

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Problematika poruch příjmu potravy**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**doc. PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**

**Vypracovala:**  
**Silvie Holánková**

**Brno 2010**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy příjmu potravy zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 22.4.2010

.....

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji paní doc. PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své mamince a tatínkovi za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a kterých si nesmírně vážím.

Silvie Holánková

## OBSAH

ÚVOD.....	6
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>9</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	10
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE .....	11
<b>2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>13</b>
2.1 BIOLOGICKÉ A GENETICKÉ FAKTORY .....	13
2.2 RODINNÉ FAKTORY .....	14
2.3 PSYCHICKÉ A EMOCIONÁLNÍ FAKTORY .....	15
2.4 SOCIO-KULTURNÍ FAKTORY .....	16
<b>3 PROJEVY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>18</b>
3.1 PROJEVY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	18
3.2 PROJEVY MENTÁLNÍ BULIMIE.....	19
<b>4 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE... 22</b>	
4.1 OSOBNOST NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH MENTÁLNÍ ANOREXIÍ A BULIMIÍ .....	22
4.2 ŽIVOT S NEMOCÍ.....	26
<b>5 DŮSLEDKY A NEBEZPEČÍ NARUŠENÉHO VZTAHU K JÍDLU .....</b>	<b>29</b>
5.1 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	29
5.2 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE.....	30
5.3 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE .....	31
<b>6 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>33</b>
6.1 AMBULANTNÍ LÉČBA.....	34
6.2 HOSPITALIZACE.....	34
6.3 PSYCHOTERAPIE.....	36
6.4 DRUHY TERAPIÍ .....	36
<b>7 PREVENCE.....</b>	<b>38</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
<b>8 CHARAKTERISTIKA, METODA A CÍL VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....</b>	<b>41</b>
<b>9 KAZUISTIKA Č. 1 .....</b>	<b>42</b>
<b>10 KAZUISTIKA Č. 2 .....</b>	<b>47</b>
<b>11 KAZUISTIKA Č.3 .....</b>	<b>53</b>
<b>12 SHRUTÍ.....</b>	<b>57</b>

<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>59</b>
<b>ANOTACE.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Často jsem se zamýšlela nad tím, co vede dívky, ale i hochy do náruče této nebezpečné choroby.

Podstatou nemoci je narušení představy o vlastním těle. Mentální anorexie a mentální bulimie jsou si velmi podobné ve svých příznacích, které se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Společný pro obě poruchy je zejména strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu a tělesné hmotnosti. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšování energetického výdaje. Rozdíl je zjednodušeně v tom, že anorektičky nejedí a hubnou, kdežto bulimičky se v důsledku slabé vůle přejídají a pak mají špatné svědomí a snaží se snědené potravy všemožně zbavit.

Výjimkou není ani to, že se z anorektičky stane bulimička. Dojde k tomu tak, že dívka dokáže nějaký čas držet své chutě „na uzdě“ a hubne. Jednou se však neudrží a přejí se. Následuje zvracení nebo projímadla a máme tu první projevy bulimie.

Poruchy příjmu potravy jsou stále aktuálnější problematikou současnosti. Již v roce 1987 byly Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě trpí některou z forem poruch příjmu potravy přibližně 8 milionů lidí. V České republice se udává, že toto vážné psychogenní onemocnění postihuje každou dvacátou dospívající dívku či mladou ženu. V posledních letech narůstá počet případů onemocnění poruchami příjmu potravy také u dětí a adolescentů a netýká se pouze ženského, ale i mužského pohlaví. Následky jsou potom u obou pohlaví stejně děsivé. Mají dopad na fyziologickou stránku organismu, osobnost člověka i na jeho sociální okolí. Mohou ovládat celou rodinu postiženého.

Jako jeden z významných faktorů, přispívajících k rozvoji poruch příjmu potravy a nezdravého vztahu k vlastnímu tělu vůbec, je často zmiňován celospolečenský důraz na štíhlou postavu a dobrý vzhled.

Proč se hrneme do uniformity štíhlosti? Ideál společnosti velí, že být štíhlý, rovná se být krásný, sebevědomý, úspěšný a nikdo nebere v úvahu přirozenost. Každý člověk je jedinečný a to nejen duševně, ale také tělesně. Bohužel mnoho lidí bojuje proti své osobitosti a snaží se o nemožné splnutí s mytickým ideálem štíhlosti. Splnutím s většinou si podle nás zajišťujeme snadnější život. Vždyť být odlišný od ostatních je

tak těžké. Ale podívejme se kolem sebe upřímně - tvoří štíhlí lidé opravdu většinou část společnosti?

Záměrem této práce je zmapování složité a diferencované problematiky nemocných trpících poruchami příjmu potravy. Předmětem jednotlivých kapitol jsou základní problémy a specifika poruch příjmu potravy od jejich vzniku až po přehled léčby a terapeutických přístupů.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do 7 kapitol. V první kapitole jsou tyto poruchy charakterizovány. V dalších kapitolách jsou uvedeny jejich příčiny vzniku, příznaky nemoci, průběh, zdravotní následky a léčba těchto nemocí. Poslední kapitola je věnována nástinu prevence.

V praktické části bych chtěla použít, pomocí kvalitativního výzkumu, tři kazistiky dívek trpících poruchou příjmu potravy a tímto se snažit poukázat na nebezpečnost těchto závažných onemocnění.

*„Jídlo se stalo jedinou oblastí, kde jsem viděla výsledek a jasnou vazbu, jak to funguje. Hladovění přinášelo další a další příjemné pocity. Pocity čistoty, exkluzivity, úspěšnosti. Když jsem nejedla, zdálo se mi, že mám sílu a všechno zvládnou. Protože když nejím, jsem čistá, krásná, dokonalá, že jsem úspěšná a všechno se mi daří. A když jsem se najedla, měla jsem pocit fatálního selhání. Vnitřně jsem panikařila, byla jsem sama sobě odporná a špinavá.“ (Dvořáková, 2009, s.89)*

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Dvěma nejčastěji popisovanými syndromy poruch příjmu potravy (dále jen PPP) jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Obě poruchy spojuje velký strach z tloušťky a jím ovlivněná nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají svým celkovým vzhledem, jak je vnímá okolí a co si o nich myslí jejich nejbližší. Svou pozornost zaměřují hlavně na svou váhu a s ní mylně spojený úspěch. Mají nízké sebevědomí, častokrát další sociální problémy a mnohé somatické obtíže v závislosti především na způsobu kontroly své tělesné váhy. Porucha se rozvíjí často velmi pomalu a nenápadně. Ani nejbližší z okruhu rodiny, přátel či spolupracovníků si dlouho ničeho u postižených nevšimnou. Nevhodné stravování se schová mezi dnes velice rozšířenými dietami a nesprávnými jídelními návyky rodiny a vrstevníků. (Krch, 2005, s.15, 23)

Postižení se v průběhu nemoci začínají vyhýbat společenským aktivitám, hlavně těm, které jsou spojené s podáváním jídla, ztrácí své přátele, jejich myšlení se tak více a více soustřeďuje na věci kolem tělesné hmotnosti, propadají depresivním stavům a tím se jejich onemocnění prohlubuje. Nemocné osoby jsou většinou velice zranitelné, citlivé a empatické se zvýšenou snahou zalíbit se druhým. Nebezpečné jsou sklony k závislostem na psychoaktivních látkách, především u nemocných trpících mentální bulimií se rozvine závislost na alkoholu. Dostávají se do bludného kruhu.. Onemocnění je silně spojeno s výčitkami, nejistotou, pocity bezmocnosti, samoty, ohrožení a viny. Poruchy často vedou až k sebevražednému jednání, jehož riziko je u pacientů s poruchou příjmů potravy až 200 krát vyšší než u ostatních diagnóz.

Podstatou choroby je narušení představy o vlastním těle. Choroba propuká v momentu, kdy jedinec nedovede sám sebe reálně hodnotit a vidět svou skutečnou váhu v porovnání s ostatními. Blízkým se nedaří úspěšně zastavit hladovění postižených a nedovedou je přesvědčit, že se jedná o nemoc. Anorektičky si zpravidla neuvědomují, že jejich nejedení není normální. Bulimičky naopak ano, ale přejídání i zvracení před ostatními tají. Anorektičky bývají pyšné na svou pevnou vůli a sebeovládání, bulimičky se hluboce stydí a nenávidí za svou slabost. Obě formy zaměštnávání se postavou a potravou provází zpravidla sociální izolace; samota a opuštěnost bývají častým původcem PPP. Ty mohou být cestou sebetržnění, ale také pokusem o zpověď v případě, že se

postižená osoba neumí jinak vyjádřit. Úsilí o štíhlé tělo, ústící v krajních případech v chorobných a sebedestruktivních stavech mentální anorexie a bulimie, může být chápáno jako pokus o manipulaci s vlastním tělem. (Ladishová, 2006)

Všem lidem postihnutých jednou z poruch příjmu potravy může selhat organismus, dokonce to celé vede až k smrti.

## 1.1 Mentální anorexie

Podle Leibolda (1995,s.64) slovo anorexie pochází z řečtiny a sestává se z předpony a (ve smyslu ne-, bez) a ze slova orgie (chuť k jídlu, žádostivost, snaha), znamená tedy snížený nebo scházející popud pro příjem potravy.

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Jedná se o psychogenní poruchu postoje k jídlu a porušené vnímání vlastního těla, které se projevuje významným odmítáním potravy. Většinou se nejedná o nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a omezování příjmu potravy se snahou o snížení váhy. Mentální anorexií trpí 1 až 3 % dospívajících dívek a mladých žen. Asi 90 až 95 % anorektiků jsou ženy. Následkem nemoci umírá 5 až 20 % anorektiků. Pravděpodobnost smrti se zvyšuje přímo úměrně s prodlužováním onemocnění.

(Krch, Marádová, 2003)

Podle Ladishové (2006) nejtypičtějším znakem anorexie je pokřivený obraz o vlastní osobě, kterým postižená trpí. Neakceptuje sebe takovou, jaká je, chce zhubnout, ale když se jí to podaří, je pořád nespokojená a touží hubnout dále. Je jí jedno, kolik kilogramů shodí, že je hubená či vychrtlá, nadále sama sebe považuje za tlustou. Anorektičky se stávají hyperaktivními ve spalování kalorií a zahánění pocitu hladu, jímž trpí, ačkoli si to nepřiznají. Pouštějí se horlivě do studia, sportují, ani na minutu si nedopřejí oddych.

Anorektičky se doslova zabíjejí hladem a jejich tělo se proti tomu brání narůstajícím apetitem a touhou jíst. To znamená, že anorektička musí zdvojnásobit své úsilí, aby nemyslela na jídlo, až je nakonec doslova posedlá jídlem. V některých případech anorexie vyústí v bulimii, protože jednoho dne postižená neodolá a propadne obžerství (asi 30% až 50% anorexií končí bulimií). Potom se cítí tak přečpaná, tlustá, deprimovaná

s pocitem viny, že se přinutí zvracet, aby znovu nabyla pocitu jakési kontroly nad svým tělem. Také anorektičky obvykle zvracejí, pokud je nutí jíst nebo mají-li pocit, že toho snědly příliš mnoho, byť to neodpovídá skutečnosti. Hlavním rozdílem mezi těmito dvěma onemocněními jsou frekvence a intenzita záchvatů přejídání se a následného očišťování se – bulimička žije proto, aby se mohla přejídat a následně zvracet, zatímco anorektička zvrací pouze příležitostně.

Život anorektiček zcela ovládá posedlost množstvím a druhem přijímané potravy, takže se nazpaměť naučí kalorickou hodnotu všech potravin. Jejich každodenním cílem je půst. Přestože některým se podaří nepocítovat hlad, většina z nich musí neustále bojovat, aby zahnal chuť k jídlu. Hlad je nutí na něj myslet, a aby zahnal tuto obsesi, čtou si recepty, prohlížejí si fotografie jídel nebo vaří pro druhé. Samy však neokusí ani sousto nebo jedí pouze minimálně. Snaží se oklamat žaludek mnoha způsoby, některé pijí hodně tekutin a hltají tabletky, aby zahnal svůj apetit. Jiné se naopak pití vyhýbají, aby se necítily nadmuté. Anorektička si nacvičí celou řadu triků, jak zabránit své rodině, aby odhalila, že nic nejí. Sedne se například ke stolu a předstírá, že jí, ačkoli to není pravda: nakrájí si pokrm na kousíčky, hraje si s nimi na talíři, ukrývá je pod listy salátu, hází pod stůl psovi nebo je dává do ubrousku, který si skryla do lůna, aby ho později mohla vyhodit.

Když je odhalena, odmítá připustit, že má problém, i když veškeré její jednání je ve skutečnosti žádostí o pomoc. Pokud však někdo nadhodí, že by měla vyhledat lékaře, vidí v tom hrozbu pro své úsilí hubnout nebo udržet si štíhlost. Domnívá se, že ostatní ji chtějí vykrmit, aby ztloustla. Tento strach způsobí, že se vzbouří proti komukoli, kdo si začne o ni dělat starosti, což vyvolává velká rodinná dramata a rozbroje. Rodiče či životní partneři nechápou tuto sebeobranu a v této situaci se pochopitelně cítí bezmocní. (Ladishová, 2006, s.32-33)

## **1.2 Mentální bulimie**

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. (Krch, 2008, s.22)

Na rozdíl od mentální anorexie se nemusí vyskytovat závažnější váhový úbytek. Mentální bulimií jsou opět postiženy většinou dospívající dívky a mladé ženy, nejčastěji mezi 16-ti a 25-ti lety. Asi 80 % pacientů trpících bulimií jsou ženy.

