

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Život s poruchou příjmu potravy

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2020/2021

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Janglová**  
Osobní číslo: **H19053**  
Studijní program: **B0288A250002 Humanitní studia**  
Specializace: **Specializace v pedagogických vědách**  
Téma práce: **Život s poruchou příjmu potravy**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

## Zásady pro vypracování

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou duševního onemocnění, přesněji poruchami příjmu potravy. Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část se bude zaměřovat na vymezení pojmů mentální anorexie a mentální bulimie, nejčastější projevy, příčiny vzniku, důsledky, léčbu, historii daných poruch a vymezení nových a atypických poruch příjmu potravy. Druhá část bude tvořena formou kvalitativního výzkumu za pomoci výzkumného nástroje polostrukturovaný rozhovor. Cílem výzkumného šetření bude u vybraných osob zjistit a zdokumentovat jejich životní cestu s poruchou příjmu potravy od vzniku poruchy, přes léčbu až po život po léčbě. Vliv poruchy na partnerské, rodinné či sociální vztahy, a jak ovlivnila jejich život do budoucnosti. Výzkumný vzorek budou představovat lidé, kteří si poruchou příjmu potravy v minulosti prošli.

Rozsah pracovní zprávy:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5  
HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9  
KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.  
KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4  
ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti- Obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Hájková**  
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **1. května 2021**

Termín odevzdání bakalářské práce: **1. května 2022**

**doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.** v.r.  
děkan

**Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. května 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem Život s poruchou příjmu potravy 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26. 03. 2022

Nikola Janglová v. r

#### Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Hájkové za její pomocnou ruku, cenné rady a čas při konzultačních hodinách. Dále děkuji všem informantům výzkumu a v neposlední řadě také rodině a přátelům, kteří mě vždy podpořili.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou duševního onemocnění, přesněji poruchami příjmu potravy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část se zaměřuje na vymezení pojmů mentální anorexie a mentální bulimie, historii daných poruch a vymezení nových a atypických poruch příjmu potravy, nejčastější projevy, příčiny vzniku, léčbu a následky. Druhá část je tvořena formou kvalitativního výzkumu za pomoci výzkumného nástroje polostrukturovaný rozhovor. Cílem výzkumu je u vybraných osob zjistit, jak vnímají a popisují život s poruchou příjmu potravy od vzniku poruchy, přes léčbu až po život po léčbě. Jaký vliv mají poruchy příjmu potravy na partnerské, rodinné či sociální vztahy, a jak ovlivnila jejich život do budoucnosti. Výzkumný vzorek představují lidé, kteří si poruchou příjmu potravy v minulosti prošli.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

poruchy příjmu potravy, duševní onemocnění, ideál krásy, příčiny, projevy, léčba, následky

## **TITLE**

Life with Eating Disorder

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis focuses on mental illness problems, more precisely eating disorders. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is explaining the definition of anorexia nervosa and bulimia nervosa terms, focusing on the history of these disorders and the determination of new and atypical eating disorders, most frequent manifestations, root causes, treatment and its consequences. The practical part is written in qualitative research form with the support of an investigative tool called semi-structured interview. The main goal of this research is to find out how selected personalities perceive and describe life with atypical eating disorders from its beginning, through treatment, till the end of these disorders and life after successful cure. Furthermore, what kind of influence do these disorders have on a partner, family and social relationships and how does it affect their lives in the future. The research sample represents people who passed through eating disorders in the past.

## **KEYWORDS**

eating disorders, mental illness, ideal of beauty, causes, manifestations, treatment, consequences

## Obsah

Úvod.....	10
1 Poruchy příjmu potravy.....	11
2 Historie poruch příjmu potravy.....	12
3 Dělení poruch příjmu potravy.....	13
3.1 Mentální anorexie.....	14
3.2 Mentální bulimie.....	16
3.3 Nové, atypické a nespecifické typy poruch příjmu potravy.....	18
3.3.1 Záchvatové přejídání.....	19
3.3.2 Noční přejídání.....	19
3.3.3 Ortorexie.....	20
3.3.4 Drunkorexie.....	20
3.3.5 Bigorexie.....	20
4 Cesta k poruchám příjmu potravy.....	21
4.1 Determinanty přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy.....	21
4.1.1 Biologické faktory.....	22
4.1.2 Psychické faktory.....	22
4.1.3 Sociální faktory a vliv médií.....	22
4.2 Projevy.....	23
5 Cesta z poruch příjmu potravy.....	25
5.1 Léčba.....	25
5.1.1 Vliv rodiny a rodinná terapie.....	25
5.1.2 Hospitalizace.....	26
5.1.3 Částečná hospitalizace a denní stacionář.....	26
5.1.4 Ambulantní péče.....	27
5.1.5 Svépomoc.....	27
5.1.6 Kognitivně – behaviorální terapie.....	27
6 Následky poruch příjmu potravy.....	28
6.1 Psychické následky.....	28
6.2 Zdravotní následky.....	28
6.3 Sociální následky.....	30
7 Metodologie vědeckého výzkumu.....	30
7.1 Metoda zpracování.....	30
7.1.1 Výzkumné šetření – Kvalitativní výzkum.....	30
7.1.2 Přístup výzkumu – Případové studie.....	31



7.1.3 Metoda výzkumu – Rozhovor.....	31
7.1.4 Výzkumný nástroj – Polostrukturovaný rozhovor.....	32
7.1.5 Výběr osob – snowball sampling.....	32
7.2 Výzkumný problém.....	32
7.3 Předmět zkoumání.....	33
8 Příprava před uskutečněním rozhovorů.....	33
8.1 Volba otázek.....	34
9 Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
10 Analýza dat.....	36
10.1 Osobní anamnéza.....	36
Tělesný stav před poruchami příjmu potravy.....	38
Vztah k jídlu před poruchami příjmu potravy.....	38
Pocit hladu.....	39
10.2 Začátek onemocnění.....	39
Komentáře ostatních na počátku nemoci.....	39
Skrývání nemoci.....	40
Projevy nemoci.....	40
10.3 Vyhledání pomoci.....	41
10.4 Léčba.....	41
Délka trvání léčby.....	42
Vztah ke svému tělu v průběhu léčby.....	42
Vztah k jídlu v průběhu léčby.....	43
10.5 Dopad nemoci.....	43
Vliv onemocnění na partnerské, rodinné a sociální vztahy.....	43
Následky nemoci.....	44
10.6 Současný stav.....	45
Vztah k vlastnímu tělu v současné době.....	45
Vztah k jídlu v současné době.....	46
Vliv médií a pomoc druhým.....	46
11 Závěrečné hodnocení a shrnutí výzkumu.....	47
Závěr.....	50
Knižní publikace a jiné zdroje.....	52
PŘÍLOHA 1: Otázky k rozhovorům.....	56

## Úvod

Konzumace potravy je pro jedince jednou z nejdůležitějších fyziologických potřeb. Pojí se s ní náš psychický, fyzický a tělesný stav, uznání a seberealizace. Nikdo si nedokáže představit život bez jídla, avšak jsou mezi námi jedinci jakéhokoli věku, kteří se potýkají s duševním onemocněním a trpí poruchou příjmu potravy. Tito jedinci se snaží být “dokonalými“ a to nejen pro sebe, ale také pro své okolí. Díky mnoha radikálním způsobům se dopouštějí mnohdy nenapravitelných chyb kvůli přijetí a ocenění ve společnosti.

Hlavním cílem práce je u vybraných osob zjistit, jak vnímají a popisují svůj život s poruchou příjmu potravy. Téma bakalářské práce jsem si vybrala záměrně. Vzhledem k důležitosti a aktuálnosti tématu mě problematika velmi láká. V dnešním světě je porozumění této oblasti důležité, aktuální a v širší společnosti se mu nedostává patřičné pozornosti i přesto, že i po vyléčení zanechává nemoc na jedinci následky po celý život.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část se zaměřuje na teorii a vymezení základních pojmů týkající se poruch příjmu potravy. Za pomoci kompilací odborných děl jsou vysvětleny poruchy příjmu potravy v širším pojetí a jejich dlouhodobá historie, základní druhy nemoci mentální anorexie, mentální bulimie a nové, atypické a nespecifické typy. Dalším tématem jsou příčiny vzniku onemocnění rozdělené na biologické, psychické a sociální faktory a vliv médií spojený s kultem krásy. Důležitost je v práci kladena i na léčbu, její základní druhy a možnosti hospitalizace. Poslední okruh se zabývá psychickými, zdravotními a sociálními následky, kterými trpí jedinci po vyléčení.

Druhá část odpovídá na hlavní a dílčí výzkumné otázky. Praktická část je tvořena za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Jako přístup výzkumu jsou zvoleny případové studie jednotlivých informantů. Výzkumný nástroj je využit polostrokturovaný rozhovor. I když se jedná o velice citlivé téma, informanti se ve výzkumu světili s velmi cennými informacemi o jejich životě s poruchou příjmu potravy a v současnosti. Díky získaným údajům jsem se dostala k jádru problematiky a získala nový pohled na osoby, jež se potýkaly s daným onemocněním.

# 1 Poruchy příjmu potravy

O poruchách příjmu potravy můžeme hovořit jako o narušení jídelních návyků, které závažně ovlivňují psychické a fyzické zdraví jedince a narušují jeho život v sociální, kulturní a profesní sféře. Problémy týkající se potravy nemusí nutně značit, že je s jedincem něco v nepořádku. Může být však znamením, že se dostal do pasti, ze které sám nedokáže najít cestu ven (Middleton; Smith, 2013). Potrava se pro člověka stává odměnou, únikem, výplní volného času, či komunikačním prostředkem. Aby bylo tělo zdravé a prosperující, potřebuje pro svou funkci dostatečné kvantum živin. Pokud jej nepřijme v patřičném množství, můžeme hovořit o pevné základně pro závažné onemocnění (Krch a kol., 2005).

Řídit a snížit svou váhu se snaží stále větší počet nejen lidí s nadváhou či obezitou, ale také těch, co vykazují hmotnostní normu. Mnozí z nich chtějí buď zhubnout, anebo se alespoň pokusit nepřibrat (Křivohlavý, 2009). To však může vyústit do fáze, ve které dochází k narušenému vnímání vlastního těla (Marádová, 2007), neustálé nespokojenosti, držení diet a nadměrnému cvičení (Křivohlavý, 2009). Jedinci začínají dlouhodobě odmítat potravu nejprve částečně až téměř úplně. Díky postupné touze vypadat podle představ, se nemoc rozvíjí pomalu a nenápadně. Nemocným mění porucha příjmu potravy kvalitu života a při dlouhodobém průběhu se dostavuje velké množství negativních dopadů nejen na jedince, ale také na jeho okolí (Krch a kol., 2005).

Jednu z nejohroženějších životních období je školní věk a adolescence (Krch a kol., 2005), přičemž se onemocnění projevuje desetkrát až dvacetkrát častěji u dívek než u chlapců. V této životní fázi dochází u dívek ke změně tvaru těla a přibývají na tělesné hmotnosti, což vede k nelibosti a chuti bojovat proti biologickým proporcím. U chlapců se onemocnění objevuje spíše zřídka, neboť v této životní etapě nabývají svalovou hmotu, a tím se přibližují k pomyslnému ideálu. Avšak jedinci v tak nízkém věku často neví, jakou by měly mít optimální váhu (Marádová, 2007) a umírají díky nesplnitelné snaze o dosažení bezchybnosti (Claude-Pierre, 2001).

Další ohroženou skupinu tvoří ženy a muži v období dospělosti. Mezi nejčastější příčinu se uvádí nátlak společnosti o ideálu krásy. Mnoho žen se držením diet a hladověním zkouší těmto iluzím přiblížit a být "dokonalými". V mužské populaci jsou nejvíce ohroženi sportovci a různé menšinové skupiny (například sexuální, genderové,..) (Nagata a kol., 2020). Mnohdy je být perfektní v souladu s očekáváními, které určuje společnost. V tomto období se dle studií

uvádí, že ženy trpí spíše mentální anorexií, přičemž mužům je častěji diagnostikována mentální bulimie a atypické poruchy příjmu potravy (Coelho et al., 2018).

Pohled na danou problematiku společnost postupně měnila. Autorka Claude-Pierre (2001) vysvětluje, že před rokem 2001 společnost neoceňovala ženu za její vlastnosti, ale za to, jak vypadala navenek. Přičemž Procházková a Ševčíková (2017) o několik let poté uvádějí, že v moderní a pokročilé době je “dokonalý“ člověk ten, který je sám se sebou spokojený, vnímá tělo a jeho potřeby, má laskavý přístup k sobě i svému okolí a přiměřeně sportuje. Musíme mít však na paměti, že dokonalost brání člověku přijmout se takový, jaký opravdu je. Skutečná bezchybnost je osvobodit se od všech vnějších vlivů a realizovat své schopnosti a dovednosti (Ugli, 2019).

## 2 Historie poruch příjmu potravy

Téma poruch příjmu potravy zmiňuje mnoho odborníků již v daleké minulosti. Jedny z prvních dochovaných záznamů spadají až do období starověku. V 5. století před naším letopočtem se o odmítání jídla zmiňoval Hippokrates pod názvem *asithia*<sup>1</sup> (Papežová, 2010). V období starověku bylo připisováno dlouhodobé odmítání jídla k nadpřirozeným silám a tradovalo se, že tyto jedince ovládá ďábel. V pozdním středověku zbožné ženy uváděly, že je bez jídla, nebo pouze s omezeným množstvím potravy, udržuje při životě Bůh (Krch a kol., 2005). Hladovění, držení diet nebo přijímání velmi malé hodnotné stravy bylo nejen u žen součástí náboženských obřadů, protestů a sebetrestajících praktik. Již v dobách antiky bylo zavedeno dodržování půstu, což symbolizovalo život spousty asketickým křesťanů (Marádová, 2007).

Postupem času se pojetí měnilo. Jednou z teorií 18. století bylo, že tyto osoby dokáží žít díky výživným částicím, jež jsou součástí vzduchu (Krch a spol., 2005), nebo byla nemoc přikládána k chorobným či nezdravým jevům. Mnoho expertů se domnívalo, že je hladovění somatickou příčinou, a proto se začaly objevovat poruchy příjmu potravy v publikacích zaměřující se na špatné fungování žaludku (Procházková; Ševčíková, 2017). Později, v 19. století, bylo nahlíženo na odmítání jídla jako na známku onemocnění či na nemožný úkaz (Krch a kol., 2005).

---

<sup>1</sup> Název byl prisuzován především špatným tekutinám v těle jedince.

I přesto, že se jedná o velmi závažné onemocnění, a v posledním desetiletí byla problematika věnována patřičná pozornost, víme o poruchách příjmu potravy stále velmi málo. Důvodem je mnoho přístupů nahlízející na faktory, jež ovlivňují příčiny vzniku onemocnění. Například Novák (2010) zdůrazňuje individuální, rodinné a sociokulturní faktory, zatímco Procházková a Ševčíková (2017) píše o faktorech bio-psycho-sociálních a Krch (2005) ve své publikaci zmiňuje navíc faktory kulturní, genetické a emocionální.

V posledních desetiletí došlo k dramatickému nárůstu poruch příjmu jídla především u západního obyvatelstva. Lager a McGee (2003) ve svém článku vyzdvihli okolnost, že dle odhadů American Anorexia and Bulimie Association téměř každý americký občan za svůj život trpěl před rokem 2003 problémem týkající se hmotnosti či vzhledu (Novák, 2010). Informace o počtu pacientů s poruchami příjmu potravy v České republice zveřejnil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2018. Za rok 2017 evidují na našem území 4 185 hospitalizovaných pacientů s poruchami příjmu potravy (ÚZIS, 2018).

