

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mentální anorexie – cesta k zotavení

Anorexia nervosa - recovery

Mgr. Dominika Chudačiková

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Mentální anorexie – cesta k zotavení vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. listopadu 2022

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí rigorózní práce PhDr. Pavle Presslerové, PhD. za její laskavý přístup, vstřícnost a cenné rady ukládané v průběhu zpracování této práce. Děkuji také rodině, zejména svému manželovi a synovi, za jejich pochopení, podporu a toleranci v této nelehké době. V neposlední řadě bych ráda poděkovala samotným respondentkám, které se mnou sdílely své, mnohdy silné, životní příběhy, a bez nichž by tento výzkum nemohl být realizován.

ABSTRAKT

Rigorózní práce pojednává o mentální anorexii, jakožto o jedné ze základních forem poruch příjmu potravy, s důrazem na velmi častý chronický průběh tohoto závažného psychiatrického onemocnění. Autorka práce vychází z premisy, že nápadné jídelní návyky, stálou kontrolu myšlení a chování i poruchy vnímání vlastního těla sledujeme ve většině případů i u již vyléčených pacientů/pacientek. Rizikové faktory, jako je například dlouhodobá stresová zátěž či riziková osobnostní struktura, poté mohou vést k relapsu akutní fáze mentální anorexie. Rigorózní práce je kvalitativně zaměřená, zvolenými metodami sběru dat jsou dotazníkové šetření a následný polostrukturovaný rozhovor. Podmínkou účasti ve výzkumném šetření je minulé zkušenost jedince s mentální anorexií, bez aktuální přítomnosti akutní fáze tohoto onemocnění. Hlavním cílem rigorózní práce je nahlédnout, skrz konkrétní příběhy dotazovaných respondentů/respondentek, na individuální cestu k zotavení se z akutní fáze mentální anorexie, zmapovat aktuální pocity, potřeby a palčivá témata těchto jedinců. Praktickým výstupem rigorózní práce, plynoucím z výsledků výzkumného šetření, jsou poté konkrétní doporučení adresovaná jedincům, kteří jsou vznikem a potažmo i návratem mentální anorexie ohroženi, i jejich blízkému okolí. Tato doporučení by, zvláště v zátěžových situacích života jedince, mohla pomoci snížit riziko relapsu, tedy návratu akutní fáze mentální anorexie.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, chronicita, zotavení, prevence relapsu, závislostní chování

ABSTRACT

The rigorous thesis deals with anorexia nervosa as one of the basic forms of eating disorders, with emphasis on the very common chronic progression of this serious psychiatric illness. This thesis is based on the scientific fact, that conspicuous eating habits, constant control of thinking and behavior, as well as self-perception disorders, are observed in most cases, even in already cured patients. Risk factors such a long-term stress or prone personality, can result in the acute phase of anorexia nervosa. The rigorous thesis is qualitatively focused. The chosen methods of data collection are a questionnaire survey and a following semi-structured interview. The condition for participation in the research is the past experience with anorexia nervosa, without the current presence of the acute phase of this disease. The main goal of the rigorous thesis is to take a look, through specific stories of interviewed respondents, on individual ways of the recovery from the acute phase of anorexia nervosa, to map their current feelings, needs and burning issues. Based on the survey results, the outcome of the rigorous thesis are the specific recommendations for individuals who are prone to the emergence of recurrence of anorexia nervosa. These recommendations should lower the risk of relapse of the acute phase of anorexia nervosa, especially in stress situations.

KEYWORDS

Anorexia nervosa, eating disorders, chronicity, recovery, relapse prevention, addictive behavior

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	5
1.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA.....	5
1.2 ZÁKLADNÍ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	10
1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	11
1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie.....	13
1.3 ATYPICKÉ, NESPECIFICKÉ A NOVÉ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	13
2 RIZIKOVÉ FAKTORY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	16
2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	16
2.2 SOCIOKULTURNÍ A RODINNÉ FAKTORY	17
2.2.1 Kult štíhlosti a ideál krásy.....	17
2.2.2 Proanorektické rodinné prostředí	18
2.3 OSOBNOSTNÍ FAKTORY	20
2.3.1 Rizikové povahové rysy.....	20
2.3.2 Reakce na závažnou životní událost	21
3 SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE	22
3.1 NE/USPOKOJOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB	23
3.1.1 Patologický vztah k jídlu a jídelní chování.....	24
3.1.2 Vliv mentální anorexie na sexualitu a sexuální chování.....	27
3.2 NARUŠENÉ SEBEPOJETÍ	28
3.2.1 Zkreslené vnímání a prožívání vlastního těla	29
3.3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ.....	30
3.3.1 Mentální anorexie jako behaviorální závislost.....	31
3.3.2 Narcistní nerovnováha a závislost na hodnocení druhých	32
3.3.3 Excesivní cvičení	33
4 PRŮBĚH A PROGNOZA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	35
4.1 CHRONICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	36
4.2 KOMORBIDITA	37
4.3 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE A DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	38
5 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	40
5.1 AMBULANTNÍ PÉČE, HOSPITALIZACE.....	41
5.2 NUTRIČNÍ TERAPIE.....	41

5.3	PSYCHOTERAPIE	42
5.4	PSYCHOFARMAKOTERAPIE.....	43
6	CESTA K ZOTAVENÍ SE Z MENTÁLNÍ ANOREXIE	45
6.1	NA HRANICI MEZI RECOVERY A RELAPSEM MENTÁLNÍ ANOREXIE	46
6.2	PREVENCE RELAPSU MENTÁLNÍ ANOREXIE	49
	EMPIRICKÁ ČÁST	52
7	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	52
8	METODY SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT	54
8.1	NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK.....	54
8.2	POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	56
8.3	ETIKA VÝZKUMU	58
9	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	60
9.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – ZÁKLADNÍ PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU	61
9.2	ROZHOVOR – ZÁKLADNÍ PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU	63
10	PREZENTACE A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	65
10.1	PREZENTACE A ANALÝZA DAT ZÍSKANÝCH Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	65
10.1.1	<i>Demografické údaje.....</i>	65
10.1.2	<i>Individuální průběh a podoba mentální anorexie.....</i>	66
10.1.3	<i>Vztah k jídlu, jídelní chování a tělesná aktivita</i>	70
10.1.4	<i>Sebehodnocení a zvládání zátěžových situací.....</i>	73
10.1.5	<i>Závěrečné příspěvky respondentů.....</i>	78
10.2	PREZENTACE A ANALÝZA DAT ZÍSKANÝCH Z ROZHOVORŮ.....	79
10.2.1	<i>Okolnosti vzniku mentální anorexie.....</i>	83
10.2.2	<i>Vztah k jídlu a jídelní chování</i>	103
10.2.3	<i>Tělesné sebepojetí.....</i>	110
10.2.4	<i>Na hranici recovery a relapsu mentální anorexie</i>	114
10.2.5	<i>Důsledky mentální anorexie na život již subjektivně zdravých žen.....</i>	120
11	DOPORUČENÍ VEDOUcí KE SNÍŽENÍ RIZIKA RELAPSU MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	124
11.1	DOPORUČENÍ JEDINCŮM S MINULOU ZKUŠENOSTÍ S MA	124
11.2	DOPORUČENÍ OSOBÁM BLÍZKÝM JEDINCI S MINULOU ZKUŠENOSTÍ S MA.....	129
	DISKUZE	132
	ZÁVĚR.....	139

ÚVOD

Bez ohledu na životní cestu a životní filozofii každého z nás, v dnešní době, v současné společnosti, čelíme neustále rostoucím požadavkům a nárokům na podobu našeho osobního, rodinného i pracovního života. Pokud chceme být „úspěšní“, je potřeba se na tyto požadavky dnešní společnosti umět adaptovat. Tato adaptace, konkrétně pak snaha o dosažení dokonalosti ve všech rovinách života jedince, může mít zdravou, ale i ničivou podobu.

Se zvyšujícími se nároky na fyzický vzhled, ale i funkčnost našeho těla, se v posledních desetiletích setkáváme se zvýšeným zájmem o tzv. zdravý životní styl, přičemž tento termín ztrácí v dnešním světě na svém jednoznačném významu. Zdravá strava a pravidelný pohyb, jakožto významné faktory přispívající ke zlepšení fyzického i psychického zdraví, jsou širokou veřejností mnohdy vyzdvihovány a přeceňovány. Kvalitní spánek a udržování si zdravé hladiny stresu – faktory, které se o kvalitu našeho života zaslouhují pravděpodobně ještě větší měrou, jsou naopak mnohdy zlehčovány a podceňovány.

Jedním z významných symbolů, subjektivně i objektivně hodnocených atributů dobrého, šťastného a úspěšného života, je lidské tělo. Tělesná atraktivita má v naší společnosti svou sociální hodnotu. Zevnějšek se stal součástí naší identity – pokud odpovídá konvenčním představám estetického ideálu, náš sociální status vzrůstá, jsme více akceptováni a lépe hodnoceni (Vágnerová, 2008). Všudypřítomný, podprahový tlak na tělesnou dokonalost a vyznávaný kult štíhlosti, který mezi krásu a štíhlost vkládá pomyslné rovnítko, vede u mnohých jedinců k pocitům méněcennosti. Alarmující je především skutečnost, že pocitem nedokonalosti, sebenejistotou a sebekritičností trpí stále mladší, nedospělí jedinci, věková hranice se, v tomto kontextu, neustále snižuje. Snaha o dosažení (společností nastavené) dokonalosti vede nejen k absenci spontánnosti a radosti ze života, tolik přirozené pro dětský věk, ale také k postupnému narušení vnímání vlastního těla, které může být vstupní branou k propuknutí některé z forem poruch příjmu potravy. Tělesný vzhled má významný vliv na celkové sebepojetí jedince. Nepřijetím vlastního těla, tedy nepřijetím sebe samé/ho, se stáváme sami sobě vězňem.

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou fenoménem posledních několika desítek let, v odborných kruzích se jedná o poměrně atraktivní problematiku, důkazem toho je řada realizovaných empirických studií na dané téma. V odborné literatuře máme možnost důkladně nastudovat definice a historii PPP, faktory podílející se na jejich vzniku a rozvoji, symptomy onemocnění, možné komplikace, možnosti léčby a tak dále. Je známo, že častěji se mentální anorexie, taktéž

i mentální bulimie, vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen v porovnání se stejnou věkovou skupinou mužů, dále u jedinců pocházejících ze střední a vyšší ekonomické třídy. Častým psychosociálním faktorem vzniku onemocnění je poté již zmiňovaný tlak na výkon a s ním spojený prototyp úspěšného jedince – mladého, štíhlého, atraktivního, pozitivního... který je nejrůznějšími způsoby vyobrazován všude kolem nás. Množství vědeckých literárních pramenů, studií, ale i laické veřejnosti dostupných článků přispívá k všeobecně dobré obeznámenosti s psychopatologickými rysy mentální anorexie, především její akutní fáze, výrazně méně se ovšem setkáváme s kvalitativně uchopeným až téměř kazuistickým zpracováním této problematiky. Důvodem nedostatečné pozornosti věnované chronické formě mentální anorexie, na níž se v této práci zaměřuji, může být zejména její typická nenápadnost, skrytost, nenaléhavost, ale i absence jednoznačně určujících symptomů, jako je tomu v akutní fázi onemocnění. Nejen proto jsou tito jedinci bezesporu velmi zranitelnou skupinou osob, které je, dle mého názoru, potřeba věnovat patřičnou pozornost.

Chronická mentální anorexie se od té akutní, širší veřejnosti známější formy mentální anorexie, liší především mírou rizika akutního ohrožení života pacienta/pacientky. Jedinec s chronickou, dlouhodobou poruchou příjmu potravy se zpravidla již naučil žít a jíst tak, aby přežil, uspokojivě fungoval a dostal nároků každodenního života, díky čemuž může být mylně označen za vyléčeného. Z posedlosti cíleným snižováním tělesné hmotnosti se stává posedlost dodržováním subjektivně vnímané „normální“ váhy. Strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti, tedy významná diagnostická kritéria mentální anorexie, mnohdy zůstávají i v této fázi onemocnění přítomny. Nadále tak dochází k poškozování fyzického i psychického zdraví jedince. Z mentální anorexie je možné se díky komplexní, kontinuální léčbě zcela zotavit, více než polovina diagnostikovaných jedinců však trpí dlouhodobými, mnohdy celoživotními chronickými potížemi (Němečková, 2007). Z výše uvedených důvodů je předkládaná rigorózní práce zaměřena především na kvalitativní zpracování problematiky mentální anorexie se zvýšeným zájmem o její častý chronický průběh. Vzhledem k častému prolínání onemocnění týkajících se patologického vztahu k jídlu, jsou v teoretické části práce vymezeny a charakterizovány základní formy poruch příjmu potravy, tedy mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní (záchvatovitě) přejídání, včetně jejich atypických a nespecifických forem. S ohledem na zaměření rigorózní práce jsou čtenáři dále seznámeni s rizikovými faktory vzniku a návratu mentální anorexie do života jedince, s jejími symptomy, průběhem, prognózou a s možnostmi léčby. Cílem teoretické části práce je představit mentální anorexii jako komplexní poruchu mající dopad na vnímání, prožívání

i chování postiženého jedince. Zvýšená pozornost je věnována dlouhodobé, chronické povaze tohoto onemocnění, jeho častým důsledkům, dále riziku relapsu a možnostem jeho prevence. Empirická část práce prezentuje výsledky kvalitativně orientovaného výzkumného šetření, kterému předcházelo dotazníkové šetření, s cílem potvrdit či zpochybnit již známá teoretická fakta, a zároveň také podpořit vlastní kvalitativní analýzu získaných dat. Zvolenou metodou sběru dat je proto nestandardizovaný dotazník, vytvořený autorkou práce, který byl vyplněn 48 respondenty/respondentkami, a následný polostrukturovaný rozhovor s celkem 10 respondentkami¹. Stanoveným kritériem účasti v dotazníkovém šetření byla plnoletost, nesdílení domácnosti se svými rodiči (se svou původní rodinou) a minulá zkušenost s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti její akutní fáze. V několika případech nebyla tato kritéria zcela naplněna, vzhledem k cennému obohacení výzkumného vzorku však nebyly dotazníky těchto respondentů/respondentek z analýzy vyřazeny. Výše zmíněná kritéria účasti ve výzkumném šetření byla stanovena především s cílem co nejvíce eliminovat riziko psychického či fyzického propadu, ke kterému by s vyšší pravděpodobností mohlo dojít právě u nezletilého, zatím nesamostatného jedince, a také u jedince, který se s mentální anorexií objektivně či subjektivně stále potýká. Z tohoto důvodu byla stanovená kritéria již striktně dodržena v případě následných hlubších individuálních rozhovorů s respondentkami. V průběhu výzkumného šetření se zaměřuji především na to, jaký vztah k jídlu a jaké jídelní chování sledujeme u jedince, muže či ženy, s minulou zkušeností s mentální anorexií, jaký vztah má tento jedinec k vlastnímu tělu a jaké vnitřní a vnější faktory mohou hrát roli v možném relapsu akutní fáze mentální anorexie.

Cílem rigorózní práce je, na základě analýzy získaných dat, lépe porozumět myšlenkám, emocím, potřebám a mnohdy specifickému jídelnímu chování jedince s osobní minulou zkušeností s mentální anorexií. Snahou autorky práce je upozornit na individuálně vnímaná a prožívaná palčivá témata takového jedince, a tím poodhalit hlubší podstatu a možnou příčinu chronicity mentální anorexie. Dalším z dílčích cílů práce je představit čtenářům, na základě teoretických poznatků a analýzy získaných dat, takové faktory, které jedinci trpící chronickou mentální anorexií hodnotí jako usnadňující či naopak znesnadňující na cestě k plnému zotavení. Konečným výsledkem této analýzy jsou poté stručná, v kontextu práce velmi zjednodušená doporučení – adresovaná jedincům s poruchou příjmu potravy a jejich blízkému okolí, která by mohla pomoci snížit riziko relapsu akutní fáze onemocnění.

¹ Rozhovoru se zúčastnily pouze ženy

S ohledem na kvalitativní povahu výzkumného šetření nelze na základě prezentovaných výsledků této práce usuzovat na obecně platné závěry. Nicméně věřím, že se mi prostřednictvím velmi otevřených, hlubokých rozhovorů s respondentkami podařilo alespoň zčásti zachytit komplexní povahu mentální anorexie i její dlouhodobý, mnohdy celoživotní vliv na psychické a fyzické zdraví jedince (vy)lčeného z tohoto závažného psychiatrického onemocnění. Věřím také, že tato rigorózní práce dovede čtenáře k zamyšlení se nad tím, že problematika mentální anorexie, a poruch příjmu potravy obecně, se může dotýkat kohokoliv z nás bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, váhovou kategorii či socioekonomickou úroveň. S vědomím tohoto faktu je třeba věnovat problematice poruch příjmu potravy náležitou pozornost. Vzhledem k opakovanému apelu ze strany respondentek tohoto výzkumného šetření si na závěr, potažmo na úvod této práce, dovolím jejich apel využít – nezapomínejme na to, že tělesná hmotnost či hodnota BMI ukazují na stav našeho fyzického zdraví, jen pramálo ale hovoří o stavu naší duše, která skrz fyzické tělo mnohdy volá o pomoc.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

1.1 Základní vymezení a charakteristika

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří k závažným psychiatrickým onemocněním se stále narůstající incidencí², a to zejména ve skupině dospívajících dívek a mladých žen³. Závažnost je dána nejen stále nižší věkovou hranicí vzniku PPP, ale také jejich dlouhodobým, často chronickým průběhem, somatickými, psychickými i sociálními následky, neschopností náhledu, a zvláště pak mnohonásobně vyšší mortalitou (až 10x) a významně vyšším rizikem suicidálního jednání (až 200x) ve srovnání s celkovou populací (Němečková, 2002; Papežová, 2019). Základem PPP, ať už jde o mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání či jiné, nespecifické formy tohoto onemocnění, je porucha myšlení a chování ve vztahu k jídlu a porucha vnímání a prožívání vlastního těla – neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotnosti (Raboch, 2006). Poruchy příjmu potravy mění to, jak se člověk ve svém těle cítí, dokonce i to, jak si myslí, že se jeví ostatním. PPP, potažmo zkreslené vnímání a prožívání vlastního já, nejsou přechodnou životní fází ani vědomou svobodnou volbou, proto není na místě dotyčného přesvědčovat o tom, že nemyslí „správně“.

V souvislosti s PPP hovoříme o tzv. anosognosii, tedy o nevědomosti, neschopnosti náhledu vlastní nemoci. Daný jedinec je přesvědčený o tom, že je v pořádku a obavy svého okolí hodnotí jako iracionální. Dále se u jedinců s PPP setkáváme s tzv. tělesnou dysmorfii, která ukazuje na zkreslené vnímání tvaru a velikosti vlastního těla. Jedinci trpící PPP také často nejsou schopni vyjádřit své emoce – alexithymie a radovat se ze života – anhedonie (F.E.A.S.T., 2022).

Etiologie a prevence vzniku PPP

Poruchy příjmu potravy postihují jedince všech věkových kategorií. Přestože jsou nejčastěji diagnostikovány u dospívajících a mladých dospělých, stále častěji se s touto diagnózou setkáváme již v útlém dětství, ale i ve střední a pozdní dospělosti. Rozsáhlá studie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty v Praze, realizována mezi českými školáky, přinesla zjištění, že celkem 57 % dívek a 34 % chlapců není spokojeno s vlastním tělem. Oslovené děti také přiznaly, že svou touhu po štíhlejší postavě naplňují skrze redukční diety, vynechávání hlavních

² Incidence = počet nových pacientů s určitým onemocněním ve sledované populaci za definované časové období

³ Z tohoto důvodu je (v této práci) zvýšeně užíváno ženského rodu v souvislosti s jedinci trpícími PPP

jídel, nadměrné cvičení či zvracení. Většina dětí s PPP toto patologické myšlení a chování spojené se stravováním před svým okolím tají a do rukou odborníků se tak mnohdy vůbec nedostane (Indráková & Hanyášová, 2006).

Dlouhodobě byly PPP dávány do souvislosti, mimo jiné, s blahobytem západní společnosti, nyní však víme, že se objevují po celém světě, bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, etnicitu, socioekonomickou úroveň, sexuální orientaci, i bez ohledu na tělesné tvary a váhovou kategorii jedince (Papežová, 2010). V běžné populaci je toto onemocnění poměrně vzácné. Jak již bylo zmíněno výše, pacienti mají zvýšenou tendenci své potíže popírat, tajit a vyhýbat se tak odborné pomoci, což vede k celkovému podhodnocení výskytu PPP v běžné populaci (Smink et al., 2012).

Na vzniku PPP se podílí celá řada rizikových faktorů, mluvíme o tzv. multifaktoriální etiologii, kdy dochází ke složité interakci genetických a environmentálních faktorů. Nelze tedy jednoznačně usuzovat na jediný rozhodující faktor, kterým by bylo možné vznik tohoto onemocnění uspokojivě vysvětlit (Krch, 2005). Papežová (2010) upozorňuje na to, že rizikový faktor sice zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění, není ovšem nutným prediktorem jeho vzniku. Důležitý je fakt, že PPP nejsou výsledkem svobodné volby daného jedince, nýbrž výsledkem komplexní interakce biologických, sociokulturních, rodinných i osobnostních faktorů působících na vulnerabilní osobnost tohoto jedince. Vzhledem k multifaktoriální etiologii je taktéž velmi obtížné PPP jednoznačně definovat. Papežová (2000) proto uvádí, že PPP určitě nejsou známkou špatné výchovy, projevem zlomyslnosti, paličatosti či rozmaru, případně něco, co lze zakázat hrozbou nebo trestem.

Psychická vulnerabilita⁴, impulzivita, perfekcionismus, prožité perinatální či sexuální trauma, strach z dospělosti, obezita v rodině, rigidní, hyperprotektivní či manipulativní chování rodiče směrem k dítěti, vliv informačních médií, kult štíhlosti... všechny tyto faktory mohou mít významný vliv na vznik PPP (Raboch, 2006; Neuwirthová, 2011). Krch (2010) se domnívá, že zásadním rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie je především příslušnost k ženskému pohlaví⁵ (poměr nemocných mužů a žen 1:10 až 1:20), dále také pubescentní a adolescentní věk, držení redukčních diet, negativní sebehodnocení a pocity méněcennosti.

⁴ Vulnerabilita = zranitelnost, zvýšená citlivost spojená s náchylností k určitému onemocnění

⁵ V ČR trpí PPP, dle odhadů odborníků, každá 20. dívka (Švédová; Mičová, 2010)

Znalost jednotlivých rizikových faktorů vzniku PPP hraje významnou roli především při vývoji a plánování účinných preventivních programů (Papežová, 2010). Prevence PPP probíhá primárně v rámci rodiny. Je velmi důležité, aby rodiče byli svým dětem, v kontextu normálního jídelního chování, vzorem. Rodina dbá, v ideálním případě, na rozvoj zdravého sebevědomí dítěte, na schopnost účinně zvládat stresové situace, poskytuje dítěti oporu, lásku, zázemí, atmosféru důvěry a bezpečí. Velice důležitá je také otevřená komunikace, respekt, podpora a především pak bezvýhradné přijetí dítěte (Bartáková, 2009).

V kontextu prevence vzniku a rozvoje PPP je na místě zmínit jeden z online interaktivních nástrojů vyvinutých pod záštitou australského programu CEED (The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders), tzv. Feed Your Instinct (FYI), jenž si klade za cíl zlepšovat kvalitu služeb poskytovaných jedincům s PPP. FYI nabízí dětem, adolescentům i jejich rodičům užitečné informace týkající se potíží s jídlem a/nebo tělesného sebeobrazu, a také upozorňuje na často se vyskytující varovné signály blížící se PPP. FYI se opírá o myšlenku, že nečinně sledovat a čekat na možné propuknutí PPP u dětí a adolescentů je velmi nebezpečné. Prakticky jde o dítětem či rodičem vyplněný online formulář, jehož výstup je možný zanechat praktickému lékaři a informovat ho tak, na základě konkrétních sdělení, o svých případných obavách. FYI navrhuje strategie, konkrétní doporučení, která rodič dítěte s rozvíjející se PPP může implementovat do výchovy, poskytuje také přehled možností další návazné péče a podpory. FYI, potažmo zmíněný online formulář, sestává ze čtyř modulů – stravování a postoj k výživě, duševní pohoda a fyzické zdraví, vzorce myšlení a osobnostní rysy, emoce a sociální interakce. Podrobnější informace k tomuto velice užitečnému interaktivnímu nástroji, včetně online formuláře, lze dohledat na webových stránkách <https://feedyourinstinct.com.au>.

