

Univerzita Karlova

Husitská teologická fakulta

Sociální příčiny mentální bulimie

Social causes of bulimia nervosa

Diplomová práce

Vedoucí práce:
PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:
Bc. Tereza Blahotová Kostková

2017

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za trpělivost a výborné vedení mé práce, které pro mě bylo velmi cenné a důležité.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. 4. 2017

podpis:

Anotace

Tato diplomová magisterská práce se zabývá tématem sociálních příčin mentální bulimie. V první části své práce se věnuji teoretickému úvodu, v němž mapuji poruchy příjmu potravy obecně, což považuji za důležitý základ pro další část mé práce. Věnuji se zde obecnému úvodu – co jsou poruchy příjmu potravy, jaké poruchy příjmu potravy jsou nám známé, představuji jejich příčiny, následky, téma sexuality u nemocných poruchami příjmu potravy a v neposlední řadě i poruchy příjmu potravy u mužů a dětí. Teoretický úvod jsem doplnila krátkými výpověďmi klientů z mé praxe pro lepší pochopení onemocnění.

V další části práce se věnuji samotnému tématu, tedy sociálním příčinám mentální bulimie. Zaměřuji se na problematiku rodiny a jejího možného vlivu na vznik onemocnění. Dále pak na vliv společnosti jako takové, zejména na vztah společnosti k ideálu krásy a na vývoj ideálu krásy v historii. Samostatně se věnuji také tištěným médiím, televizi, reklamě a jejich možnému vlivu na mentální bulimii.

Poslední částí mé práce je kvalitativní průzkum. Zvolila jsem tři případové studie a rozhovor se čtyřmi respondenty.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, mentální anorexie, sociální příčiny

Annotation

This master's thesis deals with the topic of social causes of bulimia nervosa. In the first part of my thesis I focus on the theoretical introduction. I present the matter of eating disorders in general, which I consider to be an important basis for another part of my work.

I am dealing here with the general introduction - what are eating disorders, which eating disorders are known to us, I introduce their causes, consequences, sexuality issues in patients with eating disorders and, last but not least, eating disorders in men and children.

For a better understanding of the disease, the theoretical introduction is supplemented by brief client testimonials from my practice.

In the next part of the thesis I deal with the topic itself, the social causes of bulimia nervosa. I focus on the issue of the family and its possible influence on the origin of the illness. Furthermore, the influence of society as such, especially the relationship of society to the ideal of beauty and the development of the ideal of beauty in history. I explore the influence of the printed media, television, advertising on bulimia nervosa as well.

The last part of my work is a qualitative survey. It consists of three case studies and an interview with four respondents.

Key words

Eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa, social causes

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod.....	10
1. Co jsou poruchy příjmu potravy?	12
1.1 Mentální anorexie.....	13
1.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie	14
1.2 Mentální bulimie	15
1.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie.....	15
1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	16
1.4 Poruchy příjmu potravy u mužů.....	18
2. Příčiny poruch příjmu potravy	20
2.1 Biologické faktory.....	20
2.2 Životní události	21
2.3 Sociální a kulturní faktory.....	22
2.4 Rodinné a genetické faktory.....	23
2.5 Emocionální faktory.....	24
2.6 Osobnost.....	25
3. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících	27
4. Následky poruch příjmu potravy	31
4.1 Kardiovaskulární komplikace	31
4.2 Renální komplikace.....	32
4.3 Gastrointestinální komplikace.....	32
4.4 Kosterní komplikace	33
4.5 Endokrinní komplikace	33
4.6 Hematologické komplikace.....	33
4.7 Neurologické komplikace	34
4.8 Metabolické komplikace	34
4.9 Dermatologické komplikace	34
5. Sexualita, plodnost, a rodičovství u nemocných poruchami příjmu potravy.....	36
5.1 Sexuální fungování.....	36
5.2 Sexuální zneužití	37
5.3 Menstruace	37

5.4	Plodnost.....	37
5.5	Těhotenství.....	38
5.6	Rodičovství	39
6.	Léčba poruch příjmu potravy.....	41
7.	Prevence.....	43
7.1	Péče o nemocné poruchami příjmu potravy.....	44
8.	Sociální příčiny mentální bulimie.....	45
8.1	Vývoj mentální bulimie.....	45
8.2	Co předcházelo mentální bulimii	45
8.3	Mentální bulimie v České republice	45
8.4	Mentální bulimie jako onemocnění.....	46
8.4.1	Mentální bulimie a její příčiny v rodině	47
8.4.2	Mentální bulimie a společnost jako možná příčina	53
8.4.2.1	Ideál štíhlosti.....	54
8.4.2.2	Dnešní společnost ve vztahu k ideálu krásy	59
9.	Praktická část – kvalitativní průzkum.....	65
9.1	Metodika	65
9.2	Vlastní realizace kvalitativního průzkumu.....	67
9.2.1	Rozhovor.....	67
9.2.2	Interpretace rozhovorů.....	69
9.2.3	Případové studie.....	70
9.2.2.1	Případová studie klientky nemocné mentální bulimií I	70
9.2.2.2	Případová studie klientky nemocné mentální bulimií II.....	76
9.2.2.3.	Případová studie klientky nemocné mentální bulimií III.....	81
9.2.4	Interpretace případových studií	87
9.2.5	Diskuse.....	88
9.2.6	Shrnutí průzkumu	89
	Závěr	91
	Literatura.....	93
	Summary.....	96

Seznam zkratk

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

Úvod

Tato práce se zabývá problematikou sociálních příčin mentální bulimie. Ráda bych nejdříve na tomto místě objasnila svou volbu tématu a následně popsala blíže strukturu své práce.

V rámci bakalářského studia jsem se věnovala mentální anorexii a právě proto jsem se teď rozhodla pro téma mentální bulimie. Chtěla jsem vytvořit kompletní práci, kde se postupně budu věnovat oběma nejznámějším poruchám příjmu potravy, které jsou si tak moc podobné a mé práce se svým způsobem budou doplňovat.

Mentální bulimie je pro mě jako téma důležité, je to onemocnění, které poměrně dlouhou dobu vůbec nemusí být vidět. Je to onemocnění, které má každá dvacátá dívka/žena v České republice a je to onemocnění, které vede k mnohým zdravotním komplikacím, někdy až smrti.

V rámci společnosti je to onemocnění mnoha celebrit, hereček. Je to onemocnění, o kterém se méně mluví než o mentální anorexii a je to onemocnění stejně závažné.

Společnost je v dnešní době více zaměřena na vzhled a výkon. Je zaměřena na nedostižné ideály a mnoho od nás očekává. Na ženy je v tomto ohledu vyvíjen velký tlak, který představuje stres a neustálou sebekontrolu. Společnost za pomoci medií prezentuje něco, co je tak moc vzdáleného a ideálního, že se to jen těžko dá naplnit.

Mentální bulimie nemá jednu příčinu, má jich vždy několik. Jde o kombinaci mnoha věcí, které se v životě stali, stanou, nebo jsou naší součástí.

Přesto všechno to může být právě společnost, která na pomyslném startu poruch příjmu potravy stojí a dá nemoci tempo. Pokud by naše společnost byla více obezřetná, je možné, že by někteří nemocní mentální bulimii nebyli nemocní.

V rámci reklamy, tisku, televize je nám neustále předkládáno, jak máme vypadat, co máme jíst, jak moc máme cvičit, kolik kilogramů máme vážit. V rámci těchto medií většinou nepřichází otázka na naše rozložení tuku, věk, zdraví, pohyb a naše vlastní individualita je upozaděná. Nejde pak hodnotit, jak má kdo vypadat. Každý z nás je jiný, jedinečný a tak by se ke kráse a ideálu krásy mělo přistupovat. V rámci dnešního tlaku společnosti není na vlastní sebepojetí, vztah k sobě samému a individualitu prostor ani chuť.

To abychom dokázali v této společnosti obstát je o nás a o tom, jak se sami na sebe vnímáme a jak jsme se naučili sami sebe vnímat. V rámci sociálních příčin je tedy dalším velmi důležitým tématem rodina. Rodina, která nás vychovává, předává zkušenosti, učí nás

vztahům, učí nás mít se rádi a vede nás k dospělosti. Pokud všechny své funkce naplní a dokáže být oporou, jistotou a uspokojit naše potřeby tak moc důležité pro určité vývojové fáze je velká šance, že v této společnosti dokážeme obstát. Dokážeme oddělit sebe a ideál krásy v tisku a dokážeme se mít rádi a věřit si. Pokud rodina nenaplní, to co se očekává, může se stát, že si nejsem v životě tak moc jisti. Že jsme více zranitelní, nedůvěřujeme sami sobě a pak se právě sociální příčiny stávají těmi hlavními.

V rámci své práce bych tedy ráda tuto problematiku zmapovala a dostatečně vysvětlila.

Při mé práci mi velmi pomohly zkušenosti z mé praxe v OS Anabell, kde jsem dlouhodobě pracovala jako koterapeut s klienty nemocnými poruchami příjmu potravy a rozhodla jsem se je ve své práci maximálně využít.

V první části své práce se zabývám teorií, která je většinou pro mentální bulimii i mentální anorexii společná. Úvod do problematiky, příčiny onemocnění, následky onemocnění, možnosti léčby, prevence a situace v České republice. Teorii jsem doplnila o kapitoly věnující se sexualitě u nemocných poruchami příjmu potravy a poruchy příjmu potravy u mužů a u dětí.

V druhé části své práci se již věnuji vlastnímu tématu sociálních příčin mentální bulimie. Tedy rodině, společnosti a zvlášť mediím.

V poslední části své práce, té praktické jsem zařadila tři případové studie klientek nemocných mentální bulimii, kterým jsem v rámci praxe pomáhala. A dále jsem zařadila rozhovory se čtyřmi respondenty na téma sociálních příčin. Jde o průzkum za pomoci kvalitativního výzkumu se zásadní a hlavní otázkou „Jaké jsou sociální příčiny mentální bulimie“

Většina mé práce je doplněna krátkými zkušenostmi klientů, tak aby byla teoretická fakta lépe a jasněji pochopena.

1. Co jsou poruchy příjmu potravy?

Poruchy příjmu potravy jsou okruhem onemocnění, kam patří mentální bulimie, mentální anorexie a přejídání, které bývá spojené s jinými psychickými poruchami. Pro poruchy příjmu potravy, bývá typické určité manipulování s jídlem, zkreslený pohled na vlastní tělo a konání za účelem snížení tělesné hmotnosti, které bývá hlavním cílem nemocného.

Poruchy příjmu potravy jsou psychické onemocnění, a jsou tedy spojené s nedostatečným náhledem na vlastní nemoc a zdravotní stav. (KRCH, 2005: s. 15)

Potřeba jídla a stravy a tedy i nasycení určuje i uspokojení ostatních potřeb. Jídlo je základním zdrojem živin a důležitou podmínkou pro psychické i somatické zdraví. Jídlo získává v průběhu života různý psychický a sociální význam. Může být odměnou, trestem, pomoc při smutku nebo naopak obveselením a radostí. Rozhodnout se, co je norma a co naopak patologie bývá proto mnohdy složité. Jídlo není jen obyčejným jídlem, ale tvoří v našem životě různou úlohu a každý z nás má k jídlu jiný vztah. (VÁGNEROVÁ, 1999: s.229)

Souhrnně se pro obě poruchy dá říci, že jde o strach z tloušťky, kontrolu hmotnosti, hlídání vlastního vzhledu, snahu dosáhnout „neexistujícího“ ideálu. (VÁGNEROVÁ, 1999: s. 230) Obě poruchy jsou si v mnoha bodech velmi podobné. Zdánlivě se podstatně liší (u anorexie můžeme spatřovat velmi vyhublé klienty, u závažné formy bulimie můžeme vidět velmi časté zvracení a zneužívání laxativ a diuretik), přesto mají mnoho společného. Snaha dosáhnout velmi nízké váhy spojená s patologickým chováním a následnými problémy ve společnosti a v rodině je oběma poruchám společná.

Dokonce dle některých autorů (Rusell, 1985; HSU, 1990) až 50% nemocných bulimií uvádí v anamnéze mentální anorexii a téměř polovina nemocných anorexií uvádí ztrátu kontroly nad jídlem. (KRCH, 2005: s. 39)

K problematice PPP se velmi úzce vztahuje pojem „tělové schéma“, které je pro člověka zásadní. Jde o představu o vlastním těle. O mentální i hodnotící složku.

Tělové schéma se utváří po delší dobu a jako určitý mezník můžeme vnímat období puberty, kdy dochází k určitým změnám a je potřeba si na ně zvyknout a přijmout je. Jak budu popisovat níže, je důležité zmínit, že v období puberty jde u žen o nabírání tuku, dále dochází k celkové proměně těla, které není vždy přijaté radostně. Vnímání vlastního těla a představa o vlastním těle je individuální záležitostí a mnohdy jde o velmi subjektivní vnímání.

(VÁGNEROVÁ, 1999: s. 227)

Může se pak snadno stát, že člověk své tělo vidí nereálně – jako příliš mohutné, silné, a tento obraz je velmi silně zakořeněn. Pokud bych sem mohla přenést obraz z dokumentu „THIN“, který byl uveden festivalem „Jeden svět“, bylo by naprosto jasné, jak taková věc vypadá reálně. Klientka nemocná mentální bulimií se v určité chvíli má nakreslit a své tělo nakreslí jako podsaditého muže, přestože její váha je pod normou. Z reality, která jí je psychoterapeutkou přiblížena, je v naprostém šoku, a jde svým způsobem o překvapení nad podobou vlastního těla.

Vnímání těla je velmi silně spojeno s emocemi, s emocionálními faktory, a je tedy velmi ovlivněno tím, jak se cítíme a jak nám právě je. Mnohdy se můžeme cítit oškliví tlustí a prapůvodem tohoto pocitu je negativní nálada ze stresu z přepracování, někdy si naopak připadáme krásní a štíhlí, protože se cítíme dobře. (MÁLKOVÁ, KRCH, 2001: s. 52)

Tělesná změna mnohdy může být též vnímána jako určité ohrožení, ztráta sebejistoty, strach, že o něco přijdu, že se něco změní. Samozřejmě, že mnoho tělesných změn je skutečnou změnou – dospívání, menopauza. Nejvíce ohrožené poruchami příjmu potravy a nejvíce nemocné poruchami příjmu potravy jsou ženy právě v těchto kritických obdobích, kdy se postava výrazně mění vlivem hormonálních změn. (KRCH, 2005: s. 59)

Lucie, 23 let, MA

„Vážím se i desetkrát denně, před cvičením i po cvičení. Ještě nikdy jsem necítila spokojenost se svou váhou. Ani si nepamatuji, jaké to je, to neřešit.“

Blanka, 18 let, MB

„Vždycky, když se zvážím, vím, že mám moc. A vím, že to je po tom jídle, po tom, jak jsem se zase neovládla. Já nedokážu být hubená. Vždycky se nakonec přejím. Nevím, co je normální jídlo. Pro mě nic. Buď nejím, nebo jím moc.“

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocněním, kdy dotyčný úmyslně snižuje hmotnost a odmítá jíst, protože nechce, nikoliv proto, že by neměl chuť. (Kocourková, 1996: s. 62-67) Anorexie

je slovo používané i velmi často pro nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu. Považuji zde za důležité proto zdůraznit, že u mentální anorexie jde hlavně o nechuť jíst a nikoliv o nechutenství. To je pak spíše důsledkem dlouhodobého hladovění a nikoliv primárním projevem. Mnoho klientů s mentální anorexií vaří, mluví o jídle, sbírá recepty, „krmí“ ostatní, přepadají je chuti na sladké aj. Často také mluví o nemožnosti jíst (zdravotní komplikace), „nemám hlad“, „necítím hlad“, „trpím alergií“ aj. Přesto jde spíše o určitou ochranu před pojmenováním a uchopením problému. (KRCH, 2002: s. 17)

Hanka, 24 let, MA

„Přítel si myslí, že jsem takhle hubená přirozeně, nikdy ho nenapadlo, že jsem nemocná. Tvrdím, že mám nemocnou štítnou žlázu a on mi věří.“

1.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Držím se zde kritérii dle DSM-IV, což je diagnostický a statistický manuál mentálních poruch a může nám v této práci přiblížit, jaká jsou mezinárodně uznávaná kritéria mentální anorexie vytvořena americkou psychiatrickou společností.¹

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (15% pod předpokládanou úroveň), nebo BMI 17,5 (kg/m²). Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek a projevy puberty jsou opožděny (růst poprsí, primární amenoree).

- Snižování hmotnosti je způsobeno pacientem úmyslně – vyhýbání jídlu, užívání laxativ, diuretik, anorektik, provokované zvracení, nadměrné cvičení.

- Trvá strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, nereálná touha určité velmi nízké váhy. Představa o vlastním těle a pocit tloušťky je velmi vtíravá a obava způsobuje další a další snahu k hubnutí.

- Tělesné zdravotní projevy – u žen amenoree a mužů ztráta sexuálního zájmu. (KRCH, 2005: s. 16)

¹

https://cs.wikipedia.org/wiki/Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_ment%C3%A1ln%C3%ADch_poruch

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání spojenými s kontrolou tělesné hmotnosti. Nemocní často právě ke kontrole hmotnosti užívají laxativa, diuretika, vyvolávají zvracení aj. Touha se přejíst je velmi silná a neovladatelná. Nemocní často drží hladovku, kdy přijímají jen velmi málo potravy. Po určité době, která je u různých pacientů odlišná, dojde k touze na jídlo a přejídání. Přejídání zde bývá velmi intenzivní a často naprosto nekoordinované, kdy nemocný jí potraviny jako je např. máslo, mouka, chleba aj. Po takovém záchvatu přejedení dochází k výčtkám, nespokojenosti a nutnosti se jídla nějakým způsobem „zbavit“. Často je používáno vyvolané zvracení, které se může pak opakovat několikrát denně. (KRCH, 2008: s. 26)

Marie, 29 let, MB

„Prostě jsem snědla bochník chleba, zapila to mlékem, dala si zmrzlinu a půl kostky másla. Bylo to neskutečné a bylo mi zle. Na vánoce jsem snědla celou krabici vánočního cukroví... Nemohla jsem přestat.“

Sára, 26 let, MB

„Zvracela jsem i sedmkrát denně. Ráno jsem se nasnídala a šla jsem zvracet a tak to šlo celý den. Pořád, na chalupě s rodiči jsem hledala místa, kde se budu moct vyvracet, je to hrozný pocit.“

1.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Opět se zde opírám o diagnostická kritéria stanovená DSM-IV stejně jako u mentální anorexie. Opět jde o mezinárodně uznávaná kritéria, která nám pomáhají určit onemocnění mentální bulimie a více ho specifikovat.

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíců), je při nich konzumované velké množství jídla.

- Opakované zabývání se jídlem a velká touha po jídle, neovladatelná.
- Snaha „zbavit“ se snědeného jídla způsobem zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, vyprovokovaným zvracením, u diabetiků někdy vynechání inzulínu.
- Strach z tloustnutí, epizoda nejedení (anorexie, hladovka – ne vždy)
- Sebehodnocení a vztah sám k sobě silně závislý na hmotnosti . (KRCH, 2005: s. 19)

1.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

S tím, jak roste počet nemocných poruchami příjmu potravy, přibývá i pacientů, kteří nesplňují diagnostická kritéria. Tato skupina bývá mnohdy přehlížena i přesto, že právě u těchto lidí dochází postupem času k plnému rozvinutí choroby. V dnešní době, kdy stále převládá ideál krásy štíhlého člověka a názor prezentovaný medií, že kdo je štíhlý, je i chytrý a úspěšný, je tato kategorie více obvyklá. Přes posedlost zdravým životním stylem, odmítání „nezdravých potravin“, nadměrné cvičení či touhu po štíhlosti až hubenosti nejde o člověka nemocného mentální anorexií ani mentální bulimií. Jde o potenciálně nemocného. U někoho se porucha rozvine, u někoho ne, ale nikdy to nevíme dopředu a je dobré neopomíjet tuto „nespecifickou kategorii“.

Dle mezinárodní klasifikace nemocí můžeme zmínit atypickou mentální anorexií a atypickou mentální bulimii, kdy není splněn jeden nebo více základních příznaků, ale které vykazují téměř typický klinický obraz.

Dále pak tzv. „jinak nespecifikované poruchy jídla“, kdy např.:

- jsou splněna kritéria mentální anorexie a nemocný má pravidelnou menstruaci
- tělesná hmotnost je v normě, ale jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie
- nemocný jídlo žvýká a vyplivuje, ale nezvrací a jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie.

Dále sem můžeme zařadit záchvatovité přejídání, které je definováno jako záchvat požívání většího množství jídla za čas kratší než dvě hodiny, kdy dotyčný ztrácí kontrolu nad svým chováním a nedokáže ovládat konzumaci jídla. A takové záchvaty se objevují ve frekvenci dvakrát týdně za dobu posledních šesti měsíců. Takové záchvaty bývají spojeny s určitými jevy:

- pacient jí až do nepříjemného pocitu, nedokáže přestat

- konzumace velkého množství jídla, aniž by předcházel pocit hladu
- větší rychlost než je běžná a typická
- často záchvat probíhá o samotě
- po záchvatu přejedení se dostavuje pocit deprese a smutku.

Obezita způsobená záchvatovitým přejídáním je doprovázena depresí a nespokojeností sama se sebou, často je zde touha svou váhu snížit, strach z tloušťky, užívání léků na hubnutí. A právě toto je rozdíl oproti běžně obéznímu člověku, který necítí takovou depresi, smutek a neustálou touhu zhubnout.

Další poruchou je „noční přejídání“, kdy jde o večerní jedení po večeři nebo probuzení spojené s přijímáním potravy alespoň třikrát týdně. Noční jedení bývá přítomno z 10% u obézních lidí 2. až 3. stupně obezity.

A poslední nespécifickou poruchou je nově „kontinuální jedení“, kdy jde o kontinuální požívání jídla bez volní kontroly. Jídlo není v nadměrném množství, ale dotyčný jí stále a nedokáže tento jev sám korigovat. (KRCH, 2010: s. 21)

Při léčení těchto nespécifických poruch je důležité dbát na provázanost oborů, kdy by měl pomoci psychoterapeut, nutriční terapeut a mnohdy i psychiatr.

Lze předpokládat, že postupem času se bude seznam dalších poruch příjmu potravy rozšiřovat. V dnešní době „nových jídelních postupů“ a „trendů“ není neobvyklé určitou skupinu potravin vyřadit úplně nebo jinak měnit svůj jídelníček. Média jsou plná „odstrašujících případů“ lidí, kteří jedí jen ovoce, nebo jen zeleninu, nebo jsou jen posedlí zdravou stravou. Zatím není takových lidí moc, ale je otázkou, co nás čeká ve stravě a zdravém životním stylu za pár let.

Dosud jsou známé další poruchy jako např. ortorexie – posedlost zdravou výživou, drunkorexie – snížení příjmu potravy za účelem zvýšení konzumace vysoce kalorického alkoholu. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 124)

Na tomto místě si dovoluji zmínit vlastní zkušenost s člověkem, který se prezentoval jako kouč a dietní specialista. Sám zhubl 25kg a rozhodl se svůj program prezentovat dál a pomáhat obézním lidem. Jeho program byl postaven na konzumaci zeleniny a ovoce v abnormálním množství a vynechání masa, sýrů, mléka, pečiva a sladkostí. Sám se takto stravoval a ke každé potravíně vyprávěl poměrně složitý příběh, co všechno nám může v organismu způsobit (maso nám ucpává tělo, sýry nám blokují střeva aj). Jeho tělesná konstituce se blížila k mentální anorexii a já osobně jsem jeho přístup hodnotila jako vysoce škodlivý. Je však důležité zmínit, že měl poměrně vysoké množství klientů a jeho systém

naprostého „utahání“ přednáškami mnoho lidí ocenilo. Bohužel myslím, že mnoho jeho klientů je potenciálními nemocnými poruchami příjmu potravy.

1.4 Poruchy příjmu potravy u mužů

Poruchy příjmu potravy u mužů jsou tématem méně probíraným a často spojeným s homosexuální orientací. Alespoň se domnívám, že tak je problematika vnímaná veřejností.

Co se týká faktických čísel, je poměr nemocných mužů a žen odhadován 1:10 až 1:6. A myslím, že i tato čísla jsou důkazem, že poruchy příjmu potravy se týkají i mužů. Zatímco ženy se snaží dosáhnout štíhlosti a ideálu krásy, muži se naopak snaží docílit ideálu atletického sportovce. Obecně jsou ženy ze svého vzhledu více úzkostné – častěji se pozorují, mnohdy si připadají tlusté, i když mají 90% ideální tělesné hmotnosti, a tělo se stává stresem už od dospívání. Muži naopak nabírají svalovou hmotu a přibližují se tak určitému ideálu, tloušťku vnímají negativně, až když mají o 15% vyšší tělesnou hmotnost.

První případ popsal Richard Morton v roce 1689 a jednalo se o šestnáctiletého chlapce. O tři čtvrtě století později byla popsána kazuistika čtrnáctiletého chlapce, kdy se jednalo o úbytek váhy, nechutenství, výkyvy nálad.

V dnešní době, kdy je mnoho modelek a miss stále hubenějších, začínají být i muži vyobrazováni jako dokonalí svalovci, kteří nemají vadu na kráse. Jsou krásní, vysocí, svalnatí, bez tělesných a kožních vad. Příliš často nevidíme plešaté muže, muže příliš štíhlé, muže bez svalů na břicho. I muž se stává v reklamě dokonalým a je tak prezentován. Je však pravdou, že reklamy na zdravé přípravky na hubnutí a podobná témata jsou v ženských časopisech desetkrát více než v těch určených pro muže.