### **3 Dělení poruch příjmu potravy**

Lidské onemocnění, poruchy a jiné zdravotní problémy jsou dle Světové zdravotnické organizace kodifikovány v systému Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN). Dnes se řídíme desátou revizí, jež vstoupila v platnost 1. 1. 1993 (MKN – 10,2021). Od té doby byla několikrát aktualizována. Poslední aktualizované vydání je v České republice z 1. 1. 2020 (ÚZIS, 2021). Jednotlivé klasifikace se člení do skupin, které nemoci obecně určují a definují. Problematickou částí se stává oddíl číslo pět, označený pod písmenem F. Do této kategorie spadají duševní poruchy, tedy i poruchy příjmu potravy, a poruchy chování. Na duševní poruchy se zaměřuje i Americká psychiatrická asociace, která vytvořila systém Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM), dnes již s pátou revizí (DSM – 5). Tyto dva systémy (MKN a DSM) nedokážeme dostatečně zkombinovat, neboť DSM se orientuje na výzkum a publikace a MKN naopak směřuje do klinické praxe (Krch a kol., 2005).

Následující tabulka znázorňuje přehled poruch příjmu potravy v MKN – 10 (MKN – 10, 2021):

Kód	Název
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy příjmu potravy
F50.9	Porucha příjmu potravy NS

Tabulka č. 1: Přehled poruch příjmu potravy v MKN – 10

### 3.1 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je charakteristické, že pacienti chtějí úmyslně snížit svou váhu na minimum (Krch a kol. 2005) a jsou přesvědčeni, že pouze pokles dosavadní hmotnosti jim dodá pocit štěstí a spokojenosti. Anorektici mnohdy vidí nadbytečný tuk tam, kde doopravdy není (Fialová, 2007). Ovšem svou vinu na zkreslený sebeobraz mají většinou média, módní průmysl a kinematografie. S mentální anorexií jsou spojovány hlavně ženy, na které je ze všech stran valen tlak, že krása, štěstí a sebehodnota závisí na postavě a váze (Krch, 2010).

První zmínky o anorexii datujeme již z dob starověku. Historie spadá do antiky, kdy termín anorexie vysvětloval status *orexis* jako stav únavy a apatie. Dále se připisoval ke ztrátě chuti k jídlu zapříčiněné špatným tekutinám uvnitř těla pod označením *asithia*. Jedním z nejvýznamnějších odborníků v oboru medicíny v antické době byl lékař Galén, jenž používal termín *anorexia* jako snížení chuti k jídlu, nebo byl k potravě vázán úplný odpor. Společně s Hippokratem používal již zmíněné slovo *asitia*, pokud jedinec potravu odmítal. Později bylo chápání změněno a odborníci připisovali anorexii k somatické poruše, přesněji onemocnění žaludku. V roce 1840 na toto pojetí navázal a reagoval francouzský fyziolog Fleury Imbert, který rozdělil anorexii na dva druhy. Prvním byla gastrická anorexie, při které hledal příčinu v poruše trávení a druhou označoval jako nervovou anorexii spojenou s poruchou mozku, jenž nesignalizuje u pacientů chuť k jídlu (Krch a kol., 2005). Díky národnosti autora a prosazování názorů převážně ve Francii, se objevuje termín nervová anorexie nejčastěji ve francouzské literatuře (Papežová, 2010). Pojetí však nebylo dostatečně ohodnoceno a jiní lékařští vědci na něj nebrali zřetel. Později, v roce 1874, byl úspěšně zaveden termín známý dodnes *anorexia*

*nervosa* (mentální anorexie). Zasloužil se o něj britský lékař William Gull společně s francouzským lékařem Ernestem-Charlesem Laséguem. Od roku 1914 se hovořilo o onemocnění jako o duševní poruše. Další převrat přišel s myšlenkou patologa Morrise Simmonsa, jenž objevil u pacientů vyhublých na kost léze v mozgovém podvěsku. Od této doby byla mentální anorexie spjata s kachexií<sup>2</sup>. S vývojem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny byl tento fakt vyvrácen a mentální anorexie se opět přesunula do učebnic zabývajících se duševním onemocněním. K původnímu pojetí Gulla a Laseguea byl později přidán rys o ustavičné snaze udržet si štíhlou linii a narušenému vnímání vlastního těla (Krch a kol., 2005). Světová zdravotnická organizace prohlásila v roce 1987 mentální anorexii za jednu z hlavních problémů týkající se celé populace (Procházková; Ševčíková, 2017).

U nás se problematikou začal zabývat František Faltus roku 1963. Na pražské 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se nejprve věnoval studiu mentální anorexie a v roce 1983 založil na Psychiatrické klinice v Praze jednu z prvních jednotek specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na duševním podkladu. Toto oddělení bylo jako první ve střední a východní Evropě (Papežová, 2010).

Mentální anorexie, tak jak ji známe dnes, je boj s chutí a hladem. Jedinci často nachází v onemocnění potěšení a úlevu. Anorektici odmítají potravu, protože jíst nechtějí, i kdyby měli chuť (Procházková; Ševčíková, 2017) a opomíjejí varovné signály těla na nemožnost fungování při nízké hmotnostní váze. S nástupem onemocnění se anorektikům mění jídelníček, vyžadují co nejmenší porce, konzumují pomalu, rozvážně a dlouho. V jídle se nimrají, odmítají stolovat s publikem a mají většinou zvýšenou chuť na sladké (Marádová, 2007).

Tato porucha má svá diagnostická kritéria, podle níž se nemoc určuje a vymezuje. Každý pacient musí vykazovat všechny tři určené znaky. Jedná se o: „*aktivní dodržování abnormálně nízké hmotnosti; strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost; u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky*“ (Krch 2010, s. 25). Snížení váhy se nejčastěji dosahuje buď hladověním, nebo přijímáním malého množství jídla spojené s nadměrným cvičením. Po konzumaci potravy anorektici mnohdy zvrací, užívají projímadla (laxativa), medikamenty potlačující chuť k jídlu (anorektika) a zneužívají léky určené ke zvýšenému vylučování moči a odvodnění (diuretika) (Marádová, 2007).

---

<sup>2</sup> Simmonsova choroba spojena s rychlým hubnutím, slabostí a nedostatečností předního laloku hypofýzy hypopituitarismus.

Nespecifickou mentální anorexii dělíme dle mnoho odborných literatur na dva druhy- bulimický typ a nebulimický typ. První vykazuje měřítko vyhublosti (Krch, 2010), ale s rozdílem, že se nemocný uchyluje k záchvatovému přejídání a následně zvrací nebo si podává projímadla. U nebulimického typu naopak nedochází k záchvatovému přejídání (Procházková; Ševčíková, 2017), ale objevuje se kolísání nálady a sklon k závislosti na alkoholu. Tento typ se spojuje s hraniční poruchou osobnosti (Krch a kol. 2005).

Diagnóza mentální anorexie postihuje nejčastěji mladou generaci v období dětství a dospívání, přičemž příznaky byly vyzorovány u 6 % dívek na konci puberty (Krch a kol. 2005). Při tvorbě výzkumů v předešlých letech se dle Marádové (2007) objevuje daná duševní porucha průměrně od třinácti do dvaceti let. Avšak začátky onemocnění jsou zaznamenány již u dívek ve věku deseti let a méně. V tomto vyvíjejícím období je mentální anorexie velmi nebezpečná a je potřeba co nejdříve vyhledat lékařskou pomoc, neboť dochází k odvodňování těla, nevratnému zastavení růstu, potlačení sexuálního a psychosociálního zrání a pocitům deprese. Jelikož jsou pacienti teprve v části vývoje, mají menší tukové zásoby a dříve nastupují komplikace (Krch, 2010). Pokud se mentální anorexie objeví u chlapců ještě před pubertou, zastaví se růst genitálií. U dívek nemusí dojít ke spuštění menstruace. U mužů v pozdním věku zaniká potence a snižuje se sexuální zájem. U žen je typická endogenní porucha *anemorea*, tedy absence menstruačního cyklu (Procházková; Ševčíková, 2017).

Studie před rokem 2005 uvádějí, že úmrtnost pacientů trpící mentální anorexií je 2 – 8 %, což je třikrát více než u jiných duševních poruch (Krch a kol., 2005) a vyléčí se průměrně 50% nemocných (Marádová, 2007). Ve výjimečných případech se pacienti stanou natolik ohroženi svou psychickou a fyzickou stránkou, že nemohou opustit nemocniční zařízení (Krch a kol., 2005).

### **3.2 Mentální bulimie**

Onemocnění mentální bulimie se vyznačuje opakovaným cyklem záchvatového přejídání a následným hladověním, přičemž dále souvisí s přehnanou kontrolou své váhy (Procházková; Ševčíková, 2017). Oproti nadměrné kontrole potravy, jež trpí anorektici, bulimici tuto kontrolu ztrácí (Krch a kol. 2005). Jedná se o nekonečný koloběh, kdy nemocní trpí hladověním až do fáze, kdy tento stav nevydrží a přejí se. Poté započnou výčitky svědomí a deprese ze selhání. Opět následuje hladovění, přísné diety a takto stále dokola. Claude-Pierre (2001) uvádí, že jídlo pro bulimiky znamená život, avšak nechtějí jíst, protože je strava odměnou za držení hladovek a diet, ale jelikož vždycky selžou, potravu si nezaslouží.



Historii přejídání datujeme velmi podobně jako u odmítání potravy. Ve starověku bylo přejídání pouze u vysoce postavených osob, či se jedlíci na jarmarcích pokoušeli obžerstvím obveselovat veřejnost. Jeden z dochovaných pojmů týkající se této problematiky nazýváme *boulimos*, jenž vychází ze dvou slov – *Bous* jakožto vůl či býk a *limos* označující hlad. Jedná se tedy o obrovský až chorobný hlad, který byl vysvětlován tak, že člověk je z hladu ochotný sníst celého býka či vola (Procházková; Ševčíková, 2017). V tomto duchu se dochovala zmínka v díle řeckého dramatika a básníka Timokla ze 4. století před naším letopočtem (Krch a kol., 2005). S daným pojmem nadále pracoval i Hippokrates, který nemoc popisoval jako nezdravý hlad oproti klasickému hladu. Nadále pojem používal i Aristofanes, Xenofon a další antičtí odborníci. Pojem vyjadřoval epizody přejídání se vyvolávané netradičním hladem (Stunkard, 1993 in Krch a kol. 2005). S touto myšlenkou bylo pohráváno až do 18. století, přičemž se pojetí a různé významy částečně měnily. V 18. století bylo rozlišeno některými nozology až sedm druhů bulimie. Čtyři byly spjaty s dalšími symptomy (například cizopasnici v žaludku). Pojem bulimie se však nevztahoval pouze na chorobný hlad a dysfunkci trávicího traktu, ale i slabost a mdloby způsobené hladem. Přelom názoru přišel až v roce 1979, kdy britský psychiatr Gerald Russel zavedl, definoval a vymezil pojem *bulimia nervosa* tak, jak ho známe dnes (mentální bulimie) (Krch a kol., 2005) a označoval jej jako „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a s vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím*“ (Krch a kol. 2005, s. 32). Díky nové definici z téhož roku se začala bulimie přiřazovat k psychickým poruchám (Procházková; Ševčíková, 2017). V roce 1987, stejně jako mentální anorexii, prohlásila Světová zdravotnická organizace mentální bulimii za jeden z hlavních lékařských a společenských problémů ve světě (Procházková; Ševčíková, 2017). V Německu a ve Francii byla až do úplného konce 20. století porucha uznávaná stále za projev špatné funkce trávení (Krch a kol. 2005).

Mentální bulimie je jedincům diagnostikována, pokud splňují tři znaky. Jedinci musí cítit silnou, až nepotlačitelnou, touhu se přejídat a ztrácí kontrolu nad jídlem. Druhým znakem je extrémní kontrola své hmotnosti zahrnující střídání hladovění a přejídání. Třetím znakem je přítomnost nadměrného zájmu o vzhled a hmotnost (Krch a kol., 2005). Při revizi DSM – 5 a MKN – 10 došlo ke změně kritérií. Do znaků bylo přidáno, že se jedinci musí záchvatově přejídat jednou týdně po dobu jednoho (MKN) nebo třech měsíců (DSM) (Peckmezian; Paxton, 2020).

Toto onemocnění nadále můžeme dělit na dva nespecifické typy. Prvním z nich je purgativní typ. Jedinci s tímto typem bulimie po konzumaci stravy pravidelně zvrací a používají přípravky, které zabraňují zvýšení tělesné hmotnosti (laxativa a diuretika). Druhým typem je nepurgativní, u kterého jedinci stále trpí přejídáním se, ale nadměrně cvičí, dodržují přísné diety a hladovky bez zvracení a užívání laxativ a diuretik (Krch a kol., 2005).

Onemocnění s sebou nese řadu problémů, které nemocní přehlížejí a nevěnují jim dostatečnou pozornost. Zvracení a užívání projímadel jsou zátěží pro celé tělo. Bulimici tyto úkony provádějí ve víře, že se potrava nezpracuje, či se urychlí cesta trávicím traktem (Middleton; Smith, 2013). Na rozdíl od mentální anorexie se u pacientů s bulimií nesetkáváme s velkým úbytkem hmotnosti (Krch a kol. 2005). Přestože se pacienti ihned po jídle vyzvrací, některé výživové složky se štěpí velmi brzy a organismus je stačí zpracovat (například sacharidy). Po zvracení nastává pocit uspokojení a oslabuje strach z vyšší váhy. Z tohoto důvodu se uvádí, že „*zvracení podporuje další přejídání*“ (Marádová, 2007, s. 13). Ani laxativa nedokáží snížit tělesnou hmotnost, neboť výživové složky se v tenkém střevě spotřebují a tělo se vyprázdní až tehdy, kdy jsou nevyužité odpadní látky dopraveny do střeva tlustého. Tělo se procesem pouze dříve vyprázdní a odvodní. Na projímadlech si lze vytvořit závislost, vznikají zácpy a zadržují se nežádoucí tekutiny, které přispívají naopak k s nárůstu tělesné hmotnosti (Marádová, 2007). Velké nebezpečí pro bulimiky představují návykové látky, především alkohol, drogy a cigarety (Krch a kol., 2005).

Bulimici mají sklon jíst hltavě a rychle (Marádová, 2007). Milují jídlo a jsou schopni pro něj udělat cokoli. Někteří se snaží prodat cennosti do zastaváren, aby si za peníze mohli koupit další potravu, nadále kradou či žebrají (Claude-Pierre, 2001).

Podle statistik a studií z předešlých let je nejčastější nástup onemocnění ve věku šestnáct až dvacet pět let, úmrtnost je 0 – 2 % a mnohdy končí sebevraždou. Každý druhý pacient se vyléčí. Mentální bulimií trpěla v roce 2006 v České republice každá dvacátá dívka (Marádová, 2007).

### **3.3 Nové, atypické a nespecifické typy poruch příjmu potravy**

S přibývajícimi případy poruch příjmu potravy se objevovali i pacienti, kteří nevykazovali přesná diagnostická kritéria mentální anorexie nebo mentální bulimie. Proto byly při desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí specifikovány nové a atypické poruchy příjmu potravy. Nově byly zavedeny termíny Atypická mentální anorexie (F50.1), Atypická mentální bulimie (F50.3), Přejídání spojené s jinými poruchami (F50.4), Zvracení spojené s jinými

poruchami (F50.5), Jiné poruchy jídla (F50.8) a Porucha příjmu jídla nespecifikovaná (F50.9) (MKN – 10, 2021).