Průběh, prognóza a projevy PPP

Stejně jako je různorodá skupina jedinců, kteří se s poruchami příjmu potravy potýkají, tak je různorodý i průběh a projevy tohoto onemocnění. Zpravidla se PPP rozvíjejí pomalu, nenápadně. V počátcích onemocnění se často setkáváme se studem a zatajováním některých symptomů, a tak je včasná detekce onemocnění mnohdy velmi náročná. Je možné, že se PPP projeví jako jediná krátká epizoda bez nutnosti další léčby, střední doba trvání nemoci je však přibližně 6 let. Až u třetiny pacientů má onemocnění chronický, mnohdy i celoživotní průběh spojený s množstvím somatických, psychických i sociálních následků, v krajním případě může dojít, vlivem metabolického rozvratu, i k předčasnému úmrtí. Závažnost tohoto onemocnění

dokládá přibližně 40 % výskyt automutilačního⁶, ale i suicidálního jednání, které je, u jedinců léčených s PPP, častou příčinou smrti (Papežová, 2010).

Vliv na průběh a prognózu PPP má řada faktorů. Špatnou prognózu předznamenává především dlouhé trvání nemoci, nízká tělesná hmotnost, zvracení, depresivní ladění, nízký socioekonomický status, nízký intelekt, narušené sociální vazby či předcházející léčba. Pozitivním prediktorem je poté časný začátek a krátké trvání nemoci, ale také například hysterické osobnostní rysy (Hsu, 1990; Krch, 2005).

Jedinci s PPP se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží o snížení nebo alespoň o zabránění vzrůstu tělesné hmotnosti. Přestože je hmotnost, ať už v podobě výrazné malnutrice⁷, nebo naopak nadváhy až obezity, významným ukazatelem poruch příjmu potravy, není ukazatelem jediným a jednoznačným. Množství pacientů s PPP má normální, zdravou váhu, přesto však trpí tímto velmi závažným onemocněním.

Mezi typické projevy PPP tedy patří obava z jídla a z tloušťky, chorobná touha po štíhlosti, patologické jídelní chování, zkreslené vnímání a prožívání vlastního těla, nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti, nízké sebevědomí, sociální problémy, somatické obtíže... (Krch, 2005). Jídlo se stává hlavním, a postupně i jediným tématem nemocného jedince. Jednoduše jde o nekonečný boj s hladem, o odpírání si jedné z nejzákladnějších životních potřeb v domnění, že s sebou, toto odepření, přinese chybějící pocit jistoty a bezpečí, pocit zadostiučinění a kontroly nad sebou samým. Jídlo, lépe řečeno jeho striktní odmítání, se stává nástrojem, prostředkem, který má za cíl posílit nedostatečné sebevědomí, utišit pocit méněcennosti a ulevit od smutku a úzkosti. Ať už jsou jednotlivé formy PPP na první pohled nápadné či nikoliv, základ mají společný – bolestné nepřijetí vlastního těla i vlastního já a nezlomná touha po dokonalosti, která je hnacím motorem sebedestruktivního jednání nemocného jedince projevujícího se, mimo jiné, odmítáním jídla, jakožto jedné ze základních životních potřeb.

Zdravotní komplikace a důsledky PPP

Poruchy příjmu potravy jsou spojovány s řadou zdravotních komplikací, které nejen významně snižují kvalitu života nemocného jedince, ale také přispívají ke zvýšenému riziku předčasného úmrtí. Ze všech psychických poruch je právě mentální anorexie ta, která vede k předčasné smrti nejčastěji, a to vlivem podvýživy na kardiovaskulární (srdeční selhání) a renální systém nebo

⁶ Automutilace = vědomé sebepoškozování

⁷ Malnutrice = podvýživa

následkem suicidia. PPP zasahují více či méně všechny tělesné soustavy. K závažným somatickým následkům onemocnění patří porucha menstruačního cyklu, osteoporóza, porucha štítné žlázy, porucha termoregulace, snížená imunita, svalová atrofie, zvýšená kazivost zubů, lámavost nehtů a vlasů atd. Vlivem hormonálních změn dochází k výrazné afektivní labilitě a k dlouhodobým změnám nálady. Nezřídka jsou zasaženy také kognitivní funkce (paměť, pozornost, exekutivní funkce apod.). Nedostatečná výživa se podepisuje také na psychickém stavu jedince, který bývá depresivní, úzkostný a zaměřený pouze na kontrolu příjmu potravy. PPP výrazně narušují interpersonální vztahy a každodenní fungování jedince, dochází ke ztrátě dosavadních zájmů i ke ztrátě obyčejné radosti ze života (Krch, 2005; Švédová; Mičová, 2010).

Léčba PPP

Léčba poruch příjmu potravy bývá, vzhledem k jejich komplexní povaze a nejistému výsledku, zdlohavá a velmi náročná, a to jak pro samotné pacienty/pacientky a jejich rodinu, tak pro odborníky. Velmi často se setkáváme s nízkou motivací nemocného jedince k léčbě, s neochotou přiznat si problém, což klade na odborníky (praktického lékaře, psychiatra, psychologa...), konkrétně pak na jejich trpělivost a specifické dovednosti, vysoké nároky. Od počátku je proto žádoucí poskytnout nemocnému bezpečný a důvěrný prostor, který mu usnadní svěřit se odborníkovi i s velmi citlivými tématy (Palmer, 2008).

Krátkodobým léčebným cílem je dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti, dlouhodobým léčebným cílem je poté pochopení příčin onemocnění a schopnost efektivního zvládnutí stresových situací (Raboch, 2006). Zdůrazňován je také význam psychoedukace a motivační terapie. Vzhledem k vysokému riziku recidivy⁸ PPP je velice důležité, mimo podporu rodiny a blízkého okolí, zahrnout do terapeutického plánu psychoterapii, ať už kognitivně behaviorální, interpersonální, psychodynamickou, psychoanalytickou či rodinnou, případně jejich kombinaci – nejlepších výsledků dosahují právě komplexní programy. Vandereycken (1996) zdůraznil, že léčba PPP by měla směřovat především k přerušování nevhodných návyků a opakujícího se maladaptivního chování nemocného jedince. Psychofarmaka poté mají u PPP spíše podpůrnou úlohu, indikována bývají zejména antidepresiva a anxiolytika s cílem zmírnit často přidružené depresivní a úzkostné symptomy (Raboch, 2006). Nutno říci, že komplexní přístup a interdisciplinární spolupráce v rámci odborného týmu je v léčbě PPP naprosto stěžejní.

⁸ Recidiva = návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

1.2 Základní formy poruch příjmu potravy

Mezi základní a zároveň nejzávažnější formy poruch příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Stále častěji je do této kategorie řazeno i psychogenní (záchvatovité) přejídání, které je, v rámci této práce, blíže popsáno v kapitole „Atypické a nespecifické PPP“. Mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB) spolu úzce souvisí, pro obě poruchy je typický panický strach z tloušťky, intenzivní snaha o dosažení štíhlosti, potažmo subjektivně vnímané dokonalosti, nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vzhledu a tělesné hmotnosti, výrazná nespokojenost s vlastním tělem i s vlastní osobou, a s tím související nízké sebevědomí, pocity méněcennosti a sociální potíže. Zásadní rozdíl mezi MA a MB poté tkví v tělesné hmotnosti⁹ (Krch, 2005, Švédová; Mičová, 2010). Vzhledem ke společnému základu těchto poruch se v praxi často setkáváme s jejich vzájemným prolínáním (Keel et al., 2005). Přibližně třetina případů mentální anorexie se časem rozvine v mentální bulimii s normální tělesnou hmotností, a u téměř poloviny jedinců s mentální anorexií dochází k postupné ztrátě kontroly nad jídlom, až k záchvatovitému přejídání (Krch, 2005).

Tabulka 1 | Etiologie a klinický obraz mentální anorexie a mentální bulimie (Krch, 2007; Papežová, 2010)

	Mentální anorexie (MA)	Mentální bulimie (MB)
Prevalence (ženy)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Počátek obtíží	12–20 let	14–30 let
Pohlaví (muži:ženy)	1:10-15	1:20
Hmotnost	Výrazný pokles	Mírný pokles či zvýšení
Zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	Perfekcionismus	Impulzivita, sebepoškozování
Jídelní chování	Restrikce jídla	Touha po jídle
Deprese	10–60 %	20–90 %
Motivace k léčbě	Nízká, léčba z donucení	Vyšší, touha zhubnout
Mortalita	2–8 %	0–2 %

V následujících podkapitolách jsou základní formy PPP, tedy mentální anorexie a mentální bulimie, vymezeny dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10), která je v České

⁹ Pro MA je typická podváha až extrémní malnutrice, pro MB poté normální váha a nadváha

republiky v platnosti od roku 1994. Nutno říci, že roku 2019 se členské státy Světové zdravotnické organizace (WHO) dohodly na přijetí 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–11), která vstoupí v platnost dne 1. ledna 2022¹⁰ s pětiletým přechodným obdobím. Dokončení přípravy české verze MKN–11 je plánováno na konec roku 2022.

Na IV. konferenci Léčba v psychiatrii, která se pod mottem "*Co je po jméně? Léčba duševních poruch v době MKN–11*" uskutečnila v listopadu 2021, byly českými odborníky představeny změny (nejen) v diagnostické kategorii "Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování". V 11. revizi mezinárodní klasifikace nemocí lze očekávat především zpřesnění diagnostiky a popisu současných klinických projevů PPP, ale i zpřesnění charakteristik období remise. Provedené změny by poté měly přispět k časnější léčbě a zlepšení prognózy onemocnění. MKN–11 přináší novou klasifikaci poruch příjmu potravy, v níž jsou všechny PPP sdruženy do jedné skupiny onemocnění. Pod mentální anorexii a mentální bulimii jsou zahrnuty i jejich atypické formy, přidáno je psychogenní přejídání, jakožto nejčastěji se vyskytující porucha příjmu potravy, a diagnóza ARFID¹¹, která představuje rozšířenou a revidovanou formu diagnózy "Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku". MKN–11 dále slibuje modifikaci léčby PPP s komorbidními somatickými diagnózami. V rámci navržených léčebných postupů byla na konferenci představena nová skupinová forma terapie CREST¹², která pracuje zejména na zlepšování se v oblasti kognitivního a emočního deficitu, jenž je u pacientů s MA i MB velmi častý. Jednou z nejpřínosnějších změn 11. revize MKN je přesnější definice období remise, úzdravy. Diagnóza MA by tak měla být platná až do chvíle, dokud není dosaženo plné a trvalé remise (min. 1 rok po intenzivní léčbě), normální tělesné hmotnosti a změny v chování cíleného na redukci tělesné hmotnosti (<https://www.psychiatrie.cz/images/2021/Sbornik-Abstrakt-Lecba-v-psychiatrii-IV.pdf>).

1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Krch (2007) uvádí diagnostická kritéria mentální anorexie (F 50.0) dle MKN–10 v pěti bodech:

- A. **Tělesná hmotnost** je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo je BMI¹³ 17,5 a méně. Prepubertální pacienti poté nesplňují očekávaný váhový přírůstek¹⁴.

¹⁰ Zdroj: web Ministerstva zdravotnictví ČR

¹¹ ARFID = Avoidant Restrictive Food Intake Disorder

¹² CREST = Cognitive Remediation and Emotional Skills Training

¹³ BMI (Body Mass Index) – index tělesné hmotnosti = tělesná váha [kg]/tělesná výška² [m]

¹⁴ Tělesná hmotnost vzrůstá s věkem, u dětí sledujeme spíše očekávaný váhový přírůstek než hodnotu BMI

- B. **Snížení hmotnosti si pacient/ka způsobuje sám/a** tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se „tloustne“, excesivně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika nebo diuretika¹⁵.
- C. Přetrvává **strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle** a vtíravé, ovládaté myšlenky vedoucí k udržování velmi nízké váhy.
- D. **Endokrinní porucha** – u žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.
- E. Začne-li MA před pubertou, jsou **pubertální projevy opožděny nebo zastaveny**. Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, menarché (první menstruace) je však opožděna.

Kritéria užitá v americké DSM-V¹⁶ jsou velice podobná těm v MKN-10. Předností DSM-V je rozdělení mentální anorexie na její restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický) typ, což umožňuje přesnější odhad prognózy a závažnosti somatických důsledků mentální anorexie. Restriktivní a purgativní typ MA se liší především ne/přítomností opakovaných záchvatů přejídání a ne/přítomností navozeného zvracení, užívání laxativ a diuretik. V praxi se ovšem nejčastěji setkáváme s prolínáním těchto projevů (Krch, 2005). Leibold (1995) dále rozlišuje akutní a chronickou mentální anorexii, přičemž hlavní rozdíl tkví především v míře ohrožení pacienta/pacientky na životě. Zatímco v případě chronické MA není život pacienta/ky, díky zajištění alespoň minimálního příjmu potravy, bezprostředně ohrožen, v případě akutní MA může dojít, vlivem striktního odmítání příjmu potravy, k rychlé a předčasné smrti.

Před stanovením diagnózy MA je třeba vyloučit přítomnost jiné somatické či duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu jení či nízkou tělesnou hmotnost (Krch, 2005). Ze somatických onemocnění je třeba uvažovat také nad zpomalením pochodu v GIT¹⁷, Crohnovou chorobou, malabsorpčním syndromem, alergií na některou z potravin, hepatitidou, tumorem, pankreatitidou, hypertyreózou, diabetem, syndromem týraného dítěte apod. Z psychiatrických onemocnění je třeba vyloučit psychogenní zvracení, konverzní poruchu, depresi, schizofrenii, somatizační poruchu, sociální fobii, OCD, toxikomanií a další (Bullová, 2021).

¹⁵ Laxativum = projímadlo, anorektikum = lék potlačující chuť k jídlu, diuretikum = lék zvyšující tvorbu a vylučování moči

¹⁶ DSM-V = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

¹⁷ GIT = gastrointestinální trakt

1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Krch (2007) uvádí diagnostická kritéria mentální bulimie (F 50.2) dle MKN–10 ve čtyřech bodech:

- A. **Opakované epizody přejídání**¹⁸ min. 2x týdně po dobu 3 měsíců, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla (tzv. binge eating).
- B. **Neustálé zabývání se jídlem** a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C. **Snaha potlačit kalorický účinek jídla** navozeným zvracením, hladověním, užíváním laxativ, anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik.
- D. **Chorobný strach z tloušťky**

DSM-V rozlišuje, i v případě mentální bulimie, purgativní a nepurgativní typ MB. Pacient/ka s purgativním typem MB pravidelně zvrací, užívá laxativa nebo diuretika s cílem zabránit zvýšení hmotnosti. Pacient/ka s nepurgativním typem MB drží, se stejným cílem, přísné diety, hladoví či excesivně cvičí (Krch, 2005). Vyvolané zvracení, excesivní cvičení či užívání laxativ přináší pacientům s MB krátkodobou psychickou i fyzickou úlevu. Toto kompenzační chování slouží k „očistě“ od množství snědeného jídla, ale také od negativních pocitů s tím spojených (Švédová, 2019). Pacient/ka s MB disponuje větším náhledem na své onemocnění než je tomu u MA, což se odráží především v motivaci k léčbě. Dle Rabocha (2006) je jedinec s MB zvýšeně sebekritický, labilní, impulzivní, má obavy z neschopnosti ovládnout se ve vztahu k jídlu, po němž intenzivně touží a stejně intenzivně si ho také odřiká, v důsledku opakovaného selhávání poté trpí výčitkami svědomí, depresemi a úzkostmi.

V rámci diferenciální diagnostiky MB musíme uvažovat, ze skupiny somatických onemocnění, nad přítomností nádoru CNS, migrény, epileptických záchvatů, onemocnění žaludku či gastroezofageálního refluxu. Z psychiatrických onemocnění je třeba vyloučit především hraniční poruchu osobnosti a závislost na alkoholu či jiných návykových látkách (Bullová, 2021).

1.3 Atypické, nespecifické a nové formy poruch příjmu potravy

V současné době přibývá pacientů, kteří přes téměř úplný klinický obraz mentální anorexie či mentální bulimie nespĺňují jedno či více z diagnostických kritérií, případně jsou symptomy typické pro tyto poruchy přítomny pouze v mírném stupni. MKN-10 vymezuje pro tyto případy

¹⁸ Pocit přejezení je subjektivní a velmi relativní, často pacientka sní pouze více než by chtěla nebo než je zvyklá (Krch, 2010)

diagnózy – **atypická mentální anorexie** a **atypická mentální bulimie**. Podle Bunnella et al. (1990) vykazují pacienti s atypickou MA či MB neméně závažné somatické i psychické obtíže, jejich intenzita však není tak výrazná. U některých pacientů může dojít, v průběhu několika let, k postupnému rozvoji kompletních příznaků onemocnění (Krch, 2005).

Pro případy, kdy jsou splněna diagnostická kritéria pro MA či MB, ale:

- pacientka pravidelně menstruuje
- váha pacientky spadá, i přes výrazný pokles tělesné hmotnosti, do normálního rozmezí
- frekvence záchvatů přejídání je menší než 2x týdně po dobu 3 měsíců
- vedle opakovaných epizod přejídání není užíváno kompenzačních mechanismů¹⁹

zavádí DSM-V kategorii „Jiné specifické poruchy příjmu potravy a stravování“ neboli OSFED²⁰, která nahrazuje heterogenní, ne zcela přesně definovanou kategorií DSM-IV „Jinak nespecifické poruchy příjmu potravy“ neboli EDNOS²¹. Do kategorie OSFED lze zařadit atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, psychogenní záchvatovité přejídání neboli BED (*Binge Eating Disorder*), psychogenní zvracení či syndrom nočního přejídání. Kategorie OSFED ovšem není omezena pouze na zmíněný výčet poruch, zahrnuje širokou škálu příznaků, přičemž je v současnosti považována za nejčastější diagnózu v okruhu PPP.

Pro úplný přehled jsou v této kapitole stručně charakterizovány některé z nových forem PPP, konkrétně pak orthorexie, bigorexie (Adonisův komplex) a drunkorexie.

Psychogenní (záchvatovité) přejídání = BED

Psychogenním přejídáním nazýváme opakované epizody přejídání, při kterých dochází ke zkonsumování velkého množství potravin bez ohledu na pocity hladu a sytosti, bez ohledu na potřeby těla daného jedince. Záchvaty přejídání nejsou spojeny s navozeným zvracením, hladověním, excesivním cvičením ani s užíváním laxativ, jako je tomu u mentální bulimie, chorobný strach z tloušťky však pozorujeme i v tomto případě.

Jedinec, který trpí touto poruchou, jí daleko rychleji, než je obvyklé, vzhledem k pocitům studu z množství zkonsumovaných potravin jí také většinou o samotě. Po přejedení je sám sebou znechucen a cítí se velmi provinile (DSM-V). Raboch (2006) uvádí, že záchvaty přejídání jsou možnou odezvou a maladaptivní reakcí na různé stresové události. Taktéž Virtue (2013) dává přejídání do souvislosti s emocionální bolestí, stresem a traumatickými zážitky z dětství.

¹⁹ Kompenzační mechanismy typické pro MB – navozené zvracení, hladovění, užívání laxativ, anorektik a diuretik

²⁰ OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder)

²¹ EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified)

Výskyt psychogenního přejídání je opět vyšší v ženské populaci, první projevy této poruchy ovšem běžně pozorujeme až ve starším věku. Častou komorbiditou psychogenního přejídání jsou depresivní a úzkostné stavy, závislost na alkoholu či panická porucha (Krch, 2005).

Syndrom nočního přejídání

Pro syndrom nočního přejídání je typické ranní nechutenství, nespavost, noční hlad a s tím související noční přejídání. Většinu denního jídla pacient/ka zkonsumuje najednou ve večerních/nočních hodinách – jakmile začne jíst, nelze/nezvládne přestat. Syndrom nočního přejídání se častěji vyskytuje mezi ženami. Odborníci předpokládají úzkou souvislost této poruchy s životním stresem a s četnými neúspěšnými pokusy o snížení hmotnosti. Jídlo a jeho nadměrná konzumace poté vyvolává pocity studu, viny a znechucení sám/a sebou (Krch, 2005).

Orthorexie

Rozlišit mezi zdravým stravováním a orthorexií může být, alespoň z počátku, velmi obtížné. Orthorexií značíme patologickou posedlost zdravou výživou a urputnou snahu o dosažení tzv. stravovacího perfekcionismu, ten se projevuje silným nutkáním kontrolovat složení každé potraviny, radikálním vylučováním „nebezpečných“ potravin nebo pokrmů, u kterých není znám původ a vyhledáváním pouze kvalitních biopotravin. Spektrum povolených potravin je postupně zúžené na úplné minimum. Nezřídka orthorexie plynule přechází v mentální anorexii (Švédová, 2019).

Bigorexie = Adonisův komplex

Bigorexie, Adonisův komplex nebo také „anorexie naruby“ postihuje především mladé muže. O anorexii naruby mluvíme v důsledku rozvoje symptomů typických pro MA u žen – zkreslené vnímání vlastního těla, patologické jídelní chování, excesivní cvičení, ale také intenzivní touha po fyzické zdatnosti a svalnatém těle, která vede nejen ke zneužívání steroidů a potravinových doplňků podporujících růst svalové hmoty, ale také k sociální izolaci (Papežová, 2010).

Drunkorexie

S drunkorexií, tedy kombinací PPP a závislosti na alkoholu, se setkáváme především u mladších jedinců. I pro tuto poruchu je typický strach z tloušťky a nespokojenost s vlastní postavou, která vede daného jedince k redukci příjmu potravy, ke snížení příjmu kalorií, a to s vidinou zvýšené konzumace poměrně kalorického alkoholu (Švédová; Mičová, 2010).

2 Rizikové faktory mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) vzniká zpravidla v důsledku spolupůsobení množství biologických, genetických, rodinných, sociokulturních i osobnostních faktorů (Marádová, 2007). Etiologie MA je tedy multifaktoriální, tzn. že nelze specifikovat jediný etiologický faktor, který by byl přítomen u většiny pacientek s MA, a vysvětloval by tak jejich obtíže (Švédová & Mičová, 2010). Krch (2010) ovšem upozorňuje, přes zmíněnou multifaktorialitu, na významný vliv redukčních diet, které otevírají bránu nejen MA, ale i dalším poruchám příjmu potravy. Vedle již zmíněných rizikových faktorů existují i tzv. spouštěcí faktory MA, jejichž působení na vulnerabilního jedince může zásadně ovlivnit průběh onemocnění. Spouštěcím faktorem může být např. nepřijetí ženské role ve zranitelném období dospívání nebo vystavení negativním komentářům směřujících na postavu a tělesnou hmotnost (Švédová & Mičová, 2010). Bylo prokázáno, že i neutrální komentář týkající se tělesné hmotnosti či tvaru postavy dívky má významný dopad na vnímání jejího vlastního těla (Smith & Rieger, 2006). V neposlední řadě jsou tu faktory udržující, na něž má vliv samotná pacientka. MA s sebou totiž přináší nejen řadu obtíží, ale i jisté benefity – sekundární zisk onemocnění – úlevu od úzkosti, zvýšenou péči a pozornost rodičů apod. Pacientka tak může ne/vědomě udržovat své patologické chování a bránit tak pozitivnímu posunu v léčbě (Švédová & Mičová, 2010).

Krch (2010) dále zmiňuje tzv. protektivní faktory, jejichž působení naopak výrazně snižuje pravděpodobnost rozvoje MA. Konkrétně jde o normální vztah k jídlu a jídelní chování bez diet, umírněnou konzumaci alkoholu, emoční stabilitu, trpělivost, smysl pro humor a schopnost aktivního řešení problémů. Papežová (2019) poté zdůrazňuje, v kontextu MA, význam rané detekce a intervence, a to zvláště u anxiózních dětí.

2.1 Biologické faktory

Dle odborné literatury se podíl genetických faktorů při vzniku mentální anorexie pohybuje v rozmezí 50–90 %, při vzniku mentální bulimie pak v rozmezí 35–83 %. Papežová (2019) multifaktoriální etiologii MA shrnuje takto: „*zatímco geny nabíjí pistoli, environment²² mačká spoušť*“.