Pacientky s mentální bulimií se po určitém období, kdy omezovaly příjem potravy, tajně přejídají a následně, ve snaze snížit kalorický příjem, vyvolávají zvracení. Nevydrží hladovění, takže se následně dostávají opakující se etapy přejídání, při nichž nemocní pociťují ztrátu kontroly nad množstvím snědeného jídla. Stejně jako anorektičky tak i bulimičky mají strach z přibývání na váze. Trpí přehnanou zaujatostí vlastního těla. Lidé trpící bulimií si své nevhodné chování uvědomují. Za zvracení se velice stydí, trpí tíživými výčitkami, jsou odporní sami sobě a vyhýbají se společnosti. Na rozdíl od anorektiček si totiž bulimičky připadají neúspěšné a trpí pocity viny z přejedení a následného zvracení. Bulimička jí nikoli proto, že má hlad, i když může začít jíst s tím, že má na jídlo chuť. Problémem je, že když už jednou začne, nemůže přestat, a ačkoli zažene hlad, pokračuje v jedení, aby zaplnila vnitřní prázdnotu. (Ladishová 2006, s.36-48)

Ladishová (2006) uvádí, že přejídání se může být formou povzbuzení nebo metodou zapuzení emocionální bolesti. A zvracení může představovat způsob, jak se zbavit hněvu nebo úzkosti. Nakonec se cyklus přejídání a očisty rychle stane návykem a postižená osoba si zvykne na fyzické, psychické i emocionální pocity, které jej doprovázejí. Stanou se zkrátka závislostí tak jako mnohé jiné. Je to okamžik bezprostředně před nutkáním (doprovázeným silnou a naléhavou touhou po jídle), po němž následuje moment rozkoše, kdy se bulimička naplno oddává jídlu. Rozkoš během přejídání zkrátka vystřídá nevolnost, tišená zvracením, kvůli znovunabytí pocitu čistoty a štíhlosti.

## 2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Dnes většinou panuje shoda v tom, že neexistuje jenom jediná příčina poruch příjmu potravy. Téměř vždy jde o vzájemné působení mnoha faktorů – genetických, biologických, psychologických, sociálních, kulturních, rodinných. Zahrnují se sem i vlivy nepříznivých zátěžových, krizových a dlouhotrvajících obtíží v životě člověka. (Krch, 2005, s.57)

PPP vznikají u osob s malou sebeúctou, u nejistých lidí, kteří mají tendenci smýšlet v absolutních termínech (všechno nebo nic), u perfekcionistů, kteří se snaží získat respekt a obdiv ostatních, u těch, co mají potíže s vyjádřením vlastních pocitů, co jen těžko důvěřují lidem, i u těch, jež hledají bezpečné místo pro život nebo mají obavy, že nesplňují nároky, které na ně klade jejich okolí. PPP, které představují problémy samy o sobě, jsou paradoxně výsledkem snahy nastolit, sdílet, nebo dokonce řešit nějaký jiný problém. Hladovění může například vzbudit pozornost nebo vyvolává u postižené pocit, že má svůj život pod kontrolou. (Ladishová, 2006)

### 2.1 Biologické a genetické faktory

Krch (2005) považuje za typické období vzniku mentální anorexie puberty, u mentální bulimie je to období adolescence, kde významnou roli hraje i adaptace na dospívání a osobnost dospívajícího. Dochází k prudkým změnám ve vývoji těla, velmi rychlý je tělesný růst spojen s rostoucí tělesnou hmotností i přibýváním tukových zásob. Pro dospívající dívky mohou být ohrožující i nápadné změny jejich těla, se kterými si nevědí rady. Rychlý přírůstek tuku spojený s pubertou představuje pro mnoho dívek hrozbu. Zatímco fyzické dospívání pro chlapce znamená, že se přibližují maskulinnímu ideálu krásy, který představuje dobře vyvinuté, svalnaté tělo, pro dívku může znamenat dospívání vývoj směrem od toho, co je v současné době považováno za krásné.

Během krátké doby se změní jejich tělesné proporce, stanou se předmětem různých, někdy pro ně nepochopitelných narážek. Často začnou toužit po návratu do bezpečí dětství a klukovském těle, které nevzbuzuje pozornost. Proto jejich snaha vyhnout se tělesným změnám, je zaměřena na vyhýbání se potravinám s více kaloriemi ve snaze udržet si vzhled před pubertou a taktéž nízkou váhu. Puberta a adolescence jsou pro

některé jedince velmi náročná období. Období, které s sebou přináší nízké sebevědomí a podceňování. Riziko těchto období v souvislosti s PPP hrozí podobou negativních emocí. (Krch, 2005, s.61-63)

Během dospívání člověk prožívá období nejistoty, hledání a uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. Zdá se, že dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. I když se jejich sebevědomí v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem sebepodceňování. (Krch, 2005, s.63)

V oblasti genetických dispozic se ukazuje spojitost mezi dispozicemi ke vzniku mentální anorexie a afektivních poruch, zejména deprese. Také byl zjištěn familiární výskyt tohoto onemocnění. Na vzniku PPP mají podíl změny ve funkci hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Jeho nedostatky se mohou projevit například až při větším stresu. Z biologických dispozic je to dále narušení neurohumorálních a neurotransmiterových (noradrenalin, serotonin, dopamin) systémů regulujících pocity hladu a sytosti. (Vágnerová, 2004, s.467-470)

## **2.2 Rodinné faktory**

Podle Krcha (2005) role rodiny je z hlediska PPP významná při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů. Je předpoklad, že za vznik mentální anorexie mohou dlouhodobě dysfunkční rodinné vztahy. V takovém prostředí bývají příliš narušené vztahy s tendencemi k vzájemné manipulaci bez jasného vymezení pozice každého člena.

Rodina, vztahy mezi jejími členy, model chování a stravování, to vše jsou důležité etiologické faktory. Rodiny, kde se vyskytují PPP, mají své specifické rysy. Patří sem například neschopnost rodiny vyjadřovat emoce a řešit tak konflikty, uzavřenost a izolovanost rodiny, nepřizpůsobivost a určitá rigidita a přehnaně o sebe navzájem pečující členové rodiny. Styl rodičovské výchovy vůči dětem vytváří určitý charakteristický

způsob života rodiny. Promítá se do utváření postojů dětí k jídlu a k jejich nutričnímu chování. Osobnost rodičů se nepochybně podílí na vnímání tělesných rozměrů u dětí.

Důležitý je způsob, jakým se v rodině komunikuje a jaké jsou vzájemné interakce členů rodiny. Poukazuje se na to, že rodiny, kde se vyskytla mentální anorexie a mentální bulimie se od sebe liší. Rodiny, kde se vyskytnul nemocný anorexií, bývají uzavřenější a kladou velký důraz na výkon svých dětí. Ty mají být přinejmenším stejně úspěšné, jako jsou oni, a pokud to jde, ještě je předstihnout. Takové nároky rodičů zavádějí výchovu dětí na špatnou cestu, protože nepodporují rozvoj individuálních schopností dítěte, ale uspokojují pouze vlastní ambice prostřednictvím dítěte.

(Krch, 2005, s.66-68)

Oproti tomu rodiny s bulimickým případem se vyznačují chaotičností a nedostatečnou péčí o děti. Podle Sladké-Ševčíkové (2003, s.8-11) dívky trpící bulimií, často uvádějí, že se o ně v dětském věku nikdo příliš nestaral. Některé vyrůstaly v rodinách, které zdánlivě dobře plnily svou přirozenou funkci, ale ve skutečnosti byli rodiče zaujati svými problémy, starostí o práci a o dítě se dostatečně nezajímali. Na druhou stranu ale rodiče očekávají od dívek, že jim budou pomáhat vytvářet představu šťastné a milující rodiny. Všeobecně rodiče bulimiček očekávají, že jejich dcery budou krásné i úspěšné. Kladou důraz na vzhled i výkon, ale zároveň si přejí, aby jejich dcery zůstaly milé a ženské. Budoucí bulimičky tedy často ukrývají a potlačují své potřeby a svůj hněv i samy před sebou. Mají sklon k nadměrnému přizpůsobování se sociálním tlakům. Tyto pocity a protichůdná očekávání pak mohou vyústit v podobě záchvatového přejídání a následného očišťování.

### **2.3 Psychické a emocionální faktory**

Psychologické faktory, které můžeme pro vznik PPP pokládat za rizikové, se týkájí zejména osobnostních rysů, regulace afektů, způsobu kognitivního zpracování informací a vazbového chování. Osobnostní charakteristiky nemocných poruchami příjmu potravy bývají odlišné. Anorektičky bývají perfekcionistické, zaměřené na výkon, úzkostné a emociálně inhibované, snaží se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Mají velkou potřebu vynikat, odlišovat se a dosáhnout uznání svých kvalit. Snaží se

vyniknout pro svoji extrémní štíhlost, kterou si na druhé straně vůbec nepřipouštějí. (Sladká-Ševčíková, 2003, s.9)

Oproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškození. Celkově se dívky s PPP vyznačují tím, že na sebe a okolí kladou velké nároky, jsou nadměrně kritické k vlastní osobě, často se podceňují, mají vnitřní neklid, nízké sebevědomí a trpí nadměrnou sebekontrolou.

(Sladká-Ševčíková, 2003, s.10)

Také různé životní situace a události jsou často považovány za významné, predisponující nebo spouštěcí faktory PPP. U anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem bývá až v 70 % případů závažná životní událost nebo obtíže. (Krch, 2005)

Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled, nedostatek projevů náklonnosti, významná životní změna např. školy nebo zaměstnání, osobní nezdár, nemoc, problémy v rodině, smrt blízké osoby, ztroskotání milostného vztahu, výsměch vrstevníků, týrání či sexuální zneužívání. Mnoho lidí si uvědomuje, že podobné situace je přivedly k zahájení diety. PPP se pak často spustí ve chvíli, kdy postižená osoba čelí takto těžkému životnímu období. (Ladishová, 2006)

## **2.4 Socio-kulturní faktory**

Současná společnost do jisté míry nutí muže a ženy se přizpůsobovat „ideálu krásy“, který je pro většinu z nás nedosažitelný. Působí negativně na psychiku a potažmo lidské zdraví. Duševní obtíže začínají snížením sebevědomí, osobnostní nejistotou a pocitu méněcennosti, ústí však do chronických depresí a mohou skončit až tak závažnými onemocněními, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie. PPP jsou tak reakcí na aktuální socio-kulturní normu. Jde o výsledek vlivu masové prezentace štíhlosti jako ideálu krásy a předpokladu sociálního úspěchu v médiích všeho druhu.

(Vágnerová, 2004)

Jedním z mediálních prostředků, který nás pronásleduje téměř na každém kroku, je reklama a masmédiá. Z téměř všech stránek časopisů se dívají na nás mladé, krásné, štíhlé až nezdravě vyhublé modelky, které září dokonalým štěstím. Výzkumy prokázaly, že většina dívek v pubertě rychle ztrácí sebevědomí, protože neodpovídá mediálnímu



obrazu dokonalé ženy, a jejich pokusy o dosažení takového vzhledu pak často končí vážnými zdravotními poruchami, jako jsou PPP. Dívky se chtějí líbit a být přitažlivé. Násilným hubnutím však paradoxně dosahují pravého opaku.

Módní průmysl a média stále ještě rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že vyhublá štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti, a tak jednoznačně vytváří nezdravý obraz ženy. Proto je dnes vyhublost spojována se zdravím, sebekontrolou, elegancí, společenskou přitažlivostí a mládím. (Krch, 2005, 2008)

Dalším významným faktorem, který udržuje a posiluje strach z nadváhy, je dietní průmysl. Komerční dietní programy, ale i stále širší nabídka dietních potravin navozují představu, že jsme bezprostředně ohroženi nadváhou a že jiné než doporučené dietní potraviny jsou nezdravé nebo se po nich tloustne. Zhoubně tak působí názor, že lze vlastní tělo téměř libovolně ovlivňovat. Nadváha je proto chápána jako nedostatek vůle a neschopnost člověka něco s tím dělat. Už v mateřských školách popisují děti obézní osoby jako líné, hloupé a nešikovné. Diskriminace a zesměšňování provází obézní děti již na základních školách.

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých žen a dívek, které mají následně nerealistické cíle a nevhodné vzory vůči svým postavám. (Krch, 2005, s.60)

### 3 PROJEVY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Rodině nebo přátelům trvá někdy hodně dlouho, než pochopí, že někdo blízký trpí poruchou příjmu potravy. Anorektičky většinou skrývají, že se snaží hladovět, někdy předstírají, že jedí, často si vymýšlejí různé výmluvy proč nejíst s ostatními, cvičí až pozdě v noci. U bulimie je to zkomplikované navíc tím, že bulimie nemá vliv na tělesnou hmotnost a také tím, že bulimičky záchvaty přejídání a následného pročišťování utajují. (Maloney, Karanzová, 1997, s.57-58, 86)

#### 3.1 Projevy mentální anorexie

Základním prvkem mentální anorexie je patologický strach z tloustnutí spojený se základní redukcí příjmu jídla. Zprvu dochází k vědomému přijímání minimálního množství potravy, které postižené vyloženě jen udržuje při životě. Odmítání potravy se postupně čím dál tím víc vymyká kontrole, až se postižení dostávají do chronického stádia nechutenství, kdy potravu odmítají, nejsou takřka schopni jídlo přijímat, případně ho nepozřou vůbec a dlouhodobě hladoví.

Krch (2002, 2005) uvádí základní projevy chování anorektiček, jako jsou například:

- Hrůza z nadváhy, a to i v případě vyhublosti.
- Narušené vnímání vlastního těla a nepřiměřená závislost sebehodnocení na nízké tělesné hmotnosti
- Vyhýbání se jídlu, přestože se již dostavil hlad.
- Úzkost, zmocňující se jedince před jídlem.
- Vytváří se u nich závislost na pocitu hladu, dobrý pocit při prázdném žaludku.
- Měnící se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná nebo nezdravá. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla.
- Jídelní změny, které jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností.
- Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně.

- Pocity provinění následující po jídle.
- Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si ho prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst.
- Mění se jim chutě, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po nějakém jídle špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak svůj hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.
- Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají. Mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“, zpotit se.
- Dodržují přísný cvičební režim až do úplného vysílení.
- Příliš se zaobírají svojí postavou a tělesnou hmotností. Postávají před zrcadlem a neustále se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahalují se do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu.
- Jídlo ovládá život postiženého jedince.
- Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe.
- Výrazné psychické změny – náladovost, dostávají se deprese, neurotické až hysterické stavy.
- Na tlak donutit je jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje protiargumenty. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět.