V dnešním světě existuje již mnoho dalších nespecifikovaných typů poruch příjmu potravy. Odborníci sdíleli názor, že si je vymyslela společnost pro maskování mentální anorexie nebo jiných poruch jídla (Papežová, 2010). Tyto jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy nalezneme převážně v 5. revizi Diagnostického a statistického manuálu.

### **3.3.1 Záchvatové přejídání**

Záchvatové přejídání je v posledním desetiletí velmi diskutované téma mezi odborníky. Jedná se poměrně o nový typ onemocnění poruchy příjmu potravy a je často spojován s mentální bulimií, neboť mají podobné rysy (Solmi, 2021). Tuto duševní poruchu nalezneme od roku 2013 v DSM – 5 a od roku 2019 je zařazena do 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Výsledky z klinických výzkumů ukázaly, že za posledních 10 let vzrostl nárůst mentální bulimie a záchvatového přejídání po celém světě a to převážně u mužů v období dospělosti (Hay, 2020).

Procházková a Ševčíková (2017) definují záchvatové přejídání jako opakované intervaly přejídání bez držení hladovek, zvracení, cvičení a používání projímacích prostředků, přičemž se záchvaty musí objevovat několikrát týdně po dobu alespoň šesti měsíců. V tomto cyklu konzumují jedinci velké množství potravy bez výčitek a omezování se. Oproti typickým poruchám příjmu potravy jako je mentální anorexie a mentální bulimie, se u pacientů nevytváří obavy ze svého zevnějšku (Hay, 2020), avšak po přejedení dochází k pocitům znechucení a úzkostem (Krch a kol., 2005). Lidé se přejídají, aby zahnali nudu, zklamání, když jsou sami a při nervozitě (Švédová; Míčová, 2010).

Mezi další vlastnosti daného onemocnění patří abnormálně rychlá konzumace potravy; nadměrná konzumace jídla i přesto, že necítí hlad a většinou jedí o samotě. Tito jedinci často vykazují hmotnostní normu nebo nadváhu (Procházková; Ševčíková, 2017).

### **3.3.2 Noční přejídání**

Syndrom nočního přejídání je klasifikován v jinak nespecifikovaných poruchách příjmu potravy v DSM – 5 (Krch a kol., 2005). Jak je již patrné z názvu, k nadměrné konzumaci potravy dochází ve večerních hodinách po večeři, či mezi spánkem. Mezi diagnostická kritéria patří noční přejídání plus alespoň jeden z dalších příznaků, kterým může být ranní anorexie, nespavost v důsledku myšlení na potravu, deprese bez uspokojení potřeb konzumace, pocity prázdnoty uvnitř těla a myšlenky na jídlo během noci. Studie z roku 2004 ukázala, že

syndromem nočního přejídání trpí v celé společnosti odhadem 1,5 % žen i mužů a začíná u obou pohlaví již v období rané dospělosti (Lombardo a kol., 2021). Noční přejídání je většinou důsledkem dodržování diet během dne (Švédová; Míčová, 2010). V neposlední řadě je nutno zmínit, že tato porucha nesmí být spojována jako důsledek jiné duševní poruchy či nežádoucích účinků různých medikamentů.

### **3.3.3 Ortorexie**

Mezi další nespecifické typy poruch příjmu potravy patří ortorexie, jenž je spjata s patologickou posedlostí na zdravou výživu. Pacienti s danou poruchou se neustále soustředí na složení jednotlivých pokrmů a konzumují pouze vybrané potraviny, které mohou být nedostupné. Strach, že potrava může být škodlivá, vede k zúžení potravin na minimum. Tím se prohlubuje riziko onemocnění a podváhy (Procházková, Ševčíková, 2017). Na rozdíl od jiných poruch příjmu potravy, jsou osoby s ortorexií zaměřené na zdravé stravování a neohlíží se na tvar nebo váhu svého těla. Toto onemocnění postihuje ženy i muže převážně v dospělosti (White a kol., 2020).

### **3.3.4 Drunkorexie**

Již několik let se vytváří studie sledující příčiny nadměrného pití alkoholu. Díky jejich výsledkům odborníci zjistili, že mnoho jedinců vykazovalo velmi podobné či stejné rysy. Ty vedly k pojmenování nového duševního onemocnění, které od roku 2008 nazýváme drunkorexie (Azzi a kol., 2021). Nemoc řadíme do poruch příjmu potravy z důvodu, že osoby regulují denní kalorický příjem a dbají na snížení své váhy tak, že minimalizují potravu navzdory zvýšení příjmu alkoholu (Oberle, 2021). Tito jedinci vykazují podobné rysy jako u mentální anorexie či mentální bulimie, tedy používají projímadla, nekontrolovatelně zvrací, vynechávají jídla, atd. V dnešní době je evidován největší rozmach drunkorexie na území USA u dívek v období mezi adolescencí a ranou dospělostí (Azzi a kol., 2021).

### **3.3.5 Bigorexie**

Bigorexie je duševní onemocnění, kterým trpí převážně mužská populace. Jedná se o poruchu příjmu potravy spojenou s posedlostí vlastního vzhledu a fyzické zdatnosti. Tito jedinci se snaží za pomoci nadměrného cvičení a požívání anabolických steroidů apod. zvětšit objem svalové hmoty. Z důvodu dlouhodobého přetěžování celého těla, nevyvážené stravy a nadužívání vitamínových doplňků, vzniká riziko poškození svalstva, ledvin a jater (Procházková, Ševčíková, 2017). Porucha je často spojena se závislostmi na návykových látkách podporující růst svalové hmoty. V České republice se jedná zatím o poměrně novou

duševní poruchu a do roku 2021 nebyla provedena studie týkající se problematiky bigorexie (Tovl, Kajanová, 2021).

## **4 Cesta k poruchám příjmu potravy**

Asi každý z nás se alespoň jednou ocitl v situaci, kdy se cítil provinile kvůli nadměrné konzumaci potravy. Pro osoby trpící poruchou příjmu jídla je tento pocit neovladatelný, propadají mu a nedokáží se z něj vymanit (Middleton; Smith, 2013).

Obecně lze říci, že porucha jídla začíná v momentu, kdy chtějí jedinci omezit svou váhu. Rozvíjí se strach z přibrání, neustálá potřeba hubnout a hlídat svou váhu. Nemocní si postupně nastavují limity a zákazy, vytváří si jídelníček, přísné diety a seznamy škodlivých potravin, kterým se vyhýbají. Díky dodržování striktních pravidel se velmi rychle dostávají změny, přičemž jsou jedinci stále nespokojení. To však vede do situací, ve kterých na sebe tyto osoby kladou větší nároky, opět razantně upravují jídelníček a zvyšují kontrolu nad svým tělem (Middleton; Smith, 2013).

Zpočátku nemoci se tělesná hmotnost razantně snižuje. U jedinců naopak stoupá sebehodnota a postavení ve společnosti. Aby vše ještě umocnili, snaží se neustále zdokonalovat své plány na postavu snů na úkor například únavy a hladu. Postupem času se nevýhody stupňují, vzniká psychická deprivace, zhoršuje se zdraví, neschopnost postarat se sám o sebe, prohlubují se deprese, strach z budoucnosti a vzniká úplné odcizení a izolace od ostatních (Middleton; Smith, 2013).

### **4.1 Determinanty přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy**

Všichni, kdo žijí na této planetě, jsou svým originálem, a proto je velmi těžké jednotně definovat vznik a projev daných onemocnění. Faktorů, jež ovlivňují zrod poruch příjmu potravy, je nespočet, a mnohdy na sebe vzájemně navazují a korelují. Z tohoto důvodu nejsme schopni říci, jaká je přesná příčina poruch příjmu potravy. Pokud bychom to věděli, její odstranění by znamenalo okamžité vyléčení (Papežová, 2000). Mnoho odborníků ve svých publikacích zmiňuje velké množství rozdílných determinantů. Mezi základní faktory se nejčastěji uvádí biologické, psychické a sociální.

#### **4.1.1 Biologické faktory**

Významnou biologickou roli při vzniku onemocnění hraje pohlaví a věk. Poruchy příjmu potravy jsou častější u žen a dívek, neboť mají oproti opačnému pohlaví zvýšený zájem o obraz vlastního těla (Procházková; Ševčíková, 2017). Největší změny proporcí a hmotnosti dochází u dívek v období puberty a adolescence. V této životní fázi dochází k největšímu nespokojení se svým tělem a nejčastějšímu riziku onemocnění převážně mentální anorexií. Krch a kol. (2005) uvádí, že stačí být ženou a nebezpečí poruch příjmu potravy je desetkrát vyšší, neboť ženské tělo je již několik staletí důležitější a přijímá významnější roli než tělo mužské.

Dalším biologickým faktorem je dědičnost. Uvádí se, že geny ovlivňují vznik mentální anorexie o 50 až 90 % a mentální bulimie o 35 až 83 %. Dalším nebezpečím mohou být i rodinné dispozice, především riziko obezity (Švédová; Míčová, 2010).

#### **4.1.2 Psychické faktory**

Důležitým determinantem počátku poruch příjmu potravy je dle odborníků i stránka osobnostních rysů a vlastností (Procházková; Ševčíková, 2017). Rizikovým rysem je například perfekcionismus, kdy dochází ke snaze být naprosto dokonalým; nadále zranitelnost, která vede ke snaze líbit se druhým, či puritánství s překonáním vlastních potřeb včetně přísunu potravy (Papežová, 2000).

Do této kategorie spadají i emocionální faktory, které též přispívají k příčině onemocnění. Dle Krcha a kol. (2005) se u mnoha pacientů s poruchou příjmu potravy objevují deprese a úzkosti, které vznikají z obav o svou postavu a váhu, nebo při narušení již zasetých zvyků a rituálů. Deprese a úzkosti vedou k negativní náladě, což například vyvolává u bulimiků ztrátu kontroly nad jídlem. Jedinci s poruchou příjmu jídla vykazují známky negativního sebehodnocení a snížené sebeúcty.

#### **4.1.3 Sociální faktory a vliv médií**

Dle Švédové a Míčové (2010) mají sociální a kulturní determinanty vliv hlavně na množství případů s poruchou jídla, neboť jsou na nás ze všech stran kladeny nerealistické cíle a přehnaný zájem společnosti o náš vzhled. Hlavně dívky a ženy se neustále porovnávají s ostatními, hledají nesprávné vzory a chtějí se svým vzhledem zalíbit okolnímu světu.

Již děti v útlém věku hovoří o obézních lidech jako o lenoších, hlupácích a nešicích. Ale není divu, v mnoha dětských pohádkách je záporák zlý a hloupý tloušťák. Posměchům a

negativním komentářům čelí děti s nadváhou už v mateřské škole a musí se vyrovnat s předsudky nejen od učitelů, ale mnohdy i svých rodičů (Marádová, 2007).

Mezi další možné sociokulturní příčiny rozvoje onemocnění může být jakákoliv forma šikanování nebo zneužívání daných osob. Mezi další determinanty řadíme například dlouhodobý stres z volnočasových kroužků (například u baletu či gymnastiky je na jedince kladen velký nátlak na váhu a tvar těla) (Middleton; Smith, 2013).

Významnou roli při hledání spouštěcích mechanismů onemocnění hrají reklamy směřující k jakýmsi ideálům krásy a „dokonalosti“, dále módní průmysl společně s vyhublými modelkami a potravinářský průmysl produkující čím dál tím více dietních potravin. Tyto tlaky jsou však v rozporu s biologickou přirozeností těla a postupně oslabují zdravou sebedůvěru nejen u dívek a žen (Krch a kol., 2005). Bezsporu přidává korunku velké množství časopisů, které dnes sice apelují na své čtenáře, aby byli sami sebou a našli své „já“, avšak přidávají doprovodné fotografie nebo články, které mají čtenářům vše usnadnit a podají návod, jak být těmi „dokonalými“. Dalším rizikem médií je fakt, že dokáží své sledovatele ovlivnit i nepřímo (Novák, 2010) například výběrem reportéra, modelky, nebo častými titulky s komentáři o postavách celebrit.

Nepřispívá tomu ani dnešní společnost a rozmach sociálních sítí. Díky rostoucí popularitě sociálních sítí za poslední desetiletí, začali odborníci sledovat vztahy mezi uživateli a jejich proměnami psychické pohody (Saiphoo; Vahedi, 2019). Trendem dnešní doby jsou tzv. *influnceři*<sup>3</sup>. Tyto osoby si od společností nechávají zaplatit za to, že firmám zpropagují produkty či služby o různých dietách, přípravcích na hubnutí, atd. Jejich sledovatelé jsou natolik ovlivněni, že se nechají zlánařit a produkty/služby kupují.

## 4.2 Projevy

Poruchy příjmu potravy se nedějí ze dne na den a mnohdy si jedinci na začátku ani neuvědomují, kam až jsou díky svému odhodlání ochotni zajít a jaké životní riziko podstupují. Projevy onemocnění příjmu potravy jsou zpočátku zanedbatelné a na první pohled si jich nemusíme všimnout (Middleton; Smith, 2013).

Mentální anorexii a mentální bulimii lze poznat díky několika transformacím v jídelníčku, stolování a celkovému chování. Dle Marádové (2007, s. 17) jsou diety „*základním příznakem anorexie a jedním z hlavních činitelů, které přispívají k rozvoji přejídání a bulimie.*“

---

<sup>3</sup> Veřejně známé osobnosti, které mají na sociálních sítích velký vliv na své sledující.

Mezi základní změny patří již zmíněný jídelníček, ze kterého se postupně vytrácí kalorické, tučné potraviny a jsou nahrazovány dietními. Nadále se mění jídelní režim, kdy jedinci hlavní pokrmy dne odmítají a hledají výmluvy k objasnění, proč nemohou nebo nechtějí jíst. Nemocní také konzumují v malém množství, často žvýkají žvýkačky či mohou být závislí na návykových látkách. Mnohdy také chtějí jíst o samotě, ve společnosti se necítí komfortně a negativně reagují na okolí, pokud na jedince někdo kouká a konzumaci potravy komentuje.

Dalším projevem jsou zdravotní komplikace. Onemocnění s sebou nese potíže se zácpou, neustálou zimnicí, dívkám se nemusí spustit menstruační cyklus, či o něj mohou dlouhodobě a mnohdy nevratně přijít. Jedincům padají vlasy a zhoršuje se pleť díky nedostatečnému množství živin a vitamínů. Postupem času se nemocní distancují od svých blízkých a uzavírají se do sebe (Marádová, 2007). Mezi další příznaky řadíme například otoky, nespavost, zkažení zubů, kůže se žlutým podtónem, zapadlé oči a znatelně vyčnívající kosti (Claude- Pierre, 2001).

V době nemoci se anorektikům zmenšuje rukopis, neradují se a při konverzaci se mnohdy protějšku nedokáží dívat do očí (Claude-Pierre, 2001). Oproti tomu, jak se sami k jídlu staví, celkově jídlo milují a velmi rádi vaří pro své okolí.

Opak tvoří bulimici, kteří konzumují rychle, velké množství a vše dohromady. Dalším znakem je používání nadbytečného množství soli, pití kávy a obyčejné pramenité vody, aby zahnali hlad. Jedinci mnohdy vykazují zvýšenou pohybovou aktivitu, vyčerpanost a ihned po konzumaci navštěvují koupelnu. Často mají na kloubech ruky drobné ranky od zubů při vyvolání zvracení a žluté zuby od žaludečních šťáv. V domácnosti může docházet i ke ztrátě potravin či peněz. Ukradené finance využívají zpravidla na koupi dalších potravin. Celkově jsou bulimici neustále nervózní a těkaví (Claude-Pierre, 2001).



