

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Monika Vališová

Studijní obor: Sociálně charitativní práce

Ročník: III.

Forma studia: Prezenční

2009

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách

24. dubna 2009

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady,
připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	4
1. Charakteristika základních poruch příjmu potravy	6
1.1 Anorexie	6
1.2 Bulimie	7
1.3 Latentní otylost	8
1.4 Maniakální otylost	10
1.5 Příčiny vzniku PPP	11
1.6 Příznaky anorexie a bulimie	14
2. Historie poruch příjmu potravy	15
2.1 Jak to bylo v minulosti	17
2.2 Císařovna Sisi	19
3. Charakteristika a výskyt onemocnění	20
3.1 Výskyt onemocnění	20
3.2 Specifika u dívek	20
3.3 Specifika u chlapců	22
4. Nové druhy PPP	23
4.1 Ortorexie	23
4.2 Bigorexie	24

4.3	Drunkorexie	25
5.	Ideální váha – jak jí počítat (BMI)	26
5.1	Co je to BMI	26.
5.2	Ideální - zdravá váha u dospělých	27
5.3	Ideální – zdravá váha u dětí	28
5.4	Jak se stravovat při PPP	29
6.	Média a jejich vliv na společnost	31
7.	Léčba a terapie u PPP	33
7.1	Motivace k léčbě	33
7.2	Hospitalizace	34
7.3	Základní druhy terapie	34
7.3.1	Rodinná terapie	34
7.3.2	Skupinová terapie	35
7.3.3	Individuální terapie	35
7.3.4	Ostatní možnosti terapie	36
7.3.5	Terapeutické techniky	36
8.	Kontaktní centra pomoci	37
9.	Kasuistika	39
9.1	Kasuistika I.	39
9.2	Kasuistika II.	41
9.3	Kasuistika III.	42
9.4	Porovnání kasuistik a srovnání s teorií	44

ZÁVĚR	46
Seznam použitých zdrojů	48
Seznam příloh	50
Přílohy	
Abstrakt	

Úvod

Už od nepaměti byla hlavní činností člověka opatřit sobě a své rodině potravu. I dnes se člověk snaží opatřit si jídlo, ale to slůvko opatřit má již zcela jiný význam. Kdykoli máme hlad, stačí jen navštívit supermarket, nebo pro ty pohodlnější stačí zvednout telefon a popsat člověku na druhé lince na co má vlastně chuť. Když se nad tím člověk tak zamyslí, tak celý svět se točí kolem jídla. A to je možná tím problémem, který se v dnešní době pomalu vykrádá na světlo, jak o strašák z pomyslné dětské skříně.

Člověk se od dávné doby, kdy bylo jídlo něčím vzácným, stal velice zhýčkaný a v tom, co vezme do úst, si může vybírat. To však přináší i značná rizika a z toho plynoucí poruchy, které se v dnešní době stávají spíše každodenní záležitost, než jen nějakou výjimkou, která, jak se ale říká, potvrzuje pravidlo.

Poruchy příjmu potravy, na které jsem se ve své práci zaměřila, jsou dnes aktuálním tématem. Ze všech stran na nás televize a jiná média hrnou informace o jejich vzniku, ale hlavně dávají dnešním mladým lidem (a to nemyslím jen dívky) určitý vzor, kterému se tito lidé chtějí podobat. Média podle mého názoru negativně ovlivňují veškeré naše chování. Když se rozhlédneme kolem sebe, uvidíme děti jako věrné kopie světoznámých osobností, například s vlasy a výstředním oblečením jako členové skupiny Tokio Hotel, nebo slečny s módním účesem podle známé zpěvačky Pink.

Na média a jejich vliv na dnešní společnost jsem se také zaměřila a snažím se přijít na to, jestli si dnes svou zodpovědnost, se kterou nám předkládají modu a celebrity, uvědomují nebo jim jde stále více, než o zdraví lidí, o míru sledovanosti na proslulém peplemetru.

Mezi základní poruchy příjmu potravy patří dnes hlavně mentální anorexie a mentální bulimie. O jejich vážnosti a výskytu, si troufám tvrdit, že ví dnes téměř každý. Stále však je toto onemocnění pro řadu profesionálů - psychologů i lékařů obtížně srozumitelné a pomoc pacientům je stále velmi složitá.

Jak jsem se zmínila o v předchozím textu, o základních poruchách ví dnes téměř každý. Ale málo kdo ví, že mezitím, co lidé tyto problémy dávaly stranou,

a snažili se dělat, že je nevidí, se objevily i další, stejně závažné poruchy, které dnes společnosti nejsou ještě zcela známy. Patří sem ortorexie, bigorexie a také drunkorexie. Že se Vám zdají tyto názvy spíše vymyšlené? Bohužel tomu tak není, jsou to poruchy, které se stejně jako anorexie a bulimie vyvinuly z dnešní uspěchané a nekontrolovatelné doby.

S tím je spojená také stoupající anorexie mužů. Dříve to byla převážně záležitost žen. U mužů se anorexie objevovala spíše vzácně. Dnes je však stejně jako žena i muž posedlý ideálem krásy a medializací toho, co je a není krásné. Muži si však tento problém přiznávají ještě hůř než ženy a to z toho důvodu, že tyto poruchy byly definovány jako ryze ženské, ale není tomu tak a člověk by s tím měl umět bojovat. Ať už je to žena nebo muž.

Cílem mé práce je vysvětlit, co to vlastně poruchy příjmu potravy jsou a jaké nebezpečí je v nich ukryto. Chtěla bych objasnit nové formy poruch a zaměřit se také na mužskou část obyvatel a na jejich problémy. Stejně tak mi zajímají média a jejich názor na věc a ovlivňování společnosti. Poruchy příjmu potravy jsou vážným problémem každého z nás, když se nás netýkají přímo tak aspoň můžeme pomoci lidem okolo a o to já se snažím.

Doufám, že tato práce umožní trochu lépe pochopit poruchy příjmu potravy a nové nástrahy dnešního světa, aby už heslem naší společnosti nebylo: „Věčně mladý, krásný a hubený...nejsi?? Tak co tu vůbec děláš??“

1. Charakteristika základních poruch příjmu potravy

O poruchách příjmu potravy hovoříme tehdy, pokud člověk používá jídlo jako určitou zbraň k řešení svých emočních problémů. Situace, které neumí zvládat jinou cestou, řeší pomocí diet nebo naopak pomocí velkého množství jídla. Můžeme tedy říct, že se jedná o určitou závislost na jídle, která se podobá běžné závislosti na alkoholu, cigaretách nebo drogách. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy se stává jídlo hlavní náplní jeho života a ne jen jednou z jeho součástí.¹

Mezi základní poruchy patří anorexie, bulimie a záchvatové přejídání. Anorexii a bulimii spojuje stejná příčina a to je stav určitého životního negativismu. Jsou to pouze různé projevy negativního myšlení. Často se stává, že anorexie může vést až k bulimii. To vychází z toho, že tělo je tak vyhladovělé, že si vytvoří vlastní „vědomí“, které vede od hladovění ke shánění potravy. Tělo se samo snaží bránit a pomoci si, ale pomoc musí přijít také z okolí.²

1.1 Anorexie

Odborně řečeno mentální anorexie, či anorexia nervosa, je velmi vážná nemoc patřící mezi poruchy příjmu potravy. „*Je to porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*“.³

Anorexia nervosa – (náruživá abnormální snaha zhubnout) patří mezi psychicko-somatická onemocnění. Pro člověka trpícího touto poruchou je obtížné udržet si svou správnou váhu. Každý nárůst váhy je pro ně hroznou představou. Od obyčejných lidí, kteří se snaží držet dietu, se liší tím, že po dosažení potřebné váhy, boj s tělem a dietami pro ně nekončí, ale spíše začíná. Anorexie v dnešní době postihuje nejčastěji mladé lidi a dostala se takřka do extrému, kdy se objevuje už i u dětí mladších osmi let. Existují různé důvody, které mohou toto

¹ MICHAEL, M., KRANZOVÁ, R.. *O poruchách příjmu potravy*. Praha : NLN, 1997, s. 7.

² CLAUDE – PIERRE, P.. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : PRAGMA, 1998, s. 60.

³ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 14.

onemocnění „spustit“ (může sem patřit rodinná krize, ztráta blízkého člověka, nemoc, ale také problémy s alkoholem, drogami nebo pouze změna bydliště).⁴

Každý pacient má své formy snížení hmotnosti. Přibližně polovina se věnuje intenzivnímu cvičení a spolu s tím omezuje příjem potravy na minimum. Někteří zvolí raději odvodňující a projímavé prostředky a různé dietní přípravky. Patří sem také vyvolávané zvracení. Tím se anorexie kryje s bulimií a rozdíl mezi těmito dvěma poruchami je velmi slabý. Anorexie může volně přejít v bulimii a naopak. Smíšenými projevy u pacienta se však násobí zdravotní problémy. Existují různé druhy anorexie. V dnešní době se u pacienta klasická porucha projevuje jen výjimečně. Anorexie má v dnešní době různé projevy a je velmi těžké pochopit toto onemocnění pro člověka s normálním vztahem a chutí k jídlu. Pro zlepšení popisu co je to anorexie, si představte příšeru, která sedí postiženému na ramennou a našeptává mu špatné rady.⁵

Specifické typy:

1) Nebulimický (restriktivní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

2) Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.⁶

1.2 Bulimie

Odborně řečeno mentální bulimie. „*Je porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.*“⁷

Pojem bulimie není neznámý pojem. Už Hippokrates rozlišoval *boulimos* jako nezdravý hlad od normálního hladu. Nebyl to jen Hippokrates, ale také Aristoteles, Xenofob a další antičtí autoři. Všichni ti, se shodli na tom, že bulimie je neobvyklá forma hladu. Bulimii lze charakterizovat třemi základními kritérii: 1)

⁴ PAPEŽOVÁ H., *Anorexia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 10 – 11

⁵ TAMTÉŽ, st. 10 – 11.

⁶ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 15.

⁷ TAMTÉŽ, s. 17.

silná a nepotlačitelná touha se přejídat, 2) snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním projímadel, nebo obojím a 3) chorobný strach z tloušťky.⁸

Podobně jako u anorexie se konkrétní projevy bulimie u jednotlivých pacientů trochu liší. Mohou to být pouze záchvaty přejídání, při kterých sní pacient velké (až nepředstavitelné) množství jídla. V jiném případě se může spojit s anorexií a to střídáním nepřijímání jídla, pak přejídání, přejídání a zvracení a tak stále dokola. Dalším projevem je velká fyzická aktivita, která je člověkem vnímána jako trest a později může vést až k úplnému fyzickému i psychickému vyčerpání, které končí hladověním. Bulimie způsobuje, že nemocný si sám sebe ošklivý, vnímá své tělo jako něco odpuzivého a nehezkého. Stejný projev je i u osob trpících anorexií.⁹

Specifické typy:

1) Purgativní typ. Provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.

2) Nepurgativní typ. Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.¹⁰

1.3 Latentní otylost

Slovo otylost člověk spojuje s nadváhou. Když je někdo otlý, je silný. Ale latentní otylost se týká určité kontroly při jídle. Nemocný člověk se musí neustále kontrolovat, přemýšlí o tom, co snědl, kolik a jak. Patří mezi maniakální onemocnění vázané na jídlo.¹¹

Když se nad tím zamyslíme, tak každý z nás se snaží hlídat nebo se někdy v životě u jídla hlídal. Ale maniakální onemocnění znamená, že nemocný se až nadlidsky hlídá, nedovolí si ani sebemenší prohřešek, sebemenší sousto navíc. Dalším znakem latentní otylosti je, že jsou netolerantní k ostatním lidem, kteří se

⁸ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 17.

⁹ CLAUDE – PIERRE, P.. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : PRAGMA, 1998, s. 61.

¹⁰ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 18.

