

Univerzita Pardubice  
**Fakulta Filosofická**

**Průběh onemocnění u osob s poruchami příjmu  
potravy**

**Lenka Černohousová**

**Bakalářská práce  
2010**

**Univerzity of Pardubice  
Faculty of Philosophy**

**People with Eating Disorders: The Progression of the  
Illness**

**Lenka Černohousová**

**Bachelor thesis  
2010**

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka ČERNOHOUSOVÁ**  
Studijní program: **B6703 Sociologie**  
Studijní obor: **Sociální antropologie**  
Název tématu: **Průběh onemocnění osob s poruchami příjmu potravy**  
Zadávací katedra: **Katedra sociálních věd**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Práce bude kompilací odborných děl autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Důraz bude kladen na výsledky výzkumu mezi osobami, které navštěvují internetový portál pp-pinfo.cz (metodami kvalitativního výzkumu - polostrukturovaný rozhovor). Cílem je získat základní povědomí o těchto poruchách pohledem odborníků a očima trpících touto nemocí.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

Gordon, Sarah: Body image. Grada 2000 Krch, David: Poruchy příjmu potravy. Grada 1999 Krch, David: Bulimie - Jak bojovat s přejídáním. Grada 2000 Krch, David: Mentální anorexie. Portál, Praha 2002 Papežová, Hana: Anorexia nervosa. Psychiatrické centrum Praha, 2000 Papežová, Hana: Bulimia nervosa. Psychiatrické centrum Praha, 2003 Sladká - Ševčíková, Jana: Z deníku bulimičky. Portál, Praha 2003

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Jana Jetmarová, Ph.D.**  
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2010**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSC.  
děkan

L.S.



Mgr. Petr Pabian, Th.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 23. 3. 2010

Lenka Černohousová

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Janě Jetmarové, Ph.D., za její vedení a cenné rady při zpracování.

Děkuji také všem svým respondentům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií a mentální bulimií. Klade důraz na průběh onemocnění a vliv internetového portálu idealni.cz, který respondenti této práce navštěvovali. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je kompilací odborných děl autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Přibližuje základní poznatky o tomto onemocnění a jeho charakteristiky.

Praktická část je zaměřena na výzkum vedený s návštěvníky internetového portálu idealni.cz a výsledky jednotlivých rozhovorů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie

## **TITLE**

People with Eating Disorders: The Progression of the Illness

## **ABSTRACT**

The Bachelor's thesis deals with the eating disorders, specifically with mental anorexia and mental bulimia. It stresses the course of the illness and the influence of the internet portal idealni.cz, which had been visited by the respondents of the thesis. The thesis is divided into two sections – theoretical and practical.

The theoretical section is a compilation of the professional writings of authors, who have been occupying themselves with the issues of eating disorders for a long period of time. It describes the scientific findings of this illness and its characteristics.

The practical section focuses on the academic research that was carried out with the visitors of the internet portal idealni.cz and also with the results of the individual interviews.

## **KEY WORDS**

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia



# **OBSAH**

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIE.....</b>	<b>13</b>
2.1	Použité metody .....	14
<b>3</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>16</b>
3.1	Poruchy příjmu potravy .....	16
3.2	Historie poruch příjmu potravy .....	16
3.3	Mentální anorexie .....	18
3.3.1	Příznaky Mentální anorexie .....	18
3.3.2	BMI – Body Mass Index.....	19
3.4	Mentální Bulimie .....	20
3.4.1	Příznaky Mentální Bulimie .....	20
3.4.2	Přejídání .....	21
3.5	Příčiny vzniku poruch příjmu potravy .....	22
3.5.1	Sociální a kulturní faktory .....	24
3.5.2	Biologické faktory .....	25
3.5.3	Životní události .....	25
3.5.4	Rodinné a genetické faktory .....	25
3.5.5	Emocionální faktory .....	26
3.5.6	Osobnost a další psychické charakteristiky .....	26
3.5.7	Závislost na psychoaktivních látkách.....	27
3.6	Důsledky poruch příjmu potravy.....	27
3.6.1	Fyzické následky mentální anorexie .....	28
3.6.2	Psychické následky mentální anorexie .....	29
3.6.3	Fyzické následky mentální bulimie .....	30
3.6.4	Psychické důsledky mentální bulimie .....	31
3.7	Léčba poruch příjmu potravy.....	32
3.7.1	Hospitalizace .....	32
3.7.2	Svépomocný program .....	32
3.7.3	Rodinná terapie .....	33
3.7.4	Kognitivně – behaviorální teorie .....	33
3.7.5	Interpersonální terapie.....	33
3.7.6	Farmakoterapie .....	33
3.8	Výskyt poruch příjmu potravy v České republice .....	34
3.9	Internetový portál idealni.cz .....	35
3.9.1	Obsah portálu .....	35
3.10	Pro-ana /pro-mia blogy.....	36
<b>4</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
4.1	Výzkum .....	38
4.2	Respondenti.....	38
4.3	Vzdělání .....	39
4.4	Vznik onemocnění .....	40

4.5	Průběh nemoci.....	43
4.6	Vnímání vlastního těla.....	45
4.7	Sebepoškozování .....	47
4.8	Hospitalizace.....	48
4.9	Rozhodnutí léčit se .....	50
4.10	Dopady poruch příjmu potravy .....	51
4.11	Internetový portál idealni.cz .....	54
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>INTERNETOVÉ ZDROJE .....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>65</b>

# 1 ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní západní společnosti velmi aktuálním problémem. Onemocnění postihuje především mladé dívky a ženy, ale ani to nemusí být podmínkou a s onemocněním se můžeme setkat u žen téměř všech věkových kategorií. Výjimku netvoří ani muži, kteří nepatří mezi postižené tak často, ale jejich počet také stoupá. Příčiny poruch příjmu potravy nejsou dosud plně známy, vznik bývá připisován kombinaci určitých faktorů, které na jedince působí.

Aktuálnost problému podtrhuje i vycházející literatura, která se na náš trh v posledních letech dostává. Začalo to překladem knih od zahraničních autorů, postupně s vydáváním pokračovali i čeští autoři. Většinou se jedná o odborníky působící v oblasti léčby poruch příjmu potravy, kteří se tímto způsobem snaží nemoc přiblížit široké veřejnosti. Pro pacienty vycházejí speciální svépomocné příručky, napomáhající v jejich léčbě. Značné množství zdrojů je k dispozici také na internetu.

Tato bakalářská práce je zaměřená na osoby, které poruchami příjmu potravy trpí nebo v minulosti trpěli. Cílem by mělo být přiblížení této nemoci, zmapování jejího průběhu a vlivu, kterým na jedince působí. Pokusím se také odhalit vliv internetového portálu idealni.cz (dříve pppinfo), který všechny mé respondentky navštěvovaly. Tento internetový portál poskytuje informace o poruchách příjmu potravy a snaží se napomoci v jejich léčbě a prevenci. Portál idealni.cz jsem na internetu objevila náhodou, zhruba před dvěma lety. Dodnes si pamatuji, jak jsem si pročítala články o retušování modelek v médiích, a dole pod textem článku jsem objevila odkaz na idealni.cz. Ze zvědavosti jsem odkaz otevřela a na první pohled mě zaujal. Pročetla jsem si několik článků, udělala si test své hodnoty BMI a začala jsem číst příběhy dívek, které tento portál navštěvovaly. Postupně jsem se dostala až na „Popec“ a sledovala, o čem si tak ty dívky mohou psát. Překvapilo mě, že si zapisují své jídelníčky, které si navzájem hodnotí a komentují. Většina jídelníčků byla přesně rozdělena na pět až šest jídel během celého dne, občas i s přesným časem konzumace. V komentářích pak tyto jídelníčky hodnotily, zda jsou v pořádku

nebo je někde potřeba přidat či ubrat. Uvědomila jsem si, že já nikdy neřešila, co v kolik hodin sním nebo jaké množství toho bylo. Řekla jsem si, že by bylo docela zajímavé poznat životy těchto lidí.

Nakonec se mi podařilo spojit se čtyřmi dívkami z portálu idealni.cz, které poruchami příjmu potravy trpí, a které byly ochotny absolvovat rozhovory. Zpracované výsledky těchto rozhovorů by měly zodpovědět následující výzkumné otázky:

1. Jaký měla nemoc celkový průběh a jakým způsobem ovlivnila životy respondentek?
2. Jaký vliv měl na nemoc internetový portál idealni.cz?

## **2 METODOLOGIE**

Tato bakalářská práce vznikala jako případová studie čtyř dívek ve věku 18 až 24 let, trpících poruchami příjmu potravy, které mě částečně nechaly nahlédnout do jedné z etap svých životů. Všechny z nich trpí nebo trpěly některou z poruch příjmu potravy a byly ochotné se se mnou podělit o své zkušenosti s touto nemocí.

Mojí cílovou skupinou se staly dívky navštěvující internetový portál idealni.cz, který se snaží o osvětu v oblasti poruch příjmu potravy. Kromě různých informací a článků, jsou zde pro dívky s poruchami příjmu potravy připraveny dvě sekce „Můj příběh“ a „Pokey“. Do sekce „Můj příběh“ mohou ukládat své životní příběhy, různé postřehy nebo své myšlenky. V části „Pokey“, která obsahuje několik diskusních místností, si spolu mohou psát a probírat různá témata, která se mohou i nemusí týkat poruch příjmu potravy. (více o portálu viz kapitola 3.9)

Jak jsem již napsala v úvodu, portál jsem poprvé objevila zhruba před dvěma lety. Od té doby jsem tam čas od času nahlédla a sledovala co je „nového“. Jak se mění návštěvníci, jaká jsou témata hovoru. Postupně jsem oslovila několik dívek, zda by byli ochotny, poskytnout mi své příběhy. Nakonec jsem provedla rozhovory se čtyřmi z nich.

Největší část výzkumu probíhala od listopadu 2009 do ledna 2010. V tuto dobu jsem provedla největší část rozhovorů. Pro rozhovory jsem záměrně zvolila pouze dívky, které poruchami příjmu potravy trpí mnohem častěji než chlapci. Určitě by bylo zajímavé provést výzkum i mezi chlapci nebo udělat srovnání, bohužel ve svém okolí nikoho takového neznám a na portálu se, dle mého pozorování objevují také jen výjimečně. Pro svůj výzkum jsem tedy zvolila pouze dívky. I tak bylo celkem složité je k rozhovorům přemluvit, několikrát jsem byla odmítnuta, ale nakonec se mi podařilo se čtyřmi dívkami rozhovor provést. Odmítnutí připisuji, především tomu, že poruchy příjmu potravy jsou velmi osobní záležitostí, a že o tom nechtěly s někým „na živo“ hovořit, zvláště ne s někým koho pořádně neznají. Internetový portál jim přeci jen zajišťuje určitou anonymitu.

Byla jsem si samozřejmě vědoma některých úskalí, která mohou být s internetovým portálem spojena. Jelikož je portál přístupný komukoli, může tam také kdokoli přispívat. Není nikde psáno, že na portál mohou psát pouze lidé s poruchami příjmu potravy, ale z velké části jsou to právě oni. Samozřejmě ne všichni, poruchami příjmu potravy trpí, někteří se o tuto nemoc jen zajímají nebo jí trpí někdo z okolí. A také je zde určitě část lidí, kteří si tímto způsobem jen zkracují čas a hledají zde jakýsi druh zábavy. Výrazná anonymita, zde také může mít za následek to, že lidé mohou psát jen to, co se jim hodí nebo si vymýšlet. Snažila jsem se proto vybírat respondentky podle míry věrohodnosti, kterou na portálu vykazovaly.

## ***2.1 Použité metody***

Jednou z hlavních použitých metod při mém výzkumu byly rozhovory. Hlavní formou byly polostrukturované rozhovory, kdy jsem měla několik připravených otázek, na které jsem se při rozhovorech zaměřovala. Rozhovory probíhaly většinou v nějaké kavárně v místě bydliště respondentky, kam jsem se dopravila. Nebyla to sice většinou úplně vhodná místa pro kvalitní nahrávku, ale bohužel jiná volba nebyla možná. S nahráváním rozhovoru souhlasily pouze tři ze čtyř dívek, u jednoho z rozhovorů jsem si tedy musela dělat poznámky na papír. Rozhovor bez nahrávky, byl sice více uvolněný než ty s nahrávkou, ovšem při dalším zpracování se nahrávané rozhovory osvědčily mnohem více.

Důležité pro moji práci bylo také sledování dění na internetovém portálu idealni.cz. Jaká jsou hlavní témata, jak se mění uživatelé, jaké celkové změny se na portálu odehrávají. Proto jsem portál čas od času navštívila a zjišťovala, co je „nového“.

Velkým pomocníkem při mém výzkumu mi byl pochopitelně internet. Nejen, že jsem se pohybovala na internetovém portálu, ale velká část komunikace s respondentkami, probíhala také přes internet. Sice jsme spolu absolvovaly živé rozhovory, ale komunikovaly jsme i později přes internet pro upřesnění některých informací nebo jejich doplnění. S jednou z dívek jsem dokonce přes internet v kontaktu zhruba rok, tudíž jsem touto cestou mohla

částečně mapovat její život v uplynulém roce. Sledovala jsem, jakými změnami procházela a jak se nemoc vyvíjela.

## **3 TEORETICKÁ ČÁST**

### ***3.1 Poruchy příjmu potravy***

Poruchy příjmu potravy patří mezi jedny z nejzávažnějších onemocnění. Díky své zákeřnosti a povaze průběhu se řadí mezi nemoci s nejvyšší úmrtností v psychiatrické praxi. Zařazení těchto onemocnění je velmi složité, protože široce přesahují rámec pouze jednoho oboru. „*Komplexní charakter poruch příjmu potravy... je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů.*“ (Krch F. D., 1999 : 11)

Poruchy příjmu potravy postihují zejména mladé a dospívající ženy, což je často připisováno velkým psychickým a také fyzickým změnám v tomto období. Ovšem ani to není pravidlem a stále častěji se s poruchami příjmu potravy setkáváme u žen středního věku a také u dětí. Onemocnění postihuje i mužskou část populace, ale zdaleka ne v takové míře, jako je tomu u žen, udává se, že tvoří asi 5 – 10% z celkového počtu nemocných. (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 8)

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme zejména mentální anorexii a mentální bulimii. Někteří autoři uvádějí jako třetí typ ještě záchvatovité přejídání, kdy dochází ke konzumaci velkého množství potravin bez předchozího hladovění a pozdějších kompenzací, jako je tomu u mentální bulimie. Ke kategorizaci ostatních poruch použila Mezinárodní klasifikace nemocí termín „jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy“, kam patří například syndrom nočního přejídání nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu. (Krch. F. D., 1999: 19-20)

### ***3.2 Historie poruch příjmu potravy***

I přesto, že se může zdát, že poruchy příjmu potravy jsou onemocněním posledních několika let, lékařské a historické záznamy hovoří o něčem jiném. Určitým způsobem se s nimi můžeme setkat už ve starověku a středověku. Již v té době byly praktikovány půsty a odmítání potravy pro různé náboženské



potřeby a naopak nadměrné přejídání bylo velmi populární u vyšších vrstev společnosti.