## **5 Cesta z poruch příjmu potravy**

Do problému týkající se onemocnění špatného stravování se jedinci dostanou rychleji, než si dokáží představit. Avšak cesta k plnému uzdravení je běh na dlouhou trať. Velmi významnou roli k návratu do normálu hraje psychická příprava na uzdravení, odhodlání a snaha a podpora od blízkých. Middleton a Smith (2013) doporučují, aby si jedinci vymezili dosažitelné cíle a jednotlivé úkoly, a zamysleli se nad motivací, která jim pomůže s nemocí skoncovat. Při procesu je velmi důležité vytrvat, neboť i nezdary jsou kroky vpřed.

### **5.1 Léčba**

Celý proces zotavování se je velmi náročný a musí obsahovat léčbu po psychické i fyzické stránce. V dnešní době je po celém světě mnoho přístupů a forem léčení poruch příjmu potravy. Na každý případ se nahlíží individuálně a dle potřeb každého pacienta (Krch. a kol, 2005). Postup k uzdravení by měl spočívat na spolupráci mnoha odborníků (lékařů, psychiatrů, psychologů, pedagogů,...).

Cesta k vyléčení závisí na mnoha faktorech. Mezi ně patří dostupnost léčby, závažnost příznaků, zdravotní stav, motivace a finanční omezení (Peckmezian; Paxton, 2020). Cílem léčby je vrátit jedince na optimální váhu, pochopit příčiny, porozumět jakou má/měla nemoc v životě pacienta roli a zaměřit se na ustálení jídelních zvyklostí (Procházková, Ševčíková, 2017).

Léčba je postup, ve kterém si jedinci uvědomí svobodu, rovnováhu těla a duše, zdravou sebedůvěru, svou existenci, schopnost dát si jídlo s chutí a přijmout ho do svého života jako pomocníka a ne vetřelce, ukončení minulosti, pestrou budoucnost a radost ze života (Middleton; Smith, 2013).

#### **5.1.1 Vliv rodiny a rodinná terapie**

Onemocnění ovlivňuje životy nejen samotným pacientům, ale i osobám z jejich okolí. Pokud se rodiče u svých dětí, či jiných blízkých, setkají s poruchou příjmu potravy, musí se s tím vyrovnat a přijmout to. Až poté jsou připraveni podat pomocnou ruku. Je vědecky dokázané, že nejobtížnější situací pro pozorovatele je pomáhat druhému, pokud s ním udržuje blízký kontakt (hlavně lidé v páru). Rodina je však ve většině případů první, kdo si onemocnění všimne, upozorní na ni a vytváří první kroky k uzdravení. Ze strany rodiny je důležité, aby podporovali nemocné jedince, pomáhali jim při praktických úkolech, byli s nimi ve štěstí, i když se nedaří, nevytvářeli nátlaky a udržovali sociální vztahy (Middleton; Smith, 2013).

Pro celou rodinu se doporučuje společné podílení na psychoterapiích, které pomáhají k obnovení narušených vztahů mezi vrstevníky rodiny. Při léčbě je nadále možné absolvovat kurz vícerodinné terapie, kde se schází mnoho rodin s konkrétním duševním onemocněním (převážně s mentální anorexií). Na terapiích si vzájemně předávají tipy, triky a emoční podporu (Vágnerová, 2008).

Problém obvykle přichází tehdy, kdy pomoc od blízkých nemocní odmítají a formu pomocné ruky berou jako osobní selhání. Jedinci chtějí být na vše sami, neuvědomují si vážnost situace a přehlíží následky. Avšak bez vlastní vůle se nelze uzdravit a tento proces uvědomování může být pro přihlížející velmi psychicky a fyzicky náročný (Marádová, 2007).

### **5.1.2 Hospitalizace**

Osoby s poruchou příjmu potravy se dostávají do nemocničních zařízení v případě, kdy jsou potřeba stabilizovat po psychické a somatické stránce, bez cíle jej vyléčit. Jedná se o případy, kdy jedinci vykazují rychlý váhový úbytek, deprese, sebevražedné sklony, či v rodině nejsou optimální vztahy. Dále užívají nadměrně návykové látky a ambulantní péče po dvou měsících nepřináší žádané výsledky. Tento typ léčení se nejvíce doporučuje pro děti do čtrnácti let, pokud je *„úbytek hmotnosti více než 25 % optimální tělesné hmotnosti; hrozí dehydratace organismu; jsou patrné známky oběhového selhání (pomalý tep, nízký krevní tlak...); přetrvává zvracení nebo zvracení krve; pacient je v těžké depresi a hrozí sebevražedné chování.“* (Marádová, 2007, s. 19). Hospitalizace je finančně náročná a probíhá na psychiatrických odděleních, specializovaných jednotkách s pobytem okolo dvou až tří měsíců, nebo v závažnějších případech na jednotce intenzivní péče (Procházková; Ševčíková, 2017). Při tomto postupu mají pacienti pevně daný režim spojený s psychoterapií (Švédová; Míčová, 2010).

### **5.1.3 Částečná hospitalizace a denní stacionář**

Pro mnoho nemocných s poruchou příjmu jídla je výhodnější docházet do denního stacionáře či denních center (Švédová; Míčová, 2010). Každý jedinec přes den vykonává individuální nebo skupinové terapie a přes noc je v domácím prostředí (Procházková; Ševčíková, 2017). Z tohoto důvodu se liší od plné hospitalizace. Tato forma léčby je finančně méně náročná.

#### **5.1.4 Ambulantní péče**

Ambulantní péče je typ léčby, která není zaměřená na psychoterapii, ale na lékařskou péči, která nemá za cíl vyléčit, ale přivést pacienty do psychické a fyzické rovnováhy. Je prováděna za doprovodu lékaře na základě individuálních nebo skupinových sezení (Krch a kol. 2005). Každý týden je u pacientů prováděna lékařská kontrola váhy, krve a moči (Procházková; Ševčíková, 2017).

#### **5.1.5 Svépomoc**

Léčba svépomocí se využívá u osob, které vykazují mírné příznaky onemocnění a značně rychlé zlepšení stavu (Krch a kol. 2005). Pacienti mohou navštěvovat svépomocné skupiny pro vzájemnou podporu, sdílení zkušeností a emocí. Pro jedince jsou lekce důležité z důvodu sounáležitosti a odbourání sociální izolace (Procházková; Ševčíková, 2017).

#### **5.1.6 Kognitivně – behaviorální terapie**

Počátky kognitivně – behaviorální terapie datujeme k roku 1985 a ke vzniku nejvíce přispěl Fairburn společně s jeho kolegy (Krch a kol., 2005). Dnes můžeme říci, že od té doby se tato terapie řadí mezi vědecky nejvíce zkoumanou metodu léčení poruch příjmu potravy (Procházková; Ševčíková, 2017). Tento druh terapie slouží k částečnému, či úplnému vyléčení od nadměrného zájmu o svou váhu a tvar těla (Papežová, 2010). Tato metoda zahrnuje různé přístupy k léčení (Švédová; Míčová, 2010). Nejvíce se využívá pro léčbu mentální bulimie a pro mentální anorexii vytváří základní pilíře v postupech léčení. Léčba probíhá individuálně a aktéři jsou pacienti, u nichž není z důvodu věku vhodná rodinná terapie a vykazují středně těžké až závažné příznaky. V průběhu léčení se zaznamenávají informace o příjmu a konzumaci potravy, cyklech záchvatového přejídání, pročišťování se, váze, redukčních dietách a zavedení konzumace pokrmů, kterým se jedinci vyhýbali. Nadále se vytváří postupy ke změně vnímání vlastního těla a prevence proti opakování již naučených schémat z období nemoci (Krch a kol., 2005).

## **6 Následky poruch příjmu potravy**

Jedinci s poruchou příjmu potravy dlouhodobě nedostávají do svého těla potřebné množství živin. To však přispívá k velkému počtu, mnohdy nevratných, komplikací. Důsledky onemocnění se postupem času projevují nejen na těle, ale také na duši pacientů. Avšak i přes všechna rizika, co s sebou nemoc nese, jsou následky stále podceňovány a zjednodušovány (Švédová; Míčová, 2010). Potíže se objevují v oblastech psychického a fyzického zdraví a sociální sféry.

### **6.1 Psychické následky**

Nedostatečný příjem potravy ovlivňuje prožívání jedinců a má značný vliv na jejich psychiku. Pacienti s daným onemocněním jsou obvykle unavení, apatičtí, vyčerpaní, s výkyvy nálad a častou depresí, úzkostí a sebestředností. Mnohdy směřují své myšlenky na kontrolu potravy, váhy a možnost sebevraždy (Švédová; Míčová, 2010). Nálada je u pacientů velmi závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Dále nejsou schopni regulovat své emoce a na negativní podmínky reagují výbušně a hystericky. Celkově se zhoršuje jejich intelekt, vytrácí se smysl pro humor a schopnost řešit jakékoliv problémy (Krch, 2010).

### **6.2 Zdravotní následky**

Komplikace uvnitř těla jsou vedlejším produktem ztráty hmotnosti a/nebo po dlouhodobém požívání anorektik, diuretik či laxativ (Švédová; Míčová, 2010). Většinou přicházejí postupně, přičemž první signály nemocní přehlížejí (Middleton; Smith, 2013). Díky nedostatečné výživě si tělo postupem času shání výživu zevnitř. Jako první z tukového obalu okolo srdce a ledvin, a dále z bílkovin uvnitř svalů (následkem jsou projevy slabosti a nedostatečné množství energie). To napomáhá ke zvýšenému riziku selhání srdce a ledvin. S tím je spojen nepravidelný tep (hrozí infarkt již u dětí v nízkém věku) a zpomalená aktivita srdce, řídnutí kostí, kolísání krevního tlaku, nespavost. Důsledky nedostatečné výživy se projevují i na močovém měchýři, s čímž je spojeno i častější nutkání chodit močit (Krch, 2003). Problémy se objevují i na kůži, která je na první pohled suchá (Claude- Pierre, 2001), šupinatá a bledá se žlutým podtónem. Dále se na pokožce může objevit vyrážka jako nežádoucí účinek projímadel a diuretik (Švédová; Míčová, 2010). Další negativní vliv má onemocnění na vlasy, nehty a obličej. Na celém těle se dále můžou ukázat drobné chloupky, které slouží k ochraně před zimou (Marádová, 2007).

Další komplikace nastávají jako důsledek pročišťování se za pomoci zvracení a projímadel. Toto „rychlé“ čištění narušuje klasický chod trávicích procesů. Časté vyvolávání

zvracení oslabuje záklopku v horní části žaludku a může dojít k protržení (Middleton; Smith, 2013). Dále dochází ke zranění krku a jícnu. Do těchto ran se dostává infekce, která se velmi těžce léčí. Se zvracením se pojí také otoky slinných žláz a narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí. Díky častému zvracení dochází u jedinců ke zhoršení zubní skloviny. U projímadel je velké riziko závislosti a k dosažení účinku je potřeba dávky neustále zvyšovat, což může vést k problémům s tlustým střevem. Dále mezi nežádoucí vlivy užívání laxativ řadíme zácpu, střídání zácpy s průjmy a nevolnost (Marádová, 2007).

Poruchy příjmu potravy hrají velkou roli v ženském těle. Pokud dívka či žena vykazuje hmotnostní normu a ztratí více jak 15 % své tělesné hmotnosti, vzniká *anorexia* neboli ztráta menstruace. Menstruační cyklus u dívek před menarche<sup>4</sup> není spuštěn vůbec, či se zastaví. Tento proces se může stát nevratným, což přináší komplikaci v oblasti plodnosti (Švédová; Míčová, 2010) a přispívá k poruše pohlavního dospívání.

Komplikace pro ženy nastávají i období těhotenství. Celé období je pro budoucí maminku a plod velmi náročné. V prvním trimestru se zvyšuje šance k potratu z důvodu nevhodného stravování, zvracení a/nebo používání pročišťovacích medikamentů. Druhý trimestr je nejstabilnější, avšak ve třetím trimestru hrozí ženám s poruchou příjmu potravy předčasný porod, porušení placenty, atd. U rodiček s poruchou jídla je velká pravděpodobnost, že budou podrobeny císařskému řezu (Papežová, 2010). Po porodu mohou mít matky problémy s krmením dítěte a špatný vliv na jeho vývoj. V dnešní době je těmto osobám podána pomocná ruka v podobě odborné péče o matky a jejich potomky (Treasure a kol., 2009 in Papežová, 2010).

U těžce nemocných jedinců může dojít k úmrtí. Nejčastější příčinou je selhání organismu, orgánů, nebo sebevražda. Z mnoha studií vyplývá, že poruchy jídla u celé populace v obou pohlaví končí z 8 až 20 % případů smrtí (Claude- Pierre, 2001).

---

<sup>4</sup> První menstruace v životě ženy.

### **6.3 Sociální následky**

Výše uvedené přispívá ke snížení schopnosti studovat, pracovat a mít kvalitní kontakt se svým okolím (Švédová; Míčová, 2010). Jedinci jsou mnohdy zahleděni do sebe a nezajímají se o prostředí kolem nich. To však prohlubuje pomyslnou vzdálenost od okolního světa. Vzniká separace od rodiny a přátel. Mění se žebříček hodnot a postojů. Jejich okolí na izolaci reaguje a vznikají mezi nimi konflikty. Mnohdy jsou pacienti ve stavu, kdy nedokáží řešit ani malé problémy, snižuje se jejich pracovní tempo a koncentrace pozornosti (Krch, 2010).

## **7 Metodologie vědeckého výzkumu**

Cílem praktické části práce je zmapovat životní cestu osob, kteří si prošli poruchou příjmu potravy.

### **7.1 Metoda zpracování**

Empirická část byla tvořena formou kvalitativního výzkumu za pomoci výzkumného nástroje polostrukturovaný rozhovor, jenž se skládá z předem připravených okruhů a otevřených otázek. Metodou zpracování byly případové studie jednotlivých informantů.

#### **7.1.1 Výzkumné šetření – Kvalitativní výzkum**

Tento typ výzkumu jsem volila záměrně, neboť díky němu dokáží zaznamenat hloubkový záznam každého dotazovaného. Kvalitativní metoda se charakterizuje dlouhodobým a intenzivním kontaktem s prostředím, jedincem nebo skupinou. Počet jedinců ve výzkumu je značně omezený a každý kontakt individuální. Tento způsob získání dat vede k podrobnému a často obsáhlému popisu jednotlivých jevů a souvislostí. Z tohoto důvodu jsou výsledky pružné, subjektivní a nedají se zobecňovat na celou společnost (Hendl, 2012). Na rozdíl od jiných metod se výsledky analyzují od jednotlivých až po obecné a poté se interpretují (Mišovič, 2019).

Osoba provádějící výzkum musí rozpoznat i malicherné rozdíly mezi jednotlivými výslednými daty a rozlišit podstatné a nepodstatné informace. Konečné údaje mnohdy zavedou badatele k jádru případu, což přispívá k bližšímu porozumění problematiky (Mišoviš, 2019).

V této metodě je výzkumník součástí přirozeného prostředí zkoumaného objektu. Za pomoci různých přístupů a metod sběru dat postupně objasňuje hlavní a dílčí výzkumné otázky a provádí induktivní i deduktivní závěry (Mišovič, 2019).