Dle R.E Andersena a kol (1995) muži věnující se kulturistice vykazovali podobné zaujetí vlastním tělem jako ženy nemocné poruchami příjmu potravy. Bylo přítomné velmi časté a nutkavé zaobírání se jídlem, kontrola tělesné hmotnosti. Muži byli méně často spokojeni se svým tělem a často měli sklon k bulimii.

Homosexuální orientace překvapivě nebývá příliš s muži nemocnými poruchami příjmu potravy spojena. Sexuální problémy, např. komunikace s opačným pohlavím, citlivost, strach ze sexuality pak ano (dle výzkumu na psychiatrii v Praze 31% vykazovalo tyto problémy). Lze jen předpokládat, že homosexuální muži mají více dispozice k poruchám příjmu potravy pro svůj zájem o vzhled, tělo je pro ně mnohdy důležitější.

Jak mi bylo potvrzeno PhDr. Krchem, mužských pacientů zlehka přibývá a většinou se jedná o heterosexuálně orientované muže, kteří většinou začali cvičit a kontrolovat svůj jídelníček za účelem přiblížení se ideálu krásy. Problém nastal podobně jako u žen ve chvíli stále většího zaujetí pro kontrolu jídla a váhy a výsledek je velmi podobný.

Sama jsem se setkala za svou praxi jen s jedním mužem nemocným poruchou příjmu potravy, a to sice mentální bulimií. Měl silnou nadváhu a sexuální orientaci pedofilii. Jídlo pro něj tvořilo určitou terapii. Jeho život byl silně spojen s jeho sexuální orientací a problémy, které mu způsobovala. Byl velmi depresivní, úzkostný a cítil se na okraji společnosti.

Pocházel z velmi nábožensky založené rodiny a podstoupil i několikrát „odnaučení pedofilie“ apod. Právě ze vztahu s rodinou a podobných „terapií“ si nesl velká traumata a úzkosti. Jeho životní příběh byl velmi silný a mentální bulimie byla jen jedním z mnoha problémů. Pro mě osobně to byl příběh nezapomenutelný.(KRCH, zapůjčené texty)²

² Texty zapůjčené na psychiatrickém oddělení Ke Karlovu od PhDr. Františka Davida Krcha - zahraniční studie, výzkumy jednotně zpracované do interního článku psaným PhDr. Františkem Davidem Krchem.

2. Příčiny poruch příjmu potravy

Příčin, tedy toho, co poruchy příjmu potravy způsobuje, je mnoho, a souhrnně se dá říct, že poruchy příjmu potravy jsou způsobeny vždy několika faktory současně, které se navzájem prolínají. Jde o vlivy sociokulturní a rodinné, nepříznivé životní události, osobnostní rysy, vývojové a biologické faktory. (VÁGNEROVÁ, 2010: s. 229)

Často určitá kombinace těchto faktorů vede k onemocnění poruchami příjmu potravy.

2.1 Biologické faktory

Velkým rizikem pro vznik poruch příjmu potravy je fakt, že dotyčný člověk je žena. Tato skutečnost výrazně zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Až desetkrát. Tělo ženy je již historicky a tradičně nastaveno jako důležitější a vzhledu ženy je dáván vyšší důraz než mužskému vzhledu. Určité rozdíly v chápání vlastního těla jsou pozorovatelné již u dětí, ale největší psychické i tělesné změny nastávají v období puberty. Zatímco chlapecké tělo nabývá svalovou hmotu, ženské tělo v pubertě nabírá tukové zásoby a postava se mění většinou k neolibosti ženy. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 37) Minimálně se dá mluvit o nezvyku a velmi výrazné proměně. U chlapce bývá svalová hmota oceněna, u dívek zaoblování postavy příliš ne.

Chlapec se přibližuje k ideálu „svalnatého muže“, dívka se naopak ideálu vzdaluje. Puberta je celkově náročným obdobím pro mnoho dívek, je to období separace od rodiny, období větší citlivosti k vlastní osobě, zvýšených a prudkých emocí, prvních sexuálních zkušeností atd. Je to období, které je velmi nestálé a komplikované. Pro dívky se v souvislosti s výše zmíněným nárůstem hmotnosti může stát ideální půdou pro poruchy příjmu potravy.

Přibírání tělesné hmotnosti bývá často spojené s negativními pocity, míry v pase a přes boky velmi souvisí s vlastní spokojeností se svým tělem a s jídelní patologií.

Stejně tak je důležité zmínit, že k plnému rozvoji poruch příjmu potravy často dochází právě v období větších tělesných změn, jakými je těhotenství nebo právě výše zmíněná puberta a nabírání tuku. Poruchy příjmu potravy představují strach z nabírání hmotnosti, z nadváhy, a mnoho klientek ve své rodině má nebo v minulosti mělo obezitu, přílišnou vyhublost, nadváhu. (Hort, 2001: s. 392-396).

Marta, 18 let, MA

„Byla jsem vždycky silnější, rodiče jsou také takoví. V patnácti jsem se rozhodla, že zhubnu. Do té doby mi všichni říkali, že jsem oplácaná a máma mě někdy napomenula za sněžené sušenky. Později jsem vážila 45kg a najednou se všichni báli... Byla jsem moc hubená. Nerozumím tomu, od negativního hodnocení přes pozitivní zpět k negativnímu. Vzalo mi to celé mládí, neudělalo mě to šťastnou a nevím, jestli ještě někdy dokážu myslet na něco jiného než na jídlo. Z váhy mám strach. Když si na ní mám stoupnout, cítím, jak se začínám potit a je mi zima...naposledy to bylo 40kg. Nedokážu vrátit čas, ale tak moc bych chtěla.“

2.2 Životní události

Různé životní události jsou často spojovány též se vznikem poruch příjmu potravy nebo jim předcházejí a pacienti sami je považují za související se svým onemocněním. Jde o události, kterými může být zdánlivě nevinná narážka na vzhled, nebo soustavné narážky na vzhled, důležité rodinné momenty, jako je rozvod, odloučení od rodiny, významná životní změna, určité sexuální zkušenosti, zneužívání, nemoc nebo osobní nezdár.

Právě důležité životní události bývají pacientem zmíněny zpětně při pátrání po vzpomínkách a momentech, které nemoc ovlivnily. Je tedy velmi složité určit, do jaké míry se právě tyto události skutečně do nemoci promítly, a do jaké míry jde jen o pacientovu vzpomínku, které dává větší význam při retrospektivě svého života a počátku nemoci. (KRCH, 2005: s. 63)

Karolína, 20 let, MB

„Byla jsem ve třetí třídě a nesla si oběd ke stolu. Spolužačka ze staršího ročníku mi řekla ‚uhni buřte‘. Nikdy to ve mně nezaniklo, a když jsem měla pocit, že musím být hubená, viděla jsem před sebou i tuto scénku. Bylo mi to líto. Kolikrát jsem si říkala, taková blbost.“

Bětko, 23 let, MA

„Když mi bylo patnáct, znásilnil mě spolužák. Nevím proč, ale přišlo mi pak normální

se živit jako prostitutka. Rodiče na to nikdy nepřišli a já si sama sebe přestala vážit. Myslím, že mentální anorexie byla jasné vyústění. Prostě jsem na sobě neměla ráda nic a své tělo jsem trápila, jak to šlo.“

2.3 Sociální a kulturní faktory

Tento faktor je v dnešní době bezpochyby velmi důležitým. Víc podrobně se mu budu věnovat v praktické části své diplomové práci a zde zmíním jen základní fakta.

Ideál a kult štíhlého těla je něco, co vidíme a slyšíme prakticky denně. Jak už jsem psala výše, na ženu jsou kladeny v tomto směru nároky vyšší a zároveň je to právě žena, která v pubertě nabírá tuk. Tato kombinace u křehkého jedince může vést k pocitu, že pokud nejsem štíhlá, tak nejsem ani hezká a ani úspěšná. (MÁLKOVÁ, KRCH, 2001: s. 88)

Reklama nám sděluje, že je možné vše a je možné si vybrat své tělesné proporce a váhu. Což se dá pokládat do určité míry za pravdu, ale ne ve smyslu štíhlého těla s proporcí modelky. Zde jde často o geny a určité dědičné faktory (drobnější kostra, výška) a mnohdy drsnou redukční dietu ne příliš se vzdalující od poruch příjmu potravy.

To, co je nám tedy předkládáno, není zdravý životní styl, sebedůvěra, sebevědomí a přirozená krása. Je nám předkládán nepravdivý obraz krásy a jsme nuceni se snažit ho dosáhnout, což je mnohdy nemožné a velmi nezdravé. (FIALOVÁ, 2006: s.56)

Mnoho časopisů pro dívky často dává zdravý životní styl do přímé souvislosti s dietou a stejně tak mnoho reklam předává právě tuto rovnici. Dnes je běžné držet dietu, užívat tablety na hubnutí a snažit se neustále shodit několik kilogramů (do plavek, na lyže, na večírek, před narozeninami aj.). (MÁLKOVÁ, KRCH, 2001: s 94)

Průmysl produkující light výrobky, doplňky stravy a dietní programy je přeplněn a z hubnutí je dnes dokonalý marketingový program.

Zároveň je dieta něčím, co je možné jen v blahobytu. Dříve, během vlny tuberkulózy, bylo běžné najít doporučení, jak přibrat. Stejně jako země plné nedostatku vnímají krásu spíše přes plné tvary než hubené modelky. Jde o pocit a názor, že žena je zdravá a šťastná, když není příliš hubená.

Závěrem je tedy důležité poznamenat, že v dnešním světě je těžké obstát, pokud nemáme ideální míry a váhu. To, že ideál a ideální váha jsou mnohdy nedostižné, už se příliš neřeší. Silnější a obézní lidé jsou považováni za „líné“ a „pomalé“, „neschopné“. Tato stigmatizace je nám předkládána již od puberty – pak je velmi těžké věřit sám sobě a dokázat

chápat tento svět s nadhledem a s důvěrou v sebe sama. (PONĚŠICKÝ, 2002: s. 28-29)

Dovolím si zde krátkou připomínku. V rámci prevence poruch příjmu potravy jsem měla možnost vést seminář pro třídu plnou chlapců a po prvotním údivu, že se jich to rozhodně netýká, jsme se dostali k tématu, že silnější z chlapců měli pocit, že je pro ně vhodná jen „silnější“ žena. Nakonec jsem zjistila, že ideál krásy mířený na ženy funguje i u chlapců. Nejsem ideální muž, a proto nemohu mít ideální ženu. Pokud vidím na ulici silnější dívku, tak mě hned napadne, že by byla pro mě, a bojím se oslovit štíhlou ženu.

2.4 Rodinné a genetické faktory

Stejně jako u předešlé podkapitoly bude toto téma více rozebrané v druhé části diplomové práce, zde se pokusím o stručný úvod do problematiky.

Rodina by měla být první a doživotní jistotou, měla by v nás vzbuzovat pocit bezpečí, lásky bez podmínek a přátelského prostředí. (VÁGNEROVÁ, 2007: s. 108) V souvislosti rodiny jako celku a poruch příjmu potravy lze poukázat na určité odlišnosti, které by mohly mít souvislost se vznikem poruch příjmu potravy. Obecně lze říci, že v rodinách pacientů nemocných poruchami příjmu potravy lze pozorovat přílišnou blízkost rodinných vazeb, kdy má větší cenu loajalita než vlastní samostatnost.

Dalším souhrnným znakem je nedostatečná schopnost řešit vzájemné konflikty v rodině, nadměrná citlivost k potřebám ostatních v rodině zároveň s přílišnou ochranou dítěte. (TRAPKOVÁ, CHVÁLA, 2004: s. 62-64) Rodiny pacientů s poruchami příjmu potravy bývají velmi často rigidní v určitých rodinných interakcích, a tak nové zvyky v rodině související s narůstajícím věkem spíše vnímají, než se jim přizpůsobují. U anorektických pacientek můžeme pozorovat určitý „tlak“ rodičů na výkon v oblasti sportu či vzdělávání, na které dítě nemá schopnosti nebo chuť. Tlak je mnohdy tak vysoký, že PPP mohou být únikem, voláním o pomoc. Naopak u bulimie pozorujeme spíše nedostatek péče a empatie. Nemocní mentální bulimii pocházejí mnohdy také z rodin, kde se vyskytoval alkoholismus, sexuální zneužívání, obezita. Až 40% nemocných mentální bulimií je z rozvrácených rodin. I tento fakt lze zmínit jako rozdíl mezi oběma poruchami. Nemocné mentální anorexii bývají častěji z úplných, úspěšných rodin, což se dá vnímat jako určitá souvislost s nemocí, kdy dotyčný nejí a vykazuje velmi silnou vůli a odhodlání v cestě za svým cílem. (KRCH, 2005: s. 69) Bulimie je pak o selhání vůle a nedostatku sebeovládání, kdy cíl stále uniká a v souvislosti s rozvrácenou a nestabilní rodinou jsou právě tyto projevy o něco jasnější.

Přesto lze konstatovat, že momentálně není specifický jasný model rodiny, která by byla jasným zdrojem nemoci. Lze vidět určit podobnosti a lze pak konstatovat, že PPP se objevují v rodinách, kde je přítomná nejednotná forma dysfunkce. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 78)

Specifická problematika v rodině je pak PPP u dvojčat a sourozenců, kdy se poměrně často dotkne porucha i dalšího sourozence. Lze se domnívat, že je to očekávatelná situace vzhledem ke srovnávání sourozenců – a to jak ze strany rodiny, tak i vzájemně. (KRCH, 2005: s.69)

Simona, 32 let, MA

„Když nad tím přemýšlím, tak ano. Máma nejedla. Nikdy s námi nevečeřela a na den jí stačil plátek chleba. Často říkala, že nemá chuť k jídlu nebo nemůže jíst. Postupně měla problémy se zuby, ledvinami, tlakem. Než jsem to dokázala pochopit, že to je všechno mentální anorexie a že ji mám taky, trvalo to deset let. To, co bylo nejhorší, byly poruchy nálad, dusno, které dokázala vytvořit. Neustálá kontrola, tlak, nervy. Nevím ani jaká je, co je ona a co je mentální anorexie.“

2.5 Emocionální faktory

U nemocných poruchami příjmu potravy se velmi často projevují deprese a úzkost většinou silně spojená s hubnutím, váhou a jídlom. Deprese je silně spojená s nespokojeností nad neovládáním jídla nebo naopak nad neschopností zhubnout další kilogram. Úzkost a strach z jídla a postupně z běžných situací a lidí bývá též velkou komplikací pro nemocné PPP.

Deprese bývají častěji spojovány s mentální bulimií, kde se vyskytují u 20-80% nemocných. (KRCH. 2008: s. 31)

V několika výzkumech bylo zjištěno, že deprese předcházely poruchám příjmu potravy. Tedy, že primárně se jednalo o neléčené deprese a postupně došlo k rozvoji poruch příjmu potravy. Podobně tomu mnohdy bývá např. u závislostí (u mnohých alkoholiků lze konstatovat, že alkoholismu předcházela neléčená deprese později řešená pitím).

Deprese u nemocných mentální bulimii často zmizí při léčbě a zvládnutí kontroly jídla. Bohužel však často zůstává úzkost, která mnohdy i zesílí z důvodu strachu z nabírání hmotnosti.

Emocionální výkyvy bývají spojeny se začátkem onemocnění a jeho průběhem, kdy úzkost bývá zajedena, popř. u mentální anorexie jsou podpořené nejedením a to vyvolává další depresi, paniku a úzkost. Jde o jakýsi cyklus, ze kterého se poměrně obtížně vystupuje. Nezvládnutí stanovených pravidel v rámci onemocnění bývá často vyvoláno špatnou náladou, která je pro nemocné PPP velmi typická. Neradost pramenící i z nedostatečného příjmu potravy vede pacienty k selhání a tak stále dokola. (PRAŠKO, VYSKOČILOVÁ, PRAŠKOVÁ, 2006: s. 64-69)

Marie 42 let, MB a poté MA

„Bojím se jít tam, kde to neznám, kde jsou lidi. Každý se na mě dívá, jak moc jsem hubená. Často se mi třesou ruce, nedokážu ani udržet skleničku. Cítím, jak mi je špatně, jsem unavená a nemůžu dýchat. Když mám jít mezi lidi, je to horší. Mám pocit, že omdlím, cítím se strašně. Beru antidepresiva i léky na spaní. A každý den se modlím, abych se dokázala uzdravit. Cítím se jako ve vězení ve vlastním světě, kde neřeším nic jiného než jídlo a váhu. Je to strašný.“

2.6 Osobnost

Poruchy příjmu potravy nám logicky mohou připadat jako porucha, ke které patří určité povahové rysy a projevy. A skutečně existují určité osobnostní rysy a povahové charakteristiky, které zvyšují riziko poruch příjmu potravy. Například perfekcionismus a obsedantně kompulzivní porucha zapadají k poruchám příjmu potravy a jsou svým způsobem pro onemocnění typické. Stále stejné jídlo, stejné časy stravování, stejné rituály a neschopnost změnit plán, situaci, to je pro mnoho pacientů na denním pořádku. Zaobírání se sám sebou, svými výkony, vzhledem, neustálá sebekontrola. Mnoho dívek a žen drželo za svůj život dietu, přesto se nikdy nevyhladověly na váhu na hranici života. Nikdy nedokázaly překonat hlad, který k redukční dietě a „tematické“ dietě patří. Měly hlad a nechtěly být nejhubenější. Lidé nemocní poruchami příjmu potravy vykazují perfekcionismus, jsou zvyklí být nejlepší, chtějí být nejlepší, chtějí zhubnout nejvíce ze všech a chtějí dotáhnout to, co si řekli. Jako malé děti měli možná uklizený pokoj, dokonale uklizený, dokonalé copánky a výsledky. Za vší touto dokonalostí lze hledat malé sebevědomí, pochybnosti, strach. Pokud nebudu dokonalá, nejsem nikdo. (TRESS, KRUSSE, OTT, 2007: s. 133-137) A pro Poruchy příjmu

potravy je toto ideální půda, právě v takových myšlenkách se onemocnění daří nejlépe.

Takže ano, jsou povahové a osobnostní rysy, které jsou společné části pacientů s poruchami příjmu potravy. Je to perfekcionismus, obsedantně kompulzivní chování, nedůvěra v sebe sama, labilita, emoční nestabilita související např. s dospíváním aj. (VÁGNEROVÁ, 1999: s. 132) Přesto je mnoho pacientů, kteří do této kategorie nespádají, nebo se nedá jasně říct, které emoce způsobila až nemoc a které už byly zřejmé od počátku. Lze pouze mluvit o osobnostních rysech, které výrazně zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Blanka, 28 let, MA

„Měla jsem dobré známky, na lékařskou fakultu mě vzali na průměr. Chtěla jsem být nejlepší. Rodiče jsou doktoři a já jsem chtěla být taky. Měla jsem samé jedničky, tak moc jsem chtěla být asistent, tak moc jsem to chtěla dotáhnout vysoko.

Mentální anorexii mám už od gymplu, ve třetíáku na medicíně to všechno skončilo. Nemohla jsem dýchat, třásla jsem se a nakonec mi diagnostikovali úzkostnou poruchu, paniku. Beru denně několik léků, sebepoškozuju se, nejím a denně se o sebe bojím. Když se cokoliv děje, tak se pořežu. Nejsem nic. Z velkého snu nezbylo vůbec nic.“

Tato klientka trpěla vážnou obsedantně kompulzivní poruchou a hraniční osobností. Sebepoškozování bylo velmi silné a nedokázala přestat. Byla velmi hubená a neklidná. Po jejím vyprávění měl skutečně člověk pocit prázdnoty. Její snaha skončila v jeden den a všechno je úplně jinak. Denní stacionář, mnoho léků a stavy obtížně slučitelné s normálním životem.

3. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

Jídlo je zdrojem obživy, je pro nás životně důležité. Zároveň může být odměnou, trestem. U dětí prostředkem, jak komunikovat s určitou situací. Jídlo bývá často pro svou nepostradatelnost v rodině zdrojem radosti, nebo naopak konfliktů.

Výživa u dětí je důležitá z hlediska vývoje, rozvoje fyzické a psychické aktivity, ovlivňuje mimo jiné i hormonální a imunitní reakce a je důležitá pro průběh všech metabolických procesů.

Proces krmení a výživy je důležitý i v psychickém vývoji. Jde o určité navození vztahu s matkou a určitou blízkost, později se jídlo stává společenskou, rodinnou událostí, která může být pro dítě příjemná či nikoliv. (ŘÍČAN, 2007: s.160-164)

Dle rodičů má problém s jídlem a stravováním 25-28% dětí do šesti měsíců a 18% čtyřletých. U dětí nedonošených a s onemocněním se pak dá mluvit o vyšších číslech.

V období dospívání lze poukázat na čísla, kde ve třinácti letech není se sebou spokojeno 35% dívek a 13% chlapců. 50% dívek si pak přeje zhubnout a 40% se vědomě omezuje v jídle. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 134)

Poruchy příjmu potravy v dětském věku pak představují širší pojetí poruch příjmu potravy. Jedná se o následující poruchy:

1) Infantilní ruminační porucha

Jedná se o žvýkání a znovu-polykání potravy s navozením libosti. Tato porucha bývá často u deprivovaných či retardovaných dětí a dysfunkčních rodin. Může se však jednat i o zdravotní důvody (např. reflux). Porucha často vede k život ohrožující nízké hmotnosti.

Syndrom infantilní mentální anorexie vychází z modelu separačně individuálního procesu a tato porucha se dává do souvislosti s problémy rané vazby dítěte s matkou.

Vyskytuje se především v batolecím věku, dítě nechce jíst a rodiče ho často do jídla nutí.

Projevuje se typickými rysy:

- „objevuje se mezi 6. měsícem a 3. rokem života
- dítě odmítá jíst a má konflikty s matkou v souvislosti s jídlem
- rodiče vyvíjejí nátlak na to, aby dítě jedlo
- patrná je malnutrice bez přítomnosti somatické poruchy.“(kocourkova-přímá citace)

2) Pika

Vzácný syndrom, který představuje vzácné chutě. Jde o opakované požívání nejedlých látek, které trvá alespoň jeden měsíc. Např. požívání hlíny-geofagie, požívání vlasů-trichofagie aj. U této poruchy však nespátřujeme potřebu zhubnout. Mnohdy se může vyskytnout potřeba jíst danou věc, kdy se dá mluvit o obsedantně kompulzivní poruše. Často se můžou vyskytnout další problémy způsobené požíváním hlíny či vlasů (např. parazité, ucpání střev). (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 135)

3) Syndrom pervazivního odmítání potravy

Jde o odmítání potravy zároveň s odmítáním komunikace a péče o sebe.

Syndrom pervazivního odmítání popsal Lask jako stav spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe.

Stav má pervazivní podobu. Může začínat jako běžný mentálně anorektický syndrom a může končit pervazivním stavem odmítání – pacient leží v posteli, nejí a s okolím nekomunikuje. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 136)

U pacientů pozorujeme:

- generalizované vyhýbavé chování
- odmítání jídla, pití, chození, mluvení, péče o sebe
- může jít o formu posttraumatické stresové poruchy.

4) Syndrom vybíravosti v jídle

Výběr jídla je omezený, ale množství jídla je dostatečné a děti splňují vývoj. Nejsou zde přítomny příznaky typické pro poruchy příjmu potravy – zaujetí snižováním hmotnosti a zaujetí vzhledem. Problém se většinou vyřeší v nadcházející adolescenci.

Syndrom popsali Bryant-Waugh a Kaminski. Bývá diagnostikován u osmi až dvanáctiletých dětí, častěji chlapců, kteří obvykle jedí jen několik druhů potravin a ostatním se vyhýbají.

Důsledkem jsou konflikty v rodině a problémy s adaptací v cizím prostředí. Takový způsob stravování je problémový pro zdravou výživu.

Zdůrazňují se tyto znaky:

- omezený příjem potravin
- psychosociální problémy

- bez úbytku hmotnosti.“ (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 136)

5) Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie

Odmítání jídla z důvodu strachu, traumatu. Např. dušení, následné zvracení. Nejde zde o úmyslné snižování váhy a vynechávání potravy.

6) Syndrom nočního ujídání nebo upíjení

Patří mezi poruchy spánku, kdy jde o noční buzení za účelem pití a naučeného pocitu hladu.

7) Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

Syndrom byl popsán Higgesem a je pomezím mentální anorexie a emoční poruchy v dětství.

Při poruše děti často uvádějí rozličné důvody, proč nechtějí jíst, popisují strach z toho, že jim bude špatně, že se udusí nebo pozvrací.

Děti obvykle popírají snahu snižovat hmotnost, ale přestávají přijímat potravu a mohou být následky ohroženy stejně jako děti s jasnou mentální anorexií. Nebyla pozorována tak zřetelná fixace na nízkou váhu jako u typické mentální anorexie.

Bývají zdůrazňovány následující znaky:

- vyhýbání se jídlu
- porucha nálady
- nepřítomnost poruchy percepce vlastního těla
- nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností
- úbytek hmotnosti.

Poruchy příjmu potravy, kam řadíme mentální anorexii a mentální bulimii, se častěji vyskytují u adolescentů než u dětí (věk pod 12 let splňuje 5% nemocných).

Poruchy příjmu potravy jsou patologické pro dospívání v rodině jak z psychosociálního hlediska, tak z hlediska biologického. Diagnostika poruchy dle MKN-10 je poměrně složitá, protože jasně vymezuje syndrom a opomíná počátek poruchy (například BMI na určité hranici může být až pozdějším stadiem onemocnění a je potřeba poruchu příjmu potravy diagnostikovat dříve).

Stejně tak jsou děti méně často schopny hovořit o úmyslném snižování váhy, spíše mluví o problematickém polykání, zažívacími obtížemi aj.

To, co poruchám příjmu potravy u dětí a adolescentů předchází, bývá často spojeno s nástupem puberty a dospívání (rozložení tuku v těle, změny postavy, nástup menstruace přijat s nelibostí) nebo konfrontace se sexuálními zážitky (intenzivní zamilovanost, konfrontace s tématem rodičovské sexuality).