Odmítání jídla bylo většinou bráno jako průvodní jev jiných nemocí nebo jako nemoc žaludku. Zhruba od konce sedmnáctého století se v lékařských záznamech objevují zmínky o nemocech s podobným průběhem jaký má dnešní mentální anorexie. Uznání lékařského světa nemoc získává v druhé polovině devatenáctého století, ovšem větší pozornost začíná vzbuzovat až ve století dvacátém. Pojem anorexia nervosa neboli ztráta chuti k jídlu, zavedl v roce 1874 britský lékař William Gull. I přes to, že název je nepřesný, protože ztráta chuti k jídlu bývá až důsledkem nemoci, se pojmenování ujalo a je používáno do dnes. Během dvacátého století je zkoumáno, co vede k jejímu vzniku a posouvá se blíže k psychiatrii. Dnes je mentální anorexie vnímána jako „moderní“ nemoc a začíná si získávat místo v povědomí velké části světa. (Krch, F. D., 1999:24-29) K rozšíření mentální anorexie přispěly estetické normy a nový ideál ženského těla začátkem 20. století. *„Štíhlost se spojila s představou moderní ženy sportovního typu, s dobrou sebekontrolou, úspěšnou v profesním i společenském životě... Nastoupila éra redukčních diet a režimů, která trvá až po současnost.“* (Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V., 2003: 197)

Historie mentální bulimie je vcelku podobná historii mentální anorexie. Původně bylo velké přejídání a následné vyvrácení potravy také připisováno jiným chorobám, což trvalo až do devatenáctého století. Později bylo toto chování spojováno s mentální anorexií, jako její určitá varianta. V polovině dvacátého století bylo popisováno stále více případů, kdy si pacientky i přes silné záchvaty přejídání udržovaly svou hmotnost díky zvracení a užívání projímadel. *„ V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a vyhýbání se ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností.“* (Krch F. D., 1999: 30). O rok později pak byla vymezena přesná kritéria pro určení mentální bulimie. (Krch, F. D., 1999: 29-31)

### **3.3 Mentální anorexie**

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti“ (Krch F. D., 2002: 23). Zdánlivě nevinné rozhodnutí „trochu zhubnout“ může vést až k rozvoji této nebezpečné poruchy, která může v krajním případě končit smrtí. Nejvíce ohroženy se zdají být dospívající dívky a mladé ženy, stále častěji se však vyskytují mnohem mladší pacientky a výjimku netvoří ani ženy středního věku. Jejich cílem je zhubnout a svou štíhlou postavu si bezpodmínečně udržet. Jako prostředek volí odmítání potravy, extrémní cvičení, různé přípravky na hubnutí nebo vyvolávané zvracení. (Papežová, H., 2000: 10-11)

Mentální anorexii můžeme rozdělit do dvou typů:

- Prvním z nich je nebulimický (restriktivní) typ, kdy během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Druhým je bulimický (purgativní) typ, kdy naopak během epizody mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání. Někteří pacienti v reakci na přejedení volí kompenzační prostředky jako například zvracení nebo užití projímadel. (Krch, F. D., 1999: 15)

Z tohoto rozdělení je zřejmé, že mezi mentální anorexií a mentální bulimií nemusí být v některých případech výrazný rozdíl. Ke správné diagnóze je potřeba zohlednit mnoho faktorů a jednotlivým pacientům se věnovat samostatně, aby byla následně zvolena vhodná léčba.

#### **3.3.1 Příznaky Mentální anorexie**

Příznaky mentální anorexie nemusí být u všech pacientů totožné a mohou se objevovat v různé intenzitě. Mezi ty na první pohled nejviditelnější patří výrazně nízká váha. Její hodnoty mohou klesnout až na extrémně nízká čísla, kdy má pacient problémy zvládat činnosti běžného dne. Dalšími symptomy, kterých si můžeme povšimnout, jsou měnící se stravovací návyky, nadměrná fyzická aktivita nebo přílišná zaujatost vlastním tělem. K těm méně patrným příznakům (v tomto případě spíše důsledků) patří například ztráta menstruace.

Diagnostická kritéria mentální anorexie:

- *Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI*
- *strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost*
- *u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky (Krch, F. D., 2002: 23)*

Důležitou roli hraje také zkreslené vnímání vlastního těla, kdy i přes výraznou štíhlost, mají pacientky pocit, že je stále co zdokonalovat, nebo že jsou tlusté. To se může negativně odrazit na případné léčbě, protože jedním z hlavních cílů, je přibrat na doporučenou váhu.

Rozpoznat mentální anorexii není vůbec jednoduché, alespoň v jejích počátcích, existují však určité indicie, které nám mohou napovědět. Nemocní mohou postupně měnit své stravovací návyky, vynechávat některá jídla, potraviny měnit z „nezdravých“ na „zdravé“ nebo určité druhy přestat jíst úplně. Vyhýbají se jídlu ve společnosti, jedí velmi pomalu, snižují porce, mění se jejich chutě. Neustále se zabývají svojí postavou, vzrůstá jejich aktivita, stále potřebují něco dělat. Po prvním zhubnutí mají velmi dobrý pocit, narůstá jim sebevědomí, jsou společenšší, časem se však stahují stále více do sebe a začínají se společnosti vyhýbat, jak jen to je možné. Objevují se deprese a jejich fyzický i psychický stav se zhoršuje. (Krch, F. D., 2002: 27-28)

### **3.3.2 BMI – Body Mass Index**

Body Mass Index neboli index tělesné hmotnosti je asi nejjednodušší způsob k posouzení naší tělesné hmotnosti. Hodnotu našeho BMI získáme podílem tělesné hmotnosti (kg) a druhé mocniny výšky (m).

$$BMI (kg/m^2) = \frac{hmotnost (kg)}{(výška (m))^2}$$

Výsledky jsou pouze orientační a nejsou přesné zejména u dětí, starších lidí a sportovců. Také nezohledňují typ postavy a objem svalové hmoty. Pro běžné použití a představu však vyhovují. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Vypocet.cz* [online]. 2007 [cit. 2010-02-28]. BMI. Dostupné z WWW: <<http://www.vypocet.cz/bmi>>.

Normální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 19 – 25, u hodnot vyšších než 30 hovoříme o obezitě. Hranice podváhy začíná na hodnotě 18,5 a pro diagnostiku mentální anorexie je podstatné číslo 17,5. U mnoha pacientek je BMI často mnohem nižší. (Krch, F. D., 2003: 61)

### **3.4 Mentální Bulimie**

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“ (Krch, F. D., 2003:19). Zásadní rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií je většinou zřejmý na první pohled. U osob s anorexií nás upoutá výrazná vyhublost, bulimičky v tomto směru tak nápadné nebývají. I proto se ženám s mentální bulimií často daří svou nemoc dlouhou dobu tajit. (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 4) Pro mentální bulimii jsou typické pravidelné záchvaty přejídání, často následované kompenzačním chováním. V jisté míře se podobné chování objevuje i u mentální anorexie. „Rozdíl mezi anorexia nervosa a bulimia nervosa je neostrý, jednotlivé formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou.“ (Papežová, H., 2003: 15). Často se stává, že pacientky s mentální anorexií postupně přejdou k mentální bulimii nebo naopak.

Specifické typy mentální bulimie:

- *Purgativní typ, provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika*
- *Nepurgativní typ, používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody* (Krch, F. D., 1999: 18)

Pacientky nemusí vždy dané typy splňovat stoprocentně, mohou se u nich střídat po určitém období nebo se různě prolínat. Například pacientka purgativního typu může společně s purgativními metodami využívat i přísných diet, cvičení a dalších kompenzačních způsobů.

#### **3.4.1 Příznaky Mentální Bulimie**

Příznaky mentální bulimie se mohou zdát ještě skrytější, než je tomu u mentální anorexie. Nápadná vyhublost anorektiček nás upoutá na první pohled, u bulimie však není extrémní štíhlost vždy nutností. Stejně jako

u anorektických pacientek, tak u těch bulimických převažuje touha po štíhlé postavě. Záchvaty přejídání ovšem tuto snahu ztěžují, tudíž se pacientky uchylují ke kompenzačním prostředkům jako je zvracení, diuretika, projímadla a další. *„Zvracením se ale zbavíte 30 – 50% kalorické stravy a budete se přejídat více. Je to začarovaný kruh. Laxativa a diuretika také nevedou k trvalé ztrátě váhy, pouze ztrátě tekutiny. Tělo se bude bránit ztrátě vody a solí nárůstem produkce různých hormonů (...) a ty povedou k zadržení vody a otokům... Budete se cítit těžce a nafoukle a to může opět vést k dalším lékům a do začarovaného kruhu. Laxativa povedou dříve nebo později k zácpám.“* (Papežová, H., 2003: 38)

K určení diagnózy mentální bulimie je třeba především tří základních znaků:

- *Opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství. Z jídelních záznamů některých pacientek je zřejmé, že často snědí jen o něco víc, než by chtěly nebo než jsou zvyklé jíst.*
- *Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení.*
- *Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.* (Krch, F. D., 2003: 20)

### **3.4.2 Přejídání**

Pocit přejezení občas zažíváme každý a většina lidí to nepovažuje za nic mimořádného. Stane se, že něčeho sníme více, než jsme si plánovali, ale kromě pocitu těžkosti nás to zásadním způsobem neovlivní. U mentální bulimie je to jiné. *„Řada bulimiček popisuje své záchvaty přejídání jako cosi frenetického a zoufalého“* (Cooper, P. J., 1995: 22). *„Záchvaty přejídání „binges“ jsou charakterizovány konzumací velkého množství kalorické stravy v krátkém čase. Nejsou projevem slabé vůle, ale výsledkem fyziologických*

*(hladovění a snížení příjmu potravy vede organismus k regulačním mechanismům k obnovení energetické rovnováhy) a psychologických mechanismů (nuda, stres, osamělost, pocit prázdnoty).“ (Papežová, H., 2003: 38). Důležitý je zde pocit ztráty kontroly nad jídlem, který bulimickou pacientku ovládá. Zkonzumované množství není až tak podstatné, liší se, pacientku od pacientky, některé během záchvatu dokážou sníst opravdu obrovská množství jídla, některé mají tento pocit po konzumaci o něco většího množství potravin, než si plánovaly. (Cooper, P. J., 1995: 23)*

Velmi často stojí na počátku přejídání vegetariánská strava nebo konzumace velkého množství ovoce a zeleniny. Pacientky mají pocit, že z této nízkoenergetické stravy nebudou přibírat na váze ani při velkém množství a postupně si tak „roztáhnou“ žaludek, který si začne žádat více a více. Výsledkem pak mohou být i extrémní záchvaty, kdy pacientka zkonzumuje až 20 000 kcal (což je pro představu asi osmkrát více, než denní příjem průměrné ženy). (Krch, F. D., 2003: 22)

Udává se, že během záchvatu jedí bulimičky dvakrát rychleji než ženy bez poruchy. Některé bulimičky berou jako přejedení každé jídlo, které si nenaplánovaly a pokud se jim něco takové stane, jedí tak dlouho, dokud nejdou zvracet. Jiné pacientky se přejídají jen občas, nebo v určitou část dne. Velmi problematický bývá večer, kdy jsou unavené a vyhladovělé po celém dni. Během prvních okamžiků přejídání mohou mít velmi příjemné pocity, ty však brzy ustupují a následují pocity znechucení, studu a vlastního zklamání. Své záchvaty se proto snaží tajit a jedí o samotě. Frekvence záchvatů se pak u každé pacientky liší. (Cooper, P. J., 1995: 24-26)

### **3.5 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy**

Určit příčiny vzniku poruch příjmu potravy je velmi složité a doposud nevznikla žádná všeobecně uznávaná teorie, která by vznik tohoto onemocnění objasňovala. Shoda panuje na existenci určitých faktorů, které pravděpodobně za počátkem nemoci stojí. U pacientek se však mohou tyto faktory objevit jen v různé kombinaci a v různé míře působnosti a některé z faktorů nemusí být

přítomny vůbec. Proto je velmi komplikované určit, co přesně stálo za spuštěním nemoci.

Podle doktorky Hany Papežové mají na onemocnění vliv i určité charakterové vlastnosti nemocných. Patří sem především perfekcionismus, tedy snaha být ve všem dokonalý, což v případě neúspěchu velmi snižuje sebevědomí. Dívky si navíc předkládají nerealisticky vysoké cíle, které jsou v případě poruch příjmu potravy nebezpečné a často neúspěchem končí. Úzkostnost, ke které vedou určité situace, například nutnost se rychle rozhodnout, zvýšené nároky a očekávání. Často je spojená s nejistotou. Puritánství a asketismus; dívky se trestají za to, že mají problémy, se kterými se nedokážou vyrovnat. Věří, že kdyby byly perfektní, nemají problémy nebo je dokážou zvládnout. Zranitelnost; je společná všem poruchám příjmu potravy, nejistota sama sebou vede ke snaze zalíbit se alespoň ostatním. Závislost; potřeba vedení a potvrzování od ostatních. Sebekritičnost; bývá u pacientek velmi vysoká, vnímají se jako bezmocné a neschopné. Nestálost; důležitá je kontrola nad jídlem, která zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi. Impulzivita; je typická u bulimie a psychogenního přejídání, nemocní mají také častěji problémy s drogami alkoholem, někdy i s promiskuitou a hráčstvím. (Papežová, H., 2000: 15)

Alternativní názor na příčiny vzniku poruch příjmu potravy má autorka knihy Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy, Peggy Claude-Pierre. Tato žena si prožila poruchy příjmu potravy se svými dvěma dcerami a nyní se věnuje terapeutické činnosti v této oblasti. Podle jejího názoru stojí za vznikem příjmu potravy tzv. Stav utvrzeného negativismu. U pacientů převládá negativní myšlení (Negativní mysl), což způsobuje to, že pacient vidí vše okolo v pokřiveném zrcadle, které mu nastavuje právě Negativní mysl. Jedinec není schopen vnímat věci objektivně, například vše, co kdo řekne, si vysvětluje jako odsuzující osobní komentáře, kterými ho ostatní obviňují za vše, co se stalo. Stav utvrzeného negativismu vzniká v raném dětství, určitými chybami ve výchově a nemusí vždy vyústit v poruchy příjmu potravy, ale také v deprese a další duševní poruchy. K vyléčení poruch příjmu potravy je nutné se tohoto Stavů utvrzeného negativismu zbavit a přejít od negativního myšlení ke Skutečné mysli. (Claude – Pierre, P., 2001)

V současné době je však pro příčiny vzniku poruch příjmu potravy nejvíce uznáván koncept o jejich bio-psycho-sociální podmíněnosti. Ten zdůrazňuje koexistenci různých faktorů od biologických, psychologických, rodinných až po kulturní. Na jednu stranu umožňuje velkou flexibilitu v oblasti léčby, na druhou stranu může být ve výkladu chybně chápán ve smyslu toho, že je možné všechno, tedy, že poruchy příjmu potravy mohou vzniknout jakkoli. (Krch, F. D., 1999: 57)

### 3.5.1 Sociální a kulturní faktory

Vliv kultury a společnosti má na rozvoj poruch příjmu potravy velký význam. Není to zdaleka jediný faktor ovlivňující vznik onemocnění, ale většina autorů se shoduje v tom, že je jedním z nejdůležitějších. Výskyt poruch příjmu potravy v západním světě stále stoupá a mnoho autorů to připisuje právě měnící se společnosti, jinému životnímu stylu a hodnotám. Na ženy je vyvíjen silný sociální tlak prosazující štíhlost, která bývá spojována se štěstím, mládím, atraktivitou a sebekontrolou. Touží se vyrovnat kulturně podmíněnému obrazu ženského ideálu, který je pro většinu z nich nedosažitelný, což jen zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem. (Grogan, S., 2000) Nespokojenost s vlastním tělem sebou nese zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy, zvláště u dospívajících dívek. *„Až 80% dospívajících dívek není spokojeno se svým vzhledem, skoro 70% dívek by si přálo zhubnout, nějakou dietu již někdy drželo 60% dívek.“* (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 8)

Společnost nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Ženy prezentovány v médiích jsou abnormálně štíhlé, ovšem jsou předkládány jako normální. K honbě za tímto ideálem volí různé prostředky. (Grogan, S., 2000) Ze všech stran jsou vystaveny intenzivnímu tlaku na dodržování diet, média předkládají různé recepty a prostředky na hubnutí, které jsou často neúčinné, ovšem vzbuzují dojem, že zhubnout je stejně snadné jako změnit účes. *„V takovémto společenském klimatu jsou přerušení diet a mírná nadváha vnímány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí.“* (Krch, F. D., 1999: 58-59)

Zajímavé je, že s tím, jak hubne kulturní ideál, paradoxně roste průměrná hmotnost populace. Roste také předpojatost vůči obézním, kteří jsou tak



vystavování stále většímu tlaku. Média věnují velkou pozornost nebezpečím obezity, zatímco nebezpečí hubnutí a redukčních diet se vyhýbají. (Krch, F. D., 1999: 59)

### **3.5.2 Biologické faktory**

Mezi nejvýznamnější biologické faktory pro vznik poruch příjmu potravy patří ženské pohlaví. Jednoduše stačí být ženou a riziko onemocnění je desetkrát vyšší. Ženy v západní společnosti se tradičně zabývají svou postavou více než muži a především přibírání na váze v období puberty vnímají odlišně. Zatímco muži určité přibírání hmoty vítají u žen je tomu naopak. S rostoucí hmotností a přibýváním tukových zásob se jejich spokojenost s vlastním tělem výrazně snižuje. Připočteme-li hormonální změny a celkovou nejistotu v tomto období, riziko vzniku poruch příjmu potravy se zvyšuje. Ukázalo se také, že určité riziko představuje i tvar postavy. Dívky s hruškovitou distribucí uložení tuku v těle (více tuku v pase a hýždích), bývají častěji nespokojeny se svým tělem a poruchy příjmu potravy se u nich vyskytují častěji.<sup>2</sup> (Krch, F. D., 1999: 62-63)