### **3.2 Projevy mentální bulimie**

*„Bulimie je tajná nemoc. Dívka může touto nemocí trpět celé roky, a přece to na ní nikdo nepozná. Bulimičky mívají většinou normální hmotnost. Navenek se vydávají za dokonalá stvoření. Mají dobré výsledky ve škole, rodiče jsou na ně pyšní. U kamarádek jsou oblíbené, u kluků žádané. Nikdy by nikoho nenapadlo, že u nich něco není v pořádku. Právě naopak, mnozí těmto dívkám závidí“ (Bröhmová 1999, s.58)*

<sup>1</sup>Mentální bulimie jsou opakující se epizody záchvatového přejídání (alespoň dvě týdne), které se projevují zejména:

- Pocitem ztráty kontroly nad jídlem (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- Vyskytují se pravidelné návaly vlčího hladu spojené s přejídáním a následným zvracením.
- Opakující se nepřiměřená snaha zabránit zvýšení hmotnosti (například vyvolané zvracení, zneužívání projímadel, diuretik, hladovka a cvičení v nadměrné míře).
- Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- Hmotnost je spíše normální, ale se silnými výkyvy.

Mezi možné další projevy podle Maloney a Kranzové (1997) patří:

- Záchvaty přejídání následované přísnou dietou, zvracení, užívání projímadel, diuretik (prostředků na odvodnění), klystýry, nebo intenzivní cvičení.
- Strach jíst bez následujícího pročišťování nebo jiné kompenzace.
- Deprese.
- Odsuzování sebe sama po záchvatu přejídání.
- Strach, že ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo.

Ladishová (2006, s.35) dále uvádí:

- Znamky „očistného“ chování, například zavírání se v koupelně po každém jídle, zápach zvratků na záchodě (nebo na jiných místech, pokud byla bulimička v koupelně přichycena); často u ní lze najít obaly z laxativ, diuretik nebo tabletek na hubnutí.

---

<sup>1</sup> <http://prozdravi.sattnet.cz/Bulimie/>

- Přehnaný zájem o cvičení, které nic nezastaví; pacientka jde běhat ven vzdor dešti, ba dokonce navzdory zranění či nemoci, protože cítí nutnost spálit sportováním kalorie z nadměrného požívání jídla.
- Nedostatečná schopnost koncentrace a ztráta zájmu o přátele a aktivity, které ji dříve těšily.

## 4 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE

<sup>2</sup>Poruchy příjmu potravy se vyskytují převážně u dívek a mladých žen a jejich nejčastějšími formami jsou mentální anorexie nebo mentální bulimie. Jde o poruchu, která spočívá v tom, že pacientky jsou nepřiměřeným způsobem zaměřeny na své tělo, hmotnost a příjem potravy. Cílem obou syndromů je štíhlost a hlavní příčinou je strach z tloušťky. V případech mentální anorexie jde především o extrémní omezování příjmu potravy, u mentální bulimie o extrémní přejídání spojené s vůlí vyvolávaným zvracením.

Hlad se stal přítelem...

*„Po několika dalších týdnech přišlo období, kdy jsem hlad přestala úplně cítit. Zůstala jen euforie. Hlad se stal osobou – přítelem, který utěšil. Stala jsem se na něm závislou. Řekla bych, že je to podobná závislost jako na alkoholu. Jenže zde funkci „drogy“ přebíral hlad. Byl tím jediným, co jsem měla. Měla jsem svůj výkon. Měla jsem možnost stále dosahovat dokonalosti, která spočívala ve vyhublosti. Měla jsem moc to ovládat. Necítila jsem bolest, necítila jsem nic. Byla jsem hnaná jedinou myšlenkou – vážit dnes alespoň o pár deka méně než včera.*

*Nikomu jsem nesevěřila, co je to za mechanismus, který mi v hlavě funguje. Hlad byl tajemství, které mě posilovalo, které mi pomáhalo unést všechny mé problémy. A bála jsem se, že když se to dozví druzí, budou mi ho chtít sebrat a já tak ztratím svou dokonalost a možnost kontroly.“ (Dvořáková 2009, s 90-91)*

### 4.1 Osobnost nemocných trpících mentální anorexií a bulimií

Průběh potíží bývá pozvolný, zpočátku se nejví jako porucha, i když tendence dodržovat přísnou dietu a nadměrně cvičit, začíná být nápadná. Zeštíhlení může být dokonce pozitivně hodnoceno, dospívající je oceňován, jakou má pevnou vůli. Počáteční chválení snahy o štíhlost funguje jako posilující impuls. Avšak postupně s dalším hub-

---

<sup>2</sup> <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>

nutím začnou ostatní lidé pochybovat o přiměřenosti takového chování. V této době reaguje už většina dívek trpících anorexií na jakékoliv argumenty a přesvědčování lhaním a podváděním.

Zásadní rozdíl mezi mentální anorexií a bulimií je na první pohled viditelný. U mentálních anorektiků bije do očí jejich nápadná vychrtlost. Naopak jedinci trpící mentální bulimií nebývají na první pohled ničím nápadní. Společným znakem obou poruch je touha po krásném štíhlém těle a ustavičný strach z tloušťky. Dívky se neustále zabývají svým vzhledem, svojí váhou a snaží se zhubnout za každou cenu. Bývají nešťastné, protože již nepoznávají, co je normální porce jídla, stravovací návyky mají velice chaotické. U obou poruch stojí v popředí problém s jídlem. Mentální bulimie v řadě případů s mentální anorexií velice úzce souvisí, protože jedinci s bulimií v minulosti trpěli právě anorexií. Většinou se jedná o inteligentní, ctižádostivé osoby toužící po dokonalosti. (Benešová, Míčová, 2003).

Tabulka 1 – Srovnání mentální anorexie s mentální bulimií (Krch, 2008, s.23)

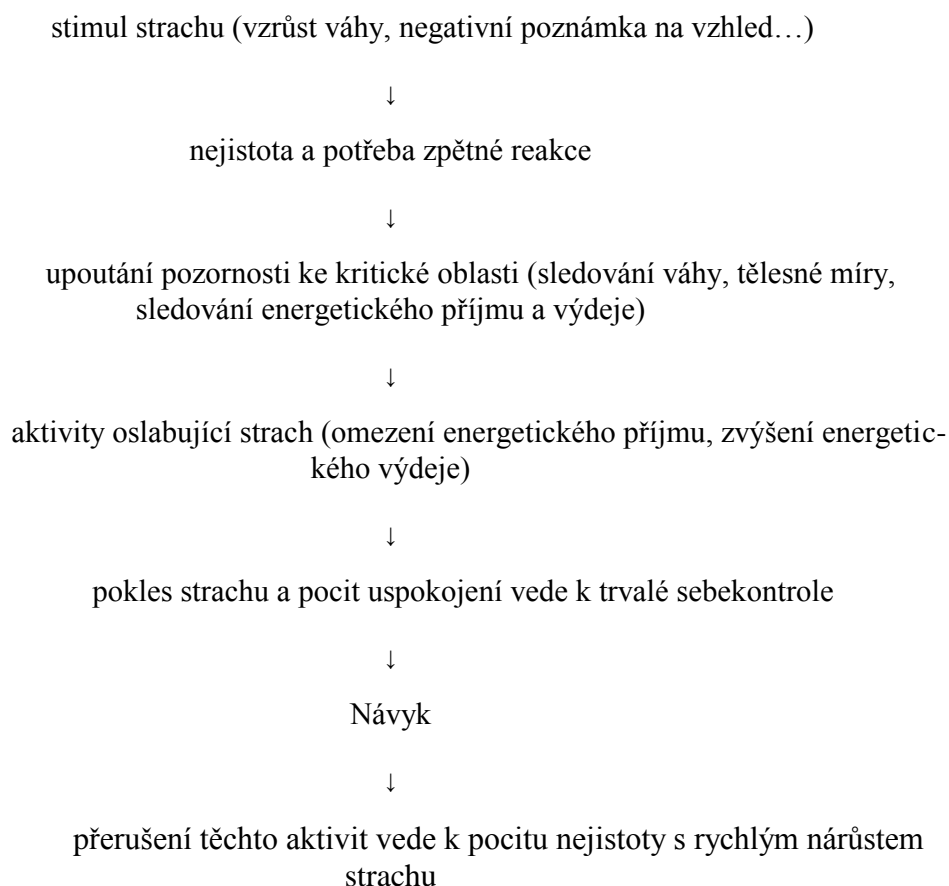
Významné znaky	Mentální anorexie	Mentální bulimie
<b>Pokles hmotnosti</b>	výrazný	mírný pokles ba naopak zvýšení
<b>Sebekontrola</b>	vystupňovaná	oslabená
<b>Amenorea</b>	60-100%	10-30%
<b>Jídelní chování</b>	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	rychlé jídelní tempo, větší sousta, velký příjem tekutin
<b>Vyvolané zvracení</b>	15-30%	75-90%
<b>Počátek obtíží</b>	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
<b>Incidence v rizikové populaci</b>	0,5-0,8%	2,5-6%
<b>Významné zlepšení</b>	20-75%	60-85%
<b>Motivace k léčbě</b>	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání

## **Chorobný strach**

Z hlediska projevů strachu jde o strach z tloušťky a jídla. Tento strach roste k přímé úměře k pozornosti, která je mu věnována, podobně jako je tomu u každého jiného strachu. Když se ze strachu z tloušťky vyhnete jídlu, druhý den vás stejný hlad o to více vystraší a o to více budete myslet na jídlo a požadovat více záruk, že nepřiberete. Úleva spojená s vyhnutím se tomu, čeho se bojíme, potencuje riziko vzniku návyku. (Krch, 2002, s.32-33)

Pro lepší porozumění reakce na strach, vznikající u PPP uvádím v následujícím textu schéma, odrážející patofyziologické pochody strachu u nemocných mentální anorexii či bulimií.

Obraz reakce na strach: (Krch, 2002, s.33-34)



Strach má velké oči a je nenasytný. Na tělo zaměřená pozornost zkresluje jednotlivé proporce a v případě jídla udělá z chudé porce oběd pro regiment. (Krch, 2002, s.36)



## **Perfekcionalismus**

Chování dívek s anorexií vykazuje známky přesvědčení o tom, že lásku si člověk musí zasloužit a vykoupit zvýšeným úsilím, skvělým chováním a výborným zevnějškem. Mají utkvělou představu, že neschopnost dosáhnout dokonalosti povede k odmítnutí. Takové schéma vede k úctě k autoritám a citlivosti ke společenským požadavkům na štíhlost, nebo ke zdůrazňování čistotnosti, nebo zvýšené potřebě pracovního úspěchu. Často se vyskytuje černobílé myšlení. Věci jsou buď dobré, nebo špatné, existuje pro ně jen úspěch, nebo pád. (Papežová, 2000)

## **Euforie a deprese**

Emocionální stav osob trpících PPP přechází z extrému do extrému. Střídá se pocit euforie s depresí. Depresivní symptomy pramení z neschopnosti nadměrné sebekontroly v příjmu potravy, z nepřiměřených požadavků na tělesnou hmotnost a proporce, z vyhladovění. Depresivní příznaky jsou vystřídány pocitem euforie ve chvílích, kdy se podaří znovu získat kontrolu nad příjmem potravy. Během několika hodin se stav euforie může zvrátit v hlubokou depresi. V nejtěžších případech může nastoupit tzv. depresivní stupor (strnulost), v němž nemocný není schopný pohybu a vyvolává pocit nezájmu o svůj život. Deprese ovšem mohou probíhat nepozorovaně, skrytě, což znesnadňuje brzkou diagnostiku PPP. (Krch, 2008)

## **Pocit nadřazenosti, viny a hanby**

Ve smyslu pocitu neobvyklosti, mimořádnosti spojeného s popíráním základní lidské potřeby vede u takto nemocných k pocitům výjimečnosti, i přesto, že se nejedná o žádný neobvyklý výkon, který by společnost uznávala. Pocit nadřazenosti se proráží navenek arogancí vůči okolnímu světu, který své tělesné potřeby nedokáže ovládat. Ovšem na jedné straně stojí tento pocit nadřazenosti a sebevědomí, na straně druhé pocitu nejistoty, hanby a viny, které vyplují na povrch ve chvílích sebemenšího selhání, kdy nemocný podlehne vlčímu hladu nebo nátlaku okolí a začne opět trochu jíst. V reakci na to dochází k prohloubení jejich postoje k odmítání potravy, čímž odstraňují následky své „slabosti“. (Krch, 2008)

## 4.2 Život s nemocí

Kim Chernin ve své knize *Obsese* tvrdí, že „tělo má své důvody...*pod seškrábnutým povrchem posedlosti hmotnosti odhalíme, že žena posedlá svým tělem je posedlá i hranicemi svého emocionálního života. Svou obsesí vlastně vyjadřuje celou řadu obav o stav své duše...*“ (Ladishová 2006, s.48)

Omezení příjmu potravy sehrává klíčovou roli v poklesu tělesné hmotnosti. Život s mentální anorexií a bulimií je ovládán starostmi o váhu, tvar postavy, zkrácenou představou o vlastním těle. Ke snižování hmotnosti nemocní nevyužívají jen sílu své vůle k potlačení základní lidské potřeby najíst se, ale kombinaci různých druhů metod k potlačení pocitu přejevení, mezi něž patří redukční dieta, vyvolané zvracení, nadměrná fyzická aktivita, užívání medikamentů, jako jsou anorektika, diuretika a laxativa.