Rizikové faktory můžeme shledat velmi podobné těm u dospělých pacientů – biologické faktory (tělesné proporce, dispozice), psychologické faktory (kognitivní zpracování informací, traumatizující zkušenosti aj), rodinné faktory (rodinné interakce), sociokulturní faktory (společnost a očekávání úspěchu, ideál krásy).

Kritéria diagnostiky mentální anorexie u dětí pak jsou:

- Nepřiměřené vnímání hmotnosti a těla
- Chorobné zabývání se hmotností a tělem
- Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti za pomoci cvičení, diet

Mentální bulimie bývá v dětském věku velmi vzácná, pro její nástup je typický věk 17-25 let.³

³ <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>

4. Následky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat celou řadu zdravotních komplikací, které mohou v krajním případě způsobit i smrt. Jsou to komplikace vyvolané nevhodným stravováním, na které tělo reaguje určitým způsobem. Pokud jíme moc a trpíme obezitou, můžeme vykazovat hypertenzi, zvýšený cholesterol, jaterní obtíže či počínající cukrovku. Stejným způsobem reaguje tělo podvyživené nebo opakovaně nucené k dietám a přejídání. Některé pacienty právě zdravotní komplikace motivovaly k léčbě, strach o svůj život se může někdy stát velkou motivací. Mnohdy bohužel ani stále se zhoršující stav těla není motivací a stav končí selháním srdce. Právě kardiovaskulární komplikace jsou u poruch příjmu potravy velmi obvyklé. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 170)

U mentální anorexie je odhad úmrtnosti 18%. U mentální bulimie se dá mluvit více o „normální váze“, klientky nebývají tak vyhublé. Opakované diety a přejídání se zvracením mnohdy vede ke stabilní váze. U mentální anorexie jde o cílené hladovění, kdy v těle chybí většina zásadních složek, jakými jsou tuky, sacharidy, bílkoviny a vitamíny.

4.1 Kardiovaskulární komplikace

Téměř u 90% klientů se setkáváme s kardiálními potížemi často způsobenými hladověním a nedostatečnou výživou. Až u 80% pacientů můžeme vidět sinusovou bradykardii s frekvencí pod 60 tepů za minutu (sinusová bradykardie – odchylka od normálního srdečního rytmu, někdy může být způsobena léky, tzv. betablokátory, nebo je naopak pozorovatelná u sportovců, kde je běžná), která je spojena s úsporou energie.

Stejně tak se můžeme asi u 80% pacientů setkat s hypotenzí, kdy jde o tlak 90/60 mm Hg (normální tlak u zdravého jedince je 120/80 mm Hg) způsobený snížením objemu tělních tekutin. Tento stav může vést k závratím a náhlým ztrátám vědomí. Poruchy příjmu potravy bývají někdy diagnostikovány právě po atace náhlé slabosti, omdlení u dospívajících. (KRCH, 2005: s. 94)

Další závažnou komplikací jsou pak srdeční arytmie (porucha srdečního rytmu) způsobeny užíváním laxativ a diuretik, které mohou vést k srdeční zástavě a smrti.

Při léčbě nemocných je velmi důležité pravidelné sledování krevního tlaku, jak ve

stoje, tak vleže, a častá kontrola EKG.

4.2 Renální komplikace

Renální neboli ledvinné komplikace se mohou zjistit až u 2/3 pacientů. Tím, že většina přijímá dostatečné množství bílkovin, může se objevit zvýšená hladina urey v krvi.

Dehydratace a nízký výdej moči, užívání diuretik a určité zvláštnosti ve stravování mohou způsobit tvorbu močových kamenů.

Asi u čtvrtiny nemocných bývá zjištěna hypomagnezémie a ta bývá spojená s následnou hypokalcemií a hypokalémií.

U jedné pětiny pacientů může dojít k otoku dolní končetiny při normálních hodnotách plazmatických bílkovin a albuminů. Rychle vznikající a komplikované otoky se mohou objevit po předávkování projímadly. Tento stav může vést k ledvinovým infarktům a kardiovaskulárnímu selhání. (KRCH, 2005: s. 95)

4.3 Gastrointestinální komplikace

Pro mentální bulimii je obvyklé parotické zduření slinných žláz, které se objevuje až v 50% případů. Stejně tak můžeme u bulimie častěji pozorovat kazivost, erozi zubní skloviny, která je způsobená zvracením nebo častým pitím citrusových šťáv.

Zvýšeným působením žaludečních šťáv dochází častěji k zánětu jícnu, jícnových vředů a erozí. Tato komplikace je častá v souvislosti s mentální bulimií a u nemocných mentální anorexií, kteří zvrací.

Ojedinelou, ale popsanou komplikací, je perforace žaludku, která se objevuje u konzumace velkého množství jídla a následného zvracení.

Poměrně obvyklé je zpomalení vyprazdňování žaludku a tím pocit plnosti a nadmutosti i při malém množství pozřené jídla. Tento fakt u mnoha pacientek vyvolává dojem, že se jim v těle tímto způsobem ukládá tuk. Po vysvětlení obtíží a toho, čím jsou způsobeny, dochází k uklidnění a postupně během léčby ke zlepšení těchto obtíží.

Další běžnou komplikací je zácpa a taktéž v oblasti tlustého střeva problémy se střídáním průjmu a zácpy, které jsou často způsobeny nadužíváním projímadel.

Dále jsou popsány případy akutní pankreatitidy u mentální bulimie, kdy bylo snědeno velké množství jídla. (KRCH, 2005: s. 95)

4.4 Kosterní komplikace

U mentální anorexie, která začíná v brzkém věku, můžeme pozorovat o něco menší vzrůst než u ostatních dětí ve stejné věkové kategorii. Ve věku, kdy kosti dozrávají, mohou vlivem akutní anorexie tento proces přerušit.

U některých klientů dochází k odmítání mléčných produktů, které obsahují vitamín D a tuky – můžeme výjimečně pozorovat osteomalcii. U mentální anorexie bývá pak častěji ale pozorována osteoporóza.

Velmi častým a jasným důsledkem mentální anorexie je minerální snížení denzity kostí. Obecně pak platí, že cvičení má ochranný vliv na denzitu kostí a pomáhá. Bohužel u poruch příjmu potravy, kdy je cvičení nadměrné a výživa nedostatečná jde o kontraproduktivní jev. A dochází k riziku patologických zlomenin.

4.5 Endokrinní komplikace

Častým a jasným příznakem je amenorea, která je přítomna u většiny nemocných mentální anorexií. Objevuje se po ztrátě 15 % optimální tělesné váhy, kdy tuk klesá pod danou míru jedince.

Dalším častým příznakem je nízký výdej sériových estrogenů z vaječnicků. Pravděpodobnou příčinou je souvislost mezi aktivitou pohlavních hormonů a tělesnou hmotností. Stejně tak klesá sériová hladina testosteronu u mužů nemocných mentální anorexií.

Často také bývá u pacientů pozorováno zvýšení kortizolu, zvýšená hladina růstového hormonu, snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykémii. (KRCH, 2005: s. 97)

4.6 Hematologické komplikace

U nemocných bývá často zjištěna snížená sedimentace erytrocytů a anemie (chudokrevnost). (KRCH, 2005: s. 99)

4.7 Neurologické komplikace

Problémy neurologického charakteru může způsobovat opakované zvracení, klystýry, nadužívání projímadel, diuretik. Mezi hlavní takové komplikace patří tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie, svalové napětí. Dále pak abnormální záznamy EEG.

Až 40 % anorektických pacientů trpí celkovou svalovou slabostí.

Méně častými příznaky jsou pak bolest hlavy, křeče, náhlá ztráta vědomí, dvojité vidění, poruchy hybnosti. (KRCH, 2005: s. 99)

4.8 Metabolické komplikace

Bývá narušen metabolismus glukózy, kdy je možné u nemocných pozorovat hladiny svědčící o diabetu. Dále pak zhoršená regulace tělesné teploty. V neposlední řadě zpomalení bazálního metabolismu. Zde je důležité podotknout, že až 50% anorektických pacientů vykazuje zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi.

Poruchy spánku bývají také časté – buzení, méně hluboký spánek a brzké vstávání. Po srovnání jídelníčku a úspěšném léčení bývá spánek znovu v normě. (KRCH, 2005: s. 100)

4.9 Dermatologické komplikace

Kožní problémy bývají velmi časté a jsou způsobeny rozdílnými příčinami. Například nedostatečná výživa může způsobit suchou šupinatou kůži, lanugo, úmyslné zvracení pak modřiny, mozoly a diuretika a projímadla kožní vyrážky.

Lanugo se objevuje často na tvářích, končetinách a trupu. Suchá a šupinatá kůže způsobená nedostatkem kolagenu je velmi častá. (KRCH, 2005: s. 100)

Závěrem bych zde ráda zmínila, že jsem se za svou praxi setkala téměř se všemi následky, které poruchy příjmu potravy způsobují. V lepších případech se jednalo o menší část zdravotních komplikací a po úspěšném léčení došlo k jejich ústupu.

V jednom ze dvou nejhorších případů v rámci mé praxe měla klientka silně ochlupenou tvář, modřiny a mozoly, velmi málo vlasů, trpěla žaludečními problémy a silnými závratěmi a bolestmi hlavy. V druhém případě se jednalo o ženu ve středních letech, která

měla kompletně vyměněné zuby, problémy s ledvinami, nízký tlak a časté zlomeniny horních končetin. K obecným příznakům a následkům patřila silná zimnice, pocit plnosti, únava, vyčerpání. V obou případech se jednalo o ženy pohybující se ve zdravotnictví.

5. Sexualita, plodnost, a rodičovství u nemocných poruchami příjmu potravy

Sexualita a plodnost je téma, které je silně spojeno se zdravým tělem v celém svém komplexním pojetí. Ať zde myslíme „ducha“, nebo „fyzickou stránku“. V rámci sexuality jde o vnímání sebe sama a svého těla a v rámci plodnosti a následného těhotenství o touhu stát se rodičem a schopnost reprodukce. Pokud je naše tělo nemocné a je nemocná duše, jako v případě poruch příjmu potravy, je velmi těžké tato dvě témata do svého života pustit, pochopit a mít k nim vztah. Právě proto jsem se rozhodla tuto kapitolu do své práce zařadit.

Rodičovství lidí nemocných poruchou příjmu potravy je stejně komplikované jako u jiných duševních poruch. Je velmi těžké vychovávat děti, pokud se sami cítíme „mizerně“ a každodenně bojujeme sami sebou. I to je téma, které k poruchám příjmu potravy patří. Ať už z důvodu informací nebo z důvodu otázky, která napadá každého z nás: „ovlivní dítě porucha příjmu potravy matky?“

5.1 Sexuální fungování

Podle některých studií lze spatřit rozdíl mezi klientkami nemocnými mentální anorexií, které se intimních vztahů bojí a vyhýbají se jim, a mezi klientkami nemocnými mentální bulimií, které naopak jsou sexuálně aktivní až promiskuitní. Jde o jakýsi protiklad „přehnané kontroly“ u nemocných mentální anorexií ke „ztrátě kontroly“ u nemocných mentální bulimií. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 210)

Obecně lze říci, že v důsledku zdravotních komplikací a následném snížení činnosti pohlavního ústrojí lze pozorovat snížený zájem o sex. Přesto je však nutné zmínit, že většina studií a výzkumů má mnoho výjimek a nelze jasně a s jistotou říci přesné shrnutí. Ke vztahu k sexuálnímu životu a intimitě patří mimo jiné rodinné prostředí, rodinné vztahy, sexuální výchova, tělesná zkušenost, hormonální stav, vztah s partnerem a případné pohlavní zneužití v anamnéze. Všechny tyto faktory výrazně ovlivňují náš vztah k intimitě a sexu, proto s jistotou nelze říci, co ovlivňuje nemoc a co výchova a prostředí.

5.2 Sexuální zneužití

Přímý a jasný vztah mezi sexuálním zneužitím a vznikem poruchy příjmu potravy nebyl jasně prokázán. Lze pouze konstatovat na základě praxe, že sexuální zneužití vystavuje jedince riziku, že u něj dojde k psychické krizi, nebo se rozvine psychická porucha (kam patří i poruchy příjmu potravy).

Pohlavní zneužití uvádí v anamnéze 20%-50% pacientů s poruchami příjmu potravy. Tento poměr bývá ale často viděn i u jiných psychických onemocnění.

U pacientek s příznaky mentální bulimie bývá sexuální zneužití v anamnéze častěji. Bývá s ním spojena i hraniční porucha osobnosti.

Tento fakt pak lze chápat i jako obranu. Jídlo a naše tělo dostaneme pod kontrolu ve světě, kde jsme nemohli ovlivnit určité události. Můžeme ovlivnit a kontrolovat alespoň něco. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 214)

5.3 Menstruace

Ztráta menstruace u poruch příjmu potravy je častým důsledkem. Nebývá většinou pacienty vnímána příliš negativně (problém s vnímáním vlastního těla a ženskosti souvisí i s menstruací a reprodukční schopností – ztráta menstruace může být mnohdy úlevou).

Při návratu normálních, zdravých jídelních návyků a omezení přílišného cvičení dochází i k obnovení menstruace.

Ztráta menstruace se vyskytuje jak u mentální anorexie, kde je váha pod normou, tak u mentální bulimie, kde jde o periodické držení diet. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 213)

5.4 Plodnost

Těhotenství je pro pacientky nemocné poruchami příjmu potravy o strachu. Strachu, že tělo a váha nebudou pod kontrolou.

Obecně lze konstatovat, že mnoho žen i zdravých má během těhotenství strach, že přibere, nebo že poporodní kila už neshodí. Velmi často se v běžné komunikaci setkáváme s rozhovory na téma, jak shodit kila po porodu, jak se udržet během těhotenství fit aj. Přístup dnešního světa a společnosti je v tomto směru velmi krutý a mnoho žen se dostává do úzkosti

a strachu v období, kdy by na prvním místě mělo být zdraví.

Určitá část nemocných mentální anorexií si vybere dobrovolně život bez těhotenství a rodičovství. Jde spíše o kombinaci mnoha konfliktů, které nemocná žena prožívá, a je pak pro ni bezpečné děti nemít. Jedná se například o konflikty, které se týkají sexuality, partnerských vztahů, obrazu vlastního těla, závislost na původní rodině.

Neplodnost je většinou jasnou součástí akutní fáze nemoci, kdy žena nemá menstruaci a její tělo je v tuto dobu neplodné. Přesto existuje několik případů otěhotnění i v tomto období.

V dnešním světě, kdy jde medicína dopředu, lze navodit ovulaci i ve stavu silné vyhublosti. Stejně tak jsou kliniky schopné pomoci k otěhotnění. Dle švýcarské studie (Thommen, Valach a Kinecke 1996) je výskyt nemocných poruchami příjmu potravy, které hledají pomoc na klinice, až 7,6 %. (KRCH, 2005: s.105)

5.5 Těhotenství

Těhotenství je pro nemocné poruchami příjmu potravy chápáno různě. Jde hlavně o důležitý fakt, kdy k těhotenství dochází. Obecně lze ale říci, že až jedna třetina nemocných mentální anorexií má děti.

U žen, které otěhotní během akutní fáze nemoci, můžeme pozorovat zvýšení úzkosti, strachu, deprese. Někdy i zesílení anorektických návyků v důsledku úzkosti a strachu, který ideálně „živí“ následné projevy. Můžeme pozorovat strach z rodičovství, strach o dítě a jeho zdraví.

I v případě neutišitelného zvracení během těhotenství, kdy se ženě nedaří přibrat, je důležité uvažovat o poruchách příjmu potravy.

Narozené děti mívají nižší porodní váhu v důsledku nedostatečné výživy během těhotenství.

U některých pacientek můžeme ale pozorovat zlepšení stavu v důsledku těhotenství. Bohužel došlo mnohdy ke zhoršení po porodu. Pravděpodobně jde o stav, kdy pacientka přímo vnímá, jak moc výživa ovlivňuje dítě a dokáže v období těhotenství své návyky zlepšit. Jde většinou jen o přechodný stav, v němž jde o dítě.

Pacientky, které jsou v období těhotenství již zdravé, nevykazují většinou potíže s těhotenstvím a děti se rodí s normální porodní váhou.

U mentální bulimie je průběh velmi podobný. Strach a úzkost nemocné ženě nedovolí přestat s bulimickým chováním a v těhotenství můžeme vidět komplikace a problémy. Stejně jako u mentální anorexie jsou i ženy, kterým těhotenství pomohlo zvládnout kontrolu nad bulimií, a plně si uvědomily rizika pro dítě.

Nemalou část těhotenství tvoří i vztah s partnerem, kdy bylo pozorováno, že při dobrém a silném vztahu došlo k ústupu problémů až uzdravení. Naopak u žen, kde problémy přetrvávají, lze častěji vidět rozvod či rozchod. (KRCH, 2005: s. 107)

5.6 Rodičovství

Poruchy příjmu potravy představují pro rodičovství komplikace. Je to z důvodu, že nemoc a její symptomy narušují každodenní život a zároveň jsou zdrojem psychické nepohody. Zároveň poruchy příjmu potravy často vedou k problémům v interpersonálních vztazích, což vede též k problémům zvládnání rodičovství.

Matky s poruchou příjmu potravy jsou často po porodu zaměřené na hubnutí, a to silně ovlivňuje vztah k potřebám dítěte. Někdy se může jednat o strach z obezity dítěte, který také komplikuje vztah a výživu.

U anorektických matek bývá pozorováno až příliš mnoho emocí při jídle a někdy podvýživa dětí.

Samostatný je pak vztah matka a dcera, kdy jde o důsledky mnohem hlubší a dcera si je může nést celý život. U dcery se může vyvinout tzv. „anorexie v zastoupení“.

U mentální bulimie platí podobná fakta. Nemocné ženy se většinou v nové roli necítí šťastně, často pak uvádí, že komplikace vychází z nemoci. Nejsou schopny poskytnout správnou výživu svým dětem a cítí se emocionálně nestabilně. Mnohdy se zhoršují i vztahy s manželem / partnerem. Lze pozorovat i pocit nemocných žen, že jejich dítě je podvyživené nebo naopak obézní. Je snížena schopnost adekvátně posoudit správnou, zdravou tělesnou stabilitu dítěte.

Je myslím logické, že když žena přehnaně řeší jídlo, její den je plný návyků a rituálů a její myšlení je silně zaměřeno na sebe a své tělo, nemůže být stav v rodině ideální. Na pocit bezpečí, radosti a klidu není prostor a v takové rodině mnohdy vznikají problémy, které si děti nesou celý život. Za sebe bych se nebála takovou rodinu přirovnat k rodině s alkoholikem či jinak závislým člověkem.

Emoce jsou silně spojeny s nemocí a život v rodině také. Mnohdy dochází k potlačení

problému, kdy rodina „dělá, že problém neexistuje“ a často k jeho „odhalení“ dochází při rodinných problémech či onemocnění poruchou příjmu potravy u dětí. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 216)

Hana, 35 let, MB

„Ano, moje máma nikdy nejedla. Kolem jídla se děly hrozné věci. Táta mnohdy křičel i plakal a nikdy se nic nezměnilo. I teď je má matka na hranici života a nedokáže sníst nic. Rodiče doma jídlo nemají, táta nakupuje sám a i to sám sní. Několikrát jsem ji viděla, jak vyjídá chleba, plátek sýra krájí na malé kostičky a v restauraci se v jídle rýpe, až ho nakonec schová pod ubrousky.

Když jsem byla v pubertě, nesměla jsem určitá jídla jíst. Párky byly možné jen na dovolené, sladké jen první středu v měsíci.

Já mám mentální bulimii od 16 let a nevím, jestli jí to někdy dokážu odpustit. Náš vztah je na hranici mrazu a děkuju tátovi, že jsem to přežila.“

6. Léčba poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, které vyžaduje širší pomoc. Nejde tedy o jeden přístup k onemocnění, většinou se na léčbě musí podílet několik různých odborníků. Léčba musí být ucelená a správně vyhodnocená. V mé praxi se poměrně často osvědčila metoda nutričního terapeuta, svépomocné skupiny, individuální terapie a v několika případech i psychiatrická pomoc.

Mnohdy bývá klientům doporučena hospitalizace. Ta bývá doporučena na základě zdravotního stavu, který je tak vážný, že tento druh pomoci vyžaduje. Není zde nutný závazek pacienta, že se bude snažit z poruch příjmu potravy vyléčit. Jde o stav, kdy je pomoc nutná a není vyhnutí. Často se jedná o klienty s váhou velmi nízkou, kdy se přidávají výše vyjmenované symptomy a pacienti jsou už velmi vysílení, neschopní normálního života. Hospitalizace by měla pomoci jak fyzicky, tak se snaží pracovat i s psychickým stavem pacienta. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 148)

Většinou se zaměřuje na hmotnost a její zvýšení, na přerušování zvracení, užívání laxativ, přejídání, obsedantní cvičení aj., dále pak na léčbu dalších onemocnění způsobených podvýživou a na přidružené obtíže způsobené onemocněním jako jsou deprese, úzkost aj.

U nás v České republice tuto pomoc poskytuje Nemocnice Ke Karlovu, kde se nachází oddělení poruch příjmu potravy, které poskytuje komplexní péči o nemocné.

Obecně se většinou k výběru léčby přistupuje právě na základě zdravotního stavu, který nám pomůže rozhodnout, zda zvolit hospitalizaci či denní stacionář, částečnou hospitalizaci, nebo jen ambulantní léčbu.

Hospitalizace je pro mnoho klientů náročná vzhledem k zaměstnání, osobním důvodům a i těm ekonomickým. Volba denního stacionáře nebo intenzivní ambulantní léčby, je proto pro mnoho klientů příjemnější možností, jak k léčbě přistoupit.

Ambulantní léčba může být vedena jako psychoterapie, kdy jde o dlouhodobý proces řešení problému a liší se svými přístupy, nebo se může jednat jen o lékařskou ambulantní péči. Taková péče se týká hlavně chronicky nemocných, kteří prošli už mnohými terapiemi a druhy pomoci. Jde pak hlavně o to, hlídat stav pacienta čistě zdravotně a snažit se o nácviky, jak řešit momentální aktuální situace ve vztahu k jídlu a chování. Neřeší se minulost a příčiny problému, ale jen aktuální situace.

Dalším spektrem pomoci je svépomoc a psychoedukace. Často jde o klienty, kteří

nevykazují výrazné symptomy onemocnění a vhodná psychoedukace či svépomoc literaturou, přednáškou může fungovat jako vhodná cesta k přemýšlení nad problémem a následné pomoci. Ráda bych na tomto místě zdůraznila z mého pohledu velkou důležitost primárních prevencí na školách, které jsem vytvářela. Tento systém se velmi osvědčil. Mnoho dětí, studentů se poprvé o problému dozvědělo, najednou slyšeli, co všechno může přinést nevinná dieta a mnohokrát se mi stalo, že mě po skončení přednášek několik studentů prosilo o vhodné kontakty pro sebe či přátele. Byla jsem několikrát překvapena, jak málo informací je k poruchám příjmu potravy známo, často byly zúžené jen na obraz „na kost vyhublé anorektičky“ či „zvracející bulimičky“. To že onemocnění má několik fází, že mnohdy vypadá nevinně a to, jakým způsobem může člověka zničit, bylo pro mnoho dětí zcela novou informací.

Další zvolenou terapií může být terapie rodinná. Často může pomoci u dětských klientů nebo u adolescentů. Stejně tak je důležitá pro klienty žijící u rodičů. Rodinná terapie se opírá o vztahy v rodině, kdy poruchy příjmu potravy mohou odrážet rodinnou situaci (hlad po lásce, upoutání nedostatečné pozornosti, trauma, náročné rodinné vazby, vztah s otcem či matkou, přehnaný perfekcionismus, tlak aj.).

Co se týká jednotlivých přístupů k léčbě, velmi užívaný přístup je kognitivně behaviorální, který se v léčbě osvědčil. Jde o situaci tady a teď – vedení jídelních záznamů, pravidelné vážení, eliminace zvracení a cvičení, změna schématu jídelního chování, prevence relapsu. Dále bývá často užívaný přístup psychodynamický, kdy se stručně řečeno pracuje se vztahy, minulostí, procesy v životě a vzájemnou dynamikou těchto okolností.

V neposlední řadě se v nutných případech nasazuje farmakologická léčba, která se zaměřuje na pomoc při depresi, úzkosti a jiných problémech, které často mohou klientům ztěžovat léčbu. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 288-357)

V rámci mé praxe jsme se snažili poskytovat komplexní péči, do které jsme zahrnovali konzultaci s nutričním terapeutem, svépomocné skupiny a kontakty na terapeuty. Mnohdy jsme doporučili hospitalizaci či ambulantní lékařskou péči.

Podobně jako centrum Anabell pak fungují krizová centra, která mohou pomoci při prvním kontaktu a klienta správně nasměrovat. (VODÁČKOVÁ, 2002: s. 455-456)

7. Prevence

V této kapitole bych se ráda zaměřila především na své zkušenosti, na základě kterých jsem dospěla k určitým závěrům, které mohou jako prevence pomoci.

V rámci celé společnosti by se dalo mluvit o novém přístupu k ženské kráse. Postupně se situace mění, alespoň některé firmy mají snahu podpořit „přirozenou krásu“ a krásu v pojetí, že každá žena je krásná. Pokud by došlo k vývoji, kdy jediným kritériem krásy a úspěšnosti nebude štíhlost, věřím, že by nemocných bylo méně.

V souvislosti se změnou společnosti a pohledu na to, co je krásné, by se změnil svět reklam a novin. Pokud by nám byla předkládána jiná krása, naše společnost by se stala svobodnější a zdravější. Rozhodně si nemyslím, že by poruchy příjmu potravy zcela vymizely, nedokážu se ale ubránit dojmu, že média a reklama mají na pochybnosti o sobě, které vedou k poruchám příjmu potravy, nemalý vliv. A určitě by velmi pomohla změna komunikace médií, tedy i rozumnější a promyšlenější způsob předávání informací o dietách, hubnutí, obezitě i podvázce.