Vyšší riziko vzniku MA je obecně spjato s **ženským pohlavím** – ženy touto poruchou trpí 10x častěji než muži. Vzhledem ke zvýšenému ukládání tělesného tuku v určitých partiích, i vzhledem ke společností definovanému ideálu krásy, se dospívající dívky a mladé ženy mnohdy

²² Environment = vnější prostředí

úzkostně soustředí na tvar své postavy a na svou váhu. Z tohoto důvodu jsou ženy náchylnější k přísným restriktivním dietám, a tedy i k poruchám příjmu potravy typu MA a MB. Dospívající chlapci a mladí muži se taktéž snaží přiblížit jakémusi ideálu – usilují o fyzickou zdatnost, sílu a nárůst svalové hmoty. U mužů poté hrozí riziko vzniku bigorexie neboli Adonisova komplexu (Švédová & Mičová, 2010, Krch, 2010).

Jedním z hlavních znaků poruch příjmu potravy je strach z tloušťky. Vzhledem k tomu, že k největším tělesným změnám dochází v **období pubescence a adolescence**, tedy ve věkovém rozmezí 12-20 let, vzniká MA nejčastěji právě v tomto životním období. Předčasná fyzická zralost dospívajících dívek, tzn. předčasný rozvoj sekundárních pohlavních znaků, či nevhodná distribuce tělesného tuku, umocňuje strach z dalšího přibírání a zvyšuje riziko vzniku MA až dvojnásobně (Krch, 2010). MA se může vyskytnout také u jedinců mladších deseti let, poté hovoříme o tzv. infantilní mentální anorexii (F.E.A.S.T, 2022).

2.2 Sociokulturní a rodinné faktory

2.2.1 Kult štíhlosti a ideál krásy

Od útlého dětství je každý z nás, bývá uváděno, že častěji jedinec ze střední a vyšší socioekonomické třídy, vystaven tlakům a požadavkům současné společnosti, s nimiž je nutné se v průběhu života neustále vyrovnávat (Leibold, 1995). Aktuálně vyznávaný kult štíhlosti, tlak na výkon a tělesnou dokonalost, vede u mnohých jedinců (zvláště u žen) k pocitům méněcennosti i ke strachu z tloušťky, které se urputně brání dodržováním přísných redukčních diet. Se snahou neustále zlepšovat svůj vzhled, s ochotou odpírat si, úzce souvisí právě nízká sebedůvěra daného jedince. Lidské tělo, přesněji štíhlé tělo, se stává symbolem zdravého, šťastného a úspěšného života. V kontrastu s tím je, v současné společnosti, nepřiměřeně skandalizována a odmítána obezita, ale i mírná nadváha (Krch, 2010). MA tak může být odpovědí, nepřiměřenou reakcí jedince na aktuální sociokulturní normu a ideál krásy (Švédová & Mičová, 2010).

Vedle nepřímého, podprahového působení médií, hrají v kontextu vzniku MA významnou roli také sociální sítě, kde ženy samy vyhledávají inspiraci a návody k dosažení žádoucího cíle. Nelze opomenout tzv. pro–Ana blogy, což je virtuální prostor, který dává vzniknout pro–Ana komunitě, tedy skupině jedinců s MA, kteří se vzájemně motivují a podporují v patologickém jídelním chování.

Existují rizikové skupiny, u kterých se s výskytem MA setkáváme častěji, a to především kvůli těsnému spojení úspěchu s výkonem a tělesným vzhledem. Zvýšeně ohrožené jsou především modelky, moderátorky, herečky, zpěvačky, vrcholoví sportovci či baletky... (Papežová, 2017).

2.2.2 Proanorektické rodinné prostředí

Názory na vliv rodinného prostředí, v kontextu zvýšeného rizika vzniku mentální anorexie, se liší, a to i mezi odborníky. Vágnerová (2008) uvádí, že dlouhodobě **dysfunkční rodinné vztahy** mohou být jednou z příčin vzniku PPP. Jde zvláště o rodiny, které nejsou schopné efektivního řešení konfliktů a otevřené komunikace, své problémy popírají a emoce potlačují. Alespoň jeden z rodičů bývá zaměřen na výkon a úspěch, což vyžaduje i od svých dětí. Kocourková et al. zdůrazňují především význam vztahu **matka – dcera**. Zmiňují, že matky anorektických dívek bývají vysoce ambiciózní, kritické, perfekcionistické a kladou na sebe, i na své dítě, nadměrné požadavky. Krch (2010) uvádí dvojí možný profil osobnosti matky anorektického dítěte:

- Hyperprotektivní matka – neadekvátně a nadměrně ochraňující, hýčkájící a rozmazlující
- Dominantní matka – vládnoucí, iniciativní, aktivně se snažící určovat směr a dění v rodině.

Dominantní matka potřebuje po svém boku submisivního partnera – matka určuje pravidla a dítě je naplňuje. Dívka, která je dokonale přizpůsobená pravidlům a požadavkům své matky, přebírá její potřeby za své a na ty vlastní zapomíná.

Americká organizace F.E.A.S.T., která pomáhá rodičům dětí s PPP porozumět této problematice, předává jim informace, podporuje a motivuje je k léčbě jejich dětí, zastává názor, že neexistuje žádný důkaz o závislosti vzniku PPP na určitém výchovném stylu či jednání rodičů. Pocit viny pak zbytečně brzdí proces včasné intervence a účinné léčby. F.E.A.S.T. ovšem nepopírá fakt, že děti rodičů, kteří nemají zdravý vztah k jídlu, excesivně cvičí a mají negativní sebeobraz, jsou vystaveny zvýšenému riziku újmy, zvláště pak ty s predispozicí k PPP. Děti potřebují podporující, zralé, stabilní a milující rodiče (*Parents Do Not Cause Eating Disorders*, dostupné z: <https://www.feast-ed.org>).

Přestože jsou názory týkající se vlivu rodinného prostředí na vznik MA různé, odborníci se shodují v tom, že při utváření jídelních a pohybových návyků dítěte hraje stěžejní úlohu právě rodina. Již v útlém dětství se tak mohou formovat základy budoucích PPP. Rodinné prostředí také zásadně ovlivňuje jedince v utváření představ o vlastním těle a vlastní osobě (Krch, 2010).

V případě, že je rodinným krédem „vypadat dobře“, pak dítě interiorizuje tento postoj i do svého hodnotového žebříčku, a tak se i pro něj stává tělesný vzhled dominantní hodnotou (Stárková, 2003).

Vedle zmíněné hyperprotektivní výchovy a přehnaného důrazu na „zdravou“ výživu zmiňuje Fraňková (2003), jakožto významný rizikový faktor, **výskyt MA v rodině**, a to zvláště v případě matky ohroženého dítěte. Matky, které neustále usilují o dosažení štíhlosti, hladoví a mají chorobný strach z nadváhy, ať už své či svého dítěte, nepříznivě ovlivňují jeho somatický, emoční i kognitivní vývoj²³. Výzkumy také prokázaly souvislost mezi postojem matky ke vzhledu dítěte a jeho pozdějším tělesným sebepojetím (Fraňková, 2003).

Papežová (2017) dále upozorňuje na destruktivní dopad **podmínečného přijetí dítěte**. Náklonnost a pozornost věnovaná dítěti, která je ovšem podmíněná jeho perfektním výkonem a chováním, se později projevuje jako nedostatek sebedůvěry spolu s pocitem méněcennosti dítěte. To ovšem bezmezně touží po náklonnosti rodičů, čehož se snaží docílit skrz dokonale zdravý životní styl, nadprůměrné sportovní výkony či perfektní postavu. Časem přirozeně dochází k vyčerpání doprovázeném pocitem zklamání a selhání, za které se mají (někteří) potřebu potrestat. A není krutějšího trestu, než je odmítání jedné z nezákladnějších potřeb, potravy (Leibold, 1995). Dle Fraňkové (2003) odmítání potravy také úzce souvisí se strachem dítěte z dospělosti, z odloučení od rodičů či ze samostatnosti.

Zvláště rizikový, pro vznik MA, ale i dalších duševních onemocnění, je **citový úraz v dětství**. Takovým úrazem může být „prosté“ opakované nepochopení a přehlížení, které vede k omezenému kontaktu dítěte s vlastními potřebami. Dítě zjišťuje, že když nic nepotřebuje a neprojevuje žádné negativní emoce, rodiče se nezlobí, jsou spokojení. To vede k předčasnému dospění dítěte, které je nuceno se samo o sebe postarat. Touha po péči, zájmu, lásce, vřelých emocích a v neposlední řadě i po projevení „zakázaných“ emocí, nikam nezmizela, naopak, skrz nemoc, v tomto případě skrz MA, jedinec touží po jejich uspokojení (Kopřiva, 2006).

²³ „Ovládla jsem svou potravu, abych si vytvořovala tělo podle svého gusta, abych ho stvořila já a abych přestala být stvořením své matky... mým cílem bylo kontrolovat svůj život a uniknout té (matce), která nad ním uplatňovala autoritu od mého narození...“ (Caro, 2011)

2.3 Osobnostní faktory

2.3.1 Rizikové povahové rysy

Existují určité povahové rysy a psychické charakteristiky, které jsou považovány, z hlediska možného rozvoje MA, za rizikové. Papežová (2000) zmiňuje, že jedinci trpící MA mají silné nutkání mít nad vším kontrolu – kontrolu sami nad sebou, ale i nad ostatními. Je pro ně typické dodržování přísné disciplíny a kázně, což vede nejen k podrážděnosti a celkově negativnímu naladění, ale i k postupné izolaci od blízkých přátel a rodiny. Papežová (2010) dále upozorňuje na významný vliv perfekcionismu a s ním spojené chorobné touhy anorektických dívek po dokonalosti. V momentě, kdy vedle perfekcionista rysů stojí i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem, je riziko vzniku MA významně zvýšené.

Švédová a Mičová (2010) popisují „typickou“ anorektickou pacientku jako výkonově zaměřenou, nadměrně přizpůsobivou, nekonfliktní a vstřícnou dívku, která je však plná obav a pochybností, nedůvěřuje sobě ani svým schopnostem, trpí nízkým sebevědomím, zvýšenou sebekritikou i kritikou svého okolí, nadměrnou sebekontrolou a sebeovládáním. Americká organizace F.E.A.S.T. upozorňuje na zpravidla se vyskytující emoční labilitu pacientek, na jejich neschopnost vyjádřit vlastní emoce, na zvýšený zájem o sebe sama i na dosavadní nepřizpůsobení se podmínkám dospělosti – snaha setrvat v dětství, jak na mentální, tak na fyzické úrovni. Z výše uvedeného vyplývá, že anorektické dívky bývají poněkud nevyzrálé a egocentrické, mívají strach z dospívání, odloučení i ze samostatnosti. MA lze mj. považovat, pohledem F.E.A.S.T., za suicidální aktivitu či protest anorektické dívky vůči autoritě.

Jedinci s MA bývají soutěživí, od dětství jsou totiž hnáni k úspěchu. Mají tendenci porovnávat svůj vzhled s nerealistickými standardy vytvořenými společností či jimi samotnými. Anorektické dívky se více zajímají o to, co si o nich myslí ostatní, nežli o vlastní pocit spokojenosti. Stanovená nezdravá očekávání jsou zpravidla jen stěží naplnitelná, což zákonitě vede k celkové nespokojenosti a k pocitu strachu. Nespokojenost a strach jsou přesně tím palivem, které udržuje snahu nemocné dívky o dosažení dokonalosti. Z toho plyne nekonečný cyklus dysfunkčního jídelního chování, které je základem PPP (*Causes of Eating Disorders – Personality Traits and Skill Deficits*, dostupné z: mentalthelp.net).

U jedinců s MA můžeme dále sledovat sklon k tzv. kognitivní rigiditě neboli černobílému myšlení a vidění světa. Jakoukoliv odchylku od sebou nastaveného režimu vnímají jako nepřijatelné selhání a striktní odmítání potravy pak jako důkaz silné vůle a symbol výjimečnosti (Leibold, 1995). S celkovou svázaností souvisí i pozorovaný nedostatek fantazie a

vynalézavosti. Anorektičtí pacienti, díky přítomné mentální neflexibilitě, často nejsou ochotní či schopní přiznat, že své chování nemají pod kontrolou. V důsledku toho mohou mít velké potíže s přijímáním, ač dobře míněných, rad a nabízené pomoci ze strany odborníků i svých blízkých (*Causes of Eating Disorders – Personality Traits and Skill Deficits*, dostupné z: mentalhelp.net). Krch (2005) také zmiňuje výrazně úzkostné ladění osobnosti anorektických dívek, jejich vyhyčivé chování a obsedantní myšlenky, které vedou k ritualizovanému chování. "Typická" pacientka s MA bývá, dle Krcha, neurotická, depresivní, přesto však zaměřená na výkon a úspěch. Striktně dodržuje stanovené společenské normy a uznává rodičovské hodnoty. Anorektická dívka nerada přiděluje svým blízkým starosti, nerada obtěžuje. Chce být zkrátka dokonalá, a to i na úkor vlastního já.

2.3.2 Reakce na závažnou životní událost

Dle NICE²⁴ (2004) je prožitá závažná životní událost příčinou vzniku MA až v 70 % případů. Závažnou, až traumatickou životní událostí může být významná životní změna, ztráta blízkého, sexuální a fyzické zneužívání, problémy v rodině či vysoké nároky okolí. Velmi často se poté pacientky svěřují s nevhodnými narážkami na tloušťku a tělesný vzhled. Tyto zátěžové situace bývají spojeny s negativními myšlenkami a emocemi, které se odrážejí na negativním sebehodnocení a obecně nízkém sebevědomí. Ztrátu kontroly nad svým životem pacientky s MA kompenzují nadměrnou kontrolou příjmu potravy a snahou o dokonalost (Krch, 2005).

V současné době mezi odborníky převládá názor, že nalezení příčinné souvislosti mezi rozvojem MA a prožitou závažnou životní událostí je významné především pro pacientku a její blízké okolí. Identifikace konkrétního „viníka“ přináší pacientce a jejím blízkým značnou úlevu, pomáhá jim lépe zvládnout, pochopit a smířit se s přítomností poruchy. Tento názor odborníků je podpořen výzkumným šetřením, kdy konkrétně u sexuálního a fyzického zneužívání sice bylo prokázáno zvýšené riziko vzniku psychické poruchy, nikoliv však specificky MA (Krch, 2010).

²⁴ NICE = National Institute for Health and Care Excellence

3 Symptomy mentální anorexie

Základním příznakem tohoto duševního onemocnění je chorobný strach z tloušťky spolu s nerealistickým vnímáním vlastního těla. Pacientky s MA své tělo vnímají jako cizí objekt, a stejně tak s ním i zacházejí (Fraňková, 2003). Nevývratné přesvědčení o vlastní tloušťce, i přes objektivní důkazy podvýživy až kachexie²⁵, vede pacientku k úmyslnému, aktivnímu snižování tělesné hmotnosti, ať už ve smyslu redukce energetického příjmu – hladovění, nebo ve smyslu zvýšení energetického výdeje – excesivní cvičení (Krch, 2007). Hladovění i nadměrné cvičení pomáhají pacientkám zmírnit jejich obavy z tloušťky, mohou vést i k pocitu uspokojení, což jen posiluje jejich maladaptivní chování. Vedle faktického popisu projevů MA je také velmi užitečné zamyslet se nad tím, proč se vůbec tělesná hmotnost, příjem potravy a jeho nadměrná kontrola staly v životě pacientky tak významným faktorem. Proč je sebepojetí a sebeúcta tak úzce svázána s tělesnou hmotností a tělesným vzhledem. Tato prvotní úvaha či hypotéza nám může významně pomoci pochopit a uchopit životní příběh konkrétní pacientky, a také ji snadněji zapojit a motivovat do samotného léčebného procesu (Palmer, 2008).

Mentální anorexie se zásadním způsobem promítá do psychického i fyzického zdraví daného jedince. V kontextu této práce je větší důraz kladen na psychické, zpravidla méně nápadné a méně alarmující, příznaky MA. Pro lepší přehled jsou psychické projevy mentální anorexie rozděleny do čtyř kategorií²⁶ (F.E.A.S.T., 2022):

- **jídelní chování**
 - nadměrné zaobírání se jídlem, potřeba znát přesný obsah kalorií v potravinách
 - neflexibilita, rituální stravování
 - vyhýbání se některým druhům potravin
 - vyhýbání se společnému stravování
 - nadměrný zájem o to, co jedí ostatní
 - časté vaření pro ostatní
 - manipulace s jídlem – schovávání, vyvolávání zvracení
 - postupné vymizení pocitu hladu
- **fyzická aktivita**
 - intenzivní cvičení bez potěšení
 - potřeba cvičením vykompenzovat snědené jídlo

²⁵ Kachexie = silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí

²⁶ Uvedený přehled psychických projevů MA je pouze orientační, zdaleka ne úplný

- **kognice**
 - porucha vnímání vlastního těla
 - přesvědčení o vlastní tloušťce
 - nepřiměřené zaměření se na vlastní nedostatky
 - anosognosie = neschopnost náhledu vlastní nemoci

(Bullová, 2021)

Somatické projevy mentální anorexie jsou zpravidla spíše jejím důsledkem, přičemž na důsledky MA je podrobně zaměřena jedna z následujících kapitol²⁷.

3.1 Ne/uspokojování základních potřeb

„Nenávidím své tělo, protože mě obtěžuje. Když se poddám jeho požadavkům, cítím se tak nečistá... jaksi provinilá. Ale když jej donutím dělat to, co chci, cítím se velmi silná, protože jsem zvítězila nad tím zvířecím v sobě.“ (Leibold, 1995)

Jídlo, stravovací návyky a tělesná hmotnost

Jídlo patří, z hlediska Maslowovy pyramidy lidských potřeb, mezi potřeby fyziologické, tedy ty nejzákladnější – nejsou-li naplněny, nedovolí člověku myslet na nic jiného. Člověk musí jíst už jen proto, aby přežil. Krch (2005) upozorňuje na to, že jídlo není jen zdrojem základních živin, který udržuje somatické a psychické zdraví člověka, ale také zdrojem slasti. Ten, kdo jídlo svévolně odmítá, jde vlastně zcela proti sobě, proti vlastnímu uspokojení.

Kocourková et al. popisují mentální anorexii takto: *"Tam, kde člověk obvykle nachází slast a relaxaci, jako je tomu v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam jedinec s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost. Těmto pocitům se brání zesílením svého kontrolujícího a asketického chování."*

Stravovací návyky se utvářejí již od útlého dětství, v kruhu rodinném. Děti se od svých rodičů učí převážně nápodobou, a není tomu jinak ani ve vztahu k jídlu a jídelním návykům – být svým dětem dobrým vzorem je nejúčinnější prevencí nezdravých stravovacích návyků i negativního postoje k jídlu. Vlivem rizikového jídelního chování rodičů může u dítěte dojít k nejrůznějším zlovykům a jídelním rituálům. Zásadním pravidlem je neužívat jídla jako nástroje k ovlivnění chování dítěte – jako odměny či trestu za ne/žádoucí chování. To může vést nejen k nevhodné

²⁷ Průběh a důsledky mentální anorexie

manipulaci (s jídlem samotným, ale i s druhými skrz jeho odmítání), ale převážně ke snížené schopnosti reagovat na podněty a potřeby vlastního těla (Švédová, 2019).

Abychom porozuměli podstatě patologického jídelního chování, které je pro pacientky s MA typické, je nutné nejprve porozumět tomu, co to znamená „normálně jíst“. Člověk se zdravým vztahem k jídlu jí tehdy, když má hlad, přestane, když je nasycen, nepřejídá se, jídlo si vychutnává bez výčitek svědomí, nezajídá pocity samoty, strachu, vzteku či nervozity, nepočítá kalorie ani nedrží žádné diety (Švédová, 2019). „*Normální postoj k jídlu vede k uspokojení fyziologických potřeb, přitom plní i psychologickou a sociální funkci jídla.*“ (Fraňková, 2003)

Vedle normálního/patologického jídelního chování stojí také normální/riziková tělesná hmotnost. K posouzení přiměřenosti tělesné hmotnosti je nejčastěji užíván výpočet indexu tělesné hmotnosti, tzv. BMI (Body Mass Index), přičemž $BMI = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška}^2 [\text{m}]^{28}$.

Jedním z diagnostických kritérií mentální anorexie je hodnota BMI 17,5 a méně (Tabulka 2).

Tabulka 2 | Hodnoty BMI²⁹ dle WHO³⁰

Kategorie	BMI	Zdravotní rizika
Těžká podváha	16 a méně	Velmi vysoká
Středně těžká podváha	16,0 – 16,9	Velmi vysoká
Mírná podváha	17,0 – 18,4	Vysoká
Normální váha	18,5 – 24,9	Minimální
Nadváha	25,0 – 29,9	Nízká
Obezita	30 a více	Vysoká

Při posuzování zdravotních rizik souvisejících s tělesnou hmotností je nutné myslet na to, že hodnota BMI je pouze orientačním prediktorem zdravotních potíží, proto je nanejvýš vhodné doplnit tento výsledek o další informace a ukazatele (např. množství tuku a vody v těle apod.).

3.1.1 Patologický vztah k jídlu a jídelní chování

Stanovit zřetelnou hranici mezi normou a patologií je velmi obtížné. Nespokojenost s vlastním tělem, nadměrný zájem o tělesnou hmotnost a touha po jejím snižování se stává společenskou

²⁸ Při hmotnosti 44 kg a výšce 1,6 m je hodnota BMI = 17,1 (44/1,6²)

²⁹ S ohledem na zaměření této práce jsou vynechány hodnoty BMI ukazující na obezitu I.–III. stupně

³⁰ WHO (World Health Organization) = Světová zdravotnická organizace

normou, a zároveň také vstupní branou k některé z poruch příjmu potravy. Množství mladých žen již nerozlišuje mezi redukční dietou a normálním jídelním chováním, dochází tak k zaměňování těchto diet za tzv. zdravý životní styl (Krch, 2005). Přestože hranice mezi zdravým životním stylem a počátkem MA bývá zpočátku nejasná, lze si všimnout jistých varovných signálů, které ukazují na možnou přítomnost tohoto onemocnění. Zpravidla se mění:

- **skladba jídelníčku** – přechod k některému z alternativních způsobů stravování³¹ (nejčastěji vegetariánství), postupné vynechávání sladkých a tučných jídel vedoucí k úplné restrikcii, preference nízkokalorických potravin a samo připravených pokrmů, zvýšená konzumace kávy a vody (s cílem zahnat pocit hladu), nebo naopak dehydratace
- **jídelní chování** – dívky s MA jedí velmi pomalu, uvážlivě, jídlo krájí na malé kousíčky, často o jídle mluví, rády vaří pro své blízké, samy však důsledně jídlo odmítají, vyhýbají se společnému stravování, jak v rodině, tak ve společnosti, úzkostlivě dbají na to, aby jejich porce byla ta nejmenší, kontrolují množství snědené potravy pomocí váhy a kalorických tabulek, mohou začít s navozeným zvracením, užíváním projímadel, diuretik, ale také s přejídáním, typicky dochází k manipulaci s jídlem, k podvádění, lhaní, ale také k vyhrožování a emočnímu vydírání v momentě, kdy jsou dívky svým okolím k jídlu nuceny (Krch, 2010)

Mentální anorexie ve svém doslovném překladu znamená nechutenství, což není, z medicínského hlediska, zcela správně. Oslabená chuť k jídlu, v případě MA, je až důsledkem svévolného dlouhodobého hladovění a nemusí se vyskytovat u všech nemocných (Krch, 2007). Fraňková (2003) hovoří o postupném vymizení pocitu hladu v průběhu několika dnů. V počáteční fázi onemocnění je chuť k jídlu spíše potlačována a přemáhána (Němečková, 2002). Některé pacientky mají paradoxně, vlivem striktního omezování se, zvýšenou chuť k jídlu, o něž projevují až fanatický zájem. Jídlo tedy neodmítají z důvodu nechutenství, nýbrž z důvodu vědomého odříkání si, z důvodu averze k jídlu, která pramení z narušeného vnímání a nenávisti³² vlastního těla (Krch, 2007). Pacientky hladovění mnohdy spojují s příjemnými, uspokojivými pocity, s hrdostí na svou nezlomnou vůli a sebedisciplínu.

