zažila jsi nějaký opravdu traumatizující zážitek?

Tak pro mě bylo trauma, každý tělocvik, a taky když máti opilá chtěla jednou skákat z okna, to bylo fakt psycho. (ALKOHOLISMUS MATKY)

Jak ti jde škola?

Vždy jsem se učila dobře, **na základce skoro samé jedničky.** Na střední se to zhoršilo, ale pořád patřím k těm lepším. (VÝBORNÝ PROSPĚCH)

Zdravotní komplikace.

Přinesla ti anorexie nějaké zdravotní komplikace?

Často mě bolela hlava, bývala mi zima. A taky mi vynechala menstruace. Já nejdřív měla s menstruací problém, kvůli obezitě, to jsem to měla všelijak, jednou ne, pak zas jo, no a pak zase kvůli hubnutí. (ZDRAVÍ)

Psychické komplikace

Přineslo onemocnění i nějaké psychické změny?

Jo, nejdřív to bylo bezvadné, byla jsem šťastná, že se mi podařilo zhubnout, ale pak člověk má deprese, že může třeba ze dne na den přibrat, ráno se probudíš a říkáš si, že musíš zase zabrat, že vše je pomíjivé, že není možné, aby to vydrželo, a přemýšlíš, jestli si dáš jogurt, nebo rajče a kolikrát se nemůžeš rozhodnout a připadá ti to jako neřešitelný problém. Pořád je tu strach a úzkost z toho, že jsi tlustá, že budeš tlustá a k ničemu. (DEPRESE, STRACH Z TLOUŠŤKY, NEROZHODNOST)

Sociální důsledky

Pocítuješ nějaké změny ve vztazích s rodinou?

Nemyslím si, že by se vztahy nějak zhoršily, jen mám pocit, že jsem rodiče zklamala, už mi tolik nevěří, já byla vždy ta vzorná, na kterou bylo spolehnutí, a najednou jsem zklamala. (POCIT VINY)

Ovlivnila nějak nemoc tvé pracovní či studijní výsledky?

Tak, zhoršil se mi prospěch, ale nevím, jestli je to tím, na základce jsem se učila dobře a na SŠ, se to prostě zhoršilo. Nějak mě ta škola moc nebaví, nejsem taková akční, já na základce vymetla všechny soutěže a olympiády a teď na to celkem kašlu. (ZTRÁTA ZÁJMU O STUDIUM)

A na jakou chceš jít VŠ?

Dala jsem si přihlášku na psychologii a sociální pedagogiku. Já si říkám, že když budu trošku studovat psychologii, třeba pomohu i sobě. (CHUŤ PO ZMĚNĚ)

Ztratila jsi nějaké přátele, když jsi onemocněla?

Nemyslím, že bych ztratila přátele kvůli onemocnění, spíš v důsledku přetrhání vazeb ze ZŠ, protože jsem nikam nechodila. (NEDOSTATEK SPOLEČENS. ŽIVOT)

Co tvůj společenský život?

Asi byl dřív aktivnější, netvrdím, že nikam nejdu, **ale zvykla jsem si být doma a jen tak sedět u počítače nebo si číst. (KLIDNÉ ZÁJMY)**

Co ráda čteš?

Já, cokoliv, kriminálky, červenou knihovnu, historické romány, současnou prózu, prostě vše. Jen poezii fakt nemusím. Ale teď už asi víc sedím u internetu než u knížky.

Máš nějakého přítele?

Teď nemám, já na kluky moc nebyla, **na základce se mi kluci tak akorát posmívali**, pak jsem zhubla a našla si přítele, byli jsme spolu asi rok, **já se ale strašně styděla. (POSMĚCH, POCIT STUDU Z POSTAVY)**

Jak styděla?

No, prostě se vysvléci, **si připadám furt tlustá, ani plavky a koupaliště nemusím. No tak se na mě vykašlal, co s holkou, která se ani nevysvléče. (ROZCHOD, NERESPEKTOVÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA)**

Rodinná anamnéza

Pověz mi něco o rodičích a sourozencích - zaměstnání, věk, postava?