K prevenci patří i přístup rodiny. Podpora dětí, důvěra v děti, zdravé sebevědomí, pocit bezpečí a jistoty. V období pubertálního věku dostatečná chvála, ujištění o kráse a schopnostech. A v neposlední řadě zdravé jídelní návyky.

I přesto, že se v posledních letech informovanost rozšiřuje, mám pocit, že stále mnoho lidí nemá komplexní informace o tom, co jsou poruchy příjmu potravy, a mnohdy můžeme vidět úspěšné, slavné ženy na hranici podvýživy, které jsou nám prezentovány jako zdravé. Obezita je velkým tématem, články o hubnutí, zdravém jídle a cvičení se objevují často. O poruchách příjmu potravy méně. Obezita je aktuální téma, jen se obávám, aby stejně aktuální nebylo během pár let i téma poruch příjmu potravy. Určitě bych za sebe prosazovala větší informovanost a větší pozornost této problematice. A to nejen v extrémní podobě poruchy, ale právě v pojetí již výše zmíněné plíživé poruchy příjmu potravy. V těchto případech nejde o hranici života a smrti, ale přesto je porucha příjmu potravy součástí každodenního dění a komplikuje dotyčnému život.

V rámci prevence by se mohl navýšit počet článků o skutečném zdravém jídle a cvičení, nikoliv pouze o extrémech. Důležitost přednášek na toto téma pro studenty jsem zmiňovala již výše a stejně tak by jako prevence bylo ideální navýšení počtu center, které by poskytovaly péči nemocným.

Na závěr bych zde ráda uvedla závěry Debry Franko při její návštěvě v Praze v roce 2003, která stanovila tyto cíle prevence:

Zlepšení znalostí, sebedůvěry, sebevědomí, podněcovat různorodost a chápat změny v pubertě, upravit jídelní návyky, snížení držení diet, snížit posměch, pracovat s médii. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 311)

7.1 Péče o nemocné poruchami příjmu potravy

Péče o nemocné poruchami příjmu potravy má několik vrstev. Začnu od těch základních: když má jedinec pocit, že jde o problém a jeho váha se pohybuje na určité hranici, je možné v České republice a hlavně v Praze najít poměrně rozsáhlé spektrum terapeutů, kteří se touto problematikou zabývají. Stejně tak se v poslední době stále zvyšuje počet nutričních terapeutů, kteří, pokud mají vhodné vzdělání, jsou schopni velmi pomoci.

V této kategorii určitě zmíním centrum Anabell, které má pobočky po celé České republice, a je schopno poskytnout širokou a kvalitní péči. Od terapeutů, přes svépomocné skupiny a nutriční terapii až k správnému směřování další léčby. Zabývá se rozšiřováním informací, prevencí ap.

Dále pomoc při poruchách příjmu potravy poskytují nemocnice a jejich oddělení psychiatrie. Zde už mluvíme o případech většinou komplikovaných, kdy je mnohdy důležité spojit interní obor a psychiatrii. Nemocní potřebují nejdříve pomoci fyzicky a následně psychicky.

V Praze velmi odbornou a dobrou péči v rámci možností poskytuje Nemocnice Ke Karlovu, kde je přímo specializované oddělení pro poruchy příjmu potravy. V rámci této péče je možná ambulantní péče, hospitalizace, denní stacionář a účast v terapeutických skupinách.

Pro děti je pak velmi dobré specializované oddělení FN Motol, kde se nachází přímo oddělení poruch příjmu potravy pro děti a dospívající.

Obecně se dá říci, že pomoc je dostupná, přesto chybí větší množství neziskových organizací, které by se problematice dokázaly odborně věnovat. V nemocnicích jsou dlouhé čekací doby pro jejich poměrně malou kapacitu a někdy je tomu podobně i u terapeutů. Ideální by bylo několik takových oddělení a několik center, které poskytnou kvalitní péči.

8. Sociální příčiny mentální bulimie

8.1 Vývoj mentální bulimie

Bulimie byla chápána v historii různě a rozlišovalo se až několik druhů bulimie. Její chápání se vyvíjelo postupně, k onemocnění byly postupně přiřazeny emocionální faktory jako například pocit smutku či sklíčenost.

Ještě ve dvacátém století byla mentální bulimie internisty považována za potíže s trávením. Termín „bulimia nervosa“ byl použit v roce 1979 a byl spojen s neovladatelným nutkáním se přejíst. (KRCH, 2005: s. 32)

8.2 Co předcházelo mentální bulimii

V minulosti se poruchové jídelní chování označovalo jako „kynorexia“ nebo „fames canina“, tedy „psí hlad“. Od starověku tak byla označována nenasytná žravost, která se podobala chování psa, kdy po této žravosti následovalo zvracení. Tato onemocnění byla opět spojena s dysfunkcí a abnormalitou žaludku.

Mnohokrát v historii byli symptomy přejedení a zvracení spojovány s dalšími chorobami, například s hysterií, bylo popsáno hysterické zvracení.

Postupně s vývojem diagnózy se v sedmdesátých letech začala vyčleňovat skupina, která nepatřila ani k anorexii a ani k obezitě. Splňovala podobné symptomy jako přejedení a za pomoci zvracení a zneužívání léků udržení váhy v normě. Objevilo se mnoho názvů – dysorexie, bulimarexie aj. V roce 1987 se ustálil pojem mentální bulimie. (KRCH, 2005: s. 32)

8.3 Mentální bulimie v České republice

Rozšíření mentální bulimie je v České republice srovnatelné se západní Evropou. Stále se jedná o jedno z nejčastějších onemocnění mladých žen a momentálně jím trpí každá dvacátá dívka ve věku dospívání. Narušeným jídelním chováním ale trpí až 10% žen v naší populaci. Mnoho žen neví, kolik přesně má vážit, co je norma a co už není, co je zdravé jídlo a jak vypadá běžná porce. Strach z tloušťky a nezdravého jídla je u velké části populace

běžný. Až 60% děvčat není spokojeno se svou váhou.

V poslední době jsou zřetelné nevhodné jídelní návyky už ve dvanácti letech. Až 10% děvčat kolem patnáctého roku uvažuje o zvracení jako o možnosti kontroly tělesné hmotnosti.

Mentální bulimie ani mentální anorexie se už nepřirážují jen k děvčatům ambiciózním, ale týká se děvčat ze všech vrstev a s různým vzděláním.

Mentální bulimie většinou začíná mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem. (KRCH, 2008: s. 42)

8.4 Mentální bulimie jako onemocnění

Mentální bulimie je, tak jako už jsem psala výše, jedno z onemocnění poruch příjmu potravy. Jedná se o diety, konzumaci velkého množství jídla a následně uměle vyvolané zvracení, nebo zneužívání léků jako jsou diuretika či laxativa.

Mentální bulimie je onemocnění plíživé a poměrně dlouhodobě se dá udržovat v „nevědomosti“. Na rozdíl od mentální anorexie nebývá spojeno se silnou vyhublostí, ale váha se naopak pohybuje v normě.

To, co nemocný prožívá, je srovnatelné s ostatními poruchami příjmu potravy. Přísná redukční dieta omezená jen na pár jablek denně a následná neovladatelná touha se přejít. Takové přejedení bývá silné, velké, a mnohdy jsou v něm potraviny, které by za normálních okolností nikdo z nás v takovém množství nejedl. Pocit plnosti a výčitky vedou k vyvolání zvracení. Takové ataky se mohou a nemusí opakovat několikrát denně a nesou s sebou již výše zmíněná zdravotní rizika.

V zásadě se dá říct, že v mysli nemocného a následně v jeho životě nemá nikdo jiný a nic jiného místo. Mentální bulimii náleží stejně jako mentální anorexii poruchy nálad, úzkostnost, smutek, deprese. (KRCH, 2008: s. 21-35)

Důsledky a zdravotní následky jsem zmínila již výše. Spojení jídla a váhy je vtíravá myšlenka, která neodchází. Dovolím si zde popis mé klientky, který mi přijde výstižný pro pochopení pocitu nemocného:

Petra, 30 let, MB

„Je to pro mě jako had, nejdříve se jen plazí kolem, ani si ho nevšimnete. Jakmile ho spatříte, vidí i on vás, postupně vás začne obtáčet. Pomalu, není rychlý, je tak rychlý jak mu

dovolíte. Pokud stojíte klidně, je trpělivý. Cítíte tlak, ale víte, že ještě stále můžete odejít. Postupně se tlak zvyšuje a vy cítíte, že nemůžete dýchat a už se i bráníte... ale je pozdě, jen křičíte o pomoc, ale uslyší ji někdo? Možná nikdy ne a možná je to jen na vás. A proto se chci léčit, je to na mě.“

V souvislosti s tímto pojmenováním nemoci je důležité zmínit, že mentální bulimie je o strachu. O strachu z váhy, z jídla, ze snídaně, z restaurace, z večírku. Je o strachu, který roste a zvětšuje se, tak jak mu dáváme život. Postupně dosahuje absurdních rozměrů a má nad námi moc. Tak jako je to u každého strachu, je i tento strach tím, co ovládá všechno a nedovolí přestat. Čím více ho posloucháme, tím více si dovolí. A přesně tak mohou rozumět mentální bulimii všichni, kdo ji nezažili. Pokud začnu žít ve strachu z tloustnutí a začnu svůj jídelníček omezovat, může se postupně strach zvětšovat. Už se budu bát nejen tloustnutí, ale i si dát pečivo, pak se přidá máslo a nakonec nejím nic. A jako neposlušný student to prostě nevydržím a přejím se a za neposlušnost následuje trest, a trest je zvracení. A tak jde celý tento zvrácený strach dál.

Takovýto strach vyrostl na základě zážitků z rodiny, kde se například často řeší strava a váha, na základě tlaku společnosti, na základě povolání, které si žádá určité proporce (tanečnice, modelka), na základě změn těla v pubertě ap. První krok k dobře míněné dietě je často obohacen racionálním vysvětlením „nechci jíst maso z velkých farem“, „chci jíst jen bio zeleninu“ ap. Postupně raději z těchto důvodů nejím nic a jídelníček se stává chudší. (KRCH, 2008: s. 31)

Mentální bulimie má stejné příčiny jako mentální anorexie, vždy jde o kombinaci několika faktorů a nedá se nalézt jen jedna jediná příčina. Přesto tlak kulturní, rodinný, reklamy a medií není malý a je tím tlakem, který může otevřít to, co by se možná v jiném světě zkrátka nestalo. V této práci jsem se rozhodla se zaměřit na faktory sociální, protože jejich vliv na vznik mentální bulimie je nemalý a považuji ho za jeden ze zásadních.

8.4.1 Mentální bulimie a její příčiny v rodině

Dle psychologického slovníku je rodina „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“. (HARTL, HARTLOVÁ 2000) Můžeme vnímat rodinu nukleární, kam se zařadí otec, matka a dítě a rodinu tzv. „širší“, kam spadá i další příbuzenstvo (babička, děda aj.).

Rodina jako sociální skupina by nám měla poskytnout následující:

- a) akceptaci vzájemné lidské existence
- b) pečující a ochranné prostředí (hmotné i sociální)
- c) zajištění životních potřeb
- d) vzájemnou podporu
- e) východisko a zprostředkující pomoc při pronikání do makrosociálního prostředí

Postupně se význam rodiny mění a rodina je chápána různě, stejně tak její funkce, na což má vliv prostředí, ve kterém žijeme, společnost, kultura, okolnosti. V zásadě však splňuje funkce hospodářské, biologicko-populační, výchovné, odpočinek, obnovení tělesných a duševních sil. (MATĚJČEK, 1992: s. 128)

V rámci pojetí rodiny jako biologicko-populační můžeme mluvit o ekonomickém posílení společnosti. V rámci hospodářského pojetí jde o pomoc a uživení členů rodiny, hlavně dětí. Dříve tato funkce byla více potřebná a důležitá, tím že nebyly žádné sociální podpory a možnosti. I přesto je dnes stále velkou funkcí rodiny. Jde o hmotnou péči o děti a o členy rodiny. Výchovná funkce je svěřena většinou výhradně rodičům a ti by měli svým chováním a jednáním být příkladem dětem a vychovávat je. V rámci funkce emocionální, nebo-li poskytnutí odpočinku a obnovení tělesných a duševních sil, se jedná o přijetí, pochopení, podporu, společenské plány, rodinné rituály aj. (VÁGNEROVÁ, 2007: s. 214-223)

Tento úvod k uvedené kapitole jsem zvolila právě proto, aby bylo jasnější, jaké funkce rodina má a jaké by mít měla podle teorii a odborníků, pokud by v ideálním světě takto rodina fungovala. Bohužel jde jen o ideální stav a teorii, nikoliv o běžný jev. Mnohdy klienti a rodiče vypráví stejný příběh úplně jinak a každý zažívá jiné pocity. Právě proto je tak moc těžké se držet teorii a knih. Můžeme se jako rodiče snažit moc nebo málo, můžeme mít pocit, že je to tak ideální, a stejně tak mají děti pocit, že jsou ideální, a tam někde už dochází k rozporu. Stejná událost, jiné pocity. Stejně situace, stejné vzpomínky, a přesto jsou tak moc odlišné. Je těžké naplnit ideály a je těžké se vyhnout určitým problémům a bariérám. V rámci této prezentace rodiny se snažím poukázat na složitost rodinných vazeb, vztahů. Na složitost funkce rodiny, na složitost výchovy v rámci určité kultury a společnosti. Mnohokrát rodiče nerozumí tomu, proč je jejich dítě nemocné. Nikdy jim nepřišlo, že mají příliš vysoké nároky, nikdy jim nepřišlo, že si jejich dítě málo důvěřuje. A mnohdy to tak ani nemusí být a pochybnost vyvolá okolí – škola, kamarádi. Mnohdy prostě rodiče kladou nároky a dotyčný je jen neunese. Je tedy velmi těžké najít viníka, protože nikdy není jeden a nikdy to není tak

jednoduché. A v rámci této úvahy je důležité zdůraznit, že ani rodina v rámci poruch příjmu potravy nesehrává jedinou roli a že v rámci určitých teorií jde opravdu spíše o teorie než o přesná fakta. A mnoho teorií má mnoho proměnných. Rodina je v rámci tohoto onemocnění důležitá, ale většinou jde o konkrétní případy, nikoliv o obecné jevy pro rodiny nemocných typické. (KRCH, 2005: s.65-69)

V rámci vývoje osobnosti v rodině je důležité se zaměřit na to, že každý jedinec od svého narození prochází určitým vývojem, který bývá ovlivněn různými životními událostmi, jevy, vztahy. Naše osobnost je vystavena mnohým podnětům, které mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé. A tyto podněty naši osobnost buď modifikují, nebo vývoj a utváření osobnosti přímo vyvolají. (VÁGNEROVÁ, 2008)

Dále se také dá konstatovat, že každá naše vývojová fáze má určitý smysl, jehož se buď dosáhne a vývoj jde dál, nebo se ho nedosáhne a další vývoj se tím může zkomplikovat.

Pokusím se zde krátce věnovat jednotlivým životním etapám v dětství a adolescenci v souvislosti s rodinou, která má v každé této fázi na dítě určitý vliv.

1) Prenatální fáze

V této fázi, kdy je dítě u matky v břiše, je velmi důležité, jak moc je dítě očekáváno. Zda je chtěné či nikoliv. Adekvátně k tomu matka k těhotenství přistupuje. Dítě může čekat matka „náhodou“ a její život to velmi zkomplikuje, následně k tomu může pít, kouřit. (VÁGNEROVÁ, 2008: s. 44) Matka může cítit úzkost, smutek a rozporuplný vztah ke svému tělu a tomu, co se v něm děje. Pokud se dítě narodí nechtěné, může dojít k situaci, kdy z pocitu viny rodiče zahrnou dítě láskou a svůj pocit z těhotenství odsunou do podvědomí. I tak může tento fakt dítě dále ovlivňovat. (Říčan, 2004: s. 261). Pokud přetrvává negativní vztah k narozenému dítěti, je logické, že takový jedinec už od první chvíle v životě cítí, že není vítaný, a může se do budoucna potýkat s pocitem prázdnoty, snahou se zavděčit a tužbou po lásce, která se mu v prvních chvílích života nedostala.

Na tomto místě znovu připomenu speciální případ, kdy se dítě narodí matce trpící poruchou příjmu potravy. Již jsem se tomuto tématu věnovala výše, přesto zde zopakuji hlavní body. Je naprosto jasné, že těhotenství dohromady s poruchou příjmu potravy je obtížný úkol pro matku. Zvládání emocí, úzkostí, strachu, jídla a přibývání na váze. A to vše „kvůli dítěti“, které to potřebuje. Jsou případy, kdy je taková matka v těhotenství „stabilní“ a snaží se poruchu příjmu potravy zvládnout. Přesto se velmi často stává, že po porodu se problémy znovu objeví. Takové dítě se pak pravděpodobně naučí nezdravé stravovací návyky a mnoho

dalších „věcí“, které jsou poruchou příjmu potravy ovlivněny. Například zvládání emocí, smutku, vzteku, vztah k sobě, vztah v rodině. Matka má tolik starostí se svou nemocí a vším, co k ní náleží, že mnohdy nezbyvá čas na rodinné vztahy a pohodu. Nedokáže odhadnout, co je „normální“ jídlo, nezvládá emoce spojené se svou nemocí a její rozpoložení zákonitě ovlivňuje dítě. (KRCH 2005: s.107-109)

V takové rodině se značně násobí riziko onemocnění dítěte poruchou příjmu potravy.

Klientky s mentální bulimií bývají často smutné, velmi skromné a cítí prázdnotu a samotu. Zároveň mentální bulimie, tak jako mentální anorexie, souvisí s pocitem „nejsem dost dobrá pro ostatní“ a „ani pro sebe“. I tento pocit snahy o dokonalost, zavděčení a pochvalu může být důsledkem prvních roků života.

2) Vývoj od 1. roku až k 3. roku

V rámci tohoto období se dá opřít o klíčové body: akceptace emocí, separace. Pokud matka není k emocím dítěte citlivá a vnímavá a nebude dítěti dostupná, může nastat konflikt, jenž způsobí, že později dítě nedokáže své negativní emoce a frustrace zvládnout a bude se snažit je kompenzovat různými způsoby, jako například jídlem. (SAIC 2005: s. 64-65)

Pro dítě je stejně tak důležité, aby matka uspokojovala jeho potřeby a mělo pocit bezpečí a jistoty. Tedy aby mezi nimi fungoval vztah pevný neboli vazba. Pokud dojde k narušení této fáze, dítě se stává úzkostným a nastává problém se separací (BOWBLY 2012: s. 101-121). V rámci fáze separace je velmi důležitá akceptace, pochopení, vnímání, a pokud toto nenastane, může v dospělosti přijít problém s osamostatněním.

Pokud je výchova zaměřená na očekávání a plnění představ hlavně rodičů, může dojít k hledání vlastní identity i za pomoci kontroly jídla, kdy se toto onemocnění stává identitou a vlastním bojem za sebe sama. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 38) Dle mého názoru se zde dá hledat i vzdor a touha po pochopení, že „chci svůj život jinak“.

Všechny výše vyjmenované potíže jsou přesně ty, které pak jedince doženou v období osamostatnění, tedy v období dospívání, kdy mohou silně komplikovat život, vztahy.

3) Vývoj v období puberty

Období puberty je, jak už bylo výše zmíněno, obdobím složitým v mnoha vrstvách. Jde o tělesné změny, o pocit „první dospělosti“, o další separaci, ale již v jiném pojetí, o intelektuální rozvoj a o nové vztahy a novou etapu života, která by se dala nazvat i

„dospělejší“. Je to období složité pro jedince samotného a stejně tak pro rodinu, která se s ním musí vyrovnat. (LANYADOVÁ a HORNEOVÁ, 2005, s. 504). Ze strany rodičů je dítě chápáno jako dospělejší dítě a očekávají se od něj nové úlohy. Dítě samo bojuje se změnami, které toto období přináší, a je velmi žádoucí, aby vše proběhlo ke spokojenosti všech.

Často se právě v pubertě projevují vzniklé potíže z dětství, které byly výše zmíněné. Například pokud se objevovaly potíže s krmením nebo odstavení v raném věku, může se v pubertě předpokládat, že onemocnění mentální bulimii je pokračováním této nezvládnuté fáze. Problémy s jídlem mohou být způsobeny problémy se separací a touhou po návratu do dětského věku, kdy je takovému jedinci věnována stejná pozornost jako malému dítěti, které nechce jíst.

Období puberty a dospívání je obdobím, jehož hlavním úkolem je dospět a opustit domov. Puberta je bezpečným prostředím, v němž si dítě může vyzkoušet být dospělým a zároveň se stále může vracet do bezpečí domova. Stejně tak je tomu u batolat, které objevují svět, ale vrací se k rodičům nebo začnou plakat.

V rámci vztahu matka a dcera je období puberty komplikovanější tím, že dcera se chce odlišit od někoho, kdo jí je tak moc podobný, a zároveň musí najít sebe. Dívky nemocné mentální bulimií mohou v této fázi použít kontrolu jídla jako prostředek odlišení.

Mnohdy se může stát, že k separaci nedojde a v dospělosti můžou vzniknout poruchy příjmu potravy jako cesta ke svobodě spojená se strachem a řešení nedořešeného konfliktu v rámci rodinných vazeb. (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 41- 42).

Ráda bych se na tomto místě opřela o práci rodinných terapeutů Chvály a Trapkové, kteří představili metaforu o rodině jako o sociální děloze.

Sociální děloha představuje rodinu, kde dítě vyrůstá, a jde o jakýsi bezpečný prostor plný možností. Dalším obdobím, které na toto pojetí navazuje, je sociální porod, v němž jde o separaci dítěte v rodině. Sociální porod je parafrází na normální porod, kdy devět měsíců symbolizuje dětství přes pubertu až po osmnáct let. Zároveň se autoři ve své práci opírají i o těžkost a bolestivost porodu, které přirovnávají k obtížím při separaci od rodiny. (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004, s. 87).

Práce Chvály a Trapkové je velmi komplikovaná a důležitá, přesto jsem se rozhodla zařadit jen podstatnou část, která ukazuje, kdy dochází k poruchám příjmu potravy a proč. Držím se jen hlavních bodů.

Poruchám příjmu potravy Chvála a Trapková (2008) porozuměli jako jednomu z mnohých projevů stagnace procesu separace. Tam, kde se dospívající dívka potřebuje přiblížit

k matce jako k ženě. Když se dcera s matkou v této fázi separace zastaví, sociální porod uvízne.

Praktická realizace stagnace je už věcí toho, k čemu má rodina předpoklady, jaké symptomy a systémové vlastnosti vytvoří a jakým způsobem další vývojový krok znemožní.

Klasickým syndromem tohoto procesu je mentální anorexie. Rodina tedy uvízne v anorektické stagnaci. O anorektické stagnaci autoři hovoří i v jiných případech, kdy se stagnace projeví příznaky jinými, než jsou poruchy příjmu potravy.

Ve skutečnosti jde o mentální poruchu příjmu emocí v rodině, nikoliv o poruchu fyzického příjmu potravy.

Podobně jako matku potřebuje dívka i otce, aby s ním prožila vztah ženy se sexuálně bezpečným milujícím mužem schopným projevovat lásku.

Pokud tento stav nenastane, zvyšuje se riziko mentální bulimie a bulimické stagnace na cestě separace, čímž se opět komplikuje sociální porod.

Problémy s osamostatněním u děvčat s mentální bulimií vyplývají spíše z potřeby zůstat blízko rodiče, kdy se pokoušejí najít pohodlný a bezpečný prostor, když jim někdo s rodičů nevychází úplně vstříc. (BRATSKÁ a PAVLÍČKOVÁ, 2000, s. 38).

U mentální anorexie jde většinou o problém separace, kdy matka není schopná dceři dovolit projevovat své emoce.

Na základě výše popsaných jevů je dle mého názoru jasné, že mentální bulimie stejně jako mentální anorexie může být do jisté míry ovlivněna rodinnými vazbami, vztahy a vývojem v rodině. Pokud je narušený vztah s matkou jakýmkoliv způsobem (neschopnost dítěti poskytnout bezpečí, základní potřeby, dostatek lásky a péče, prostor) můžou se později tyto prožité okamžiky projevit právě poruchou příjmu potravy. Nedostatečná láska, ale i ta přehnaná spojená s velkými očekáváními, je problém, a je problém hlavně pro dotyčného jedince, který to musí nějakým způsobem zpracovat. Mentální bulimie je dlouho „neviditelná“, je to onemocnění, kdy je jedinec dlouho schopen své emoční prázdno tajit a zajídat v naději, že získá ocenění, lásku nebo naopak volnost a vlastní já.

Karolína, 38 let, MB

„Nevím, asi jsem měla od dětství pocit, že nedělám nic dobře. Často jsem doufala, že budu pochválena. Ale ani po dvou vysokých školách pochvala nepřišla. Ani jedna ze škol není medicína nebo práva a tak jsem se i ve svých třiceti letech dozvěděla, že jsem líná a mohla jsem to dotáhnout dál... Bulimie je pro mě úleva, úleva od stresu, vnitřního neklidu, že

nejsem nic. Je to pro mě jeden z mála časů během dne, kdy je mi dobře. Jím a jím a pak je mi samozřejmě hrozně, ale ta jedna chvíle je nezapomenutelná. To, že jsem tlustá, jsem taky slyšela často. Možná proto jsem v 18 letech měla 50kg a neměla menstruaci a bylo mi zle. Ale nevydržela jsem a mentální bulimie je se mnou už 20let a nevím, jestli někdy něco dokáže plně nahradit to, co ona...“

8.4.2 Mentální bulimie a společnost jako možná příčina

Jak jsem již několikrát zmínila v tomto textu, tlak médií, společnosti a reklamy je velký. Je velký pro mladé dívky, ženy a v poslední době i pro děti a muže. Strach z obezity a její hrozby jsou nám předkládány denně, a tak se zdravé tělo stává hubeným tělem a úspěšný člověk je ten, který má hubené tělo.