### Metody kompenzace záchvatového přejídání

Jsou dalším projevem změněného jídelního chování mentální bulimie. Patří sem například: redukční dieta, zvracení, zneužívání medikamentů a přehnaná fyzická aktivita. (Cooper, 1995)

Vynucované zvracení se u nemocných objevuje jako reakce na skutečnost, že ztratili kontrolu nad jídelním chováním. „*Těsně před bulimickým záchvatem se postižené osoby dostanou do osidel myšlenek na jídlo. Jejich intenzita roste až po nepřekonatelnou touhu a apetit.*“ (Ladishová 2006, s.66)

Typickým průvodním znakem je, že ke zvracení dochází tajně, v ústraní, beze svědků. Tato falešná metoda ke snížení tělesné váhy či k jejímu udržení na nemorbidní hodnotě se stává pro takto nemocné zrádnou. Důvod vyplývá z nevědomosti o tom, že zvracení neodstraní z těla všechny přijaté kalorie, protože štěpení cukrů je započato již v dutině ústní, určitá část přijaté energie je tedy tělem absorbována. A také zvracení podporuje přejídání tím, že odstraní psychické a fyzické bariéry omezující příjem potravy. Tato metoda je praktikována tím snáze, čím větší množství konzumované potravy je přijato. Zvracení oslabuje strach z tloušťky a vede tak ke stále častějším epizodám záchvatového přejídání a ke zvýšenému množství přijaté potravy během jedné epizody. Tenhle koloběh dokonce vede ke vzrůstu tělesné hmotnosti, takže prvotní nadšení

bulimiků, vyplývající z objevu této pro ně geniální redukční metody, je tak brzy vystřídáno pocití beznaděje a deprese, které dále prohlubují PPP. (Krch, 2008)

Nebezpečná a především neúčinná, jako vyvolané zvracení, jsou laxativa, diuretika, anorektika.

Anorektika (léky snižující chuť k jídlu), jsou jediným ze zde jmenovaných medikamentů, které vedou ke snížení tělesné hmotnosti. Jejich účinnost je však problematická, neboť nejsou určeny k dlouhodobému užívání. Používají se při léčbě obezity k úpravě hmotnosti jako doplňková terapie. Avšak nedochází k úpravě životních návyků a jídelníčku, takže po vysazení léčby často hrozí jojo efekt.

Laxativa (projímadla) podporují vyprazdňování střev. Ve skutečnosti nesnižují absorpci potravy, protože působí v dolní části trávicí trubice, a kalorie obsažené v potravě jsou absorbovány v její horní části. Navíc jsou laxativa návyková, a k dosažení jejich účinku je třeba zvyšovat dávky. (Krch 2008)

Při dlouhodobém užívání mohou vést k dehydrataci organismu, ztrátě živin, poškození střev, chronickému průjmům či naopak zácpě.

Diuretika (léky zvětšující objem moči) vedou ke ztrátě tekutin, ale vzniklý úbytek hmotnosti je rychle navrácen, jakmile se tekutiny doplní.

### **Omezení příjmu potravy – aneb hlad těla i duše**

Mnozí lidé se domnívají, že anorektičky přestaly jíst, protože ztratily chuť k jídlu. Skutečnost je ale taková, že trpí obrovským hladem, jenže si zvyknou snášet jej. Jedí stále méně, nejprve omezují tučná jídla, později i ta méně kalorická, pijí čím dál tím méně nebo pouze čistou vodu, dokonce jsou schopné nejíst vůbec. Pevnou vůli čerpají z pocitu „očisty“ a zdánlivé kontroly nad svým tělem. Schopnost hladovět jim dává pocit nadřazenosti nad ostatními. Pouze hladovka jim umožní připustit si, že jsou štíhlé. Pro anorektičku je snazší nejíst vůbec, než jíst v malých dávkách; její dlouhodobou metou je úplné odbourání jídla. Nepřijímání potravy s sebou přináší nejen nebezpečí fyzických, ale i duševních následků. Jakýkoli pokus o přerušování hladovění považují postižené za hrozbu, která by mohla zničit jejich pevnou vůli a tím i předsevzetí extrémně zeštíhlet. Podlehnu-li hladu a něco snědí, i tu nejmenší dávku jídla považují za selhání, což vyvolává depresi. Ta je opětovně posílí v jejich úsilí hladovět. Je však těžké přerušit

hladovku, protože to znamená ztratit kontrolu. Jediný způsob, jak tuto kontrolu opět získat, je přestat jíst. (Ladishová 2006)

## 5 DŮSLEDKY A NEBEZPEČÍ NARUŠENÉHO VZTAHU K JÍDLU

PPP způsobují řadu zdravotních komplikací, které souvisejí především s úbytkem hmotnosti a nedostatečně vyváženou stravou. Jsou také důsledkem zvracení a užívání diuretik nebo laxativ. Zdravotní následky PPP představují vážné ohrožení zdraví, zhoršení kvality života postižených a v závažných případech mohou být spojené s rizikem úmrtí. (Krch, Marádová, 2003)

### 5.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Dle Krcha (2008, s.41-42) jsou důsledky mentální anorexie následovné:

- Zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení.
- Zvýšená kazivost zubů.
- Zpomalení funkce střev – zácpa.
- Zvýšená hladina cholesterolu v krvi.
- Suchá, zažloutlá praskající pleť, vypadávání vlasů, které jsou řídké, suché a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky. Nemocným se snadno dělají modřiny. Tenkou, šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou.
- Celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání projímadel.
- Chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykemie, nízký krevní tlak a omdlévání. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny anorektiček. Jejich závažnost vzrůstá s úbytkem tělesné hmoty (se stupněm vyhublosti).
- Nespavost ale i různé poruchy spánku (děsivé sny, časně probouzení apod.), přecitlivělost na světlo a zvuky.
- Nepravidelná menstruace. Porucha menstruačního cyklu může nějakou dobu přetrvávat i po návratu k normální tělesné hmotnosti.
- U žen i mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex.

- Srdeční obtíže se vyskytují téměř u 90 % anorektiček, zejména bradykardie (zpomalení srdeční frekvence) a arytmie. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními obtížemi a větším úbytkem na váze. Může dojít k srdečnímu selhání.
- Nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky).
- U dvou třetin anorektiček se mohou objevit poruchy funkce ledvin (v důsledku dehydratace hrozí ledvinový záchvat).
- Odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci.
- Slabý močový měchýř, častější nucení na močení.
- Pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů.
- Ochlupení: v extrémních případech se tělo ve snaze uchovat si tělesné teplo pokryje vrstvou jemných chloupků, jaké má plod měsíc před narozením. (Ladishová, 2006, s.31)
- Oslabení celkové obranyschopnosti organismu.
- U některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy.
- U mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta.

Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit smrtí. (Krch, 2008, s.41-42)

## **5.2 Zdravotní důsledky mentální bulimie**

- Celková únavnost, svalová slabost a spavost.
- Bolest v krku.

- Záněty slinných žláz (opuchlá tvář). (Maloney, Kranzová, 1997)
- Elektrolytické poruchy, jež mohou vyvolat arytmii nebo selhání srdce, dokonce i smrt; je to důsledek dehydratace a ztráty draslíku a sodíku při opakovaném zvracení.
- Praskliny zažívacího traktu během období přejídání se; zánět a možné poškození hltanu následkem zvracení; průtrž bránice. (Ladishová, 2006, s.35)
- Dehydratace.
- Zácpa (souvisí s nedostatkem tekutin), žaludeční vředy.
- Poškození zubní skloviny, zkažené zuby nebo ztráta části zubů z důvodu nadměrného příjmu cukru a opakovaného zvracení. (Ladishová, 2006)
- Bolesti v břiše.

Se závažnými a život ohrožujícími zdravotními důsledky je spojeno zvracení. Nebezpečná je už sama skutečnost, že velká část bulimiček si musí dávicí reflex vyvolávat prstem nebo různými předměty. Zranění krku a jícnu je velmi bolestivé. Do rány se snadno dostane infekce, může dojít ke spolknutí předmětu nebo k prasknutí jícnu, což vyžaduje okamžitý lékařský zákrok. Mezi nepříjemné důsledky zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého, kulatého obličeje. Méně nápadným, o to však nebezpečnějším následkem zvracení je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Největší problémy působí nízká hladina draslíku (hypokalemie) vyvolávající vážné nepravidelnosti srdečního tepu. Důsledkem těchto abnormalit mohou být různé neurologické komplikace jako například křeče, závratě, stavy zmatenosti nebo ztráta vědomí. (Krch, 2008, s.37)

### **5.3 Psychické a společenské následky mentální anorexie a bulimie**

Jak mentální anorexie, tak mentální bulimie významným způsobem narušují psychickou pohodu, osobní, pracovní a společenský život nemocného. U obou poruch lze pozorovat obdobné psychické a společenské důsledky.

*„Na počátku i na konci anorexie a bulimie je nejistota. Z nejistoty se většina dívek začne nadměrně zabývat tím, jak vypadají a kolik váží. Dieta je jen logickým pokračováním. Když to nejde, nebo to nejde tak, jak si člověk naplánoval, výsledkem je opět nejistota. Nejistota je nakažlivá. Když se nevyznáte ve svých vnitřních pocitech týkajících se jídla, pravděpodobně se potom nevyznáte ani v jiných pocitech. Jedno souvisí s druhým, a tak pocit neuspokojení posiluje potřebu vyniknout a být dokonalý v něčem jiném. Přílišná touha po dokonalosti a nadměrná sebekontrola jen dále zvyšují nebezpečí selhání.“ (Krch,2002, s.45)*

Dle Krcha (2002, s.46-47) lze důsledky mentální anorexie a bulimie shrnout následovně:

- Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly.
- Namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků.
- V myšlenkách se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké.
- Nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, zejména když jsou vázáni na jídlo. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat.
- Koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy.
- Snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost), o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím.

Celý život nemocných se točí kolem jídla. Nedokážou se na nic soustředit, jsou podráždění a u ničeho nevydrží. Přestane je těšit nejenom jíst, ale i pravidelně se vídat s přáteli a rodiči, se kterými se neustále hádají kvůli jídlu. Začnou být uzavření, podráždění a zahledění sami do sebe. Ztrácí veškerou sebedůvěru a přestávají se mít rádi. To, co je mělo vlastně povzbudit, dnes zcela ovládá jejich život... (Krch,2008, s.41)



## 6 MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch příjmu potravy je značně svízelná, zdlouhavá a mnohdy neúspěšná. Je to běh na dlouhou trať a ne všem se z bludného kruhu podaří dostat. Potom je tato porucha provází celým životem, který negativně ovlivňuje. Častá je také recidiva onemocnění.

Terapie může u lehčích případů probíhat ambulantně, v těžších případech je nutná hospitalizace na psychiatrické klinice, popř. na jednotce intenzivní péče se zavedením umělé enterální či parenterální výživy. Domácí forma léčby vede často k neúspěchu.

Léčba není snadná hlavně proto, že pacienti často zaujímají negativní postoj k léčbě, nechťejí si připustit, že mají problém a bez spolupráce nemocného se ničeho nedocílí. Proto tak většinou prvotní impuls vychází ze strany rodiny, která je znepokojena stavem postiženého. I v případě, kdy si pacient onemocnění uvědomuje, není schopen jeho průběh sám zvrátit. Důležitý a zároveň problematický je první krok - odhodlat se k léčbě, ale i vydržet a znovu nemoci nepropadnout.

Postoje pacientů k léčbě bývají přinejmenším ambivalentní. Uvádí se, že PPP mají charakter závislosti a změnit patologické chování i vnitřní postoje k vlastnímu tělu je obtížné. (Sladká-Ševčíková, 2003).

Pro nemocného je velmi těžké vzdát se něčeho, co se již stalo nedílnou součástí jeho životního stylu. Jejich porucha je pro ně často jedinou životní jistotou, proto mají z vyléčení strach. Terapie tak bývá složitá, individuální program spojuje různé přístupy. Léčení musí být komplexní, tedy psychické, somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky. Je zřejmé, že čím časnější bude intervence, tím úspěšnější a trvalejší bude výsledek léčení. Cílem léčby je v první řadě dosáhnout optimální tělesné hmotnosti, naučit se normálnímu jídelnímu chování, změnit pohled na svět, vztah k sobě, napravit negativní sebepojetí, naučit se mít sám sebe rád a přijmout svůj vzhled takový, jaký je. Tento úkol plní různé individuální či skupinové terapie. Velmi důležitá je podpora rodiny, partnerů a přátel. (Krch, 2005)

Krch, Marádová (2003) uvádějí, že úspěšnost léčby PPP je poměrně vysoká. Uvádí, že se daří vyléčit až 50% nemocných anorexií, u nemocných bulimií je léčba úspěšná u dvou třetin případů. Vágnerová (2004) však uvádí pouze 30% zcela vyléčených pacientů

s touto poruchou. Oba autoři se ale shodují v tom, že 20% případů přejde do chronického stadia a tito lidé zůstávají svou poruchou těžce postiženi. Úmrtnost je u mentální anorexie podle Krcha v rozmezí 2 až 8%, u mentální bulimie se pohybuje od 0 do 2% případů.

## **6.1 Ambulantní léčba**

Je vhodná u případů, kde se očekává aktivní spolupráce, pacient je ochotný a schopný docházet pravidelně do zdravotního zařízení a podílet se na terapii. Klade také nároky na rodinu a pedagogické pracovníky, pokud postižený není vyloučen ze školní docházky.

Krch (2005) indikuje tento typ pomoci pacientům ve stavu chronického stadia, kde léčba nejeví známky na dosažení plného uzdravení.

Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. V těchto případech se může uvažovat o „lékařské péči“, která má velmi odlišný cíl od psychoterapie. Tato lékařská péče se nezaměřuje na „překonání poruch příjmu potravy“, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Pokud je to nutné, měli by příslušní lékařští specialisté kontrolovat tělesnou váhu, elektrolyty a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu. Když je péče poskytována ve skupině, pacienti mohou mít další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti podobně postižených. V některých případech mohou tyto skupiny vyvolat novou snahu aktivně se zabývat symptomy poruch příjmu potravy. (Krch, 2005, s.126)

## **6.2 Hospitalizace**

Hospitalizace je žádoucí zejména pro pacienty, u kterých ambulantní léčba byla neúčinná, mají závažné další onemocnění nebo při akutním ohrožení života dokonce i proti vůli pacienta. Podle Krcha (2005) medicínskými kritérii pro hospitalizaci je váhový úbytek více než 25% tělesné hmotnosti, dehydratace, známky oběhového selhávání,

jako je pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh, přetrvávající zvracení nebo zvracení krve, depresivní symptomatologie s nebezpečím sebevraždy.