Langmeier nahlíží na jídlo nejen jako na zdroj energie, ale také jako na prostředek k manipulaci. Za významný projev PPP proto považují manipulativní zacházení s jídlem, kdy se nemocný

³¹ Např. vegetariánství (včetně veganství), makrobiotika, organická či dělená strava, přerušované hladovění apod.

³² „Nenáviděla jsem se... a hladovění byl způsob, kterým jsem nenáviděla sama k sobě vyjadřovala. Nevěřila jsem, že by mě někdo mohl mít rád prostě takovou, jaká jsem.“ (Lask & Wauth, 2000)

jedinec snaží, skrze uvedenou manipulaci, změnit chování či prožívání někoho druhého, často některého člena rodiny. Autoři dále hovoří o problematickém využívání jídla jako odměny či trestu. Děti jsou jídlem, zpravidla sladkostmi, často odměňovány, když však jejich chování nekoresponduje s požadavky rodičů, nedostanou nic. Odměňování a trestání prostřednictvím jídla je problematické tehdy, kdy je na ně kladen příliš velký důraz – když se zcela vynechají jiné vhodnější způsoby, jak dítě odměnit či potrestat (Langmeier et al., 2010).

Hladovění jako maladaptivní copingová strategie a prostředek ke zvládnání emocí

Zátěžové situace, a s nimi spojený stres, patří do života každého z nás. Schopnost a efektivita vyrovnání se s těmito situacemi úzce souvisí nejen s jejich intenzitou a délkou, ale také s osobnostními charakteristikami a vulnerabilitou daného jedince – stejná událost vyvolává u různých lidí různé reakce (Vágnerová, 2004). Stres je přirozenou reakcí organismu na životní změny – ne vždy má však negativní konotaci, leckdy se stává vlivným motivačním faktorem. V případě působení nadměrné stresové zátěže či dlouhodobého chronického stresu mnohdy selhávají adaptační schopnosti jedince, a je proto nutné zvolit některý ze způsobů zvládnání zátěžových situací, tzv. copingovou strategii. Ne všechny copingové strategie jsou však zdravé a efektivní, v takovém případě jde o tzv. maladaptivní copingové strategie (Mikotová, 2016).

Právě mentální anorexie je jedním z příkladů sebedestruktivní maladaptivní copingové strategie užití v reakci na prožitou náročnou životní situaci. Stres, úzkost a obavy jsou „řešeny“ hladověním a nadměrným zájmem o jídlo, což sice pacientkám přináší dočasnou úlevu, nikoliv však řešení problému. Pacientka s MA uniká od každodenních těžkostí, nad kterými nemá kontrolu, do své nemoci, ta se pro ni stává bezpečným přístavem a útočištěm.

Hladovění je nejen maladaptivní copingovou strategií, ale také prostředkem ke zvládnání emocí (Serpell et al., 1999). Pacientky s MA své emoce silně potlačují, ignorují a úzkostlivě kontrolují. Potlačené emoce jsou poté nahrazeny rozumem, nezlomnou vůlí a perfektním výkonem. Mezi kontrolou vlastních emocí a kontrolou příjmu potravy existuje úzká souvislost. Nadměrná sebekontrola, i přes objektivní sebedestrukci, vede pacientky s MA k pocitu blaženosti a výjimečnosti. Při přejídání dochází naopak k nasycení bolavé duše, jídlo je tak prostředkem k poskytnutí dočasné úlevy, útěchy, radosti a pocitu bezpečí (Švédová, 2019).

Vzhledem k naplnění všech níže uvedených podmínek:

- symptomy vznikají v reakci na tíživé životní události či interpersonální konflikty
- tělesné symptomy jsou výrazem psychického vyčerpání
- adaptační možnosti jsou přetíženy, což vede k návratu na nižší strukturní úroveň

- schopnost náhledu na situaci je zřetelně omezena
- je zapotřebí podpory a kontinuální péče

lze mentální anorexii považovat (taktéž) za psychosomatické onemocnění (Tress et al., 2008).

3.1.2 Vliv mentální anorexie na sexualitu a sexuální chování

Sexualita patří, stejně jako příjem potravy, mezi další ze základních lidských potřeb, stává se tak přirozenou součástí života každého jedince bez ohledu na jeho věk či pohlaví (Švédová, 2019). Žourková (2008) hovoří o úzkém vztahu mezi pudem obživným a pudem sexuálním, v kontextu s mentální anorexií pak především ve smyslu jejich nadměrné kontroly, která přináší pacientkám pocit jistoty a bezpečí.

Zdravá sexualita vyžaduje jistou úroveň emoční zralosti, sebevědomí, sebeúcty a sebezřetel, což jsou oblasti, ve kterých pacientky s MA často selhávají. Krch (2005) se domnívá, že odmítavý postoj pacientek k sexu souvisí s jejich negativním až odmítavým postojem k vlastnímu tělu. Snížená sexuální touha tedy není způsobena žádnou sexuální dysfunkcí, nýbrž nedostatečným uspokojením obživného pudu a celkově zhoršující se kvalitou života pacientky. Vedle snížené sexuální apetence se můžeme u pacientek s MA (častěji však u pacientek s MB) setkat také se zvýšeným zájmem o sexuální aktivity až s promiskuitním chováním.

Dopad mentální anorexie na organismus dospívající dívky či mladé ženy může být destruktivní. Dochází k pozastavení vývoje sekundárních pohlavních znaků (růst prsů, nárůst podkožního tuku, rozšíření pánve a boků), k vynechání či úplné ztrátě menstruace, ke snížení sexuálního vzrušení apod. Mnohé pacientky s MA tyto závažné dopady na růst a vývoj jejich těla s nadšením vítají. Jedním z často uváděných důvodů této sebedestruktivní touhy je strach pacientky z dospívání, z přijetí ženské role, ale také strach ze sexuální pozornosti mužů. Mentální anorexie poté plní funkci obrany před případnými sexuálními impulzy. Hladověním pacientka usiluje o dosažení asexuálních chlapeckých tvarů namísto tvarů oblých, typicky ženských (Virtue, 2013). Hladovění tak může symbolizovat pokus dospívající dívky o setrvání v dětském těle. Odborníci mají k množství výše zmíněných teorií jisté výhrady, shodují se však na tom, že k výraznému snížení zájmu o sex dochází především vlivem výrazné podváhy a s ní spojené snížené činnosti pohlavních orgánů (Krch, 2005; Švédová, 2019).

Mentální anorexie, doprovázená extrémní malnutricí, se u množství pacientek podepisuje sníženou sexuální touhou, aktivitou i reaktivitou, nelze však hovořit o příčinné souvislosti. Nezanedbatelné množství pacientek s MA prožívá plnohodnotné partnerské vztahy doprovázené, mimo jiné, i uspokojivým sexuálním životem (Žourková, 2008).

3.2 Narušené sebezpojetí

Dle Fialové (2001) je sebezpojetí vyjádřením celkového postoje jedince k sobě samému, který sestává z těchto oblastí:

- kognitivní – sebezpoznání a sebedefinování
- emocionální – sebehodnocení, sebeúcta, sebeocení
- činnostně regulativní – sebespůsobování, sebekontrola, seberealizace

Sebezpojetí je formováno v průběhu procesu primární i sekundární socializace. Subjektivní představa o vlastní osobě se tak utváří v rodinném kruhu již od útlého dětství, a to především vlivem interakcí a zkušeností dítěte s těmi, kteří ho vychovávají a zaujímají k němu hodnotící postoj. Protože je dítě v prvních letech svého života na hodnocení svých nejbližších zcela závislé, může později dojít, v důsledku nedostatku pozitivní zpětné vazby, právě k narušenému sebezpojetí (Fialová, 2001).

Velmi citlivým obdobím, v kontextu tělesného, ale i celkového sebezpojetí, je období dospívání³³. Jde o přechodnou vývojovou etapu, která je typická emoční nestabilitou, impulzivním jednáním, nepředvídatelností reakcí a postojů, hledáním vlastní identity a srovnáváním se s ostatními. Dochází také ke konfrontaci mezi ideálním a reálným já. Dospívající svým emocím a svému chování sami mnohdy nerozumí, rádi utíkají před reálným světem do světa svého, fantazijního (Krejčířová & Langmeier, 2006). Narušené tělesné sebezpojetí se v tomto emočně křehkém období projevuje citlivějšími reakcemi i na neutrální poznámky okolí. Z tohoto důvodu jsou ke vzniku MA, ale i dalších poruch sebezpojetí, více náchylní právě dospívající jedinci (Fialová, 2001).

Tělesné sebezpojetí (body image)

Tělesný vzhled se v současné společnosti stává naší vizitkou a symbolem úspěchu. Vlivem mediální propagace nedosažitelného ideálu krásy, i vlivem stálé tendence společnosti spojovat tělesnou konstituci s jistými psychickými vlastnostmi, dochází (zvláště pak u žen) k nadměrně kritickému postoji k vlastnímu tělu. Lidské tělo se tak stává společností hodnoceným objektem, který je od hlubokého vnitřního já čím dál více vzdálený, tento fakt má významný dopad jak na sebehodnocení/sebeúctu jedince, tak na jeho vztahování se k vnějšímu světu (Fialová, 2006).

³³ Krejčířová & Langmeier (2006) vymezují období dospívání od 11–12 do 20–22 let, které dále dělí na období pubescence (11–15 let) a období adolescence (15–22 let)

Tělesné sebepojetí (body image) je součástí celkového sebepojetí jedince (Fialová, 2001). Vzhledem k výše uvedeným nárokům současné společnosti na tělesný vzhled sehrává vztah a postoj k vlastnímu tělu v životě člověka významnou roli. Pozitivní hodnocení fyzického já posiluje celkovou duševní pohodu jedince, narušené tělesné sebepojetí se poté projevuje sníženým sebehodnocením, menší přizpůsobivostí, ale také sklonem k depresím a závislostem. Způsob vnímání a prožívání vlastního těla přitom mnohdy vůbec nesouvisí s jeho reálným tvarem či velikostí, ani s reálnou tělesnou hmotností, nýbrž s výsledkem subjektivního hodnocení jak samotného jedince, tak společnosti. Siebrasse (1995) upozorňuje na to, že přílišné prožívání vlastního těla může mít destruktivní dopad na osobnost jedince.

3.2.1 Zkreslené vnímání a prožívání vlastního těla

Jak již bylo naznačeno výše, narušené tělesné sebepojetí má negativní dopad na celkové sebepojetí jedince. Jedním z možných důsledků takto pokřiveného vztahu k vlastnímu tělu je vznik některé z poruch příjmu potravy. Zkreslené vnímání vlastního těla je poté jedním z hlavních diagnostických kritérií MA. Krch (2005) konkrétně hovoří o extrémně negativním přístupu pacientky k vlastnímu tělu/vzhledu a jeho nerealistickém hodnocení, o fixaci na domnělý defekt vlastního těla, kvůli němuž se dívka aktivně vyhýbá jeho odhalování, dále také hovoří o vnímání vlastního těla jakožto cizího a necitlivého objektu. Papežová (2012) dodává, že i například dobře míněná pochvala týkající se vzhledu pacientky, zvláště pak v souvislosti se zvýšením tělesné hmotnosti, může pacientku nejen nadměrně vyděsit, ale také podpořit k návratu do bezpečí, kterým je hladovění. Často sledovaným jevem u pacientek s MA je také úzkostné vyhýbání se pohledu do zrcadla³⁴, který je mnohdy doprovázený pocitem zoufalství a odporem k sobě samé, důvod je přitom stále stejný – zkreslené vnímání, a tedy i nereálný obraz vlastního těla. Postavit pacientku s MA před zrcadlo v domnění, že ji přesvědčíme o její vyhublosti, tedy nemá zcela žádný efekt, naopak tím posílíme její hluboké přesvědčení o vlastní tloušťce. Přesto je v procesu léčby MA velice důležité zaměřit se, mimo jiné, na postupnou změnu vztahu k vlastnímu tělu, bez této změny je riziko relapsu onemocnění, či vzniku dalších psychických obtíží, stále vysoké.

Řada výzkumů prokázala, že ačkoliv je vnímání vlastního těla u pacientek s MA výrazně narušeno, tělesný vzhled druhých osob posuzují zcela realisticky. Význam vlastního tělesného vzhledu je tedy u pacientek s MA chorobně zveličován, a to v důsledku velmi nízkého

³⁴ „Vyhýbala jsem se pohledu do zrcadla, když jsem byla nahá, protože jsem se za svoje tělo styděla a nechtěla jsem vidět, jak se proměňuje.“ (Caro, 2011)

sebevědomí, které je přímo úměrné rozdílu mezi ideálním a reálným já. Čím větší je rozdíl mezi ideálním a reálným tělesným vzhledem, tím nižší je sebevědomí pacientky. Jak již bylo zmíněno výše, nízké sebevědomí je pacientkami kompenzováno nadměrnou sebekontrolou a odíráním si jakéhokoliv slastného prožitku (Fialová, 2006).

3.3 Závislostní chování

Častou komorbiditou poruch příjmu potravy jsou, mimo jiné, závislostní poruchy. Tendence k závislostnímu chování je poté další možnou odezvou a maladaptivní copingovou strategií užitou v reakci na stresové životní události (Riegel et al. 2020), s cílem uniknout tak řešení problémů a snahou oddálit se vnějšímu světu. Stejně neefektivní a destruktivní maladaptivní reakci na zátěžové a subjektivně nezvládnutelné životní situace je sama mentální anorexie, ale i další PPP. Vzhledem k časté koexistenci, prolínání a množství shodných charakteristik těchto dvou skupin poruch se nabízí otázka: „Je možné poruchy příjmu potravy označit za poruchy závislostní?“ (Kalina, 2019³⁵). S ohledem na zaměření této práce se dále ptám: „Lze mentální anorexii chápat (také) jako závislost na hladovění?“.

Abychom mohli mezi těmito dvěma skupinami poruch jakkoli diferencovat, je nutné se blíže seznámit s pojmem „závislostní chování“. Závislostní chování je tedy, navzdory jeho negativním důsledkům, opakovaný vzorec maladaptivního chování, který danému jedinci přináší okamžité uspokojení a pocit úlevy. To, co jednou přinese člověku úlevu, má přirozeně potřebu zopakovat. V situacích, kdy jedinec není schopen, nebo mu není umožněno uspokojit své základní potřeby přirozeným, adaptivním způsobem, riziko vzniku a rozvoje závislostního chování se mnohonásobně zvyšuje (Kalina, 2015).

V již zmíněné MKN–10 je závislostní chování spojováno pouze s těmi poruchami, které jsou vyvolány škodlivým užíváním psychoaktivních látek³⁶, konkrétně se jedná o diagnózu „syndrom závislosti³⁷“. V již brzy platné MKN–11 nalezneme však samostatnou kategorii – „behaviorální závislosti“, která odkazuje na závislostní chování ve vztahu k určitým aktivitám, zahrnuje tak všechny doposud opomenuté nelátkové závislosti, mezi které patří, mimo jiné, i poruchy příjmu potravy (Vacek & Vondráčková, 2014).

³⁵ AT konference Společnosti pro návykové nemoci – ročník 2019

³⁶ Psychoaktivní látky = chemické látky, které mají vliv na psychiku a mohou být silně návykové

³⁷ Syndrom závislosti = soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů

Diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10

- A. Silná **touha** či nutkání **užívat látku**, tzv. craving
- B. **Potíže v kontrole** užívání látky
- C. **Somatický odvykací stav**.
- D. **Průkaz tolerance** k účinku látky³⁸
- E. Postupné **zanedbávání jiných potěšení** a zájmů ve prospěch užívané látky
- F. **Pokračování v užívání** látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků

Pro stanovení diagnózy „syndrom závislosti“ je nutná přítomnost alespoň tří z uvedených diagnostických kritérií během posledního roku.

Závislost na psychoaktivních látkách se projevuje jak na fyzické rovině – somatickým odvykacím stavem a průkazem tolerance, tak na rovině psychické (behaviorální) – silnou touhou po užívání látky, potížemi s kontrolou užívání látky, postupným zanedbáváním jiných zájmů a pokračováním v užívání látky navzdory jasnému důkazu její škodlivosti.

3.3.1 Mentální anorexie jako behaviorální závislost

Nežřídka se setkáváme, zvláště mezi laickou veřejností, s přesvědčením, že objektem zájmu osob trpících některou z poruch příjmu potravy je jídlo jako takové. Vacek (2011) však oponuje – zdrojem uspokojení je právě ono závislostní chování, které s příjmem potravy souvisí. V případě mentální anorexie je to, mimo jiné, nadměrná kontrola příjmu potravy vedoucí až k její úplné restrikci. V souvislosti s PPP proto hovoříme o tzv. behaviorálních závislostech.

Griffiths (in: Kalina, 2015) vymezuje šest základních komponent behaviorální závislosti:

- význačnost – určitá aktivita ovládá myšlení, emoce i chování jedince
- změna nálady v důsledku zahájení aktivity
- průkaz tolerance
- abstinční příznaky (dysforická rozlada) v důsledku přerušování aktivity
- interpersonální a/nebo intrapersonální konflikty vyvolané přítomností aktivity
- relaps³⁹

V kontextu MA je onou závislostní aktivitou myšlena záměrná restrikce jídla, která vede nejen k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, ale také k pocitu zvýšené kontroly nad vlastním životem a k pocitu výjimečnosti, což je pro pacientku s MA za onu sebedestrukci významnou

³⁸ Potřeba stále vyšších dávek látky k dosažení žádoucího efektu

³⁹ Relaps = „znovuvzplanutí“, návrat/zhoršení příznaků a projevů onemocnění

a vítanou odměnou. V důsledku posílení závislostního chování, skrze zmíněnou odměnu, vzniká na hladovění silná závislost.

Kalina (2019) upravil diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10 tak, aby byla platná i pro behaviorální závislosti. Tato změna spočívá především v nahrazení pojmu „látka“ pojmem „adiktivní podnět“, jenž může být látkové i nelátkové povahy. Adiktivní podnět poté označuje, v kontextu PPP, jistý proces či rituál.

Diagnostická kritéria behaviorálních (nelátkových) závislostí

- A. Silná **touha** či nutkání **užívat adiktivní podnět**, tzv. craving.
- B. **Potíže v kontrole** užívání adiktivního podnětu.
- C. **Somatický odvykací stav nelze definovat**, hovoříme o tzv. psychosomatickém stavu.
- D. **Průkaz tolerance** k účinku látky **nemusí být přítomen**.
- E. Postupné **zanedbávání jiných potěšení** a zájmů ve prospěch užívaného adiktivního podnětu.
- F. **Pokračování v užívání** adiktivního podnětu navzdory jasnému důkazu škodlivých následků.

V tuto chvíli již máme dostatečné informace k zodpovězení výše položené otázky: „Je možné poruchy příjmu potravy označit za poruchy závislostní?“. Breverton (2014) odpovídá zcela jasně – ano. Kalina (2019) hovoří, v souvislosti s PPP, o tzv. kvazi-závislostních poruchách, které se závislostním poruchám jen zdánlivě podobají. Vzhledem ke splnění čtyř až pěti ze šesti diagnostických kritérií syndromu závislosti můžeme konstatovat, že jsou si tyto dvě skupiny poruch velmi podobné, v mnohém se dokonce zcela shodují. Společným základem je poté přítomnost závislostního chování zaměřeného na dosažení dočasného uspokojení spolu se ztrátou kontroly nad tímto chováním, které má typicky negativní důsledky. Dalším ze společných znaků látkových a behaviorálních (nelátkových) závislostí je absence náhledu na vlastní závislostní chování. Vacek a Vondráčková (2014) dodávají, že až u poloviny osob, které trpí některou behaviorální závislostí, je přítomna jiná behaviorální či látková závislost.

3.3.2 Narcistní nerovnováha a závislost na hodnocení druhých

Sebehodnocení, jakožto emocionální složka sebepojetí, je utvářeno již od útlého dětství, přičemž zásadní roli v jeho rozvoji zaujímá hodnotící postoj těch, kteří dítě vychovávají (Fialová, 2001). Bezpodmínečné přijetí a láska k dítěti bezesporu přispívá k rozvoji jeho zdravého sebevědomí. V opačném případě, kdy je láska a pozornost dítěti věnována pouze

v důsledku naplnění očekávaného chování či podání skvělého výkonu, dítě dochází k přesvědčení, že se jeho vlastní hodnota odvíjí právě od dosaženého úspěchu a následného obdivu okolí (Houbová et al., 2005). S tímto patologickým rozvojem sebepojetí se zvýšeně setkáváme právě u pacientek s MA. Dospívající dívky a mladé ženy mají často strach z nepřijetí svými nejbližšími, a to z důvodu jejich subjektivně vnímané nedokonalosti. Jakékoliv selhání na cestě za touto nedosažitelnou dokonalostí má na pacientky s MA a jejich sebevědomí dramatický dopad (Švédová, 2019).

Sebehodnocení vystavené a následně závislé na názorech, uznání a hodnocení druhých je proto dalším významným projevem mentální anorexie. Ten, kdo vnímá a prožívá vlastní hodnotu nezávisle na hodnotících soudech druhých, je obvykle schopen přijímat kritiku bez pocitu viny a vnímané nedostatečnosti (Röhr, 2013). U pacientek s MA, v souvislosti s jejich velmi nízkým sebevědomím, naopak pozorujeme výraznou přecitlivělost na (konstruktivní) kritiku, touhu po obdivu, neustálém ujišťování, oceňování, přijetí i lásce. Vedle pocitu méněcennosti stojí ovšem i přesvědčení o vlastní významnosti a jedinečnosti. Pacientky s MA bývají sebestředné a zahleděné samy do sebe, jejich pohled na svět je zpravidla zúžený a černobílý.

Zmíněné charakteristiky z velké části kopírují diagnostická kritéria jedné z velmi častých komorbidit mentální anorexie, kterou je narcistická porucha osobnosti. V souvislosti s MA hovoříme spíše o tzv. narcistní nerovnováze, tedy střídání pocitu dokonalosti a nadřazenosti s pocitem méněcennosti.

3.3.3 Excesivní cvičení

Nejen hladověním se pacientky s MA snaží vyhovět vnějšímu tlaku na výkon a fyzický vzhled, a dostat tak vysokým požadavkům současné společnosti (Mynaříková, 2018). Vzhledem k častému prolínání či proměně mentální anorexie v mentální bulimii či záchvatovité přejídání, mají pacientky potřebu se přijatých kalorií okamžitě zbavit, „očistit se“. Vedle navozeného zvracení, užívání laxativ a diuretik, je často voleným kompenzačním mechanismem právě nadměrné a intenzivní cvičení.

O excesivním cvičení, jakožto o jednom z diagnostických kritérií mentální anorexie, hovoříme ve chvíli, kdy nadměrná pohybová aktivita ovládá a organizuje osobní i pracovní život daného jedince. Pacientky s MA chodí na mnohakilometrové procházky, cvičí a posilují několik hodin denně, třeba i v noci (Krch, 2010). Z radostné formy trávení volného času se tak stává povinnost, trest a kompenzační mechanismus, který má za cíl uvolnit napětí, úzkost a stres spojený s (nadměrným) příjmem potravy.

S ohledem na výše popsaná diagnostická kritéria syndromu závislosti lze i excesivní cvičení považovat za jistou formu závislostního chování. U pacientek s MA typicky pozorujeme silné nutkání ke cvičení, ztrátu kontroly, potřebu neustále navyšovat frekvenci a délku cvičení, postupné zanedbávání jiných zájmů a vztahů s blízkými, a v neposlední řadě i silnou potřebu pokračovat ve cvičení i přes úplné vyčerpání organismu, které je způsobeno malnutricí. Při pokusech pacientky odolat nutkání ke cvičení zpravidla přichází silná úzkost. Tendenci k závislosti na cvičení významně umocňují zisky se cvičením spojené, ať už je to redukce stresu a snížení napětí, redukce tělesné hmotnosti, vyrýsovaná postava, ale i ocenění a uznání okolí, pro které by pacientka s MA udělala téměř cokoliv.