¹¹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 23 – 27.

stravují normálně – kaloricky. Často se snaží i vysvětlit člověku, jak má správně jíst a co všechno dělá a nedělá špatně. Když vidíme takového člověka, jak si připravuje jídlo, tak nám to přijde spíše jako rituál. Má přesný postup, přesné chování při přípravě. Používá nejpřesnější váhy, kalorické tabulky a nic nedělá tzv. od oka. Jeho nejdůležitější životní náplní je kontrola potravy. Ta mu dává určitou jistotu, ale zase ho svazuje a ničí jako utažený korzet.¹²

Stejně jako u předchozích poruch i tady má člověk špatný vztah ke svému tělu a k sobě samotnému. Nenávidí se a vidí se jinak, hůře, než ho vidí jeho okolí. Tato porucha může pramenit i z rodiny a jejího vztahu k jídlu a stolování. Stejně tak to může vzniknout po prodělání anorexie či bulimie. Pacient má strach ze změny své váhy, tak se alespoň manicky hlídá.¹³

Jediným pozitivem je, že se tu nemusíme bát žádných hlubších tělesných následků, protože veškerý jídelníček je sestaven výsadně podle zdravé výživy. Pokud však je posedlost zdravou výživou přehnaná, může to ohrozit některé orgány a vést k vážnějším onemocněním. Kromě toho, při této poruše ohrožuje nemocného hlavně jeho panický strach a obavy z nárůstu váhy. Může být také často doprovázena depresemi. Každé jídlo je pro něj jako zkouška odvahy, u které musí dokázat, že vydrží. Pokud neobstojí, může se porucha vyvinout do jiného druhu nemoci, například bulimie. Toto selhání může vést postiženého k velkým depresím a nejdnou vyvrcholí i sebevraždou.¹⁴

¹² LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 23 – 27.

¹³ TAMTÉŽ, st. 23 – 27.

¹⁴ TAMTÉŽ, st. 23 – 27.

1.4. Maniakální otylost

Tato porucha se na první pohled může jevit jako běžná nadváha (obezita), kterou trpí dnes již více než polovina dospělých v průmyslových zemích. I pro odborníka je někdy velmi složité najít rozdíl.¹⁵

U lidí trpících poruchou, je nápadný pocit bezmocnosti, který postižený cítí, může být také doprovázen pocitem ohrožení. Pacienti většinou podstupují různé drastické diety, či odtučňovací kúry a všechno cítí jako zbytečné a tím propadají ještě většímu pocitu bezmocnosti. Hlavní problém zde není v nadváze, ale v chování při jídle. Objevuje se zde pravidelné nekontrolovatelné přejídání až po občasných záchvaty žravosti. Tyto záchvaty žravosti však nejsou jako u bulimie doprovázeny následným zvracením. Pro pacienta je to nepochopitelné a obzvláště ohrožující a stresující chování.¹⁶

Maniakální otylost je opravdu nemoc, ale ona sama nevede k nemocem, které jsou spojeny s obezitou. K těmto nemocem vede až dlouhodobé přejídání a jeho působení na člověka. Poté se objevují vážné onemocnění – hlavně srdce, cév, zažívacích orgánů, metabolismu, ale také podpůrného a hybného aparátu. Z toho plyne vznik srdečního infarktu, mozkové mrtvice, poruchy zažívání a jaterní činnosti, dna, cukrovka a předčasná opotřebení kloubů a páteře.¹⁷

Zvláštěností je, že pacienti si někdy ani neuvědomují, že jí něco víc než ostatní. Vzniká to nevědomím ochutnáváním, ze kterého ve finále plyne větší příjem než u lidí, co jedí pravidelně. Tato porucha může sahat hluboko do dětství, kde bylo jídlo předmětem trestání a odměn. Bylo bráno jako výchovný prostředek. Je to starý zlovyk, při kterém je dítě chváleno, když sní vše co má na talíři, i když je už dávno sytý.¹⁸

Potraviny se stávají něčím významným, výjimečným. I když je dávno dospělý, stále jsou pro něho potraviny – pamlsky, brány jako odměna, jako

¹⁵ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 27 – 32.

¹⁶ TAMTÉŽ, s. 27 – 32.

¹⁷ TAMTÉŽ, s. 27 – 32.

¹⁸ TAMTÉŽ, s. 27 – 32.

pomoc, při depresi, problémech, ale také dobrému výsledku, radosti. Další příčiny jsou velmi individuální, ale ať už je motiv jakýkoliv, výsledek je vždy stejný.¹⁹

1.5 Příčiny vzniku PPP

Těchto příčin je uvedena celá řada. Budu se snažit uvést jen pár základních a dobře viditelných hypotéz, vedoucích k PPP.

1) Psychobiologická krize dospívání

V adolescenci dochází k výrazným a prudkým změnám těla, jeho tvaru, hmotnosti a to je pro většinu adolescentů velmi obtížné. Musí akceptovat a ztotožnit se s těmito změnami. Změny v našem těle jsou úzce spojeny se sexualitou a to je pro některé adolescenty nedosažitelný vývojový úkol. Proto se snaží vyhnout se změnám těla, nejčastěji tím, že se vyhýbají kalorickým potravinám, ve snaze udržet váhu a vzhled na prepubertální úrovni.²⁰

Omezování příjmu potravy, extrémní cvičení, asketické chování a z toho vyplývající kontrola hmotnosti a její udržování na prepubertální úrovni dovoluje pacientům s mentální anorexií, vyhnout se nárazům, které přináší adolescentní proces. Jde o psycho-biologickou regresi, udržující fungování organismu na prepubertální úrovni, jako řešení vnitřního konfliktu. PPP vznikají nejčastěji u dívek mezi 17 – 18 rokem. 60% dívek se vidí jako příliš tlusté a pokoušejí se držet dietu. Dívky mají snahu vrátit se na svou prepubertální váhu, kterou uvádějí jako ideální.²¹

2) Psychodynamická hypotéza

Tyto hypotézy se opírají o teorii Sigmunda Freuda a jeho modelu mysli – tzv. strukturální model – souhrn psychických struktur id, ego a superego. Nejsilnější motivační silou je pud (libido), který je v pozadí lidského prožívání a chování.

¹⁹ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 27 – 32.

²⁰ KOCOURKOVA J., ET AL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 44 – 45.

²¹ TAMTÉŽ, s. 44 – 45.

Poruchy příjmu potravy se mohou rozvinout, pokud je v našem popředí přísné superego, které se staví proti nedovoleným přáním člověka – Pudová teorie psychoanalýzy.²²

3) Biologická hypotéza

Tuto teorii navrhl Russell (1977), opírá se zejména o zjištění, že u pacientů s mentální anorexií nalézáme porušené hypotalamické funkce, ale stále zůstává otázka, nakolik jsou tyto změny primární či sekundární k procesu hladovění a ztrátě hmotnosti.²³

Jde o ztrátu menstruačního cyklu. Ta je brána jako hlavní znak PPP. Stále se však přemýšlí o tom, do jaké míry je to znakem primárním či sekundárním. Některé ženy ztrácí menstruaci už před tím, než dojde ke ztrátě hmotnosti. V této době je již však rozvinuta psychická porucha příjmu potravy. Když to však vezmeme na druhou stranu. Pokud je užívána antikoncepce, tak dívky většinou menstruaci neztrácejí. Po jejím vysazení ji však hned ztratí.²⁴

4) Příčiny PPP ve vztahu k depresi

Sklony k depresi se objevují u některých pacientů trpících PPP. Uvádí se, že až u 25 – 75 % pacientů. V některých výzkumech byla nalezena známka deprese až u 79 % pacientů. Depresivní projevy jsou brány jako sekundární a jsou vázané na stavu hladovění člověka. U lidí trpících poruchami se objevuje náladovost, váhový úbytek, poruchy spánku, pokles libida, sociální stažení se a neschopnost koncentrace.²⁵

Když se nad tím zamyslíme, uvidíme, že depresivní chování se u lidí s PPP objevuje, ale nemůžeme depresi brát u všech osob, jako něco co zapříčiňuje toto onemocnění.²⁶

²² KOCOURKOVA J., ET AL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 45 – 48.

²³ TAMTÉŽ, s. 49 – 50

²⁴ TAMTÉŽ, s. 49 – 50.

²⁵ TAMTÉŽ, s. 50 – 52

²⁶ TAMTÉŽ, s. 50 – 52.

5) Vliv sociálního prostředí (rodiny)

Důležité pro vznik poruch příjmu potravy je prostředí, ve kterém pacienti vyrůstali jako děti. Většina pacientů nepochází, jak se mylně tvrdilo, z nízkých vrstev, ale hlavně ze středních a vyšších vrstev. Většina rodičů se vlastní silou vypracovala do svých vyšších pozic a na své děti z tohoto důvodu kladou větší nároky. V rodině také může chybět jeden z rodičů, častěji je to otec. Matka je většinou velmi zaneprázdněná. Poruchy příjmu potravy mohou být reakce na tyto vlivy, ale také únik k workoholismu, zneužívání drog, alkoholu a jiných látek.²⁷

Většina dětí těchto cílevědomých a přehnaně pracovitých rodičů, má vyšší vzdělání a dobré postavení, většinou ale v rozporu se svými schopnostmi a přáními. Pokud se vyskytnou problémy v povolání, většinou to výrazně zhorší sklony k maniakální poruše k jídlu, protože postižený se nedokáže vyrovnat s tím, že nezvládá své povolání, nezvládá dané tempo. V důsledku toho, se dostávají pocity hanby a viny.²⁸

Manický postoj k jídlu se také může rozvinout v důsledku přehnané péče matky o své dítě. Zprvu se může zdát vše v pořádku, ale dítě se stává na matku velmi závislé a bez ní ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Samozřejmě nemůžeme hledat vždy vinu u matky, ale je to jeden z příznaků, který může vést k poruchám příjmu potravy.²⁹

6) Pohlavní zneužívání

U poruch jako je mentální anorexie a mentální bulimie, které se vyskytují u žen, se v posledních letech předpokládá určitá souvislost se sexuální traumatizací. Sexuální zneužívání může být v součinnosti s častějším výskytem duševních poruch, hlavně poruchy nálady, úzkostných poruch, poruch osobnosti. Poruchy příjmu potravy a jejich vztah se sexuálním zneužíváním není brán zcela jako fakt.

²⁷ LEIBOLD G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 18 – 20.

²⁸ TAMTÉŽ, s. 18 – 20.

²⁹ TAMTÉŽ, s. 20 – 21.

Existují různé studie, které na to pohlíží rozdílně. Důležitá je také doba a intenzita zneužívání, popřípadě jiný fyzický kontakt násilníka s obětí.³⁰

Když srovnáme obecnou populaci žen, poměr mezi ženami s PPP je vyšší než u ostatních žen. Sexuální zneužívání je více časté u osob trpící bulimií, než anorexií. Přímá souvislost mezi sexuálním zneužíváním a poruchou příjmu potravy se zatím neprokázala, ale je pravděpodobnější, že žena, která byla sexuálně zneužívána, má větší sklony trpět těmito poruchami.³¹

1.6 Příznaky bulimie a anorexie

Bulimie:

Člověk si pod bulimikem většinou představí člověka velmi hubeného, ale nemusí to být vůbec pravda. Bulimie je velmi zákeřný stav, a proto si ho často delší dobu nikdo nevšimne. Bulimik, zvracíví jídlo, nezůstává nikdy sedět po obědě u stolu a nepovídá si s ostatními. Jeho první cesta směřuje do koupelny. Kde se snaží zbavit se všeho, co snědl. Jako kulisu využívá tekoucí vodu, ať už je to sprcha či voda v umyvadle.³²

Další věci, podle které poznáme člověka trpícího bulimií, je nadměrné používání projímadel. Stěžují si neustále na zácpu, aby dostali od lékaře ty nejsilnější přípravky. Popřípadě můžeme vidět i drobná poranění na hřbetě prstů, která jsou způsobena zuby při tom, jak si strkají ruku do krku. Objevují se u nich také poškozené dásně, sinalá pokožka a zažloutlé kazivé zuby, způsobené účinkem žaludečních kyselin. Další, čeho si můžeme všimnout, je neustálé cvičení. Také omezují kontakt s okolím, s rodinou, veškerý svůj čas věnují shánění jídla. K tomu potřebují peníze. Mohou se proto objevit i krádeže.³³

³⁰ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s.107 – 108.

³¹ TAMTÉŽ, s. 107 – 108.

³² CLAUDE – PIERRE, P.. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : PRAGMA, 1998, s. 182.

³³ TAMTÉŽ, s. 182.