### **3.5.3 Životní události**

Často je jako spouštěcí faktor poruch příjmu potravy uváděna nějaká stresující životní událost, která se v životě pacientek stala před vznikem poruchy. Může se jednat o nějakou poznámku nebo výtku týkající se jejich postavy (například spolužák dívce řekne, že je tlustá), sexuální nebo jiné konflikty, významnou životní změnu nebo problémy v rodině (například rozvod rodičů). Existují však dohady, do jaké míry tyto události skutečně ovlivňují vznik onemocnění, zda se nejedná pouze o určitý pohled výzkumníka nebo terapeuta. (Krch, F. D., 1999: 64-65)

### **3.5.4 Rodinné a genetické faktory**

Podle některé literatury tvoří genetický podíl 50 – 90% při vzniku anorexie a 35 – 83% u bulimie. Důležitou roli hrají určité zděděné vlastnosti, které mají ke vzniku onemocnění blíže. (Papežová, H., 2003: 21) Velkým

---

<sup>2</sup> Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků. *Dama.cz* [online]. 2003, [cit. 2010-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>>.

ukazatelem je pak porucha příjmu potravy u dalšího člena rodiny. Je prokázána vysoká pravděpodobnost, že jedinec může trpět poruchou příjmu potravy, pokud jí trpí sourozenec nebo jeho jednovaječné dvojče (zde je pravděpodobnost ještě vyšší). Také v rodinách, kde trpí poruchou příjmu potravy matka, která je zaměřená na štíhlost, zdravou stravu atd., je vyšší výskyt nemoci i u potomků.<sup>3</sup> Některé kořeny poruch příjmu potravy je možné hledat již od dětství. Psychoanalytikové se často zaměřují na vztahy v rodině a typické vzorce chování, které podle nich vznik nemoci ovlivňují. Věří, že existuje specifický vzor rodiny, kde je výskyt poruchy vyšší než v jiných rodinách. (Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V., 2003: 199)

### **3.5.5 Emocionální faktory**

U pacientů s poruchami příjmu potravy se často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky, které bývají spojeny s obavami o udržení tělesné hmotnosti a štíhlé postavy. V průběhu poruch se pak deprese zhoršuje v závislosti na pocitech selhání a nedostatečné kontroly. Někteří nesouhlasí a uvádějí, že deprese je až důsledkem nemoci, způsobená například nedostatečnou výživou. (Claude-Pierre, P., 2001: 38)

### **3.5.6 Osobnost a další psychické charakteristiky**

Sem se řadí některé osobnostní rysy, které bývají pro nemoc typické. U některých autorů se tyto rysy trochu liší, ale patří sem například vnitřní nejistota, nízké sebehodnocení, perfekcionismus, chybějící nezávislá vůle, impulzivita, nižší asertivita, egocentrismus, úzkostnost, pocit neefektivnosti nebo rysy hysterie. Uvádějí se trochu odlišné vlastnosti u anorektiček a bulimiček. Anorektické pacientky bývají často úzkostné, emocionálně inhibované, perfekcionistické, zaměřené na výkon. Bulimické pacientky bývají impulzivní s projevy emocionální lability s tendencí k depresi a sebepoškozování. Skupina pacientů je ovšem tak heterogenní

---

<sup>3</sup> Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků. *Dama.cz* [online]. 2003, [cit. 2010-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>>.

a v osobnostních rysech se jedinci tak liší, že určit ty nejdůležitější, které jsou pro nemoc nejdůležitější je téměř nemožné.<sup>4</sup> (Krch, F. D., 1999: 72-75)

### **3.5.7 Závislost na psychoaktivních látkách**

S poruchami příjmu potravy jsou často spojovány i různé závislosti jako například závislost na alkoholu. Někteří autoři se dokonce shodují v názoru, že poruchy příjmu potravy fungují na stejném principu jako závislost na psychoaktivních látkách. *„Abstinenční příznaky a nucení ke zvyšování dávky se u chorobných poruch postojů k jídlu neprojevují sice tak silně jako u ostatních narkomanií, ale při náhlém přerušení manického chování hrozí stejně vážné tělesné i duševní poruchy. Kromě toho má nemálo pacientů sklon k tomu, aby v průběhu své nemoci jedli čím dál tím méně, což v principu odpovídá zvyšování dávky při obvyklých narkomaniích.“* (Leibold, G., 1995: 10). Velmi často je se závislostmi na psychoaktivních látkách spojována mentální bulimie, nejčastěji se jedná o alkohol. Také alkoholismus v rodinách některých pacientek s poruchami příjmu potravy, je považován za určitou hrozbu. Jedním z vysvětlení pro výskyt alkoholismu u pacientek s mentální bulimií mohou být určité charakterové vlastnosti nemocných jako například impulzivita, oslabení sebekontroly nutkavost nebo nezadržitelnost, které jsou mnohdy typické i pro pacienty s různými formami závislosti. Žádná z těchto hypotéz však nebyla plně potvrzena v kontrolované studii. (Krch, F. D., 1999: 76-79)

### **3.6 Důsledky poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažným onemocněním, vedou ze všech psychických poruch nejčastěji ke smrti. Podle některých výsledků k úmrtí dochází v 10 – 30 % případů a pacienti se v průměru dožívají 33 let. Nejčastějšími příčinami bývají sekundární následky podvýživy, u bulimie pak rozvrat metabolismu. Celkově jsou poruchy příjmu potravy spojeny s řadou zdravotních obtíží, které si pacientky často ani samy neuvědomují a nechávají

---

<sup>4</sup> Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků. *Dama.cz* [online]. 2003, [cit. 2010-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>>.

nemoc zajít do extrémních stavů. Nemoc ovlivňuje jak psychickou tak fyzickou stránku života pacientů.<sup>5</sup>

### **3.6.1 Fyzické následky mentální anorexie**

Fyzické následky mentální anorexie mohou být velmi závažné. Často závisí na délce nemoci a na úspěšnosti odmítání potravy. Mnohdy trvá několik měsíců nebo dokonce let než se dostanou do rukou odborné pomoci, neboť dokážou své blízké dlouhou dobu úspěšně klamat a chlácholit. (Liebold, G., 1995: 73)

Důsledky hladovění a vysoké fyzické aktivity se projevují postupně a relativně pomalu, nedochází k nim ze dne na den. Záleží také na výchozí váze a na tom, kolik energie bylo během nemoci spotřebováno. Nedostatečný příjem energie má za následek změny v bazálním metabolismu (energie potřebná pro základní funkce organismu), kdy je snižována dodávka energie méně důležitým orgánům. Účelem je chránit vlastní bílkoviny pro přežití organismu a zachování základních životních funkcí. Celkově se mění vnitřní prostředí organismu, což pro pacienta znamená velké nebezpečí. Snižuje se imunitní hormonální činnost, začíná ubývat vápníku z kostí, což vede ke spontánním zlomeninám, bolestem páteře a kostí. Snížení hladiny estrogenů v krvi má vliv i na pohlavní orgány a roky pak může trvat neplodnost.<sup>6</sup> (Liebold, G., 1995: 74-75)

Další závažnou komplikací u mentální anorexie bývají srdečně oběhové potíže. Prvním příznakem nedostatečné výživy a vysoké aktivity bývá pokles krevního tlaku a zpomalení tepové frekvence. Postupně vznikají arytmie, které mohou vést až k srdeční zástavě. Srdeční obtíže se vyskytují téměř u 90 % anorektiček. Varovným ukazatelem pro nás mohou být stavy závratí a náhlé ztráty vědomí. (Liebold, G., 1995: 76), (Krch, F. D., 1999: 96)

Rizikem bývá i jednostranná výživa některých anorektiček. Pro správnou činnost organismu je nutná pestrá strava, ze které si pak tělo vybere vše, co potřebuje. Jednostrannost a nedostatečná výživa mají za následek chronický

---

<sup>5</sup> *Lekari-online.cz* [online]. 4.11. 2008 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/psychologie-psihiatrie/novinky/anorexie-hlad-duse-tela>>.

<sup>6</sup> tamtéž

nedostatek vitaminů a minerálních látek, což vede k častým křečím, poruchám nervové činnosti nebo špatné funkci štítné žlázy. Dalším problémem je ztráta imunitní činnosti. Pacienti jsou náchylní k bezdůvodným infekcím, chřipkám, různým virózám, mohou například dostat zápal plic a zemřít.<sup>7</sup> (Leibold, G., 1995: 78)

K dalším zdravotním důsledkům patří zvýšená citlivost na chlad, zhoršení kvality pokožky, různé vyrážky, vypadávání vlasů, může se vyskytnout i zvýšené ochlupení těla (tzv. lanugo), celková únava, svalová slabost, dochází k poškození jater a ledvin, odvápnění kostí, u mladých dívek se pak může zpomalit růst a opozdit puberta. K závažným problémům patří také nepravidelná menstruace nebo její úplná ztráta, které pacientky mnohdy nevěnují pozornost. (Krch, F. D., 2002: 41-42)

### **3.6.2 Psychické následky mentální anorexie**

Mentální anorexie se velkým dílem podepisuje i na psychickém, osobním a společenském životě nemocného. Neustálé myšlenky na jídlo a váhu se projevují křečovitou sebekontrolou, která postupně přechází v unavenou apatii. Pacient se přestává zajímat o okolí a zabývá se pouze jídlem a svým tělesným vzhledem. Převládá egocentrismus, pocity sebelítosti a zároveň určité nadřazenosti nad ostatními (pocit, že pacient dokázal zhubnout mnohem efektivněji než ostatní). Trpí jejich sociální život, protože se postupně uzavírají do sebe a přestávají se zajímat o své okolí. Počáteční euforii z prvního hubnutí střídá vlastní neuspokojení, protože hubnutí už nepokračuje tak dobře a vysoká sebekontrola a přehnané cíle zvyšují nebezpečí selhání. Objevuje se nejistota a nízké sebehodnocení, což jsou první krůčky na cestě k depresi. U případného neúspěchu (přejedení, vyšší váha) se tyto pocity stupňují a deprese se prohlubuje. Situaci zhoršuje i tzv. černobílé vidění světa, které má většina anorektiček. Všechno vidí pouze v extrémních polohách. Lidé jsou buď hubení, nebo tlustí, mají vás rádi nebo nemají, věci jsou dobré nebo špatné. Neexistuje nic mezi tím, i přesto, že normální svět je mnohem složitější. To samozřejmě zvyšuje pravděpodobnost neúspěchu a s tím vzrůstající depresivní stavy. Dlouhotrvající neléčená deprese pak může vést až k sebevraždě. Depresivní

---

<sup>7</sup> *Lekari-online.cz* [online]. 4.11. 2008 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/psychologie-psychiatrie/novinky/anorexie-hlad-duse-tela>>.

chování většinou ustupuje, když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a normalizovat jídelní režim. (Krch, F. D., 2001: 44-45), (Leibold, G., 1995: 80-85)

### **3.6.3 Fyzické následky mentální bulimie**

U mentální bulimie nebývá největším zdravotním rizikem podváha a nedostatečná výživa (ovšem ani to není vyloučeno), ale naopak velké přejídání nebo naopak následné kompenzační chování jako jsou diety, zvracení a užívání projímadel a diuretik.

#### Přejídání

Přejídání vyvolává nepříjemné pocity plnosti a nadmutosti, popřípadě akutní bolest žaludku. Často vede ke ztrátě dechu a dýchavičnosti, jako následek tlaku plného žaludku na bránici. V krajních případech může dojít k poškození stěny žaludku nebo jejímu protržení. Při nadměrné konzumaci sladkostí a pečiva dochází k hypoglykemii. (Krch, F. D., 2003: 28)

#### Diety

Většina bulimiček se s větší či menší úspěšností pokouší regulovat svou hmotnost různými dietními omezeními. Neustálé zahajování a přerušování diet může mít ovšem za následek přibývání na váze. Při držení diety a snižování hmotnosti se organizmus přizpůsobí a je schopen pracovat i při velmi nízkých dávkách energie. Postupně tedy váha přestává klesat nebo klesá velmi pomalu, oproti počátkům hubnutí. Jakmile potom člověk začne jíst normálně (nebo začne s přejídáním), tato metabolická změna přetrvává a hmotnost se velmi rychle zvyšuje a může překročit i původní váhu před dietou. Nedostatečná výživa navíc může zapříčinit nepravidelnou menstruaci nebo její úplné vynechání. To může mít podíl na následnou plodnost pacientky. Častým problémem bývají porodní komplikace jako předčasný porod nebo nízká porodní váha dítěte. (Cooper, P. J., 1995: 45-46)

#### Zvracení

Vyvolávané zvracení patří k velkým zdravotním rizikům, i přesto, že to není nijak účinný nástroj k hubnutí. Častým zvracením se výrazně poškozuje zubní sklovina, na kterou negativně působí žaludeční šťávy. Většina bulimiček

si sice hned po zvracení důkladně čistí zuby, což paradoxně poškozuje zuby ještě více. Díky přítomnosti kyselin v ústech následné čištění zuby obrušuje. Při zvracení také dochází k otékání slinných žláz, obličej nemocných pak vypadá opuchlý a kulatý, což vyvolává mylný pocit váhového přírůstku. Navíc většina bulimiček si ke zvracení musí dopomáhat různými předměty, čímž se podrobují riziku poranění krku a následnému vzniku bolestivé infekce. Dlouhodobé zvracení pak způsobuje záněty a vředy jícnu, které je nutné léčit. (Cooper, P. J., 1995: 46-47)

Největším a nejméně nápadným nebezpečím u zvracení bývá narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí (elektrolytů), které způsobuje nadměrné zatížení srdce a ledvin. Největší problémy způsobuje nízká hladina draslíku (hypokalémie), vyvolávající závažné nepravidelnosti srdečního tepu, to může také způsobovat křeče, závratě, stavy zmatenosti nebo ztrátu vědomí. (Krch, F. D., 2003: 30)

#### Zneužívání laxativ a diuretik

Podobně jako zvracení jsou laxativa (projímadla) a diuretika (prostředky na odvodnění) neúčinným a nebezpečným způsobem ke kontrole hmotnosti. Na projímadlech může velmi lehce dojít k vytvoření závislosti a k dosažení požadovaného účinku je zapotřebí stále větších dávek, které způsobují problémy v oblasti tlustého střeva. Způsobují zácpu, zadržování vody, nevolnosti, zvracení, popřípadě může být poškozena střevní stěna. Podobně jako u zvracení bývá velkým rizikem vznik abnormalit v hladině tělesných tekutin a elektrolytů. (Cooper, P. J., 1995: 48)

### **3.6.4 Psychické důsledky mentální bulimie**

Psychické dopady u pacientek s mentální bulimií se velmi podobají těm, které provázejí mentální anorexii. Bulimičky hodnotí svou osobu skrze svou postavu a hmotnost. Pokud nesplňuje jejich očekávání, připadají si bezcenné. Demoralizujícím prvkem je opakované zvracení a nedostatečná kontrola nad jídlem, když se přejídají. To znamená velký psychický nátlak, pocity bezmocnosti, znechucení a viny, společně s tím se značně snižuje sebevědomí. Obvyklé jsou deprese a pocity úzkosti. Obavy nemocných se soustřeďují především na jídlo, svou postavu a hmotnost, mnohdy své tělo nenávidí

a pociťují vůči sobě odpor. Neobvyklým jevem není ani sebepoškozování, kdy se různými způsoby (př. řezání) trestají za vlastní selhání (obvyklé i u anorektických pacientek). Osobní a sociální život pacientek trpí, aby utajily přejídání a následné kompenzování, bývají nuceny izolovat se od svého okolí. Sociální interakce jsou také závislé na momentální spokojenosti či nespokojenosti s postavou a tělesnou hmotností. V případě nespokojenosti dochází k izolaci, zhoršení komunikace, přibývá konfliktů, snižuje se zájem o okolí, o sex a o vše, co se bezprostředně netýká jídla. (Cooper, P. J., 1995: 38-44), ( Krch, F. D., 2003: 33)

### **3.7 Léčba poruch příjmu potravy**

V současné době je nemocným poskytována široká škála možných léčebných metod. Různorodost pacientů si vyžaduje i různorodé druhy léčby od hospitalizace, přes skupinové terapie až po různé svépomocné příručky. Každému pacientovi vyhovuje jiný přístup, proto může chvíli trvat, než je zvolen ten správný postup. U všech případů je pro úspěšnou léčbu důležitá ochota pacienta spolupracovat a chtít se vyléčit.