Kolikrát se během nevinných rozhovorů mezi lidmi setkáváme s tím, že se prostě část diskuse vede o jídle, o dietě a o tom, jak kdo vypadá. Před několika desítkami let by na hubnutí lidé reagovali úlekem a dotazem, jestli ten člověk není nemocný. Dnes je to oceněno a pochváleno. Za každé shozené kilo je pochvala. Poměrně často se také můžeme setkat s tím, že babičky mají radost, když jíme a pořád se jim zdáme hubení. Většinou žily v dobách, kdy jídla prostě bylo málo, a jsou rády, že ho je dost, a zdravého člověka mají spojeného s takovým, který prostě není „kostnatý“. V dnešní době si svět ale žádá štíhlého člověka s velkou kariérou, který je prostě úspěšný. Pokud jen trochu do této „škatulky“ nezapadáme, tak se můžeme cítit frustrovaní, nešťastní a mnohdy i například neoblíbení.

Nejsem si jistá, zda by se poruchy příjmu potravy objevily u tolika lidí, kdybychom žili v jiném světě. Zda není ten dnešní tlak tím, co tak moc tomuto onemocnění usnadní cestu. To, co by nás možná tak často nenapadlo, dnes vidíme denně, a jsme neustále konfrontováni s ideálem krásy, který je mnohdy nedostižný. (MÁLKOVÁ, KRCH 2001: s. 88) Je těžké odolat. A pokud si ještě připadáme méněcenní, ne úplně úspěšní, tak je to přece tak jednoduché: začnu hubnout a bude to lepší, a ono to je lepší. Pochvala, ocenění přichází, a tak hubneme dál a dál. Nakonec tu hranici mezi normou a extrémem prostě nepoznáme a dnešní společnost je velmi dlouho k té hranici tolerantní. Často si problému všimne, až když se jedná o extrém, bohužel ne dřív.

MUDr. Papežová kdysi v jenom rozhovoru řekla, že léčba poruch příjmu potravy je jako boj proti větru, a že si mnohdy připadá bezradná. Jak má někoho přesvědčovat, že váha není to zásadní, když všude kolem tomu tak je.

A proto bych zde ráda více podrobně popsala společnost a vše, co k ní patří, jako jednu z možných příčin mentální bulimie.

8.4.2.1 Ideál štíhlosti

Naše tělo, vzhled a projevy jsou velmi spojené s kulturou. Ideál krásy a to, co je hezké, je individuální záležitost a každému se líbí něco jiného. Přesto můžeme v průběhu dějin a v různých kulturách sledovat odlišné trendy, které byly pro určitou dobu charakteristické.

Během antiky byla více oslavována mužská krása, což úzce souviselo s tím, že krása u Řeků byla spojena s tělesnou zdatností. Zároveň v tomto období měla své výrazné místo krása vnitřní, tedy duševní.

Na základě umělecké tvorby tohoto období se dá konstatovat, že mužská krása byla vnímána jako „svalnatý typ“ a ženská krása jako „zaoblené tvary“.

Ve starověkém Římě byla naopak štíhlost ceněna velmi výrazně a obezita byla vnímána negativně. Kontrola tělesné hmotnosti vedla Římány k bulimickému chování, tedy vyvolanému zvracení. Kromě štíhlosti obdivovali netypické tváře a zvláštní lidské povahy.

V období Gotiky můžeme pozorovat silný vliv křesťanství a s ním spojený ideál krásy v pojetí „Ježíše“, tedy symbol skromnosti, utrpení, strádání a s tím spojenou štíhlost. Velký důraz byl kladen ale i na duchovní život a péči o něj.

V období renesance se vrací antický ideál a především svalnatost mužů, ale i zaoblenost žen.

V 17. století Evropu ovládlo baroko a s ním harmonie postavy. U žen převládaly ty části těla, které symbolizují reprodukční úlohu ženy: plnost a kulatost v oblasti břicha a pánve způsobená velkým množstvím podkožního tuku.

Po baroku následuje klasicismus a dva pohledy na ideál ženské krásy. Pro oba ideály byl důležitý útlý pas, který byl často podporován korzetem. V první polovině 19. století byla ideálem žena křehká, s krásným obličejem. Předpokládaly se morální hodnoty a společenské postavení. V druhé polovině století byl ideálem ženské krásy spíše obraz ženy celkově mohutnější, s většími obvody boků i prsou.

Na konci 19. století se spíše obdivoval plnější tvar postavy podpořený i zdravotním stavem. Mnoho žen se trápilo, že jsou příliš štíhlé.

Na začátku 20. století se v rámci ženské krásy objevovaly jisté tendence ke štíhlosti. Před 1. světovou válkou byla zdůrazňována štíhlá linie, ideál ženy působil vzpřímeným

dojmem, prsa a boky byly větší. Po 1. světové válce ideál ženy nabyl spíše chlapeckých tvarů a začaly se zkracovat sukně. Tím, co se obdivovalo, byl obličej upravený kosmetikou a obnažené nohy.

Ve 30. letech se ideál krásy opět přiblížil dřívější podobě, sukně se prosloužily, pas zúžil a velikost poprsí zvětšila. Ve 40. letech se tento trend udržel, jen se opět odhalily nohy.

V 50 letech byl ideálem ženské krásy obraz Marilyn Monroe – poměrně útlý pas, výrazné boky, poprsí a jakási symetrie.

V 60. letech se ideálem ženské krásy stala Twiggy, dívka s velmi nízkou váhou, velmi drobná s chlapeckými rysy. Toto období přineslo vysoký nárůst poruch příjmu potravy. Společně s Twiggy je toto období charakteristické „bikinami“ a jejich oblíbeností na štíhlé postavě.

V 80 letech byly obdivovány štíhlé postavy, ale spíše atletického typu. Tedy zdravé a sportovní.

Na základě tohoto historického vhledu je viditelné, že štíhlá postava není jen trendem dnešní doby, ale napříč historií se tento ideál vždy nějakým způsobem objevoval.

V dnešní době je spíše velkým problémem prezentace dokonalých modelek, které jsou velmi štíhlé až hubené, dokonale nalíčené s výbornou pletí a bez vady na kráse. Média prezentují obraz ideální ženy, mnohdy nemálo upravené Photoshopem. Prezentují nám tedy nereálný a nedosažitelný ideál krásy. Tento trend souvisí i se stále větším trhem kosmetických přípravků, přípravků na hubnutí ap. Ženy konfrontovány s nereálným obrazem ženy z časopisu jsou ochotny utratit mnoho peněz za krásnější vzhled. Čím tedy bude ideál nedostižitelnější, tím více výrobků se může nabízet a zároveň tím více peněz ženy utratí.

Předobrazem úspěšné ženy je dokonalá fyzicky krásná a štíhlá žena, která má dostatek prostředků na svou údržbu. Může si dovolit cvičit, jíst jen zdravě, utratit za kosmetiku a nechat se v létě opálit sluníčkem. Nosí jen nové trendy a krásné oblečení, má husté vlasy, pevné tělo, dlouhé řasy a žádný nedostatek. Štíhlost se tedy stává ztělesněním bohatství. Důraz na krásu je větší a důležitější než důraz na charakter a osobnost. (FIALOVÁ, 2006: s. 21-26)

Ideál štíhlosti a kultura

Je obecně známé, že každá kultura považuje za něco krásného něco jiného. V Číně byly dlouho za krásné považované malé nožky, a tak si ženy již od dětství deformovaly nohy.

V mnoha kmenech a státech Afriky můžeme vidět mnoho pojetí krásy. Velké rty a následná deformace rtů za tímto účelem, dlouhé štíhlé krky a též deformace za pomoci kruhů. V arabských státech je krásná žena, ta která je silná až obézní. Symbolizuje zdraví a tak i reprodukční schopnosti.

V naší evropské kultuře je ozdobou tetování, piercing, plastická operace, hubnutí, nepřirozený nárůst svalů. V každé zemi a kultuře se část společnosti snaží více či méně přizpůsobit trendu a tomu, co je považované za krásné, za poměrně vysokou cenu.

Přesto se dá konstatovat, že tělo každého jedince je svým způsobem jiné a má své limity. Nejde dosáhnout všeho, co si přeji, a nejde se celý život hnát za ideálem. Měli bychom ke svému tělu chovat pozitivní vztah a starat se o něj tak dobře, jak jen potřebuje.

Vliv genetiky na tělesné proporce existuje, důležitou a velmi podstatnou roli ale hraje naše prostředí a vývoj konkrétního jedince. Genetika je jen malou částí a ta větší je ovlivnitelná námi samotnými a tím, jak žijeme. Přesto stavbu kostry a výšku neovlivníme.

Prostředí je pak oproti genetice vnějším faktorem a je potřeba zdůraznit, že jde o celou řadu komplexních vlivů, které ve své konečné fázi vedou k určité proměnlivosti některých znaků. Hlavně tedy těch znaků, které nejsou dědičně tolik ovlivněny.

Mezi obecné činitele přírodního prostředí můžeme zařadit například biogeografické a nutriční podmínky, které člověka obklopují. Patří sem potrava, klima, územní lokalita.

Potrava se v různých kulturách liší, což bezesporu ovlivňuje náš vztah k jídlu a představu o tom, co je dobré a co není. Ovlivňuje to, co budeme jíst, tedy co seženeme, a v neposlední řadě pak naše tělesné proporce. Pokud se jídelníček, jako například na čínském venkově, skládá hlavně ze zeleniny a rýže, neboť maso je vnímáno jako určitý luxus a velmi se jím šetří, a k tomuto jídelníčku připojíme práci v zemědělství po celý den, je jasné, že většina obyvatel bude celkově drobnější, štíhlejší postavy. Ale opět je důležité zdůraznit, že například asijská rasa má celkově drobnější kostru a menší výšku. Vždy jde tedy o kombinaci několika faktorů a nedá se jasně definovat, zda je takový jídelníček ten správný či nikoliv.

Dalším důležitým faktorem prostředí jsou činitele společensko-ekonomické, tedy životní úroveň, materiální podmínky, výchova, charakter pracovní a mimopracovní činnosti, tradice a zvyky. (FIALOVÁ, 2006: s.66-76)

Tělesné parametry:

Často se můžeme dočíst, co je ideální váha. Jsou nám nabízeny tabulky, testy, měření a mnoho dalšího. Přitom na začátku by měla stát otázka „dle čeho měříme ideální váhu?“ Je pro

nás základem ideálu móda, sport, zdraví nebo jen běžný život? Z čeho vycházíme, co je pro nás vzor, co od sebe chceme?

Je jasné, že hmotnost není jediným ukazatelem ideálního těla. Naše tělo je dost chytré na to, aby k ideálu potřebovalo víc. Tedy minimálně se takový ideál určuje dle pohlaví, výšky, hmotnosti, tělesného typu, podkožního tuku, tělesného obvodu, délky kostí, proporcionality. (PAPEŽOVÁ, 2010: s. 36)

Tělesná výška je dána geneticky a je poměrně důležitým údajem pro to, kolik bychom měli vážit. Hmotnost je ovlivnitelná nárůstem svalů, ubýváním tuků. Během dne i týdne se mění na základě objemu vody v těle, menstruačního cyklu, přísunu potravy atd.

Tyto hodnoty nám mohou pomoci pro změření například body mass indexu (BMI), který nám nabízí určité spektrum ideální váhy pro náš věk a pohlaví. Přesto je zde opomíjena fyzická aktivita, strava aj.

Člověk, který se nehýbe nebo se neživí kvalitní stravou, může mít výrazně vyšší procento podkožního tuku, aniž by měl nadváhu. Index vypočítaný na základě jeho výšky a váhy může mít ale stejný jako sportovec, který má namísto tuku rozvinuté svalstvo a jí kvalitní zdravou stravu. (PAPEŽOVÁ 2010: s. 46)

Tělesné parametry je dobré chápat jako celek, každé tělo je jiné a je důležité se zabývat jeho celým rozložením, nikoliv jen váhou a výškou. Tělo sportovkyně může mít váhu vyšší díky většímu zastoupení svalů, může mít silnější obvody některých částí těla díky tréninku, a přesto jde o zdravého jedince. (MÁLKOVÁ, KRCH 2001: s. 60-62)

Postoj k vlastnímu tělu

Náš postoj k sobě samému bývá kritičtější. Hlavně ženy častěji okolí dokáží hodnotit realisticky a k sobě být přehnaně kritické. Většinou se jedná o velký rozdíl v tom, jaké naše tělo je a jaké by mělo ideálně být.

Hodnocení těla výrazně ovlivňuje celkové sebehodnocení, to, jak se cítíme. Tělesný vzhled je nejdostupnější informací o člověku. Je to informace o pohlaví jedince, rase, jeho věku, sociálním statutu. Mnohdy na základě vzhledu hodnotíme jedince, aniž bychom ho poznali. Stejně tak s určitým tělesným vzhledem mnohdy spojujeme určité vlastnosti dané osobou.

Velmi obvyklým stereotypem je například to, že u tělesně přitažlivých osob předpokládáme vyšší míru sebevědomí, společenskou obratnost, bystrost, oblíbenost a

celkovou spokojenost. Nebo naopak domýšlivost a nafoukanost.

Tělesné sebepojetí chápeme jako vytváření obrazu o sobě samém a našem postoji ke svému tělu. Patří sem i postoj okolí. (VÁGNEROVÁ 2007: s. 260-264)

Tělesné sebepojetí má souvislost s prožíváním těla, které je velmi subjektivní. Představy o výšce, váze, stavbě těla, barvě očí aj. mají významný vliv na to, jak budeme své tělo přijímat. (VÁGNEROVÁ 2007: s. 262) A vliv ideálu krásy není malý. Krása je pojem, který můžeme chápat různě, a mnohými lidmi je chápán různě.

Stejně tak byl v historii vztah k tělu a kráse různý a byl chápán odlišnými způsoby. Namátkou zde připomenu, že v raných kulturách se nosilo splývavé oblečení a tělo pravděpodobně nebylo tím nejdůležitějším. Ve středověku bylo velmi důležité oblečení, které udávalo vrstvu, do které náležíme. Stejně tak se v tomto období držely rozmanité náboženské půsty.

V 17. století drželi diety i muži, tlustí lidé byli uznávaní, až když zbohatli a tloušťka se pak v jejich případě stala jakýmsi luxusem. Diety byly v tuto dobu zdravotně opodstatněné a lidé vnímali tělo spíše jako celek. Váha samotná nebyla to nejdůležitější. V rámci módy byly trendem vycpávky a pásky, které téměř každé postavě pomohly k ideálu. (Crooková, 1995: s. 115)

V 19. století se objevily první lázně pro obézní pacienty, kde se stravovali zeleninovými jídly a cvičili gymnastiku. Cílem takové kúry byl skutečně úbytek hmotnosti.

Na přelomu 19. a 20. století se objevily studie, v nichž byl vysloven názor, že lidé s nadváhou umírají dříve, a objevovaly se tabulky s nepřesnými údaji o ideální váze, které ještě dlouho společnost ovlivňovaly.

Ve 20. století se začal aktivně podporovat boj proti tloušťce, vznikaly skupinové terapie pro lidi s nadváhou. Bohužel jediným cílem těchto skupin bylo snížení hmotnosti, nikoliv důvod, proč je člověk obézní. (FIALOVÁ, 2006: s. 71)

Dnešní doba je už mírnější na drastické diety a různé další pokusy, které se v historii objevovaly. Přesto touha po ideálu stále existuje a ideál je stále nedostižný.

Pokud máme zdravé tělesné sebepojetí a chováme se ke svému tělu dobře, je velká šance, že tak budeme chápáni i okolím. To, co cítíme my sami, je to, co vyzařujeme.

8.4.2.2 Dnešní společnost ve vztahu k ideálu krásy

Ideál dnešní doby

Každá druhá žena a každý čtvrtý muž mezi lety 1989 a 1990 odpovídali, že mají za sebou minimálně jednu redukční dietu. Ideál štíhlosti a touha po štíhlé postavě je dnes hnacím motorem většiny společnosti. Dříve byla nadváha chápána jako symbol úspěchu. Silní lidé byli považováni za veselé a vyrovnané. V dnešní době je nadváha odmítána již dětmi, kdy se běžně v rámci kolektivu dítě s nadváhou stává terčem urážek a je považováno za nemotorné a pomalé. (KRCH 2005: s. 58-61)

Po válce přibývalo lidí s nadváhou, a tak se vytvořila směrnice, že je nutné být štíhlý. Jen štíhlý člověk je zdravý. Mnoho žen udává, že sport považují za prostředek pro udržení váhy či redukci hmotnosti. Málokdy se objevuje touha zlepšit přes sport fyzickou kondici nebo sportovat pro zábavu a pro zdraví. (FIALOVÁ 2006: s. 81)

Pokud člověk nevěří svému tělu, nevěří sám sobě a ani tomu, že by mohl být uvěřitelný pro ostatní. Takový stav může jedince dovést až k izolaci od společnosti.

Poměrně často se setkáváme s kritikou obézních lidí a je důležité připomenout, že i obezita je problém. Problém, který je často v hlavě, a většina lidí silně obézních potřebuje pomoci a nikoliv „odsunout“. V závažných případech obezity je problém velmi podobný mentální bulimii či anorexii. Člověk je nemocný a není mu dobře.

Tlak štíhlosti je zaměřen především na ženy, žena je v rámci společnosti vystavena mnohým tlakům. Měla by být dobrá matka, měla by být úspěšná, měla by být dobrá manželka i milenka a měla by se starat o svůj vzhled a být tedy štíhlá. Tento tlak je v mnohých obdobích velmi silný. Zvládnout několik těchto úkolů může ženu dovést až do psychického zhroucení a ženám vytváří nelehkou pozici.

Díky siluetám v rámci výzkumů je možné konstatovat, že v dnešní době ženy nevidí samy sebe příliš realisticky a většina z nich by ráda zhubla a měla jiné tělo. U mužů se v rámci stejného výzkumu předkládání siluet podobný jev příliš nevyskytoval.

Ženy si častěji připadají silnější a neforemnější než jsou. (KRCH 2005: s.58-61) A to již studentky středních škol.

Dovolím si na tomto místě předložit vlastní pohled na tuto problematiku. Rozhodně nevidím problém ve výchově ke zdravému životnímu stylu, ke sportu a k péči o své vlastní tělo. Obezita je problémem a nezdravá strava a absence pohybu též. Přesto by tento cíl a tato

výchova měla být vedena rozumně tak, abychom měli rádi své tělo, dokázali se ocenit a ke zdravému jídlu a sportu přistupovali skutečně zdravě. Jako k něčemu, co chrání naši tělesnou schránku, naše tělo a duši. Nikoliv jako k cílenému programu na hubnutí. To, jakým způsobem dnes sami nad sebou uvažujeme, a to v jak brzkém věku dívky řeší své proporce, nemá ke zdraví příliš blízko. Respekt k určitým individuálním jevům našeho těla je nutností a k tomu bychom měli být vedeni.

Tlak, který přináší jen rovnici „obezita a štíhlost rovná se nutnost diety a sportu“ je něco, co nás na prahu dospělosti dovede k celoživotnímu boji se svým tělem. Pokud se máme rádi, chováme se podle a přestaneme své negativní hodnocení řešit, pak budeme zdraví.

Je zdravější být štíhlý nebo mírně obézní?

Většinou o výhodách mírné obezity neslyšíme. Přesto poslední dobou někteří lékaři poukazují na fakt, že tělo člověka se stabilní váhou může být zdravější než člověka neustále vystresovaného z diet, plastických operací, nadužívání léků na hubnutí apod. Pokud onemocníme vážným onemocněním, tak je u jedince s mírnou nadváhou jistá zásoba. U člověka na hranici podváhy nemá tělo kde vzít sílu a potřebnou energii.

Upozorňuji, že zde nepíši o obezitě, ale o jakési stabilitě, středu. Tedy takovém stavu, v němž nemá dotýčný zdravotní obtíže, ale zároveň možná úplně nevyhovuje tabulkám vzhledem ke své hmotnosti.

Vliv médií

Média jsou prostředek komunikace, sdělovací prostředek. Jsou to spolutvůrci naší kultury i životních stylů. Média mohou ovlivnit – jako všechny druhy komunikace – naše chování, uvažování, to, co považujeme za špatné, a i to, jak vedeme svůj život. Masová komunikace je jednou z nejsilnějších variant komunikace a je jí připisován největší vliv na postoje, chování i sebepojetí. A to i na negativní sebepojetí.

Média pak působí jako zprostředkovatelé kulturních a společenských norem. Pokud je naší normou štíhlé tělo, média tuto normu podporují, rozšiřují a v neposlední řadě potvrzují. (MIČENKA, JIRÁK, 2007: s. 17)

Média jsou všude kolem nás a jsou námi hojně využívána, jsou tedy velmi vlivným sdělovatelem toho, co si společnost právě žádá. Média předkládají to, co společnost vyžaduje.

Jde tedy o určitý druh zrcadlení. (MIČENKA, JIRÁK, 2007: s. 18)

V dnešní době nám předkládají abnormální obraz ženy, která je štíhlá, návody, jak takového stavu dosáhnout, a doporučení, že bychom to měli alespoň pokusit. (FIALOVÁ, 2007: s. 42)

V rámci tištěných médií jde pak především o ženské časopisy a časopisy pro dívky. V rámci televizních médií jde hlavně o reklamu.

Ženský tisk zaznamenal vzestup ve 20. století a přinesl s sebou nový způsob prezentování „ženského světa“. Časopisy plné doporučení, fotografií žen, módy apod. Ženské časopisy dopomohly tomu, že se tělesný vzhled stal klíčovou oblastí identity žen.⁴ Čtenářky ale zajisté nejsou jen pasivním konzumentem bez vlastního uvažování. Nedá se tedy říci, že by právě média a ženské časopisy měly tak velký vliv na špatné sebehodnocení a poruchy příjmu potravy. Přesto není možné zpochybnit diktát, který tento druh médií udává, a to je diktát ženské krásy. Jedná se o jeden z největších tlaků na ženy, který je vyvíjen, a který zároveň myšlenku na štíhlost a vlastní tělo může podpořit, a přes nekonečné diety nás může dovést až k poruchám příjmu potravy.

Tyto časopisy prezentují modelky velmi štíhlé, prezentují módu, která mnohdy vypadá tak krásně, protože ji má na sobě až anorektická modelka. Prezentují rady, jak zhubnout, jak cvičit, a hlavním tématem je jen jídlo a pohyb.⁵ Často řeší intimní otázky související s atraktivitou. V podstatě jde o velmi koncentrovaný svět společnosti obdivující štíhlou úspěšnou ženu.

Dle výzkumu britské lékařky Bergové, která se zabývala studentkami středních škol a jejich zálibou v ženských časopisech, se mezi čtenářkami, kterých bylo 44% v rámci střední školy, po pěti letech objevily příznaky poruch příjmu potravy. Častěji zvracely, užívaly laxativa a držely velmi náročné redukční diety.⁶

Vždy jde o to, jak moc dokážeme sami sebe oddělit od ideálu prezentovaného v časopise. Přesto pokud takový časopis čteme, díváme se na televizi a pohybujeme se neustále v prostředí, které váhu řeší, je velmi těžké odolat. A v rámci časopisů pro dívky ani nemusím zmiňovat problematiku pubertálního věku.

Z pohledu mnoha lékařů jsou to právě ženské časopisy, které tak moc komplikují problematiku poruch příjmu potravy. Pomáhají k jejímu vzniku a zároveň komplikují

⁴ [Http://www.rozumimti.estranky.cz](http://www.rozumimti.estranky.cz) [online]. 2007 [cit. 2011-04-14]. Pomuzem si vzajemne. Dostupné z WWW: <<http://www.rozumimti.estranky.cz/clanky/duse/mytus-krasy.html>>.

⁵ Krása na prodej. Reflex. 2004, 47, s. 66-67.

⁶ http://ona.idnes.cz/nejruznejsi-diety-divkam-vic-skodi-nez-pomahaji-ftq-/krasa.aspx?c=A070103_135151_ona_krasa_jup

následnou léčbu.

V oblasti televize můžeme mluvit o nejmocnějším médiu, které se podílí na tvorbě morálních, společenských a estetických norem. Mimo jiné reflektuje určitý sociální tlak na obě pohlaví a není pohlavně neutrální při vyobrazování mužské a ženské role.

Postavy mladých žen v televizním programu jsou většinou atraktivní a mladší. K mužům takové nároky na vzhled nejsou tak časté. Ženy v rámci své televizní role představují úspěšné a žádané ženy. Často v rámci seriálu řeší obdobné starosti jako ženy v reálném světě. (MÁLKOVÁ, KRCH, 1993: s. 31-32)

Právě zde může dojít k určité identifikaci a záleží pak už na stabilitě, jistotě a schopnosti oddělit reálný život od toho, který běží v televizi. Přesto i toto vyobrazení samozřejmě ovlivňuje naše vnímání toho, co je krásné a co je žádané. A to jak u žen, tak i u mužů. Opět nejde o to, že bychom byli jen pasivními konzumenty bez názoru, ale určitý obraz nám to předkládá a určitým způsobem s ním nakládáme. Nemusíme hned držet redukční dietu a toužit po stejném vzhledu, jako má atraktivní herečka v seriálu. Stejně tak muž nemá jako ideální ženu tu, která hraje v jeho oblíbeném filmu. Přesto se o určitý směr toho, jak bychom měli vypadat, jedná, a ať chceme nebo ne, snažíme se mu alespoň trochu přizpůsobit.