Anorexie:

Anorektici mají velmi zvláštní jídelní návyky. Někteří odmítají jídlo úplně a jiní je mají zvláštním způsobem ritualizované. Typické pro ně je, že při jídle a těsně po něm mají intenzivní pocit úzkosti.³⁴

Někteří anorektici si vůbec nechtějí připustit, že jedí. Chodí proto tajně v noci do ledničky, aby je nikdo neviděl. Klamou tak své okolí, ale i sami sebe. Lidé trpící anorexií jsou doslova posedlí jídlem. Často vaří pro ostatní, připravují večírky a o jídle mluví, ale nesní vůbec nic, popřípadě drobky nebo zbytky z koše. Jsou sami přesvědčeni, že si stejně nic jiného nezaslouží.³⁵

Typickými znaky je bledá pokožka, tmavé kruhy pod očima, ulámané nehty a vyschlá kůže na ruckách. Také velmi špatně spí a nesoustředí se. Vyhýbají se očnímu kontaktu a jsou roztěkaní. Další příznaků si nemusí většina lidí všimnout. Anorektik může například změnit rukopis nebo začít tvořit a do svých výtvorů ukrýt svoje trápení. Také trpí depresí, spojenou dlouhodobou podvýživou a nezdravým psychickým zaměřením na jídlo.³⁶

2. Historie poruch příjmu potravy

Po celá staletí se lidstvo seznamuje s různými formami poruch příjmu potravy. Jedním ze známých jevů je tzv. ruminace neboli vracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je nám také známý pojem pica, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. V plastikách z doby kamenné, byla také rozpoznána obezita, která je, jak je nám známo, fyzickým projevem relativní nadvýživy.³⁷

Celou historii jsem se snažila dát do určitého přehledu a začnu hned druhým stoletím.

³⁴ CLAUDE – PIERRE, P.. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : PRAGMA, 1998, s. 183.

³⁵ TAMTÉŽ, s. 183.

³⁶ TAMTÉŽ, s. 183.

³⁷ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 24.

2. století – Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie.

12. – 15. století – ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za svěťice, sebetryzní odčiňují své hříchy a osvobozují duši.

16. století – tzv. anorektické svěťice jsou prohlašovány za „posedlé d'áblem“ a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání.

1694 – britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii.

1874 – William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o „apepsia hysterica“ (anorexia nervosa).

1873 – Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost.

1883 – Gilles de La Tourette, rozlišuje primární a sekundární – psychogenní anorexii.

1884 - Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie.

1890 – spisovatelka H. B. Stoarová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za „monstrum“.

1908 – P. Poiret – pařížský módní návrhář – poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu. Poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky.

1917 – Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky. Vydává knihu o dietách a zdraví a doporučuje nízkotučné a sacharidové diety.

1930 – přebývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy. Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu a poruchy příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity).

1950 – Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění – neuróza z hladovění.

1962 – Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie. Poruchy příjmu potravy se vyskytují častěji u modelek a baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Jsou publikovány výsledky prvních epidemiologických studií.

1967 – Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogle – 41 kg a 170 cm.

1970 – S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem PPP. 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny. Soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky.

1979 – G. Russell přichází s termínem bulimia nervosa. Také vznikají první speciální zařízení pro PPP.

1980 - vymezení kritérii mentální anorexie a mentální bulimie.

1981 – M. C. Brotmana G. Humprey přednášejí referát o PPP.

1983 – R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP. Ženy se snaží o zachování štíhlosti.

1986 – až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E. Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie.

1987 - WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace.

1990 – dosud – vznikají preventivní a podpůrné programy pro PPP. Veřejnost je nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Začínají vznikat konkrétní modely PPP a prohlubuje se znalost jejich specifík.³⁸

2.1 Jak to bylo v minulosti

Když se podíváme do minulosti, například do antického Řecka. Zde byla hlavní přirozenost a vyváženost proporcí lidského těla. Obdivované byly tvary odpovídající Venuše Milovské. V antice je lidské tělo bráno za dokonalé a vzácné. Není tomu jako dnes, kdy se šije bez těla, ale dříve se šilo pro tělo. Lidé se nesnažili zakrýt nebo dokonce něco na své postavě měnit, byla tu vidět ženskost a opravdovost lidského těla.³⁹

Gotika je v tomto směru trochu jiná, začíná se nosit přiléhavější oděv, zdůrazňuje se štíhlost pasu, šířka boků a plastičnost ňader. Když se podíváme na muže, tak v této době nebyl hrdinou žádný rytíř s velkými svaly, ale hlavní roli hrál spíše zženštlý hrdina – mladík, s dlouhými kudrnatými vlasy, který nosil,

³⁸ NAVRATILOVÁ M., ČEŠKOVÁ E., SOBOTKA L.. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha : Maxdorf, 2000, s. 18 - 22

³⁹ ZAJCEV V.. *Móda a její rozmary*. Praha : Lidové Nakladatelství, 1987, st. 15.

podobně jako dívky, dámské sukně. Toto období je ve znamení určité nepřirozenosti, těžkosti a vyumělkovanosti. Tím myslím široké boky a útlý pas, vyumělkovaný násilím.⁴⁰

Renesance si však opět prosadila přirozenost. Nároky na postavu jsou takovéto – postava má být vysoká, pevná, ale ušlechtilých tvarů. Nejhezčí jsou však dlouhé štíhlé, dole útlé nožky s malými chodidly. Tato doba se svým ideálem blíží opět k antice. Symbol této doby je zlatovlasá Botticelliho Vesna. Opět je tu důraz na lidské tělo, jeho krásu, vyváženost. Ale i v této době byl zaznamenán případ anorexie a to u sv. Kateřiny ze Sienny, která následkem dlouhodobého hladovění umřela ve věku 33 let. Její motivace byla však odlišná od dnešní doby. Odmítáním jídla se kála a jídlo, které nesnědla, rozdávala chudým, tím byla naprosto odlišná od dnešních lidí trpících anorexií.⁴¹

V sedmnáctém století je žena opět upjatá do svých šatů, stahovaná korzety a svázaná. Ale až osmnácté století je ve znamení ženské krásy, jemnosti, ladnosti. V této době je ideálem tenký „vosí pas“ mírně zaoblené boky, odhalená ňadra, paže a šije, úzká ramena. Toto byl ideál ženské krásy, díky němuž se dívky stahovaly do korzetů, a snažili se o nemožné - mít co nejtěplejší pas.⁴²

Konec šedesátých let rozpoutal bouři po extrémní štíhlosti a to nástupem modelky Twiqqy. Tato modelka měřila 168centimetrů a vážila pouhých 41kilogramů. V této době byla pokládána za špičku modelingového průmyslu. V sedmdesátých letech našeho století se tento ideál krásy, kterému se snažila většina mladých žen podobat, jen rozvinul. Charakteristické rysy pro tento ideál udávala majitelka největšího newyorského fotoateliéru, kde se fotografují modely pro módní časopisy. Modelka musela mít neméně 170centimetrů, drobná ňadra, jemné vlasy, úzká ramena, dlouhý krk, krásné ruce, velké oči, úzké rty a hlavně úzký pas.⁴³

⁴⁰ KYBALOVÁ L., HERBENOVÁ O., LAMAROVÁ M.. *Obrazová encyklopedie mody*. Praha : Artia, 1973, s. 113.

⁴¹ ZAJCEV V.. *Móda a její rozměry*. Praha : Lidové Nakladatelství, 1987, s. 16.

⁴² TAMTÉŽ, s. 16.

⁴³ TAMTÉŽ, s. 16.

2.2 Císařovna Sisi

Není nikoho z nás, kdo by si pod jménem Sisi nedokázal nikoho vybavit. Pro ty, kteří stále tápou. Byla to císařovna, která se narodila 24. 12. 1837 jako Alžběta Amálie Evženie. Uvádím ji proto, abychom dokázali porovnat, že PPP nejsou jen záležitostí poslední doby, ale byli tu i v minulosti.⁴⁴

Stejně tak, jako dnešní dívky a ženy i Sisi se snažila udržovat si svou váhu. Jedla saláty, pila nekalorickou minerálku, denně cvičila, chodila brzy spát. Dědala si obličejové masky, zábaly. Pečovala o své vlasy a dopřávala si masáže. Když tohle čteme, je to jako návod pro dnešní ženy, jak být stále v kondici. Ano, ale nesmí to zajít do extrému, jako je to u osob trpící PPP a stejně tak tomu bylo i u Sisi. Císařovna byla doslova posedlá svou krásou, svým tělem. A z ničeho neměla větší strach než z toho, že o svou dokonalost přijde.⁴⁵

Císařovna měřila 172 centimetrů. Při této výšce by tedy měla mít nejméně 60 kilogramů a stejně by byla ještě štíhlá tak, že by si mohla dopřávat velikost 34. Opravdová váha Sisi za celý život však nepřesáhla 50 kilo, častěji 45 nebo 48 kilo. Téměř nejedla a byla přímo posedlá pohybem a intenzivním cvičením – to všechno jsou příznaky anorexie. K tomu trpěla silnou nervozitou, depresi, sebevztážeností. Z dalších příznaků měla silnou bolest hlavy, otoky a anémii. Jako malé dítě však jedla velmi dobře a s chutí, tato posedlost se u ní projevila až z nešťastného vztahu, do kterého byla donucena.⁴⁶

Další posedlostí, kterou trpěla je až přehnaná posedlost zdravým jídlem. I ta se dá přirovnat k dnešním poruchám a to konkrétně k ortorexii. Sisi velmi pečlivě dbala na původ potravin. Na její rozkaz byly koupeny prvotřídní krávy a kozy. Jedla vše jen čerstvé, nízkotučné a bez cukru. Zcela omezila tuk. Její zásada byla také jíst pouze vajíčka od slepic, která pobíhají venku – šťastné slepice prý kladou lepší vejce. Císařovna byla vlastně na svou dobu geniální, tedy co se týká výživy. Všechny její zásady jdou krásně použít na dnešní dobu, ale s poznámkou, že všechno je lepší s mírou. A na to Sisi příliš nedbala.⁴⁷

⁴⁴ WELLMANNOVA J.. *Tajemství císařovny krásy*. Praha : Brána, 2001, s. 14.

⁴⁵ TAMTÉŽ, s. 37.

⁴⁶ TAMTÉŽ, s. 99.

⁴⁷ TAMTÉŽ, s. 107.

Když se podíváme na její životní styl pohledem lékaře, její přehnané cvičení zatěžovalo krevní oběh, trvale přetěžovalo svaly, klouby a šlachy. Tohle vedlo k předčasnému opotřebenosti kloubů a celého těla. Sisiina dieta zase vedla k narušení látkové výměny, jejímž následkem byly otoky a vodnatost. Otékaly jí hlavně oči, které někdy po ránu nemohla ani otevřít a to jí hnalo do stále silnějších diet. Když to shrneme, Sisi už ve své době byla dokonale posedlá svým tělem, trpěla strachem, jako dnešní mladé dívky, z nadváhy a ztráty krásy a proto se uchýlila k extrémním formám, které však brala jako správné a účinné.⁴⁸

3. Charakteristika a výskyt onemocnění PPP

3.1. Výskyt onemocnění PPP

Poruchy příjmu potravy jsou brány jako typickou poruchou u dospívajících dětí. Říká se tomu porucha dospívání. Počátek těchto poruch, hlavně mentální anorexie, se objevuje často ještě před 14. rokem věku.⁴⁹

Čím dříve se porucha vyskytne, tím je nebezpečnější a je třeba vyhledat co nejrychleji pomoc lékaře a snažit se zabránit jejím následkům (dehydratace, zástava tělesného růstu). Dnešní doba je však dobou extrému a proto tomu není jinak i u těchto poruch. Příznaky PPP byly zaznamenány už u dětí mladších 10 let. A nejde už jen o výsadu dívek. Dnes je toto onemocnění stejně tak běžné jak pro dívky, tak pro chlapce.⁵⁰

3.2 Specifika u dívek

PPP se ve větší míře vyskytují u dívek než u mužů, jedním z důvodů je větší tlak společnosti na dokonalou ženu. Postava muže není v médiích tolik propírána jako postava ženy. Na první pohled se může zdát, že ženy jsou náchylnější k závislostem, ale není to pravda. Jen je na ně kladen větší tlak.⁵¹

⁴⁸ WELLMANNOVA J.. *Tajemství císařovny krásy*. Praha : Brána, 2001, s. 43.