4 Průběh a prognóza mentální anorexie

Ačkoliv je skupina osob trpících některou z forem poruch příjmu potravy různorodá, mentální anorexie vstupuje do života převážně dospívajícím dívkám a mladým ženám⁴⁰. Přichází pozvolna, nenápadně, nejčastěji pak ve věkovém rozmezí 12–20 let, což je z hlediska formování osobnosti velmi citlivé a zranitelné období (Krch, 2007). Jakýkoliv fyzický či psychický zásah do vývoje dospívajícího jedince může mít na jeho celoživotní zdraví fatální dopad. Průběh mentální anorexie je u každého jedince zcela jedinečný, individuální, neexistují proto žádné jednoduché diagnostické nástroje, které by umožnily včasnou identifikaci tohoto onemocnění.

Na samém počátku mentální anorexie stojí ve většině případů vnitřní nejistota, nízké sebevědomí, obavy ze selhání, z nedokonalosti a z neschopnosti mít nad vším plnou kontrolu (Krch, 2010). Patientky s MA se s těmito pocity nejistoty, a s úzkostí s nimi spojenou, vyrovnávají skrze nadměrnou sebekontrolu a sebezapření vedoucí až k sebestrukci.

Výrazný úbytek tělesné hmotnosti, který je zpravidla prvním viditelným symptomem MA, bývá často spojený se vzrůstem sebevědomí a se zlepšením nálady. Patientka je toho času velmi aktivní, pravidelně běhá, cvičí a setkává se s přáteli. Dlouhodobým hladověním ovšem dochází k postupnému vyčerpání organismu i ke změnám nálady – dívka je nadměrně plačtivá, podrážděná, impulzivní, depresivní a začíná se před okolním světem uzavírat sama do sebe. Jestliže nedojde k podchycení MA v této fázi, zůstává pacientka se svými obavami a úzkostmi sama, bez náhledu na závažnost svého onemocnění, soustředěná pouze sama na sebe, na svůj fyzický vzhled a na nekonečný boj s hladem (Papežová, 2012; Krch, 2010).

Mentální anorexie se může projevit jako jediná krátká epizoda s úplnou remisí⁴¹, až u třetiny pacientů má však MA chronický, ne-li celoživotní průběh. V krajním případě může dojít, vlivem metabolického rozvratu, i k předčasnému úmrtí. Mortalita se u mentální anorexie pohybuje mezi 2–8 %. Odborníci se bohužel často potýkají s velmi nízkou motivací až odporem k léčbě, což celý zotavovací proces významně komplikuje a prodlužuje (Papežová, 2010).

Průměrně je mentální anorexie v životě pacientky, se svými typickými příznaky, přítomna zhruba 5 let. Úplné remise dosáhne přibližně 44 % patientek, neúplné remise 28 % patientek a nepříznivou prognózu očekáváme u 24 % patientek (Němečková, 2007). 2–5 % chronických případů poté končí sebevraždou. Významně lepší prognózu pozorujeme u dospívajících dívek, pravděpodobně důsledkem kratšího trvání nemoci a skutečnosti, že somatické, psychické a

⁴⁰ Poměr mezi muži a ženami je 1:10-15 (Krch, 2007)

⁴¹ Remise = vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé

sociální následky MA, které hrají u chronické pacientky významnou udržovací roli, ještě nemají takovou sílu. Zásadní roli, z hlediska úspěšné léčby, hrají rodiče pacientky, kteří zpravidla důsledně dohlíží na dodržování doporučeného jídelního chování. U dospělých pacientek, které již žijí samostatně a jsou tak odkázány jen samy na sebe, je pro dlouhodobý úspěch v léčbě rozhodující spíše jejich vnitřní motivace k léčbě (Guarda et al., 2008).

Z mentální anorexie je možné se díky komplexní léčbě zcela zotavit, na základě výše uvedených údajů je však zřejmé, že více než polovina diagnostikovaných pacientek má dlouhodobé, mnohdy celoživotní, chronické potíže.

4.1 Chronická mentální anorexie

Chronické onemocnění je v obecné rovině onemocnění zdlouhavé, často celoživotní a prakticky nevyлéčitelné⁴², běžně přitom dochází ke střídání období relapsu (zhoršení projevů) a období remise (vymizení projevů). Chronicky (duševně) nemocní pacienti bývají také zvýšeně citliví na stres, který zvládají s většími potížemi nežli intaktní populace. Krch (2005) v této souvislosti upozorňuje na nebezpečí stigmatizace chronicky nemocných pacientů. Chronicita je totiž laickou veřejností často spojována se záměrnou pasivitou a rezignací, jak na straně pacienta, tak na straně terapeuta, je proto vhodnější užívat termínu dlouhodobý průběh onemocnění. V kontextu této práce ovšem s termínem chronicita či chronické onemocnění pracuji, a to vzhledem k jeho všeobecně přijímané (výše zmíněné) definici.

O chronickém průběhu PPP lze hovořit většinou až po 10–15 letech trvání poruchy, a to jak vzhledem ke komplexní povaze onemocnění, tak ke zdlouhavému léčebnému procesu. Závažným, ale častým důsledkem dlouhodobého průběhu mentální anorexie je sociální izolace a pracovní invalidizace. Přes objektivně jednoznačný negativní dopad MA na kvalitu života pacientky získává tato porucha jistou adaptační funkci, která může být jedním z mnoha faktorů bránících včasné a úspěšné úzdavě (Krch, 2007).

Mezi akutní a chronickou formou mentální anorexie bývá velmi tenká hranice, je zcela běžné, že dochází k postupnému přelévání z jedné do druhé. Hlavním rozdílem je poté postoj ke stravování. Jedinec v akutní fázi MA jídlo zcela odmítá a je hrdý na svou schopnost sebekontroly. Jedinec nacházející se v chronické fázi MA si již plně uvědomuje, že jeho jídelní chování není zcela v pořádku, důsledkem čehož jsou neustálé výčitky, úzkosti a depresivní ladění osobnosti daného jedince (*Mentální anorexie*, dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz>).

⁴² Zdroj: web Ministerstva zdravotnictví ČR

Chronická mentální anorexie se od té akutní liší také mírou rizika akutního ohrožení života či zdraví pacientky. Hladověť logicky nelze donekonečna, a tak se pacientka musí v první řadě naučit žít a jíst tak, aby přežila a ustála nároky každodenního života. Tato stabilizace je ovšem prvním z mnoha kroků k plné úzdavě, která je sama o sobě pro mnohé pacientky nedosažitelným cílem. Chronická MA není na první pohled viditelná tak jako její akutní forma, což ovšem nevyovídá nic o míře její závažnosti. Závislost na hladovění a dosahování stále nižší tělesné hmotnosti se „pouze“ změnila v závislost na udržování co možná nejnižší váhy nutné k přežití a běžnému fungování, ale i k uspokojení, spíše pak k uchlácholení blízkého okolí. Přísná kontrola jídelního chování a neustálé nutkání znovu zcela přestat jíst je vyčerpávající realitou každodenního života chronicky nemocné pacientky s MA (Leibold, 1995).

4.2 Komorbidita

Světová zdravotnická organizace komorbiditu definuje jako současný výskyt dvou či více psychických poruch u jednoho pacienta. Poruchy příjmu potravy patří mezi onemocnění s vysokým výskytem komorbidit, které významně zhoršují průběh i prognózu onemocnění. Je proto velice důležité zaměřit se na včasnou (diferenciální) diagnostiku a neustále myslet na to, že výskyt jedné poruchy může předznamenat a zvýšit riziko vzniku poruchy další.

Němečková (2011) hovoří, v souvislosti se zvýšeným rizikem vzniku mentální anorexie, o tzv. premorbidní osobnosti⁴³ pacientky s typicky perfekcionistickými a obsedantními rysy. Společný výskyt MA spolu s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) proto není výjimkou. Guarda et al. (2008) zmiňuje rozsáhlou studii dvojčat, která ukázala na časnou a častou vyšší úroveň neuroticismu u nemocných s MA. Pacientky také bývají nadměrně ctižádostivé, úzkostné a přízpůsobivé, což má nepochybně souvislost s častým výskytem úzkostných, depresivních a afektivních poruch. Významně zastoupeny, ve skupině komorbidit, jsou také poruchy osobnosti, sociální a jiné fobie či závislostní poruchy (podrobněji viz *Tabulka 3*). Vzhledem k vzájemnému prolínání dvou či více zmíněných poruch, i vzhledem k časté multifaktoriální etiologii každé z nich, je sestavení léčebného plánu velmi náročným procesem.

Tabulka 3 | Komorbidní poruchy v okruhu poruch příjmu potravy (Papežová et al., 2018)

Komorbidní porucha	Výskyt (%)
Úzkostné poruchy	69
Poruchy osobnosti	69

⁴³ Premorbidní osobnost pacienta = vlastnosti a rysy před vypuknutím nemoci

Afektivní poruchy	49
Sociální a jiné fobie	44
Závislostní poruchy	30–37
PTSD ⁴⁴	28
Autismus	20
ADHD ⁴⁵	17

4.3 Zdravotní komplikace a důsledky⁴⁶ mentální anorexie

Mentální anorexii doprovází celá řada zdravotních komplikací, které nejen snižují celkovou kvalitu života pacientek, ale také významně přispívají k jejich zvýšené mortalitě, nejčastěji pak vlivem srdečního selhání. Níže uvedené zdravotní komplikace a následky MA jsou způsobeny především dlouhodobým záměrným hladověním spojeným s výrazným úbytkem tělesné hmotnosti, tedy s tělesným, ale i psychickým vyčerpáním pacientky. Následky onemocnění se poté projevují na fyzické, psychické, ale i sociální rovině (Krch, 2005).

Somatické důsledky

Vlivem nedostatečného příjmu základních živin nutných k přežití je postižen a oslaben celý organismus pacientky, dochází k postupnému úpadku sil. Jedněmi z prvních somatických projevů mentální anorexie jsou gastrointestinální potíže, tedy potíže s trávením a vyprazdňováním. V důsledku dietního chování, nedostatečného příjmu vlákniny, dehydratace a užívání laxativ dochází ke zpomalení střevní činnosti. Typický je také vznik žaludečních vředů. V této fázi onemocnění si pacientky často stěžují na bolesti břicha, zácpu, nadýmání či průjem, obvykle jsou přesvědčené o tom, že trpí některou z potravinových alergií či intolerancí, což vede k další restrikci příjmu potravy, a tedy i k dalšímu snižování tělesné hmotnosti (Papežová, 2017).

Dalším z časných projevů MA je porucha menstruačního cyklu až úplné vynechání menstruace, což je pacientkami zpravidla pozitivně přijímáno – menstruace je považována za symbol pohlavní zralosti a dospělosti, kterou pacientky striktně odmítají. Z dospělého, sexuálního života mají pacientky často strach, brání se mu. Dále dochází k poklesu krevního tlaku, zpomalení pulzu a k silnému namáhání srdečního svalu (vlivem excesivního cvičení), které

⁴⁴ PTSD = posttraumatická stresová porucha

⁴⁵ ADHD = porucha pozornosti s hyperaktivitou

⁴⁶ Důsledky MA jsou úzce svázány s typickými projevy MA

může vyústit až v srdeční selhání a předčasnou smrt. Kardiovaskulární obtíže (bradykardie, arytmie⁴⁷) se vyskytují až u 90 % pacientek. Varovným signálem před tímto fatálním scénářem je přítomnost častých závratí, mdlob či bolestí hlavy. V důsledku nedostatečného množství vitamínů, minerálů a stopových prvků v organismu je významně zvýšené riziko vzniku osteoporózy⁴⁸, chudokrevnosti, celkové únavnosti, svalové slabosti a křečí... (Leibold, 1995).

Krch (2010) doplňuje výčet častých somatických důsledků MA o zvýšenou citlivost pacientek na chlad (zimomřivost), zvýšenou tvorbu modřin, dále o nadměrné vypadávání vlasů a růst ochlupení po celém těle a v neposlední řadě o nespavost a další poruchy spánku.

Psychosociální důsledky

Mentální anorexie má významný dopad také na psychický stav a společenský život pacientky. Úměrně ke stále rostoucí sebestřednosti a uzavřenosti se snižuje zájem pacientky o blízké okolí, a vlastně o vše, co se bezprostředně netýká jídla, což s sebou přináší četné konflikty, jak s rodiči, tak s blízkými přáteli. Okolí na akutní stav pacientky zpravidla reaguje velice úzkostně a ochranně, to ji však může spíše podpořit v dosavadním patologickém maladaptivním chování. Role nemocné „holčičky“ vlastně uspokojuje její bezmeznou touhu po pozornosti i silnou potřebu přijetí. Mentální anorexie přináší mladé dívky/ženě určité zisky, jejichž ztráta může být nepřijemná. Na rostoucí tlak ke změně, ze strany okolí, pacientky zpravidla reagují odporem a hysterií (Krch, 2010). Vyčerpaní blízcí se proto začínají od pacientky čím dál více odtahovat, ta poté zůstává na svou nemoc sama, izolovaná od okolního světa (Leibold, 1995).

Nálada pacientek bývá velmi labilní. Zpočátku jsou aktivní a pozitivně naladěné, mají radost z prvního váhového úbytku, i z toho, že mají „vše pod kontrolou“. Dlouhodobé hladovění však dopadá i na psychickou pohodu pacientky, a tak přibývá nejistoty, nervozity, úzkostného a depresivního ladění, podrážděnosti, neustálé sebelítosti i sebevražedných myšlenek. Úzkostná sebekontrola je patrná již v každé oblasti života pacientky. Dochází také ke zhoršení v oblasti koncentrace pozornosti i celkové intelektové výkonnosti. Pacientka ztrácí smysl pro humor, na svět pohlíží černobíle a s nedůvěrou (Krch, 2010).

⁴⁷ Bradykardie = zpomalení srdeční frekvence, arytmie = porucha srdečního rytmu

⁴⁸ Osteoporóza = řidnutí kostí vlivem odvápnění, kosti jsou tenké a křehké

5 Léčba mentální anorexie

Mentální anorexie je závažné, velmi obtížně léčitelné onemocnění. Léčebný proces je náročný nejen pro samotné pacientky, ale i pro jejich rodinu a blízké okolí – z tohoto důvodu je spolupráce odborníků a rodičů, zvláště v případě dospívajících pacientek, téměř nezbytná. MA zasahuje fyzickou, psychickou i sociální úroveň života pacientky, je proto žádoucí, z pozice odborníka, přistupovat k celé problematice komplexně a pracovat tak v rámci multidisciplinárního týmu, který je složen z psychiatra, psychologa, internisty, pediatra, gynekologa, endokrinologa a dalších (Němečková, 2002).

Proces zotavení bývá obvykle zdlouhavý a kolísavý – ve více než 50 % případů dochází k proměně restriktivní MA v purgativní typ MA či v MB, v průměru pak trvá přibližně 5–6 let. Na zotavení se z mentální anorexie je vhodné nahlížet jako na dvoufázový proces sestávající primárně z obnovení/normalizace tělesné hmotnosti na hodnotu BMI 19–21 a z následné prevence relapsu onemocnění (Guarda et al., 2008)

Léčba MA spočívá především v nutriční rehabilitaci (jedení bez pravidel), režimové terapii (učení se novým návykům) a psychoterapeutické práci (práce s emocemi, změna copingových strategií).

Prognostické faktory úspěšnosti léčby MA bohužel stále nejsou zcela známy. S nepříznivou prognózou MA je však obecně spojována extrémně nízká tělesná hmotnost, delší trvání nemoci, předchozí neúspěšná léčba, komorbidní psychiatrické onemocnění, porucha tělesného sebezpojetí, zvracení, obsedantně kompulzivní rysy ad. Snaha o pochopení hlubší podstaty mentální anorexie by však mohla vést k novým a účinnějším léčebným metodám a postupům (Guarda et al., 2008). Němečková (2002) dodává, že pro příznivý průběh a prognózu tohoto onemocnění je zásadní včasná, adekvátní intervence a vhodné terapeutické vedení.

Mentální anorexie je pacientkami vnímána mnohdy jako jediná jistota, jako něco, nad čím mají plnou kontrolu a s čím se také postupně identifikují. Vystoupit z této „nebezpečně bezpečné“ komfortní zóny poté znamená zakusit extrémní úzkost, nejistotu a strach. „*Bez anorexie nevím, jak žít, nevím, kdo jsem...*“ (Papežová, 2019).

První krok k uzdravení je zároveň i krokem nejnáročnějším – uvědomit si a přiznat si svůj problém (Švédová, 2019). Popírání, odmítání a racionalizace je pro pacientky s MA, ale i s jinou formou PPP, typické. Většina pacientek bývá v první fázi léčebného procesu nemotivovaná a zcela bez náhledu na svůj kritický somatický i psychický stav (Fraňková, 2003). Proto jsou mnohdy k léčbě donuceny svým blízkým okolím, případně svou, již

neudržitelnou, zdravotní situací. Guarda et al. (2018) vysvětlují, že motivace pacientek k vyhledání odborné pomoci je vedena primárně touhou po okamžité úlevě od fyzických i psychických následků MA, přičemž nárůstu tělesné hmotnosti se pacientky stále velice obávají. S prvním váhovým přírůstkem motivace pacientky k léčbě výrazně slábne, může tak dojít i k navrácení se k osvědčenému, přesto však patologickému jídelnímu chování.

5.1 Ambulantní péče, hospitalizace

Ambulantní péče je taková forma zdravotní péče, při níž není nutné pacientku přijmout na lůžko do zdravotnického zařízení. Klade proto zvýšené nároky jak na rodinu pacientky, tak na pedagogické pracovníky – doma, ale i ve škole, je třeba důsledně dbát na dostatečný příjem jídla a tekutin. Aby měla ambulantní péče kýžený efekt, je nezbytné zajistit efektivní spolupráci rodičů a pedagogů, přestože samotný léčebný proces je v rukou odborníků.

V případě akutního ohrožení života pacientky je možné přistoupit i k její nedobrovolné hospitalizaci. Neléčená či pozdě léčená MA by totiž mohla vést až k předčasnému úmrtí. K hospitalizaci se zpravidla přistupuje po neúspěšné ambulantní léčbě, při větším než 25 % váhovém úbytku, při extrémní dehydrataci a oběhovém selhávání, při zpomalení srdeční akce pod 60 úderů za minutu, dále při těžké depresi spojené se suicidálními myšlenkami, ale také z důvodu nedostatečné podpory okolí či sociální izolace.

V samotném počátku léčebného procesu je důležité zaměřit se především na psychoedukaci pacientky. Tu ovšem nelze chápat jako přednášku, instruktáž či nátlak odborníka na zvýšení příjmu potravy a tělesné hmotnosti, nýbrž jako snahu o přerámování negativních myšlenek pacientky. V případě pocíťovaného nátlaku bývá první reakcí pacientky popření problému a odpor k léčbě. Čím větší tlak je na ni vyvíjen, tím více se mu zpravidla brání (Krch, 2010).

5.2 Nutriční terapie

V procesu léčby mentální anorexie je zásadním krokem, z pohledu odborníků – lékařů, zvýšení tělesné hmotnosti pacientky na takovou hodnotu BMI, která spadá do kategorie „normální váha“ (viz *Tabulka 2*). Nutno říci, že body mass index (BMI) nezohledňuje stavbu a složení těla, nerozlišuje mezi tukem a svalovou hmotou, neříká nám tedy nic o skutečném zdraví jedince. Spíše než na konkrétní hodnotu BMI bychom se měli zaměřit na ne/schopnost zdravého růstu a vývoje jedince, a to s ohledem na jeho pohlaví a danou věkovou kategorii. Zhodnotit možnou odchylku v individuálním růstu a vývoji dítěte v průběhu času lze jednoduše pomocí

grafu, do kterého rodiče pravidelně, od raného dětství a alespoň jednou ročně, zapisují aktuální váhu a výšku svého dítěte (F.E.A.S.T., 2022)

Jedním z prvních cílů léčebného procesu je tedy stabilizovat tělesnou hmotnost pacientky a odstranit její patologické jídelní návyky. V tomto kontextu hovoříme o tzv. nutriční terapii, v rámci které se setkáváme s častým odporem pacientek k léčbě a s neochotou spolupracovat (podvádějí, manipulují, racionalizují⁴⁹ apod.), a to v důsledku intenzivního strachu z nárůstu váhy. Přestože je nutriční terapie nedílnou součástí léčebného procesu, sama o sobě k plné úzdavě nestačí. Přibírání na váze je prvním krokem v procesu léčby, nárůst tělesné hmotnosti však neukazuje na vyléčení se z MA.

5.3 Psychoterapie

Němečková (2002) apeluje, v kontextu komplexní léčby MA, na zcela zásadní roli dlouhodobé psychoterapeutické péče, a to nejen z důvodu často se vynořujících hlubších psychických obtíží pacientky, ale také v souvislosti s vysokým rizikem relapsu onemocnění. Na základě dostupných vědeckých údajů není možné s jistotou říci, který z psychoterapeutických směrů je, a to nejen v souvislosti s MA, ten nejefektivnější a nejvhodnější. Výzkumy ukazují, že specifické faktory toho kterého terapeutického směru se na celkové účinnosti psychoterapie podílí jen asi z 15 %. Nejvýznamnějším účinným faktorem je poté (na konkrétním psychoterapeutickém směru nezávislý) terapeutický vztah, tedy vztah mezi terapeutem a pacientem, založený na atmosféře bezpečí a vzájemné důvěře (Roubal & Vybíral, 2010). V kontextu léčby mentální anorexie je ovšem dokázáno, že u dětských a adolescentních pacientů je rodinná terapie prokazatelně efektivnější nežli terapie individuální. Aktuálně se velké oblibě těší, protazím převážně v zahraničí, terapeutický přístup zaměřený na děti a dospívající s PPP, zvaný FBT (Maudsley Family Based Treatment). Jde o typ rodinné terapie, která rodiče dětí s MA, i jinými typy PPP, vede k zodpovědnosti a plné aktivitě. FBT ovšem zásadně rodiče nestaví do role viníků, kteří se u svého dítěte jakkoliv zasloužili o vznik MA. Terapie sestává ze tří fází:

1. Obnova hmotnosti – rodiče jsou zodpovědní za obnovení pravidelných stravovacích návyků a vymizení problematického jídelního chování (přejídání, zvracení, nadměrné cvičení...), terapeut pomáhá rodičům naučit se zvládat chování dítěte
2. Navrácení kontroly nad jídlem – začíná až ve chvíli, kdy je hmotnost obnovena, návrat zodpovědnosti za jídelní chování směrem k dítěti

⁴⁹ Racionalizace = sebeospravedlňování

3. Hledání zdravé identity, nastolení zdravé nezávislosti, řešení komorbidních potíží
FBT nehledá příčiny vzniku MA, nýbrž možná a dostupná řešení aktuální situace nemocného (*Everything You Need to Know About Family-Based Treatment (FBT)*, dostupné z: <https://www.eatingdisordertherapy.com/everything-you-need-to-know-about-family-based-treatment-fbt/>).

Vzhledem k častému sociálnímu stažení, narušeným sociálním vazbám a problematickým mezilidským interakcím je nezřídka volena interpersonální, skupinová psychoterapie. Na porozumění neuvědomovaných souvislostí a individuálního prožívání nemoci je zaměřena poté spíše psychoanalýza a psychodynamické směry. Přes výše uvedené se mnozí autoři a odborníci shodují na tom, že nejprokazatelnějších výsledků dosahuje kognitivně behaviorální terapie (KBT), což je v současné době jeden z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. KBT cílí na změnu negativního sebehodnocení a postoje k vlastnímu tělu, na nácvik normálního jídelního chování založeného na odměňování a posilování žádoucího chování apod. Jednou z hojně užívaných specifických metod KBT je „měření odhadu tělesných velikostí“, což je metoda, která pomáhá odhalit a přiblížit odborníkům, co to vlastně znamená spojení „zkreslené vnímání vlastního těla“. Měření odhadu tělesných velikostí tkví ve srovnání reálných a pacientkou vnímaných vlastních tělesných rozměrů, přičemž rozměry vnímané, pacientkou odhadované, mnohdy bývají až dvojnásobně větší nežli ty reálné (Stárková, 2003).

5.4 Psychofarmakoterapie

Psychofarmakoterapie, ve smyslu adekvátní změny či regulace psychického stavu jedince chemickou cestou (medikamenty), není v procesu léčby mentální anorexie metodou první volby, v kombinaci s psychoterapií se však jedná o pravděpodobně nejúčinnější léčebný postup. Je ovšem nutné vždy myslet na to, že léčba medikamenty nikdy nemůže zcela nahradit léčbu psychologickými prostředky, a naopak (Vymětal, 2003).