### **7.1.2 Přístup výzkumu – Případové studie**

Základním přístupem vlastního výzkumu se mi staly případové studie neboli kazuistiky. Jedná se o techniku, při které se shromažďuje velké množství údajů o malém počtu jedinců nebo skupin. Daný přístup patří k základním výzkumným designům a slouží k přesným a hloubkovým záměrům. Případové studie se zaměřují na podrobný výzkum jakéhokoli tématu, nebo zachycení života jedince (Hendl, 2012). Kazuistiky vybraných osob mi pomohou při sepisování nasbíraných dat získaných přímým nebo nepřímým kontaktem s informantem.

### **7.1.3 Metoda výzkumu – Rozhovor**

Hlavní metodu výzkumu byl vybrán rozhovor a to z mnoha důvodů. Díky interview zjišťujeme nejen povrchová fakta, ale také hlubší informace o problematice, motivech a postojích informanta. Rozhovor spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumníka a dotazovaného. Dále sledujeme neverbální reakce, které napomohou badateli usměrňovat průběh celého rozhovoru. To vše přispívá k získání stěžejních informací. Obsahem rozhovoru jsou otázky (otevřené, polouzavřené a uzavřené) a odpovědi. Oproti jiným metodám výzkumu je interview časově náročné a trvá po dobu, dokud výzkumník nezíská patřičné množství údajů (Gavora, 2000).

Při průběhu interview je důležité navázání kontaktu s dotazovanou osobou (tzv. rapport), což zahrnuje napojení na zkoumanou osobu, naslouchání, vyhovění kladeným požadavkům, reagovat citlivě, zaujmout empatický a loajální přístup a navodit příjemnou, pohodovou atmosféru, aby se zpovídající cítil dobře, byl otevřený a jeho odpovědi pravdivé. Dále však musí brát v potaz, že každý jedinec je ovlivněn svým prostředím, aktuální politikou, sociální a společenskou vrstvou, tudíž ne vždy bude odpověď pouze subjektivní. Rozhovor je velice flexibilní, neboť výzkumník může sám měnit tempo a pořadí otázek, čímž se informantovi podřizuje. Oba aktéři by měli mít pocit, že je jejich vztah na stejné úrovni. Při rozhovoru je nutné dodržovat jednotlivé kroky a kritéria. Důležitá je příprava, díky níž se zabezpečí hladký průběh (Mišovič, 2019).

Odpovídající by měla být osoba, kterou tazatel nezná a nemá s ním žádný bližší vztah. Tazatel musí být nestranný, nevyjadřovat svůj názor a nehodnotit přisedícího. Naopak kontakt při interview by měl být jako s někým, koho dotazovaný velmi dobře zná a dokáže se mu svěřit i s hlubšími důvěrnostmi (Kaufmann, 2010).

### **7.1.4 Výzkumný nástroj – Polostrukturovaný rozhovor**

Nástroj pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Volba techniky je úmyslná, neboť variabilita otázek striktně neomezuje a vytváří prostor pro objasnění a vysvětlení otázek i odpovědí. U tohoto typu shromažďování dat se výzkumník nemusí ohlížet pouze na výzkumnou otázku, ale na celý život informanta (Hendl, 2012).

Součástí rozhovoru je osnova, jež slouží jako vodítko a struktura konverzace. Základem polostrukturovaného rozhovoru jsou předem připravené otázky a témata, kterých se badatel drží. Při kladení otázek je velice důležité správně a vhodně otázky položit. Nedílnou součástí jsou i dotazy doplňující, které rozšiřují kontext konverzace a pomáhají výzkumný problém uchopit z více stran. Z tohoto důvodu je polostrukturovaný rozhovor jako nástroj sbírání dat jedním z nejpoužívanějších a nejefektivnějších (Mišovič, 2019).

### **7.1.5 Výběr osob – snowball sampling**

Výběr osob u kvalitativního výzkumu je u většiny případů záměrný, neboť hledáme jedince, kteří jsou vhodní pro náš výzkum. O výběru prvků nerozhoduje náhoda, ale úsudek výzkumníka či zkoumané osoby. Informanti mají vždy něco společného. Zkoumaní jedinci jsou schopni podat co nejvíce informací o svém životě a prostředí, ve kterém se nachází. Rozsah výběru záleží na saturaci a končí, když se jednotlivé odpovědi od dotazovaných opakují (Gavora, 2000).

Pro svůj výzkum jsem dále zvolila výběr kumulativní. Jedná se o metodu, kdy badatel osloví jednoho člena či malou skupinu. Díky vybraným osobám se dále dostane k dalším informantům na základě doporučení či zmínky. Výběr osob připomíná nabalování sněhové koule, proto se anglicky označuje jako metoda *snow sampling* (Gavora, 2000).

## **7.2 Výzkumný problém**

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažné onemocnění, se kterým se potýká spousta lidí v jakémkoliv věku. Daná nemoc ovlivňuje psychický i fyzický stav jedince, jeho osobnost a sociální vztahy. To vše má značný dopad na společenský, partnerský a profesní život každého jedince a jeho okolí. V této části práce bylo úkolem zjistit co nejvíce informací od jednotlivých informantů, kteří se potýkali s poruchou příjmu potravy. Myslím si, že v současné době je porozumění této oblasti velice důležité, aktuální a v širší společnosti se mu nedostává patřičné pozornosti i přesto, že onemocnění nechává na jedincích následky do budoucna.



### **7.3 Předmět zkoumání**

Hlavní výzkumná otázka:

*Jak vnímají a popisují svůj život lidé, kteří si prošli poruchou příjmu potravy?*

Vedlejší výzkumné otázky:

*Jaký vztah měli informanti k vlastnímu tělu před/ při/ po léčeni?*

*Má rodina vliv na jejich onemocnění?*

*Co bylo příčinou vzniku poruch příjmu potravy?*

*Jaký vliv mají nevhodné komentáře na vznik poruch příjmu potravy?*

*Mělo onemocnění dopad na jejich partnerské, rodinné a sociální vztahy?*

*Ovlivnila média vznik/léčbu poruch příjmu potravy u informantů?*

## **8 Příprava před uskutečněním rozhovorů**

Informanty jsem zprvu hledala před sociální sítí Facebook a Instagram. Na některé jsem narazila skrz jejich profily zabývající se obsahem poruch příjmu potravy. Zmíněné účty se věnují tématům, jako jsou cesty z této nemoci, zdravé jídelníčky, emoční podpora pro druhé, témata týkající se poruch příjmu potravy (například anorexia, fear foods, apod.), osvět pro ostatní, atd. Osoby jsem oslovila a postupně domluvila detailnější informace. Díky těmto jedincům jsem navázala kontakt i s dalšími, již vyléčenými, osobami.

Na začátku konverzace byli informanti velice ochotní poskytnout cenné informace o jejich životě s duševní poruchou, avšak všichni odmítli osobní setkání a to z různých důvodů. Jelikož se jedná o velmi citlivé téma, někteří informanti nechtěli na otázky odpovídat přímo. Požadavek byl respektován a byla jim poskytnuta možnost rozhovoru psaného. I když si jedinci vybrali tento postup, při celém procesu probíhal vzájemný kontakt přes již zmíněné sociální sítě. S ostatními proběhl online rozhovor též přes sociální sítě.

V případě obou variant probíhal rozhovor v přirozeném prostředí a čase určeném jimi. Součástí psaného i online rozhovoru byla dodržena tzv. vstupní část. Jedná se o seznámení informanta s tématem, z jakého důvodu je výzkum vytvářen, jak bude naloženo s výslednými daty, o nahrávání či uložení poskytnutých informací, tvorbou poznámek a chráněnou anonymitou. Dále slouží k navázání přátelského vztahu mezi jednotlivými aktéry, což

napomáhá především k povzbuzení, pravdivému a obsáhlému odpovídání. Tento proces je časově individuální, neboť každý informant si potřebuje k výzkumníkovi vytvořit vlastní cestu, aby byl schopen svěřit se s interními a často bolestivými informacemi.

## **8.1 Volba otázek**

Po vstupní části následovaly otázky rozdělené na jednotlivé oblasti. První oblast se týká základních informací o informantovi. Druhá oblast je směřována na začátek onemocnění, příčinu, reakci okolí, skrývání nemoci a prvotní projevy. Třetí okruh se zaměřuje na vyhledání pomoci. Dále navazuje oblast léčby a hospitalizace, její druhy, délka trvání léčby a vztah ke svému tělu a jídlu při léčbě. Pátý okruh se zaměřil na dopad nemoci na jedince a jeho okolí, vliv poruchy příjmu potravy na partnerské, rodinné a sociální vztahy a následky do budoucna. Poslední okruh je věnován přítomnosti, vztahu k vlastnímu tělu a jídlu v současné době, vlivu médií a pomoci druhým skrze zkušenosti.

## **9 Charakteristika výzkumného vzorku**

Cílem práce je zjistit, jak vnímají a popisují svůj život osoby s poruchou příjmu potravy. Z tohoto důvodu jsou cílovou skupinou lidé, kteří trpěli danou duševní poruchou a již jeví známky vyléčení. Výzkumný vzorek nepodléhá požadavkům na věkovou hranici, typ onemocnění a pohlaví.

Na praktické části se z počátku mělo účastnit devět informantů, kteří si prošli poruchou příjmu potravy, avšak tři z nich v průběhu výzkumu odstoupili. Nakonec se rozhovory uskutečnily se šesti dívkami a ženami ve věku 16- 25 let. Pět z nich trpělo mentální anorexií, z toho jedna i záchvatovým přejídáním a ortorexií. Jedna dívka bojovala „pouze“ s ortorexií. Výzkumný vzorek tvoří informantky, které se potýkaly s poruchou příjmu potravy v pubertálním období, na druhém stupni základní školy, při přestupu na střední školu, či se nemoc projevila až na střední škole. Informace byly poskytnuty buď psanou formou rozhovoru, či online setkáním přes sociální síť.

Základní charakteristika všech informantů se nachází v tabulce č. 2 níže.

Jméno	Současný věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Diagnóza	Věk na počátku nemoci	Délka trvání nemoci
Daniela	22	Svobodná	Střední škola	Mentální anorexie	18	Nevyléčená
Dorota	21	Svobodná	Střední škola s maturitou	Mentální anorexie, Záchvatové přejídání, Ortorexie	14	Nevyléčená
Emily	22	Svobodná	Střední škola s maturitou	Mentální anorexie	19	2 roky
Tereza	16	Svobodná	Základní škola	Ortorexie	15	1 rok
Veronika	23	Ve vztahu	Vysoká škola (bc.)	Mentální anorexie	13	3 roky
Zoja	25	Svobodná	Vysoká škola (bc.)	Mentální anorexie	15	8 let

Tabulka č. 2: Základní údaje o informantkách

## 10 Analýza dat

V rámci kapitoly analýzy dat bylo stanoveno šest základních kategorií, které jsou dále analyzovány na základě kódů. Pět kategorií je rozděleno do podkategorií, čímž je téma více obohaceno o další údaje a postřehy. Začátek rozhovorů se věnoval základním informacím o informantkách obsahující věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, diagnózu, věk na počátku nemoci a délku trvání nemoci. Tato část je součástí předchozí kapitoly v tabulce číslo 2.

Základní kategorie:

- 1) Osobní anamnéza
- 2) Začátek onemocnění
- 3) Vyhledání pomoci
- 4) Léčba
- 5) Dopad nemoci
- 6) Současný stav

### 10.1 Osobní anamnéza

Kategorie osobní anamnézy má za účel seznámit s informantkou a jejími vlastnostmi. Kapitola je zaměřena na jejich zájmy, představy o poruchách příjmu potravy před onemocněním a získání informací o nemoci ještě před vznikem onemocnění.

Dvaadvacetiletá Daniela prodělala mentální anorexii a ještě dnes se psychicky necítí stoprocentně vyléčená. V současné době má diagnostikovanou depresivní poruchu. Ke svému okolí je empatická a snaží se všem pomoci i na úkor svého zdraví. Na tom však momentálně pracuje a hledá k sobě novou cestu. Dále se charakterizuje jako velká perfekcionistka s vysokými nároky na samu sebe. Mezi své koníčky zařazuje četbu, sport, jógu a meditaci, psaní, jízdu na koni, hru na hudební nástroje a bojuje za práva zvířat. Na otázku, zda si v minulosti myslela, že zrovna ona může trpět poruchou příjmu potravy, odpověděla Daniela: „*Rozhodně ne!*“ Mentální anorexii prožila i její sestra, což ji velice ovlivnilo.

Jednadvacetiletá Dorota trpěla mentální anorexií, záchvatovým přejídáním a ortorexií. Je společenská, přátelská, citlivá a bere si k srdci poznámky od svého okolí: „*To byl jeden z důvodů, proč u mě nemoc vypukla.*“ Mezi její zájmy patří hudba, sport a cvičení, ke kterému

už si po vyléčení z nemoci opět vybudovala kladný vztah. „*Momentálně opravdu cvičím pouze kvůli dobrému pocitu a posouvání svých hranic, ne kvůli spálení kalorií.*“ Před onemocněním si nedokázala představit, že by mohla bojovat proti poruchám příjmu potravy a v začátcích si nemoc dlouho odmítala přiznat.

Emily je v současné době dvacet dva let a v minulosti si prošla mentální anorexií. Emily se popisuje jako klidný, často zasněný člověk. „*Také jsem holka, co má na všechno spoustu času a než se k něčemu odhodlám, nebo něco udělám, tak už je většinou pozdě.*“ Okolí má rádo její smysl pro humor a postoj, že nic není nemožné. V současné době ji největší potěšení dělá půlroční dcera Mezi její koníčky patří jakýkoli pohyb. Nejraději má dlouhé procházky s kočárkem a svým psem. Dále se věnuje problematice týkající se zdravého životního stylu a seberozvoje. Ráda čte duchovní a inspirativní knihy, jež jí pomáhají k uzdravení duše i těla. Než se u Emily nemoc objevila, nedokázala si představit, že může někdy zhubnout na minimální hranici váhy.

Šestnáctileté Tereze nikdy nediagnostikovali přesnou poruchu příjmu potravy. Je cílevědomá, pracovitá, ambiciózní dívka se snahou každému pomoci. Popisuje se jako člověk milý a spolehlivý, na druhou stranu se nebojí projevit svůj názor a mluvit o věcech otevřeně. „*Po rodičích jsem zdělila vysoké nároky na svou osobu a snažím se být ve všem nejlepší, což mi občas škodí. Snažím se tuto potřebu omezovat a pracovat na ní.*“ Mezi její záliby patří sport, procházky, cestování a její profil na sociální síti věnovaný stravě a pohybu. Také nahrává podcasty a pracuje na své první knize. Před onemocněním neměla s konzumací potravy problém, a proto ji překvapilo, že se s poruchou příjmu potravy na vlastní kůži setkala.

Třidvacetiletá Veronika si v minulosti prošla mentální anorexií. V rozhovoru neopomenula, že se cítí jako veselá, ohleduplná, občas paličatá, ale hodná holka, která pro své přátelé udělá vše, každému ráda pomůže a nečeká od druhých nic nazpět. V současné době ji největší radost přináší její práce, která se zaměřuje na učení plavání dětí a mládeže. Miluje psy a procházky s nimi, hudbu, čtení a vášeň našla po nemoci ve vaření. Zpětně si uvědomuje, že vnímala pacienty s poruchou příjmu potravy jako “blázný“ a nedokázala si představit, že bude jednou “blázen“ i ona.