⁴⁹ KRCH F. D.. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002, s. 30

⁵⁰ TAMTÉŽ, s. 30.

⁵¹ LEIBOLD G.. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 13 – 38.

Žena má být ozdoba, má být krásná, chytrá a přesto všechno se musí umět postarat o rodinu a ještě chodit do práce. Na základě toho nám vychází, že přibližně 90 % všech postižených tvoří ženy, hlavně věková skupina mezi 15 – 55 lety. Většina dívek a žen zná strach z tloušťky. Některé ženy si z tohoto strachu vypěstují jednu z poruch příjmu potravy. Dívky, které trpí mentální anorexií, často získávají uspokojení z některých příznaků nemoci. U bulimiček je to však spíše naopak.⁵²

Mentální anorexie začíná nejčastěji mezi 13 – 20 lety. U mentální bulimie je to trochu odlišné, ta se objevuje později a to mezi 16 – 25 lety. Po třicátém a čtyřicátém roce je výskyt méně častý, ale není nikdy vyloučen.⁵³

Dívky s mentální anorexií se chovají výrazně přizpůsobivě, jsou úspěšné ve škole, ale i v zaměstnání a zájmech. Mají větší sklony k perfekcionalismu a odpovědnosti než ostatní dívky. Když se však začne objevovat patologie v jídle, dostávají se do konfliktů se svými rodiči. Začínají lhát a podvádět ve spojitosti s jídlem. Dívky odmítají připustit, že s nimi není něco v pořádku. Jakoukoli snahu z okolí berou jako provokaci a reagují na ni agresí, vztekem, ale také pocitem viny a lítostí. Mladé dívky mohou často svým chováním dostávat do problému i rodiče a to častými hádkami kvůli dítěti, které pak rodiče rozdělují a dívka více přilíná k matce. Otce často z nepochopení odsuzují a kritizují.⁵⁴

Mentální anorexie vypadá nejprve nevinně. Dívky zprvu omezují vydatné potraviny, postupně redukují příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou, v některých případech omezí i příjem tekutin. I když jsou na první pohled velmi vyhublé, trpí pocitem, že jsou tlusté. Nejproblémovější partie jsou pro ně stehna, hýždě a samozřejmě břicho. Zároveň se u nich objevuje velký zájem o jídlo, recepty a vaření pro ostatní členy rodiny. V rozporu s velkou vyhublostí jsou tyto dívky velmi aktivní. A to jak v oblasti školní, profesní, tak zájmové.⁵⁵

⁵² LEIBOLD G.. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995., s. 13 – 38.

⁵³ KRCH F. D. A KOL.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999, s. 21.

⁵⁴ KOCOURKOVÁ J. ET AL.. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 19.

⁵⁵ TAMTÉŽ, s. 19.

U dívek trpících mentální bulimií jsou projevy podobné. Jsou také hodnoceny jako odpovědné, přizpůsobivé i se sklonem k perfekcionismu. Jsou velmi závislé na hodnocení okolí. Cení si sebeovládání a sebekontroly. Její porušování ve vlastních bulimických záchvatech snášejí velmi špatně, s pokořením, studem a pocity viny. Dívky se mohou stát sociálně izolované. Izolace souvisí s tím, že až 85 % času jsou zaměstnány jídelními problémy a potížemi. Z tohoto stylu života se můžou u dívek vyskytnout i jiné problémy, a to například drogy nebo promiskuita.⁵⁶

Dívky v mentální bulimii po určitém redukčním období, začínají s tajným přejídáním. Tyto výkyvy bývají provázeny následným zvracením, ve snaze snížit kalorický příjem. Po každém takovém záchvatu přejídání následují pocity viny a vztek. Je to koloběh, do kterého se dívka stále více zaplétá a nemůže se z něj dostat ven.⁵⁷

3.3 Specifika u chlapců

U chlapců je výskyt PPP méně častý než u dívek. Obvykle se uvádějí údaje kolem 10 % u chlapců oproti dívkám, ale v dnešní době je výskyt daleko častější. PPP se staly problémem, jak u mužů, tak i dívek.⁵⁸

První případ mentální anorexie byl u muže popsán už v roce 1694, to nám ukazuje, že poruchy příjmu potravy jsou trápením u obou pohlaví. I když u mužů je výskyt méně častý, z toho také odborníci začali usuzovat, že PPP se objevují převážně u homosexuálních osob, u kterých byly PPP častější, než u mužů heterosexuálních. To však může být také zavádějící a to z důvodů, že muži se ke své homosexualitě nepřiznávali ať už ze studu, nebo ze strachu ze společenského zavržení. Homosexuální muži přikládají větší váhu svému vzhledu. Mají strach z tloušťky, a proto se u nich můžou častěji projevit PPP.⁵⁹

⁵⁶ KOCOURKOVÁ J. ET AL.. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 19 - 20.

⁵⁷ TAMTÉŽ, s. 20.

⁵⁸ KRCH F. D. A KOL.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999, s. 41 – 43.

⁵⁹ TAMTÉŽ, s. 41 – 43.

Chlapci mají nad děvčaty jednu výhodu, v období dospívání méně tloustnou, ale na rozdíl od dívek se u nich objevuje touha po tom být silnější, mít lépe vypracovanou postavu. To může vést muže k užívání anabolických steroidů a k aktivnímu provozování sportu. Užívání anabolik vede však ke strachu z dospívání a mohou se na základě toho rozvinout i bulimické příznaky.⁶⁰

Základní důvody pro změnu postavy u mužů mohou být zdánlivě jiné než u žen, vedou však ke stejným problémům jako u žen. Jsou spojeny stejně se zvýšenou orientací na výkon. Snaží se udělat dojem na své okolí, jak svým tělem, tak svými schopnostmi. Celý tento proces je však, stejně jako u dívek, doprovázen strachem a nejistotou.⁶¹

4. Nové druhy PPP

Ortorexie, Bigorexie a drunkorexie jsou relativně novými typy poruch příjmu potravy, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie, bulimie či psychogenní přejídání.⁶²

4.1 Ortorexie

Je patologická posedlost zdravou výživou. Slovo ortorexie se skládá ze dvou řeckých slov: „orthos“ – správný a „orexis“ – chuť. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Pacient má hrozný strach z nezdravého jídla a zdravé jídlo stále více a více zkoumá, zda náhodou nemá známky něčeho špatného. Jeho jídelníček se stále zužuje a nemocný postupně ztrácí tělesnou hmotnost a začíná trpět podvýživou.⁶³

⁶⁰ KRCH F. D. A KOL.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999, s. 41 – 43.

⁶¹ TAMTÉŽ, s. 41 – 43.

⁶² KULHÁNEK J.. *Články nejen o anorexii a bulimie*. Praha : <http://pppinfo.cz/ortorexie-bigorexie-drunkorexie_clanek_show.asp>

⁶³ *Ortorexie*. Praha : <<http://slovník-cizich-slov.uzdroje.com/slovo=ortorexie>>

Ortorexie je psychickým průběhem velmi podobná mentální anorexii. Postižený musí také neustále myslet na jídlo, trápí ho úzkost a deprese, které postupně vedou k pocitu osamění a izolaci. Postižení touto chorobou jsou odpůrci umělých hnojiv, geneticky upravovaných potravin bez použití chemických konzervantů a barviv. Nakupují hlavně bio-potraviny ze speciálních obchodů. Patologické je na tom extrémní odmítání všeho ostatního. Časem se však i biopotraviny stávají zdraví ohrožující. Tady už působí psychika a přibývající strach. Tento problém se častěji vyskytuje u žen, ale procento není tak velké jako u anorexie či bulimie.⁶⁴

4.2 Bigorexie

Tato porucha se přímo netýká jídla, ale posedlostí vlastním tělem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí. Asi častěji se setkáme v odborné literatuře s názvem „dysmorfofobie“ nebo také pod názvem „Adonisův komplex“.⁶⁵

Osoby trpící touto poruchou si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí, trápí je to a jsou ochotni pro dosažení vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat v podstatě cokoli. Většinou jsou pak závislí na posilování. Začínají si pomáhat také tím, že zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky, podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus.⁶⁶

Hlavním rizikem této poruchy je tzv. „overuse syndrom“ což znamená poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním. Toto přetěžování vzniká nevyváženou stravou a nadužíváním ergogenických prostředků (doplňky,

⁶⁴ KULHÁNEK J.. *Články nejen o anorexii a bulimie*. Praha : <http://pppinfo.cz/ortorexie-bigorexie-drunkorexie_clanek_show.asp>

⁶⁵ KOLOUCH V.. *Bigorexie*. Praha : <<http://anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/bigorexie>>

⁶⁶ TMTĚŽ

obsahující vysoké množství bílkovin a aminokyselin). Často je také přetěžován trávicí systém, ledviny a játra.⁶⁷

Bigorektici trpí nadváhou. Tuto nadváhu získají díky vysokému příjmu energie, kterou záměrně potřebují kvůli svalovému růstu. Hlavním rizikem je sociální izolace, podobně jako u jiných závislostí i tady ztrácejí nemocní společná témata s ostatními lidmi. Před kontakty se společností dávají přednost fitcentru. Další problém, který u bigorektiků může vzniknout, je nedostatek financí. Cvičení ve fitcentru a potřebná strava je velmi finančně nákladná. Dochází tedy ke ztrátě zaměstnání a úplné izolaci a posedlosti vlastním tělem.⁶⁸

4.3 Drunkorexie

Tímto termínem označujeme opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, převážně tvrdý alkohol, je velmi kalorický. V popředí je samozřejmě nespokojenost s vlastním vzhledem a úzkost z přibírání na váze. Do drunkorexie také patří cílené zvyšování výdeje energie na párty nebo diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji.⁶⁹

Ačkoliv se nám to může zdát směšné, tato porucha se v poslední době stává velmi oblíbenou a častou. Postihuje častěji ženy než muže. 30% dívek ve věku 18 – 24 let vynechávají jídlo, aby mohli více pít alkohol. Hlavním nebezpečím tohoto chování je, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně než 15 minut. Tím je účinek alkoholu silnější a také mnohem nebezpečnější. Tělo alkohol hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce než je normálně zvykem. Postižení si to odůvodňují tím, že po vynechání jídla mohou vypít více alkoholu.⁷⁰

Kombinace alkoholu a energy-drinků je velmi nebezpečná. Dochází k rychlému zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň se snižuje

⁶⁷ KULHÁNEK J.. *Články nejen o anorexii a bulimie*. Praha : <http://pppinfo.cz/ortorexie-bigorexie-drunkorexie_clanek_show.asp>

⁶⁸ TAMTÉŽ

⁶⁹ TAMTÉŽ

⁷⁰ TAMTÉŽ

schopnost vnímat únavu. Velké nebezpečí je to pro lidi se srdeční vadou nebo hypertenzní pacienty, kteří jsou ohroženi kolapsem. Dnes existuje celá řada náhlého úmrtí.⁷¹

Drunkorexie ohrožuje psychiku, podobně jako jiná porucha příjmu potravy. Postižení zažívají úzkost při snaze kontrolovat své proporce. Jsou nespokojení z toho, že se nedaří udržet, či zlepšit postavu, podle jejich představ. Propadají depresím. V opilosti, či v kocovině, se nemocní přestávají kontrolovat a nají se. Pak přicházejí výčitky a další deprese. Nastupuje také společenské strádání. Z důvodu hladu jsou postižení podráždění a z nedostatku jídla jsou rychleji opilí a tím snižují společenskou atraktivitu. Přicházejí pocity odcizení, osamělosti a izolace.⁷²

5. Ideální váha – jak jí počítat (BMI)

5.1. Co je to BMI

Neboli Body Mass Index – index tělesné hmotnosti. Tento index definoval v minulém století Belgičan A. Quetelet. Používá se k hodnocení tuku v našem těle a tím vymezuje rozmezí mezi podváhou a nadváhou.⁷³

Podíl tuku v organismu je určován pohlavím, také věkem a etnickým původem člověka. U žen je fyziologický podíl tuku v organismu větší než u mužů. V číslech je to v rozmezí 18 – 30 % u žen a 10 – 25 % u mužů. Ale s přibývajícím věkem, jak u mužů, tak u žen, tuk v těle roste. Velikost BMI může být však jiná, například u sportovců. Tím, že sportovcům stoupne BMI neznamená to, že mají nadváhu, ale že se jim zvětšila svalová hmota. S nárůstem BMI však také stoupají zdravotní rizika.⁷⁴

⁷¹ KULHÁNEK J.. *Články nejen o anorexii a bulimie*. Praha : <http://pppinfo.cz/ortorexie-bigorexie-drunkorexie_clanek_show.asp

⁷² TAMTÉŽ

⁷³ KRCH F. D. A KOL.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999, s. 81.