Nejčastěji jsou pacientkám s MA podávána antidepresiva, anxiolytika a antipsychotika (dříve neuroleptika). Antidepresiva zmírňují příznaky klinické deprese, v souvislosti s tím také prokazatelně snižují riziko relapsu onemocnění. Anxiolytika jsou předepisována primárně ke snížení úzkosti, přičemž je vhodné tyto medikamenty užívat pouze krátkodobě, v počáteční fázi léčebného procesu, a to z důvodu rychle vznikuvší závislosti. Dalšími z často předepisovaných psychofarmak jsou antipsychotika, která zmírňují úzkostné prožitky pacientky a také regulují spánkový cyklus, který bývá u pacientek s MA velmi často narušený.

Dr. O'Toole ve svém článku pro americkou organizaci F.E.A.S.T. varuje před nadužíváním medikamentů, a to především u dětí a mladistvých s PPP. Apeluje zejména na odborníky – lékaře, kteří PPP diagnostikují a následně navrhnou vhodný léčebný postup:

- nikdy neposuzujte duševní zdraví dítěte během epizody hladovění – když dítě hladoví, může působit depresivně, má potíže se soustředěním, špatně spí, pálí ho žába, mohou být přítomny psychotické příznaky nebo bludy
- zcela se vyhněte lékům na spaní – nejvhodnějším lékem na spaní je jídlo
- v momentě, kdy je medikace nezbytná, nasad'te co nejnižší dávku na co nejkratší dobu

(Pharmacology and Eating Disorders, dostupné z: <https://www.feast-ed.org>)

6 Cesta k zotavení se z mentální anorexie

Recovery neboli uzdravení, zotavení se z nemoci je často definováno jako úplné zbavení se jejích typických symptomů, a to na úrovni fyzické, behaviorální, kognitivní i emocionální. Termín recovery přitom může označovat jak kýžený konečný stav, tak i celý proces léčby. Zotavení se z jakéhokoli duševního onemocnění je vždy v rukou především samotného pacienta/pacientky. Aby však odborníci (lékaři, psychologové, nutriční terapeuti a další) měli možnost pracovat s účinnými léčebnými postupy, je nutné definovat jakási základní kritéria fáze recovery. V oblasti poruch příjmu potravy prozatím neexistuje žádný mezinárodní standard či směrnice, která by stanovovala, jak fázi recovery měřit a jaké nástroje v procesu léčby použít.

S ohledem na charakter onemocnění a jeho typické symptomy hovoříme o zotavení se z mentální anorexie tehdy, kdy dochází k objektivně viditelnému a měřitelnému zlepšení psychického i fyzického zdraví jedince. Konkrétně jde o návrat ke zdravé tělesné hmotnosti, o změnu ve vztahu k jídlu a v jídelním chování, o změnu v myšlení, chování i prožívání tohoto jedince. Pro fázi recovery je typické:

1. Zdravotní stav

- obnovení a dlouhodobé udržování zdravého složení těla
- hodnota BMI v pásmu "normální váha"
- dostatečný příjem kalorií a živin potřebný k udržení zdravé tělesné hmotnosti
- u žen obnovení menstruačního cyklu
- absence potíží s termoregulací, trávením, vypadáváním vlasů, kožními problémy atd.

2. Vztah k jídlu, jídelní chování a tělesná aktivita

- stravování je pravidelné a řízené především fyzickým nikoli emocionálním hladem
- návrat schopnosti rozpoznat a adekvátně reagovat na hlad
- příjem široké škály potravin – kvalitní bílkoviny, sacharidy, tuky (mastné kyseliny), minerály a vitaminy
- bezproblémové stravování na veřejnosti
- nárůst hmotnosti není důvodem k odvrácení se od zdravého, pravidelného stravování
- absence vyvolávaného zvracení, užívání laxativ či klystýru
- absence užívání pilulek na hubnutí či látek potlačujících chuť k jídlu
- absence záchvatovitého přejídání
- absence excesivního cvičení

3. Kognice, zvládání zátěžových situací a rodinné zázemí

- přijetí geneticky podmíněného somatotypu

- schopnost tolerovat přirozené změny hmotnosti (jeden až několik kg)
- schopnost efektivně se vypořádat s problémy, a to jinými způsoby než prostřednictvím problematického jídelního chování
- schopnost porozumět a vyřešit problémy, které jsou základem a hnací silou problematického jídelního chování
- schopnost identifikovat spouštěče relapsu
- schopnost rozpoznat známky blížícího se relapsu a vyhledat vhodnou pomoc, pokud k relapsu dojde
- rodina je schopna identifikovat, prozkoumat a vyrovnat se s běžnými problémy
- rodina vytvořila zdravou kulturu stravování
- rodina se posunula za hranice zájmu o jídlo a tělesnou hmotnost

(Cris Haltom, Eating Disorder Survival Guide, May 25, 2006)

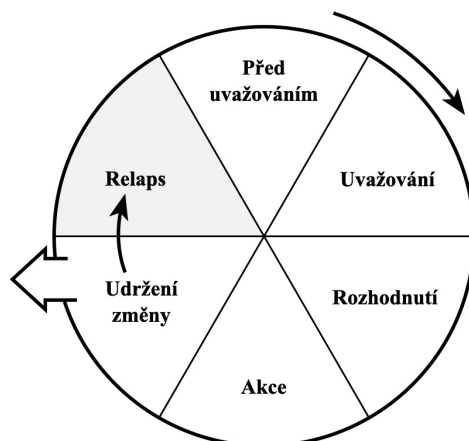
J.A. de Vos a kol. (2017) seznamují své čtenáře s projevy signalizujícími možné zotavení se z MA, a to pohledem již uzdravených jedinců. Ti uvádějí, vedle remise typických symptomů onemocnění, přítomnou schopnost znovu navázat a udržet pozitivní vztahy s ostatními, schopnost sebezpřijetí, seadaptability, osobního růstu a zvýšenou odolnost. Fáze recovery je záležitostí subjektivního prožívání duševní pohody, která ovšem nezávisí na úplné absenci diagnosticky či klinicky relevantních znaků. Proto zaměření se na udržování psychické pohody, utužování sociálních vazeb a na celkový seberozvoj daného jedince by tak mohlo, v procesu léčby, významně zvýšit šanci na dosažení plného zotavení se z mentální anorexie.

Je důležité si uvědomit, že potenciálně škodlivé faktory, které mohou mít vliv na případný relaps (návrat) onemocnění, z života vyléčeného jedince nikdy zcela nevymizí, a tak je mezi fází recovery a relapsem MA jen velmi tenká hranice.

6.1 Na hranici mezi recovery a relapsem mentální anorexie

Proces uzdravování, který má v zásadě cyklický charakter, sestává z několika fází, přičemž relaps je v onom cyklickém pojetí fází poslední i počáteční. V momentě, kdy pacientka nejvíce pochybuje, jak o sobě, tak o úspěšnosti léčebného procesu, tzn. v období relapsu, je velmi důležité uvést ji zpět do onoho cyklu změny (Kalina, 2015). K lepšímu pochopení jednotlivých fází, jimiž si pacientky s MA v průběhu léčby procházejí, slouží níže znázorněné „kolo změny“.

Obrázek 1 | Kolo změny (dle konceptu J.O. Procházky a C.C DiClemente, 1982)



Zcela zásadním faktorem, napříč všemi fázemi, je vnitřní motivace pacientky, která může být hnací silou vedoucí ke změně, ale i důvodem relapsu onemocnění v důsledku jejího nedostatku. Richard et al. (2005) hovoří o vztahu mezi mírou motivace pacientky a rizikem relapsu MA. Zdá se, že vysoká míra motivace je, v průběhu prvních měsíců po dosažení stavu remise, spojena také s vyšším rizikem relapsu, a to z důvodu mnohdy až nerealistických očekávání pacientky od sebe samé. U méně motivovaných pacientek je však výrazně vyšší riziko relapsu v dlouhodobějším horizontu.

Relaps neboli opětovný návrat některých symptomů onemocnění, po období částečné nebo úplné remise, je v případě mentální anorexie významným fenoménem. Četné studie se shodují na 35–41 % pravděpodobnosti relapsu onemocnění, přičemž nejrizikovějším obdobím se ukázalo rozmezí od šestého do sedmáctého měsíce po ukončení léčby a dosažení alespoň částečné remise (Berends et al., 2016). Na cestě k uzdravení se z MA se pacientky přirozeně dostávají do životních situací, které jsou, z hlediska pokušení vrátit se k patologickému jídelnímu chování, velmi náročné. O relapsu MA poté hovoříme tehdy, kdy pacientka opakovaně v takových krizových životních situacích selhává, a vrací se tak ke svým nezdravým návykům (Kalina, 2015). Období relapsu je zpravidla doprovázeno pocitem selhání, viny, zoufalství i celkovou rezignací. Nutno podotknout, že zhoršení příznaků onemocnění je přirozenou součástí procesu uzdravování, a proto je velmi vhodné na tuto skutečnost pacientku připravit již v průběhu léčby. Je také nadmíru žádoucí, aby pacientka aktuální zhoršení svého stavu nepovažovala za určující prediktor neúspěšného léčebného procesu. S jistým nadhledem a optimismem je možné relaps považovat za možný odrazový můstek ke zlepšení celkového zdravotního stavu pacientky.

Bohužel dosud nebylo dosaženo univerzálního chápání toho, co přesně se kvalifikuje jako relaps poruch příjmu potravy. Ve studii z roku 2017 zveřejněné v *Journal of Eating Disorders* se dočteme, že odborníci zatím nestanovili žádnou společnou definici relapsu PPP ani se neshodli na kritériích vedoucích k určení toho, zda u osoby k relapsu PPP vůbec došlo. Vzhledem k rozdílným odborným názorům na to, co je a co není kvalifikováno jako relaps, může být stanovení prevalence tohoto problému velmi obtížné. Mnoho studií však ukazuje, že přibližně jedna třetina pacientů, kteří jsou léčeni z MA nebo MB, zažije nějakou formu relapsu. Stejně jako v případě rozvoje mentální anorexie se varovné příznaky relapsu tohoto onemocnění mohou u jednotlivých osob značně lišit. Zde je několik typických společných projevů:

- vymlouvání se, vyhýbání se stolování s ostatními
- negativní komentáře týkající se fyzického vzhledu a tělesné hmotnosti cílené sobě či svému okolí
- odklon od plánu prevence relapsu
- znatelné změny nálady, postojů, úrovně energie a motivace
- ztráta zájmu o rodinné a přátelské vazby a o dříve významné činnosti a události

Stanovit, zdali se (již) jedná o relaps MA či nikoliv je mnohdy velmi obtížné nejen pro odborníky, ale také pro samotné pacienty/pacientky. Vzhledem k faktu, že jídelní chování a typické somatické symptomy onemocnění nemusí být po fázi remise tak nápadné, je vhodné zaměřit se především na symptomy psychické. Níže uvedené otázky vedou bývalé pacienty/pacientky k zamyšlení se nad svým aktuálním prožíváním, smýšlením a jídelním chováním. Upřímné odpovědi na tyto otázky poté ukazují na ne/přítomnost některých typických projevů MA, a tedy i na míru rizika relapsu MA.

- Do jaké míry mě jídelní chování ovlivňuje či omezuje kvalitu mého života?
- Jsem aktuálně spokojený/spokojená? Cítím se dobře? Cítím se svobodně?
- Jsem aktuálně svázán/a, v kontextu jídelního chování, nějakými pravidly či rituály?
 - Jak tato pravidla ovlivňují můj život? Jak vznikla? Jsou mi nějak prospěšná?
 - Umožňují mi tato pravidla flexibilitu ve stravování?
 - Doporučil/a bych dodržování takových pravidel i svým blízkým?

(Normálne jedenie, Recovery jedenie a Habituácia, dostupné z:

<https://www.youtube.com/watch?v=CTVJGxxkfWE>)

Každý, kdo se jednou z MA zotaví, musí počítat s určitým rizikem relapsu. Ovšem ti, kterým se dostává podpory ze strany rodiny a přátel, kteří chápou rizika a dokážou identifikovat varovné signály blížící se MA, mohou být lépe připraveni na úplné vyhnutí se relapsu nebo alespoň na včasné vyhledání pomoci, než se dočasný relaps změní v dlouhodobý problém (*What is Anorexia: Symptoms, Complications and Causes*, dostupné z: eatingdisorderhope.com).

6.2 Prevence⁵⁰ relapsu mentální anorexie

Z předchozí kapitoly je zřejmé, že problematika recovery, relapsu MA a jeho prevence je jen velmi těžko uchopitelná, a to především z důvodu nejasně vymezené terminologie a definice recovery/relapsu, nekomplexně popsanych projevů blížícího se relapsu i z důvodu neukotvené léčebné strategie. Z tohoto důvodu zatím neexistuje (není dohledatelná) žádná taková screeningová metoda, která by ukazovala na míru rizika blížícího se relapsu MA u rizikového jedince. Vzhledem k tomu, že screeningových metod odhalujících míru rizika vzniku PPP je dostatečné množství, vnímám snahu o vytvoření výše popsané screeningové metody, tedy snahu o sekundární prevenci, jako něco, co by si zasloužilo přinejmenším zvýšenou pozornost.

Jedním z hlavních cílů prevence relapsu MA je vybavit pacienta schopnostmi předvídat, identifikovat, vyhnout se a případně úspěšně ustát zátěžové situace a riziková prostředí (Kalina, 2015). Součástí účinné prevence relapsu je také dodržování předem nastavených režimových opatření a vyhýbání se nadbytečnému stresu a přetěžování.

Přestože v odborné literatuře i mezi odborníky panuje obecná shoda na tom, že prevence relapsu MA je zcela zásadní a nezbytná, neexistuje zatím žádná všemi uznávaná metodická opora, která by umožnila prevenci relapsu MA realizovat v klinické praxi. Jedním z možných důvodů omezeného pokroku v této oblasti je dosud nedostatečná znalost konkrétních prediktorů relapsu, tj. faktorů předpovídajících a ovlivňujících opětovný návrat onemocnění (Carter et al., 2004). Hlubší znalost těchto faktorů by pak mohla nejen významně snížit pravděpodobnost relapsu, ale i zvýšit porozumění obecné psychopatologii MA, což by zásadně ovlivnilo samotný proces léčby (Berends et al., 2016).

Snahu o popis faktorů spojených s nepříznivou prognózou mentální anorexie projevilo v posledních letech mnoho odborníků a autorů kvalitativně výzkumných studií. Z výsledků těchto studií poté usuzujeme na následující rizikové faktory:

⁵⁰ Prevence = soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování (Miovský et al., 2010)

- **věk** – pacienti starší 19 let vykazují vyšší riziko relapsu
- **délka onemocnění** – čím delší průběh onemocnění, tím vyšší riziko relapsu
- **délka léčby** – čím delší léčebný proces, tím vyšší riziko relapsu
- **typ léčby** – ambulantní léčba spolu s hospitalizací vykazují vyšší riziko relapsu
- **deprese** – k relapsu dochází s větší pravděpodobností u jedinců, kteří trpěli příznaky deprese dříve, než se u nich rozvinula MA
- **vztah s rodiči**
 - k relapsu dochází s větší pravděpodobností u jedinců, kteří mají negativní vztah s rodiči nebo mají extrémně kritické rodiče

(Jaké faktory ovlivňují úplné zotavení z mentální anorexie?, dostupné z: <https://cs.brainmain.net/10490415-what-factors-influence-full-recovery-from-anorexia-nervosa>)

Dalšími faktory, které významně zvyšují riziko relapsu MA, jsou:

- předchozí **neúspěšné pokusy** o léčbu
- předchozí **suicidální pokusy**
- přítomnost **bulimických projevů**
- **obsedantně kompulzivní rysy**
- extrémně **narušené tělesné sebepojetí**
- **nadměrné cvičení**⁵¹
- **stres** a neschopnost jeho zvládnání, **pracovní vytížení** a **nedostatek spánku**
- **potlačování** (negativních) **myšlenek a emocí**, silný **prožitek neúspěchu**
- **interpersonální potíže**
- nové, **zátěžové životní události** – těhotenství, mateřství, úmrtí v rodině apod.

(Carter et al., 2004; Berends et al., 2016; Švédová, 2012)

Významného pokroku, v oblasti prevence relapsu MA, dosáhla skupina nizozemských vědců, která vytvořila směrnici prevence relapsu, tzv. GRP⁵². Účinnost této směrnice byla vzápětí prokázána realizovaným výzkumným šetřením⁵³. GRP staví na úzké vzájemné spolupráci odborníka, pacientky, ale i její nejužší rodiny. Předpokladem úspěšného léčebného procesu je poté, společnými silami vytvořený, **plán prevence relapsu**, díky kterému je možné zajistit včasnou a efektivní intervenci, tedy užití vhodných opatření ve chvíli, kdy se u pacientky objeví

⁵¹ Nadměrné cvičení = min. 6 hodin intenzivního cvičení týdně

⁵² GRP = Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa

⁵³ Míra relapsu v dříve realizovaných studiích cca 35-41 %, míra relapsu při použití GRP cca 11 %

první příznaky návratu onemocnění. Plán prevence relapsu je jakýsi individualizovaný krizový plán, ve kterém jsou podrobně popsány varovné signály předcházející relapsu, ale i konkrétně definované kroky, kterými lze blížícímu se opětovnému návratu mentální anorexie zabránit.

Písemný plán prevence relapsu je vhodné vytvořit především ve chvíli, kdy:

- se pacient/ka připravuje na propuštění z léčby
- se pacient/ka připravuje na odchod na VŠ
- pacienta/pacientku čeká náročná životní situace či změna
- pacient/ka začíná nadměru sportovat
- by pacient/ka rád/a dělal/a něco, co vyžaduje větší míru nezávislosti

Berends et al. (2016) dále apelují na významnou úlohu následné péče, konkrétně doporučují sledování pacientky dalších minimálně 18 měsíců po ukončení léčby – tedy v období zvýšeného rizika relapsu mentální anorexie, a to právě z důvodu možného poskytnutí včasné intervence.

V období následné péče o pacientku mohou nastat dva scénáře. V případě, že je stav pacientky **stabilní**, je důležité podpořit tuto stabilitu prostřednictvím udržování dobrého fyzického i psychického zdraví, ale i uspokojivého sociálního fungování. V rámci prevence relapsu MA jsou také diskutovány aktuální či blížící se stresové životní události. Jestliže pacientka vykazuje **jeden či více časných příznaků** hrozícího relapsu MA, plán prevence je poté zaměřen primárně na důkladné porozumění těmto varovným signálům a na konkrétní způsoby, jak s nimi naložit.

Nedílnou součástí prevence relapsu MA je záměrné posilování vlastních strategií zvládnání a v neposlední řadě také psychoedukace, díky níž se pacientka stává samostatnější a schopnější ovlivňovat průběh vlastní nemoci, což je v konečném důsledku nejúčinnějším faktorem a zbraní v boji proti návratu akutní fáze MA do života jedince (Berends et al., 2016).

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část předkládané rigorózní práce představuje především prezentaci a analýzu dat získaných prostřednictvím kvalitativně orientovaného výzkumného šetření, konkrétně formou polostrukturovaného rozhovoru, kterému předcházelo online dotazníkové šetření.

7 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Jedním z hlavních cílů výzkumného šetření je hlubší porozumění myšlenkám, emocím a potřebám jedince v minulosti se potýkajícím s mentální anorexií, který je v současnosti subjektivně zdravý. V rámci výzkumného šetření tento jedinec retrospektivně pohlíží na vznik, průběh a dopady mentální anorexie na kvalitu jeho života. Dalším z cílů výzkumného šetření je zmapovat a upozornit tak na vnímaná a prožívaná palčivá témata (dříve) nemocného jedince, a to s přesvědčením, že skrze porozumění těmto tíživým tématům je možné poodhalit hlubší podstatu a možnou příčinu chronicity mentální anorexie.

V průběhu výzkumného šetření se také zaměřuji na schopnost náhledu již zotaveného jedince na svou minulou zkušenost s MA, na vlastní chování a prožívání, a to nejen to minulé, ale i to současné. Zajímá mě tedy, s ohledem na výklad v teoretické části práce, především pak s ohledem na diagnostická kritéria stanovená v MKN-10, zda lze dotazované respondentky a respondentky považovat za zcela vyléčené, případně zdali lze hovořit o tzv. bludném kruhu nemoci doprovázeném sníženou schopností na své patologické myšlení a chování nahlédnout. Existuje totiž jistý předpoklad, že právě onen náhled významně snižuje riziko relapsu MA. Hranice mezi fází recovery a relapsem MA je velmi tenká, v rámci tohoto výzkumného šetření proto zjišťuji, jak tuto hranici vnímají samotné respondentky. Které příznaky samy považují za varovné, které situace vnímají jako rizikové a jak (jakými prostředky) jsou schopné těmto příznakům a situacím čelit.

Dále také zjišťuji vztah daného jedince k jídlu a míru náhledu na vlastní jídelní chování. Ptám se tedy, zda lze patologické jídelní chování, pro MA tolik typické, pozorovat i u těch, kteří se již objektivně či subjektivně nenacházejí v akutní fázi onemocnění. V obecné rovině poté usuzuji na možný chronický průběh MA i na míru rizika jejího relapsu.

Z teoretického výkladu již víme, že stres a celková psychická nepohoda je jedním z faktorů zvyšujících riziko relapsu MA, proto dalším z cílů této rigorózní práce je zmapovat, jak dotazovaní jedinci zvládají zátěžové, stresové životní události.

Praktickým cílem a výstupem rigorózní práce jsou poté konkrétní doporučení, plynoucí z teoretických poznatků a analýzy získaných dat, která by jedincům ohroženým vznikem a potažmo i návratem mentální anorexie, i jejich blízkým, mohla dopomoci k převzetí alespoň částečné kontroly nad onemocněním, hlavně pak ke snížení rizika relapsu akutní fáze MA.

S ohledem na výše zmíněné cíle výzkumného šetření byly zformulovány tyto výzkumné otázky:

1. *Jaký vztah k jídlu a jaké jídelní chování pozorujeme u jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií?*
2. *Jaký vztah k vlastnímu tělu pozorujeme u jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií?*
3. *Jaké faktory hrají roli v možném relapsu akutní fáze mentální anorexie?*

8 Metody sběru a zpracování dat

Vzhledem k povaze rigorózní práce, která staví na hlubším poznání a porozumění individuální zkušenosti jedince s mentální anorexií, a zároveň také na snaze co nejkompaktněji zachytit problematiku chronické mentální anorexie, byl zvolen tzv. smíšený design výzkumu. Tato kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu nám umožňuje lépe porozumět výzkumnému problému ve srovnání s realizací pouze jednoho z nich.

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru, kterému předcházelo kvantitativně orientované dotazníkové šetření. Obě metody sběru dat, vzhledem k v té době nepříznivé pandemické situaci⁵⁴, proběhly online formou skrze službu Google Forms a aplikaci Skype. Dotazníkové šetření, v kontextu tohoto výzkumu, má primárně za cíl potvrdit či zpochybnit zmíněné údaje v teoretické části práce, zároveň ale také pomáhá doplnit a podpořit kvalitativní analýzu dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů.

Před samotnou realizací dotazníkového šetření a následných rozhovorů proběhla tzv. pilotáž. Na základě tohoto předvýzkumu byla ověřena správnost a srozumitelnost zvolených otázek a formulací. Díky pilotáži, které se účastnilo pět náhodně zvolených osob, bez nutnosti splnění podmínek k účasti ve výzkumném šetření, byla původní verze online dotazníku i struktura rozhovoru drobně upravena, což přispělo k dobré srozumitelnosti respondentům a respondentkám předkládaného materiálu.

8.1 Nestandardizovaný dotazník⁵⁵

Na základě formulace výzkumného problému a definování cílů výzkumného šetření byl autorkou této práce vytvořen nestandardizovaný online dotazník, a to prostřednictvím služby Google Forms. Metoda dotazování skrze webové rozhraní nám umožňuje oslovit poměrně velké množství respondentů při zachování jejich anonymity. Výhodou online dotazníků je také jejich snadná administrace a respondenty vítaná nízká časová náročnost vyplnění. Problematická je ovšem nemožnost ověřit si správné pochopení znění otázek, nemožnost doptávat se a obecně neosobní přístup k respondentům. Na paměti musíme mít také poměrně vysoké riziko zkreslení výsledků, a to jak ze strany respondentů, tak ze strany výzkumníka. Mou snahou je ovšem výše uvedené slabiny metody dotazování vyvážit přednostmi následného polostrukturovaného rozhovoru.