#### **3.7.1 Hospitalizace**

*„Prioritou při hospitalizaci je tělesné zdraví pacientů. K tomu je potřeba zvýšit jejich tělesnou hmotnost a obnovit rovnováhu elektrolytů. Teprve poté můžeme začít s další léčbou“.* (Claude-Pierre, P., 2001: 202). V krajních případech je nutné vyživovat pacienta sondou, která vede z nosu do žaludku a celá procedura bývá velmi nepříjemná. Hospitalizace je vhodná hlavně u pacientů, kteří dostatečně nereagují na ambulantní léčbu. Je nutná u pacientů s extrémně nízkou váhou nebo u těch, kteří trpí záchvaty přejídání a zvracení několikrát denně. Hospitalizace probíhá na specializovaném oddělení s přítomnými odborníky. (Claude-Pierre, P., 2001: 202), (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 10)

#### **3.7.2 Svépomocný program**

Svépomocné skupiny nebo příručky jsou vhodné zejména pro pacienty, kteří nemají tak závažné příznaky poruch příjmu potravy. Skupiny jsou vedeny



odborníky nebo laiky a poskytují důležitou podporu nemocným i jejich rodinám. Hrají důležitou roli v primární i sekundární prevenci tohoto onemocnění. (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 11)

### **3.7.3 Rodinná terapie**

Rodinná terapie je doporučována hlavně u mladých pacientek nebo těch, které s rodinou žijí. Vhodná je i při nějakém konfliktu v rodině, jako doplněk terapie individuální. Důležitá je ochota rodiny spolupracovat a učit se pomoci nemocnému. Výhodou pro nemocného je domácí prostředí a podpora získávaná v rodině. (Papežová, H., 2003: 50)

### **3.7.4 Kognitivně – behaviorální teorie**

Tato terapie je vhodná u pacientů se středně těžkými a vážnými příznaky a podle studií vykazuje velmi dobré léčebné výsledky, především u mentální bulimie, u mentální anorexie je třeba menších modifikací. Je založena na rozpoznání problému, jeho popsání a změně chování, které je založeno na pacientově přesvědčení, hodnocení a myšlení (například změna černobílého myšlení...). Například hlavními body pro bulimii je vedení jídelních záznamů, záchvatů přejídání a zvracení a s tím spojených pocitů. Následná změna jídelního chování, pravidelné vážení a snaha změny nevhodného a chybného myšlení. Konečnou snahou je pak zabránění relapsu a návratu k chorobě. (Krch, F. D., 1999: 132-133), (Papežová, H., 2003: 50)

### **3.7.5 Interpersonální terapie**

Interpersonální terapie sloužila původně ke krátkodobé léčbě deprese. Nyní se úspěšně využívá hlavně u léčby mentální bulimie a záchvatovitého přejídání. Je rozdělena do tří fází, kdy v první dochází k identifikaci problémů, které vedly k rozvoji poruchy. V druhé fázi je uzavřena terapeutická smlouva o práci na těchto problémech a ve třetí závěrečné fázi se projednávají otázky spojené s ukončením terapie. (Krch, F: D: 1999: 134)

### **3.7.6 Farmakoterapie**

*„V době, ve které nás triumfy lékařské vědy ukolébaly k přesvědčení, že na jakoukoli fyzickou či duševní potuchu si stačí vzít prášek, očekáváme, že*

*i poruchy příjmu potravy bude záhy možné vyřešit nějakou pilulkou“.* (Claude - Pierre, P., 2001: 21). Tak tomu samozřejmě není, ale existují medikamenty, které alespoň částečně v léčbě poruch příjmu potravy napomáhají. Farmakoterapie bývá užívána u mentální bulimie a záchvatovitého přejídání, ovšem ne jako první druh léčby. Předepsání medikamentů některým pacientkám pomáhá zvládat deprese a úzkosti, které se u poruch příjmu potravy často vyskytují. U mentální anorexie léky v první fázi léčby nezabírají, ale jsou doporučovány po dokončení léčby pro předcházení relapsu. (Krch, F. D., 1999: 136)

### **3.8 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice**

V České republice proběhlo několik výzkumů a studií výskytu poruch příjmu potravy v populaci (většinou pod vedením Františka D. Krcha). Dle výsledků je zřejmé, že výskyt poruch příjmu potravy je srovnatelný se zeměmi západní Evropy a má v posledních letech vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí zhruba půl procenta žen, ale určité příznaky se mohou objevit až u 6 % dívek na konci puberty. Výskyt mentální bulimie se pohybuje v rozmezí 3 až 6%. Narušenými jídelními postoji a nebezpečnými způsoby kontroly tělesné hmotnosti může trpět až 10% mladých žen. *Není se čemu divit „dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit“.* (Krch, F. D., 2002: 52)

Poruchami příjmu potravy jsou v České republice ohroženy stejnou mírou dívky městské i venkovské populace a dívky s nižším sociálním statusem. Dospělé ženy jsou ohroženy, zejména pokud trpí nadváhou. Významný vliv na život žen a jejich sebehodnocení má strach z nadváhy, nadměrného energetického příjmu nebo nezdravé výživy. (Krch, F. D., 1999: 55)

Je poměrně složité určit přesný počet nemocných, většina studií uvádí pouze odhady. Často se jedná o údaje ze specializovaných klinik, kam ovšem k léčbě nenastoupí všichni nemocní. *„Těžko říct, kolik lidí přesně mentální anorexií a bulimií trpí, neboť obzvláště bulimičky dokáží velmi dlouho svůj problém před okolím tajit. Různé zdroje udávají přibližná čísla v rozmezí od 0,5% až po 15% výskytu v populaci. Bez ohledu na jakákoliv čísla se evidentně*

*jedná o nezanedbatelné a varující množství nemocných, kteří potřebují pomoc, neboť máme co dočinění s chorobou, která nezřídka končí zcela zbytečným úmrtím nadaného mladého člověk.*“ (Benešová, D., Mičová, L., 2003: 6)

### **3.9 Internetový portál idealni.cz**

Internetový portál idealni.cz se prezentuje jako portál o poruchách příjmu potravy, poskytující informace a služby s odbornou garancí. Portál se zabývá *„tématem poruch příjmu potravy – mentální anorexií, bulimií a záchvatovitým přejídáním. Hlavním cílem je, aby zde široká veřejnost našla užitečné a praktické informace.“*<sup>8</sup> Odbornou garanci celého projektu představují především klinický psycholog Mgr. Jan Kulhánek a Doc. Hana Papežová s podporou Svépomocné asociace pacientů s poruchou příjmu potravy. *„Portál byl spuštěn na jaře 2002, od té doby si získal značný zájem veřejnosti, ale i médií a stal se nejvyhledávanějším zdrojem informací o mentální anorexii, bulimii a přejídání v České republice i na Slovensku.“*<sup>9</sup>

#### **3.9.1 Obsah portálu**

Portál poskytuje základní informace o poruchách příjmu potravy, základní definice a projevy. Pro ty, kteří chtějí vědět více je k dispozici mnoho odborných článků, věnujících se poruchám příjmu potravy a tématům s tím souvisejícím. Součástí je velké množství kontaktů a odkazů na odbornou pomoc, zejména psychologickou a terapeutickou, krizová centra a odkazy na internetové stránky s podobnou tematikou. Je tu přehled knih, které u nás vyšly o poruchách příjmu potravy a jejich krátké představení a komentář. V sekcích fotografie a video jsou obrázky lidí trpících anorexií nebo bulimií a videa o tomto tématu. Velmi zajímavá je nabídka jídelníček. Zde jsou základní doporučení ohledně stravování pro osoby s poruchami příjmu potravy. Doporučené jídelníčky při podvýživě a přejídání, jak velké by měly být porce a ukázkové jídelníčky pro lepší představu. Návštěvníci si zde také mohou udělat několik testů, pro představu jaký mají vztah k jídlu a jak vnímají své tělo. Pro opravdové zájemce je tu seznam akcí, kterých se mohou zúčastnit.

---

<sup>8</sup> *Idealni.cz* [online]. 2002 [cit. 2010-02-28]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.pppinfo.cz/onas.asp>>.

<sup>9</sup> *tamtéž*

Pro osoby s poruchami příjmu potravy (ppp) jsou tu přímo určené dvě sekce, a to „můj příběh“ a „pokec“. V první části se lidé s ppp většinou svěřují se svými zkušenostmi a problémy. Píší sem své životní příběhy a ostatní mají možnost na ně reagovat. Je to místo, kde se mohou vypovídat a svěřit, pokud na to nemají odvahu v reálném světě nebo jen nemají někoho, komu by se svěřit mohli. Anonymně, pod nějakým nickem (přezdívkou), se „vypovídají“ zde a může se jim určitým způsobem i ulevit. V části „pokec“ je vytvořeno několik virtuálních místností, které si vytvoří buď sami uživatelé, nebo správce webové stránky. Po přihlášení sem pak mohou uživatelé přispívat a diskutovat spolu. Jednotlivé místnosti bývají tematicky zaměřené například na bulimii, přejídání, zvracení, ppp a těhotenství, anorexie a sebepoškozování, váha, léčebná oddělení atd. Je tu i místnost, kam si uživatelé píšou své jídelníčky a navzájem si je hodnotí, kritizují a vylepšují. Stránky jsou dostupné pro každého a přečíst příspěvky si také může kdokoli. Přihlášení je nutné až pokud máte zájem na stránky také přispívat.

### **3.10 Pro-ana /pro-mia blogy**

Tyto blogy, jsou opakem portálu idealni.cz, který se snaží o osvětu v oblasti poruch příjmu potravy, popřípadě návštěvníky podpořit v léčbě. Pro-ana blogy naopak otevřeně podporují mentální anorexii (pro-ana) i bulimii (pro-mia). Poruchy příjmu potravy neberou jako onemocnění, ale jako nový životní styl. Většinou se na takových stránkách objevují různé rady a návody na to, jak co nejlépe zhubnout, triky jak si udržet podváhu, jak zvracet, jak zakrývat před lékaři a rodiči svou nízkou váhu, recepty na různé druhy diet, návody na cvičení nebo jak potlačit hlad bolestí. V diskuzích se vzájemně podporují v hubnutí a píšou své příběhy a problémy. Obsahovat mohou také energetické hodnoty potravin, novinky ve světě módy, citáty, jídelníčky a spoustu fotografií tzv. thinspiration. Sekce thinspiration obsahuje většinou velké množství fotografií velmi štíhlých dívek, trpících poruchami příjmu potravy. Často se tu objevují fotky známých hereček či zpěvaček, modelek, ale i obyčejných dívek, které mají s jídlem problémy. Dívky toužící po štíhlé postavě je obdivují a touží vypadat jako ony. Tyto blogy a stránky vytváří určitou komunitu, kdy návštěvníci získávají pocit, že našli někoho se stejnými problémy a zájmy, vznikají zde

určité typy přátelství, lidé sdílí své každodenní životy a svěřují se právě zde. Získávají zde podporu v tom, co dělají a mají pocit, že konečně někam patří. Pro mladé dívky, teprve hledající samy sebe s nízkým sebevědomím, mající v sobě zmatek a nejistotu, mohou být tyto stránky opravdu nebezpečné a velmi jim uškodit. V poslední době se tyto komunity objevují i na různých sociálních sítích (Facebook, MySpace...), kde k nim má přístup stále více lidí. Začínají se také objevovat snahy o omezení přístupu k těmto stránkám, kdy je některé vyhledávací servery odstraňují ze svých katalogů, ale zatím bez větších úspěchů, protože návštěvnost těchto stránek se stále zvyšuje.<sup>10,11,12,13</sup>

---

<sup>10</sup> *Wikipedia.org* [online]. 21.2. 2010 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Pro-ana>>.

<sup>11</sup> *Doktorka.cz* [online]. 20.6. 2002 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://psychologie.doktorka.cz/jsou-pro-anorekticke-internetove/>>.

<sup>12</sup> *Pro-ana-lovexky.blog* [online]. 2008 [cit. 2010-03-25]. Ana forever. Dostupné z WWW: <<http://pro-ana-lovexky.blog.cz/>>.

<sup>13</sup> *Livinka.webgarden.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-03-25]. My Pro-Ana/Pro-Mia blog:). Dostupné z WWW: <<http://livinka.webgarden.cz/>>.

## **4 PRAKTICKÁ ČÁST**

### ***4.1 Výzkum***

Výzkum této bakalářské práce je založen na rozhovorech se čtyřmi dívkami, které shodně navštěvují nebo navštěvovaly internetový portál idealni.cz. Po zkontaktování a vzájemné domluvě jsem s nimi provedla rozhovory, zaměřené především na průběh jejich onemocnění. Zajímalo mě hlavně, zda si uvědomují, co stálo za počátkem vzniku poruchy příjmu potravy, jaký má nebo měla nemoc průběh, jakým způsobem je ovlivnila a co stálo za rozhodnutím léčit se. V poslední části rozhovoru jsem se zaměřila na internetový portál idealni.cz, a zajímala se o to, jaký na něj mají osobní názor. Nakonec vznikly čtyři zajímavé příběhy, ze kterých jsme se pokusila získat odpovědi na následující výzkumné otázky:

1. Jaký měla nemoc celkový průběh a jakým způsobem ovlivnila životy respondentek?
2. Jaký vliv měl na nemoc internetový portál idealni.cz?

### ***4.2 Respondenti***

Skupinu respondentů tvořily celkem čtyři dívky z různých částí České republiky. Všechny tyto dívky trpí poruchami příjmu potravy a vyskytují se v různé fázi nemoci. Některé jsou teprve na začátku, některé doufají, že s touto nemocí nadobro skončily. Jedna věc je ale spojuje, jsou si vědomy toho, že je něco v nepořádku, že jsou nemocné. To je velmi důležité v případné léčbě poruch příjmu potravy. Nemocní si musí uvědomit, že trpí poruchou příjmu potravy a je potřeba s tím začít něco dělat a pokusit se o uzdravení. Ovšem pouhé vědomí nemoci k vyléčení nestačí, na cestě k uzdravení je nutné překonání mnoha překážek a ani po jejich zdárném překročení není jistota, že se nemoc třeba za pár let nemůže opět vrátit.

Věk dívek, se kterými jsem prováděla rozhovory, se pohyboval v rozmezí od 18 do 24 let. U všech čtyř se však první známky nemoci začaly objevovat

mezi 17 až 19 rokem. Toto věkové období už neřadíme mezi pubertu, která se odehrává ve znamení výrazných fyzických i psychických změn a je pro vznik poruch příjmu potravy velmi rizikové, nicméně i toto období sebou může nést určitá nebezpečí. Závěrečné období dospívání, konec střední školy, rozhodování se, co dál. Je to určitým způsobem období velké nejistoty, přemýšlení o dosavadním životě a o další budoucnosti. Je to čas velkých změn. A změny se mohou podepsat i na vnímání vzhledu. Celé to může začít jednou nevinou dietou, ale skončit to může mnohem hůře.

Tři dívky, které mi poskytly rozhovor, trpí mentální anorexií, jedna mentální bulimií. Jedna z dívek s mentální anorexií uvedla, že má buď mentální anorexii nebo ortorexii (patologická posedlost zdravou výživou). Sdělila mi, že sice nebyla u žádného odborníka, ale bojí se jídla a je schopná sníst pouze to, o čem se přesvědčí, že je zdravé. Dívka s mentální bulimií nejprve začínala jako mentální anorektička. Zhruba po dvou letech nemoci začala brát projímadla a zvracet. Záchvaty přejídání se střídají s obdobími dietního chování. Pokud sní o něco více než si plánovala, často následují výčitky a hrozí přejedení. V současné době má záchvaty zhruba dvakrát do měsíce.

### **4.3 Vzdělání**

Vzdělání dívek je různé. Jedna z dívek navštěvuje poslední ročník gymnázia a letos jí čeká maturita. Další dvě studují vysokou školu, jedna z nich dokonce medicínu. Může to znít celkem paradoxně, že studentka medicíny trpí poruchou příjmu potravy, ale u této nemoci je celkem běžné, že i přes znalost veškerých důsledků a teorií, je těžké přestat poslouchat ten hlas v sobě, co našeptává, že by to chtělo ještě trošku zhubnout. Čtvrtá z dívek je absolventkou střední pedagogické školy a učila tři roky děti v mateřské školce, což podle jejích slov mělo i částečně vliv na její rozhodnutí začít s léčbou. Uvědomovala si, že by v budoucnu také určitě chtěla mít vlastní děti, ale s mentální anorexií a hrozbou neplodnosti by to zřejmě nešlo. Zhruba před třemi měsíci změnila povolání a stala se z ní cvičitelka aerobiku. V rozhovoru uvedla, že jí toto povolání velmi vyhovuje, ale podle mého názoru to může být vcelku rizikové, vzhledem k tomu, že ještě plně nezvládla svůj boj s mentální anorexií a tato činnost je velmi zaměřena na vzhled a postavu.