⁷⁴ TAMTÉŽ, s. 81.

$$BMI = \frac{\text{tělesn váha (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Výška se uvádí v metrech, tj. měříte-li 170 cm, do vzorce dosadíte hodnotu 1.70. Druhou mocninu získáte tak, že 1,70 násobíte 1,70. Normální hodnoty u dívek se pohybují kolem 19 až 24 BMI. Obezita je až u hmotností vyšších než BMI 30.⁷⁵

5.2. Ideální - zdravá váha u dospělých

Každý člověk je v jistém ohledu originální, má jinou stavbu kostí, jinou genetickou výbavu, jiný životní styl. Ideální váha je tedy opravdu jen ideální a u každého člověka je svým způsobem specifická. Stejnou váhu nemůže mít žena pracující v kanceláři, která celý den sedí a žena věnující se sportu nebo profesi, která je fyzicky náročná. Základem zajištění zdravé váhy je určitá rovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem. Ideální je, pokud převyšuje energetický výdej energetickému příjmu.⁷⁶

U osob, které jsou náchylné ke vzniku obezity, bývají tyto regulační mechanismy, které zajišťují stabilitu, porušeny. Pokud je dlouhodoběji nerovnováha mezi příjmem a výdejem, vyvolá to hromadění tukových zásob a tím stoupne hmotnost člověka.⁷⁷

⁷⁵ KRCH F. D.. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002, s. 77.

⁷⁶ KRCH F. D. A KOL.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Grada, 1999, S. 82.

⁷⁷ TAMTÉŽ, s. 82.

Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let

(zaokrouhlené odhady u ženy s normální tělesnou konstitucí)⁷⁸

Tělesná výška (v cm)	Tělesná váha (v kg)
158	48 – 54
160	49,5 – 55,5
162	50 – 56
164	51,5 – 58
166	53 – 59,5
168	54,5 – 61,5
170	55,5 – 62,5
172	57 – 64
174	58,5 – 66
176	60 – 67
178	61 – 68,5

5.3. Ideální – zdravá váha u dětí

Pokud přemýšlíme o ideální váze dětí, je třeba nutně brát na zřetel jejich věk. U dětí mladší než 15 let bude nižší váha odpovídající BMI 19. Také energetický příjem a výdej je jiný. Děti potřebují hodně energie, protože se více pohybují. Tedy, takto tomu bylo dříve, dneska jsou děti více u počítače a místo svačín dostávají peníze na jídlo z fast foodu. Mladé dívky berou tuk a tukové zásoby jako zdravotní ohrožení. Přitom je to bráno přírodou jako velmi praktické, snaží se mladého člověka zabezpečit a zabránit pocitu nepohody. Tukové zásoby mají umožnit dítěti přežít. Příroda to s námi myslí dobře, jen lidé to kazí tím, že je na každém rohu cukrárna nebo rychlé občerstvení, které představuje pro mladý organismus velké ohrožení.⁷⁹

U mladších dětí se používá častěji než BMI tzv. Children's Eating Attitude Test, který je vytvořen pro děti ve věku od 8 do 13 let. U mladších dětí je rozpoznání poruch příjmu potravy trochu jiné než u dospělých. Děti častěji popírají své potíže, jsou rafinovanější a také mají větší problém v komunikaci a práci s lékařem. Některé knížky uvádějí, že poruchy příjmu potravy jsou u dětí

⁷⁸ KRCH F. D.. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002, s. 76.

⁷⁹ TAMTÉŽ, s. 79.

lépe léčitelné a nejsou tak vážné jako u dospělých. Nejdůležitější je asi zvážit důvod onemocnění.⁸⁰

Průměrná váha českých dívek starších 9 let se pochybuje v následujícím rozmezí (podle P. Bláha: BMI současné československé populace, USMP, Praha 1991.)⁸¹

9 let	BMI 14,8 – 17,5
10 let	BMI 15,2 – 17,8
11 let	BMI 15,7 - 18,7
12 let	BMI 16,2 – 19,3
13 let	BMI 17,0 – 19,9
14 let	BMI 17,8 – 20,8
15 let	BMI 18,7 – 21,7
16 let	BMI 19,3 – 22,3

5.3 Jak se stravovat při PPP

Jídelníček každé osoby by měl být pestrý. Jsou potraviny, které potřebujeme každý den, k nim patří – ovoce, zelenina, obiloviny a mléčné výrobky. Ostatní jako je například maso, v každodenním jídelníčku být nemusí. Důležitá je také pestrost a ne stereotyp, ten nás svádí k opětovným poruchám.⁸²

Další ze zásady správného stravování je jíst pravidelně a to u osob s PPP 5 až 6 jídel denně. Dlouhodobě postižení mají tendenci velikost porcí posuzovat podle tabulek, důležité je však naučit se porce odhadovat a ne počítat. Další důležitou věcí je pro nemocného motivace. Musí si neustále opakovat, že chce přibrat, musí toho sníst víc než dosud. Orientační hodnota denního energetického

⁸⁰ KOCOURKOVÁ J. ET AL.. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 81 – 85.

⁸¹ KRCH F. D.. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002, s. 79.

⁸² *Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii*. [online]. Praha : <http://.pppinfo.cz/stravovani_menu.asp>.

příjmu při léčbě mentální anorexie je asi 3 500 KCal (pro srovnání u zdravého člověka stačí kolem 2 000 KCal). S tím je také spojeno omezení aktivního pohybu (sport, cvičení) na minimum. Pak lze dosáhnout přírůstku hmotnosti mezi 0,5 až 1 kg za týden.⁸³

V první fázi zvedání příjmu je pocit plnosti a nechuti u nemocného úplně normální. Nemělo by to však trvat déle než jeden týden. Další důležitou věcí pro osoby, které se snaží normálně jíst, je stanovit si pravidelný režim. Může se zdát, že je to velmi složitý úkol, ale je to jeden z klíčových bodů. Pomáhá to zmírnit úzkost před jídlem a odpadá tak rozhodování, jestli jíst teď nebo až za chvíli. Důležitá je pomoc rodiny nebo partnera, který by měl být v tomto období velkou oporou.⁸⁴

Porovnání běžného jídelníčku a jídelníčku při podvázce:

	Běžná porce	Porce při podvázce
Snídaně	2 celozrnné rohlíky se sýrem	2 celozrnné rohlíky s máslem a sýrem
Svačina	Hruška	BeBe sušenka, hruška
Oběd	Pečená sekaná, bramborová kaše, zeleninový salát	Drůbková polévka, pečená sekaná, bramborová kaše, větší zeleninový salát se sýrem
Svačina	Jablko	Puding s ovocem
Večeře	Vaječná omeleta se šunkou, 1 ks pečiva	Vaječná omeleta se šunkou, 2 ks pečiva
2. večeře	Meloun, či jablko	Smetanový jogurt, meloun či jablko

⁸³ *Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii.* [online]. Praha : <http://pppinfo.cz/stravovani_menu.asp>.

⁸⁴ TAMTÉŽ

6. Media a jejich vliv na společnost

Média v poslední době stále častěji ukazují na kost vyhublé modelky (z 12 finalistek Miss ČR 2003 měly 3 anorektickou váhu), herečky, baletky, profesionální tanečnice s anorektickou váhou a chováním. Diety jsou brány jako správné, jako součásti života a směřované pro mladé dívky. Každý z nás si může na internetu přečíst, jak vypadá život anorektiček a bulimiček ale hlavně, co je potřeba k tomu, stát se takovou pravou anorektičkou. Media tuto posedlost po extrémní štíhlosti v poslední době prezentují jako formu náboženství. Nejsi dostatečně hubený, tak nejsi nic.⁸⁵

Současný svět je zmatený z reklam a toho co prezentují media. Toho je důkazem už legendární panenka Barbie a její „zvláštní“ tvary. To, že není normální s takovou postavou ve skutečnosti přežít, děti už nevidí. Toto všechno se může stát spouštěčem nemoci, ale také tuto nemoc udržuje. Když se podíváme i do módního průmyslu, na trhu i v obchodech s oděvy jsou většinou prodávány oděvy malé velikosti jako je S a v poslední době oblíbená velikost XS.⁸⁶

Tlustí lidé v dnešní společnosti nemají šanci na úspěch ani na štěstí. Tímto sdělením nás denně bombardují nejrůznější média a podle psychologů jsou právě lifestyleové magazíny a televizní seriály zodpovědné za vzrůstající počet poruch příjmu potravy. Děti a dospívající se v průměru dívají na televizi víc, než jednadvacet hodin týdně. K tomu je nutno také připočítat čtení velké řady magazínů. Obraz, který tento typ médií svému publiku dává, je od reality velmi vzdálený.⁸⁷

Když se nad tím zamyslíme tak herci a modelky, které nám média prezentují jako šťastné, vyrovnané a úspěšné, jsou vždy štíhlí, mladí a mají pevné souměrné tělo. Roli zlých, hloupých a neoblíbených, hrají vždy herci starší, neupravení a převážně silnější. V průměru 32 % žen, které televize zobrazuje, mají podváhu a jen 3 % žen jsou naopak obézních.⁸⁸

⁸⁵ PAPEŽOVÁ H.. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003, s.19.

⁸⁶ TAMTÉŽ, s. 19

⁸⁷ *Jen štíhlé uspějí, tvrdí media. A ženy podléhají*. Praha : <<http://zdravi.idnes.cz>>.

⁸⁸ TAMTÉŽ

Mužsky prezentovaný model se od žen liší. U kladné mužské postava není důležitý věk. Muž musí být hlavně silný a úspěšný a to ve všech oblastech. Podmínkou je samozřejmě krásné, vypracované tělo a perfektní kariéra. Štíhlost u mužů není tak žádoucí, důležité jsou svaly, síla, moc a schopnosti. Vychrtlost je synonymem slabosti, křehkosti, popřípadě narkomanie.⁸⁹

Příkladem nezdravé krásy jsou modelky, které se na nás denně smějí z televizních obrazovek. Typickou modelkou trpící anorexií je např. Kate Moss a z českých modelek Eva Herzigová. Dalším příkladem je smrt uruguayské modelky Eliny Ramosové, které zemřela na následky drastických diet. Jednou ze známých modelek je také naše Martina Kopřivová, která vyhrála svůj boj s anorexií a rozhodla se pomoci dalším dívkám, které se do tohoto koloběhu dostanou. Dnes je z ní spisovatelka a také patronka českých Miss.⁹⁰

V dnešní době se však media snaží svou chybu trochu napravit. Svou chybu napravují i modelingové agentury. Snaží se zvýšit věkovou hranici pro modelky a odstranit z mola velmi štíhlé modelky a to s BMI nižším než je 18, což znamená, že při výšce 175centimetrů musí vážit aspoň 56kilogramů.⁹¹

Také se rozběhla ve světě „Kampaň za skutečnou krásu“, kterou odstartovala britská společnost Dove. Tato kampaň má ukazovat skutečné ženy. Vznikla na základě nespokojenosti společnosti s tím, co nám prezentují media a už dnes některé z reklam můžeme vidět v televizi. Na základě kampaně jsou měřeny a váženy „obyčejné“ ženy, aby se zjistila skutečně nositelná velikost. Cílem je také přesvědčit módní výrobce, aby si na pro své modely vybíraly modelky větších (normálních) velikostí. Snaží se pomoci zvednutím sebedůvěry všem ženám, hlavně o prevenci poruch příjmu potravy a zaměření na její problematiku.⁹²

⁸⁹ *Jen štíhlé uspějí, tvrdí media. A ženy podléhají.* Praha : <<http://zdravi.idnes.cz>>.