Otec má 43 let, je takový celkem normální, jen s takovým typickým, chlapským pupkem. Pracuje ve vedení jedné firmy.

Mamka má 42 let, je tlustá, ale úplně jinak než já, ona má hubené nohy a velké břicho. A pracuje jako pečovatelka. Pracovala jako laborantka, ale propustili jí, tak si našla toto. **(OBEZITA MATKY)**

Jak jste se doma stravovali, myslíš, že zdravě?

Tak zdravě, určitě ne. U nás se denně vaří, buď, mamka nebo já, **ale moc zdravá výživa to nebyla, to až teď je to možná lepší. (JÍDELNÍČEK, JÍDELNÍČEK)**

Držely se doma diety?

Co si pamatuji, tak celý život, **mamka držela dietu**. Ona jako dítě byla tlustá, říkala mi, že když jí bylo 15, tak měla, tak 70 kg a začala běhat a skákat přes švihadlo a držet dietu a za rok zhubnula na 50. Když se vdávala, tak prý vážila 54kg, ale po těhotenství přibrala. Já si

ji pamatuji ještě jako štíhlou, ale taky si pamatuji od dětství, že často zvracela, já si vždy myslela, že má slabý žaludek, dnes si myslím, že spíš měla takovou slabou bulimii.

Když čekala bratra, musela pořád ležet a moc přibrala a po porodu zůstala tlustá. No a to jsme pak začaly držet diety spolu, ve dvou se to lépe táhne. **(DIETA MATKY)**

Víš, že by někdo v rodině trpěl nějakou PPP?

Tak jen snad trochu ta mamka, jinak nevím o nikom.

Osobní anamnéza

Co mi povíš o sobě? Kamarádi, záliby, kroužky, dětství, sport.

Já byla taková, tlustá, vzorná holčička. Kterou měli rádi všichni učitelé a sousedi, protože byla vždy chytrá, rozumná, bezproblémová. Od malička mě naši dávali do kroužků, nějakých pohybových, balet, tanec, protože viděli, že mám sklony k tloušťce. Ale já díky tomu pohyb moc nemusela, ale nejsem dřevo, pohybovat se umím, ale nesnáším atletiku a hlavně běhy. Navíc mám pořád blbý pocit z toho, že mě vyhodili z baletu, jen proto, že jsem byla tlustá, přitom si myslím, že mi to celkem šlo, ale kdo ví, třeba to neumím posoudit. Taky jsem chodila na klavír. Venku jsme často si s kamarády hráli, hlavně s míčem, a chodili na brusle. Ale nějak, jak jsme odešli ze základky se naše parta rozpadla a já začala taky mít ty problémy. **(OBEZITA)**

Myslíš, že jsi extrovert nebo introvert?

Asi spíš introvert, nejlépe mi je, když jsem sama v klidu doma. Ale nedá se říci, že bych byla úplně vyhraněná, občas jsem ráda s přáteli, ale nejsem takový ten bavičský typ, spíš jen pozoruji a nechám se bavit, to pramení taky z toho, že jsem nikdy **nechtěla být kvůli váze středem pozornosti.** Když si to tak uvědomím skoro všechny mé špatné vzpomínky a traumata se vztahují k mé tloušťce. **(INTROVERT)**

Všimnul si někdo Tvých problémů s jídlem?

Rodina, a i přátelé, spolužačky si ze mě dělaly legraci, že já jsem jen na těch svých jogurtech a smály se, ať se náhodou nepřejím, ale nemyslely si, aby, že by to bylo nějak vážné, já totiž nestihla zhubnout do nějakého extrému, na to naštěstí nebyl čas.

Kdo si první všiml, že máš PPP?

Mamka a možná učitelka. Když jsem už opravdu nejedla skoro nic, tak jí to začalo být podezřelé, protože ví, že dřív, když jsem i držela dietu, tak jsem si sem tam něco vzala, třeba sladkost nebo tak. **Ale já už opravdu jedla jen jogurty, ovoce a zeleninu, a to tak jen 2x denně. K tomu jsem pila jen vodu,** zelený čaj a kafe - turka, samozřejmě bez cukru. **A pořád jsem se vážila,** jak jsem nestála na váze 5x denně, tak jsem byla nesvá. O víkendu jsem trochu víc jedla, když jsme byli všichni doma a bylo by to podezřelé, ale to jsem si pak vzala projímadla, abych nepřibrala. **(HLADOVĚNÍ, ČASTÉ VÁŽENÍ)**

Jak dlouho se ti to podařilo tajit?