Hospitalizace obvykle trvá 1-2 měsíce, někdy i déle, kdy by měl pacient získat alespoň 90% cílové hmotnosti. Jejím cílem je normalizovat chování při jídle a postoje vůči vzhledu a hmotnosti. Zároveň se snaží pacienta postupně připravit na opětovné zařazení do společnosti. (Zvolský, 1998)

Podle toho, jak dlouho trvala chorobná závislost, než se pacient dostavil k odbornému ošetření, a kolik jídla konzumoval, objevují se rozdílně těžké následky choroby. V závažných případech je nutný pobyt na metabolické jednotce, kde je nemocný monitorován a je mu dodávána příslušná výživa, buď parenterálně (do žíly) nebo enterální sondou (sonda do žaludku), protože výživa normálním způsobem je ze začátku nemožná. Pokud je pacient schopen normálního příjmu potravy ústy, tak dostává příslušnou dietu, v žádném případě to nesmí být „výkrmná kúra“, jinak hrozí vážné tělesné poruchy a psychické reakce, které by mohly zmařit veškeré snažení. Musí se začít obnovovat plnohodnotná výživa, ale pomalu. Složení jídelníčku určuje odborník podle individuálního obrazu nemoci. (Leibold, 1995)

Pokud pacient v průběhu choroby zneužíval také léčiva, jsou navíc nutné i detoxikační a odvykací kúry. (Leibold, 1995)

Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které s jídelními poruchami nějak souvisí. Získat pacienty k aktivní spolupráci vyžaduje mnohdy velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu. (Krch, 2005,s.125)

Pro většinu nemocných s PPP je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Hlavní rozdíl mezi hospitalizací a částečnou hospitalizací je v tom, že pacientům jsou poskytovány terapeutické služby, jídelní režim, ale nezůstávají v nemocnici přes noc. To je pro mnoho pacientů příjemnější a nedochází tak k úplnému přerušování podpory okolí a vnějších styků.

<sup>3</sup>Hospitalizace má svůj přínos určitě v tom, že se nemocní setkají s dalšími stejně nebo podobně nemocnými, mohou vidět, že takové problémy mají i jiní, že v tom nejsou

---

<sup>3</sup> <http://www.ppzdravi.cz/anorexie-bulimie-poruchy-prijmu-potravy-ppp/poruchy-prijmu-potravy-1.html>

sami. Mohou mít určitou motivaci, když vidí uzdravujícího se pacienta, na druhé straně mohou být však stresováni opačnou situací. Přínosem je určitě společné stolování, vědomí, že všichni jedí stejné jídlo. Nemocní mohou vidět, že se dá z nemoci vyléčit.

### **6.3 Psychoterapie**

Psychoterapie je velmi důležitou složkou léčby. U pacientů, kteří nejsou schopni účastnit se ambulantní psychoterapie, se provádí primární léčba v nemocnici. Psychoterapie vyžaduje většinou delší dobu a je závislá na aktivní spolupráci pacienta a léčebných metodách. (Vágnerová, 2004)

Jedná se o terapii vedenou odborníkem. Rozhodujícím prvkem všech celkových přístupů k léčbě mentální anorexie a bulimie je silný terapeutický vztah založený na důvěře a pochopení.

### **6.4 Druhy terapií**

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

Je vhodná součástí léčby mentální bulimie. Klíčovým faktorem, který brání uzdravení bulimiček, je jejich přemrštěný zájem o tělesnou hmotnost a tvar postavy. Tato terapie učí racionalizovat a poznávat své pocity, které vedou k záchvatům přejídání a vyprazdňování. Účinky terapie jsou poměrně brzy viditelné. Sama o sobě však kognitivně-behaviorální terapie obvykle nestačí, doporučuje se kombinovat s interpersonální terapií, případně dalšími formami terapie. (Krch, 2005, s.128)

#### **Rodinná terapie**

Rodinná terapie pomáhá zlepšit narušené vztahy a vede k jejich společnému řešení. Účastní se všichni členové rodiny včetně sourozenců. Cílem je pak pozitivní změna rodinných vztahů, před kterými by už pacient nemusel utíkat do chorobné závislosti. Také pozitivní atmosféra v rodině ochraňuje nemocného především před recidivami po ukončení léčby. Proto může mít rozhodující význam pro trvalý úspěch terapie.

Rodinná terapie se hodí spíše pro pacienty, kteří žijí s rodiči. (Leibold, 1995)

## **Skupinová terapie**

Při skupinové terapii se schází více pacientů se stejným problémem a diskutují o svých pocitech a potížích mezi sebou navzájem a s přítomným psychologem. Skupinovou terapii se doporučuje nasadit až v momentě, kdy už má pacient to nejhorší za sebou a nastoupil na cestu zotavování.

Schází se šest až dvanáct účastníků terapeutické skupiny vícekrát týdně v ordinaci terapeuta, aby se zde otevřeně vypovídali. Tímto způsobem se navozují různé nácvikové postupy, které mají pomáhat překonat onemocnění. Významnou roli hraje poznání, že se svou poruchou postojte k jídlu není pacient osamocen, že mu zkušenosti ostatních, jejich úspěchy, mohou pomoci v boji proti nemoci nebo posloužit jako vzor pro vlastní chování, kterému se má naučit. Důležité je vytvořit atmosféru pevnosti, porozumění a pevně stanovených hranic. Nehodnotit a neposilovat tak v pacientech pocity viny, ale zabývat se možnostmi změny. (Krch, 2005, s.193-197)

## **Farmakoterapie**

Farmakoterapie, podávání léků. Podle Krcha (2005) je nutné u psychofarmakologické léčby respektovat přesnou diagnózu a stadium rozvoje poruchy. Sama nikdy nestačí k vyléčení anorexie nebo bulimie, ale je dobrým podpurným prostředkem. Jedná se o antidepresiva (léky zmírňující úzkost) nebo léky potlačující nutkavou chuť přejít se. Můžeme sem také zahrnout hormonální léčbu jako prevenci osteoporózy.

## **Další způsoby terapií**

Arteterapie, drama-terapie, ergoterapie, muzikoterapie, taneční a pohybová terapie – tento druh terapií se opírá o výtvarné, pracovní pohybové či hudební projevy pacienta jako o důležité léčebné prostředky. Nejde přitom o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Taková činnost a možnost soustředit se chvíli na něco jiného než na jídlo má blahodárné účinky. Pomocí těchto terapií se může objevovat nový psychotherapeutický materiál vhodný ke zpracování v uvedených psychotherapiích. (Leibold, 1995)

## 7 PREVENCE

V souvislosti s nárůstem poruch příjmu potravy a jejich sociální citlivostí vzrůstá i význam primární prevence. PPP se podle dosavadních zjištění vyskytují u 6% dospívajících a mladých lidí. Předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků je obvykle snazší než je zpětně měnit. Nejvýznamnějším krokem v prevenci je tedy zlepšení informovanosti, což je i cílem této práce.

Prevence se, podle odborníků, realizuje osvětou poruch příjmu potravy v podobě různých pořadů v televizi, přednášek ve školách, odborných knih. Odborníci však poukazují na to, že seriály, filmy, reklamy, kde se propaguje ideál štíhlé postavy, mnohonásobně převyšují preventivní působení. (Krch, 2005)

Na poli primární prevence má asi největší podíl občanské sdružení Anabell ([www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)), se sídlem v Brně a pobočkami v Praze a Ostravě. Vzniklo z iniciativy stávající předsedkyně PhDr. Ing. Jany Sladké Ševčíkové v roce 2002. Hlavním cílem organizace je pomoc nemocným s PPP, jejich rodinám a systematická podpora rozvoje preventivních programů, zejména zvýšením společenského povědomí o těchto poruchách. Kromě primární prevence na základních školách, která se děje zejména formou přednáškových činností, se věnuje i osvětě široké veřejnosti a spolupráci s odborníky. Ediční činnost sdružení spočívá ve vydávání a distribuci edukačních materiálů, brožur, měsíčníku Zpravodaj Anabell, tvorbu webových stránek a provoz odborné knihovny zaměřené na literaturu o PPP.

Ladishová (2006) uvádí, že základ prevence spočívá nejvíce v rodině. Osvojit si správné stravovací návyky, na to není nikdy příliš brzy. Zvyky vytvořené v dětství člověk často dodržuje už celý život. Nedílnou součástí je i kultura stolování. V dnešní uspěchané době narůstá nabídka rychlých občerstvení, která většinou nenabízí příliš kvalitní výživu. K tomu se zvyšuje konzumace sladkostí a alkoholu. Pro sociálně slabší rodiny je také problém zaplatit svým dětem různé kroužky a tábory. Děti potom nemají žádný kvalitní volnočasový program. Přitom péče o děti, jejich zdravou výživu a bohatý, stimulační program jsou neúčinnější prevencí PPP v našich současných podmínkách.

Proto je důležité vést je ke zdravému způsobu života; podporovat sportování jako prostředek radosti ze života, péči o tělo i mysl, a ne jako prostředek na hubnutí či spalování kalorií po bohatém obědě. Rozumné je navyknout je na vyvážené stravování, rozložené minimálně do tří dávek denně. Nejlépe jíst v poklidu, za stolem a vyhýbat se to-

mu, aby se prostřený stůl stal kolbištěm pro hádky. Nepoužívat jídlo formou trestů a odměn. Snažit se všemožně rozvíjet jejich sebeúctu. Je pravděpodobně nejlepší protilátka na PPP, protože když člověk sám sebe bere takového, jaký je, nemá potřebu zamotat se do spirály absurdních diet na hubnutí. (Ladishová, 2006, s.91-92)

Jak jsem již výše uvedla, základ prevence spočívá samozřejmě nejvíce v rodině, avšak i škola by měla, v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, využívat všech svých možností. Měla by poskytovat žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy, podporovat pozitivní sociální klima ve škole, vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování a vést žáky ke zdravým stravovacím návykům (Krch, Marádová, 2003).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## **8 CHARAKTERISTIKA, METODA A CÍL VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

Při zpracování praktické části méj bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum nabízí mnohem silnější vhlad do lidské dimenze sociální situace a lidské reality. Cílem kvalitativního výzkumu je totiž především porozumění sociální realitě, porozumění lidem v sociálních situacích. (Disman, 2000)

Výzkumný soubor kvalitativního výzkumu tvoří tři dívky, u nichž se během jejich života objevila porucha příjmu potravy. Ve všech případech kazuistik nejsou uvedena pravdivá jména dívek.

Cílem předkládaného výzkumu je zmapování konkrétních příběhů lidí trpících poruchou příjmu potravy. Jejich boj s nemocí, zdravotní a sociální důsledky nemoci.

Kvalitativní výzkumná šetření jsou založena na hledání porozumění sociálního nebo lidského problému. Hlavním cílem je objasnit, jak se lidé v určitém prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje a proč jednají určitým způsobem.

## 9 KAZUISTIKA Č. 1

Marcela 25 let

Anamnéza: Výška 170 cm, současná váha 50 kg. V mládí se věnovala závodně volejbalu. Marcela má středoškolské vzdělání a pracuje. Vztahy s rodiči jsou dobré, ale žije sama. Anorexie u ní propukla v 15-ti letech. Dvakrát byla hospitalizována. Dále pokračuje v terapiích.

Vlastní trpkou zkušenost s anorexií má i moje kamarádka Marcela z jazykové školy, kterou jsem navštěvovala po absolvování gymnázia.

Marcela vyrůstala v rodině, ve které panovaly dobré vztahy. Vždy mohla o všem s kýmkoliv mluvit a ve všem, co pro ni bylo důležité, ji rodina podporovala. Prožila bezproblémové dětství, které charakterizovala vzájemná důvěra a respekt. Ve škole byla oblíbená a vyhledávaná. Měla svoje dobré kamarády. Protože její rodiče měli časově náročné zaměstnání, bývala Marcela často sama. Oba rodiče patřili k těm přirozeně atraktivním lidem, proto nekladli nijak zvláštní důraz na vzhled.

### **První náznaky nemoci**

S přicházejícím obdobím puberty začala Marcela vnímat svůj vzhled kritičtěji. Do té doby byla normální, celkem štíhlá dívka, ve škole se dobře učila, bavilo ji plavání, jízda na kole a závodně hrála volejbal. Začalo pro ni být důležité vypadat dobře právě proto, že u jejich rodičů to bylo samozřejmé. Mezi svými vrstevníky si však příliš atraktivní nepřipadala. Měla na sebe vždy svůj názor a hodnocení okolí na něj nemělo nikdy vliv. Začala si kupovat módní časopisy, kde se hodně objevovaly štíhlé modelky, různé diety, na titulních stranách byly upoutávky na hubnutí.

Potom to začalo. Zprvu si chtěla něco dokázat, být zdravější, šťastnější, vnést do svého života řád. Začala nevinnou dietou, kde si nařídila každé ráno posilovat, nejíst sladkosti a žít zdravě. Snažila se být ve všem dobrá a s hubnutím se jí to opravdu dařilo. Z této nevinné záležitosti se však stal obrovský, smutný problém. Anorexie. Nejdřív se jí dařilo úspěšně maskovat, že vlastně nejí. V prvním období pociťovala až euforický příliv elánu a chuti do práce. Postupně se ale z Marcely stala zamlklá holka, která se ani náznakem nepodobala té dřívější. Nesmála se. Izolovala se od kamarádů, přestalo ji všechno a všichni zajímat. Nimrala se v jídle, až nakonec přestala s rodiči jezdit na ná-

vštěvy, aby nemusela odpovídat na „dotěrné“ otázky, proč nejí, proč je zamklá a smutná atd. Rodiče jí domlouvali, aby už dál nehubla. Marcela byla ale šťastná ve svém vlastním světě a vůbec nechápala, proč by měla jít do nemocnice nebo se léčit, jak chtěli rodiče. Ti ale na ni stále tlačili, a když se nemoc začala více prohlubovat, byla Marcela po čase tak vyčerpaná, že přišly ještě větší deprese a sebevražedné myšlenky.

### **Léčba a hospitalizace**

Nakonec skončila v nemocnici na kapačkách. Když se vrátila domů, připadala si oteklá a měla strach, že ji rodiče budou nutit do jídla. Jedla pravidelně, ale asi to nestačilo, protože opět hubla. Trápil ji výraz ustrašené matky, ale zároveň cítila, že jí dělá dobře být středem pozornosti, že se o ni někdo zajímá a stará více, než kdy předtím. Rodiče už byli zoufalí a unavení opakujícími se konflikty, které s sebou soužití s nemocným přináší. Došlo to až tak daleko, když rodiče přestali zvládat situaci a začali ji dokonce nechtíc vyhrožovat, dávat různá ultimáta, až se napjatá situace vyhrotila natolik, že byla opět hospitalizovaná - léčba, psychoterapie, zase se všechno opakovalo...