Zoje je v současné době pětadvacet let a v minulosti trpěla mentální anorexií. Při rozhovoru se popsala jako: „*Perfekcionistka, která až možná příliš dá na názor druhých, zvědavá, cílevědomá, láskyplná a milovnice kávy.*“ Její vášeň směřuje k cestování a studium cizích jazyků. Zajímá se i o politiku, veřejné dění a moderní historii. Zálibu našla ve zdravém

životním stylu a výživě. V roce 2021 vydala svou první knihu, kde sdílí svůj životní příběh. Zpočátku si nedokázala představit, že by duševním onemocněním mohla trpět. Dívky a ženy s mentální anorexií pro ni byly, cituji: „*Zosobněné barbie, které jenom počítají kalorie.*“

Proběhlé rozhovory ukázaly, že informace o poruchách příjmu potravy před vznikem onemocnění získaly informantky nejvíce od svých vrstevníků. Dále ze základní školy, z okolí rodiny či samostudiem. Tereza a Zoja sdělily, že údaje o daném onemocnění se k nim před začátkem nemoci nedostaly vůbec, což pokládají jako závažný problém hlavně v nedostatečné informovanosti a prevenci na základních školách.

### **Tělesný stav před poruchami příjmu potravy**

Onemocnět poruchami příjmu potravy je velice jednoduché. Mnoho lidí se nejen v dnešní době trápí stavbou a vzhledem svého těla a snaží se bojovat proti svým tělesným proporcím. Faktem je, že dané onemocnění často postihuje jedince, kteří mají většinou optimální tělesnou hmotnost na svou výšku a věk. Stejně tak tomu bylo u informantek, které sice vykazovaly stanovenou normu, avšak ani jedna se necítila ve svém těle dobře. Na svém těle viděly spoustu nedostatků a často se porovnávaly se svými vrstevnicemi a lidmi z médií.

Informantky se setkaly s poruchou příjmu potravy především v období puberty, které je u dívek velice krizové z důvodu proporčních změn těla a jeho přijetí. I malicherná poznámka dokáže vyvolat milný sebeobraz. Narážky a negativní komentáře sdělují hlavně spolužáci, kamarádi, vrstevníci, ale též trenéři, pedagogové, blízká rodina či přátelé. Dorota, Tereza a Veronika mají vrozenou “větší“ stavbu těla (ramena, výška,...), a proto se často setkávaly s komentáři poukazující na tyto jinakosti, což velmi ovlivnilo jejich rozhodnutí razantně snížit svou váhu.

### **Vztah k jídlu před poruchami příjmu potravy**

Vztah k potravě je u poruch příjmu potravy velmi důležitý. Ve společnosti se často setkáváme s názory, že lidé trpící tímto onemocněním měli k jídlu vždy špatný vztah a problémy spojené s potravou jsou dlouhodobé. Výsledky však ukazují, že realita je zcela odlišná. Daniela, Dorota, Veronika a Zoja jídlo milovaly a nikterak se neomezovaly. Tereza stravu nikdy moc neřešila, i když čas od času se snažila stravovat zdravěji, avšak vzhledem k tomu, že nevěděla jak, postupně se vracela ke starým návykům. Emily se snažila jíst zdravá jídla ještě před onemocněním, jedla pravidelně, nikdy nedržela dietu a optimálně cvičila. Zoja naopak před vznikem onemocnění jedla nepravidelně, konzumovala nezdravá jídla a nikterak se neomezovala.

## **Pocit hladu**

Nedílnou součástí rozhodnutí změnit svůj vzhled na úkor snížení konzumace potravy, je čelit pocitům hladu. Hlad je nepřítel každého z nás, neboť velmi rychle mění psychický stav člověka. Jedny z nejtěžších chvil při začátcích redukce váhy popisují informantky právě pocity hladu a kručení v břiše.

Daniela, Dorota, Tereza a Zoja tuto situaci popisují zprvu jako velmi intenzivní a nežádoucí. Na počátku u nich hlad doprovázel negativní jevy jako například podrážděnost, zlobu na druhé, protivnost, náladovost, přecitlivělost, tenzi, stres a nervozitu. Avšak postupem času si na tento pocit zvykly, přijaly jej a začaly vnímat hlad jako součást procesu rychlého hubnutí, který v danou chvíli vyžadovaly. Daniela popisuje pocity hladu jako fyzickou i psychickou bolest, která se jí postupem času začala líbit. *„Tak moc jsem se nenáviděla, že mi ta bolest dělala dobře. A poté už jsem to brala jako ujištění.“* Dále hladovění přirovnává ke stavu euforie a pocitu nadřazenosti nad dalšími lidmi. Dorota hlad přiřazovala k úspěchu. *„Někdy jsem z hladu měla dokonce radost.“* Naopak Emily a Tereza hlad necítily a měly pocit, že k životu potravu nepotřebují.

## **10.2 Začátek onemocnění**

Pro každého jedince je příčinou vzniku snížení příjmu potravy odlišné a často se jedná o kombinaci více důvodů najednou. Všechny informantky si před počátkem nemoci prošly těžkými obdobími, které přispěly ke vzniku poruch příjmu potravy. Zkoumaní jedinci se často potýkali s negativními komentáři a narážkami od druhých. Okolí si mnohdy neuvědomuje, že jejich nedbalé výroky mohou vyústit až v duševní onemocnění. Z rozhovorů vyplývá, že mezi další příčiny patří zkreslený sebeobraz, média, pomyslný ideál krásy, nadměrná úcta ke zdravé stravě a cvičení, přechod na jinou školu, vnitřní nepohoda, období puberty a změna proporcí, či časté deprese. Mezi další příčiny vzniku myšlenky na redukci váhy patří i negativní klima v rodině zapříčiněné špatnými rodinnými vztahy, které popisuje v rozhovoru hlavně Daniela a Emily. *„Rodina mě neustále porovnávala s mou starší sestrou. Ona byla hubenější a pravidelně sportovala (Emily).“* Dorota, Tereza a Zoja trpěly nízkým sebevědomím, perfekcionismem a snahou po dokonalosti a úspěšnosti.

### **Komentáře ostatních na počátku nemoci**

Chvála od okolí v začátcích razantního hubnutí velmi rychle jedince povzbudí a utvrdí v postupech jednání. Z počátku si však společnost neuvědomuje, co je zapotřebí k rychlému snížení hmotnosti – pocity hladu, zvracení po každém snědeném soustě, hladovění, minimální

přísun potravin, žádné vitamíny, minerály a psychické rozložení. Daniela, Dorota, Tereza, Emily a Zoja v rozhovorech popisují, že v tu chvíli měly pocity štěstí, euforie a nadřazenosti. Často se setkávaly i s dovětky: „*Takhle bych taky chtěla vypadat!*“ reagovalo okolí na Zoju. Naopak Veroniku pozitivní komentáře odrazovaly a cítila se terčem nevyžádané pozornosti. „*Pozornost a komentáře byly to poslední, co jsem v tu chvíli potřebovala.*“

Nakonec se komentáře otočily a okolí začalo reagovat negativně: „*Jíš vůbec? Nestačí to už? Podívej se na sebe! Takhle ti to už vůbec nesluší.*“ V tu chvíli se informantky začaly uzavírat do sebe a skrývat jakýkoliv pokrok.

### **Skrývání nemoci**

Když si okolí začíná intenzivně všimnout rychlého úbytku váhy, začne mít o jedince strach a snaží se mu pomoci. V tu chvíli berou nemocní pomoc negativně a začínou jednotlivé kroky k „vysněné postavě“ skrývat formou vyhazování svačín a odhlašování školních obědů, umazávání talířů, nošení o několik čísel většího oblečení. Dále lžou o tom, co za daný den konzumovali. Vymlouvají se, že už jedli, či nemají zrovna hlad, na střevní potíže a bolesti žaludku. Jednou za čas konzumují před okolím tzv. fear foods<sup>5</sup>, aby přesvědčili okolí, že nemají žádný problém ohledně stravy. Dále vyžadují konzumaci potravy především o samotě. „*Doma jsem si jídlo brala k sobě do pokoje. Tam jsem jídlo zabalila do papíru, aby to nebylo poznat a vyhodila jsem to do koše* (Emily). *Chtěla jsem jíst o samotě, ale s rodinou jsme měli každodenní rituál večeřet v rodinném kruhu. Každý večer pro mě byla večeře utrpením* (Veronika)“.

### **Projevy nemoci**

Prvotní projevy onemocnění se začínají většinou objevovat tehdy, kdy chce jedinec zpomalit, či zastavit proces rychlého až nezvladatelného hubnutí. Nemoc se projevuje izolací od ostatních, vážením potravy, těla, každodenním přeměřováním, větší viditelností kostí, zhoršeným dýcháním a u dívek a žen ztrátou menstruace. „*V první chvíli jsem ztrátu menstruace nevnímala jako zásadní problém* (Zoja). *V momentě, kdy se mi menstruace ztratila, vážnost situace jsem si nepřipouštěla* (Tereza).“ Dlouhodobé hladovění je příčinou i zhoršení pozornosti a soustředěnosti, ztrátou energie, podrážděností a projevů zlosti na sebe i okolní svět.

---

<sup>5</sup> Potravin/y/ jídla, která se bojí konzumovat.



### 10.3 Vyhledání pomoci

Uvědomění si, že se nemocný nachází ve stavu, kdy již není schopen si sám pomoci a požádá o radu, je jedno z nejdůležitějších, nejtěžších a přelomových období. Neboť teprve když sám přijme pomoc a chce trvalou změnu, může se jeho stav zlepšit. „*Došlo mi, že mám problém, ale neskutečně dlouhou dobu trvalo přesvědčit hlavu. Chtěla jsem opravdu přibrat* (Dorota).“

Informantky nejčastěji vyhledaly pomoc skrze své blízké a to především rodinu. Dorota, Tereza a Zoja jako první o pomoc požádaly své matky. I u Emily byla matka jako první opora, avšak si nechala pomoci pozdě a po svěření se ji transportovali do zařízení pro pacienty s psychickými problémy a závislostmi. Daniela o svých potížích komunikovala nejprve se svou kamarádkou. „*Rodině jsem se svěřila až pár dní poté. O svém problému jsem s nimi nedokázala mluvit napřímo. Proto jsem sepsala rodičům dopis, ve kterém jsem požádala o pomoc a návštěvu psychologa.*“ Veronika, která i když měla se svou rodinou velmi dobré a otevřené vztahy, se styděla a nechtěla rodiče zklamat. Svůj problém sdělila jako první svým kamarádkám, tehdy spolužačkám.

### 10.4 Léčba

Správná a chtěná léčba onemocnění je základem pro uzdravení pacienta. Každá informantka si prošla řadou léčebných postupů a mnohdy jim pomohla až kombinace několika profesionálů, metod a terapií. Daniela, Dorota, Emily a Zoja navštívily psychologa, psychiatra či psychoterapeuta. Tito odborníci pomohli Daniele a Emily, avšak pro Zoju a Dorotu nebyli metodou, díky které se vyléčili. Zoja sezení hodnotí jako neúspěšné. Dorota v rozhovoru sdělila: „*Psychiatrička moje tehdejší mentální rozpoložení snad ještě zhoršila.*“ Další alternativou léčby je kontaktování výživového poradce, kterého oslovily Daniela a Zoja, přírodního léčitele, jenž pomohl Dorotě a nutričního terapeuta, jehož služby vyhledala Tereza. Možností léčby je nespočet. Veronika podstoupila alternativní léčbu a vyléčila se pomocí tzv. kineziologie. „*Věřím na vlny, které člověk vyzařuje, a proto jsme se s maminkou rozhodli pro tento způsob léčby. Jedná se o léčbu těla a psychické stránky člověka. Díky speciálním pohybům a energiím člověk vnímá, co se uvnitř jeho těla děje. Terapie prochází skrz tělo,*“ vyprávěla o kineziologii Veronika. Dále může léčba probíhat formou rodinných terapií, či při závažnějším stavu pacienti navštěvují lékařské zařízení. S hospitalizací se setkala pouze Emily, která byla hospitalizována dvakrát. Jednalo se o hospitalizaci na psychiatrii v Nymburce a poté v nemocnici na Karlově náměstí v Praze. „*Maminka mě přes mou vůli odvezla k paní doktorce, která mi udělala mnoho vyšetření. Pak mi oznámila, že pokud nezačnu jíst a neomezím pohyb, tak mi za týden selžou orgány.*“ Společně s hospitalizací jako jediná užívala velmi silná antidepresiva.

Při léčbě čelí pacienti dlouhé, náročné a klikaté cestě plné nástrah. Nejnáročnější dle informantek bylo při léčbě překonat každodenní výčitky, nepolevit a vytrvat. Dále přijmout do svého jídelníčku potraviny, které měly zafixované jako škodící. Náročné bylo pro informantky také smířit se s příbráním hmotnosti, menstruací a najít k pohybu a cvičení opět přátelský vztah.

### **Délka trvání léčby**

Délka trvání léčby je u každého jedince individuální a záleží na mnoha faktorech. Těmito faktory jsou diagnostikovaná diagnóza, psychický a fyzický stav jedince, v jaké fázi nemoci byla léčba započata a zda chce pacient léčbu podstoupit. Proces léčení je zdlouhavá procedura a mnohdy trvá i několik let. U dotazovaných probíhala léčba od jednoho roka až do řádu osmi let. Daniela a Dorota se necítí psychicky stoprocentně vyléčeny ještě v současné době.

### **Vztah ke svému tělu v průběhu léčby**

Přijmout své tělo a být v něm spokojený, je při duševní poruše příjmu potravy velmi náročné a důležité. Pacienti musí v období léčby čelit zkresleným představám o vlastním těle, vyrovnat se s nedokonalostmi a přijmout své tělo takové, jaké doopravdy je. Vztah k tělu se během nemoci mění. Při vyhledání pomoci mnohdy cítí pacienti nespokojenost a nechutenství, neboť úbytkem váhy docílili kostry potažené kůží. V této fázi si Daniela, Dorota a Veronika dokonce přály pár kilogramů opět rychle nabrat. Naopak někteří jedinci chtějí v období léčby stále více zhubnout. V tomto případě popisuje vztah ke svému tělu Tereza, Emily a Zoja. *„Byla jsem posedlá svým vzhledem a každou chvíli jsem se hodnotila v zrcadle (Tereza). Stále jsem si myslela, že jsem tlustá. Vážila jsem se pětkrát denně (Emily). Ke svému tělu jsem cítila pořád negaci (Zoja).“*

Daniela a Zoja sklouzly do poruch příjmu potravy za účelem vysněné postavy. Daniela stav popisuje takto: *„Ve své podstatě jsem nikdy nebyla dostatečná,“* ale díky nemoci se ke svému ideálu krásy postupně dostala. Zoja v rozhovoru informovala, že sice zhubla, ale mnohem raději by své vysněné postavy docílila pravidelnou stravou. Dorotě, Tereze, Emily a Veronice onemocnění k bájné postavě nepřispělo. Naopak si uvědomily spoustu pozitivních informací, pohledů a procesů týkající se jejich současného života. *„Onemocnění mi pomohlo najít lásku k pohybu, který mě teď k vysněné postavě pomalými kroky vede (Dorota). Anorexie mě naučila vážit si svého těla (Emily).“*

## **Vztah k jídlu v průběhu léčby**

Konzumace potravy je v období léčení velký mezník. Pacienti se musí opět naučit mít jídlo pod kontrolou a brát ho jako přítele, který pomáhá tělu i duši. Dále čelí zařazení běžných potravin do každodenního jídelníčku a nebát se je konzumovat. Zvednutí kalorického příjmu a náhlá konzumace potravy je však velký nápor a změna pro žaludek.