Myslím, že celkem dlouho, skoro rok.

Co si myslíš, že tě nejvíc ovlivnilo v počátcích nemoci?

Tak tloušťka a pak ty výsledky, když vidíš, že hubnutí opravdu jde. Já chtěla zhubnout nejdřív, tak na 55kg, že bych měla prostě „modelkovskou“ postavu, stejně jsem ji neměla, protože zadek byl vždy větší, mám takovou figuru. Tak jsem si říkala, tak na 50, a že se mi i ten zadek musí zmenšit, no a pak už to jde pořád dál, když už máš 50, **tak chceš míň, protože pořád se ti něco nezdá, navíc jsem si říkala, že, když pak začnu třeba jíst, tak něco naberu, tak ať mám rezervu.** **(TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)**

Co tě přimělo k tomu, že ses začala léčit?

Už jsem cítila, že to nejsem já, že jsem jiná, přestane tě bavit, co tě dřív bavilo, **s kamarádkami si nemáš co říci,** protože ti nerozumí a navíc jsem se cítila, že jsem pořád **unavená a chtělo se mi spát** a v noci jsem přitom spala špatně. **(NEDOSTATEK TÉMAT, ÚNAVA)**

Držíš teď dietu?

Tak držím, ale nevím, jestli se to dá nazvat dietou nebo jen zdravou stravou. Samozřejmě si nedám vepřo, knedlo, zelo. Ale jím i celozrnné pečivo, ovoce, zeleninu, kuřecí maso, šunku, jogurty. Pořád se hlídám, ale už mě to tak nezaměstnává, a když jdu někdy s kámošema někam sednout, tak si dám i těstoviny nebo pizzu. Je fakt, že je to možná i proto, že jim chci dokázat, že jsem už v pohodě.

Myslíš si, že jsi vyléčená?

Já myslím, že ano, ale nevíš, kdy ti může zase rupnout v bedně, myslím, že hlídat se budu pořád a jen mi nesmí zase rupnout v bedně. **(VĚDOMÍ MOŽNOSTI SELHÁNÍ)**

Ovlivnila tě anorexie v dalším životě?

Určitě tě to ovlivní, když si uvědomíš, jak taková obyčejná věc, ti může úplně změnit život, **určitě jsem uzavřenější**, nevím jak to říci, jsem prostě jiná. (UZAVŘENOST)

Chtěla bys zhubnout, přibrat?

Zhubnout, říkám si, že těch 55 bych mít mohla, ale musím pomaličku, nenápadně. (TOUHA PO ŠTÍHLOSTI)

Mluvíš otevřeně o svých problémech, nestydiš se za ně?

Tak nestydím se za ně, ale že bych o tom nějak povídala, to se říci nedá, když se na to někdo zeptá, tak odpovím.

Myslíš, že Ti anorexie mohla přinést i něco pozitivního?

Tak já jako pozitivní vidím, **že se poznali opravdoví přátelé, kteří se Ti snaží pomoci a ne jen pomlouvají a zraňují**. Ale spíš si myslím, že to nese sebou jen negativa, těch pozitiv moc nevidím. (OPRAVDOVÉ PŘÁTELSTVÍ)

Řekla bys něco závěrem?

Myslím, že jsem měla štěstí, že jsem začala hubnout v době, kdy jsem měla z čeho a nedošlo to do nějakých strašných extrémů a následků, ale pokud tak začne **blbnout holka, která má 55 kg, tak může být fakt zle**. A ono je to jako posedlost, máš třeba i na něco chuť a dokazuješ si, jak jsi dobrá, že odoláš, že máš tu vůli, jsi na sebe hrdá. (POCIT USPOKOJENÍ, UVĚDOMĚNÍ SI RIZIK)

Tak díky za rozhovor a přeji Ti hodně štěstí.