Obecně lze říci, že vzdělání na vznik poruch příjmu potravy vliv nemá. Jistým rizikem může být perfekcionismus, projevující se i ve studijních výsledcích, ale nutným pravidlem to nebývá. (Papežová, H., 2000: 15) Nebezpečí však může číhat v podobě některých profesí. Jedná se zejména o modelky, baletky, tanečnice a další podobné činnosti. (Krch, F. D., 1999: 43) Jsou to povolání, při kterých je kladen velký důraz na vzhled a postavu. Ženy jsou zde vystaveny vysokému sociálnímu tlaku, který je nutí udržovat si žádanou postavu. V naší společnosti je nemyslitelné, aby například modelka nebo baletka trpěly nadváhou a pokud si chtějí svou pozici respektive postavu udržet, stojí je to často mnoho sil. Při takovém tlaku a nárocích je vznik poruchy příjmu potravy velmi pravděpodobný. Podobné povolání zvolila i jedna z respondentek, která se rozhodla profesionálně předvádět aerobik. Vzhledem k jejím sklonům k mentální anorexii hrozí časem návrat k nemoci. Dívka je ale přesvědčená o tom, že má nemoc již za sebou a toto povolání riziko nepřináší.

U dívky studující medicínu a možné budoucí lékařky, bychom naopak mohli očekávat velmi nízké riziko vzniku poruchy příjmu potravy. To naznačuje, že tento druh onemocnění postihuje opravdu různé skupiny lidí a závisí na mnoha faktorech. I přesto, že si je dívka vědoma možných zdravotních následků a s tím spojených nebezpečí, mentální anorexii podlehla také. O nemoci je velmi dobře informována, zná rizika, průběh i následky, ale poruchou příjmu potravy stejně trpí. Podobně jsou na tom i ostatní pacientky, které většinou teorie nemoci i léčby výborně znají, i přesto trpí. Nabízí se tedy otázka do jaké míry může informovanost a osvěta přispět k léčbě tohoto druhu onemocnění. Informace by měly být podávány spíše široké veřejnosti, aby dokázali pacientům s poruchami příjmu potravy lépe porozumět.

#### **4.4 Vznik onemocnění**

Poruchy příjmu potravy vznikají na základě bio-psycho-sociální podmíněnosti, což zhruba znamená, že musí být přítomny faktory, vykazující značné riziko pro vznik tohoto onemocnění. Mezi tyto faktory se například řadí: sociální a kulturní faktory, biologické faktory, rodinné a genetické faktory, zásadní životní události a některé další. U jednotlivců nemusí být přítomny tyto



faktory všechny, stačí jen některé nebo v určité kombinaci. Také záleží na tom, jak jednotlivci na tyto podněty reaguje. Na někoho tyto okolnosti nepůsobí vůbec, u někoho naopak mohou zapříčinit vznik poruchy příjmu potravy.

I ve svém výzkumu jsem se zaměřila na to, zda si jsou dívky vědomy toho, co bylo příčinou vzniku jejich onemocnění. Respondentka Tereza si nebyla příčinou zcela jistá, zpočátku chtěla jen trochu zhubnout, protože jí dívky kolem připadaly mnohem štíhlejší. Ale zda to byla hlavní příčina následného kolotoče diet a hubnutí, nedokázala přímo určit.

U další z dívek to bylo podobné a s hubnutím začala po maturitě. *„Nejdřív jsem chtěla jen trochu zhubnout. Pak se mi to ale začalo líbit, jak to jde a jak mě ostatní chválí, byla jsem docela baculaté dítě, kterému se smáli spolužáci. Od mala se ode mě čekají automaticky perfektní výsledky, proto jsem chtěla být nejlepší i v tom hubnutí. A asi když se nad tím zamýšlím, chtěla jsem i trochu dát najevo, že chci taky pozornost ostatních, aby už nepočítali s tím, že jsme automaticky skvělá a v pořádku a věděli, že jsem taky zranitelná a měli o mě strach a trochu si mě všímali. Víím, že je to ode mě sobecký, ale je to tak.“* (r. Katka) Shodně s první účastnicí rozhovoru uvádí, že ze začátku chtěla jen trochu zhubnout. Také však zmiňuje, že možnou příčinou vzniku mentální anorexie mohly být příliš vysoké nároky ze strany její rodiny a vzdor vůči tomu. Přiznává, že chtěla docílit většího zájmu o svou osobu, ze svého okolí.

U Lucie se porucha vyvíjela postupně. Nejprve přešla na zdravou stravu, začala vynechávat určité potraviny, jako například čokolády, sušenky, smažené pokrmy, omáčky, uzeninu, maso a další pokrmy, které jí připadaly nezdravé. Nakonec vynechávala téměř vše a mentální anorexie se projevila naplno. Co bylo příčinou neví s jistotou, sdělila mi, že si nejspíš chtěla jen něco dokázat, že má problémy sama se sebou a myslela, že když bude štíhlejší bude se mít třeba více ráda.

Čtvrtá dívka opět uvedla, že to celé začalo nevinou dietou. První dva roky, držela občasné diety, ale poté vypukla mentální anorexie naplno. *„Ale až teď zjišťuju, že příčina bude asi jinde. Měla jsem docela těžký dětství, konflikty mezi rodiči jsem brala jako svou vinu, že jsem nic nezměnila, že jsem neuměla*

*zasáhnout, změnit jejich vztah, že jsem nebyla schopná skončit s alkoholismem své mámy. Jasně, že teď vím, že to nebylo v mých silách, ale jakoby sem se za to potřebovala potrestat, ublížit si, aby mě něco bolelo. Začala jsem hladovět, někdy mám takový hlad, že mám křeče v žaludku. Nevím, proč to dělám a nechci to dělat, ale i tak to dělám a myslím, že to je jedna z příčin“.* (r. Monika)

Dívka si zpětně uvědomuje, že kořeny její nemoci mohou být v rodinných problémech. Alkoholismus v rodině, rozvod rodičů, to vše může na jedince působit velmi negativně a často se v literatuře setkáváme s podobnými příklady.

Zajímavé je, že všechny čtyři dívky shodně uvedly, že celý ten kolotoč začal nevinnou dietou. Avšak postupně se dietní chování, změnilo na poruchy příjmu potravy. Podle doktora Františka D. Krcha hrozí u redukční diety velké nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy. Nebývají sice jediným spouštěčem, ale často stojí na začátku. Jak je patrné z rozhovorů na počátku stály také diety, ale později se objevily i jiné důvody. Problémy z dětství, alkoholismus matky, vysoké nároky rodiny a okolí, snaha o pozornost nebo nedostatečná úcta k vlastní osobě a nízké sebevědomí. Většina dívek je navíc v současné době vystavena sociálnímu tlaku na požadavek dokonalosti ve všech směrech života, postavy nevyjímaje. Dívky sice uvedly důvody, o kterých si myslí, že vyvolaly jejich nemoc, ale s určitostí to říci nemohou. Určit pravou příčinu vzniku poruch příjmu potravy je velmi obtížné, protože vše je určováno až retrospektivně a hrozí určité nebezpečí zkreslení buď od samotného pacienta, nebo jeho terapeuta.

Ani jedna z dívek mezi příčiny vzniku poruchy nezařadila sociální a kulturní faktory, i když je jasné, že jimi jsou ovlivněny. Důvodem pro dietu a zhubnutí byl zajisté obraz ideální postavy, kterou si západní společnost vytvořila, a které se chtějí ženy vyrovnat. Média dívkám předkládají dokonalé modelky a herečky, které tomuto ideálu alespoň zdánlivě odpovídají. Ve skutečnosti za tímto obrazem často stojí extrémní způsob života, práce plastických chirurgů anebo šikovné ruce retušéra. Vyrovnání se těmto kulturním vzorcům pak u mnoha jedinců zapříčiní velké problémy. Většinou mají pocit, že s dokonalým vzhledem a postavou budou šťastnější a okolím oblíbenější. I mé respondentky uváděly, že po zhubnutí několika kilogramů je jejich okolí

chválilo a připadaly si spokojenější. S tímto pocitem hubnuly stále více, ovšem už se tak dobře a šťastně necítily.

Samotný vliv společenského a kulturního ideálu většinou pro spuštění poruchy příjmu potravy nestačí, ale dívky přesto ovlivňuje. Pro začátek nemoci je potřeba několik různých faktorů a podnětů, které nakonec poruchu příjmu potravy způsobí. I přesto je kultura a společenský tlak jedním z nejvýznamnějších činitelů působícím v oblasti poruch příjmu potravy.

#### **4.5 Průběh nemoci**

Průběh onemocnění bývá vcelku podobný s různými obměnami podle toho, zda pacientky trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií. Záleží také jaký typ této nemoci má (restriktivní, purgativní, ...). Důležitá je také osobnost člověka a to, kam až nechá nemoc dojít. Komplikace mohou vznikat, pokud pacienti trpí i jinými poruchami, například hraniční poruchou osobnosti, alkoholismem a jinými.

První z dívek Tereza, kterou jsem měla možnost pozorovat nejdéle, trpěla mentální anorexií pět let. Její výška je 161 cm a před hubnutím měla asi 60 kg. Rozhodla se „trochu“ zhubnout a dostala se až na 39 kg. Později trochu přibrala a držela se zhruba na 44 – 45 kilogramech. Toto období bylo podle jejích slov nejhorší. Na jednu stranu chtěla stále zhubnout, na druhou stranu věděla, jaké to může mít následky. Doma nikdo nic netušil, věděli to pouze někteří kamarádi, kteří se jí snažili hlídat a donutit k léčbě. Toto období trvalo zhruba dva roky. Střídavě jedla, nejedla a zvracela. Psychicky to bylo velmi náročné, začala se sebepoškozovat a často myslela na sebevraždu. Uvedla, že nejvíce jí pomohl aerobik a pobyt mezi lidmi. Zlepšení přišlo v době, kdy si našla přítele a začala myslet i na jiné věci, než je jídlo. Postupně se zvýšila i váha a v současné době tvrdí, že je to vše už za ní.

U další dívky byl průběh nemoci o něco mírnější a netrvala tak dlouho. Nejdříve zhubla, jen pár kilogramů, ale pak omezila jídlo ještě více a hubla o to rychleji. Nejhorší podle ní byly neustálé myšlenky na jídlo. *„Před rokem jsem při výšce 183 centimetrů vážila 56 kilo, zajímala se jen o to, co a kolik jím. Jedno malé jídlo jsem byla schopná jíst třeba půl hodiny. Četla jsem o jídle, nic jiného*

*mě nezajímalo. Podle mě jsem si asi myslela, že to nějak zažene, to že mám hlad. Taky jsem se ráda koukala, jak jeděj ostatní lidi a dávala jídlo lidem ve svém okolí. Pak jsem se ale lekla, studuju medicínu druhým rokem a uvědomila jsem si, že takovýhle způsob života není asi úplně normální, ale doteď sama bojuju, hlavně psychicky, začala jsem jíst víc, i když se pořád bojím těch nezdravých jídel, ale už mám asi 65 kilo a cítím se líp...” (r. Katka)*

Respondentka Monika začala s lehkými dietami, které trvaly asi dva roky. Později se v ní něco zlomilo a začala s extrémními dietami a hladovkami. Rychle hubla, ale nevydržela to dlouho a začala s přejídáním. Jako důsledek přejídání začala zvracet a užívat projímací přípravky. Postupně se tedy dostala k mentální bulimii. Váha jí rychle skákala nahoru a dolů, podle záchvatů přejídání a hladovění. Frekvence záchvatů se u ní střídala podle toho, jak se cítila psychicky, a jak byla spokojená se svým tělem. Jednu dobu měla záchvaty třeba třikrát do týdne, snažila se vyhýbat společnosti a byla na tom psychicky velmi zle. Rozhodla se k návštěvám psychologa a relativně se jí ulevilo. Netvrdí, že je úplně vyléčená, stále má svá špatná období, ale snaží se na sobě pracovat a zvládat stresové situace jinak než jídlem.

Poslední z dívek, se svou mentální anorexií stále bojuje, nyní se nachází ve svém lepším období, ale nemoc jí stále ovládá. Průběh nemoci si však velmi dobře uvědomuje. *„Ze začátku jsem držela jen zdravou stravu a všechno bylo v poho, zhubla jsem asi 3 kila jen tím, že jsem přestala jíst určitý věci, ale mě to nestačilo, a pak se to rozjelo. Za měsíc jsem měla 5 a půl kila dole a furt to šlo dolů. Nikdy jsem neměla nadváhu nebo tak, na 164 centimetrů jsem měla nejvíc 52, a tak o to horší, jak to šlo dolů. Začala jsem zmenšovat porce, už tak z malého výběru, všechno se stávalo postupem času zakázaný – máslo, marmelády, mazací sýry, pak i normální sýry, banány, ořechy, bonbóny, prostě skoro všechno. Nakonec jsem skončila u jednoho manga za den a jedný activie lehký a fit plus jeden sušený krekr. K tomu samozřejmě sport. Chodila jsem minimálně třikrát týdně plavat, aspoň 1500 metrů za 35 minut, jinak jsem nebyla se sebou spokojená a k tomu i klidně další cvičení... Momentálně mám období klidu, děsně si toho vážím, a tak jsem se snažila všechno zpět srovnat, čekají mě vyšetření, třikrát už mě chtěli poslat do nemocnice na kapačky, protože výsledky testů dopadly špatně. Taky mi nabídli antidepresiva, ale ty jsem*

*nechtěla a taky možnost pobytu na psychiatrický klinice. Nevím, rozmejšlim se.“*  
(r. Lucie)

Jak je vidět, začátek onemocnění byl u dívek podobný. Nejprve se rozhodly trochu zhubnout, ale postupně do toho „spadly“, a začaly se potýkat s velmi vážnou poruchou. Po prvotním pocitu úspěchu a prvním úbytku na váze, se snaha zhubnout zvyšovala a došlo k vynechávání dalších potravin. To vedlo k velmi omezenému jídelníčku, obsahujícímu jen několik nejdietnějších pokrmů. Dívky ovládaly neustálé myšlenky na jídlo a svou postavu, sebemenší neúspěch pak zhoršuje psychický stav a snižuje sebevědomí. Respondentky se lišily v délce a závažnosti onemocnění. Některé prošly lehčí formou, jiné o něco těžší s přidruženými dalšími problémy. Jedna z dívek přešla z mentální anorexie k mentální bulimii, což bývá celkem časté.

#### **4.6 Vnímání vlastního těla**

*„Způsob vnímání a prožívání těla je chápaný subjektivně, je otevřený společenským vlivům. Nemusí nevyhnutelně existovat spojení mezi subjektivním prožitkem těla a tím, co vnímá vnější pozorovatel. To je zřejmé v případě zkresleného vnímání velikosti těla... Platí to i u velkého množství žen a dívek, které si připadají „tlusté“, přestože objektivně mají průměrnou nebo nižší než průměrnou tělesnou hmotnost v poměru ke své výšce...“ (Gordon, S., 2000: 12)*

Vnímání vlastního těla bývá u poruch příjmu potravy velmi problematické. Dívky mají často zkreslenou představu o tom, jak vypadají. Většinou si připadají mnohem tlustší, než ve skutečnosti jsou. Toto pokřivené zrcadlo pak mimo jiné způsobuje komplikace v případné léčbě. To, že musí začít pravidelně jíst nebo dokonce přibrat, pak pro ně bývá velmi stresující.

Na otázku týkající se vnímání vlastního těla a vnímání své nemoci, jsem se ve svých rozhovorech přímo neptala. Odpovědi však z rozhovorů samy vyplynuly. Všechny z dívek mají zkreslené vnímání vlastního těla a připadají si objemnější, než je ve skutečnosti vidí jejich okolí nebo jsem je ve skutečnosti viděla já. Vybrala jsem části rozhovorů, kde se o své postavě vyjadřují:

*„Nemyslím si, že jsem na tom ještě tak špatně a to, že mám podváhu, rozhodně nevidím a taky tomu nevěřím“ (r. Katka)*

*„Doted' mám strach a vadí mi cítit tuk na svém těle. Stále se musím přemlouvat, že tak je to ale normální, zdravý a hezčí, je to pro mě těžký, ale snažím se“. (r. Monika)*

*„... asi 46 nebo 47 (kg), nevím přesně snažím se nevážit. Ale pokud po mně budou chtít, abych ještě něco přibrala, tak už to nezvládnou, už takhle to sama se sebou zvládám hodně těžko, když vidím ty špeky a tak, ale pořád se ještě přesvědčuju, že je to tak správně. A zatím mi to jde, ale nemyslím si, že bych to zvládla třeba s 50 (kg), to už by bylo asi moc.“ (r. Lucie)*

*„Upřímně jsem předtím vůbec nevěřila, že bych měla mít podváhu ani anorexii nebo tak.“ (r. Tereza)*

Z ukázek je patrné, že všechny dívky mají nebo měly problémy s vnímáním proporcí vlastního těla. I přesto, že měly viditelnou podváhu, ony samy si tak nepřipadaly. Takové vnímání je s poruchami příjmu potravy silně spjato a mimo jiné způsobuje to, že si pacientky dlouhou dobu nejsou ochotny připustit problém. I kdyby dívka vážila 30 kg, stále nebude spokojená a bude na své postavě hledat nedostatky. Zřejmě je to především z třetí ukázky. Dívka, která váží 46 – 47 kg a měří 164 cm, tvrdí že více přibrat už nezvládne. Subjektivně na sobě vidí špeky a připadá si tlustá. Avšak vzhledem k její výšce a váze, musí být i těm, kteří jí nikdy neviděli jasné, že tato dívka je ve skutečnosti velmi štíhlá. K úspěšnému vyléčení je potřeba tento způsob myšlení překonat a eliminovat vliv postavy na osobní život.