*„Z počátku, když jsem zařazovala jídlo zpět do svého života, jsem měla hrozný úzkosti, klepala jsem se a měla i panické záchvaty (Daniela). Jídlo jsem brala jako nepřítel a za každé sousto jsem měla výčitky svědomí (Emily). Jakmile jsem měla sníst jídlo, které jsem nepřipravovala já, dostavily se úzkosti, šílený pláč a nervozita (Tereza). Často jsem cítila výčitky, pokud jsem jedla více, než jsem si myslela, že je správné (Zoja).“*

Oznámení pomoci s sebou nese ruku v ruce i pozornost od okolí, které hlídá a pozoruje pacienty při konzumaci potravy. Což například Dorota, Emily, Veronika i Zoja popisují jako nepříjemné. Naopak Danielu nikdo nehlídal. *„O to těžší asi bylo, abych si sama sobě zakázala podvádět a vážně si dát tolik těch brambor, kolik mám. Když jsem jednotlivá jídla zařazovala zpět do svého jídelníčku, měla jsem úzkosti, klepala se a měla i panické záchvaty.“*

## **10.5 Dopad nemoci**

Léčba bohužel není posledním krokem k uzdravení a navrácení pacienta do předešlých kolejí. Poruchy příjmu potravy mají velký dopad nejen na psychický, fyzický a tělesný stav jedince a jeho okolí, ale má i značný vliv na partnerské, rodinné a sociální vztahy. Díky dopadům onemocnění musí jedinci čelit hlubokým šrámům z období nemoci, čímž jsou do budoucnosti velmi ovlivněni. Z rozhovorů vyplývá, že všechny informantky si s sebou nesou břímě, které jim už nikdy nedovolí pouze pozitivní sebeobraz.

### **Vliv onemocnění na partnerské, rodinné a sociální vztahy**

Onemocnění má značný vliv na partnerské vztahy, neboť pacient se při onemocnění soustředí hlavně sám na sebe a snaží se vytvořit lásku ke svému tělu i duši. V období nemoci je velmi náročné pro pacienta udržet vztah, či vytvořit nový a naopak je těžké ze strany partnera vytrvat a podporovat nemocného v každé situaci. Avšak výzkum ukázal, že Zoja si svého přítele udržela. V nemoci ji podporoval, motivoval a miloval takovou, jaká byla. Dorota a Veronika partnera v období nemoci potkaly. *„Vztah jsem navázala až v době, kdy jsem nebyla psychicky vyléčená, ale už jsem přibrala (Dorota). Přítel byl pro mě motivací a pomáhalo mi, když jedl se mnou (Veronika).“* Opakem je Emily, Daniela a Tereza, které během léčení nikoho blíže

nepoznaly. Odmítly budovat vztah, neboť si nepřipadaly dostatečně atraktivní a úctyhodné k tomu, aby s někým navázaly poměr.

Co se týká rodiny a rodinné atmosféry, vztahů a domácího prostředí, všechny informantky sdělily, že i když mezi nimi vznikaly konflikty týkající se stravování a přísunu potravy, byli členové obrovskou pomocí, podporou a motivací. Daniely, Doroty, Terezy, Emily, Veroniky i Zoji onemocnění rodinu stmelilo a sblížilo ještě více, než tomu bylo před nemocí. Veronika popsala rodinnou situaci takto: *„Bylo to, jako kdybyste na celou rodinu vylili barel ledové vody a nikdo se nemohl nadechnout. Byla to pro všechny lekce, která naše vztahy utužila.“* Jediná Tereza se zmínila, že jeden člen rodiny nedokázal zpočátku nemoc pochopit.

Onemocnění se přeneslo i do sociálních vztahů a vazeb. Dorota, Emily, Veronika a Zoja se ve společnosti necítily komfortně, a tak se od ní izolovaly. Emily vysvětlila, že ani interakci nevyhledávala, neboť jí ostatní narušovali striktní denní režim. Později se však všechny cítily ostrčeně. Někteří přátelé výkyvy emocí a izolaci nezvládli, nebo nemoc nepochopili a odešli z jejich života. Na druhou stranu se jiné sociální vztahy více zpevnily. Tereza a Daniela při rozhovoru mluvily o tzv. čistce, ve které si uvědomily, kdo je pravý přítel. Zoja své problémy uměla velmi dobře skrývat, takže jí porucha příjmu potravy sociální život razantně neovlivnila.

### **Následky nemoci**

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažné duševní onemocnění, které v člověku zanechá do budoucna hluboké šrámy, strasti a bolesti. Z rozhovorů vyplývá, že nejčastější následky jsou psychické. Na Danielu a Dorotu zanechalo špatné psychické rozpoložení rány dodnes a Emily stále v současné době užívá antidepresiva. Dorota od začátku nemoci nezažila stav, kdy by se pořádně najedla bez přemýšlení nad složením a nutričními hodnotami stravy. Veronice jídlo občas vyvolá v hlavě hlasy a při konzumaci potravy nerada slyší o tématech hubnutí, či zda má velkou/ malou porci. I dnes se stále pozoruje, hlídá svou stravu a nejí bezstarostně.

Poruchy příjmu potravy však nenesou pouze negativní následky, ale také i ty pozitivní. Danielu zkušenost s poruchou příjmu potravy obdarovala novým pohledem na všechny psychické onemocnění, jejich komplikovanost a náročnou léčbu. Díky zkušenostem se vydala do učitelství a chce pomáhat ostatním lidem. Emily se naučila mít ráda sama sebe, vážit si svého těla a neporovnávat se s ostatními. Tereza se momentálně popisuje jako lepší člověk, kterému porucha příjmu potravy ukázala nový životní směr. Zoje překonání nemoci dodalo větší

sebevědomí. Změna u Zoji nastala i v prioritách a největší pozitivum nemoci vidí v napsání a vydání své první knihy.

Pacientky s poruchou příjmu potravy se často potýkají se ztrátou menstruace. To se potvrdilo i ve výzkumu, neboť všechny informantky menstruaci ztratily. Daniele, Emily, Veronice a Zoje se po nabrání hmotnosti menstruační cyklus vrátil. Ztráta menstruace byla pro Zoju nejprve zanedbatelným problémem. Postupem času byla ztráta ženství prvotní impuls, kvůli kterému se začala léčit s mentální anorexií. *„Menstruaci se navrátit podařilo, ale po několika let s pomocí hormonální léčby. Následně se podařilo obnovit cyklus i bez užívání hormonů,“* sdělila své pocity v rozhovoru Zoja. Dodnes nemá cyklus pravidelný a při stresovém období k menstruování nedochází. Dorotě a Tereze se dodnes nevrátila.

Mezi další následky patří padání vlasů po pramenech, lámání nehtů, problémy s pleť, suchá kůže, nízká imunita a tlak, zažívací potíže, řídnutím kostí a bolesti kloubů.

Z rozhovorů vyplývá, že fyzicky se všechny informantky cítí dobře.

## 10.6 Současný stav

Poslední okruh otázek se věnoval současnému stavu všech informantek. V kapitole je vysvětleno, jak nahlíží informantky na své tělo a jídlo dnes, jak média ovlivnila jejich onemocnění a zda se díky svým předešlým zkušenostem snaží pomáhat druhým lidem, kteří momentálně procházejí stejnou či podobnou diagnózou.

### Vztah k vlastnímu tělu v současné době

Mohlo by se zdát, že po vyléčení je jedinec opět schopen milovat své tělo. Avšak výzkum ukázal, že pro všechny informantky je stále obtížné vnímat sebeobraz pouze pozitivně. Informantky dodnes vzdorují myšlenkám o nedokonalostech na svém těle a pocitům směrem k hubnutí. Pokrok je však v tom, že se naučily se svou stavbou těla žít a brát nedostatky jako součást života každého z nás. *„Snažím se své nedostatky přijímat nejlépe, jak umím, ale po několika letech sebenávisti je to těžké (Daniela). I když se mi zrovna nelíbí moje tělo, sebe jako osobu mám ráda (Dorota). V současné době si dokážu upřímně říct, že mi to sluší (Veronika). Určité věci se mi na mě nelíbí, ale to je, myslím, naprosto přirozené (Zoja).“* Svého těla si informantky váží mnohem více než před onemocněním. *„K mému tělu mám teď velký obdiv. Dlouho jsem ho ničila a i tak se dokázalo uzdravit (Emily). Jsem vděčná za to, co všechno se mnou moje tělo zvládlo a že mě nikdy nenechalo nad vodou (Tereza).*

### **Vztah k jídlu v současné době**

Pro vyléčené pacienty je i po několika letech strach z jídla na denním pořádku. Překonání strachu je pro vytvoření přátelského vztahu s jídlem velmi důležitý a obavy týkající se potravy, jsou mnohdy zakořeněné až do vzdálené budoucnosti. Pro všechny informantky dodnes není příjem potravy procházka růžovým sadem. V současné době se řídí svým instinktem, konzumují v omezené míře vše, co jim chutná, či na co mají zrovna chuť. Jediná Dorota se svěřila, že dodnes psychicky bojuje s negativními pocity a občasným přejídáním.

Nemoc ovlivnila informantky v oblasti jídla i pozitivně. Veronika s Terezou začaly v pokrmech více experimentovat a objevovat nevídané chutě. Zoja díky nemoci ráda vaří, chodí do restaurací a zkouší nové recepty. „*Jídlo mám zase stejně ráda jako před nemocí (Zoja).*“

### **Vliv médií a pomoc druhým**

Média mají na poruchu příjmu potravy velký vliv a to z důvodu, že jsou jedním z hlavních zdrojů informací. Na každém kroku jsme ovlivněni buď přímo, například reklamou na hubnoucí přípravky, vyhlášení nejhezčí žena a muž roku, módní policíí apod., nebo nepřímo výběrem moderátora, modelky,... Z tohoto důvodu mají média velký podíl na vznik poruch příjmu potravy. Standart a ideál krásy propagovaný v médiích, na sociálních sítích, v časopisech, apod. byl jednou z příčin zrodu onemocnění u Daniely, Terezy a Zoji.

Média však měla pozitivní vliv na léčbu u Daniely, Emily i Terezy. Dívky se v období léčení spojily s dalšími pacienty procházejícími stejným problémem. Daniela, Tereza a Zoja se inspirovaly a vytvořily účty na sociálních sítích, kde se zabývají problematikou poruch příjmu potravy. Zoja o své cestě s mentální anorexií napsala knihu, jež neslouží pouze pro pacienty s poruchou příjmu potravy, ale i pro jejich rodiny a širší okolí.

## 11 Závěrečné hodnocení a shrnutí výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají a popisují svůj život jedinci, kteří si prošli poruchou příjmu potravy. Praktická část zaznamenává u šesti informantek životní etapu od počátku onemocnění, přes období léčby až po jejich život v současné době.

Na počátku výzkumu bylo stanoveno 6 základních kategorií. První kategorie se věnovala představením všech šesti informantek z pohledu jejich vlastností, zájmů, představ před onemocněním, získání informací o poruchách příjmu potravy ještě před vznikem nemoci, jaký měly tělesný stav a vztah k jídlu před onemocněním a co s nimi dělal v začátcích razantního snížení konzumace potravy pocit hladu. Z rozhovorů vyplývá, že osobnost má velký vliv na zrod poruch příjmu potravy. Všechny informantky byly perfekcionistky či puntičkářky, které v období puberty začaly na své tělo hledět kriticky, i když vykazovaly optimální hmotnost na svůj věk a výšku. Daniela, Dorota, Veronika, Tereza a Zoja si před obdobím plném nespokojeností jídlo velmi užívaly, stravovaly se svobodně a takřka bez omezení. Emily se snažila jíst zdravěji a pravidelně. Ani jedna z informantek nedržela před fází rychlé redukce váhy dietu. Po držení hladovek cítily z počátku nepříjemný pocit hladu, však postupem času si na hlad zvykly a braly ho jako součást procesu hubnutí.

Druhá kategorie se věnovala příčině vzniku snížení příjmu potravy, komentářům okolí na úbytek váhy, skrývání těla před ostatními a prvotním projevům onemocnění. Z výzkumu vyplývá, že ke vzniku myšlenek razantně zhubnout a bojovat proti stavbě svého těla, nejvíce přispěly negativní komentáře a narážky na tvar postavy, dále perfekcionismus, média a propagovaný ideál krásy, období puberty a přechod na střední školu. Pro Danielu bylo příčinou disharmonické rodinné prostředí a onemocnění mentální anorexií v rodině již po několik generací. V počátcích přicházely k informantkám na jejich nové postavy pozitivní komentáře, které se později otočily. Díky negaci začaly své tělo skrývat. Začaly lhát, vymlouvat se, tajně cvičit, jídlo vyhazovat, nosit o několik čísel větší oblečení a stolovat bez publika. Projevy začátku poruch příjmu potravy se objevovaly v každodenních činnostech. Informantky se soustředily na kalorie, hladovky, míry, váhu sebe, i svého jídla. Izolovaly se od rodiny a přátel. Bez dostatečného množství živin začalo tělo negativně reagovat i po psychické stránce. Výkyvy nálad a neustálé dlouhotrvající negativní emoce potvrdily všechny informantky.

Třetí kategorie byla věnována vyhledání pomoci. Všech šest informantek si nejprve musely uvědomit, že čelí závažnému problému. Nejprve se snažily vystoupit z kruhu bez pomoci druhých. Postupem času však zjistily, že samy nemají šanci nemoc porazit. Dorota,

Emily, Tereza a Zoja vyhledaly první pomoc u své rodiny, především matky. Daniela a Veronika se jako první svěřily svým vrstevníkům.

Čtvrtá kategorie zaměřena na léčbu popisuje, jakou metodu při léčbě informantky podstoupily, jak dlouho se léčily a vztah k jejich tělu a jídlu při nemoci. Při léčbě poruch příjmu potravy jedinec často vyzkouší mnoho variant a mnohdy se využívají kombinace metod a odborníků. Může se zdát, že odborníci z řad psychologů, psychiatrů či psychoterapeutů pomohou všem pacientům k vyléčení, což potvrzuje Daniela a Emily. Naopak někteří hodnotí sezení u těchto odborníků jako neúčinné či škodící. S tímto případem se setkala Zoja a Dorota. Další možnou alternativou bylo pro informantky kontaktování výživového poradce, přírodní léčitelky, nutričního terapeuta apod. Nadále se účastnily rodinných terapií či alternativní léčby. Emily při léčbě pomohla silná antidepressiva. Délka léčby je u každého pacienta individuální. U informantek trvala od jednoho roka až do řádu osmi let. Při léčbě je důležité začít mít rád sám sebe a své tělo, naučit se ho poslouchat a vnímat jeho potřeby, což je pro pacienty v tomto období velmi obtížné. Konzumace potravy je jedním z dalších pokroků při léčbě poruch příjmu potravy. Pacienti čelí svému strachu a snaží se přijmout jídlo jako pomocníka a přítele. Nebát se jídlo konzumovat a nepočítat kalorie považují informanti za velmi těžké.