V rámci mediálního světa můžeme pak velmi často slyšet úsloví jako „krásná herečka“, „nádherně štíhlá“ aj. Pokud se několikrát tato „pravda“ opakuje, dokážeme jistou herečku vnímat jako krásnou a nádherně štíhlou. Dá se konstatovat, že jistá manipulace se v tomto ohledu objevuje a je potřeba jí věnovat pozornost.

V rámci zpravodajství se sice dbá na rovnovážné rozdělení mužů a žen, přesto je na ženy stejně jako u televizních programů požadován atraktivní vzhled, dobrá fyzická kondice a většinou mladší věk. Není to pravidlo, i od mužů se očekává jistá atraktivita, ale obecně se dá říct, že v rámci přístupu k ženské kráse se zase tak moc neliší, zda uvádí zpravodajství, počasí, či jde o roli v seriálu. Požadavky bývají velmi podobné.

V rámci reklamy pak můžeme sledovat skoro vždy ženy „dokonalé“, modelky, které prezentují krém na vrásky, celulitidu, ale i prací prášek. V reklamách zkrátka jsou jen dokonalé ženy, které nemají žádnou vadu na kráse, a často bývají velmi mladé. Je potřeba zdůraznit, že bývají doplňkem, doplňkem k prezentovanému výrobku, jde o jakousi dekorativní roli. Často jsou méně oblečené, ačkoliv to daný výrobek nevyžaduje a není to nutné.

Objevují se názory, že reklama pouze zobrazuje ustálené stereotypy pro danou společnost. Dá se pak tedy konstatovat, že jde o vztah k ženě jako k sexuálnímu objektu, což

je stereotyp ustálený v naší společnosti, a proto si reklama žádá takové vyobrazení. S postupnou vlnou feminismu se objevuje mnoho nesouhlasných názorů a protestů právě proti takovým reklamám.

V rámci prevence proti poruchám příjmu potravy se i některé firmy, například „DOVE“, snaží o vyobrazení normálních žen. Takových, které mají normální váhu, někdy celulitidu, pupínek, jizvu a jiné „vady“ na kráse, které dnešní reklamy z většiny naprosto popírají. Jejich boj za určitou „normalitu“ a „přirozenou krásu“ je alespoň z mého pohledu poměrně úspěšný a potřebný.⁷ Pokud by totiž ve většině reklam byly běžné ženy, nezměnil by se vztah k tělu a kráse v celé naší společnosti? To je otázka, kterou nechám nezodpovězenou.

Vždy jde však o kombinaci individuálních faktorů, jako je vlastní váha jedince a také jeho vlastní sebepojetí a vztah k sobě samému. Dále záleží na typu časopisu, novin, který dotýčný jedinec čte. Cesta k poruchám příjmu potravy tedy souvisí s kombinací několika faktorů, do kterých můžeme zařadit i média. Vnitřní nastavení ženy je tedy velmi individuální záležitost a dle toho se média stávají příčinou či nikoliv. Vlastní vnitřní nastavení souvisí s vlastním sebepojetím, sebeúctou, a pak lze rozdělit ženy do několika skupin. Z nich se část žen vůbec s ideálem v časopise a televizi nesrovnává. Pak se může jednat o ženy zranitelnější, které si toto srovnání připouští více, a pak se může jednat o skupinu žen, která je velmi zranitelná, a té takové srovnání může uškodit.

V neposlední řadě je nutné určitě zmínit internet, který se stal součástí našich životů a to mnohdy i v rámci velmi intimních témat. Nabízí nám možnosti dohledání informací ke studiu, práci, ale i z oblasti medicíny, práva. Umožňuje nám nakupovat, objednávat. Nabízí mnoho návodů, jak být šťastný a zdravý apod. Je to nástroj, který nám v mnohém pomůže a dělá dnešní svět jednodušší, ale má i svou ne příliš pozitivní stránku, kdy můžeme najít i informace, jak se stát například anorektičkou. Takové stránky se objeví po jednom kliknutí do počítače a my se můžeme stát součástí komunity, která se navzájem podporuje v hubnutí, nejedení, anorexii nazývá svou přítelkyní a anorexii prezentuje jako určitý životní styl.

Většina těchto stránek není kontrolována a je anonymní. Je tedy velmi obtížné se této problematice bránit, zároveň má ale velikou moc. Pokud je dospívající dívka osamocená, může ji právě tato komunita být blízká a dovést až k poruchám příjmu potravy.

O částečnou pomoc v této oblasti se snaží sdružení Anabell za pomoci nestreetworku, kde se vyškolení zaměstnanci snaží pomoci právě na internetu. Sama jsem se tomuto druhu pomoci v rámci praxe věnovala a považuji ji za velmi důležitou.

⁷ <http://www.dove.com/cz/stories/campaigns/real-beauty-sketches.html>

Vlastní sebepojetí a sebeúcta je něco, co silně souvisí s osobnostním nastavením, s rodinou, s rodinnými vztahy, s celým vývojem. Je to otázka mnoha faktorů, které jsem zmínila výše. Ideální variantou je být dostatečně sebevědomí na to, abychom neměli vůbec potřebu se takovými ideály zabývat a mít se rádi takové, jací jsme.

9. Praktická část – kvalitativní průzkum

9.1 Metodika

V praktické části své práce jsem se zaměřila na průzkum za pomoci tří případových studií a strukturovaných rozhovorů se čtyřmi klientkami nemocnými mentální bulimií.

Hlavní otázky průzkumu

V rámci struktury řešení jsem si vymezila cíl a tedy i hlavní otázku: „Jaké jsou sociální příčiny nemocných mentální bulimií?“ Vedlejší otázka pak zní: „Jaké jsou rodinné podmínky nemocných mentální bulimií?“

Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem se rozhodla použít kvalitativní průzkum. Kvalitativní průzkum je charakteristický tím, že jde o hluboký vhled do sociální reality na základě relativně malého počtu respondentů. Metodologie u kvalitativního průzkumu obvykle nestojí na statistických analýzách a odběrech vzorků. Provádí se většinou intenzivním nebo prodlouženým kontaktem s životní situací nebo oblastí.

Kvalitativní průzkum je obecně více flexibilní, zkoumá názory analýzou textů a slov a rozvíjí nové teoretické vhledy.

Reprezentativním příkladem kvalitativního průzkumu je případová studie nebo rozhovor.

Metoda zpracování dat

V praktické části jsem zvolila jako metodu zpracování dat, jak už jsem uvedla výše, strukturovaný rozhovor a případovou studii. Provedla jsem také kvalitativní analýzu.

Metodika šetření

Pro svůj průzkum jsem zvolila respondenty, kteří byli klienty OS Anabell, kde jsem vykonávala praxi po dobu několika let. Případové studie se týkají klientů, s kterými jsem se setkala za dobu své praxe, a které jsem požádala o svolení zpracovat případovou studii jako studijní materiál se zachováním všech etických zásad a plné anonymity. V rámci strukturovaných rozhovorů se jedná o respondenty, s kterými můj vztah přetrvával i po ukončení praxe, a které jsem požádala o pomoc při psaní své diplomové práce.

Případové studie byly tedy zpracovány v rámci mé praxe v zařízení OS Anabell. Strukturované rozhovory jsem vedla individuálně s každým respondentem zvlášť v zapůjčených prostorách ordinace mých rodičů.

Charakteristika vzorku

Kritéria výběru respondentů jsem si stanovila na základě možností, jaké jsem v dané situaci měla. Byla jsem velmi ráda za každého respondenta, který mi byl ochotný svěřit intimní informace. I přes důrazné upozornění, že jde o čistě anonymní záležitost, nebylo snadné souhlas získat. Právě proto jsem za základní kritérium pro výběr respondentů zvolila jen velmi obecné požadavky. Preferovala jsem, aby se jednalo o ženy a ideálně ve věku od 20 let do 40 let, což se povedlo.

V mém kvalitativním průzkumu se tedy jedná o ženy ve věku 20 až 40 let s ukončenou střední školou, ve třech případech vysokou školou, nemocné mentální bulimií s vědomím onemocnění a touhou se vyléčit. Celkový počet respondentů je sedm. Tři respondenti v rámci případových studií a čtyři respondenti v rámci strukturovaného rozhovoru. Celý průzkum se odehrál v období říjen až květen 2016/2017. Případové studie byly vytvořeny na základě komunikace s klienty OS Anabell, rozhovory jsem provedla v ordinaci mých rodičů.

Limity šetření

V rámci problematiky poruch příjmu potravy je poměrně náročné sehnat dostatek respondentů. Onemocnění mentální bulimie úzce souvisí s pocitem strachu, úzkosti, smutku, nejistoty, nízkého sebevědomí, a zároveň se jedná o problematiku, na kterou nikdo, kdo je nemocný, zkrátka není pyšný a příliš nestojí o sdílení svých starostí spojených právě s tímto

onemocněním.

V samotné práci ve skupině či individuální terapii je mnohdy velmi dlouhá doba jen o zvládnutí problém pojmenovat a mluvit o svých obtížích zcela otevřeně. Není jednoduché sdílet ataky vyvolaného zvracení, zneužívání léků, přejídání. Jde o velmi intimní záležitost, o stud z tohoto onemocnění.

Poruchy příjmu potravy a zejména pak mentální bulimie jsou často ve společnosti zlehčovány. Mnohdy přetrvává názor, že takovou nemoc mají modelky a pak „divné ženské“. Často bývá onemocnění spojováno s určitým stereotypem. Podobně jako například u závislostí.

Vše, co jsem zde popsala, velmi komplikuje práci na jakémkoliv výzkumu či průzkumu. Počáteční souhlas s rozhovorem či zpracováním kazuistiky se často při konkrétní prosbě změní a klient odmítne. Z pouhé nejistoty, studu a strachu o svou osobu. Lépe se výzkum či průzkum dá realizovat v rámci nemocnice, stacionáře apod. Zde je potom problém s termínem, kdy je výzkum povolen, se souhlasem oddělení a jednotlivých klientů.

Právě z důvodu těchto limitů jsem byla nucena zvolit kvalitativní průzkum, v němž jsem použila rozhovor a případové studie a dostala se na počet sedmi klientů. Přesto si myslím, že i takový průzkum může mnoho věcí přiblížit a objasnit.

Etické zásady

Ve svém průzkumu jsem plně zachovala ochranu respondentů a dodržela etické zásady, jména respondentů jsem záměrně zaměnila za jiná. Stejně tak jsem dle etických zásad nakládala se všemi sdělenými informacemi, aby nebylo možné respondenty dohledat.

9.2 Vlastní realizace kvalitativního průzkumu

9.2.1 Rozhovor

1) Kdy se u vás poprvé mentální bulimie projevila?

U tří respondentů se mentální bulimie objevila mezi 15-20 rokem, u jednoho respondenta ve 25 letech.

2) Kdy jste si poprvé uvědomila, že jde o problém?

Respondenti uvedli dobu od začátku onemocnění až po plné uvědomění si nemoci v rozmezí 3-10 let.

Dvě respondentky uvedly jako impuls k uvědomění si onemocnění zdravotní obtíže (problémy s menstruací, pletí, žaludeční obtíže). Jedna respondentka uvedla jako impuls k uvědomění si obtíží první vážnější vztah a komentář partnera na neustálé diety (vztah byl důležitý a proto pravděpodobně došlo k uvědomění si problému a touze to změnit).

Poslední respondentka uvedla jako příčinu uvědomění obtíží finance a neschopnost normálních vztahů (nepodařený partnerský vztah, více nespecifikovala).

3) Co považujete za příčinu onemocnění mentální bulimií?

Určité komentáře na postavu a váhu, problematické vztahy v rodině (komplikovaný vztah se starší sestrou, s otcem), vrcholový sport a vysoká očekávání, přísná výchova.

4) Vyskytovala se u vás v rodině dieta či jiné problematické jídelní chování některého z členů rodiny? Pokud ano, jaké?

Dvě respondentky uvedly vztah k jídlu v rodině jako složitý (nucení do jídla, trvání na jedení určitých potravin), jedna respondentka uvedla časté hovory o jídle a velký důraz na tělesnou schránku. Poslední respondentka uvedla časté diety matky a vyskytující se nadváhu v rodině.

5) Vyrůstala jste v úplně rodině a máte sourozence?

Všechny respondentky uvedly, že vyrůstaly v úplně rodině a všechny mají sourozence.

6) Popsala byste svou rodinu jako harmonickou? Pokud ne, z jakého důvodu?

Ani jedna z respondentek by svou rodinu nenazvala harmonickou. Všechny popsaly častější hádky, neshody, přestože rodina drží pohromadě.

7) Vnímáte tlak společnosti v dnešní době jako zásadní pro vnímání sebe sama, svého těla a následně i své onemocnění?

Tři z respondentek uvedly, že cítí tlak a není jim to příjemné, a v rámci léčby je to velmi poškozující. Jedna z respondentek uvedla, že se domnívá, že velmi záleží na našem vnitřním nastavení.

8) Bylo pro vás důležité vnímání společnosti nebo spíše rodiny ve vztahu k vašemu onemocnění?

Tři ze čtyř respondentek uvedly jako více důležitou rodinu, kterou i vnímají jako jednu z hlavních příčin svého onemocnění. Jedna respondentka naopak uvedla společnost a vnímání okolí, přesto však vidí i jistý základ v rodině, a to hlavně v nejistotě sama k sobě.

9.2.2 Interpretace rozhovorů

Respondentky uvedly začátek svých obtíží v rozmezí věku od 15 let do 20 let. V odborné literatuře bývá mentální bulimie spíše charakterizovaná nástupem v pozdějším věku, kolem 20. roku. Oproti tomu mentální anorexie je více charakteristická pro věk v období puberty.

Respondentky uvedly dobu uvědomění si problému od 3 až do 10 let. Toto zjištění je poměrně příznivé, mnohdy bývá onemocnění až chronické a trvá i desítky let. Pro svou dobrou „maskovatelnost“ nebývá rozpoznáno včas. Většinou až dotyčným nemocným.

Jako příčinu svých obtíží respondentky uvedly ve třech případech rodinu. Tlak, perfekcionismus, velká očekávání. Toto zjištění naplňuje popisy rodin v odborné literatuře. Ačkoliv je velmi těžké označit rodinu jako příčinu (tomuto tématu se věnuji výše), často je právě chování v rodině a mnohdy neuvědomované tlaky a očekávání jednou z příčin. Lze i konstatovat, že v mnohých případech je hlavním problémem komunikace v rodině.

Respondentky také dále uvedly problémový vztah k jídlu v rámci rodiny. Přehnané nucení do jídla, nucení jíst určité potraviny a v jednom případě i diety v rámci rodiny. Právě stravovací návyky se učíme doma s rodinou: mít rádi jídlo, konzumovat zdravé potraviny a mít možnost volby, co si dáme a na co máme chuť. I jídlo souvisí se

sebezpoznáním. Mohu si říct, když už nechci, a mohu si říct, když mám chuť na něco jiného. V rámci rodin respondentů nebylo jídlo vnímáno příjemně, ale spíše jako stres a nepohodlí. I tento fakt výrazně přispívá vzniku mentální bulimie.

Všechny respondentky uvedly, že jsou z úplných rodin, a přesto také uvedly, že by své rodiny neoznačily jako harmonické. Lze usuzovat, že se jedná o rodiny, které stojí na pevných základech a věří ve svou soudržnost. Přesto nejsou a nebyly pro své děti harmonickou rodinou, ale rodinou s konflikty a neshodami. I atmosféra v rámci rodiny velmi ovlivňuje naše vnímání a náladu. A pokud se ve své rodině necítíme dobře a vnímáme jisté dusno, je určitou cestou z této úzkosti i mentální bulimie.

Společnost pak respondentky vnímají jako tlak, jako svět, který jim příliš neusnadňuje léčbu a proces uzdravení. V rámci své práce jsem tento jev popsala několikrát a jsem ráda, že se v rámci rozhovorů potvrdil. Není jednoduché v této společnosti obstát se zdravým sebevědomím.

Rozpory v rámci rozhovoru nebyly příliš patrné. V zásadních otázkách se jednalo většinou o shodu a neshody by se spíše daly popsat na konkrétních otázkách. Například když pouze jedna respondentka uvedla časté diety v rodině. Stejně jako jedna z respondentek uvedla, že tlak společnosti dle ní záleží na našem vnímání a sebejistotě.

9.2.3 Případové studie

9.2.2.1 Případová studie klientky nemocné mentální bulimií I

Osobní data

Jméno: Jana K.

Věk: 25 let

Vzdělání: Studentka VŠ s technickým zaměřením

Zaměstnání: Firma zaměřená na IT

Sociální a rodinná anamnéza

Jana popisuje svou rodinu jako ideální a bezkonfliktní. Vyrůstala v malém městě, kde se každý znal s každým a na dětství vzpomíná jako na veselé a radostné. Maminka je učitelka na SŠ a otec počítačový technik. Jana má mladší sestru, s kterou měla v době dětství též kladný vztah. Sestra je mladší o tři roky a Jana nikdy netrpěla nedostatkem

pozornosti. Obě děvčata byla velmi zaměstnána, hodně sportovala. Jana se věnovala tancování, sestra gymnastice. Velkou část volného času tedy trávily tréninky, avšak nikdy nebyly tlačeny do perfektního výkonu. Sport byl tedy příjemnou volnočasovou aktivitou.

S rodiči jezdili na dovolené, tátu Jana popisuje jako aktivního a společenského člověka, s kterým zažila zábavu a mnoho víkendů a akcí. Mámu naopak líčí jako velmi klidnou a pohodlnou, s kterou si mohla povídat vždy a o čemkoliv.

Babička s dědou z matčiny strany jsou dle Jany příjemní lidé, trávila u nich se sestrou léto a mnoho dalšího času, od začátku Janiných PPP se vztah s nimi zkomplikoval. Babička dle Janiných slov měří lásku přes jídlo, pro Janu se tedy pak návštěvy staly nemyslitelnými.

Naopak prarodiče z otcovy strany jsou velmi akurátní a spořádaní. Dle Jany technicky zaměřeni, oba vystudovali techniku a jsou velmi přesní, neomylní a systematictí. Přesto u nich Jana pobývala ráda a rozdíl zaznamenala jen v rámci obou babiček a dědečků, za normálních okolností by jí nepřipadali ničím výjimeční.

První problémy u Jany začaly ve 14 letech, kdy byla sexuálně zneužita svým kamarádem. O této události rodičům nikdy neřekla. Od té doby Jana změnila náhled na své tělo i svou osobu, vztah ke svému tělu popisuje jako odpor a nechutenství a víru v sebe sama jako velmi vrtkavou. Tato vzpomínka jí zůstala v paměti velmi živě; přesto, jak sama říká, se s prvním šokem vyrovnala poměrně rychle a fungovala normálně, tak, aby rodiče nic netušili. Velmi se styděla. Přesto tuto událost označuje za klíčovou do budoucna, za událost, která jí úplně změnila vztah k sobě samé a k mužům.

Když bylo Janě šestnáct, sestra onemocněla mentální anorexií. V pubertě byla premiantka, a velmi odhodlaná. Jana dodnes nechápe příčinu sestřiny nemoci. Na toto období vzpomíná jako na velmi nešťastné, kdy se celá rodina snažila setru naučit jíst. Sestra chodila na psychoterapii, ale hlavní léčbu převzala maminka a dva roky sestru hlídala, vařila jí, opečovávala ji. Jana mámu v tomto období popisuje jako velmi „vysílenou a nešťastnou“. Samu sebe vidí jako odstrčenou, ačkoliv rozumí proč; vzpomíná, jak se vše doma točilo kolem sestry a ona si připadala sama. Otec sestřiny problémy neřešil, nevyjadřoval se negativně, ale s domácí léčbou a problémem obecně odmítl mít cokoliv společného.

Janina sestra se po asistenci maminky úspěšně po dvou letech vyléčila.

V té samé době odjela Jana do Anglie k rodině. Byla tam velmi nešťastná a cítila se čím dál tím víc sama, nenašla si přátele. Svůj smutek a stesk zajídala jídlem. Po roce

pobytu tedy přibrala 15 kg. Po návratu do Čech lidé v jejím okolí tento jev komentovali a Jana začala své tělo nenávidět. Do toho začala hledat práci, aby ji rodiče nemuseli živit. V této kombinaci se rozhodla pro prostituci. Sice na vysoké úrovni, přesto za absolutní nevědomosti okolí. Jana o této práci mluví jako o velmi výdělečné, zároveň však jako o něčem neodpuštělném, něčem, co jí vzalo kus jejího já a nikdy si to neodpustí. Několikrát byla v ohrožení života ze strany klientů a zároveň dodává, že své tělo nenáviděla tak moc, že měla pocit, že si to zaslouží. Svůj vztah k tělu popisuje tak, že k ní nepatřilo, že prodávala své tělo a ne sebe, že naopak měla radost z trestu pro své ošklivé a tlusté tělo. Zároveň opovrhovala muži a díky této zkušenosti se její vztah k nim ještě zhoršil.

V tomto období už Jana nedokázala jíst normálně, její emoce, vztah k sobě, vzpomínky a tajemství způsobily, že svůj přetlak a nálady začala zajídat. Následně se zvyšovala potřeba se jídla a pocitů zbavit pomocí zvracení.

Začátek své mentální bulimie popisuje jako velmi mírný, sem tam přejedení, stres. Postupem času se záchvaty opakují čím dál častěji a střídá je zvracení a velmi drsná jednostranná dieta. Tento systém zapříčinil pocity plnosti, problémy s pletí a menstruací, a zároveň neustále nutkavé myšlenky na jídlo.

Jako prostitutka Jana skončila v okamžiku, kdy se seznámila se svým současným přítelem, který jí z této práce pomohl a začal jí být oporou. Přítel je však velmi technický typ, ne příliš emotivní; Janě tedy stále chyběla péče, láska a objetí, a její problémy přetrvávaly. Stávaly se denním problémem. Jana přestala komunikovat s přáteli, věnovala se jen práci a jídlu, nic jiného nedělala. Měla tedy větší a těžší pocit osamocení a strachu.

Kvůli studiu se přestěhovala do Prahy společně s přítelem, a tím její pocity byly ještě horší. Domů jezdila málo, bála se, že bude muset jíst. S přáteli kontakt utlumila, protože buď byla hladová, nebo přejedená, a zároveň se nemohla zúčastnit akcí, kde se jí.

Jana se tedy postupně stávala nervózní, velmi depresivní, smutnou a víc a víc nemocnou. Přítel o problému věděl, ale nesnažil se pomoci, což bylo podle Jany dáno jeho nepříliš vysokou sociální inteligencí. Problémy s přítelem se prohlubovaly, Jana už ani nevěděla, zda jsou problémy ve vztahu způsobeny celkovou situací a komunikací, nebo jejími PPP.

Po situaci, kdy už se cítila velmi špatně, se Jana rozhodla, že je čas najít řešení. Měla vleklé zdravotní problémy, způsobené drastickými dietami, zároveň přejídáním a následným zvracením, nebyla schopná se soustředit na práci, partnerský život byl v

troskách a vztah s rodiči byl velmi strohý. To vše Janu dovedlo do o. s. Anabell.

Současné poměry

Jana žije v Praze a dokončuje studium, žije stále v partnerském životě se stejným partnerem. Jejich vztah je velmi stereotypní, v zásadě pro Janu nudný. Přítel je pořád v práci a nemá na ni čas. Jana si občas najde jiný vztah, ale velmi si to vyčítá a není s tím spokojena, v zásadě se vždy vrátí ke svému současnému partnerovi, s kterým žije čtyři roky.

Jana stále pracuje a práce ji nebaví, s kolegy si nerozumí a ráda by práci změnila. Ve volném čase se věnuje sportu, aby byla hubená, a jídlu. S kamarády se stále nevidá a postupně zjišťuje, že by ráda něco dělala, ale má pocit, že by vše měla dokončit. Jana je tedy velmi fixovaná na výkon a perfekcionismus, neumí se bavit ani cokoliv dělat pro radost, a ví to o sobě. Má neustálý pocit, že pracuje a vše dělá jen na půl. Dohromady s problémy s jídlom je velmi depresivní.

Pořídila si psa, kterému podle svých slov jako jedinému dokáže dát city a lásku, pečovat o něj a mít ho ráda.

Na psychoterapii chodí jen jednou za tři týdny, ale ví, že v jejím momentálním stavu je to velmi málo.

Jana sdělila své problémy rodině a jejich vztah se tím zlepšil. O situaci vědí, matka je z toho velmi nešťastná a nechápe, proč se to stalo a proč oběma dětem, přesto se Janě snaží být oporou. Volají si denně, každý víkend Jana jezdí domů a snaží se odpočívat a normálně jíst. Doma to funguje.

V průběhu dvou let se Jana na krátkou dobu rozchází s přítelem a po delším rozhodování přerušuje studium. Stejně jako sestra se jede léčit k matce, s kterou si domluvily pravidelný režim a systém. V průběhu půl roku stále občas dochází na skupiny a situace se jeví jako velmi pozitivní. Jana je na tom lépe, jí, cítí se dobře, navštívila lékaře, chodí na pravidelnou psychoterapii a bere antidepresiva. Situaci v rodině popisuje jako skvělou. Cítí se tam dobře, všichni jsou spokojení a vše vypadá idylicky. Ostatní problémy s přáteli, samotou, neustálou touhou být ve všem perfektní a nenávisť sama k sobě však přetrvávají.

Po půlročním pobytu se Jana vrací, je opět s přítelem a problémy jsou zpět. Stres spojený se školou, Prahou a samotou se opět vracejí, a Jana opět začíná stejně. V té době se opět obrací na o. s. Anabell.

Sociální diagnóza

Jana trpí mentální bulimii, což je hlavní popud, proč přišla na svépomocné skupiny. Má touhu vše změnit, chce být normální, nechce se cítit plná nebo hladová. Naprosto odvykla normálnímu jídlu, neumí večerět s ostatními, neumí myslet na nic jiného, než na jídlo.