⁵⁴ Pandemie koronavirové choroby Covid-19 (prosinec 2019 – současnost)

⁵⁵ Nestandardizovaný dotazník = dotazník vlastní konstrukce, viz Příloha 1

Před samotným oslovením cílové populace byla stanovena následující kritéria pro účast ve výzkumném šetření. Výsledný vzorek respondentů je tak tvořen muži i ženami, kteří:

- a. jsou **plnoletí**
- b. již **nesdíle společnou domácnost se svými rodiči** (se svou původní rodinou)
- c. mají **minulou zkušenost s mentální anorexií**, aktuálně se ovšem nenachází v akutní fázi onemocnění

První dvě zmíněná kritéria, tedy plnoletost a nesdílení společné domácnosti se svými rodiči, byla stanovena z důvodu zvýšení pravděpodobnosti střetnutí se s jedincem osobnostně zralým, tedy takovým, který již převzal odpovědnost za svůj životní příběh. Dále také z důvodu eliminace vlivu původní rodiny na život jedince, zvláště poté ve smyslu jídelního chování, každodenního režimu, osobních i společenských aktivit. Třetím kritériem je minulá zkušenost jedince s MA, aktuálně si tedy neprochází akutní fází onemocnění. Mimo to není pro účely tohoto výzkumného šetření podstatné, aby diagnóza „mentální anorexie“ byla stanovena výhradně na základě lékařského vyšetření, a to s ohledem na množství jedinců potýkajících se s patologickým jídelním chováním a narušeným tělesným sebepojetím, kteří se do rukou odborníků nikdy nedostali. Zmíněná kritéria účasti ve výzkumu byla stanovena jak s ohledem na celkové zaměření rigorózní práce, tak s ohledem na možné riziko psychického či fyzického propadu jedince, ke kterému by s vyšší pravděpodobností mohlo dojít právě u nezletilého, zatím nesamostatného jedince, který se s MA objektivně či subjektivně stále potýká.

V konečném souhrnu výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že v několika případech nebyla výše zmíněná kritéria účasti ve výzkumu zcela naplněna. Vzhledem k cennému obohacení výzkumného vzorku však nebyly dotazníky těchto respondentů z analýzy vyřazeny. Stanovená kritéria byla striktně dodržena v případě následných individuálních rozhovorů, které byly, z hlediska míry sebeodhalení, pro dotazované respondentky o to náročnější.

Potenciální respondenti a respondentky byli osloveni⁵⁶ prostřednictvím sociální sítě Facebook. Díky možnosti sdílení výzvy k vyplnění dotazníku mezi jedince různého věku, vzdělání, různých zájmů, životních zkušeností apod., bylo docíleno zajištění dostatečně rozmanitého výzkumného souboru. Samotný výběr respondentů/respondentek poté probíhal na základě aktivně projeveného zájmu daného jedince zapojit se do výzkumného šetření, důležitým aspektem tudíž byla dobrovolná účast ve výzkumu. Vzhledem k tzv. metodě samovýběru je nutné mít na mysli možné vyšší riziko zkreslení výsledků dotazníkového šetření, a to z důvodu

⁵⁶ Listopad 2020

účasti takových respondentů a respondentek, kteří mají zvýšený zájem a zvýšenou potřebu se k tématu mentální anorexie, především poté ke svému příběhu spojeného s mentální anorexií, vyjádřit (Miovský, 2006).

Součástí výzvy k vyplnění online dotazníku⁵⁷ byl také přímý odkaz na Google Forms, tedy na samotný dotazník, který vyplnilo 48 osob, z toho 46 žen a 2 muži. Tato silná početní převaha žen nad muži byla, vzhledem k prevalenci mentální anorexie, očekávána. Dotazník obsahuje celkem 44 položek, koncipován je ovšem tak, aby dotyčnému jeho vyplnění netrvalo déle než 10 minut. Dotazovaní jedinci odpovídají skrze uzavřené i otevřené otázky, výběr z nabízených možností či prostřednictvím posouzení pravdivosti daného tvrzení na pětibodové Likertově škále. Některé z položek tohoto nestandardizovaného dotazníku jsou inspirovány položkami dotazníků standardizovaných, konkrétně se jedná o JICHEM (Dotazník jídelního chování a emocionality), EDE-Q (Sebeposuzovací jídelní dotazník), EAT-26 (Test jídelních postojů) a EDI (Dotazník stravovacích poruch). V případě zájmu respondenta či respondentky o hlubší individuální rozhovor bylo možné v závěru dotazníku uvést svoji emailovou adresu, čehož využilo celkem 17 z 48 dotazovaných. V konečné fázi výzkumného šetření bylo analyzováno 10 rozhovorů realizovaných na přelomu ledna a února 2021.

Dotazníkové šetření je, v rámci tohoto výzkumu, jakousi vstupní sondou do studované problematiky chronické mentální anorexie. Získaná data jsou poté prezentována a srovnávána s údaji uvedenými v teoretické části práce. Jsou to data podpůrná, sloužící k doplnění či objasnění zjištěných ziskáných analýzou realizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Z tohoto důvodu nebyla získaná data zpracována žádnou statistickou metodou, byla pouze přepsána a zorganizována v tabulkovém procesoru Microsoft Excel a následně graficky převedena do přehledných grafů (viz Příloha 2). Skrze základní popis, komparaci a manipulaci s proměnnými došlo k vynoření zásadních témat týkajících se chronické mentální anorexie a dalších podnětných zjištění.

8.2 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný neboli částečně řízený rozhovor je kvalitativní výzkumná metoda, která těží z kombinace výhod dvou základních typů rozhovoru – strukturovaného a nestrukturovaného, díky čemuž je mezi kvalitativními výzkumníky velmi oblíbený a rozšířený (Miovský, 2006).

⁵⁷ Struktura nestandardizovaného dotazníku viz Příloha 1

V kontextu této rigorózní práce je polostrukturovaný rozhovor považován za hlavní metodu sběru dat.

Struktura rozhovoru (viz Příloha 3) je poté tematicky i schematicky úzce propojena s předem stanovenými výzkumnými otázkami a cíli rigorózní práce. Vzhledem k obecné charakteristice této výzkumné metody je možné nejen libovolně měnit pořadí stanovených otázek, což s sebou přináší vyšší míru flexibility, ale také je možné věnovat se i dalším oblastem týkajících se zkoumané problematiky v případě, že byly respondentkami vnímány jako stěžejní.

Z celkového počtu 48 respondentů a respondentek, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, bylo k rozhovoru osloveno, na základě uvedení emailové adresy v závěru dotazníku, 17 z nich. Svůj definitivní zájem o online setkání potvrdilo 10 z oslovených respondentek. V konečné fázi výzkumného šetření tak bylo realizováno a analyzováno 10 rozhovorů.

Setkání s respondentkami proběhlo na přelomu ledna a února 2021 prostřednictvím aplikace Skype, tedy online, a to z důvodu nemožné realizace osobního setkání na základě v té době probíhající pandemie nemoci Covid-19. S ohledem na tyto ztížené podmínky, i celospolečensky velmi náročnou situaci, bylo mou velkou snahou vytvořit i přesto klidné, přátelské a důvěrné prostředí, ve kterém se respondentky budou cítit příjemně a bezpečně. Ve všech případech byl rozhovor realizován v prostředí domova. V samotném úvodu rozhovoru byly respondentky ubezpečeny o zachování anonymity ve smyslu pozměnění jmen a vynechání osobních citlivých údajů v následné analýze a interpretaci získaných výpovědí, což také významně přispělo k vytvoření bezpečné atmosféry a prostoru k velmi otevřenému a důvěrnému online setkání.

Společně s respondentkami jsem poté mapovala jejich cestu od akutní formy mentální anorexie k uzdravení, případně k chronické formě onemocnění, ale i jejich každodenní realitu ve smyslu vnímání a prožívání vlastního těla a jídelního chování. Ptala jsem se také na (nenaplněné) potřeby té které respondentky v době vypuknutí mentální anorexie a zda jsou již tyto potřeby naplněny, případně čím byly nahrazeny. Věřím, že samotné uvědomění, verbalizace, identifikace a následné přijetí významných proměnných (spouštěčů), může sehrát důležitou roli v celkovém psychickém nastavení, ale i ve zvládnání zátěžových situací v životě respondentky.

Rozhory byly, s ústním souhlasem každé z respondentek, nahrávány na osobní mobilní telefon, a to z důvodu zachování autenticity a přesnosti při následné interpretaci konkrétních výpovědí. Délka rozhovorů se pohybovala v průměru kolem 50–70 minut. Bezprostředně po realizaci každého rozhovoru došlo k doslovnému přepisu zvukového záznamu do textové podoby, a to

s cílem co nejvěrněji zachytit atmosféru každého setkání a maximálně tak zabránit redukci získaných dat. Následoval opakovaný poslech a finální kontrola přepisu všech rozhovorů.

Přepsaný materiál byl dále systematizován a analyzován prostřednictvím otevřeného kódování, konkrétně pomocí metody tužka – papír. Otevřené kódování tkví v "rozbití" textu na menší jednotky (úryvky), v přiřazování klíčových slov – kódů k částem textu tak, aby s nimi následně bylo možné snadněji a rychleji manipulovat. První kódy byly vygenerovány z komentovaných úryvků, které vznikly při prvním nezaujatém čtení přepsaných dat. Jeden kód tak zastřešuje několik úryvků textu, které spolu tematicky souvisí. Po fázi otevřeného kódování následovala fáze kategorizování dat, ve které jsou významově příbuzné kódy shlukovány do jednotlivých kategorií. Výsledkem této kvalitativní obsahové analýzy získaných dat je poté prezentace v rozhovorech se nejčastěji vyskytujícími tématy, významných zjištění, a konečně také zodpovězení na předem stanovené výzkumné otázky (Mioviský, 2006).

8.3 Etika výzkumu

Povinností každého výzkumníka je zacházet se získanými daty dle základních etických pravidel, především je pak nutné zajistit ochranu citlivých údajů osob účastnících se výzkumu.

S ohledem na téma rigorózní práce, a tedy i povahu výzkumného šetření, kdy se respondentky v myšlenkách vracejí do psychicky i fyzicky velmi náročného období jejich života, je na dodržení níže zmíněných etických zásad kladen obzvláště velký důraz. Citlivým přístupem, upřímným zájmem a nabídkou možného zprostředkování kontaktů na příslušné odborníky a organizace v závěru rozhovoru, jsem se maximálně snažila předejít duševní či jiné újmě na zdraví dané respondentky.

Před zahájením hlavní části rozhovoru udělila každá z respondentek tzv. informovaný souhlas s účastí ve výzkumu i s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Vzhledem k mimořádné pandemické situaci byl rozhovor realizován online prostřednictvím aplikace Skype, a tak svůj souhlas s účastí ve výzkumném šetření udělily respondentky pouze ústní formou. V úvodu rozhovoru byly respondentky seznámeny s cílem rigorózní práce, s jejich dobrovolnou účastí ve výzkumu i s právem rozhovor kdykoliv přerušit či nezodpovědět na některou z otázek. Dále byly respondentky ubezpečeny, s ohledem na zákon č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů, že jména a další citlivé osobní údaje budou v následné analýze i v závěrečné interpretaci získaných dat pozměněny, a to z důvodu zachování anonymity a zabránění jejich možné identifikace. Aby byla získaná data použita pouze k účelu, k jakému byla získána, a aby nebyla

zneužita neoprávněnými osobami, byly nahrávky rozhovorů ihned po jejich transkripci a následné analýze smazány.

Miovský (2004) vyzdvihuje žádoucí schopnost výzkumníka vnímat individualitu každého jedince účastnícího se výzkumného šetření, dále také schopnost posoudit, co je v daný okamžik vhodné, dobré a co nikoliv. Výzkumník, skrze vlastní chování a způsob komunikace, také více či méně u účastníků výzkumu vzbuzuje důvěru a respekt. Velice důležitá je poté empatická neutralita výzkumníka, který by si přes svůj zájem, projevené účastenství a porozumění danému jedinci, měl zachovat neutrální a nehodnotící postoj.

9 Výzkumný soubor

Charakteristika výzkumného souboru se liší v závislosti na zvolené výzkumné metodě. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 48 respondentů a respondentek, konkrétně 46 žen a 2 muži, kteří jsou ve většině případů plnoletí, již nesdílí společnou domácnost se svými rodiči (s původní rodinou), a kteří mají minulou zkušenost s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti její akutní fáze. Následného polostrukturovaného rozhovoru se zúčastnilo, na základě aktivně projeveného zájmu, 10 oslovených respondentek, tedy pouze žen.

Ve výzvě k vyplnění online dotazníku je záměrně uvedeno spojení „minulá zkušenost jedince s mentální anorexií“, a to z důvodu jinak možné diskriminace osob, které se v současné době cítí být zdravý, ovšem stále mají k této problematice co říci. Jedním z cílů tohoto výzkumného šetření je zjistit, zda lze jedince, který na mentální anorexií pohlíží jako na svou osobní minulou zkušenost, skutečně označit za vyléčeného, zdravého a bezsymptomatického. Odpověď na tuto velmi složitou otázku poté hledám ve výpovědích samotných respondentů a respondentek, přičemž se při jejich posuzování opírám především o diagnostická kritéria MKN–10.

Jak je uvedeno již v předchozí kapitole, v několika případech nebyla stanovená kritéria účasti ve výzkumu, v případě dotazníkového šetření, zcela naplněna. První podmínka, plnoletost, nebyla splněna v jednom ze 48 případů⁵⁸. Druhá podmínka, nesdílení společné domácnosti se svými rodiči, nebyla splněna ve čtyřech ze všech případů a třetí podmínku, minulou zkušenost s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti její akutní fáze, nenaplnilo pět z dotazovaných jedinců. Vzhledem k vnímanému cennému obohacení výzkumného souboru, a také vzhledem k možnosti srovnat tyto výpovědi s výpověďmi primárně oslovených respondentů a respondentek, nebylo těchto 10 dotazníků z následné analýzy vyřazeno. V případě hlubších individuálních rozhovorů však byla stanovená kritéria účasti ve výzkumném šetření striktně dodržena.

S ohledem na zaměření předkládané rigorózní práce je celkový výzkumný soubor, složený ze 48 respondentů/respondentek, rozdělen do 5 kategorií – skupin A až E, a to na základě uvedené délky trvání mentální anorexie. Samotné rozdělení výzkumného souboru do jednotlivých kategorií významně usnadnilo počáteční orientaci, následnou analýzu a také interpretaci získaných dat.

⁵⁸ Jedné z dotazovaných respondentek bylo v době výzkumného šetření 15 let

9.1 Dotazníkové šetření – základní představení výzkumného vzorku

Skupina A je složena ze **7 respondentů/respondentek**, konkrétně pak z dvou mužů a pěti žen, které mentální anorexie doprovázela **méně než 1 rok**.

Tabulka 4 | Základní představení respondentů a respondentek účastnících se dotazníkového šetření – Skupina A

Skupina A													
Aktuální věk					Věk počátku MA					MA jsem překonal/a		Mám strach z nadváhy	
15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	ano/spíše ano	ne/spíše ne	ano/spíše ano	ne/spíše ne
0	4	2	1	0	1	2	2	2	0	7	0	4	3
Počet let od ústupu příznaků MA					n = 7								
-	6,8	8	16	-									

Skupina B čítá **23 respondentek** (pouze žen), které mentální anorexie doprovázela **1-3 roky**.

Tabulka 5 | Základní představení respondentek účastnících se dotazníkového šetření – Skupina B

Skupina B													
Aktuální věk					Věk počátku MA					MA jsem překonal/a		Mám strach z nadváhy	
15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	ano/spíše ano	ne/spíše ne	ano/spíše ano	ne/spíše ne
1	10	7	4	1	2	11	9	0	1	20	1	17	4
Počet let od ústupu příznaků MA					n = 23								
3	4,3	9,9	19,3	27									

Skupina C čítá **7 respondentek** (pouze žen), které mentální anorexie doprovázela **3-5 let**.

Tabulka 6 | Základní představení respondentek účastnících se dotazníkového šetření – Skupina C

Skupina C													
Aktuální věk					Věk počátku MA					MA jsem překonal/a		Mám strach z nadváhy	
15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	ano/spíše ano	ne/spíše ne	ano/spíše ano	ne/spíše ne
0	6	0	0	1	2	3	2	0	0	5	1	4	3
Počet let od ústupu příznaků MA					n = 7								
-	3,8	-	-	23									

Skupina D je složena ze **6 respondentek** (pouze žen), které mentální anorexie doprovázela **více než 5 let**.

Tabulka 7 | Základní představení respondentek účastnicích se dotazníkového šetření – Skupina D

Skupina D													
Aktuální věk					Věk počátku MA					MA jsem překonal/a		Mám strach z nadváhy	
15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	ano/spíše ano	ne/spíše ne	ano/spíše ano	ne/spíše ne
1	1	3	0	1	2	4	0	0	0	4	0	4	2
Počet let od ústupu příznaků MA					n = 6								
2	3	10	-	21									

Skupinu E reprezentuje **5 respondentek** (pouze žen), které mentální anorexie **stále doprovází**.

Tabulka 8 | Základní představení respondentek účastnicích se dotazníkového šetření – Skupina E

Skupina E													
Aktuální věk					Věk počátku MA					MA jsem překonal/a		Mám strach z nadváhy	
15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	ano/spíše ano	ne/spíše ne	ano/spíše ano	ne/spíše ne
2	1	0	2	0	2	2	1	0	0	1	2	4	0
Počet let probíhající MA					n = 5								
5	12	-	16,5	-									

V poslední kategorii, skupině E, stojí za povšimnutí především aktuální přítomnost mentální anorexie u dvou respondentek ve věkovém rozmezí 30–39 let, které se, i přes uvedení konkrétního (poměrně vysokého) počtu let uplynulých od vyléčení, stále cítí být tímto onemocněním ovlivněny. Přestože je z tabulek 4–8 patrná přímá úměra mezi počtem let od ústupu akutních příznaků mentální anorexie a věkem respondentů/respondentek, nelze díky výše zmíněnému konstatovat, že mezi dobou uplynulou od vyléčení a aktuálním stavem respondenta/respondentky existuje přímá souvislost. Zajímavé je také rovnoměrné zastoupení respondentů/respondentek, u nichž se mentální anorexie objevila již ve věku 10–12 let, napříč všemi kategoriemi. Zdá se tedy, že ani věk počátku onemocnění nemá přímý vliv na jeho délku. 75 % z dotazovaných uvádí počátek mentální anorexie ve věkovém rozmezí 13–18 let, čímž dochází k potvrzení (v teoretické části uvedeného) tvrzení, že ke vzniku mentální anorexie dochází nejčastěji ve věkové kategorii 12–20 let. Potvrdit můžeme také zmiňovanou, stále se snižující hranici vzniku tohoto onemocnění. Od 10–12 let se, v rámci tohoto výzkumu,

s mentální anorexií potýká až 19 % dotazovaných, proti tomu pouze 6 % z dotazovaných uvádí počátek mentální anorexie ve věku 19-24 let.

Dalším významným sledovaným faktorem je strach z nadváhy. Ve všech uvedených kategoriích je tato obava více či méně přítomna, významně se poté objevuje především ve skupině B, tedy u respondentek, které se s mentální anorexií potýkaly 1-3 roky. Ve skupině E, která je složena z respondentek stále se s onemocněním potýkajících, je strach z nadváhy přítomen ve všech případech.

9.2 Rozhovor – základní představení výzkumného vzorku

O individuální rozhovor projevilo zájem, z celkového počtu 48 respondentů a respondentek, 17 z nich, přičemž finální domluva a realizace rozhovoru proběhla s 10 respondentkami (ženami). Základní představení tohoto výzkumného vzorku nabízí *Tabulka 9*, uvedená data jsou získána prostřednictvím dotazníkového šetření.

I přes velmi specifickou cílovou skupinu a poměrně nízké procento zastoupení mentální anorexie v celkové populaci, je výsledný vzorek respondentek, z hlediska jejich věku, délky trvání mentální anorexie a věku jejího počátku, ale i z hlediska aktuální váhy a nejnižší naměřené tělesné hmotnosti, pro potřeby následné analýzy a interpretace dostatečně rozmanitý.

Tabulka 9 | Základní představení respondentek účastnicích se polostrukturovaného rozhovoru

	Věk [roky]	Aktuální výška [cm]	Aktuální váha [kg]	Vzdělání	Již matkou	Počet sourozenců	Pořadí sourozenců	Věk počátku MA [roky]	Délka trvání MA [roky]	Nejnižší váha [kg]
ALICE	22	170-179	50-59	VŠ	ne	1	starší	16	3-5	40
BĚLA	37	160-169	60-69	VŠ	ano	1	starší	15	1-3	44
CECÍLIE	22	160-169	50-59	VŠ	ne	1	starší	20	< 1	48
DIANA	41	170-179	60-69	VŠ	ano	0	jedináček	15	> 5	50
EDITA	21	160-169	< 50	VŠ	ne	1	mladší	14	3-5	36,4
HELENA	29	160-169	< 50	VŠ	ne	1	mladší	12	1-3	32
ILONA	38	160-169	50-59	VŠ	ano	1	mladší	16	1-3	46
JULIE	27	150-159	nevím	VŠ	ne	0	jedináček	24	1-3	70
KARLA	19	170-179	70-79	VŠ	ne	1	starší	12	> 5	52
LINDA	24	180-189	70-79	VŠ	ne	1	starší	16	1-3	53

Zvláštní pozornost si zaslouží, vedle dosaženého vysokoškolského vzdělání všech respondentek, také tzv. sourozenecké konstelace⁵⁹, které jsou v souvislosti s mentální anorexií často skloňovány. Existuje totiž obecný předpoklad, že ke vzniku mentální anorexie jsou náchylnější jedináčci a starší ze sourozenců. Z Tabulky 9 lze vyčíst, že 75 % respondentek má mladšího či žádného sourozence. S ohledem na výsledky dotazníkového šetření, a tedy s ohledem na celkový výzkumný soubor, kde jsou starší sourozenci a jedináčci zastoupeni v 58 % případů a mladší sourozenci společně s těmi prostředními v 42 % případů, nelze toto tvrzení jednoznačně potvrdit či vyvrátit.

⁵⁹ Sourozenecké konstelace = pořadí, v jakém se dítě narodí do rodiny, má vliv na utváření jeho povahy i na budoucí projevy jeho chování

10 Presentace a analýza získaných dat

V této kapitole jsou prezentována a analyzována data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření a následných polostrukturovaných rozhovorů. Názvy podkapitol odpovídají, v případě dotazníků, tematickým okruhům, na které bylo výzkumné šetření cíleně zaměřeno. V případě rozhovorů odpovídají názvy jednotlivých podkapitol významným tematickým oblastem vynořených v průběhu analýzy získaných dat.

10.1 Presentace a analýza dat získaných z dotazníkového šetření⁶⁰

V průběhu dotazníkového šetření respondenti odpovídají na uzavřené i otevřené otázky, vybírají z nabízených možností a posuzují pravdivost uvedeného tvrzení na tzv. Likertově škále. Při následné analýze dat získaných právě prostřednictvím pětibodové Likertovy škály jsou záměrně vynechány středové hodnoty (3). Otázky, u kterých je volba středové hodnoty informačně hodnotná či nadměrně zastoupená, jsou v tomto kontextu podrobně okomentovány.

10.1.1 Demografické údaje

Z celkového počtu 48 respondentů/respondentek⁶¹ je bezmála 62 % z nich studentem či absolventem vysoké školy. Dalších 32 % je tvořeno studenty či absolventy střední školy zakončené maturitní zkouškou a pouze 6 % z dotazovaných uvádí dokončené vyšší odborné či základní vzdělání.

S ohledem na často diskutovanou souvislost mezi pořadím narození sourozenců a rizikem vzniku poruch příjmu potravy jsem mapovala pozici respondentů mezi sourozenci, přičemž bezmála 21 % z nich plní v rodině roli jedináčka, jednoho sourozence má poté 60 % a dva sourozence necelých 17 % z dotazovaných respondentů. Vzhledem k téměř rovnocennému zastoupení respondentů ve skupině nejstarších (47 %) a skupině prostředních a nejmladších sourozenců (53 %), nelze na základě tohoto výzkumného šetření jednoznačně potvrdit přímou souvislost mezi pořadím narození sourozenců a vyšším rizikem vzniku mentální anorexie.