Pátou kategorií je dopad onemocnění na život jedinců po léčbě. Kategorie zjistila, jaký vliv mají poruchy příjmu potravy na partnerské, rodinné a sociální vztahy a jaké následky si s sebou nesou vyléčení jedinci do budoucna. Poruchy příjmu potravy velice ovlivňují partnerské vztahy. Mnohdy jsou jedinci natolik ovlivněni onemocněním, že necítí lásku k sobě, natož k partnerovi. Avšak z výzkumu vyplynulo, že Zoja si svého partnera udržela a Dorota s Veronikou nový vztah navázaly. Rodinné vztahy se díky nemoci zpravidla utuží a posílí. Z důvodu izolace, hlavně v období začátku nemoci, přátelé pacientů situaci nezvládnou či ji nepochopí a odejdou z jejich života. Naopak některé sociální vztahy se upevní či se vytvoří vztahy nové. Nemoc s sebou nese i mnoho následků, přičemž dle výzkumu nejvíce trpí psychická stránka. I vyléčení jedinci se nedokáží podívat na své tělo realisticky, vidí nedostatky a jídlo konzumují s pomyšlením na nutriční hodnoty. Onemocnění jedince provází i skrze padání vlasů, lámání nehtů, suchou kůži, zhoršenou pleť, tlak a imunitu, zažívací problémy a bolest svalů a kloubů. V neposlední řadě jde s onemocněním ruku v ruce u dívek a žen i ztráta menstruace. Menstruační cyklus se však nemusí obnovit, což je do budoucna skrze založení rodiny velmi problematické. Všechny informantky o menstruaci přišly. Pouze Daniele, Emily, Veronice a Zoje se zvýšením hmotnosti menstruační cyklus vrátil.



Šestá kategorie popisuje současný stav informantek, jejich vztah k tělu a konzumaci potravy v současné době. Dále se zaměřila na vliv médií a pomoc druhým při překonání stejné či podobné situace. K jídlu a svému tělu si každý po ukončení léčby musí najít vlastní cestu. Tato cesta je psychicky a fyzicky náročná a jedinci mají často pocit, že ji nezvládnou. Základem úspěchu bylo pro informantky vytrvat, nepolevit, motivovat se a brát své nedostatky jako součást. K jídlu si po vyléčení poruch příjmu příjmu potravy lze opět vybudovat pozitivní vztah, což potvrdila Daniela, Emily, Tereza Veronika i Zoja. Avšak negativní vztah k potravě může přetrvávat i dlouho po nemoci. S tím se dodnes potýká Dorota. Média mají velký vliv při poruchách příjmu potravy a to buď na příčinu hubnutí, vzniku onemocnění, či na léčbu. Mnohdy se vyléčení jedinci inspirojí a vytvoří si vlastní účty na sociálních sítích s tematikou daného onemocnění. Instagramový profil si založily i informantky Daniela, Tereza a Zoja.

## Závěr

Bakalářská práce s názvem *Život s poruchou příjmu potravy* měla za úkol teoreticky vymezit problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jak vnímají a popisují svůj život jedinci, kteří si zmíněnou duševní poruchou prošli a již jeví známky vyléčení. V práci jsem zachytila životní momenty a situace zkoumaných osob od počátku a vzniku onemocnění, přes vyhledání pomoci, léčbu, dopad nemoci, až po jejich současný stav.

Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení duševního onemocnění skrze kompilaci odborných děl. V této části jsou vysvětleny pojmy mentální anorexie, mentální bulimie a jejich několikaletá historie. Dále jsou zde uvedeny nové, atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy. Zde je zmíněno záchvatové a noční přejídání, ortorexie, drunkorexie a bigorexie. V souvislosti s onemocněním je dále uvedena kapitola zaměřující se na příčiny přispívající ke vzniku onemocnění, bio-psycho-sociální faktory a média. Nedílnou součástí teoretické práce byla kapitola o léčení, metodách a druzích hospitalizace a následcích, které jsou především psychické, ale také fyzické, tělesné a sociální.

Praktická část vysvětluje použitou metodologii a metody zpracování. Pro vlastní výzkum bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, přístupem výzkumu se staly případové studie, metoda výzkumu rozhovory a výzkumný nástroj polostrukturovaný rozhovor. Osoby poskytující informace byly osloveny na sociálních sítích a následně byla využita metoda snow sampling. Následně se tato část věnuje vymezení cíle výzkumu, hlavním a dílčím výzkumným otázkám a předmětu zkoumání.

Rozhovorů se zúčastnilo šest informantů ženského pohlaví ve věku 16 – 25 let s různými typy poruch příjmu potravy. Získané informace z rozhovorů byly rozděleny do šesti základních kategorií. První kategorie seznamovala informantky v oblasti jejich vlastností, zájmů a jak se dostaly před onemocněním k informacím o poruchách příjmu potravy. Dále se zaměřovala na tělesný stav před onemocněním, vztah k jídlu a co s nimi dělaly v začátcích hladovění pocit hladu. Druhá kategorie se věnovala začátku onemocnění, příčinu vzniku snížení příjmu potravy, komentáře ostatních na jejich nové tělo, skrývání nemoci před okolím a prvotní projevy. Třetí kategorie se zabývala otázkou, u koho informantky vyhledaly jako první pomoc. Čtvrtá kategorie pojednávala o léčbě, jejích metodách a druzích, délce a jaký měly vztah ke svému tělu a jídlu v průběhu léčby. Následující kategorie se zaměřovala na dopad nemoci a její vliv na partnerské, rodinné a sociální vztahy a následky do budoucnosti. Poslední kategorie shrnuje

současný stav informantek. Jejich vztah k vlastnímu tělu a jídlu dnes, jak ovlivnila onemocnění média a jakým způsobem pomáhají druhým skrze své zkušenosti na sociálních sítích.

Všechny kategorie přispěly k získání odpovědí na hlavní a dílčí výzkumné otázky. Z výzkumu vyplývá, že s poruchami příjmu potravy se může setkat kdokoliv, a též že se jedná o velice závažné onemocnění, které i když jedinci překonají, následky si s sebou nesou mnohdy do daleké budoucnosti.

Výsledky, jež mi rozhovory přinesly, slouží k širšímu pochopení problematiky duševního zdraví více do hloubky, porozumění tématu poruch příjmu potravy a poznamenaných jedinců a rodin.

Pevně věřím, že problematika duševních poruch bude stále častějším tématem našich konverzací. Přestože již není v současné době tabu, lidé o něm nechtějí mluvit. Nadále by se informace o problematice měly více rozšířit na základních školách a v médiích, čímž by se zvýšila prevence proti těmto duševním onemocněním. Média by také měla vytvořit systém a najít balanc, koho a jak propagovat veřejnosti. Dříve byly například modelky velmi hubené až vychrtlé, což se ukázalo jako velký problém spojený s nárůstem duševních onemocnění. Naopak se v současné době setkáváme s modelkami kyprých tvarů, což na druhou stranu též společnost negativně ovlivňuje. V neposlední řadě by měly být informace stále aktualizovány prostřednictvím dalších výzkumných šetření.

## **Knižní publikace a jiné zdroje**

AZZI, Vanessa; HALLIT, Souheil; MALAEB, Diana; OBEID, Sahar; BRYTEK-MATERA, Anna. First\_pagesettings Open AccessArticle Drunkorexia and Emotion Regulation and Emotion Regulation Difficulties: The Mediating Effect of Disordered Eating Attitudes. *Psychology of Eating: Understanding of Eating Behaviours* [online]. 2021, 18(5) [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2690/htm>

CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

COELHO, J. S.; LEE, T.; KARNABI, P.; BURNS, A., MARSHALL, S.; GELLER, J.; LAM, P. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 40 (6), 2–12.

FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1622-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2020. ISBN 80-85931-79-6.

HAY, Phillipa. Current approach to eating disorders: a clinical update. *INTERNAL MEDICINE JOURNAL* [online]. 2020, 50(1), 24-29 [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.14691>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: SLON, 2010. ISBN 978-80-7419-033-9.

KRCH, František. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-7367-807-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

LAGEN, E. G.; MCGEE, B. R.. Hidden the anorectic: A rtetorical analysis of popular discourse concerning anorexia. *Women's Studies in Communication* [online]. Los Angeles: 2003. vol. 26, Iss. 2; s. 266-295. Dostupný z WWW: <<http://proquest.umi.com/login>>.

LOMBARDO, Caterina; CEROLINI, Silvia. Night Eating Syndrome and Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder. *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions* [online]. October 2021, , 147-158 [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-81174-7\\_13](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-81174-7_13)

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MÍŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: SLON, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

MIDDLETON, Kate; SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. České Budějovice: Doron, 2010. ISBN 978-80-7297-115-2.

MKN-10. F50. Poruchy příjmu potravy. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [citováno 20. 10. 2021] Dostupné na URL: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.9>>

NAGATA, Jason M.; GANSON, Kyle T.; MURRAY, Stuart B.. Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current Opinion in Pediatrics* [online]. August 2020, 32(4), 476-481 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/co-pediatrics/Abstract/2020/08000/Eating\\_disorders\\_in\\_adolescent\\_boys\\_and\\_young\\_men\\_.6.aspx](https://journals.lww.com/co-pediatrics/Abstract/2020/08000/Eating_disorders_in_adolescent_boys_and_young_men_.6.aspx))

NECHANSKÁ, Blanka. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [online]. 23. 10. 2018 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011a\\_z2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011a_z2017.pdf)

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu osobnosti*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

OBERLE, Crystal D. Drunkorexia. *Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions* [online]. October 2021, 123-127 [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-81174-7\\_11](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-81174-7_11)

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.

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

PECKMEZIAN, Tina; PAXTON, Susan J. A systematic review of outcomes following residential treatment for eating disorders. *European Eating Disorders Review* [online]. May 2020, 28(3), 246-259 [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.2733>

PROCHÁZKOVÁ, Lenka; SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy. Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing s. r. o., 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

SAIPHOO, Alyssa N.; VAHEDI, Zahra. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior* [online]. December 2019, 101, 259-275 [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028](https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028)

SOLMI, Marco; RADUA, Joaquim; STUBBS, Brendon, et al. Risk factors of eating disorder: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2021, květen, 2021, 43(3) [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/xX6RB8dNV5tG6jZGSdXrttK/?lang=en&format=html>

Simmondsova kachexie. *Velký lékařský slovník* [online]. [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/simmondsova-kachexie>

STUNKARD, A. J.. A history of binge eating. In: FairBurn, C. G.; (Eds.): *Binge Eating, Nature, Assessment, and Treatment*. New York, *The Guilford Press* 1993.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila; MÍČOVÁ, Lenka. Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy. *Anabell* [online]. Občanské sdružení Anabell, leden 2010 [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833\\_manualpropedagogy.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf)

TOVL, Šárka; KAJALOVÁ, Alena. Introduction to bigorexia: University of South Bohemia in České Budějovice, Institute of Social and Special-paedagogical Sciences, České Budějovice, Czech Republic. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness* [online]., 2021, 133-137 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: [doi:10.32725/kont.2021.014](https://doi.org/10.32725/kont.2021.014)

TREASURE J, CLAUDINA AM, ZUCKER N. *Eating Disorders*. The Lancet, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Publisher on line November 19, 2009.

UGLI, Maratov Temur Gayrat. SCIENTIFIC THEORETICAL PROBLEMS OF PERFECT HUMAN CATEGORY IN THE PSYCHOLOGY. *European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences* [online]. 2019, 7(8) [cit. 2021-12-07]. ISSN 2056-5852. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Temur-Maratov/publication/344890951\\_SCIENTIFIC\\_THEORETICAL\\_PROBLEMS\\_OF\\_PERFECT\\_HUMAN\\_CATEGORY\\_IN\\_THE\\_PSYCHOLOGY/links/5f971b01299bf1b53e47ac51/SCIENTIFIC-THEORETICAL-PROBLEMS-OF-PERFECT-HUMAN-CATEGORY-IN-THE-PSYCHOLOGY.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Temur-Maratov/publication/344890951_SCIENTIFIC_THEORETICAL_PROBLEMS_OF_PERFECT_HUMAN_CATEGORY_IN_THE_PSYCHOLOGY/links/5f971b01299bf1b53e47ac51/SCIENTIFIC-THEORETICAL-PROBLEMS-OF-PERFECT-HUMAN-CATEGORY-IN-THE-PSYCHOLOGY.pdf)

ÚZIS ČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [citováno 20. 10. 2021] Dostupné na URL: <<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

WHITE, Mika; BERRY, Rachel; RODGERS, Rachel F.. Body image and body change behaviors associated with orthorexia symptoms in males. *Body Image* [online]. September 2020, 34, 46-50 [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144519304358#!>

## **PŘÍLOHA 1: Otázky k rozhovorům**

### **Osobní anamnéza:**

1. Jak byste se popsal/a? (temperament, charakter, zájmy,...)
2. Jaký byl Váš tělesný stav před poruchou příjmu potravy? Jaký jste měl/a vztah ke svému tělu před nemocí?
3. Setkal/a jste se před onemocněním s narážkami na Vaši postavu? Kdo ji komentoval?
4. Jaký jste měl/a vztah k jídlu před nemocí? Držel/a jste diety? Snažila jste se jíst „zdravě“? Cvičil/a jste pravidelně?
5. Dokázal/a jste si zpočátku představit, že zrovna Vy můžete trpět poruchou příjmu potravy?
6. Co s Vámi dělal pocit hladu?
7. Setkal/a jste se před nemocí s informacemi týkající se poruch příjmu potravy? (ZŠ, rodina, vrstevníci,...)

### **Začátek onemocnění:**

8. Co si myslíte, že bylo příčinou vzniku Vašeho onemocnění? (tělesná hmotnost, media, sociální sítě, partner, nechuť k jídlu,...)
9. Komentovalo okolí v začátcích Vaši postavu? Chválilo Vás? Jaké jste při tom měl/a pocity?
10. Skrýval/a jste svou nemoc před svým okolím a jak? Vymlouval/a jste se na něco při společném stolování?
11. Jak se u Vás nemoc projevila? Kdy, v jaké životní etapě? Co pro Vás bylo impulsem, že se může jednat o poruchu příjmu potravy? Kdy jste si přiznal/a, že máte problém?
12. Kdo z Vašeho okolí poprvé upozornil, že by se mohlo jednat o poruchu příjmu potravy? Jak jste se k informaci postavil/a?

### **Léčba:**

13. Kdy a jak jste vyhledal/a pomoc? Kdo byl první, komu jste se svěřil/a?
14. Léčil/a jste se? Byl/a jste do toho nucena/ dobrovolně? Navštívil/a jste lékařské zařízení či psychologa? V čem přesně Vám tato pomoc pomohla?
15. Jak dlouho trvala? Co bylo nejnáročnější?
16. Jaký jste měl/a vztah ke svému tělu při nemoci?
17. Jaký jste měl/a vztah k jídlu při nemoci? Hlídal Vás při jídle někdo? Jak jste se při konzumaci potravy cítil/a?



**Dopad nemoci:**

18. Jaký vliv mělo Vaše onemocnění na partnerské vztahy? Dokázal/a jste udržet/ navázat partnerský vztah v období nemoci?
19. Jaký vliv mělo Vaše onemocnění na rodinné vztahy? Jak Vás rodina podporovala? Byla Vaší oporou od začátku onemocnění?
20. Jaký vliv mělo Vaše onemocnění na sociální vztahy?
21. Zanechala na Vás nemoc následky? (fyzické, psychické, tělesné) Ztratila jste menstruaci? Vrátila se? Jak jste se v tu chvíli cítila?
22. Měla média vliv na Vaše onemocnění? (vznik, léčbu,...)

**Současný stav:**

23. Co pro Vás bylo v období nemoci nejtěžší?
24. Když se zpětně podíváte na svou nemoc, pomohla Vám porucha příjmu potravy k vysněné postavě? Dokázala jste si na počátku představit, jaké bude mít onemocnění následky?
25. Jaký vztah máte k vlastnímu tělu teď? Dokážete se podívat do zrcadla a upřímně říci, že Vám to sluší?
26. Jak vnímáte teď své nedokonalosti?
27. Co s Vámi dělá pohled na jídlo? Jaký k němu po nemoci máte vztah?
28. Pomáháte, díky svým zkušenostem, druhým?