⁹⁰ *Trend vyzábělých modelek ničí české dívky.* Praha : <<http://zdravi.idnes.cz>>

⁹¹ TAMTĚŽ

⁹² *Kampaň za skutečnou krásu.* Praha : <<http://kampanzaskutecnoukrasu.cz>>

7. Léčba a terapie u PPP

7.1 Motivace k léčbě

Z hlediska závažnosti a dlouhodobosti této choroby je dnes už celá řada léčebných postupů a druhů terapie. Základem léčení je ale celkový přístup a to, jak po psychické, tak po somatické stránce. U vážnějších případů je k tomu potřebný i pobyt na příslušné klinice, někdy je pobyt nutný i bez souhlasu pacientů. Pro uzdravení je také důležité vlastní přesvědčení pacienta. Musí sám chtít změnu a uvědomit si, že něco není v pořádku, že takhle to být nemá. To je pro většinu pacientů velmi složité, ale jen tak jde člověku pomoci.⁹³

Pro vyléčení je třeba změna chování a ta není vůbec jednoduchá. Připomeňme si lidi, co chtějí přestat kouřit, pít, či se zbavit závislostí na dalších látkách. Důležitá je motivace k takové změně. Motivaci můžeme rozdělit do pěti následujících kroků:

1. **Popření** – první stádium. Člověk nevěří, že má nějaký problém, je spokojený a nevidí, že je něco v nepořádku. Nechce nic měnit.
2. **Úvahy** – stádium pozorování. Člověk začíná vidět, že je něco špatně, přemýšlí o tom, pozoruje problémy s jídlem. Ale nedělá žádné příslušné kroky, všechno nechává při starém.
3. **Příprava**. Člověk uznává, že má problém a chce pomoci. Ale má strach z toho, co se stane, když své jídelní návyky změní.
4. **Akce**. Člověk je rozhodnutý změnit svůj život. Snaží se věřit, že dokáže žít jinak a snaží se využít podpory okolí ke své změně.
5. **Udržení** – konečná etapa.⁹⁴

Když už přistoupíme k léčbě, je velmi důležité samotného pacienta i jeho rodinu, popřípadě přátelé, informovat o tom, co je to vlastně taková porucha příjmu

⁹³ LEIBOLD G.. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 93 – 94.

⁹⁴ PAPEŽOVÁ H.. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003, s. 28.

potravy. Nemocnému, ale také rodičům, to pomáhá překonat pocit osamění, studu a případné viny. Také informace, které se týkají odborníků a možnosti pomoci.⁹⁵

7.2 Hospitalizace

K hospitalizaci může dojít ve dvou případech. Buď z vlastního rozhodnutí nemocného, nebo pokud již není jiná varianta. Pro rodiče a partnery je přijetí do odborného zařízení velmi těžké, znamená to, že pacient je ve vážném stavu a není již jiná forma pomoci. Rodiče se radši vyrovnávají s faktem, že jejich dítě málo jí, přehnaně cvičí a má na sebe až přehnaně vysoké nároky, než s tím, že jejich dítě – či partner je nemocný a potřebuje odbornou pomoc.

Hospitalizace se doporučuje při těchto důvodech:

- váhový úbytek více než 25 %
- dehydratace
- příznaky oběhového selhání – pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh
- zvracení nebo zvracení krve
- těžká deprese nebo suicidální chování⁹⁶

7.3 Základní druhy terapie

7.3.1 Rodinná terapie

Patří mezi jednu z nejdůležitějších terapií, při níž se snaží odborník pomoci nejen samotnému nemocnému, ale celé jeho rodině. Snaží se hlavně o změnu postojů rodičů ke svým dětem. Většina rodičů je zaměstnána sama sebou, matky bývají perfekcionista s malým množstvím empatie k dítěti a otcové jsou většinou velmi zaměstnáni nebo se nechtějí příliš do výchovy svých dětí míchat. Obojí postavení je špatné. V rodině selhaly vzájemné vazby a umění naslouchání.⁹⁷

Rodinná terapie může začít kdykoliv během léčby. Velkou roli mají také sourozenci, kteří jsou důležitou složkou podpory. Rodina se má naučit mluvit

⁹⁵ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 121.

⁹⁶ TAMTÉŽ, s. 122.

⁹⁷ KOCOURKOVÁ J., ET AL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 110 – 111.

o věcech, o kterých do této doby mlčela. Vyjádřit svoje potřeby a najít každému členovi rodiny své místo v ní.⁹⁸

7.3.2 Skupinová terapie

Tato metoda je nejvhodnější pro adolescenty. Najdeme ji prakticky ve všech léčebných programech pro pacienty s problémy s jídlem v průběhu hospitalizace. Stejně, jako každá terapie, má své výhody i nevýhody. Nejprve chybí pacientům motivace, celkově odmítají léčbu, nedůvěřují odborníkům a vyhýbají se veškerému otevřenému kontaktu s lidmi. Zajímá je stále jen jejich jídlo a váha. Dívky jsou přesvědčeny, že jsou zvláštní a jejich problému nemůže nikdo jiný rozumět.⁹⁹

Skupinová terapie je zaměřena na rozvoj sebeúcty. Vede je terapeut, aby mohl skupinu korigovat a vést ji k cíli, ale také, aby si účastníci mohli navzájem pomoci. Skupina bývá složena ze šesti až dvanácti účastníků, kteří se scházejí vícekrát týdně, aby si zde otevřeně povídali. Už jen toto povídání pomáhá, protože dnes je málo možností a času si s někým o svých trápeních otevřeně promluvit. Každý ze zúčastněných pozná, že se svou poruchou není sám a může se otevřeně podělit o svou zkušenost. Také úspěchy ostatních v boji proti nemoci jsou důležitým motivačním prvkem. Terapeut se snaží příliš nezasahovat, ale nenápadně řídí a směřuje skupinu. Hlavní práci už zvládnou účastníci sami. Skupinová terapie by měla pokračovat i po propuštění z nemocnice a to buď ambulantně u psychoterapeuta, nebo v samostatné svépomocné skupině.¹⁰⁰

7.3.3 Individuální terapie

Uplatňuje se hlavně u starších adolescentů. Je důležitá u pacientů s mentální anorexií a emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu. Má pomoci dítěti, aby

⁹⁸ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 123.

⁹⁹ KOCOURKOVA J., ET AL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v děství a dospívání*. Praha : Galén, 1997, s. 113 – 114.

¹⁰⁰ LEIBOLD G.. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 112 – 113.

řešilo otázky s rodiči, a terapeut slouží jako prostředek, na kterém si to může dítě vyzkoušet.¹⁰¹

Nejčastěji se přejde k individuální terapii tam, kde je rodinná terapie neúčinná. Často z důvodů objevení jiných, dříve utajovaných témat, jako je například zneužívání. Účinná je také při současně probíhající depresi a u emočních poruch, jako je například strach z polykání nebo z udušení.¹⁰²

7.3.4 Ostatní možnosti terapie

Kromě těchto vyjmenovaných terapií je tu škála dalších. Například Kognitivně behaviorální terapie, Interpersonální terapie, Psychodynamická terapie a farmakoterapie.

Já bych se chtěla ještě zastavit u výše zmíněné Kognitivně behaviorální terapie. Tato terapie má dlouhodobou historii a je uznávanou léčebnou technikou, jak k léčbě mentální anorexie, tak bulimie. Cílem je zvýšit váhu pacienta a minimalizovat neshody s personálem v oblasti jídla. Zaměřuje se také na poruchy chování a další projevy spojené s nemocí pacienta. Snaží se, kromě váhového přírůstku, také rozvinout osobnost pacienta. Začlenit ho do společenských aktivit na oddělení, umožnit vycházky, návštěvy svého domova a rodiny a nezanedbat kontakt se školou a spolužáky. Tato teorie otevřeně mluví jak s pacientem, tak s jeho rodinou a informuje všechny zúčastněné o průběhu léčby. Má rozvíjet vlastní schopnost rozhodování a myšlení. To se však může stát problematické dětem, které nejsou zvyklé rozhodovat a jednat bez přítomnosti rodičů.¹⁰³

7.3.5. Terapeutické techniky

Co to vlastně jsou terapeutické techniky? Je to plejáda určitých cvičení, které se stávají prostředníkem, kterým lze dosáhnout našich cílů. Tyto cvičení nemusí být nutně jen k léčbě PPP, ale dají se použít k dosažení různých cílů.

¹⁰¹ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 124.

¹⁰² TAMTÉŽ, s. 124.

¹⁰³ LEIBOLD G.. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995, s. 102 – 104.

- Relaxační a dýchací cvičení
- Masáže
- Hraní role
- Fyzické aktivity, sporty a hry
- Tanec a kreativní pohyb
- Cvičení smyslového vnímání
- Vnímání sebe a svého těla
- Řízené představy ¹⁰⁴

8. Kontaktní centra pomoci

Osoby, které se dostanou do problému s příjmem potravy, se mohou obrátit na odborníky, linky důvěry, krizová centra, rodinné poradny, pedagogicko psychologické poradny, psychoterapeutická centra. Konkrétněji zmíním např:

- Psychoterapeutická skupina pro nemocné ppp – anorexie, bulimie, přejídání. Tato skupina je speciálně zaměřená na léčbu mentální anorexie a bulimie (Haštalská 27, Praha 1).
- Psychoterapeutická skupina pro ženy a dívky – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, nabízí možnost účasti na uzavřené psychoterapeutické skupině určené dívkám a ženám, které se ve svém životě potýkají s poruchou příjmu potravy nebo v současné době řeší svůj problematický vztah k jídlu. (Kontaktní centrum Anabell Praha, DDM hl. m. Prahy – stanice přírodovědců, Drtinova 1a)
- Klub pro pacienty a zájemce o léčbu PPP – informační setkání za účasti odborníků a pacientek, které léčbou aktuálně procházejí, nebo ji v nedávné době úspěšně ukončily. Nabízí možnost nezávazné konzultace a doporučuje k odpovídající komplexní individualizované péči. (Psychiatrická klinika VFN, Ke karlovu 11, Praha 2)

¹⁰⁴ KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999, s. 180.

- Klub pro rodiče a přátele – otevřené, informativní fórum vedené odborníkem zaměřené na praktickou stránku toho, jak motivovat a podpořit nemocného s PPP, na možnosti a hranice léčby poruch. (Psychiatrická klinika VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2)
- Svépomocná skupina ppp v Brně – skupinka – je součástí programu Občanského sdružení Anabell. (Brno, Dům lékařských služeb, Bratislavská 2)
- Svépomocná skupina pro rodiče a přátele – skupinka (Brno, Dům lékařských služeb, Bratislavská 2)¹⁰⁵

Uvedla jsem jen krátký výčet pro představu. Dnešní doba je s nabídkou pomoci na velmi dobré úrovni. Snaží se vyjít vstříc potřebám nemocných, ale také rodinných příslušníků, partnerů, zaměstnání a v neposlední řadě také škole. Ve většině měst je dnes možnost najít informace a možnou radu nebo dokonce specializovanou pomoc.¹⁰⁶

¹⁰⁵ *Nabídka akcí.* Praha : <http://pppinfo.cz/kontakt_list.asp>

¹⁰⁶ *Nabídka akcí.* Praha : <http://pppinfo.cz/kontakt_list.asp>

9. Kasuistika

9.1. Kasuistika I.

Se svou klientkou L. T. jsem se setkala díky mojí sestře. L. T. je sestry blízká přítelkyně. Je 17 let stará. Žije s matkou a starším bratrem. Pochází z rodiny se slušným zázemím. Studuje zdravotní střední školu v Klatovech. L. T. je velmi milá a sympatická dívka s nápadně hezkým obličejem a trochu tichým a zdrženlivým vystupováním. L. T. měla už delší dobu projevy vedoucí k této poruše. Stále se zajímala o svou váhu a o vzhled. Tím dávala svému okolí najevo, že něco není nebo nebude v pořádku.

Sestra se mi před měsícem svěřila, že její přítelkyně v poslední době velmi zhubla a straní se společnosti. Řekla jsem, že pokud bude L. T. chtít, tak se spolu můžeme sejít a promluvit si o tom, co se v poslední době děje. Nečekala jsem tak brzkou odpověď a dočkala jsem se telefonátu, ve kterém mne L. T. žádala o schůzku a pomoc.