Je šílené probouzet se ze sna, nešťastně zas bloudit tmou,  
bezbranná na kolena klesá a odříkává modlitbu svou.  
Někdy mám pocit, že nerozumím jejím slovům,  
tajně za ní chodím a poslouchám ji znovu.  
Dnes už vím, že ztratila svou duši, nevěří mým slovům,  
když říkám, jak jí to dnes sluší.  
Je ztracená, padá tiše ke dnu a na její slova zmatená  
mám odpověď jen jednu. (*Marcela*)

### **Život s nemocí**

Anorexie zatím vítězí. Tváří se jako její kamarádka, tváří se velkoryse, prý se ztracenými kily přijde i spokojenost?! Naslibuje toho mnoho, ale zatím plní jen to jedno. Ničí ji.

Uvědomila si, že je to vážné a najednou chtěla strašně moc žít. Ale stále tady byly pocity strachu...Pocity úzkosti...Vše se jí honilo hlavou jako začarovaný kruh. To jaká byla. Co byla za člověka, co si přála a čeho se teď už bála. Vše, co se jí týkalo, se jí

zobrazovalo v jejím snu a myšlenkách. Co jí vlastně anorexie vzala a co jí dala? Svě pocity a myšlenky vyjádřila ve dvou dopisech.

*Drahá Anorexie, můj nepříteli,*

*největší hrůzo mých děsivých snů, nejhlubší propasti, do níž lze spadnout.*

*Chci, abys mi navždy zmizela ze života, nechci, abys mi ještě kdy prolézala mozkiem a trápila mě. O všechno jsi mě připravila. Co jsem udělala tak strašného, že jsem si zasloužila, abys mě tak týrala?*

*Strašně mi chybí mí přátelé. Nenávidím tě, protože maminka kvůli tobě vypadá strašně vyčerpaně a nemá čas na nic jiného než s tebou bojovat. Proč jsi tak strašně sobecká, proč ničíš nejen mě, ale také všechny a všechno kolem mě - nechej aspoň mé blízké na pokoji.*

*Vůbec nevím, kdy jsi stihla tak strašně vyrůst, kdy se stalo, že mě tvé velké ohybné ruce začaly škrtit a ničit mi život. Kdy mne úplně propustíš, necháš mě jít? Tak dlouho jsme spolu vcelku dobře vycházely, ale pak jsi mi začala říkat, co mám jíst a kolik, až jsi mě skoro nechala umřít hlady.*

*Tak a teď nemůžu jíst, co bych chtěla, nemůžu jíst tolik, kolik bych chtěla, jenom kvůli tobě mi dělá jídlo strašné potíže. NENÁVIDÍM TĚ.*

*Chci taky zpátky oči, své staré oči, kterým bylo v mé staré hlavě tak dobře, oči, které nekontrolovaly všechny dívky kolem a nesrovnávaly je se mnou. Chci se podívat na nějaké jídlo a říct si: Proboha, to vypadá skvěle, kousek si dám.*

*Ale ano, já zapomněla, oči jsi mi ukradla taky. Už mě to vůbec nebaví. Mám dost tady toho pokoje, mám po krk vši té nudné rutiny. Víš, že mne už nebaví vůbec vstávat, víš, že se netěším na nadcházející den? Bojím se ho a on se vždycky vleče a je úplně bez konce.*

*Dobře vím, že jakmile mne jednou opustíš, zmizíš v pekle. Bohužel jsi mi polámala křídla. Ale já vím, že budu létat, a každý den jsem svému cíli blíž a blíž.*

*Sbohem navždy.*

*Marcela*

(Kingsley, 2006, s.65-67)

A toto je druhý dopis:

*Drahá Anorexie, má přítelkyně,*

*trvalo mi strašně dlouho, než jsem začala psát tento dopis, a vlastně nevím, jestli je to proto, že nechci připustit, že bys mohla být moje přítelkyně, nebo je to tím, že vůbec nechápu, že by se moje přítelkyně mohla chovat jako ty, okrádat mě o vše, co mám nejraději. Co jsi mi dala?*

*Dala jsi mi schopnost udržovat se štíhlá. Mám ráda, když na sobě nemám tuk a strašně nesnáším představu, že se nemůžu vyléčit a přitom zůstat taková, jaká jsem teď. Když jsi štíhlá, tedy vlastně tenká, jsi strašně zranitelná. Nechci být úplně nezávislá a ty mi pomáháš držet kolem mne lidi, kteří mě neopustí. V jejich blízkosti si připadám bezpečněji. Vím, že mi vždy pomohou. Ale ani tak vlastně nevím, proč mám strach, že by mě moji blízcí nechali na holičkách. Důvěřuji mámě a taky ostatním z rodiny, vím, že mě mají rádi takovou, jaká jsem, a nejen proto, že jsem s tvou pomocí tak křehká.*

*Mám moc ráda, když se o mě lidé starají, když jsem mazlíček rodiny. Myslím, že mi dělá radost, kdy se naši přátelé ptají, jak mi je, jak se cítím, když slyším jejich poznámky, že jsem zase zhubla a že o mne mají starost. To ale není ta Marcela, na kterou si pamatují, holka, která se vždycky snažila být statečná, nepřidělavat nikomu trápení, nepřitahovat pozornost, prostě zapadnout.*

*S tvou pomocí ale nejsem odlišná, jsem výjimečná. Nechci projít životem bez povšimnutí, bojím se, že si na mě nikdo nebude pamatovat, že za sebou nenechám žádný otisk.*

*Nikdo mi sice nevěří, ale myslím, že jsem si vybrala život. Doufám, že mi to nebudeš zazlívat, nechtěla jsem tě zklamat. Zůstaň se mnou jako trest a prosím nepřecházej do hlavy někoho jiného.*

*Myslím si, že i ty potřebuješ najít vnitřní klid a smíření. Hodně štěstí.*

*Marcela*

(Kingsley, 2006, s.67-69)

## **Současný pohled**

Marcele je dnes 25 let a má 50 kilo. Mívala 38 kilogramů.

Přestože ji lékaři považují za vyléčenou, ona sama říká: „Vím, že nikdy nebudu moci říct, že jsem z toho definitivně venku. Jako alkoholik nikdy nepřestane být alkoholikem, jenom abstinuje. Beru antidepresiva, a přesto pořád trpím depresemi a bolestmi hlavy. Snažím se dodržovat stravovací režim, ale někdy, když jsem hodně zaneprázdněná, zjistím, že jsem celý den skoro nejedla. Dělá mi dobře mít prázdný žaludek. Občas zase bezděky jedu v dietách, zase si vybírám bezpečná jídla. Anorexie je hrozná nemoc. Nikdy nevím, jestli mám ještě sílu ji zvládat sama, nebo jestli už mám poprosit o pomoc. Občas nevím, co je nemoc a co jsem já. Je to, jakoby s vámi někdo manipuloval a vy mu nedokázete čelit“.

## **Závěr**

Štěstím je, že se rozhodla situaci řešit a spolupracovat s psychiatrem a odborníky. Pravidelně dochází na terapie. Snaží se a opravdu se chce vyléčit. Myslím, že pokud bude nadále takhle pokračovat, má naději.

## 10 KAZUISTIKA Č. 2

Tereza, 21let

Anamnéza: Výška 168 cm, současná váha 54 kg. Pochází z úplné rodiny, má staršího bratra. Vztahy v rodině nejsou příliš dobré. Otec alkoholik, matka má psychické problémy. Porucha příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie, u ní začala zhruba v 16-ti letech, trvá s výkyvy dodnes, odmítá odbornou pomoc. Dvakrát hospitalizována. Studuje střední školu dálkově, momentálně v maturitním ročníku. Bydlí střídavě u rodičů a v klášteře. Na rodičích finančně závislá.

Příběh Terezy, neteře mé kolegyně z práce.

Již od malička se Tereza ve své rodině necítila moc dobře. Rodiče se často hádali. U nich v rodině to bylo vždycky trochu složitější. Otec má sklony k despotismu a přemíry alkoholu a máma je mu tupě oddaná. V té době Tereza příčiny hádek nezkoumala. Všechno dostalo spád, až byla starší a začala chápat podstatu všech věcí a všeho dění. S bratrem měli přísnou výchovu a jejich otec je mnohdy nutil do věcí a činů, které často hraničily s normalitou. Např. když měli jít na odpolední vycházku, striktně nařizoval, co si má kdo obléci a v případě nějakých námitek a protestů se začal rozčilovat, že s nimi nikam nepůjde, že by se za ně styděl. Tvrdošijně také zastával názor, že muž nemusí v domácnosti nic dělat, je to záležitost žen, takže Tereza musela pomáhat se vším sama a bratr nemusel dělat nic. Matka byla na nějaké protesty proti příliš „krátká“ nebo vše skončilo hádkou a neúspěchem.

### **První náznaky nemoci**

Když začala Tereza dospívat, teprve si plně uvědomila, jak je otec na maminku vysazen. Stále ji kritizoval, při každé příležitosti si neodpustil poznámku, že je tlustá, že by měla něco dělat se svou postavou. A tehdy se Tereza nad tím vážně zamyslela. Vždyť maminka se jí zdála normální až plnoštíhlá a když se Tereza podívala do zrcadla, zdálo se jí, že je po ní. Od té doby si odvodila, že nadávky směřované matce, patří vlastně i jí. A tehdy vznikl její velký problém. Musí s tím něco dělat.

Tereza začala zprvu vynechávat tučná a příliš kalorická jídla. Poté přestávala nosit svačiny nebo je dokonce vyhazovala. Postupně vynechávala i jednotlivá jídla, ale při

společné večeři se snažila být účastna, aby si rodiče ničeho nevšimli. V jídlu se nimrala, krájela ho na malé kousíčky, přehazovala různě po talíři, ale ve skutečnosti mnoho ne- snědla. Tereza hubla a hubla. Své hubené tělo se snažila zakrývat volnějšími oděvy. Přesto při pohledu do zrcadla si připadala stále tlustá. Myslela si, že se jí podaří ještě zhubnout. Až jednoho dne se čas ale naplnil.

Její hubenosti si postupně začalo všimát i okolí a matka s ní měla vážný rozhovor. Všimla si, že Tereza je už moc pohublá, že se poslední dobou stále šťourá v jídlu a že vlastně předstírá, že jí. Matka dostala o dceru vážný strach a i přes její protesty ji odvedla k lékaři. Po vyšetření ji diagnostikovali Crohnovu nemoc. Po tak náhlém úbytku hmotnosti si mysleli, že jí špatně fungují střeva. Nikdo žádné psychické změny nepozoroval. Zpočátku ani téměř nemohl, neboť Tereza působila energicky a celkem vitálně.

Někdy si našla dobrý důvod proč nejíst s ostatními a na naléhání otce tvrdila, že už jedla. Postupně se jakoby začala všech stranit, nechtěla už s nikým ani konverzovat, ba ani promluvit pár vět. Snažila se izolovat od světa, který ji připadal příliš složitý nebo hrozivý, než aby se s ním střetávala tváří v tvář. Chovala se najednou k rodině odmítavě, stroze až odtažitě. Mezitím váha stále klesala a Tereza jedla čím dál méně a méně, začala také nezdravě cvičit, psychicky byla na dně. Dostávala záchvaty vzteku, pláče..

A potom to přišlo. Jednoho večera ji našla matka plačící na zemi, schoulenou v rohu koupelny, šaty i zem byly potřísněny krví. Tereza si podřezala žíly. Zděšení, výkřiky, pláč...

### **Léčba a hospitalizace**

Byla odvezena do nemocnice a poté na psychiatrickou léčebnu. Zjistilo se, že se nejedná o Crohnovu nemoc, ale že je vlastně i psychicky narušená. Diagnóza zněla neúprosně - mentální anorexie. Její stav byl docela vážný. Nesnažila se nijak zvlášť spolupracovat. Na to, aby se začala alespoň trochu snažit přesvědčit, že může takovým způsobem života umřít, nereagovala. Odmítala návštěvy a kohokoli k sobě pouštět, zpočátku ani matku. Rozložila tím celou rodinu. Matka byla zralá také na léčení, musela brát sedativa na uklidnění.

Tereza věděla, že už nedokáže zvládat svůj vlastní život tak, jak by chtěla. Proto se stále začala soustředit na jedinou oblast, kterou podle svého názoru mohla ještě kontrolovat – na svoje tělo. Připadalo jí najednou, že by mohla dosáhnout „dokonalosti“



jedině v hladovění a v hubnutí. Už nedokázala myslet na nic jiného, než na to, co má, či spíše nemá jíst a kolik spálila energie. Třeba byl na stole talíř s čerstvými jahodami, Tereza neodolala a jednu snědla. Okamžitě šla ven běhat, protože byla přesvědčena, že po té jahodě příšerně ztloustne a že ten kousek jahody jí narůstá v břiše a způsobí, že zase přibere.

Tereza měla velké psychické problémy a celý „kolotoč“ začal znovu. Cítila se slabá, vyčerpaná. Nakonec zase skončila na psychiatrii, když se podruhé pokusila o sebevraždu. Vypadala hrozně, padaly jí vlasy, po těle vyskákaly modřiny, nehty jí přestaly růst a několik měsíců neměla vůbec menstruaci. Během hospitalizace byla zpočátku uměle vyživována, potom se postupně znovu učila normálním stravovacím návykům. Na druhé straně však stále nechtěla chápat, že hospitalizace jako poslední prostředek záchrany, jí měla dát jasný signál, že porucha závažným způsobem ohrožuje její život.