Jana sama udává jako příčinu své nemoci znásilnění ve velmi mladém věku. Pokládá to za prvotní příčinu; od té doby se nemá ráda a své tělo vlastně neustále trestá, zároveň však sama sebe popisuje jako velmi přitažlivou a jak dokáže svého těla využít, ale stále pro ni zůstává něčím, co k ní nepatří.

Jana si za celý život prošla mnoha otřesnými zkušenostmi, které nalomily její city a pocity sebedůvěry; velmi obtížně si dokáže představit, že bude normální, že může některé věci změnit, že bude mít přátele, že přestane být uzavřená.

Jana je přes to všechno velmi milá mladá žena, která dokázala za celou dobu svépomocných skupin velké pokroky a spolupracovala. Netajila se nikdy s prohrami, které zažila, se životními otřesy, ani se svými pocity. Díky této otevřenosti se spolupráce stává smysluplnou a velmi nadějnou. Jana chce spolupracovat, chce pomoci, a to je vždy základ a první šťastný můstek.

Problémem Jany je naopak mnoho černých míst, která prožila, za která se stydí, a která neustále má v sobě. Neustále má pocit, že něco dluží rodičům za to, co provedla, přestože nikdo nic netuší. Neustále má pocit, že musí být vděčná svému příteli, protože jí ze všeho toho pomohl, a zároveň nikdo další už o jejích problémech a pocitech nic nesmí vědět – co kdyby už pak ztratila svou cenu a hodnotu. Všechny tyto pocity vedou k velkému dusivému pocitu tajemství, které musí čas od času ven, a zároveň Janin život sestává z řádu a neustálé kontroly, což též potřebuje ventil, na chvíli všechno vypustit. To je to, co v Janině životě znamená mentální bulimie a proč tam pořád je – neustálá kontrola, řád, jídlo a následné zvracení se stává tím, co je svobodné, volné, neplánované. Stres, neustálá vděčnost, strach, samota. Jídlo se stejně tak stává dobrým přítelem a dodává alespoň na chvíli klid, pocit pohody a relaxaci. Sebevědomí před přáteli se střídá s pocity méněcennosti a nenávisti, a jídlo opět nabízí úlevu. Jídlo je v Janině životě to, co je svobodné, to, co odporuje všemu, co dělá a co jí nabízí vyventilovat emoce.

Tohle vše je velmi komplikovaný problém a cyklus, který se musí nabourat, a tím se stává ještě komplikovanější a nezvladatelnější. Jana bude muset svůj život otočit a změnit, a musí to vždy dělat kvůli sobě. Jediné smysluplné léčení je proto takové, které opravdu

chce, a které musí zvládnout sama (půl roční pobyt u matky byl příkladem tohoto tvrzení, které bylo s Janou probráno a přijato).

Sociální terapie

Jana přišla s prosbou o pomoc před dvěma lety. Byla velmi nepřístupná a odměřená, přesto začala chodit pravidelně. Každý týden se dostávala ve svém životě o kus dál, po každém setkání byla otevřenější a otevřenější. Díky tomu se spolupráce začala stávat velmi pozitivní a úspěšnou, a z její strany velmi chtěnou. Janě byl doporučen nutriční terapeut pro změny jídelníčku a zároveň pro vyvrácení mýtů, které díky neustálým dietám měla v sobě. Byl jí doporučen psychoterapeut, a to častěji než jednou za tři týdny, a psychiatr, který by jí mohl alespoň na začátek léčení doporučit léky. Při tom Jana chodila pravidelně na skupinu. Měnila se jako žena, postupem času získávala sebevědomí, a tak měnila i svůj vzhled a stávala se veselejší a pozitivnější. Jídlo bylo stále tím prvním, ale dokázala po malých krůčcích měnit své zvyky a navštívit restauraci, sejít se s kamarádkou a podobně.

Po roce spolupráce se problémy opět zhoršily a Jana odjela k matce, kde se léčila. Tato idea byla velmi diskutována a probírána – aby se Jana vyhnula touze se léčit kvůli mámě, mít mámu jako berličku a vybrat si domov jako ochranné místo, což po návratu může být velmi kontraproduktivní. Jana se přesto rozhodla a odjela, na skupiny chodila jen občas a byla velmi, velmi spokojená, vše vypadalo dobře. Po půlročním pobytu se Jana po dvou týdnech opět ve svém bytě zhroutila a vše začalo znova. Opět od malých krůčků, už s vlastní motivací a pochopením, že nejlepší je léčit se v těch podmínkách, v jakých má v plánu žít. Ačkoliv to byl velmi zdoluhavý proces, za pomoci nutričního terapeuta, psychiatra a psychoterapeuta – a zajisté i svépomocných skupin – se Jana pomalu stabilizovala.

Jana začala fungovat o něco více normálně a dokázala říct partnerovi, co jí ve vztahu chybí, čímž vztah velmi získal. Začala jezdit domů s radostí a nevyhýbala se společným jídlům.

Vztah k sobě samé se snažila měnit, ale byl to největší problém, který nastal, mít se ráda tak, jak jsem, a pochválit se, dělat věci pro radost. V rámci tohoto tématu byla Janě doporučena arteterapie, která jí dopomohla k poznání sebe sama.

Celkově byla Jana na posledních skupinách ve větším klidu a pohodě, spokojenější

sama se sebou, veselejší a s ustálenou váhou i vztahy.

9.2.2.2 Případová studie klientky nemocné mentální bulimií II

Osobní data: Petra J.

Věk: 22 let

Vzdělání: Gymnázium, započaté a nedodělané dvě vysoké školy (fyzioterapie, speciální pedagogika)

Zaměstnání: Asistentka v neziskovém sektoru u problémových dětí

Sociální a rodinná anamnéza

Petra se narodila v Praze jako jedináček. Rodina dlouho bydlela v malém bytě v centru, během Petřiny ZŠ se však přestěhovala do většího bytu na okraji Prahy. Otec si velmi přál syna, místo něj se narodila právě Petra. Své dětství popisuje i přesto jako velmi hezké a pohodové. Rodiče jsou fungující pár a do své puberty nepocítila v rodině napětí. Sourozence si moc přála, matka ale bohužel už děti kvůli zdravotním problémům mít nemohla.

Otec je vystudovaný biolog, vášnivý sportovec, který se ve volném čase věnoval trénování dětí právě ve volejbalu. Petra ho popisuje jako vyrovnaného, zásadového člověka, který má rád pořádek, systém a má velké očekávání.

Matka je fyzioterapeutka, s otcem se potkali během jeho trénování dětí, kdy se ona starala o sportovce právě jako fyzioterapeut.

Rodiče matky Petra popisuje jako velmi laskavé a hodné, ráda k nim jezdila na prázdniny i na víkendy. Dodnes se s nimi vídá. Bohužel bydlí mimo Prahu a tak jsou návštěvy občasné.

Rodiče otce Petra nikdy tak ráda neměla, popisuje je jako velmi ambiciózní a velmi přísné. Z dětství si ani příliš návštěvy nepamatuje. Matka s nimi příliš nevycházela a tak k nim moc často nedojížděli. Většina hádek mezi rodiči se týkala právě prarodičů a jejich očekáváním. Petra měla vždy pocit, že i od ní čekají úspěch a výkon. Tátu pak popisovala jako velmi podobného rodičům.

Petra od svého útlého dětství lyžovala, jezdila na kole, a kolem desátého roku se začala naplno věnovat volejbalu pod vedením táty kamaráda. Sama má sport velmi ráda a vždy ji bavil. Rodiče ji ke sportu vedli a Petra neprotestovala. Po sportovní základní škole

přešla na gymnázium a poprvé se objevili problémy s jídlem. Petře začala vadit postava, která byla velmi sportovní, a nelíbila se jí její ramena. To popisuje jako začátek všech problémů. Volejbal už brala jen jako povinnost, aby měl otec radost. Ve škole se výrazně zhoršila a začala držet dietu, k volejbalu postupně začínala mít odpor. Nejen jako ke sportu, dávala mu i vinu za svou postavu. Dlouho se odhodlávala, jak otci říct, že už ho hrát nechce. Nakonec se k tomu odhodlala až ve svých osmnácti letech.

V průběhu gymnázia držela neustále diety, které postupně začalo střídat přejídání a zvracení. Nejdříve dvakrát, třikrát do měsíce, postupně se tato frekvence zkrátila na jedenkrát dvakrát týdně. Nakonec se Petra dostala až na čtyři záchvaty týdně. Už se nedokázala normálně najíst a už ani nedokázala v sobě jídlo udržet. Buď držela dietu, která byla silně redukční, nebo se přejídala a zvracela. Své přejídání popsala jako nezvladatelnou chuť na všechno. Od zmrzliny přes housky s máslem až ke smaženému řízku. Většinou jí po takovém záchvatu bývalo velmi špatně a nedokázala nezvracet.

Postupně už ani volejbal opravdu hrát nemohla. Než otci o svém skončení s volejbalem řekla, měla po jednom z tréninků kolaps. Omdlela a byla hospitalizována na jeden den v nemocnici. Závěr byl stres, únava, příliš náročný trénink. Petra už během této komplikace trpěla nízkým tlakem, silnou bolestí břicha, vypadáváním vlasů i problémy s nehty a kůží. Její váha neklesala, ale naopak mírně stoupla, což vedlo ještě k většímu stresu a většímu odříkání a následně silným záchvatům přejedení.

Otci své rozhodnutí tedy předala tak, že je příliš unavená a že už to nezvládne. Následovala mnoho debat a dialogů o tom proč a jestli by to ještě nechtěla zkusit. Neustále se opakovala nátlak a nepochopení. Petra všechno řešila bulimickými záchvaty. Otec jí to dle pocitu Petry neodpustil dodnes.

Po úspěšné maturitě se Petra rozhodovala, jakou školu má studovat. Nejdříve se rozhodla pro fyzioterapii. Po prvním semestru začala mít blok studovat. Škola ji sice bavila, ale začalo jí vadit neustálé studování těla a bála se praktických dovedností, které si měli zkoušet studenti navzájem. Během letního semestru školu ukončila.

Přes letní semestr většinu času pomáhala hlídat děti, a proto se nakonec rozhodla přihlásit na speciální pedagogiku.

Celé toto období vedlo ke zhoršení problémů s bulimií. Petra se neustále potýkala s velkým stresem, který vedl k častějším záchvatům. Cítila se stále více unaveně a nesoustředěně. Částečně své problémy se studiem dává i do souvislosti s bulimií a následnými zdravotními problémy.

Speciální pedagogiku nakonec Petra ukončila po akademickém roce a rozhodla se dále nepokračovat. Škola ji příliš vyčerpávala a měla pocit, že jí nevyhovuje. Petra také stále zdůrazňovala, že neví, jaká škola by ji bavila. Že je nakonec vždy zklamaná z předmětů a spolužáků a že má pocit, že nedokáže nic.

V období studia druhé vysoké školy Petra také potkala svého partnera. Marek byl o pět let starší, čerstvě dostudovaný právník. Líbil se jí delší dobu, poznali se již dříve. Nikdy ji však nenapadlo, že by o ni mohl mít zájem. Vůbec nechápe, jak si ji mohl vybrat, jak se mu může líbit a jak ji může mít rád. Je mu velmi vděčná, že s ní je a že ho má.

O problémech mu nakonec byla nucena říct. Nevěděl, jak ji má pomoci, ale trval na tom, aby vše začala řešit. Přesto Petře jeho reakce přišla velmi rozporuplná. Přišla si znovu jako hloupá, neschopná a špatná. Ale nediví se, že ji nerozumí. Sama má pocit, že to co dělá je odporné a hloupé.

Nakonec se Petra rozhodla své problémy řešit. Sešly jsme se nejdříve osobně. Petra na mě dostala kontakt od známé. Poté jsme se domluvily na návštěvě O. S. Anabell.

Současné poměry

Petra momentálně žije se svým partnerem v Praze a pracuje pro neziskovou organizaci, kde se věnuje práci s dětmi. Doučování a pomoc s přípravou do školy. V práci je velmi spokojená, ale má více a více pocit, že vzdělání není dostatečné. Že jí chybí vysoká škola a zároveň příliš nic studovat nechce, protože nemá pocit, že by ji to bavilo ani naplňovalo.

S přítelem je Petra spokojená, přesto se v průběhu jejich vztahu Markovi objevily určité zdravotní problémy a Petra má pocit, že za to může ona. Svou nemocí, svým řešením všech problémů. Marek dokonce navštívil psychosomatického lékaře, který tím, že potvrdil psychický základ onemocnění, Petru ujistil v její teorii.

Petra také popisuje větší konflikty než dříve. Marek jí často v hádce řekne něco, co ji zraní, a to Petra řeší bulimickými záchvaty. Svatbu neplánují, Petra má pocit, že by si ji nikdy nemohl vzít. Pocity s nedostatečným vzděláním také dává do souvislosti se vztahem k Markovi. Jako právník je velmi chytrý a vzdělaný, má spoustu přátel právníků nebo lékařů. V jejich společnosti si vždy připadá hloupě. Ona si přeci „jen hraje s dětmi“.

Vztah s rodiči je stále velmi komplikovaný. Otec s Petrou příliš nekomunikuje a ona neví, jak má začít. Nedokáže s ním komunikovat a trpí pocitem, že ho zklamala. Maminka je jí sice oporou, ale otce stále hájí. Petra má pocit, že je v rodině nežádoucí, nemilována.

O problémech stále rodičům neřekla, bojí se, že by s ní otec už nekomunikoval vůbec. Petra dochází na svépomocné skupiny a velmi dobře spolupracuje. Je velmi obohacující členkou skupiny a snaží se na sobě pracovat.

Sociální diagnóza

Petra přišla na skupinu s diagnózou mentální bulimie, kterou by ráda zvládla. Sama cítí, jak moc nemoc ovlivňuje její život. Stále myslí na jídlo, neustále řeší diety nebo zvracení. Nedokáže své pocity ani chování ovládat a je z toho velmi nešťastná. Má problémy s nespavostí, zimmnicí, nesoustředěností a je často velmi vynervovaná. Poslední dobou často pláče a cítí, že její život řídí spíše nemoc než ona sama.

Petra jako příčinu své nemoci vidí příliš velké očekávání rodičů a stálý boj jejich představy naplnit. Nedokáže to a bulimie ji pomáhá tyto pocity a tlak mírnit. Má strach, že přijde o vztah a stejně tak se bojí, že přijde o otce. Velmi intenzivně analyzuje své chování a svůj život a tím více se cítí ve stresu.

Petra je pro svépomocné skupiny velkým přínosem. Komunikuje otevřeně o všem, co se děje. Je velmi upřímná a sama také velmi šťastná, že může své pocity sdílet a řešit s ostatními. Je velmi schopná, komunikativní, chytrá a hezká mladá slečna. Přesto má velký strach ze změny. Celoživotní pocit, že cokoliv udělá, je špatně, ji provází téměř ve všem, co říká a dělá. Bojí se, že zklame, že nebude oblíbená, že není dost hezká. Zároveň pak ve vztahu k otci nebo partnerovi ustupuje ve svých přáních a potřebách. Stále má pocit, že má být ostatním vděčná, že nemůže plně projevit své pocity, že naopak má být ráda za vše, co má.

Petra je v mnoha ohledech velmi nesebevědomá, velmi se podceňuje. Málokdy se dokáže pochválit. Velmi často naopak hledá chyby a přešlapy, které měla nebo musí změnit. Neumí na sebe být hrdá, pyšná, nedokáže o sobě říct, že je chytrá, hezká, šikovná. Velmi často své vyprávění, vzpomínky ukončuje sebekritikou sama sebe. Z komplimentů se cítí velmi nesvá a má tendenci je zlehčovat, popřípadě ihned popírat.

Díky své silné schopnosti analyzovat a mapovat svůj život ve skupině pracuje velmi intenzivně, zároveň jí tato schopnost momentálně velmi často ubližuje. Mentální bulimie je uvolněním, zbavením se všech negativních pocitů ze sebe sama a trestem. Petra jídlo vnímá jako nástroj, kterým se odměňuje a trestá. Zvracení je pak opět určitým zklamáním, nedostatečná vůle a píle. Nedokáže držet dietu, nakonec se přejí a vyzvrací. Stejný pocit má Petra ze svého života. Snaží se, vydrží, nakonec však opět selže a je to důvod se znovu

trestat a znovu se snažit. Přesto to nikdy nedokáže. Stejně tak jako nedokáže zvládnout jídlo a zvracení, nedokáže zvládnout život.

Pro Petru je velmi důležité si uvědomit, co opravdu chce ona sama, co si od svého života přeje a najít cestu a dostatečnou sílu svůj život takový mít. Potřebuje si být jistá sama sebou, uvědomit si své kvality a dokázat být sebevědomá, šťastná a svůj život řídit hlavně podle svých potřeb. Stát za svými rozhodnutími a názory i za cenu, že ne vždy budou všichni souhlasit. Musí znovu nalézt sama sebe.

Sociální terapie

Petra přišla na svépomocnou skupinu s diagnózou mentální bulimie. Nikdy předtím o svém problému nehovořila a nikdy předtím svůj problém také neřešila. Chodila pravidelně a každý týden dokázala velmi intenzivně hovořit o svých pocitech a událostech, které ji stresovaly.

Postupně Petra dokázala najít náhled na příčinu svých problémů. Pochopila, že k sobě nesmí být tak přísná, že nemůže stále naplňovat potřeby všech, které má ráda, ale že primárně musí uspokojovat své potřeby. Snažila se postupně více a více měnit komunikaci s rodiči i s partnerem, tak aby se nedostávala do stresových momentů, kdy plní jen přání ostatních.

Petre byla doporučena psychoterapie, kde bude mít dostatek prostou přemýšlet a mluvit o svých pocitech učit se pracovat sama se sebou, a to ne jen ve vztahu ke své nemoci. Byl jí doporučen nutriční terapeut, aby dokázala svou nemoc postupně kontrolovat a nakonec vyléčit.

Petra na svépomocné skupiny docházela půl roku. Stejně tak velmi intenzivně navštěvovala jak nutričního terapeuta, tak psychoterapeuta. Její stav se velmi zlepšoval. Postupem času zmizely záchvaty přejídání a zvracení. Petra dokázala jíst s chutí a bez pocitu výčitek, dokázala mít své jídlo pod kontrolou a někdy ho mít i ráda. V rámci psychoterapie se výrazně posunula ve vztahu k sobě. Už se dokázala pochválit a pomalu dokázala mít i ráda sebe sama i své tělo. V rámci svépomocných skupin dokázala sdílet své strachy a obavy z návratu záchvatů a své strachy ze stresových situací, které záchvatům předcházely.

S rodiči se Petra snažila postupně více komunikovat, nakonec jim o problémech řekla. Přes počáteční šok dokázal i otec Petru podpořit v jejím léčení. Vztah se sice nestal ideálním, ale přesto má Petra pocit, že se zlepšil a bude zlepšovat dál.

S partnerem už Petra dokázala komunikovat více sebevědomě, problémy se sice úplně nevyřešily a Petra si už není jistá, zda chce ve vztahu pokračovat, ale přesto má pocit, že se posunula dál. Vidí vztah už z jiné perspektivy a není si jistá, zda chce takto dál žít. Marek se obtížně vyrovnává s Petřiným větším sebevědomím a pocitem, že vše není úplně v pořádku.

Nakonec se Petra rozhodla pro zahraniční pobyt v Londýně, kde nakonec zůstala rok. Sama to vnímala jako velké vítězství a nový začátek. Nikdy předtím si neuměla představit, že by někdy vrazila někam sama. Znovu uvažuje o studiu na VŠ a pokračuje v psychoterapii.

9.2.2.3. Případová studie klientky nemocné mentální bulimií III

Jméno: Dana B.

Věk: 35 let

Vzdělání: SŠ obchodní akademie

Zaměstnání: účetní v soukromé firmě

Sociální a rodinná anamnéza

Dana vyrůstala v Praze, své dětství popisuje jako velmi komplikované a neradostné. Rodiče se rozvedli, když bylo Daně deset let. Na otci velmi lpěla, bylo jí to líto a nedokázala se s tím dlouhou dobu vyrovnat.

Matka byla komplikovaná od raného dětství – často křičela, byla nervózní a Danu napomínala. Od té doby, co otec odešel, se vše výrazně zhoršilo. Dokud byl otec doma, měla Dana pocit jistoty. Otce popisuje jako laskavého, hodného a empatického. Nediví se, že se rozvedli, s matkou by také nedokázala žít.

Dana je ze tří sourozenců. Starší bratr (o 10 let) je instalatér a bydlí daleko od Prahy, sám má rodinu a příliš se nevidají. Brzo odešel z domova a v nepřítomnosti otce na sebe bral zodpovědnost za rodinu. Často Danu okřikoval, vychovával. Jejich vztah Dana popisuje spíše jako otce a dcery než bratra a sestry. Dodnes má k němu určité výhrady a nedokáže s ním komunikovat. Bratr supluje roli otce, a když se vidí, příliš se vyptává na její život. Většinu jeho otázek Dana vnímá jako formu výchovy a zdůrazňování její neschopnosti.

Sestra je naopak o pět let mladší a žije v Praze. Je podobně jako bratr velmi kritická a

přísná. Neměla nikdy problémy ve škole a vše jí v životě vycházelo. Jako jediná ze sourozenců vystudovala vysokou školu se zaměřením na ekonomii a dnes pracuje v jedné z velkých firem. Má tři děti a Daně se zdá, že žije spokojený život.

Dana vystudovala SŠ a na VŠ už ani nepomýšlela. Nikdy jí nepřišlo, že by to zvládla, a velmi brzy se vdávala. Prvního manžela si brala ve 21 letech. Byl to spolužák ze školy. Dana si zpětně myslí, že důvodem ke svatbě byla hlavně touha odejít z domova. Proto Dana příliš nepřemýšlela, zda bude v takovém vztahu šťastná.

Svatbu popisuje jako radostnou, velmi brzy se přestěhovali do bytu po manželově babičce a Dana otěhotněla. Narodil se jim chlapec Šimon. Toto období má Dana jako jedno z nejšťastnějších v životě. Miminko si velmi užívala a s manželem byli šťastní. Problémy se objevily, když byly Šimonovi dva roky. Stupňovaly se hádky, Dana velmi žárlila a sama přiznává, že konflikty spíše vyvolávala ona. Manžel byl až příliš flegmatický, nedokázal se o rodinu starat, tak jak si Dana přála. Měla pocit, že je spíše dítě než dospělý muž. Nakonec se po dalších dvou letech rozvedli a Dana byla nucena se na půl roku přestěhovat zpátky k matce, než si něco najde.

V tomto období se poprvé objevily problémy s jídlem. Matka na Danu vyvíjela soustavný tlak ohledně výchovy, nepovedeného manželství i její postavy, která se po porodu změnila. Dana často slýchala věty „takhle si nikoho nenajdeš, začni se o sebe více starat“ apod. V tomto období se Dana cítila velmi nešťastná, bylo jí smutno z rozvodu a hledala podporu, kterou jí matka nedala. Postupně Dana začínala jíst méně a méně, nakonec zhubla 15 kg a jedla jen ráno a přes den už pila jen vodu a ovocné šťávy. Díky tomu bylo Daně velmi dobře, cítila se velmi hezká, vyrovnaná a sebevědomá. Právě anorexie jí pomohla se odstěhovat, alespoň tak to Dana v té době vnímala, že jí její vlastní kontrola jídla pomohla kontrolovat i život.

Dana se nastěhovala do pronajatého bytu, Šimon začal chodit do školky a začala pracovat na poště. S matkou na několik let přerušila styk po velmi silné hádce.

Anorexie postupně začala Daně komplikovat život – velká únava, padání vlasů, lámání nehtů, absence menstruace a zimnice. Dana byla velmi hubená a neřešila už téměř nic jiného než jídlo. Bývalý manžel si začal Šimona brát několikrát v týdnu, aby Daně ulevil. Jako jediný se o ni bál, zda není nemocná, a velmi často ji prosil, aby šla k lékaři. To vedlo k hádkám a nepochopení, což si Dana pak většinou vyčítala. Po jedné z těchto hádek dostala poprvé hlad a přestala se kontrolovat. Snědla velké množství jídla a nakonec se vyzvracela. To byl začátek mentální bulimie.

Záchvaty přejídání a zvracení se objevovaly několikrát týdně. Večer, když se vrátila z práce, často měla Dana pocit stresu, a po celodenní dietě se začala intenzivně přejídat a následně zvracet.

Nejhorší období nemoci Dana prožívala ve svých 28 letech, kdy už se záchvaty opakovaly téměř denně a nebyla schopná se starat ani o Šimona ani o domácnost a v práci se čím dál častěji objevovaly konflikty. Právě toto období vyvrcholilo pokusem o sebevraždu. Dana dala Šimona bývalému manželovi a rozhodla se sníst velké množství volně prodejných léků. Bývalý manžel Daně večer volal a po opakovaném neúspěchu se rozhodl ji navštívit. Dana byla převezena do nemocnice a po nutné péči byla hospitalizována na psychiatrii v Bohnicích.

Na psychiatrii zůstala tři měsíce a velmi nerada na tuto část života vzpomíná. Stýskalo se jí po rodině, musela se snažit jíst a celkově se cítila hrozně, znovu se vrátily pocity viny za rozvod, zbytečné hádky apod. Dodnes se za svůj pokus o sebevraždu stydí, nechápe, jak mohla takhle chtít ukončit svůj život, nechápe, jak mohla chtít opustit Šimona, a cítí velký pocit viny.

Po hospitalizaci se rozhodla, že Šimon bude u otce po celý týden a Dana s ním bude každý víkend. Navštěvovala ambulantně psychiatrii a snažila se opět začít žít. Našla si práci v soukromé firmě a potkala svého současného partnera. Kolega z práce, kterému se nejdříve začala svěřovat se svými problémy. Byl velmi empatický a vstřícný. Po ročním intenzivním kamarádství se z nich stali partneři a postupně se k sobě sestěhovali.