Při našem prvním setkání jsem byla v šoku a velmi překvapená. L. T. měla původně pěknou ženskou postavu a usměvavou tvář. Teď přede mnou seděla, pila mattonku. Měla propadlý obličej, vrásky kolem očí a rachitickou postavu. Nejprve jsme jen volně konverzovaly a povídaly si. Pak L. T. velmi znejistěla a začala pomalu vyprávět, jak se svým hubnutím začala. Ptala jsem se jí, co jí k tomu vedlo. Ona mi začala líčit, jak se cítila tlustá a sama sobě odporná. Chtěla ze sebe udělat někoho jiného s dokonalým tělem. Trochu mne z toho zamrazilo, ale ptala jsem se dál na to, jakou dietu držela. Říkala, a přitom se mi nedívala do očí, že prostě přestala úplně jíst. Jedla jen jednou denně a to například jablko nebo trochu jogurtu. Ptala jsem se co maminka, jestli si nevšímala, že nejí společné jídlo. Trochu provinile se usmála a přiznala, že bratr o tom, že nejí, věděl, a všechno za ní jedl, aby to nemusela jíst ona sama. Maminka prý o ničem neví. Má málo času a moc si dětí nevšímá. Tohle ve mně vzbudilo vztek a přemýšlela jsem, co je to za mámu, že si nevšimne své vyhublé dcery. Ale pak jsem si uvědomila tu dnešní uspěchanou dobu a matce trochu, ale opravdu jen trochu, odpustila.

Další moje otázka byla na to, jestli bere také nějaké léky. Nechtěla jsem na L. T. tlačit, ale potřebovala jsem vědět, co všechno se s ní děje. Nejdříve se zarazila, asi se bála přiznat, ale nakonec se na mě smutně podívala a řekla, že prášky nebere, ale užívá projímadlo a to je také jedním z problémů, protože teď kvůli projímadlu v sobě nic neudrží. To mě vyděsilo. Velmi mne také zajímalo, jestli k tomu všemu ještě zvrací, ale ona sama mi řekla, že ne, což jsem ji opravdu nevěřila, protože jsem viděla v její tašce kartáček a pastu. To je ale moje pouhá dedukce, ale není potvrzená.

S L. T. jsem strávila celé odpoledne. Dozvěděla jsem se i to, že její porucha je už v takovém stavu, že ona sama je ze sebe nešťastná a moc by si přála všechno dát zase do pořádku. Bylo mi jí velmi líto a moc jsem jí chtěla pomoci. Proto jsme se dohodly, že se sejdem zítra znovu a domluvíme se, co bude dál. Řekla jsem jí, že bude dobré, když o svém stavu řekne své matce a vezme ji zítra s sebou. Já sama jsem přemýšlela, jestli vůbec zítra přijde a věděla jsem, že pokud chce se sebou něco dělat, tak to dokáže.

Druhý den jsme se setkali s L. T. i její maminkou, která se tvářila trochu zahanbeně, a také bylo vidět, jaký má o svou dceru strach. Domluvily jsme se na tom, že si maminka vezme dovolenou, aby mohla trávit se svou dcerou větší množství času a já jí poskytla dostupnou literaturu, kde se o nemoci své dceři dozví to, co potřebuje ona i její dcera. Také jsem jim zprostředkovala adresy na místa, kde jim pomohou a promluví si s nimi o tom lépe. Také jsem doporučila návštěvu odborníka a dodala telefonický kontakt. S oběma jsme společně vypracovali provizorní jídelníček, ale v první řadě je nutná již zmíněná návštěva odborníka.

Strávili jsme spolu celé odpoledne, kdy jsem se převážně snažila vysvětlit mamince nemoc její dcery. Po rozloučení jsme si vyměnily telefonní čísla a jsme v neustálém kontaktu s maminkou i dcerou.

9.2 Kasuistika II.

Při jedné ze svých praxí jsem se setkala s mladou slečnou K. M., 14 let. Byla to pohledná dívka, která mě už na první pohled upoutala svou výrazně pohublou tváří a postavou. V obličejí byla bílá a připadala mi velmi smutná. V její situaci jsem tomu však nepřikládala žádný hlubší význam. K. M. mě zajímala už od začátku. Z její anamnézy jsem se dočetla, že pocházela z poměrně bohaté rodiny. Žila s matkou, nevlastním otcem a starším bratrem, který byl ale na výměnném pobytu v zahraničí. Matka byla velmi pracovně vyčerpána a i dcera byla ve svých aktivitách velmi snaživá. Chodila na balet, do umělecké školy a měla výborný prospěch. Ze začátku jsem ani nechápala, co tady, v diagnostickém ústavu, takováhle dívka pohledává.

Začala jsem se o ní a její rodinu trochu hlouběji zabývat a zjistila jsem, že problém pramení v jejím novém otci, se kterým se K. M. nemohla snést. K. M. byla velmi tichá a pracovitá dívka. Ale když jsem se na ní začala více soustředit, uvědomila jsem si, že se vyhýbá společnému stolování, a když už je donucena, tak odchází jako poslední a dobrovolně myje a uklízí nádobí. Pravidelně po jídle chodí na záchod a vrací se vždy trochu roztěkaná.

Jeden den jsem dostala K. M. na starost a měli jsme spolu probrat dějepis. Sedli jsme si v klidu do malé klubovny a nejprve jsme se obě snažili věnovat dějepisu. K. M. byla velmi plachá a velmi těžko se s ní navazoval kontakt. Začala jsem přátelsky a ptala jsem se na její rodinu. Nejprve se jí moc do povídání nechtělo a tak jsem začala hovořit o sobě já. Po chvíli se rozpovídala a začala mluvit o matce a bratrovi. O obou mluvila velmi hezky a až překvapivě nadšeně. Zeptala jsem se jí na otce a to sklopila zrak, bylo vidět, že jí to není příjemné. Nechtěla jsem na ní tlačit a tak jsem zavedla konverzaci jinam. K. M. se však rozpovídala sama a začala vyprávět o tom, že s nevlastním otcem nevychází. Byla dříve silnější postavy, ale měla spoustu kamarádů a nikdy jí to nevadilo. Nevlastní otec se jí však smál a nadával do „tlustých prasat“. Nejprve to ignorovala, ale posléze, když to řekla matce a ta se jí nezastala a nechala otce dceři dále nadávat. Začala se trápit hladu. Chtěla mu dokázat, že je krásná. Dívka se na chvíli odmlčela.

Měla jsem před sebou dívku, s krásnou, sice pohublou tváří, která měla o sobě tak malé mínění, až mi to přišlo líto. Měla přírodně plavé vlasy a výrazné lícni kosti, které teď vyčnívaly až příliš.

Řekla jsem jí, že jsem si všimla, že nejí s ostatními. Ona se jen smutně usmála a řekla, že v poslední době už nemůže v sobě udržet vůbec žádné jídlo. Nejprve jen nejedla, ale pak dostala obrovský záchvat hladu a tak doma snědla, co ji napadlo. Pak zase přišly výčitky a tak všechno vyzvracela. Teď už jí dělá potíže udržet v sobě cokoli. Ptala jsem se, jestli to ví její matka. Řekla, že ano, že spolu o tom mluvili, ale že neví co s ní dělat. Řekla jsem jí, že jí pomůžu, že to bude v pořádku a vzala jsem si od K. M. telefon na její matku. S matkou jsem se domluvila, že až přijde dceru navštívit, tak jí předám nějaké informace. Překvapilo mi, s jakým nadšením to přijala, čekala jsem, že nebude chtít pomoc, ale byla jsem za tohle ráda.

Matka K. M. přišla hned druhý den a já jí řekla, jakým rizikům je její dcera vystavená. Doporučila jsem jí návštěvu odborníka a dala jí i potřebné telefonní kontakty na poradnu. Matka slíbila, že dceru hned objedná a s manželem promluví.

Moje praxe byla u konce. K. M. musela být po pár dnech hospitalizovaná, protože zkolabovala. Teď je už v péči odborníků a já doufám, že bude zase v pořádku a konečně šťastná.

9.3 Kasuistika III.

Paní M. T. 32 let, pracovala jako asistentka ředitele v německé firmě. Byla velmi vzdělaná a na první pohled rozumná žena. Měla malou vilu a žila společně se svou babičkou, o kterou se starala. Nebyla vdaná, všechno obětovala své práci a údržbě svého domu. Měla dvě vysoké školy a obrovský přehled v ekonomice a účetnictví. Byla na první pohled velmi štíhlá. Měla vytrénovanou postavu, chodila několikrát týdně do posilovny a na skupinové cvičení. V obličeji byla milá, ale bylo na ní vidět, že má ráda svůj řád a disciplínu.

Denně nepracovala jako většina lidí osm hodin, ale trávila v práci často celé dny. Podle práce a potřeb zaměstnavatele. Postupem času však byla v práci, i když to právě nebylo nutné. Jak říkala, vždycky si nějakou práci našla. Když náhodou nebyla práce, tak byla v posilovně. Začala se proměňovat před očima. Začala být velmi nervózní a vznětlivá. Neustále někde pobíhala a za celý den nebylo vidět, že by snědla jediné sousto. Na obchodní obědy nechodila, popřípadě si dávala vždy lehký salát s výmluvou, že už jedla nebo že jde večer na oslavu přítelkyně.

Pohledná žena se najednou zdála být o hodně starší. Člověka jen zaráželo, kde bere tu energii. Byla vždy perfektně připravená, ale stále častěji se u ní objevovaly střídavé nálady. Dokázala se během chvíle rozčílit a v zápětí byla klidná jak beránek.

Tohle všechno mě vedlo k dojmu, že něco opravdu není v pořádku. Vzhledem k našemu věkovému rozdílu jsem měla obavy, že M. T. se mnou nebude chtít hovořit. Byla jsem však příjemně překvapená, když přijala moje pozvání na kafe. Nejprve proběhl klasický „rozhovor“. Pak už jsem to nevydržela a řekla jí, že jsem si všimla, že u ní není všechno v pořádku, jestli se něco neděje v rodině nebo v jejím životě. Sklopila oči a přišla mi, jak malé vystrašené dítě. Začala mluvit o tom, že už tři dny vůbec nic nejedla. Vůbec nemůže nic pozřít a začíná sama na sobě vidět, že to není dobré. Ptala jsem se, jestli se něco stalo, co jí nedovolí jíst. A ona řekla, že teď připravuje velkou prezentaci a vedoucímu se její návrhy nelíbí, ona to musí všechno předělat a má strach, že to nestihne nebo to zase nebude dobré. Do toho se babiččin stav zhoršil a ona se cítí nešťastná za to, že nestíhá věci tak, jak by chtěla.

Zeptala jsem se jí na její rodiče. M. T. začala vyprávět, že její rodiče žijí v zahraničí. Tam se odstěhovali před pár lety kvůli práci její matky, která je úspěšná manažerka. Napadlo mne, jestli by jí s babičkou nemohli pomoci rodiče, třeba na pár dní. Na to však M. T. zavrtěla hlavou. Nechtěla rodičům volat a říct jim, že má nějaké problémy. Matku i otce, který byl odborník na počítače, by zklamala.

Ptala jsem se hlouběji na problémy s jídlem. M. T. vyprávěla, že se jí z jídla dělá špatně a nemůže si pomoci. Někdy jí však přepadne hrozný hlad, ale už jen ta myšlenka je pro ni špatná a proto začne intenzivněji cvičit. Dostala se do bludného kruhu, sama cítí, že se s tím musí něco dělat, ale stydí se obrátit na odborníka.

To byla šance pro mne. Začala jsem M. T. vysvětlovat, že to není nic, za co by se měla stydět. Je to nemoc, kterou trpí hodně žen a dívek. Snažila jsem se jí co nejvíce do problematiky zasvětit. Nakonec jsem jí slíbila, že zavolám odborníkovi, se kterým si může dát nezávaznou schůzku a zeptat se, co a jak. M. T. souhlasila a já jsem hned ten den zavolala do poradny, kde jsem na další den domluvila M. T. schůzku. M. T. chodí pravidelně na sezení s odborníkem a její stav se výrazně zlepšil, také díky její kamarádce, které se na radu odborníka, M. T. se vším svěřila a ta jí pomáhá s nemocnou babičkou.