Problém nadhodnocování své postavy je spojován především s dívkami trpícími poruchami příjmu potravy. Bylo však dokázáno, že tento problém má i většina normálních žen, přičemž si velká část z nich přeje být štíhlejší a se svým tělem je nespokojena. Obvykle nadsazují velikost boků, stehů a břicha, které jim připadají větší, než ve skutečnosti jsou. Problémy spokojenosti a vnímání vlastního těla tedy netrápí jen ženy s poruchami příjmu potravy. (Grogan, S., 2000) Tyto studie byly prováděny na ženách západní společnosti, která za atraktivní považuje štíhlou a dobře formovanou postavu.

Existují určité důkazy hovořící o rozdílech ve spokojenosti a vnímání vlastního těla v souvislosti s etnickou příslušností. Velká část studií byla prováděna ve Spojených Státech a Velké Británii mezi různými etnickými skupinami a bílými ženami. Většina prací uvádí vyšší nespokojenost bílých amerických a britských žen se svým tělem v porovnání s Asijskými, Hispánskými nebo Afroameričankami, které většinou uváděly vyšší žádoucí tělesnou hmotnost, větší žádoucí tělesné míry a nižší obavy o svou váhu než bílé ženy. Porovnání bílých a asijských britských žen, ukázalo, že ve věku od 14 do 22 let byly Asijské ženy mnohem méně nespokojeny se svým tělem, méně držely diety a méně často si přály zhubnout. Zajímavé zjištění pramenilo z porovnání vnímání vlastního těla, kdy si bílé ženy připadaly silnější a hodnotily určité partie větší než asijské ženy stejné postavy. Odlišně je nahlíženo také na obezitu a nadváhu, kdy například Afroameričané byli častěji ochotni chodit se ženou s nadváhou a považovali takovou ženu za sexuálně přitažlivou na rozdíl od bílých Američanů. (Grogan, S., 2000: 115-116) *„Zdá se pravděpodobné, že tyto rozdíly v ideálech postavy a v obavách vztahujících se k postavě souvisejí se subkulturními rozdíly v tlaku na muže i ženy, které je nutí mít štíhlou postavu. V etnických skupinách, kde nadváha není stigmatizována, se vyvíjí zdravější, spokojenější postoj k silnějším typům a proporcím postav. Bylo zjištěno, že bílé a barevné etnické skupiny připisují představám štíhlosti a tloušťky různé významy...“* (Grogan, S., 2000: 116)

Je tedy zřejmé, že západní společnost vyvíjí mnohem větší tlak na štíhlou postavu, než je tomu u některých jiných společností. Ač žádná z dívek tento fenomén ve svých odpovědích nezohlednila, jsou tlaku na dokonalou štíhlou postavu také vystaveny.

#### **4.7 Sebepoškozování**

Poruchy příjmu potravy můžeme někdy chápat jako určitý druh sebepoškozování. Dívky se za něco trestají tím, že odmítají potravu. Jejich trestem je bolest a problémy způsobené hladem. Tato teorie však nebyla zcela potvrzena a také se nevztahuje ke všem nemocným. Sebepoškozování jako takové se však u určitého procenta nemocných poruchami příjmu potravy

vyskytuje. Nejčastějšími způsoby jsou řezání a pálení různých částí těla, čímž si dívky způsobují značnou bolest.

Ve svém výzkumu jsem překvapivě zjistila, že tři ze čtyř dotazovaných dívek mají k sebepoškozování sklony nebo ho dokonce praktikují. První z nich se sice nepoškozuje úmyslně fyzicky, ale skrze svou mentální anorexii. Podle jejích slov se potřebuje potrestat za určité věci ve svém dosavadním životě, se kterými se zcela nevyrovnala. Byla poznamenána rozvodem rodičů a alkoholismem matky a i přesto, že si uvědomuje, že to nemohla být její vina, má sklony se za to trestat. Netrestá se řezáním, ale tím že má hlad nebo křeče v žaludku z hladovění. Samozřejmě to není jediný důvod, proč trpí mentální anorexií, ale částečný podíl na vzniku nemoci mít může. Další dvě dívky se během své nemoci úmyslně poškozují nebo poškozovaly. Jedna z nich se o své nemoci v souvislosti se sebepoškozováním vyjádřila takto:

*„Když nemám deprese a nesebepoškozuju se, tak je to celkem fajn, jím a říkám si, že je to tak správně a kašlu na váhu, na metr a odrazy v zrcadlech a snažím se jen víc jíst a nedívat se na sebe, aby se mi zpět vrátil cyklus a tak. Ale když mám deprese, tak jde všechno do háje. Řežu se, pálím se, nejím a jsem naprosto mimo a chci se zabít a co nejdřív, udělám si plán, strašně ráda plánuju tak nějak všeobecně. Tak uvidím, jak to bude, jestli spadnu do deprese, tak se z toho budu zase strašně těžko hrabat.“ (r. Lucie)*

Podobně jako na otázku vnímání vlastního těla jsem se ani na sebepoškozování ve svých rozhovorech přímo nezaměřila. Upřímně jsem nečekala, že by mé respondentky měly se sebepoškozováním problémy, a tudíž mě velmi překvapilo zjištění, že tři ze čtyř dotazovaných dívek mají se sebepoškozováním zkušenosti. Z toho usuzuji, že sebepoškozování může být u poruch příjmu potravy vcelku častým jevem. Samozřejmě to může být jen dílem náhody, že jsem ve svém výzkumu „narazila“ zrovna na ty to dívky, ale jistou výpovědní hodnotu to mít může.

## **4.8 Hospitalizace**

Hospitalizace bývá častým léčebným prostředkem u vážnějších případů poruch příjmu potravy. Od 18 let je hospitalizace dobrovolná a pacientky se



rozhodují samy, zda chtějí tento způsob léčby podstoupit. Hospitalizace bývá několika týdenní, u podvyživených pacientek je hlavním cílem získání normální váhy, u ostatních je snaha o osvojení si vhodných jídelních návyků, popřípadě ukončení zvracení a užívání projímadel.

Výhodou hospitalizace je odborný dohled nad pacientkami a neustálá kontrola. Mimoto se hospitalizací dostanou do odlišné sociální skupiny, než je tomu v běžném životě. Rizika spojená s pobytem „venku“ jsou eliminována, například zbavování se potravy a nadměrné cvičení u anorektických pacientek nebo záchvaty přejídání u bulimických pacientek. Existuje tu jasně daný řád a pravidla, kterými se pacientky musí řídit. Při porušení pravidel následují sankce a potrestání. Jsou zbaveny řešení běžných problémů, soustředí se hlavně na jídlo a denní režim. Spojujícím prvkem je nemoc, která současně znamená i možné členství v této skupině. Při hospitalizaci je zajištěno minimum rušivých elementů, na dívky působící v normálním prostředí, což léčbu o něco usnadňuje.

Jedna z mých otázek směřovaných k respondentkám se týkala toho, zda byly hospitalizovány nebo zda zvolily jiný způsob léčby. Všechny odpovědi byly negativní, ani jedna z dívek hospitalizaci nepodstoupila. Jedné z nich sice už třikrát hrozila, ale pokaždé se jí vyhnula a nyní, po dosažení osmnáctého roku, je toto rozhodnutí ponecháno pouze na ní. Na otázku proč do nemocnice nenastoupila, odpověděla, že měla strach, co jí tam čeká a z toho, že by musela hodně přibrat. Další dvě dívky o hospitalizaci vůbec nepřemýšlely a rozhodly se z nemoci dostat samy. Poslední z dotazovaných o hospitalizaci přemýšlela, nakonec se však rozhodla najít si psychologa a pokusit se poruchu příjmu potravy zvládnout s jeho pomocí.

Z rozhovorů vyplynulo, že žádná z dívek nebyla hospitalizována a kromě jedné z nich ani částečně léčena pod odborným dohledem. Lze z toho usuzovat, že takových dívek, které nechávají léčbu samy na sobě je mnohem více. To mimo jiné znamená, že přesný odhad nemocných například u nás, je velmi těžké určit. Většinou se pracuje pouze s čísly získanými z klinik, kde jsou poruchy příjmu potravy léčeny. Ovšem jak je vidět, mnoho nemocných tuto léčbu nepodstoupilo, takže například počet nemocných za jeden rok je mnohem vyšší, než je uváděno.

#### **4.9 Rozhodnutí léčit se**

To, co mimo jiné mé respondentky spojuje, je přiznání toho, že jsou nemocné. S tím je spojená i případná léčba, která vyžaduje uvědomění si nemoci. Neznamená to sice automatické vyléčení, ale je to první krok na cestě k uzdravení. Často je k rozhodnutí léčit se zapotřebí i několika dalších podnětů než jen vědomí samotné nemoci. A právě na to jsem se ve svých rozhovorech zaměřila. Zajímalo mě, co přesně dívky vedlo k tomu, zbavit se jejich poruchy příjmu potravy.

Respondentka Tereza trpěla poruchou příjmu potravy pět let. Tři roky trvalo, než se rozhodla k léčbě a další dva roky vymanění se z nemoci. Neléčila se pod dohledem odborníka, ale snažila se uzdravit sama. Podle jejích slov, stála za rozhodnutím především její práce a nový přítel. V té době pracovala v mateřské škole a uvědomila si, že pokud chce jednoho dne mít také vlastní dítě, musí se zbavit mentální anorexie. Začaly se u ní projevovat i zdravotní komplikace, musela přestat brát antikoncepci a to jí vyděsilo. Pomohl jí také přítel a nejlepší kamarádi, kteří ji podporovali a v léčbě pomáhali. V současné době věří, že má vše pod kontrolou, ale je si vědoma toho, že se nemoc může kdykoliv vrátit.

Druhá z dívek na otázku odpověděla takto: *„Postupně mi začalo vadit, že nežiju život, že se izoluju, že doma pořád lžu, že nemám menstruaci, a že možná nebudu moc mít děti. Vadí mi, že mně vypadávají vlasy, že mně je stále zima, že nemůžu hlady spát, že nemyslím na nic jinýho než na kalorie, co jsem za den snědla nebo nesnědla. Že prostě nežiju, jen přežívám, dennodenně se přemlouvám, abych vyšla mezi lidi. Ublížuju si a nejsem vděčná za to, co mám. To mě prostě donutilo začít se sebou něco dělat.“ (r. Monika)*

Respondentka Katka své rozhodnutí léčit se připisuje hlavně svému příteli, rodině a okolí, které jí dávalo najevo, že nevypadá dobře. Zmiňovala také návštěvu gynekologa, který jí doporučil přibrat. Postupně v ní začaly hlodat myšlenky, že zřejmě nebude všechno tak v pořádku, jak si myslí. Poslední kapkou pro ni byla vlastní myšlenka, že pokud chce v budoucnu sama léčit lidi, musí být nejdříve sama v pořádku. V současné době totiž studuje druhým rokem medicínu.

U poslední z dotazovaných u rozhodování sehrály roly fyzické příznaky, přítel a také ona sama. „Donutilo mě hlavně, když jsem viděla jak to se mnou je, moje psychika je dost narušená, velký deprese, padaj mi vlasy, nerostou nehty, pořád je mi zima, mám modřiny a jsem protivná. Takový ty typický příznaky a tímhle se to všechno ještě víc zhoršovalo. Hodně mi pomohl přítel, se kterým už teď teda nejsem, s ním sem si uvědomila, že mám nějaký problém, ať už s jídlem nebo se sebepoškozováním, a tak jsem svoje obavy řekla doma a potom i u lékaře. A tam se to pak potvrdilo. Ale já se vlastně rozhodla s tím začít něco dělat sama, sice až na popud kamarádů a holek, který taky dříve trpěly ppp (porucha příjmu potravy).“ (r. Lucie)

Důvody, které dívky vedly k rozhodnutí léčit se, jsou různé, ale některé společné rysy najít můžeme. Zaznamenala jsem, že významným prvkem může být přítel dotyčné dívky, kterého nejčastěji jmenovaly mezi osobami, které jim v léčbě pomohli. Důležitou roli hraje také rodina a přátelé. Většinou jsou to osoby nám blízké, které mohou pomoci v rozhodnutí ke změně. Jejich důvěra a pomoc pak může znamenat velký krok k navrácení do normálního života. Další silnou motivací byla možná neplodnost, která může být následkem poruch příjmu potravy. Hrozba neplodnosti bývá pro dívky velkou motivací k rozhodnutí v léčbě. V tomto kontextu jim pak starost o postavu připadá méně podstatná. Dalšími faktory mohou být fyzické a psychické následky nemoci, které si dívka postupně uvědomuje. Postupná izolace a začínající zdravotní problémy, mohou spustit myšlenky o uzdravení a touhu vést opět normální život, bez neustálých myšlenek na jídlo a váhu.

#### **4.10 Dopady poruch příjmu potravy**

Dopady poruch příjmu potravy mohou být u pacientek různé, závisí to na délce nemoci a její intenzitě. Některé dívky si nemoc uvědomí a léčbu zahájí poměrně brzy, u některých to může trvat několik let. Zahájení léčby navíc nemusí znamenat úspěšné dokončení a vždy existuje riziko relapsu. Někdy stačí hloupá poznámka nebo náhlá stresová situace a porucha příjmu potravy se může vrátit. Většinou to bývá boj na celý život.

Má poslední otázka týkající se poruch příjmu potravy se zajímala o dopady a vliv poruch příjmu potravy, popřípadě co pro dívky porucha příjmu potravy znamená. Otázka byla záměrně položena poměrně široce, protože u dívek, které se pro léčbu teprve rozhodly a poruchou příjmu potravy stále intenzivně trpí, je těžké dopady nemoci určit.

Dívka Tereza tvrdí, že už poruchu příjmu potravy překonala a cítí se zdravá. Z dopadů nemoci má však nadále obavy. Stále nad ní visí hrozba neplodnosti, protože její testy u lékaře nedopadly nejlépe. Doufá, že se to celé urovná a jednoho dne si bude moci miminko pořídít. To je pro ni asi nejhorší zdravotní komplikace, kterou jí porucha příjmu potravy přinesla. Mimo to, během ní trpěla i typickými příznaky jako jsou deprese, vypadávání vlasů, neustálá zima a slabost, ovšem tyto příznaky postupně zmizely. Psychické dopady jsou o něco horší, tak trochu má stále obavy z návratu nemoci, občas jí přepadají myšlenky kolem jídla a postavy, ale snaží se to překonat.

Druhá respondentka do odpovědi zařadila spíše zdravotní dopady, které během nemoci pociťovala. *„Začala jsem se bát o své zdraví, nedostala jsem se naštěstí ještě do stadia, kdy bych začala mít větší zdravotní obtíže. Trpěla jsem trochu zácpou a měla jsem dost suchou kůži. Taky bylo nepříjemný, že mi byla pořád zima, měla jsem modřiny na zadku od sezení. Stačilo se někde trochu bouchnout a hned mi naskočila modřina. Fyzicky se teď cítím mnohem líp a taky mám víc energie a větší zájem o kontakt s lidmi. Pro mé okolí to znamenalo mé znovuzačlenění do rodinného života, znovu se raduju z hloupostí a víc se líbím svému příteli. Určitě mě to ale poznamenalo pro zbytek života, je to pro mě velká zkušenost“ (r. Katka)*

Respondentka Lucie se s poruchou příjmu potravy stále potýká, jednoznačné dopady zatím nedovede určit. V současné době se snaží za pomoci rodiny a přátel vyléčit, ale je to těžké. Střídají se u ní období, kdy si připadá neuvěřitelně tlustá a vše by nejraději vzdala, s období, kdy se snaží jíst normálně a učí se smířit se svým tělem. Doufá, že se z toho dostane a nebude mít žádné zdravotní následky. Psychicky jí nemoc poznamenala velmi, zhoršily se deprese a úzkostné stavy. Ty by se však měly po překonání nemoci opět ustálit.