Problémy s mentální bulimií se znovu zhoršily před rokem, kdy došlo v rodině k velmi silnému konfliktu mezi matkou současného partnera a Danou. Dana partnerovu maminku líčí jako velmi obětavou, až příliš láskyplnou. Cítí k ní žárlivost, že její matka nikdy taková nebyla. Velmi by si přála, aby Dana měla ještě jedno dítě s jejím synem, z čehož má Dana velký strach. Strach a pocit selhání ji opět dovedly k záchvatům přejídání a zvracení, které se opakuje několikrát týdně. Zatím o jejích problémech nikdo neví, ale Dana má strach, že už to znovu nezvládne, a proto se rozhodla hledat pomoc. Svého psychiatra navštěvuje pouze jednou za měsíc a nemají moc času problémy probírat, což Dana chce a potřebuje.

Současné poměry

Dana žije v domácnosti se svým partnerem Davidem, který je o dva roky mladší a velmi by si přál dítě stejně jako celá jeho rodina. Nikdo z rodiny příliš nerozumí tomu,

proč se Dana tak moc brání dalšímu miminku a mají strach, že jejich syn nebude mít nikdy děti.

Vztah s Davidem Dana popisuje jako velmi příjemný bez větších konfliktů, David miluje syna Šimona a často spolu tráví rodinné víkendy. Je velmi pracovitý, velmi laskavý a Dana by o něj nerada přišla.

Se svým bývalým manželem vychází Dana dobře. Má pocit, že je to její nejlepší kamarád a dokáže ji vždy vyslechnout. Šimona má stále přes týden, možná by chtěla do budoucna tuto situaci změnit, ale Šimon je u otce už dlouho a nechce mu příliš narušovat pohodu a klid. Šimon je u táty velmi spokojený, má rád jeho novou partnerku a Dana si ani není jistá, zda by zvládla roly matky naplno. Stále má pocit, že mu strašně moc ublížila. Bývalý manžel její pocit nesdílí a naopak se ji snaží velmi podporovat, Dana se přesto stále cítí velmi nevyrovnaně.

Dana pracuje stále pro soukromou firmu jako účetní, což ji velmi baví a v práci s kolegy vychází dobře.

Momentálně navštěvuje jednou do měsíce svého psychiatra a užívá léky na deprese, zvažuje i psychoterapeutická sezení. Na sdružení Anabell se obrátila proto, že by ráda zvládla mentální bulimii. Nemoc jí výrazně komplikuje život. Ví, že je něco špatně. O problému mluví velmi podrobně a velmi by si přála záchvaty a zvracení překonat.

Záchvaty se dostávají téměř v jakékoliv stresové situaci, necítí se vůbec dobře. Velmi se za své záchvaty stydí, nedokáže jít s přítelem, stále kontroluje svou váhu, pozoruje se a velmi často je po záchvatu rozčilená, lítostivá, a má strach o svůj vztah s partnerem.

Dana také velmi řeší otázku dalšího dítěte, největší strach představuje, že by měla holčičku, která by také měla mentální bulimii. Partnerovi nechce tento důvod příliš sdělovat, ale velmi ráda by byla už zdravá, aby dokázala žít plnohodnotný život možná i s miminkem.

S matkou Dana stále nevychází, viděly se jen velmi občasně, dvakrát do roka. Dana má stále pocit, že se nic nezměnilo. Matka ji stále vychovává, kontroluje a kritizuje. Kdykoliv se mají vidět, Dana už dopředu cítí velké napětí a stres. Momentálně si alespoň někdy připadá jako dospělá žena, po návštěvě matky se vždy ale cítí opět jako malé dítě, které vůbec neumí žít normální život. S matkou se ale vidět musí, nedokáže plně vztah odštíhnout.

Se sourozenci se nevidá téměř vůbec, což jí nevadí a nepovažuje to za důležité. Vztah byl narušen již dávno a Dana na tom nechce nic měnit.

Se svým otcem se Dana vidí velmi výjimečně. Žije ve Francii s novou rodinou a Dana mu příliš nechce zasahovat do života. Příliš o svém otci mluvit nechce, je to pro ni velmi bolestné.

Dana má pocit, že kdyby dokázala překonat mentální bulimii, žije celkem klidný život.

Sociální diagnóza

Dana má mentální bulimii velmi dlouho a nemoc u ní představuje jakousi berličku v době stresu, konfliktů a těžkého období. Stala se určitým pravidlem a zvykem. Vždy, když se v životě něco nedařilo, záchvaty přejedení a zvracení Daně pomáhaly vše překonat. Je pro ni velmi těžké si představit, že záchvaty skončí a bude muset stres a konflikty zvládnout jen sama, nebo je sdílet s partnerem a jeho rodinou. Je pro ni těžké přijmout, že není nutné vše překonat bez pomoci ostatních. Pro Danu je stejně těžké se vyrovnat s tím, že ne vždy musí být ta silná a perfektní, že má právo být někdy na dně, být nešťastná, a není na tom vůbec nic špatného. Několikrát zkoušela překonat nutkání se přejíst, ale většinou šlo jen o pár dní. Pokud se stres objeví, nedokáže myslet na nic jiného než na jídlo.

Dana působí místy velmi vyrovnaně, dokáže na skupině mluvit zcela otevřeně a snaží se velmi silně spolupracovat. Od dětství byla zvyklá plnit úkoly a poslouchat. Jediný klid pro ni představoval otec, s nímž se přestala vídat, protože se odstěhoval a se svou druhou ženou má další dvě děti. Dana tak zůstala v silném vlivu matky a sourozenců. Dětství se tím pro Danu stalo jedním velkým úkolem, kdy se od ní stále něco očekává a stále nic nedělá dobře. V rodině nebyl prostor pro emoce, pohlazení, pochválení a odpočinek.

Naučila se vše zvládnout sama, plnit úkoly a zlobit se na sebe, pokud se nepovedou. Tento pocit má Jana do teď. Často si dává pocit viny, chybu hledá většinou hlavně u sebe a je pro ni těžké si představit, že by mohla žít ve větším klidu a život si i užít. Stále je zaměřena na výkon, ať v práci nebo doba, a pokud se vyskytne konflikt nebo těžkosti, má Dana pocit, že je viníkem. Právě tato úzkost ji nakonec vede k záchvatu přejedení a nakonec zvracení. Krátkou úlevu opět střídá pocit viny a Dana se dostává do neustálého pocitu úzkosti a deprese ze svého života.

Pokus o sebevraždu byl pro Danu též vlastním selháním a neschopností svůj život zvládnout. Sama si je jistá, že už by nikdy nic takového nezkoušela a je rozhodnutá dokázat nemoc porazit. Je si plně vědoma toho, že je potřeba začít znovu a lépe a zkusit své chyby pochopit a odpustit.

Dana má velké cíle do budoucna, ráda by znovu měla funkční a plnohodnotnou rodinu, ale jen za předpokladu, že si bude jistá, že to zvládne. Ráda by žila bez mentální bulimie a tato přání Daně velmi pomáhají mentální bulimii zvládnout.

Je velmi odhodlaná a rozhodnutá svůj život změnit. Ráda by se více vídala s otcem, má pocit, že by jí to pomohlo a ráda by dokázala překonat strach z matky, který pořád cítí a nedokáže si s ním poradit. Za nejdůležitější ve svém životě považuje syna, a byla by velmi ráda, aby spolu vycházeli lépe než ona se svou matkou, a aby pro něj dokázala být oporou a jistotou.

Sociální terapie

Dana skupiny navštěvovala vždy jednou za dva týdny. Od začátku byla nakloněná pomoci a nepochybovala o svém rozhodnutí. Sdílela své pocity z rodiny i ze své minulosti a velmi vlídně přijímala rady ostatních klientů.

Postupně jsme se společně snažili měnit jídelníček, pracovat se stresem a překonávat strachy z budoucnosti. Dana se i přes občasné zaváhání stále zlepšovala. Záchvaty už nebyly tak intenzivní a opakovaly se méně často. Dokázala více korigovat své denní jídlo a měla méně hlad. Dana se začínala cítit lépe a zpětná vazba okolí ji v dalším úsilí velmi podporovala. Bývalý manžel se začal velmi intenzivně na jejím léčení podílet. Jako blízký přítel se snažil být Daně oporou. Současný partner David se postupně o problémech dozvěděl, ale Dana si příliš nepřála, aby se výrazně pomoci účastnil. Neměla pocit, že by to jejich vztahu prospělo. A nechtěla mu říct úplně vše.

Dana dále navštěvovala psychiatra a vytyčila si cíl pracovat na vysazení antidepresiv. Začala taktéž navštěvovat psychoterapeuta, kde se více věnovala sama sobě a vztahu se svou rodinou. Absolvovala konzultaci u nutričního terapeuta a snažila se více přemýšlet nad svým jídelníčkem.

Po roce docházení se rozhodla skupiny ukončit. Záchvaty už se dva měsíce neopakovaly a Dana měla pocit, že už nepotřebuje tak intenzivní péči. Vdala se za přítele Davida a chystala se na delší pobyt ve Francii u otce, který ji k sobě po vzájemné komunikaci i s manželem pozval. S matkou a sourozenci už se nevídala téměř vůbec a rozhodla se styk se svou rodinou omezit jen na otce. Neměla pocit, že v této oblasti dokáže stres a úzkost překonat, a považovala za kontraproduktivní více vztah podporovat. Neměla ani pocit, že by byla potřeba z druhé strany.

Se svým synem se vídala často a pomalu se začala připravovat na možnost mít další

dítě s manželem Davidem. Představa už to nebyla nereálná ani děsivá, ale naopak velmi aktuální a Dana i začala cítit potřebu dítě mít.

Skupinu se rozhodla ukončit ve chvíli, kdy se cítila dostatečně sebejistá a silná vše zvládnout. V rámci tohoto pocitu se snažila i omezit léčbu a doufala, že v budoucnu už bude zcela zdravá a nebude potřebovat další péči.

9.2.4 Interpretace případových studií

První případová studie se týká Jany, která se stala obětí znásilnění, a souhrou několika dalších událostí v rámci rodiny se Jana stala nemocnou mentální bulimií. Sexuální zneužití se vyskytuje u 20-50% nemocných poruchami příjmu potravy a je traumatem, přes které se jen těžko člověk dokáže v životě přenést.

Jana o této události nikomu neřekla, jen se styděla a cítila smutek a úzkost. Její onemocnění mentální bulimií je únikem, jistotou, útěchou, pomocí. Pomocí na nenávist sama k sobě, pomocí na pocit, že je v rodině vždy ta druhá, a pomocí ze samoty a strachu ze zamlčeného sexuálního zneužití.

Jana nakonec navštěvovala psychoterapeuta, psychiatra i nutričního terapeuta a její život byl alespoň o něco málo veselejší. Postupem času se ve svém životě hodně posunula a i sama se cítila silnější a stabilnější.

Druhá případová studie se týká Petry. Petra byla vrcholovou sportovkyní až do svých osmnácti let. Nakonec se kariéru rozhodla ukončit, částečně již kvůli vlivu mentální bulimie, která se projevila naplno a Petře komplikovala život. Otec, vášnivý sportovec, velmi věřil, že Petra bude hrát dál a ukončení sportovní kariéry pro něj bylo zklamání. Pro Petru se mentální bulimie stala uvolněním od stresu a negativních pocitů. Neustále trpí pocitem, že někoho zklamala a že je nedostatečná. S otcem se komunikace silně zkomplikovala a její pocit méněcennosti se i výrazně projevil ve vztahu s partnerem.

Postupně se Petra učila zlepšit svou komunikaci s rodinou i partnerem a před ukončením skupin jí byla potvrzena možnost vycestovat do Anglie po dobu jednoho roku.

Třetí případová studie se týká Dany, která měla velmi komplikované a neradostné dětství. Rodiče se rozvedli, o deset let starší bratr přebíral funkci otce a s matkou se Dana velmi často hádala. Matka jí říkala „jak by měla své děti vychovávat a jak má žít“. Dana se i z těchto důvodů brzy vdala, měla syna a také se brzy rozvedla. Mentální bulimie se stala spíše jen dalším problémem v životě Dany. Měla několik psychických kolapsů, byla

velmi úzkostná, a mentální bulimie byla u Dany velmi silná. Zvracela i několikrát denně.

Nakonec se léčila na psychiatrii a docházela na svépomocné skupiny. Na konci našich setkání se měla vdávat za svého nového přítele, rodinu již nevidala a záchvaty se neopakovaly již dva měsíce.

9.2.5 Diskuse

V rámci odborné literatury se často hovoří o rodině a společnosti jako jedné z příčin poruch příjmu potravy. Společnost a kultura nás výrazně ovlivňuje a předkládá nám jistý kult, ideál štíhlosti, jistá očekávání. Většina odborníků se shodne, že zvolená komunikace v médiích a předkládaný ideál krásy motivuje mnoho žen i mužů k dosažení nereálného cíle a mnohdy může být zdrojem nespokojenosti, nepohody a i základem pro poruchy příjmu potravy.

Rodina nemocného poruchami příjmu potravy nemá jasná specifika. Není to jedna konkrétní rodina, ale dají se vyzorovat určité společné rysy rodin, kde jeden z členů trpí poruchou příjmu potravy. Většinou je takovým rysem perfekcionismus, určitý tlak na výkon, určitá očekávání od dětí, mnohdy i velká vazba v rodině, která může působit až dusivě. Většina rodin nemocných poruchami příjmu potravy je úplná a netrpí tak často rozvodovostí. Mimo jiné se mnohdy v rodinách nemocných objevují špatné stravovací návyky (obezita, nadváha, diety, nucení do jídla).

V rámci mého průzkumu respondentky splňují tato teoretická východiska. Většina respondentek v rámci rozhovorů, ale i klientky případových studií, se o svých rodinách vyjadřovaly jako o komplikovaných. Náročné prostředí, určité tlaky, očekávání. Většina je z úplné rodiny, ne harmonické, ale úplné. Stejně tak většina uvedla problémy se stravováním v rámci rodiny.

Společnost a kultura pro respondentky z rozhovoru znamená určitý tlak a neusnadňuje jim příliš léčbu. Pro klientky případových studií se také tělo a komentáře okolí stalo až nad míru důležité. A dovolím si tvrdit, že i zde společnost sehrála určitou roli. A stejně jako popisuje odborná literatura, to jak dnešní společnost přistupuje ke kráse, není zdravé ani prospěšné, a velmi to komplikuje život mnoha ženám.

Od průzkumu jsem očekávala potvrzení svých teorií, které se v zásadě shodují s odbornou literaturou. Společnost a kultura jsou pro mě velmi důležitým článkem ve vývoji onemocnění a vnímám tento fakt jako velmi podstatný. Tlak, který dnešní

společnost vytváří, je pro mnoho žen frustrující a ničivý. A pokud bychom jako společnost dokázali změnit komunikaci a prezentaci krásy, věřím, že by se i poruchy příjmu potravy staly snadněji řešitelným problémem.

Mé výše popsané teorie se pomocí rozhovorů i průzkumů potvrdily. Společnost a její očekávání je jednou z příčin a klienti s mentální bulimií tuto skutečnost reflektují a je pro ně velmi nepříjemná.

Rodinu vnímám jako jednu ze zásadních součástí našeho života. To, v jaké rodině vyrůstáme, jak nás rodina vychovává, jak se cítíme, co potřebujeme, je to, co nám předává rodina a rodinné klima. Pokud rodina svou funkci neplní a nedokáže nám předat tolik potřebný pocit bezpečí a jistoty, můžeme se s tím vyrovnávat celý život. Mimo jiné i za pomoci poruch příjmu potravy. Stav rodiny považuji za jednu ze zásadních příčin poruch příjmu potravy. Často se u mnoha klientů objevují vzpomínky na frustrující okamžiky dětství, na přehnaný perfekcionismus, na celoživotní pocit, že jsem svou rodinu zklamal. Není nikdy jedinou příčinou, ale velmi často se u klientů rodina projeví, už svou nezastupitelnou rolí v životě každého jedince.

I tato má teorie se v rámci průzkumu potvrdila. U každého dotazovaného, ať v rozhovoru, nebo případové studii, rodina sehrála svou roli.

Sociální příčiny, které vnímám jako společnost a rodinu, jsou příčinou mentální bulimie, a mají své velmi důležité místo v této problematice.

9.2.6 Shrnutí průzkumu

Ve svém průzkumu jsem si kladla jako hlavní otázku, jaké jsou sociální příčiny mentální bulimie. Pomocí rozhovorů a případových studií jsem se snažila na svou otázku odpovědět.

Pro rozhovor jsem použila čtyři respondenty a v rámci případových studií jsem poprosila tři klientky o zpracování jejich příběhu.

Na základě tohoto průzkumu mohu konstatovat, že sociální příčiny lze shrnout jako rodinu a společnost. Jak rodina, tak společnost, se v průzkumu objevovaly často, a byly dávány do souvislosti s příčinami, prvotními problémy apod.

Rodina byla v průzkumu často zmíněna a klientky jí přikládaly velkou váhu. Ve vztahu sama k sobě, ke svému okolí, k životu, byla právě rodina tím základním činitelem, v němž vnímaly první problémy a nestálost.

Jako vedlejší otázku jsem zvolila: „jaké jsou rodinné podmínky nemocných mentální bulimií?“ A i tato otázka byla zodpovězena. Rodiny jsou pevné ve svých základech, jsou většinou úplné, ale na druhou stranu harmonie v nich příliš není vnímána. I toto je častý jev u nemocných mentální bulimií. Stálá, pevná rodina, která mnoho očekává, a jejíž láska a péče může být mnohdy nechtěnou komplikací. Nebo naopak rodina stálá, s pevnou vazbou, ale často konfliktní, nespokojená a mnohdy velmi stresová pro jedince.

Společnost v mém průzkumu byla zmíněna většinou spíše okrajově, jako ne příliš dobrý pomocník při léčbě i přemýšlení o svém těle a vztahu k sobě.

Průzkum měl určité limity, a to hlavně z hlediska počtu respondentů. Je nutné zde zmínit, že vzhledem k omezenému počtu respondentů není výsledky průzkumu, ačkoliv jsou zajímavé, možné zobecnit. Přesto vnímám svůj průzkum jako dobrý základ pro případnou další odbornou práci.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila najít sociální příčiny mentální bulimie. V první části práce jsem představila teorii poruch příjmu potravy, zejména jejich příčiny, následky, léčbu, výskyt a prevenci.

Úvodní část považuji za důležité východisko pro další část mé práce, v níž jsem se snažila zmapovat sociální příčiny mentální bulimie. Bez úvodní teorie by bylo velmi složité popisovat již konkrétní body sociálních příčin v kontextu onemocnění poruch příjmu potravy.

Svou teorii jsem doplnila o kapitoly zabývající se onemocněním mužů a dětí, které považuji za důležité, protože toto tematika bývá často opomíjena. Přesto je tento problém v dnešní době stále více aktuální. Stejně jako ženy jsou i muži vystavováni tlaku a stále se objevují mladší nemocní poruchami příjmu potravy. V rámci této problematiky jsem si dovolila přidat i kapitolu sexuality a rodičovství, kterou vnímám jako důležitou v rámci vývoje dětí a vztahů v rodině, kde matka trpí poruchou příjmu potravy.

Mezi sociální příčiny jsem zařadila společnost jako takovou, včetně historie vnímání krásy a ideálu štíhlosti v rámci společnosti, rodinu jako základní stavební kámen každého jedince a médií jako zprostředkovatele toho, co je pro nás jako společnost momentálně důležité.

Komplex sociálních příčin se nesnažím vnímat jako jedinou příčinu onemocnění. Vnímám jej jako jednu z příčin, nicméně velmi důležitou. Vnímám jej jako příčinu, kterou je v dnešním světě možné částečně měnit. Jako něco, co můžeme ovlivnit a tím i pomoci.

Společnost, rodina i média jsou všechno součásti dnešního světa, které nás ovlivňují od narození po celý život. A právě proto jde z mého pohledu o významnou příčinu a je důležité jí porozumět.

V dnešním světě jsou poruchy příjmu potravy častější a příliš se neřeší. Pokud se nejedná o očividně nemocného člověka, jsou mnohdy přehlížené, protože štíhlost je žádoucí. A i to je jeden z důvodů, proč jsem si zvolila toto téma. Byla bych velmi ráda, pokud by se nám jako společnosti podařilo zvolit jinou komunikaci v rámci světa diet a zdravého životního stylu, pokud by se nám povedlo vést děti k jiným životním hodnotám, než jen k těm fyzickým, a pokud by se nám povedlo tento problém uchopit, postavit se k němu a vytvořit takové podmínky, aby se jeho hrozba zmírnila.

Svou práci jsem doplnila kvalitativním výzkumem na základě rozhovorů a případových studií. Z důvodu problematiky onemocnění a strachu a studu, který k tomuto

onemocnění patří, není příliš jednoduché sehnat dostatek respondentů pro kvantitativní výzkum, který by přinesl nová čísla v oblasti sociálních příčin. Proto jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum, který je v mnoha ohledech zajímavý, a jehož výsledky též považuji za zajímavé a důležité. Průzkum může posloužit jako dobrý základ pro případnou další odbornou práci.

Věřím, že mnohým pomůže i praktická část více porozumět problematice poruch příjmu potravy a objasní tu hrozivou úzkost a bolest, která je tak příznačná pro toto onemocnění.

Cílem mé práce bylo najít sociální příčiny mentální bulimie a pojmenovat je. Věřím, že jsem svůj cíl splnila a sociální případy našla, dostatečně pojmenovala a zařadila do kontextu celé problematiky poruch příjmu potravy, konkrétně pak mentální bulimie.

Literatura

Prameny

- BOWLBY, J. *Odloučení*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-2620-076-5.
- CROOKOVÁ, M. Praha: *Oldag*, 1995. ISBN 80-85954-02-8
- ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell, 2008.
- FIALOVÁ, L. *Moderní body image*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 48, 85-99, 106-110. ISBN 80-7178-889-9- 83 –
- JACOBI, C., HAYWARD, C., DE ZWAAN, M. et al. *Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for General Taxonomy*. *Psychological Bulletin*, 2004, roč. 130, č. 1, s. 19 – 65. ISSN 0033-2909.
- KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X
- KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9
- LANYADOVÁ, M., HORNEOVÁ, A. *Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-568-X
- MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Spn, 1992. ISBN 80-04-25236-2
- MIČENKA M., JIRÁK, J. *Základy mediální výchovy*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-315-4
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8
- PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 37-39, 41, 42, 58, 215-217, 220.

ISBN 978-80-247-2425-6.

PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*.

Praha: Triton, 2002, s. 22-24, 100. ISBN 80-7254-216-8.

PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ J., PRÁŠKOVÁ J. *Úzkost a obavy*. Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-410-6

ŘÍČAN, P. *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4

SAIC, M. *Protipřenos v psychoanalýze*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-600-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš.

a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 30, 44, 468, 473. ISBN 978-

80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha, 2002. ISBN 80-7178-696-9

TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základy psychosomatické péče*. Praha: Portál, 2007.

ISBN 978-80-7367-309-3

Sekundární literatura

SAIC, M. *Protipřenos v psychoanalýze*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-600-7

(Melanie Kleinová

Wilfred Bion: s. 64)

Slovníky a encyklopedie

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál,

2004, s. 405, 540. ISBN 80-7178-303-X.

Elektronické zdroje

https://cs.wikipedia.org/wiki/Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_ment%C3%A1ln%C3%ADch_poruch

<http://www.dove.com/cz/stories/campaigns/real-beauty-sketches.html>

Krása na prodej. Reflex. 2004, 47, s. 66-67.

http://ona.idnes.cz/nejruznejsi-diety-divkam-vic-skodi-nez-pomahaji-ftq-/krasa.aspx?c=A070103_135151_ona_krasa_jup

<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>

[Http://www.rozumimti.estranky.cz](http://www.rozumimti.estranky.cz) [online]. 2007 [cit. 2011-04-14]. Pomuzem si vzajemne. Dostupné z WWW: <http://www.rozumimti.estranky.cz/clanky/duse/mytus-krasy.html>

Summary

In this thesis I tried to describe the social causes of bulimia nervosa. In the first part, I introduced the theory of eating disorders, especially their causes, consequences, treatment, occurrence and prevention.

I consider the introductory part to be an important starting point for later part of my work, in which I tried to examine the social causes of bulimia nervosa. Moreover, I complemented chapters dealing with the illness of men and children which I consider to be important because this subject is often neglected. Still, this issue is becoming more relevant today. As well as women, men are also under pressure and eating disorders appear in children more often than in the past. I also complemented the chapter on sexuality and parenthood, which I regard to be important in the context of children's development and family relationships.

Among social causes I included society as such, especially the history of perception of beauty and the ideal of slimness within society, the family as the building stone of each individual and the media as the mediator of what is important to us in the society at the moment.

I do not perceive the social causes as the only cause of the disease. I perceive them as one of the causes, but very important. I perceive them as a cause that can be partially changed in today's world. Like something we can influence and help with.

Society, family and the media are all parts of today's world that influence us for the whole life. That is why, from my point of view, it is an important cause and it is important to understand it.

In today's world, eating disorders are more common and not adequately addressed. If patients are not obviously sick, they are often overlooked because slimness is desirable. And that's one of the reasons why I chose this topic. I would be very glad if we succeeded in choosing a different communication within the world of diet and healthy lifestyles, if we could lead children to other values than to the physical ones and if we succeeded in grasping this problem and creating conditions so that his threat can be mitigated.

I have supplemented my work with a qualitative survey consisting of an interview with four respondents and the case studies of three clients suffering from bulimia nervosa.

I believe that this survey may help many readers of this thesis to understand more about eating disorders and to comprehend the terrible anxiety and pain which is so typical of this disorder.

I hope that I have fully accomplished the goal of the thesis and have been able to describe the social causes of bulimia nervosa so that they are sufficiently clear, set in context and understandable.