ROZHOVOR S VÝCHOVNOU PORADKYNÍ

V čem vidí příčiny a spouštěcí faktory nemoci.

Tak příčiny vidím úplně stejné, jako u Anny, **vliv společnosti a dnešní doba**, jen si myslím, že zde ten spouštěcí faktor byl rozdílný, **zejména výsměch spolužáků, a to, že viděla, že její otec matku kvůli nadváze ponižuje**. (SPOLEČNOST, POSMĚCH, PONIŽOVÁNÍ MATKY)

Jaký měla nemoc dopad na chování dotyčné.

Tady jsem to mohla pozorovat, tak nějak od prvopočátku, do 1. ročníku nastoupila taková pevnější, ale zdaleka nebyla příliš tlustá, **ale prostě takové typy se v dnešní době nenosí.** Ona byla v kolektivu v podstatě oblíbená a narážky na nadváhu, se zdálo, brala vždy s nadhledem, ale vnitřně ji to asi velmi užíralo. Během jednoho roku se zhubla neuvěřitelně, což jsem pozorovala a promluvila si o tom i s její matkou. Na těch děvčatech vidíš s úbytkem váhy i **úbytek energie. Vyhasínají před očima. (VLIV SPOLEČNOSTI, ÚNAVA)**

V čem vidí sociální a psychické důsledky u nemocné.

Jednoznačně vztahy, **kvalita vztahů, přátelských i rodinných se zhoršila.** Samozřejmě studium tím trpí, sice stále patří k dobrým studentkám, ale není tam vidět ten správný zápal a zájem o studium. Ale myslím, že je na dobré cestě a za pár let to bude vše jen životní zkušenost a nepříjemná vzpomínka. **(ZHORŠENÍ PŘÁTELSKÝCH VZTAHŮ, ZHORŠENÍ RODINNÝ VZTAHŮ)**

Myslíš si, že je dotyčná vyléčená?

U této dívky jsem o tom celkem přesvědčena, již v počátku léčení bylo vidět, že i ona sama, má zájem se vyléčit. Cítila, že jí onemocnění ubírá sílu a energii do dalšího života. **(CHUŤ K LÉČENÍ)**

PŘÍLOHA P V: OTÁZKY K ROZHOVORU

Údaje o respondentovi

Zaměstnání, škola

Věk

Průběh nemoci

Kdy jsi pocítila, že jsi nespokojená se svým tělem?

Myslíš, že Tvou postavu nějak řešilo tvé okolí?

Jaké jsi začala používat metody na hubnutí?

Kolik jsi zhubla (maxim., minim. váha)?

Anorektické, bulimické postoje

Myslíš, že jsi měla nadváhu? Připadáš si tlustá?

Jak se vidíš? (tváře, prsa, stehna, hýždě, břicho)

Jaký je tvůj vztah k jídlu?

Máš starost, že jíš mnoho?

Řešíš, co jíš?

Schováváš se s jídlem?

Jíš na veřejnosti?

Vaříš ráda?

Životní události

Jaké jsi měla dětství?

Nějaké špatné zkušenosti, traumata?

Jaký mají, měli rodiče spolu vztah?

Myslíš, že existuje nějaká událost, prostě nějaká ta poslední kapka, která tvé problémy odstartovala?

Zdravotní komplikace

Cítila jsi nějaké zdravotní komplikace? (slabost, nízká teplota končetin, lanugo, bradykardie, otoky kotníků, zlomeniny chrup, atd.)

Psychické komplikace

Cítíš nějaké změny po duševní stránce? (deprese, změny nálad, úzkostné stavy)

Rodinná anamnéza

Zaměstnání rodičů?

Jejich postava?

Jaká očekávání rodiče od tebe měli?

Sourozenci?

Jaké byly vztahy s rodiči, sourozenci?

Co diety v rodině?

Má někdo v rodině PPP?

Osobní anamnéza

Zájmy, prospěch, sport?

Přátelé?

Charakter, vlastnosti?

Užívané léky? (laxativa, diuretika, léky na hubnutí)

Kdo si první všimnul tvých problémů s jídlem a po jaké době?

Jaké byly první kroky k nápravě?