Zajímavou odpověď mi poskytla poslední respondentka. „*Co pro mě znamená? Hmm... je to můj svět, nad kterým pořád přemýšlím, kterej žiju, kterej je pro mě všechno, neumím si představit, co by bylo a nad čím bych přemýšlela, kdybych ho neměla. Nevím, co je normálně žít nebo normálně přemýšlet. Takhle, když se něco stane, nějaký problém, cokoliv, tak uteču k bulimii. Je to můj únik od problémů, zvláštní je, že utíkám od každodenních problémů k ještě větším problémům. Ale snažím se to řešit, doktorka mi v tom dost pomáhá.*“ (r. Monika) Podle odborníků je tato situace celkem běžná, dívky se od reality každodenních problémů uchylují ke své nemoci, kde tyto problémy řešit nemusí. Je to svět, který mají zdánlivě pod kontrolou, tedy alespoň si to myslí. Je jasné, že ve skutečnosti jim tato porucha život komplikuje a je nutné se jí zbavit.

Všechny dívky se shodly, že na nich porucha příjmu potravy nějaké dopady zanechá nebo zanechala. Ty zdravotní většinou ustoupí s vyléčením, ty psychické jsou trvalejší. Někdy toto onemocnění může znamenat významnou zkušenost v životě, někdy dlouhodobé trápení. Z rozhovorů je také patrné, že je touto nemocí ovlivněno i okolí pacientek a jejich společenský život. Velkou zátěž nese především rodina, která se snaží pacientce pomoci, popřípadě přemluvit k léčbě. Nemoc ohrožuje celkovou atmosféru v rodině, která má o pacienta strach, ten však odmítá uzdravení nebo ho pouze předstírá. Takové chování často vyvolává konflikty a prostředí v rodině se dále zhoršuje. Trpí také společenský život, dívky hovořily především o izolaci a o narušených sociálních vazbách mezi přáteli. Z počátku nemoci jsou velmi aktivní, chodí do společnosti, jsou s přáteli, ale postupně se začínají izolovat. Stále častěji myslí na jídlo a postavu, ostatní problémy pro ně ztrácí smysl. Jedna z dívek vypověděla, že jí nebavilo řešit s kamarády ty jejich hlouposti. Tím měla na mysli obyčejné problémy, které mezi sebou lidé řeší. Porucha příjmu potravy se pro ně stává vlastním světem, ve kterém chybí na ostatní věci prostor. S postupujícím časem se u dívek prohlubují deprese a kontakt s ostatními omezují ještě více. Dívky si stěžovaly, že jim ostatní vůbec nerozuměli nebo jim vyčítali vyhublost. Mnoho z nich si to však vyložilo jako závist nebo jako důkaz toho, že se jim v hubnutí daří. To značí, že případná sociální kontrola jejich širokého okolí nemusí vzbuzovat zájem léčit se, ale spíše naopak. I přes vyvíjený tlak na jejich osobu,

je tato kontrola jen málo účinná a dívky spíše povzbuzuje v pokračování nebo je utvrzuje v izolaci.

Porucha příjmu potravy je nemoc dlouhodobého charakteru a ovlivňuje téměř všechny části pacientova života. Respondentky hovořily zejména o zdravotních a sociálních dopadech, které nemoc doprovázely. Žádná z respondentek sice netrpěla takovými zdravotními komplikacemi, které by jí zcela znemožnily každodenní činnosti, ale podstatně jim je ztěžovaly. Špatný psychický stav a neustálé myšlenky na jídlo a postavu jim ztěžovaly komunikaci se svým okolím a prohlubovaly izolaci. Přestaly se zajímat o své kamarády a blízké, postupně si vytvářely svůj vlastní svět. Některé z dívek uvedly, že se často kvůli podvaze a jídlu dostávaly do konfliktů, zejména s rodinou, což vztahy nadále zhoršovalo. Dvě respondentky přestaly zvládat běžné denní interakce, jako například konzumaci pokrmu, před ostatními lidmi. To spolu nese další vyloučení ze společenského života, kdy nejsou schopny navštěvovat s ostatními například restaurace nebo školní jídelny. Raději trávily čas o samotě bez možné konfrontace s jídlem. Tyto stavy se postupně začaly lépešit s léčbou. Respondentky, které v době nemoci měly partnera, uvedly silné ovlivnění partnerského života touto nemocí. Své chování se před partnerem snažily tajit, po zpozorování problému z jeho strany docházelo ke konfliktům na téma stravy a postavy. Mezi dívkami a partnerem došlo ke zhoršení komunikace a častým hádkám. Dvě z dívek se svěřily se ztrátou chuti k sexu, což situaci ještě o něco zhoršilo. Na druhou stranu většinou vypověděly, že právě partner stál za jejich rozhodnutím se léčit. Hrozba ztráty partnera je donutila uvědomit si, že jsou nemocné a potřebují se léčit.

#### ***4.11 Internetový portál idealni.cz***

Poslední část výzkumu byla zaměřená na internetový portál idealni.cz. Tento portál slouží zejména jako zdroj informací o poruchách příjmu potravy, přičemž dvě sekce jsou určeny pro komunikaci lidí s tímto onemocněním. V jedné z nich přispívají svými životními příběhy o poruchách příjmu potravy. Kdokoli může sepsat svůj příběh, který je po schválení správce vyvěšen, a na který mohou ostatní reagovat. Druhá část s názvem Pokey, slouží přímo ke komunikaci mezi jednotlivými účastníky diskuze. V této sekci je vytvořeno

několik místností, jak samotnými uživateli, tak správcem serveru. Přispívat sem může kdokoli, kdo se přihlásí. Většina uživatelů trpí poruchami příjmu potravy, není to ovšem podmínkou. Podle pravidel je zakázáno propagovat proanorektická témata, zakládat takové místnosti nebo psát návody na hubnutí. Cílem by mělo být těmto lidem pomoci, ne jim ubližovat nebo jinak komplikovat život.

Jak jsem si všimla, lidé zde vytváří určitou komunitu, která vzniká na základě společné věci, v tomto případě poruch příjmu potravy. V tomto světě nehraje roli geografická poloha, věk nebo třeba vzdělání, důležitý je společný zájem. I přesto, že se v diskuzích objevují i jiná témata, poruchy příjmu potravy neustále převládají. Někteří uživatelé zde vytváří přátelská pouta, která mohou udržovat několika způsoby. První z možností, je udržování kontaktu pouze na internetovém portálu. Většinou portál pravidelně navštěvují a sdělují si své úspěchy či neúspěchy, popřípadě rozebírají své každodenní problémy. Vytváří zde okruh svých virtuálních známých, se kterými primárně komunikují. Neznamená to, že nekomunikují i s ostatními nebo nově přihlášenými, ovšem i zde vznikají vazby na základě jistých sympatií. Druhým stupněm kontaktu je komunikace jinými internetovými způsoby, například po emailu nebo icq. Tyto kontakty si dívky na portálu mohou vyměnit a komunikovat spolu i jinde než na portálu, kde jsou jejich příspěvky zobrazovány všem ostatním uživatelům. Mohou si tak sdělit i osobnější informace, které nechtějí uveřejňovat před ostatními. Tím vzniká i mnohem důvěrnější vztah než je tomu na portálu. Třetí možností kontaktu je osobní setkání, jehož možnost vzniká zejména u uživatelů s podobnou lokací bydliště. V tomto případě může virtuální přátelství přejít v přátelství osobní.

Jak jsem si všimla, uživatelé portálu se po určitých intervalech střídají. Dle mého pozorování je návštěvnost uživatelů závislá na fázi onemocnění. Nováčci většinou přicházejí v období, kdy si již uvědomili, že s nimi není něco v pořádku, ale zatím nejsou plně rozhodnuti k léčbě. Získávají zde informace, srovnávají se s ostatními, mohou porovnávat své jídelníčky s jinými. Zjišťují, že podobné problémy mají i ostatní uživatelé, což jim může pomoci se s nemocí lépe srovnat. Postupně začínají psát ukázky svých jídelníčků, za které je ostatní kritizují nebo jim radí, co zlepšit. Jídelníčky tedy zdokonalují, někdy začnou

navštěvovat i odborníka a časem se zpravidla jejich stav zlepšuje. Postupně se z nich stávají ti, co radí s nemocí nově příchozím a při pocitu vyléčení většinou portál opouštějí, což je podle mého názoru způsobeno tím, že vyléčený člověk z poruchy příjmu potravy nemá již zájem řešit jídelníčky a postavy ostatních nemocných, vzhledem k tomu, že by ho to mohlo stahovat zpět do nemoci. Rizikové je především srovnávání váhy a množství zkonsumované potravy s těmi, kteří se poruchy příjmu potravy ještě nezabavili. Toto je samozřejmě ideální případ, jak by to na portálu mělo fungovat a v mnoha případech se tak děje, ovšem existuje i plno výjimek. Některé dívky na léčbu nejsou ještě připraveny nebo se pro ni nerozhodnou. Také je zde několik dívek, u kterých se střídá lepší a horší období, kdy v tom lepším jsou rozhodnuty k léčbě a snaží se, v tom horším opět padají zpět do nemoci. Pro některé nemocné není vhodná samostatná léčba a potřebují dohled odborníka. A ne všichni návštěvníci trpí poruchami příjmu potravy.

Jednotliví uživatelé se postupně obměňují, jak jsem si však stačila všimnout, existuje skupinka těch, kteří tento portál navštěvují i několik let. Jedná se buď o chronické pacienty, nebo o ty, kteří se již vyléčili, ale portál stále navštěvují. Udržují tak kontakt se svými „přáteli“ nebo radí ostatním jak nemoc zvládnout. Dle mého názoru jsou zejména ti vyléčení návštěvníci prospěšní těm, kteří s léčbou teprve začínají, mohou v nich vidět příklad pro své uzdravení nebo si od nich alespoň nechat poradit.

Tento internetový portál je místem, kde mají lidé s poruchami příjmu potravy možnost řešit své každodenní problémy spojené s touto nemocí, aniž by se museli obávat výrazně negativních reakcí, které by mohli nastat v reálném životě. Je to místo, kde se mohou přiznat k něčemu, co se většinou snaží skrývat před svým okolím. Mají jistotu, že lidé navštěvující tento portál jsou o poruchách příjmu potravy informováni a nejsou zde hned odsouzeni. Tuto komunitu spojují podobné problémy jejích členů, které by jen problematicky řešili při interakcích v reálném životě.

Na názor ohledně tohoto portálu jsem se zeptala i svých čtyř respondentek. První z nich portál v současné době již nenavštěvuje. V minulosti sem chodila asi po dobu jednoho roku. Hledala tu informace, psala si s ostatními návštěvníky a našla si zde i několik přátel, se kterými se později



setkala. Ke konci, už do diskuzí moc nepřispívala, občas si četla, o čem si dívky píší nebo nahlédla do příběhů. Postupně si začala uvědomovat, že jí tento portál stahuje zpět k nemoci, protože díky němu stále myslela na jídlo a na svou postavu. Porovnávala své jídelníčky s ostatními a měla výčitky, že jí moc. Nakonec sem přestala chodit úplně.

Druhá dívka portál navštěvuje asi pět měsíců. Velmi pochvaluje články a informace, které o poruchách příjmu potravy informují a pomáhají v osvětě této problematiky. *„Nejdřív sem jen pročetla příběhy a dělala si testy a počítala BMI. Vzpomínám, jak sem tam ze začátku napsala holkám kolik vážím a měřím a kolik mi je let s tím, že si ze mě holky ve škole dělaly srandu, že sem anorektička. A holky se tam do mě hned pustily, že je to pravda, a že bych s tím měla něco dělat. Čeká mě maturita a přijímačky na vysokou a jestli prej se sebou nezačnu něco dělat, tak nemám šanci odmaturovat a všechno zvládnout. A tak sem začla. Taky hlavně díky těm holkám tam, byly jedni z těch, co mi otevřely oči, že asi není všechno tak fajn a v pohodě jak sem si myslela. Sem ráda, že něco takovýho jako tenhle portál je.“* (r. Lucie)

Respondentka Monika portál navštěvuje asi tři měsíce. Nejprve také hledala informace, ale postupně jí celý tento internetový portál zaujal. Až tam postupně začala zjišťovat, co znamená normální stravování, co je hodně a co naopak málo. Všimla si, že ve skutečnosti jí velmi málo, a že bude nutné přidat. Velmi se jí líbí část s jídelníčky, které tam ostatní píší, inspiruje jí to v přípravě vlastních jídelníčků. Začala si také uvědomovat, že když sní například o jedno jablko za den navíc, že to není katastrofa, a že takové věci normální lidé neřeší. Pomohlo jí také, že se mohla dívkám se svými problémy svěřit, a že tu jsou lidé se stejnými problémy, jako má ona sama.

Poslední z dívek začala portál navštěvovat asi před půl rokem. Paradoxně zde nejdříve hledala návody na hubnutí. Do diskuzí nepřispívala, zapojila se až později. Začala si pročitat problémy ostatních lidí a ujišťovala se, že na tom ještě není tak špatně. Po rozhodnutí léčit se, portál navštěvovala téměř každý den. *„Pomáhal mi nevzdat se hned na začátku, mohla sem srovnat jak jím oproti ostatním, kolik vážím oproti ostatním s podobnou výškou, číst si jejich pohnutky k tomu se uzdravit. Ty mě motivovaly taky.“* (r. Katka)

V současné době portál moc často nenavštěvuje, připadá jí, že se tam stále píše o tom samém.

Tři ze čtyř dívek hodnotí internetový portál idealni.cz kladně. Negativní reakce u jedné z dívek pramení z přesvědčení, že se zde většinou řeší postavy a množství zkonsumovaného jídla, což konkrétně v jejím případě léčbě nevyhovovalo. Neustálé myšlenky na jídlo a na váhu jí vracely zpět k nemoci, zvláště když viděla, že některé z dívek váží s podobnou výškou méně než ona. Pozitivně naopak hodnotila možnost získání nových přátel, se stejnými problémy. S několika dívkami z portálu je stále v kontaktu. Zbylé tři dívky chválily hlavně informace, které tu lidé mohou získat, jídelníčky, které si tu dívky zaznamenávají, a které mohou pomoci získat přehled o tom, jaké množství jídla je pro ně vhodné. Zdravým lidem to možná může připadat zvláštní, řešit každodenní jídelníčky, množství jídla nebo druhy potravin. Zdravý člověk se nad tím nepozastavuje, jí podle hladu a chuti. U poruch příjmu potravy je to jiné, pacienti jedí buď mnoho, nebo málo a určit správné množství pro ně není jednoduché. Přibírací jídelníčky musí obsahovat takové množství jídla, aby po něm pacientky přibíraly, u jídelníčků pro mentální bulimii je důležité zachovat pravidelnost a takové množství jídla, aby pacienti necítili potřebu se přejídat.

Dalším kladem tohoto portálu je fakt, že sdružuje ty, kteří se potýkají s podobnými problémy. V reálném světě pro ně existuje vcelku nízká pravděpodobnost, že ve svém okolí naleznou někoho takového, kdo momentálně řeší stejné problémy jako oni. Mnozí sice ve svém okolí mají přátele a rodinu, snažíci se jim pomoci, ale ti asi nikdy nemohou zcela pochopit jejich problémy tak, jako někdo, kdo si prochází stejnou situací. Tato komunita je založena na protikladu, ti s poruchou příjmu potravy versus ti zdraví. A právě pocit sounáležitosti k této skupině, může nemocným pomoci vyrovnat se s faktem, že trpí poruchou příjmu potravy. Hlavní cíl komunity netkví pouze v přiznání nemoci, ale většinu uživatelů spojuje i touha po uzdravení. Uznávaným členem skupiny se tak většinou mohou stát jen ti, co chtějí být zdraví. Těm, kteří teprve stojí na hranici rozhodnutí, zda se poruchy příjmu potravy zbavit, ostatní dodávají podporu v léčbě nebo je naopak kritizují za jejich chyby a nedostatečnou vůli se rozhodnout. Současně tu tedy funguje

i určitá sociální kontrola, zajišťující správný chod portálu, bez proanorektických příspěvků a návodů na hubnutí.

Negativa portálu mohou spočívat v jeho přístupnosti všem, kteří projeví zájem. V nedávné době sice proběhly malé změny v přihlašování, kdy obsah „Pokecu“ není dostupný všem návštěvníkům, ale pouze těm, kteří se zaregistrují, ovšem registrace není žádným způsobem omezená. Samozřejmě nelze zajistit, aby byl internetový portál přístupný jen pro některé vyvolené, to by bylo i technicky nemožné. S veřejným přístupem na portál existují také rizika pro uživatele, kdy si často neuvědomují, že si informace může přečíst kdokoli a uvádějí i velmi osobní informace. V poslední době jsem také zaregistrovala některé rušivé elementy v podobě uživatelů, kteří žádnou z poruch příjmu potravy netrpí, pouze zde hledají jistý druh zábavy. Často jednotlivé uživatele napadají, což má negativní vliv jak na nemocné, tak na celou komunitu.