Myslím si, že M. T. je na dobré cestě, protože si sama uvědomila, že není něco v pořádku a měla chuť a snahu s tím něco dělat. Doufám, že ji to vydrží.

9.4. Porovnání kasuistik a srovnání s teorií

Ve všech třech kasuistikách se setkáváme s dívkami a to dívkami velmi šikovnými, inteligentními a cílevědomými. Většinou s řadou zájmů a koníčků a s dobrými studijními i pracovními výsledky.

Další, co se poměrně shoduje, je rodinné zázemí. Všechny tři mají vytížené rodiče s velkými nároky jak na sebe, tak na svoje děti. Také rodiče, kteří si problémů svých dětí ani nevšimli nebo v posledním případě ani neměli šanci všimnout.

Všechny tři slečny jsou si vědomy, že něco není v pořádku. Tím, jak se ztrácejí okolí před očima, vlastně volají o pomoc. Chtějí nám říci, že potřebují, aby si jich někdo všiml, a i když to někdy sami nechtějí přiznat, chtějí pomoc, jen si o ní neumí jinak říci.

U všech se projevují typické znaky poruch příjmu potravy, když začneme od těch markantních jako je vyhublá postava, bílá plet, vrásky kolem očí. Až po nervozitu, roztěkanost, náladovost. Také jsem tu zmiňovala stud a to ve formě

sklopení očí. Dívky se za to, co dělají, stydí. Stydí se ale také sami za sebe, že nezvládly danou situaci. U poslední dívky se objevuje také workoholismus, který se často u anorexie či bulimie vyskytuje.

Dalším typickým znakem je cvičení, které mnohdy vede až do extrému. Má být jako trest, ale také je forma odreagování od myšlenek na jídlo. Dívky se také vyhýbají společnému stolování, raději jedí sami nebo z donucení jen něco lehkého. Také je tu známka izolovanosti od okolí, tím že odmítají určité rituály, jako je například společné stolování, stahují se do sebe a raději se vyhýbají lidem ze strachu, že by museli něco jíst. U první kasuistiky je také zmínka o zneužívání projímadel. To je častým jevem u anorexie, způsobuje to odvodnění, ale také to může znamenat velké nebezpečí.

Ani u jedné nepadlo nic o sexuálním zneužívání v rodině, ani o tom, že by někdo z příbuzných trpěl podobnou poruchou, tím však nechci tvrdit, že se může u poruch příjmu potravy vyloučit. Jen jsem se ve svém případě s tímto jevem nesetkala.

U druhé a třetí kasuistiky je patrné, že počátky nebo určité předpoklady pro vznik onemocnění si nesly obě dívky z rodiny. Ať už je to od provokujícího otce k perfekcionalistické výchově. K rozvoji poruch příjmu potravy však přispěly i další faktory, jako je vysoké pracovní či školní nasazení, nebo například drobný životní neúspěch, který může být tím spouštěčem.

U všech třech je však pozitivní jejich přiznání problému a touha po uzdravení. Jak jsem psala, je důležitá motivace a tu všechny tři měly, i když rozhodně není jednoduché ji získat. Také nám tyto kasuistiky ukazují, že je možné najít pomoc a je na koho se obrátit. Jen nesmíme zavírat oči a musíme se umět dívat po okolí. Je možné, že je někdo vedle nás, kdo podobnými signály volá o pomoc.

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné onemocnění, které však nemůžeme brát jako záležitost jen dnešní doby. Toto onemocnění tu bylo i v minulosti, akorát se jím společnost nezabývala a nebrala na jeho příznaky zřetel. Nejvýznamněji je popsáno u Císařovny Sisi, která trpěla mentální anorexií a měla pro nás teď již typicky rozpoznatelné znaky.

Toto onemocnění může vyvolat řada vlivů, například krize dospívání, biologické předpoklady, deprese, sociální prostředí (rodina), ale také pohlavní zneužívání. Pohlavní zneužívání však nemusí znamenat vždy poruchy příjmu potravy. Stejně jako ostatní vlivy, mohou být spouštěči, ale také nemusí. Jen k vývoji těchto poruch více přispívají.

Rozdílně se také díváme na onemocnění u žen a mužů. Oba mají jiné specifické rysy a také se u nich štíhlost bere trochu jinak. Na muže není dán takový tlak, jako na ženu. Muži chtějí mít spíše vypracovanou, vysportovanou postavu. Zato ženy chtějí být štíhlé. Poruchy příjmu potravy byly také u mužů spojovány s homosexualitou a povoláním, které k homosexualitě nasvědčuje, jako je například profesionální tanečník.

V dnešní době se také objevují nové formy onemocnění jako například ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Ortorexie je posedlost zdravou stravou, která vede až do extrémů. Bigorexie je posedlost vlastním tělem a jeho dokonalostí. Drunkorexie je pro změnu snaha regulovat příjem potravin z důvodu větší konzumace alkoholu. Všechny tyto poruchy jsou v poslední době častější a dostávají nové a nové podoby.

Když je člověk na pochybách, jak má vlastně vypadat zdravá váha, je dobré umět si ji spočítat a vědět co je to BMI. BMI neboli Body Mass Index – index tělesné hmotnosti. Používá se k hodnocení tuku v našem těle a tím vymezuje rozmezí mezi podváhou a nadváhou. Většina z nás vlastně ani neví, jak se správně stravovat při normální váze a ještě navíc při poruše příjmu potravy. Je důležité stanovit pevný jídelníček a vybírat ho pestře a barevně tak, aby se člověku nezprotivil a naučil ho správným jídelním návykům. Důležitá je také

pomoc a kontrola rodiny a blízkého okolí. Při každém onemocnění i chřipce jsme rádi, když je někdo s námi, jinak tomu není ani při poruchách ve vztahu k jídlu.

Dalším činitelem, který se velmi angažuje v této oblasti, jsou média a módní průmysl. Média nemusí mít vždy pozitivní vliv a mohou vést některé lidi k negativnímu jednání. Společnost je denně bombardována reklamami na různé dietní výrobky, prášky či čaje na hubnutí. Také se dívá na přehnaně vychrtlé a vyumělkované televizní hvězdy. Hlavně modelky, které ve většině případů mají velkou podváhu. Jak se má člověk tomuto světu vlastně bránit. Média se tím pádem mohou stát jedním z velkých „podporovatelů“ těchto poruch. Hlavně mladé dívky se chtějí podobat svým hereckým vzorům a snaží se vejít do konfekční velikosti XS. V poslední době se však i média snaží proti tomuto nebezpečnému onemocnění bojovat, tak budeme doufat, že svůj boj vyhrají.

Pokud se člověk ocitne v situaci, kdy on sám nebo jeho blízký se dostane do podobného problému, je dobré vědět, jak se takové poruchy léčí a kde hledat pomoc. Pomoc je dnes téměř na každém kroku a není složité najít kontakt na příslušnou poradnu či přímo odborníka.

Poruchy příjmu potravy jsou velmi ošemetná záležitost, která se může vplížit velmi nenápadně, ale pokud není zachycena včas, má velmi závažné důsledky. Někdy může končit i smrtí. Proto je třeba dívat se kolem sebe a pomoci lidem, kteří se dostali do bludného kruhu a neví jak z něj.

Seznam použitých zdrojů

CLAUDE – PIERRE, P.. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : PRAGMA, 1998. ISBN 80-7205-8018-5.

Kampaň za skutečnou krásu. [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <<http://kampanzaskutecnoukrasu.cz>>.

KOCOURKOVA, J., ET AL.. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KOLOUCH, V.. Bigorexie. *Anabell* [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <<http://anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/bigorexie>>.

KRCH, F. D.. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, F. D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : GRADA, 1999. ISBN: 80-7169-627-7.

KULHÁNEK, J.. Články nejen o anorexii a bulimie. *pppinfo* [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <http://pppinfo.cz/ortorexie-bigorexie-drunkorexie_clanek_show.asp>.

KYBALOVÁ, L., HERBENOVÁ, O., LAMAROVÁ, M.. *Obrazová encyklopedie mody*. Praha : Artia, 1973. ISBN 37-006-74 09.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

MICHAEL, M., KRANZOVÁ, R.. *O poruchách příjmu potravy*. Praha : NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

NAVRATILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN-10: 80-85912-33-3.

Ortorexie. In *Slovník-cizích-slov*. 2009. Praha : [s.n.], 2009. Dostupný z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.uzdroje.com/slovo=orotorexie>>.

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

PAPEŽOVÁ, H.. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003.

ISBN 80-85121-81-6.

PPPinfo. Nabídka akcí [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <http://pppinfo.cz/kontakt_list.asp>.

Pppinfo. Jak se stravovat při mentální anorexii a bulimii. [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <http://.pppinfo.cz/stravovani_menu.asp>.

WELLMANNOVA, J.. *Tajemství císařovny krásy.* Praha : Brána, 2001. ISBN 80-7243-108-0.

ZAJCEV, V.. *Móda a její rozmary.* Praha : Lidové Nakladatelství, 1987. ISBN 26-048-87.

Zdraví.idnes. Jen štíhlé uspějí, tvrdí media. A ženy podléhají [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.idnes.cz>>.

Zdraví.idnes. Trend vyzábělých modelek ničí české dívky. [online]. 2009 [cit. 2009-04-12]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.idnes.cz>>.

Seznam příloh

Příloha č. I - „Svět se mění“ - příklad reklamy dříve populárních prostředků na přibírání

Příloha č. II - Obrázky dívek trpící anorexií – obrázky vyjadřují vztah pacientky k anorexií

Příloha č. III - Obrázky – poruchy příjmu potravy v dnešním světě

Příloha č. IV - Smrtící touha po kráse -stránka z časopisu Epoque

Příloha č. V - Billboard – který má upozornit společnost na anorexií, nafotil ho slavný italský fotograf Oliviero Toscani, modelem mu stála Isabele Carová

Příloha č. VI - Veřejná sbírka Dove pro 5P

Příloha č. VII – Ukázka testu – jak vnímáte vlastní tělo

ABSTRAKT

VALIŠOVÁ, M. *Problematika poruch příjmu potravy*. České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce J. Šimečková.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – anorexie, bulimie, latentní otylost, maniakální otylost, problematika u chlapců / dívek, nové druhy PPP, BMI, PPP v minulosti, media, léčba a terapie

Práce se zabývá poruchami příjmu potravy, její problematikou, popisem, výskytem. Ukazuje odlišnost u chlapců a dívek. Zavádí nás také do historie a snaží se ukázat, že poruchy příjmu potravy nejsou záležitostí jen poslední doby. Také se snaží ukázat nové (moderní) formy poruch příjmu potravy a vysvětlit jejich specifika.

V další části nám ukazuje jak zjistit, jestli je s námi něco v nepořádku a jak se v případě vzniku poruchy správně stravovat. Dále se zabývá problémem, jako jsou média a jejich vliv na dnešní společnost. V poslední řadě se zaměřuje na léčbu a terapii. Důležitá je hlavně motivace k léčbě a pomoc okolí. Také vědět na koho se obrátit a kde hledat pomoc. Důležité je věřit ve změnu a v to, že vše se dá zvládnout, jen když se bude člověk snažit.

Tato práce se snaží pomoci objasnit tuto složitou problematiku a upozornit na dopad tohoto onemocnění, který může mnohdy končit i smrtí.

Abstract

The issue of eating disorders.

Key words: eating disorders - anorexia, bulimia, obesity latent, manic obesity, issues for boys / girls, new types of PPP, BMI, PPP in the past, media, treatment and therapy

The work deals with eating disorders, the issue, describing the occurrence. It shows the difference between boys and girls. It introduces us to the history and seeks to show that eating disorders are not just a matter of last time. It also seeks to show the new (modern) forms of eating disorders and explain their specific features.

In the next section shows how to determine if it is to us something wrong, and how in the event of a failure of correct choices. It also considers issues such as media and their influence on today's society. Finally, focusing on treatment and therapy. The main motivation for treatment and assistance to the surroundings. We also know who to contact and where to seek help. It is important to believe in change and that everything can be mastered, if only they will seek one.

This work seeks to help clarify this complex issue and to highlight the impact of this disease, which can often end with the death.