### **Život s nemocí**

Po návratu z psychiatrické léčebny se o ni matka ze strachu horlivě starala a Tereze dělal její zájem dobře. Konečně o ni někdo pečoval a cítila se být středem pozornosti, což jí těšilo. Na druhou stranu však ustaraná tvář ztrápené matky jí moc dobře nedělala. Pocity viny, že rodiče trápí, že otec dává matce za vinu její problém. Záchvaty vzteku, které odnášela zoufalá matka. Zlost na otce, že nic nechápe a nevšímá si jí a vše hází na matku. Starší bratr nevěděl, jak se má s Terezou bavit, jak jí pomoci, takže se raději stáhl. Ale pocity sebestřednosti s postupem času tyto pochybnosti zastřely.

Tereza však byla stále unavená, slabá, s nikým se nesnesla a po čase jí i přílišný zájem a péče začaly jít na obtíž. Byla uzavřená a stranila se společnosti. To vše i ovlivnilo studium střední školy. Při další návštěvě u psychiatra, kterým stejně Tereza nevěřila a další návštěvy matce tvrdšíjše odmítala, jí bylo sděleno, že pokud chce ve „zdraví“ dokončit středoškolskou docházku, bylo by pro ni lepší pokračovat ve studiu dálkově, neboť Tereza nebyla schopna strávit celý den mezi lidmi a ještě se soustředit. Únava, problémy se soustředěním, kreativitou, prostě hlava plná jídla a na nic jiného nezbývalo místo.

Vše se vystupňovalo, když už Tereza nesnesla ani ostatní členy rodiny a oznámila, že se s nimi nedá vydržet a odešla z domu, to už byla však plnoletá. Měla rozmyšleno, kam půjde. Chtěla zkusit začít „nový život“, tak začala žít v klášteře s abatysemi,

kde vlastně dodnes bydlí a přivydělává si. I když je to téměř normální průměrný plat, Tereze slouží pouze jako kapesné, neboť si neuvědomuje skutečnou hodnotu peněz. Přestože je Tereze nyní 21 let, je stále ve všech směrech závislá na rodičích, kteří to „musí“ akceptovat. Na víkendy dojíždí domů. Neustále však svým chováním psychicky deptá matku i ostatní, což si už ani neuvědomuje. Stále si myslí, že je tlustá, proto požaduje jenom určitý druh pokrmů, přestože ví, že doma není třeba zrovna k dispozici, řekne, že raději umře hlady, že nic jíst nebude. Žárlí na volně strávený matčin čas s někým jiným nebo jinak než s ní a kdy chce ona. Má zapotřebí jí sdělovat svoje „důležité“ problémy a pocity, co během dne prožila a z čehož má neustálé trauma. Dokáže ji rozhodit naprosto banální situace. Například situace, při cestě vlakem domů má Tereza předložit průvodčímu jízdenku, ale protože je najednou ve stresu, že by musela v kabelce jízdenku hledat a třeba ji ani nemusela najít, jí rozhodí natolik, že si raději koupí novou.

### **Důsledky nemoci**

Matka už je z Terezy psychicky vyčerpaná a původní strach, co pár let přetrvával, však už pomalu vystřídala apatie. Dobře ví, že se bude muset o Terezu při jejím chronickém stadiu starat asi navždy. Tereza je totiž velice labilní a psychicky stále narušená, není schopna zvládat svůj život sama, ba i dokonce by se dle odborníků nedovedla postarat o vlastní dítě, které zatím možná ani nebude moci mít kvůli špatné funkci vaječnicků. Také vybudovat kvalitní partnerský vztah bude pro Terezu velmi obtížné, neboť už nedovede svoje pocity a nálady korigovat a ať už si to uvědomuje nebo ne, může mít pocit, že dokáže ovládat ostatní, což se jí nikdy předtím nepovedlo. Místo aby byla bezmocná a snažila se všem vyhovět, stal se z ní člověk, který má vliv a kterému se ostatní snaží vyjít vstříc. Kromě toho, podle jejího přesvědčení, se z ní stala výjimečná osoba, která se snaží dosáhnout cíle, který nikdo jiný nedokáže pochopit.

Tereza, dříve normální, celkem plaché a vstřícné děvče, je najednou bojovná, neústupná - konečně dokáže odmítnout, když jí ostatní říkají, co by měla dělat. Nyní se už dokáže vzepřít a postavit proti vlastnímu despotickému otci. Na jeho případné narážky a poznámky odsekává nebo dokonce drze odpovídá. Tereza má zkrátka svůj svět, kde je „uzamčená“. Neustále se zaměřuje na kontrolu své tělesné hmotnosti, jako kdyby v tom spočíval klíč ke všem dalším otázkám. Pociťuje nedůvěru vůči okolnímu světu ale i rodičům.

Anorexie je vždy záležitost celé rodiny a svým způsobem jsou všichni nějak „poznamenaní“. Vyžaduje vysokou dávku trpělivosti, tolerance. Důležitá je láska a opora v rodině, ale ten nejdůležitější krok musí udělat Tereza sama. Ona musí uznat, že má problém a chtít odbornou pomoc a léčit se. Léčba slibuje totiž trvalý úspěch jen tehdy, když se v průběhu terapie podaří postiženého motivovat k dobrovolné spolupráci.

To ovšem není případ Terezy. Bohužel, ale asi nebude ani pravda ta milující rodina. Matka se o Terezu velmi bála a starala, ale ani to nebylo dostačující díky vlivu despotického otce, nebyla výchova a rodina úplně ideálním příkladem.

### **Současný pohled**

Ze dveří ordinace psycholožky vychází ztrápená Tereza. Opět další sezení a žádný krok kupředu, žádné zlepšení. Tereza už nemá sílu bojovat, vzdává se. Bylo už tolik prohraných bitev, že anorexie válku asi tentokrát opravdu vyhraje. Poddává se jejímu vlivu. Rezignuje. Takhle končí každé sezení u psycholožky.

Na bratrovi se situace také podepsala. Má velké problémy s komunikací, je abnormálně plachý, téměř bez svého názoru, který mu zatím podsouval otec, to, co má říkat, jak se má chovat. Těžce navazuje vztahy s opačným pohlavím.

Terezina nemoc se asi nejvíce podepsala na její matce. Od začátku když přišla na Tereziny potíže, prožívala s ní všechny psychické změny - deprese, plačtivost, podrážděnost, uzavírání se do sebe, ztrácení zájmu o společenské dění a pozornost věnovanou výhradně jídlu. Zpočátku Tereziny nemoci prožívala obrovský strach o její fyzické a duševní zdraví, což se po letech měnilo vlivem Terezina nezájmu a jejího psychického vydírání až v apatičnost, která zatím stále přetrvává. Když je Tereza přes týden v klášteře, pořídila si psa. Po čase a všech útrapách vlastně zjistila, že v jeho přítomnosti se cítí asi nejlépe.

### **Závěr**

V případě Terezy byl stěžejní příčinou vzniku mentální anorexie právě otec. Jeho despotické chování se projevovalo vlastně už před narozením Terezy a jejího bratra. Choval se k matce hrubě, nevybíravým způsobem jí často naznačoval, že by měla něco dělat se svou postavou, před kamarády ji zapíral a ponižoval. I v těhotenství se mu

protivila její zakulacující se postava a téměř většinu času trávil v hospodě za přítomnosti alkoholu, aby se na ni nemusel dívat.

Tyto kořeny zla sahají už k jeho rodičům, (Tereziným prarodičům), kteří na jeho chování nesou jistý podíl viny.

Jeho matka, perfekcionalistka, vždy a ve všem, byla to ona, kdo byl hlavou rodiny a vedl domácnost pěvně ve svých rukou, neustále všechny napomínala a sekýrovala a to i otce svých dětí. Proto tento syn, Terezin otec, nechtěl dopadnout právě tak.

## 11 KAZUISTIKA Č.3

Aneta, 27 let

Anamnéza: Výška 165 cm, současná váha 56 kg. Aneta pochází z úplné rodiny. Má středoškolské vzdělání, nyní pracuje. Je vdaná. Její sestra, dvojče, je také vdaná a žije v jiném městě. Vztahy v rodině jsou dobré. Bulimie u ní začala v 19-ti letech. Léčení nikdy nepodstoupila a v současnosti tvrdí, že je z nemoci venku.

Aneta vyrůstala v rodině, kde panovaly celkem dobré vztahy. Rodiče si velice rozuměli, ale přece jeden velký problém rodina měla. Byla to Anetina sestra Dita, dvojče, která byla velice labilní, pomalá a hubená. Takže se jí museli všichni více věnovat. Oproti ní byla Aneta spíš „cvalík“, chytrá, snaživá a nadaná. Již na základní škole navštěvovala spoustu zájmových kroužků. Jak byly holky malé, tak si spolu někdy hrávaly, ale s postupem času se už Aneta musela s Ditou hlavně učit, aby učivo chápala.

V jejích 11-ti letech přešla maminka do obchodu, práce, která ji bavila, a protože byla vedoucí, její pracovní doba končila ve večerních hodinách. Od té doby přibýlo Anetě ještě více povinností. Právě když byla tak vytížená, nenapadla jí ani myšlenka zabývat se příliš sama sebou, tedy ani svoji postavu příliš neřešila. Měla nadváhu, zatímco Dita byla až do 13-ti let stále pohublá, až jí byla vidět žebra. Rodiče byli z Dity nešťastní, matka s ní chodívala často k lékaři a Dita jezdila do lázní, aby přibrala. Jenže i z těch lázní se vracívala ještě pohublejší, protože tesknila po domově a stále plakávala. Ve 12-ti letech měla 31 kg a Aneta 52 kg. Anetu někdy napadlo, že by chtěla mít štíhlejší postavu, silnější však než Dita, ale protože ráda jedla, rychle tyto myšlenky zapudila.

S příchodem puberty, kolem těch 13-ti let, se Dita postupně začala zakulacovat, až za rok vypadala stejně jak Aneta. I když měla každá jinou postavu, obě už byly boubelky. Anetě se Dita už nelíbila, všimla si, jak moc jí. Tehdy si posteskla – jak tedy vypadá ona?

### **První náznaky nemoci**

Když nastoupila Aneta na gymnázium, všimla si, že holky kolem ní jsou daleko štíhlejší, mají hezké postavy a ona proti nim je vážně silná. V té době si řekla „a dost“!

V této době se Aneta před rodiči často zmiňovala, že by chtěla zhubnout, ale reakce matky byly vždy negativní. Nechtěla o tom ani slyšet. Stále dceři kladla na srdce, že musí jíst, neboť je ve vývoji. Ale co si Aneta předsevzala, chtěla dovést až do konce. Začala méně jíst, později vynechávala večerní stravu a potom od dvou hodin odpoledne již nejedla vůbec. V té době si toho doma nikdo nevšiml, protože Dita začala chodit za školu, Aneta se s ní už nemohla učit, protože byla novým studiem a zájmy vytížená dost, rodiče byli nuceni se jí věnovat. Přibylo hádek, protože matka na to nebyla zvyklá a otec, který jí po práci pomáhal ještě v obchodě, vlastně také ne. Potom začala Dita utíkat z domu a rodiče ji museli večer jezdit hledat po okolí.

Takže Anetě se hublo dobře a rychle, ale nikomu o tom nechtěla říct a chtěla si vše regulovat sama. Co a kdy snít a kdy už jíst nebude. Za rok shodila 17 kg. Otec, který byl častěji doma jak matka, ji za to chválil, jak dobře vypadá. Už si toho všimli i ostatní. Matku však dohnala až k pláči, nadávala jí, proč hubne, vždyť byla šikovná holka. Matka totiž stále dobře vyvažovala, Aneta někdy večer mívala takovou chuť na jídlo, až se jí z toho dělalo špatně. Ale vydržela to.

Asi tak dva roky byla v pohodě. Cítila se dobře, když byla štíhlejší a připadala si i hezčí a žádanější u kluků. Jednou se i Aneta zamilovala, právě proto byla ráda, že je štíhlá a myslela si, že by to tak mělo zůstat. Jenže přišla maturita, hodně učení, doma plno práce, i vztahy v rodině kvůli Dítě byly narušenější než dříve a Aneta bývala podrážděnější. Přestala kvůli učení i cvičit a najednou zjistila, o co přichází, když se pořádně nenají těch mamčinyých dobrých jídel. Ale nechtěla ztloustnout, tak stále přemýšlela, jak to udělat.

### **Život s nemocí**

Jednou se tak přejedla, že musela utíkat na toaletu a všechno vyzvracet. Když jí potom nebylo moc zle, zjistila, že to je ten způsob, jak se pěkně najíst a neztloustnout. Nakonec zjistila, že se jí i sny zdají jen o jídle, ale i o hezké postavě. Byla tím „posedlá“. Její život se najednou začal točit jen kolem jejího vzhledu. Měla problém se soustředit, zhoršovaly se i problémy se spánkem, kterými trpěla už dříve. Po každém zvracení jí bylo zle, mívala i křeče, byla unavená a každou chvíli se jí motala hlava. Zhoršila se jí také pleť, vlasy a citlivost zubů. Ani změny v jejím chování nikomu nepřišly podezřelé - všichni předpokládali, že její podrážděnost souvisí se školou. Byla naštvaná,

když matka uvařila něco dobrého, což bývalo dost často, a neviděla, že se Aneta snaží zhubnout, že jí s tím nepomáhá.

Mezitím dodělávala už Aneta po maturitě ekonomickou školu s tím, že až ji do-  
dělá, nastoupí do zaměstnání. Byla stále štíhlá a někdy i měla ze sebe radost, kterou ale  
nikomu nemohla říct, protože nikdo netušil, co se předtím odehrávalo. Návyky ale ne-  
vymizely úplně. Vždy, když nastaly nějaké problémy, vyplynuly napovrch jako reakce  
na aktuální psychický stav. Myšlenka přejít se a vyzvracet, jí stále občas napadala.  
Chtěla s tím skončit. I tím, že byl do ní někdo zamilovaný, si připadala krásná a chtěla  
taková zůstat. Snažila se z toho dostat sama. Svého problému s jídlem si byla vědoma,  
ale nepovažovala se za úplnou bulimičku z důvodu, že byla schopna zvracení ovládat.  
Nikdy se nedostala do stavu, kdyby proti své vůli v sobě jídlo neudržela. Z různých ča-  
sopisů věděla i to, jaké důsledky tato nemoc má. Byla přesvědčená, že pořád ještě neby-  
la tak daleko, aby to někomu vyprávěla. Říkala si, že by jí to asi nikdo s jejím vzhledem  
nevěřil.