S jistotou nelze říci, zda internetový portál idealni.cz nemocným s poruchami příjmu prospívá nebo jim škodí. Podle mého výzkumu se přikláním spíše k první variantě, vzhledem k výpovědím respondentek. Na druhou stranu nemusí být vhodný pro všechny nemocné a na některé z nich může působit negativně.

## 5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo odhalit průběh a vliv poruch příjmu potravy a vliv internetového portálu idealni.cz na účastníky mého výzkumu. V teoretické části jsem se pokusila přiblížit základní poznatky o této nemoci, v empirické části jsem nastínila výsledky rozhovorů, provedené se čtyřmi dívkami, které poruchami příjmu potravy trpí.

Průběh nemoci se u respondentek v některých věcech shodoval, v některých se lišil. U všech stálo na počátku onemocnění dietní chování, které se později vyvinulo v poruchu příjmu potravy. Spojoval je strach z jídla a ze ztráty štíhlé postavy. Jak se v průběhu rozhovorů ukázalo, u všech dívek se objevilo narušené vnímání vlastní postavy a nespokojenost s tělem, což je zřejmě částečně způsobeno nemocí a částečně vlivem západní společnosti a ideálem, který tato kultura vytváří. V průběhu nemoci se u tří ze čtyř dívek objevily problémy se sebopoškozováním, z čehož usuzuji, že s poruchami příjmu potravy často souvisí. Ani jedna z dívek neprošla hospitalizací na odborném pracovišti, o léčbu se snaží samy. To může znamenat, že ve skutečnosti je výskyt poruch příjmu potravy mnohem vyšší, než udávají statistiky získané z klinik, kde se tyto poruchy léčí. K rozhodnutí léčit se je důležité vlastní rozhodnutí, z velké části však dívkám napomohl partner, kterého zřejmě považují za jednu z nejdůležitějších osob, a kterého zároveň mohou díky nemoci ztratit. Důležitou roli sehrála i rodina, zde však na rozdíl od partnera nehrozí riziko ztráty a tak není tlak na vyléčení tak silný. Dalšími hrozbami byly zdravotní důvody a zejména strach z neplodnosti.

Nemoc se u respondentek lišila délkou a fází, ve které se v době rozhovorů nacházely. Odlišně také vnímaly důvody vedoucí ke vzniku onemocnění. Mezi možnými příčinami se objevovaly problémové dětství, zvýšené nároky na svou osobu, snaha o pozornost nebo touha trochu zhubnout. Ani jedna z dívek neuvedla možné ovlivnění médií nebo touhu vyrovnat se ideálu západní společnosti, i přes to, že tyto vlivy na ně působí.

Průběh nemoci se lišil ve své intenzitě a délce trvání, v jednom případě se u dívky s mentální anorexií postupně vyvinula mentální bulimie.

Během nemoci byl prokazatelně ovlivněn život dívek, postiženy byly po stránce fyzické i psychické. Většinou se u nich projevovaly typické příznaky, zejména deprese, vypadávání vlasů, suchá pokožka, lámavost nehtů, neustálá zima, křeče, vynechání menstruace a podobně. U jedné z dívek hrozí neplodnost. U ostatních se zatím žádné vážnější zdravotní komplikace neobjevily. Velmi trpěl i společenský život respondentek. Omezily sociální interakce se svými přáteli a rodinou, postupně se izolovaly od svého okolí a jejich hlavním zájmem se stala porucha příjmu potravy. Neprojevovaly zájem téměř o nic jiného. Po vyléčení se většinou společenský život a vztahy obnoví. Dlouhodobější vliv poruchy se zatím u těchto dívek nedá plně určit, nemoc u nich probíhá nebo proběhla teprve nedávno. Lze však usuzovat, že k určitému ovlivnění do budoucna dojde, u dívek se často vyskytuje strach z návratu nemoci. Možnost relapsu u tohoto onemocnění bývá velmi vysoká, je důležité udržovat se v dobrém psychickém stavu a vyvarovat se rizikovým situacím, které by mohly k návratu poruchy příjmu potravy přispět. Některé respondentky uvedly, že pro ně porucha byla významnou zkušeností a pomohla jim uvědomit si, co je ve skutečnosti důležité.

Vliv internetového portálu [idealni.cz](http://idealni.cz) na nemoc byl u mých respondentek hodnocen převážně kladně. Pouze jedna z dívek uvedla, že jí navštěvování tohoto portálu nevyhovovalo ve všech oblastech. Ostatní považovaly za přínosné především zaznamenávání jídelníčků a seznámení se s lidmi, kteří trpí stejným problémem. To přináší pocit začlenění do nějaké skupiny a možnost svěřit se někomu, kdo může porozumět. Dívky získaly pocit, že někam patří a mohou se svěřit někomu, kdo jim porozumí lépe než jejich reálné okolí. Částečně jim tento portál dopomohl v rozhodování léčit se a uvědomit si, že jsou nemocné. Kontrola od ostatních členů umožňuje zlepšování stavu léčby, a pokud se chcete stát uznávaným členem této komunity, měli byste se řídit základy léčby a vykazovat jisté úspěchy a pokroky. Tři dívky hodnotily portál jako přínosný v jejich léčbě, získaly zde informace o nemoci, přehled o doporučeném množství jídla a mohly se srovnávat s ostatními. Výhodou je i kontrola v léčbě, kterou si navzájem uživatelé poskytují. Nevýhodou je

možnost zneužití některých údajů, které o sobě uživatelé poskytují a někomu nemusí vyhovovat neustálé debaty o jídle a váze. Celkově však byl portál hodnocen pozitivně a příznivým vlivem pro léčbu.

## 6 BIBLIOGRAFIE

- 1) DAGMAR, Benešová; LENKA, Mičová. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Praha : Mac, spol. s r. o., 2003. 31 s. ISBN 80-86015-91-2
- 2) CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy : jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha : Pragma, 2001. 264 s.
- 3) COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání : jak se uzdravit*. Olomouc : VOTOBIA, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2
- 4) FRAŇKOVÁ, Slávka, DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha : Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1
- 5) GROGAN, Sarah. *Body image : Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha : Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1
- 6) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 11 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- 7) KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
- 8) KRCH, František D. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha : Grada, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
- 9) KRCH, František D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
- 10) LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. Praha : Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- 11) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8
- 12) PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

## 7 INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) *Doktorka.cz* [online]. 20.6. 2002 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://psychologie.doktorka.cz/jsou-pro-anorekticke-internetove/>>.
- 2) *Idealni.cz* [online]. 2002 [cit. 2010-02-28]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.pppinfo.cz/onas.asp>>.
- 3) *Idealni.cz* [online]. 2004 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <[http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=404#ixzz0jH3DExwb](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=404#ixzz0jH3DExwb)>.
- 4) *Lekari-online.cz* [online]. 4.11. 2008 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/psychologie-psychiatrie/novinky/anorexie-hlad-duse-tela>>.
- 5) *Livinka.webgarden.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-03-25]. My Pro-Ana/Pro-Mia blog:). Dostupné z WWW: <<http://livinka.webgarden.cz/>>.
- 6) *Pro-ana-lovexky.blog* [online]. 2008 [cit. 2010-03-25]. Ana forever. Dostupné z WWW: <<http://pro-ana-lovexky.blog.cz/>>.
- 7) *Vypocet.cz* [online]. 2007 [cit. 2010-02-28]. BMI. Dostupné z WWW: <<http://www.vypocet.cz/bmi>>.
- 8) *Wikipedia.org* [online]. 21.2. 2010 [cit. 2010-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Pro-ana>>.
- 9) *Wikipedia.org* [online]. 2009 [cit. 2010-03-26]. Wikipedie. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:BMI\\_grid\\_cs.svg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:BMI_grid_cs.svg)>.
- 10) Z deníku bulimičky: Úvodní slovo odborníků. *Dama.cz* [online]. 2003, [cit. 2010-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>>.



## 8 PŘÍLOHY

### Seznam příloh:

Příloha č. 1: Seznam respondentek

Příloha č. 2: Příklady jídelníčků pro osoby s mentální bulimií a mentální anorexií

Příloha č. 3: Tabulka 1: Hodnoty BMI pro dospělého člověka

Příloha č. 4: Graf 1: Hodnoty indexu tělesné hmotnosti

Příloha č. 5: Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let

### **Příloha č. 1: Seznam respondentek**

K rozlišení respondentek jsem použila fiktivní jména, ostatní údaje souhlasí s tím, co mi o sobě dívky sdělily.

Tereza: - žena, 23 let

- mentální anorexie
- výška 161 cm, momentální váha asi 48 kg (nejméně 39 kg)

Lucie: - žena, 18 let

- mentální anorexie
- výška 164 cm, momentální váha 46 – 47 kg (nejméně 43 kg)

Katka: - žena, 20 let

- mentální anorexie
- výška 183 cm, momentální váha 65 kg (nejméně 56kg)

Monika: - žena, 24 let

- nejdříve mentální anorexie, později mentální bulimie
- výška 166 cm, momentální váha asi 56 kg (nejméně 50 kg)

**Příloha č. 2:** Příklady jídelníčků pro osoby s mentální bulimií a mentální anorexií (převzato z internetového portálu idealni.cz<sup>14</sup>)

	<b>Běžná porce</b>	<b>Porce při podvázce</b>
snídaně	2 celozrnné rohlíky se sýrem	2 celozrnné rohlíky s máslem a sýrem
svačina	hruška	BeBe sušenka, hruška
oběd	pečená sekaná, bramborová kaše, zeleninový salát	drůbková polévka, pečená sekaná, bramborová kaše, větší zeleninový salát se sýrem
svačina	jablko	puding s ovoce
večeře	vaječná omeleta se šunkou, 1 ks pečiva	vaječná omeleta se šunkou, 2 ks pečiva
2. večeře	meloun či jablko	smetanový jogurt, meloun či jablko

	<b>Běžná porce</b>	<b>Porce při podvázce</b>
snídaně	2 koblihy	2 koblihy, slazený nápoj
svačina	mandarinka	bramborová polévka, hovězí svíčková na smetaně, houskový knedlík (5 – 6 ks), ovocný kompot
oběd	hovězí svíčková na smetaně, houskový knedlík (3 – 4 ks)	vanilkový puding, kiwi
svačina	kiwi	zapečené těstoviny, okurka
večeře	zapečené těstoviny, okurka	chléb s lučinou, zelenina
2. večeře	míchaná zelenina	

	<b>Běžná porce</b>	<b>Porce při podvázce</b>
snídaně	2 ks bábovky, čaj (káva/kakao)	3 ks bábovky, slazený čaj (káva/kakao)
svačina	ovocný jogurtový nápoj	ovocný jogurtový nápoj + rohlík
oběd	zapečená brokolice se sýrem a smetanou, brambory	hrachová polévka, zapečená brokolice se sýrem a smetanou, brambory, tvarohový dezert
svačina	zmrzlina/nanuk	zmrzlina/nanuk
večeře	zapečené rybí filé s vajíčkem, brambory, obloha	zapečené rybí filé s vajíčkem (2 ks), brambory, obloha
2. večeře	ovoce	rohlík s máslem a šunkou, jablko

<sup>14</sup> *Idealni.cz* [online]. 2002 - 2010 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <[http://www.pppinfo.cz/stravovani\\_menu.asp](http://www.pppinfo.cz/stravovani_menu.asp)>.

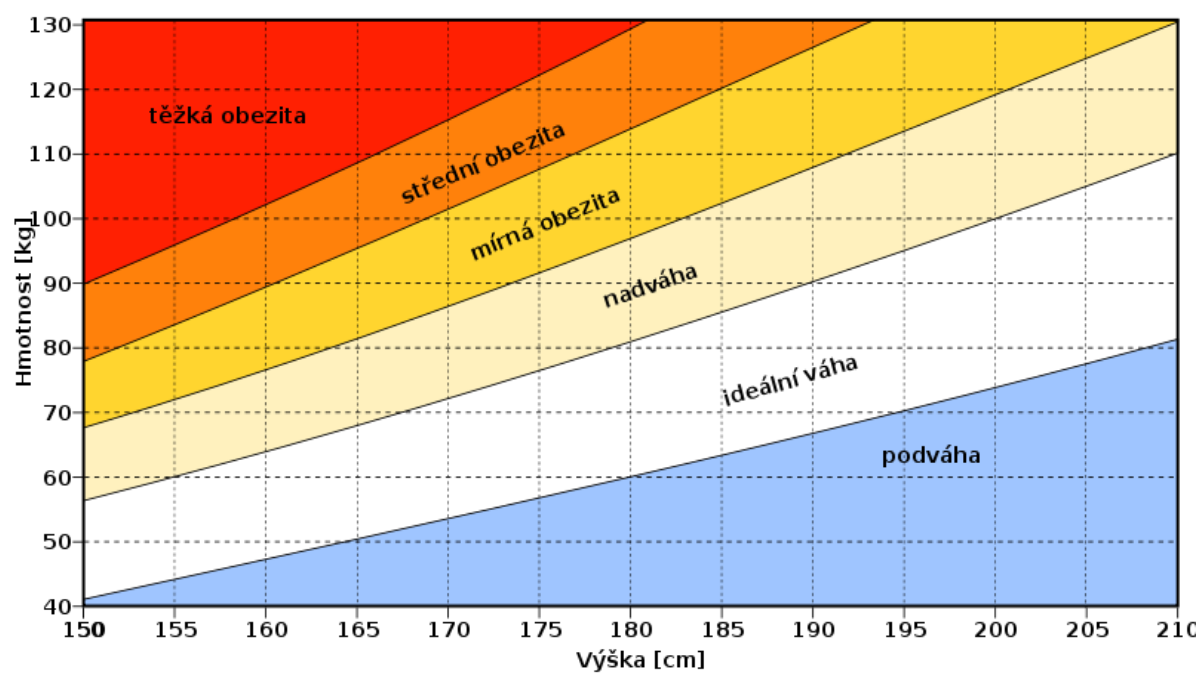
	<b>Běžná porce</b>	<b>Porce při podvázce</b>
snídaně	2 tvarohové šátečky	2 tvarohové šátečky, slazený nápoj
svačina	chléb s paštikou	chléb s máslem a paštikou
oběd	květáková polévka, smažený obalovaný květák s bramborem a jogurtovým dresingem	květáková polévka, smažený obalovaný květák s bramborem a jogurtovým dresingem, tvarohový koláč
svačina	croissant	croissant, jablko
večeře	přírodní kuřecí plátek, brambor, obloha	přírodní kuřecí plátek, brambory, obloha
2. večeře	pomeranč	smetanový jogurt, rohlík

**Příloha č. 3:** Tabulka 1: Hodnoty BMI pro dospělého člověka (převzato z internetového portálu [idealni.cz](http://idealni.cz)<sup>15)</sup>)

<b>hodnota BMI</b>	<b>komentář</b>
méně než 17,5	velká podváha
17,5 - 18,5	podváha
18,5 - 24,9	normální rozmezí
25 - 29,9	mírná obezita
30 - 39,9	obezita
40 a více	těžká obezita

<sup>15</sup> [idealni.cz](http://www.idealni.cz) [online]. 2004 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <[http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=404#ixzz0jH3DExwb](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=404#ixzz0jH3DExwb)>.

**Příloha č. 4:** Graf 1: Hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI)<sup>16</sup>



<sup>16</sup> *Cs.wikipedia.org* [online]. 2009 [cit. 2010-03-26]. Wikipedie. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:BMI\\_grid\\_cs.svg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:BMI_grid_cs.svg)>.

**Příloha č. 5:** Tabulka 2.: Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let (zaokrouhlené odhady u ženy s normální tělesnou konstrukcí)  
(Převzato z: Krch, F. D., 2003: 64)

Tělesná výška (cm)	Tělesná váha (kg)
158	48 – 54
159	49 – 55
160	49,5 – 55,5
161	50 – 56
162	50,5 – 57
163	51 – 57,5
164	51,5 – 58
165	52 – 58,5
166	53 – 59,5
167	53,5 – 60,5
168	54,5 – 61,5
169	55 – 62
170	55,5 – 62,5
171	56 – 63,5
172	57 – 64
173	58 – 65
174	58,5 – 66
175	59 – 66,5
176	60 – 67
177	60,5 – 67,5
178	61 – 68,5