Když nastoupila Aneta do zaměstnání, rozhodli se se svým přítelem, že se vez-  
mou a odstěhují se na venkov k jeho rodičům, kde budou bydlet samostatně. Sice to tam  
měli malé, ale svoje. V této době, všechny nepříjemné problémy, které jí PPP způsobo-  
valy, zmizely – zlepšila se pokožka, tlak...jediné, co zůstalo, je citlivost zubů.

### **Současný pohled**

Aneta již dnes ví, že je schopná svou hmotnost regulovat. Je si vědoma, že se  
svou postavou bude vždy bojovat o něco víc než ostatní. Chce si svou postavu hlídat, ale  
už tím není „posedlá“. Sice nevyklučuje, že by opět mohla sklouznout ke svým dřívějším  
návykům, ale v tuhle chvíli z toho nemá obavy. Pořád dbá o svou vizáž. V jídle se však  
nijak neomezuje – nepřejídá se a hlavně se snaží jíst zdravě, i ze zdravotních důvodů.  
Má tak ze sebe i lepší pocit. Navíc se přestala i vážit.

Dodnes se se svými problémy s jídlem nikomu dalšímu nesvěřila.

### **Závěr**

Aneta nikoho ze svých dřívějších problémů neviní, považuje to za svoji hlou-  
post, jako situaci, kterou v daném věku nezvládla. Sama viděla od malička, že je silnější  
postavy, tak po pubertě se rozhodla s tím něco udělat – zhubnout. Kdyby však měla

oporu v matce, která by na ni měla více času a tak nebyla striktně proti, nenechala se jí přejídat a schválila jí zdravou výživu, nemusela Aneta možná „spadnout“ do bulimie.



## 12 SHRnutí

Závěrem bych chtěla říci, že tyto příběhy a ještě mnohé další, které nemocní prožívají, by měly otevřít oči všem, kteří přemýšlí nebo se už snaží najít řešení různých problémů nebo stresujících období únikem do oblasti diet a hladovění. Aby měli nad sebou pocit kontroly a „vítězství“, drží přísné diety, nadměrně cvičí nebo zvrací. To jim dává pocit, že se dokážou kontrolovat a vytváří iluzi úspěchu, dokonce zvýšeného sebevědomí. Smutný je fakt, že tato iluze netrvá dlouho. To, co původně mělo přinést řešení, se stává pastí. Místo toho, aby člověk přizpůsoboval příjem potravy svému životu, přizpůsobuje svůj život nevhodným stravovacím návykům.

Nahlédnutí do života dívek trpících poruchou příjmu potravy ukazuje složitost tohoto problému a i to, že jejich chování má v podstatě společné projevy.

- kladou nepřiměřený důraz na tělesný vzhled
- jejich dietní pravidla se rovnají v podstatě hladovění
- anorektičky hrdě hladoví, bulimičky se provinile přejídají a zvrací
- dlouhodobý proces hladovění narušuje jejich psychiku
- jejich mozek se zabývá především myšlenkami na tělo a jídlo
- těžko si přiznávají svůj problém, mnohdy ho nejsou schopny řešit
- zhoršený zdravotní stav si vyžádá hospitalizaci
- někdy i po úspěšném léčení není zcela vyhráno, častá je recidiva

V případě poruch příjmu potravy je nepopíratelné, že se jedná o vážné onemocnění postihující organismus, psychiku i společenský život jedince. Není už pouze čistě klinickou záležitostí, ale vyžaduje kromě pozornosti a zásahu lékařů, psychologů také pozornost speciálních a sociálních pedagogů, učitelů a zejména rodičů. Úkolem rodičů i společnosti je vychovat z dítěte člověka se zdravým sebevědomím, pracovitého a schopného se o sebe postarat. To není lehký úkol.

## ZÁVĚR

Cílem mojí práce bylo podrobněji přiblížit problematiku, rozšířit povědomí o poruchách příjmu potravy a především poukázat na jejich závažnost. Problematika PPP je velmi složitá a veřejností často nepochopitelná. Nevnímá fakt, že se jídlo či jeho odmítání může stát opravdovým návykem. Je důležité si uvědomit, že PPP jsou problémem celé společnosti. V dnešní společnosti, kde je zdůrazňován kult štíhlosti jako „ideál krásy“, pak může být mentální anorexie a mentální bulimie pouze logickým vyústěním. Porucha příjmu potravy naznačuje jistou bezradnost vnitřního světa v konfrontaci se spletitou sítí mezilidských vztahů. Mentální anorexie a bulimie není bojem o postavu či jídlo, ale způsobem, jak se vyrovnat s vnitřními problémy a bolestmi a neporozuměním. Je třeba, aby si společnost před těmito problémy nezavírala oči.

Jedná se o závažné psychogenní poruchy, významně ovlivňující tělesnou a psychickou stránku člověka. Mohou tedy velmi negativně ovlivnit vývoj osobnosti až do dospělosti.

Ve výzkumné části jsem se snažila podkrýt část života lidí, kteří se tváří v tvář setkali s touto nebezpečnou nemocí. Pomocí kvalitativního výzkumu jsem se snažila objasnit skutečnosti, jak jsou tyto PPP nebezpečné jak v kontextu zdraví, životního stylu, hodnot i sociálních vazeb. Jak moc ovlivňují nejenom život nemocných, ale i život rodin, partnerů a přátel. Chtěla jsem přiblížit fakt, že nejdůležitější roli při léčbě a prevenci těchto onemocnění sehraává zájem nemocného se chtít léčit, rodina s jejím poskytujícím zázemím a v neposlední řadě spolupráce všech zainteresovaných odborníků, lékařů, psychologů a sociálních pedagogů.

Tato práce má především za úkol informovat o rizicích problémů poruch příjmu potravy, varovat před tlakem médií na vzhled a postavu a případně může nabídnout pomocnou ruku.

## RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Jejím obsahem je analýza dvou základních onemocnění a to mentální anorexie a mentální bulimie. První kapitola vymezuje charakteristiku těchto onemocnění. Druhá kapitola se snaží objasnit příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie. Třetí až pátá kapitola zahrnuje projevy, průběh a následky těchto poruch. V šesté kapitole je zmíněna léčba jak psychických tak tělesných následků a druhy terapií. Poslední kapitola se snaží nastínit možnosti preventivního působení.

V praktické části je uveden kvalitativní výzkum charakteru kazuistik lidí, kteří mají s poruchami příjmu potravy osobní zkušenost. Pomocí jejich životních příběhů jsem se snažila poukázat, jak moc porucha příjmu potravy ovlivnila jejich život, což by mohlo sloužit jako nástin preventivního působení.

## **ANOTACE**

Moje bakalářská práce se věnuje poruchám příjmu potravy. Je zaměřena na problematiku dvou základních forem, mentální anorexii a mentální bulimii. Dále popisuje příčiny jejich vzniku, příznaky, léčbu a zdravotní důsledky. Které z těchto poruch vyplývají. Tato práce je příspěvkem v oblasti informovanosti o těchto onemocněních.

## **ANOTATION**

My Bachelor Thesis is focused on eating disorders. It deals with the problems of the two basic forms, mental anorexia and mental bulimia. Furthermore, it describes reasons of their origin, symptoms, medical treatment and effects on health resulting from the above mentioned disorders. This Bachelor Thesis should be a contribute to the area of consciousness about these serious diseases.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, průběh, důsledky, léčba, terapie, prevence

## **KEY WORDS**

Eating disorders, mental anorexia, mental bulimia, causes, course, results, medical treatment, therapy, prevention

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BENEŠOVÁ, D., MIČOVÁ, L. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003, 31s. ISBN 80-86015-91-2.
2. BRÖHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* 1. vyd. Praha: Amulet, 1999, 170s. ISBN 80-86299-17-1.
3. COOPER, P. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: Jak se uzdravit*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995, 216s. ISBN 80-85885-97-2.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 372s. ISBN 978-80-246-0139-7.
5. DVOŘÁKOVÁ, P. *Já jsem hlad*. 1. vyd. Brno: Host, 2009, 138s. ISBN 978-80-7294-318-0.
6. KINGSLEY, A., KINGSLEY, J. *Alice v zrcadle*. 1. vyd. Brno: Jota, 2006, 260s. ISBN 80-7217-430-4.
7. KRCH, F.D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 200s. ISBN 978-80-247-2130-9.
8. KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 240s. ISBN 80-7178-598-9.
9. KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 256s. ISBN 80-247-0840-X
10. KRCH, F.D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy- příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003, 32s.
11. LADISHOVÁ, L.C. *Strach z jídla*. 1. vyd. Ružomberok: EPOS, 2006, 159s. ISBN 80-89191-53-3
12. LANCZOVÁ, L. *Střípky mých lásek*. 2. vyd. Praha: Víkend, 2007, 238s. ISBN 978-80-7222-453-1.

13. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140s. ISBN 80-205-0499-0.
14. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, 153s. ISBN 80-7106-248-0.
15. PAPEŽOVÁ, H. *Anoexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76s. ISBN 85121-32-8.
16. ŘEHOŘ, A. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Brno: Bonny Press, 2009, 44s.
17. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 128s. ISBN 80-7178-795-7.
18. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870s. ISBN 80-7178-802-3.
19. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 206s. ISBN 80-7184-666-X.
20. <http://prozdravi.sattnet.cz/Bulimie/>
21. <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=3120>
22. <http://www.ppzdravi.cz/anorexie-bulimie-poruchy-prijmu-potravy-ppp/poruchy-prijmu-potravy-1.html>
23. <http://www.anabell.cz/>

## SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha č. 1 – Fotografie

Obrázky dostupné na www:

<<http://reknete-stop.blog.cz/rubrika/anorexie>>

<<http://coke.blog.cz/0704/obrazky-anorexie>>

<<http://www.google.cz/images?tbid=6R5VrZ3jIKAA8M:&tbnh=0&tbnw=0&um=1&hl=cs&lr=&tbs=isch:1&q=ment%C3%A1ln%C3%AD+anorexie&sa=N&start=180&ndsp=20>>

### Příloha č. 2 – Ukázky důsledků mentální anorexie a bulimie

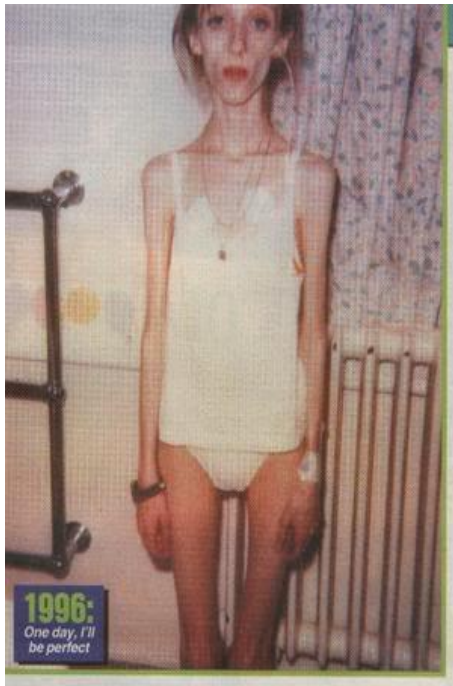
Obrázek č.1 převzat z portálu <[www.idealni.cz/vyzkousejte\\_potize-a.asp](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_potize-a.asp)>

Obrázek č.2 převzat z portálu <[www.idealni.cz/vyzkousejte\\_potize-a.asp](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_potize-a.asp)>

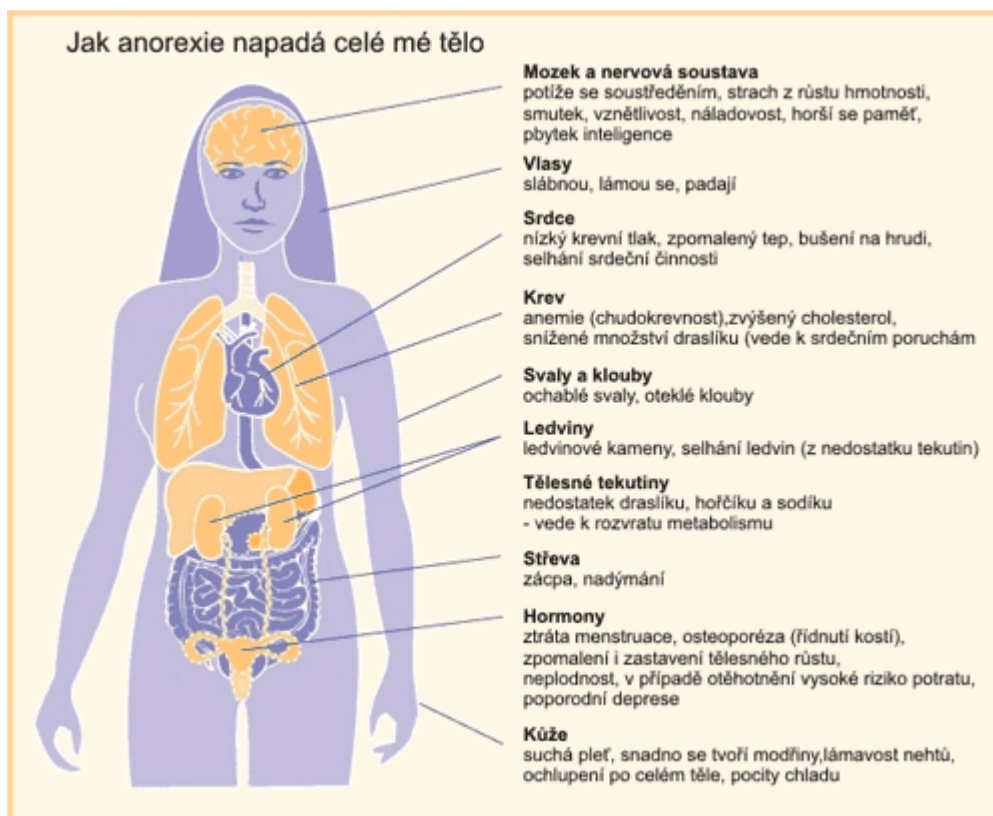
Příloha č. 1







Obrázek č.1



Obrázek č.2