Jednou z nejvýznamnějších životních událostí, a také jednou z největších změn v životě téměř každé ženy je období mateřství. Pro pacientky (vy)lčené z mentální anorexie jde o období mnohdy velmi náročné, a to především z hlediska postupných tělesných změn, ke kterým v období těhotenství přirozeně dochází. Narušené tělesné sebepojetí a strach z nadváhy mohou

⁶⁰ Základní analýza dat získaných z dotazníku viz. Příloha 2

⁶¹ Pro lepší přehlednost dále jen „respondentů“ s vědomím, že jde o jedince mužského i ženského pohlaví

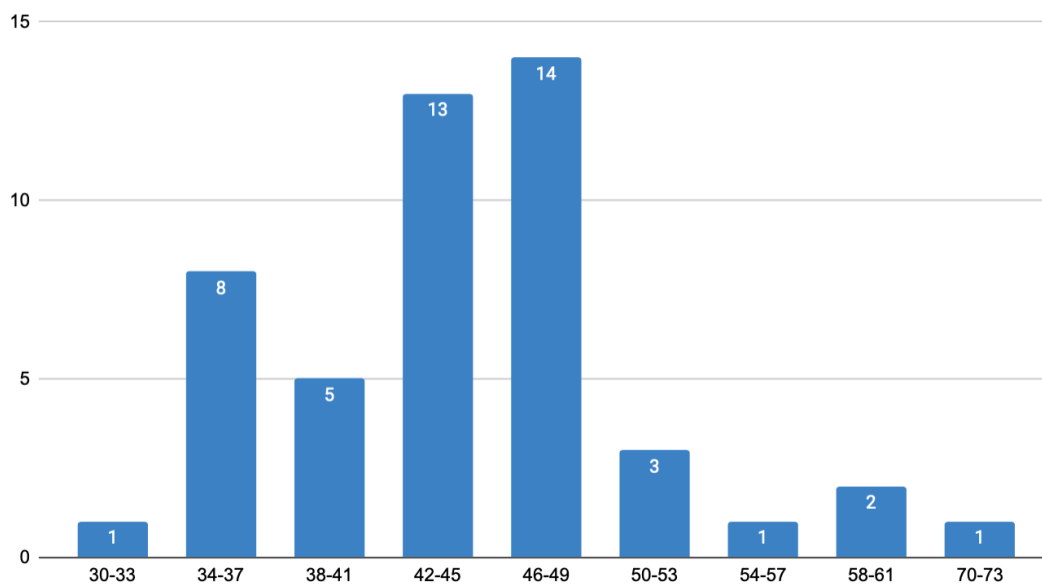
být v tomto období výrazně zesílené, touha po dokonalém těle vedená restrikcí potravy je pro těhotnou ženu, a zvláště pak pro její nenarozené dítě, velmi nebezpečné. V rámci tohoto výzkumného šetření plní mateřskou roli bezmála 17 % z dotazovaných žen, přičemž jednu z nich mentální anorexie stále provází. Na tuto specifickou skupinu respondentek, zvláště pak na jejich prožívání mateřství ve vztahu k mentální anorexii, se podrobněji zaměřím v rámci analýzy následných rozhovorů.

Přibližně polovina z dotazovaných respondentů bydlí se svým partnerem/partnerkou a zlomek z těchto párů poté bydlí i spolu s dětmi. 19 % respondentů sdílí domácnost se svými přáteli a 12 % z celkového počtu případů bydlí se svou původní rodinou. Skupina respondentů stále žijících se svými rodiči je ve všech případech tvořena jedinci ve věkovém rozmezí 15-24 let, kteří studují na střední či vysoké škole. S ohledem na výše uvedené, ale i s ohledem na aktuální pandemickou situaci, není v tomto případě samostatné bydlení nezbytnou podmínkou účasti ve výzkumném šetření.

10.1.2 Individuální průběh a podoba mentální anorexie

Přestože tělesná hmotnost není v kontextu této práce považována za stěžejní faktor určující přítomnost či závažnost mentální anorexie, dle MKN-10 je jedním z hlavních diagnostických kritérií tohoto onemocnění. V rámci dotazníkového šetření tak zjišťuji nejnižší dosaženou tělesnou hmotnost respondentů v období akutní fáze mentální anorexie (viz *Graf 1*). Touto fází si většina dotazovaných respondentů prošla v období dospívání, nyní proto není možné, ať už z hlediska časové prodlevy, tak z hlediska odlišné tělesné výšky respondentů, vypočítat hodnotu BMI, na základě níž lze usuzovat na ne/přítomnost mentální anorexie dle kritérií MKN-10.

Graf 1 | Nejnižší dosažená tělesná hmotnost [kg]



S ohledem na přibližnou aktuální tělesnou hmotnost respondentů však lze konstatovat, že u každého z nich došlo k nárůstu tělesné hmotnosti, nejvíce pak u respondentů, kteří v akutní fázi mentální anorexie vážili v rozmezí od 30 do 41 kilogramů (29 %), přičemž necelá polovina z nich byla v tomto období hospitalizována. 56 % respondentů v akutní fázi onemocnění vážilo v rozmezí od 42 do 49 kilogramů, 12,5 % respondentů v rozmezí od 50 do 61 kilogramů a jedna z respondentek si akutní fázi mentální anorexie prošla s tělesnou hmotností 70 kilogramů.

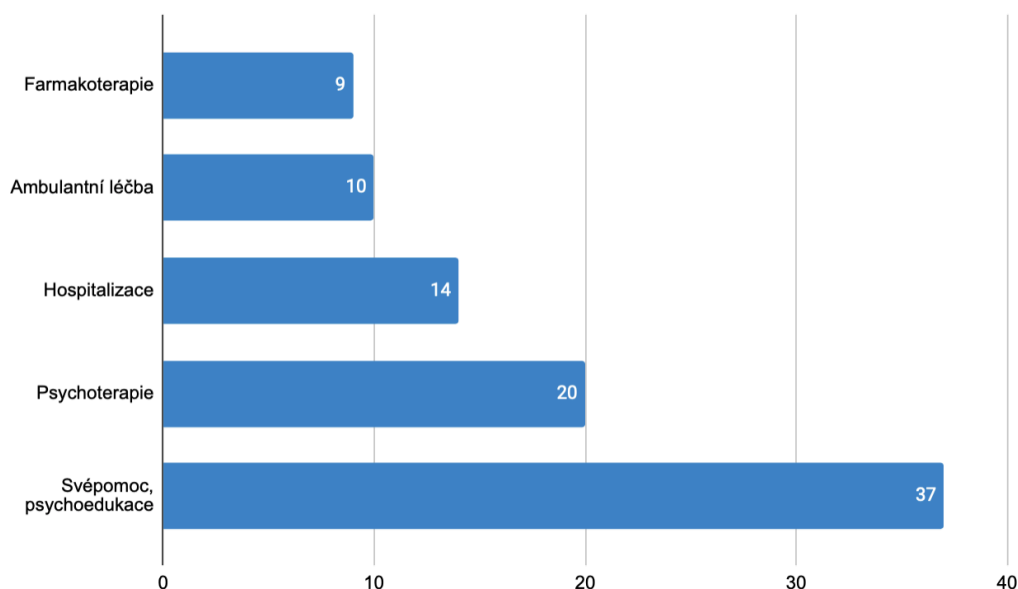
Z výše uvedeného je patrné, že se mentální anorexie dotýká jedinců s abnormálně nízkou, nízkou, ale i s na první pohled zcela normální tělesnou hmotností. V případě, kdy dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, ovšem váha daného jedince stále spadá do normálního rozmezí, hovoříme o tzv. atypické mentální anorexii, která splňuje jen některá z diagnostických kritérií mentální anorexie. Počet pacientů s touto diagnózou v posledních letech stále narůstá, přičemž dotazníkové šetření zmíněný trend zcela potvrzuje.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují na zásadní význam psychoedukace⁶² a svépomoci, a to až v 77 % případů. Aktivní zapojení daného jedince do léčebného procesu je často doprovázeno některým z níže uvedených léčebných postupů, až 36 % dotazovaných respondentů však uvádí psychoedukaci a svépomoc jako jedinou formu léčby svého onemocnění, což je alarmujícím zjištěním, které ukazuje a potvrzuje velmi problematické zachycení skutečného výskytu mentální anorexie v populaci. Zkušenost s některou z psychoterapeutických metod uvádí jen 42 % respondentů, což je, vzhledem k závažnosti a povaze onemocnění, i vzhledem

⁶² Psychoedukace = předávání srozumitelných informací o vzniku, příznacích a možnostech léčby onemocnění

k prokazatelné účinnosti psychoterapie při léčbě poruch příjmu potravy, poměrně nízké číslo. Hospitalizováno poté bylo 29 % z dotazovaných respondentů, ambulantní léčbu podstoupilo bezmála 21 % dotázaných a psychofarmakoterapii, tedy léčbu medikamenty, uvádí necelých 19 % respondentů.

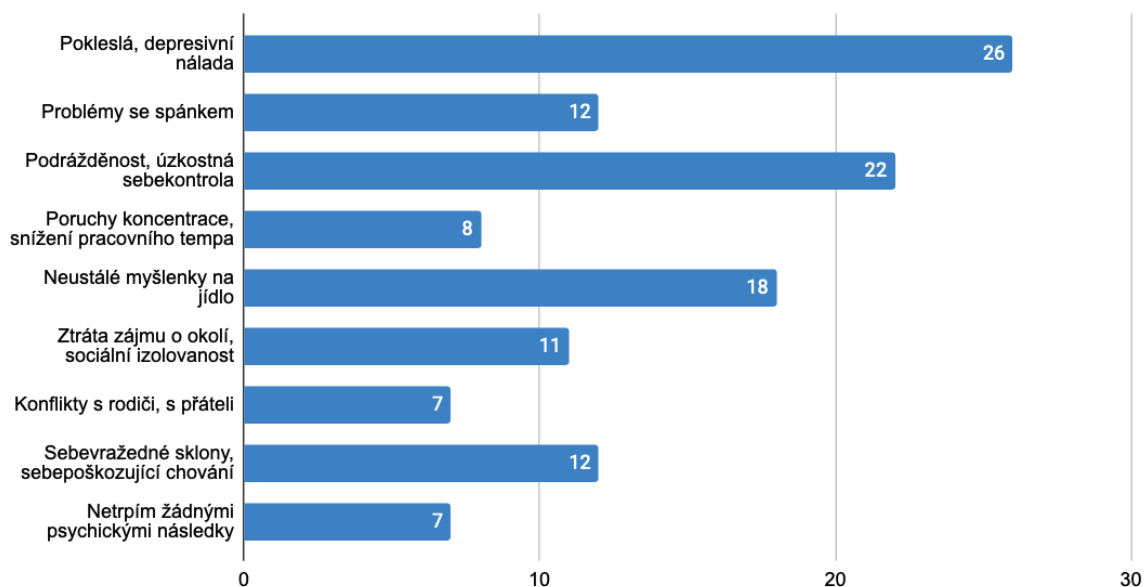
Graf 2 | Forma léčby mentální anorexie



Nejvýznamnějším účinným faktorem v procesu léčby mentální anorexie je, pohledem dotazovaných respondentů, jednoznačně podpora, a to ze strany partnera, rodiny, přátel, ale i odborníků. Dalším z hnacích motorů zvyšujících motivaci k celkové úzdavě je snaha jedince předejít možným zdravotním komplikacím a uvědomění si své vlastní hodnoty.

V teoretické části práce jsou uvedeny nejčastější komorbidity mentální anorexie, jsou to především úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, afektivní poruchy (včetně depresivní fáze), sociální a jiné fobie, závislostní chování a tak dále. Graf 3 poté znázorňuje psychické následky mentální anorexie uvedené respondenty tohoto dotazníkového šetření. 54 % z dotazovaných respondentů se stále potýká s pokleslou, depresivní náladou související s vnímáním tělesné hmotnosti, 46 % respondentů uvádí zvýšenou podrážděnost a úzkostnou sebekontrolu a bezmála 38 % jedinců se svěřilo s neustálými myšlenkami na jídlo. Problémy se spánkem poté uvádí čtvrtina z dotazovaných respondentů. Z výše uvedeného vyplývá, že i přes subjektivní překonání mentální anorexie, je psychický stav tímto onemocněním významně poznamenán. Pouze 14,5 % z celkového počtu respondentů uvádí, že po překonání nemoci netrpí žádnými psychickými následky. Znepokojující je pak především zjištění, že až 25 % respondentů trpí sebevražednými myšlenkami spolu se sebepoškozujícím chováním.

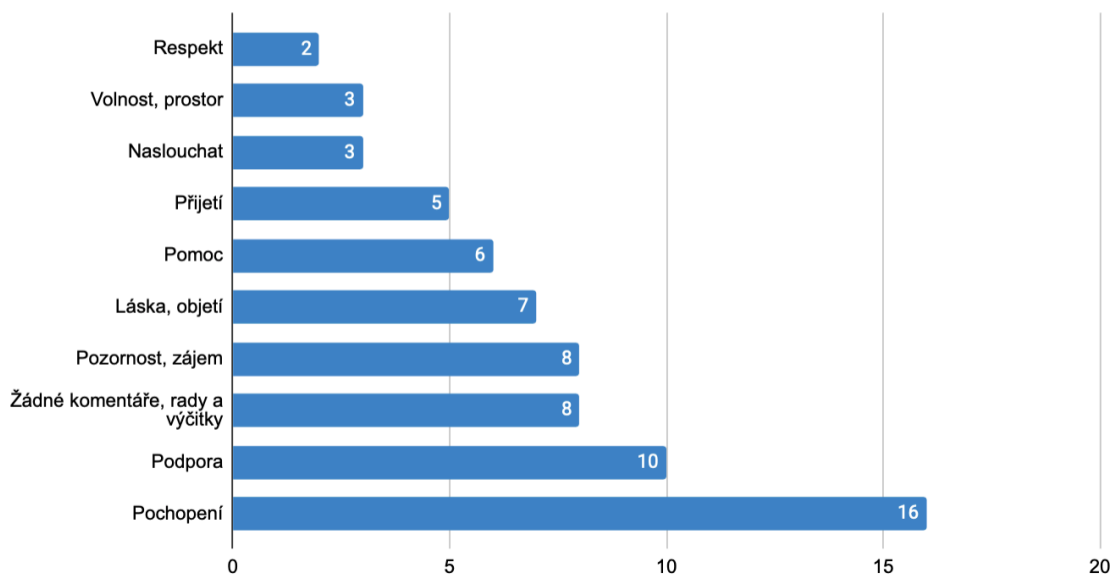
Graf 3 | Psychické následky mentální anorexie



Ptala jsem se také, co od svého okolí, v době akutní fáze mentální anorexie, respondenti nejvíce potřebovali. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že v akutní fázi onemocnění potřebuje daný jedinec cítit především pochopení a podporu druhých. Oceňuje také pozornost a projevený zájem o vlastní osobu, ovšem bez udělování nevyžádaných rad a výčitek. Dále se objevuje (nenaplněná) potřeba lásky, přijetí, volnosti a respektu (podrobněji viz Graf 4). Polovinu respondentů zmíněná potřeba již aktuálně netíží, 23 % dotazovaných jedinců však stále uvedenou potřebu vnímá jako nenaplněnou.

Velmi nízké sebevědomí, přecitlivělost na kritiku, touha po obdivu, neustálém ujišťování, oceňování, přijetí i lásce a závislost na (hodnocení) druhých – to jsou obecné charakteristiky pacienta s mentální anorexií, které jsou uvedeny v teoretické části práce, přičemž výsledky dotazníkového šetření tyto charakteristiky zcela potvrzují. Potvrzují také přítomnost tzv. narcistní nerovnováhy, která je pro pacienty s mentální anorexií typická. Jde přitom o současný výskyt pocitů méněcennosti (*pochopení, podpora, láska, pomoc, přijetí...*) spolu s přesvědčením o vlastní významnosti a jedinečnosti (*žádné komentáře, rady a výčitky, pozornost, zájem, volnost, respekt...*).

Graf 4 | „V období akutní fáze mentální anorexie jsem od svého okolí nejvíce potřeboval/a:“



10.1.3 Vztah k jídlu, jídelní chování a tělesná aktivita

V této podkapitole hledám odpověď na otázku, zda je narušený vztah k jídlu a patologický vzorec jídelního chování, který pozorujeme typicky u pacientů s mentální anorexií, patrný také u účastníků tohoto dotazníkového šetření, tedy u jedinců, kteří jsou již subjektivně zdraví.

Respondenti hodnotí, mimo jiné, níže uvedená tvrzení:

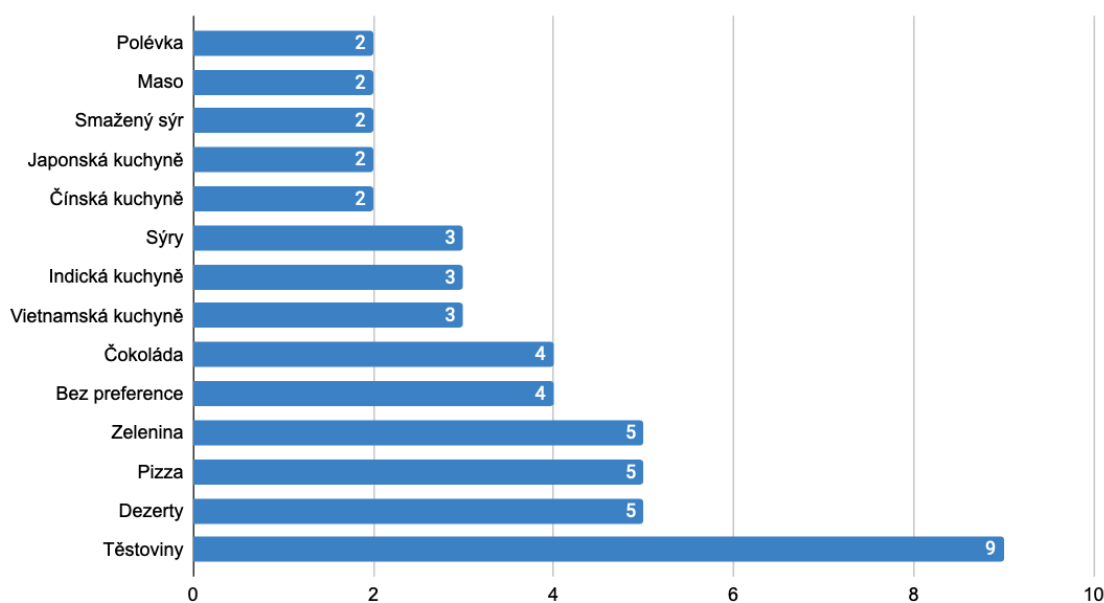
Tabulka 11 | Jídelní chování jedinců s minulou zkušeností s mentální anorexií

	Ano	Ne
Mám tendence jíst stále stejné potraviny.	60,4 %	39,6 %
Vynechávám ze svého jídelníčku oblíbené potraviny, abych tak záměrně ovlivnil/a svou váhu, postavu.	66,7 %	33,3 %
Zpravidla se odměňuji svým oblíbeným jídlem.	45,8 %	54,2 %

Z Tabulky 11 lze vyčíst, že tendenci jíst stále stejné potraviny a vynechávat z jídelníčku oblíbené pokrmy za účelem snížení či udržení tělesné hmotnosti, pozorujeme přibližně u 2/3 dotazovaných respondentů. Svým oblíbeným jídlem se poté odměňuje necelých 46 % z nich. Z této jednoduché interpretace dat je patrné, že i ve skupině jedinců, kteří na mentální anorexií pohlížejí jako na minulou zkušenost, pozorujeme jistý patologický vzorec jídelního chování, a to v nezanedbatelné míře. Významné je také zjištění, že až pro 48 % těchto již subjektivně zdravých jedinců je jídlo a vztah k němu tíživějším tématem než přiznávají svému okolí.

Jak je již uvedeno v teoretické části práce, jedinci trpící mentální anorexií jídlo neodmítají z důvodu nechutenství, nýbrž z důvodu vědomého odříkání si, které pramení z narušeného vnímání a nenávisti vlastního těla⁶³ (Krch, 2007). Mnohdy tak tito jedinci mají o to větší apetit a jídlem jsou zcela posedlí. S ohledem na tento fakt respondenti odpovídali také na otázku, jaké je jejich nejoblíbenější jídlo. Jak je patrné z *Grafu 5*, ve většině případů nejde o typicky zdravé pokrmy, v několika případech respondenti sami označují tato jídla za oblíbená, ale „zakázaná“.

Graf 5 | Nejoblíbenější jídlo



Vzhledem k často skloňované souvislosti mentální anorexie a vegetariánství se respondentů dále ptám na jejich upřednostňovaný typ stravování. Vedle zmíněného vegetariánství (včetně veganství), které uvedlo 31 % respondentů, stojí v 21 % případů také přerušované hladovění, a vůbec největší procentuální zastoupení – 48 % nese stravování bez jakéhokoliv omezení.

35 % z dotazovaných respondentů uvádí, že se stravuje převážně dietně, 25 % respondentů dietní stravu odmítá a 40 % z celkového výzkumného souboru volí na Likertově škále 1–5 neutrální, středovou hodnotu, z čehož je možné usuzovat na jistou, a poměrně často se vyskytující, rozkolísanost a nestabilitu v otázce stravování. Tento ambivalentní postoj k jídlu potvrzuje 46 % respondentů, kteří se po snědení energeticky vydatných potravin cítí provinile, a bezmála polovina respondentů, kteří se snaží dodržovat určitá pravidla, aby tak záměrně ovlivnili svou tělesnou hmotnost a postavu.

⁶³ Vlivem somatických následků mentální anorexie již není příjem potravy, v pozdějším stadiu onemocnění, otázkou svobodné vůle

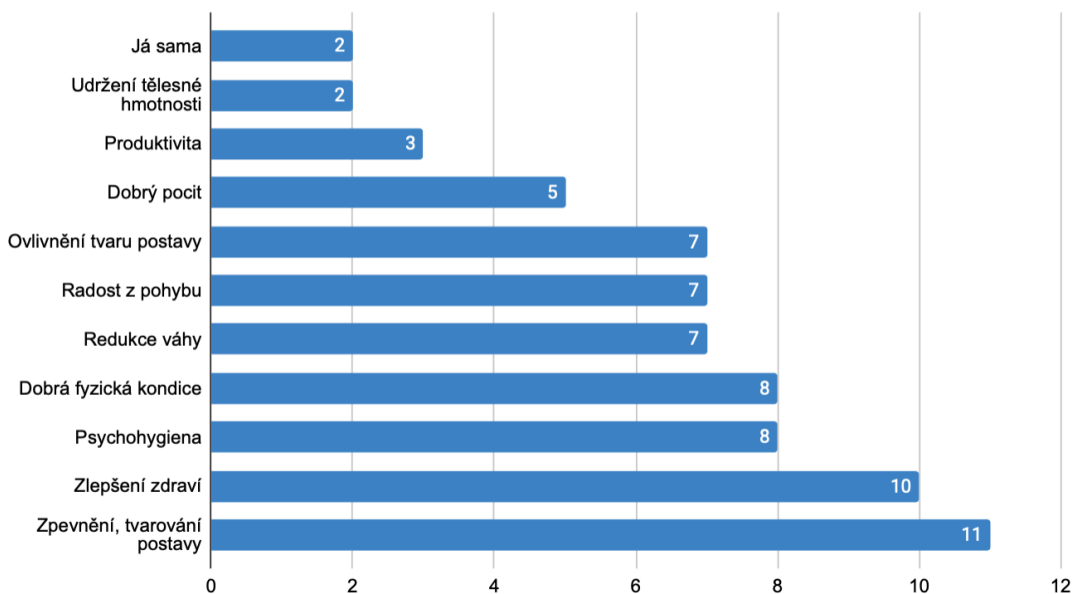
V teoretické části práce je dále uvedena úzká souvislost mezi hladověním a příjemnými, uspokojivými pocity nemocného jedince. V rámci dotazníkového šetření tuto souvislost potvrzuje jen 31 % z dotazovaných respondentů, 46 % respondentů poté uspokojení spojené s pocitem prázdného žaludku odmítá.

Jedním z dalších diagnostických kritérií mentální anorexie je úmyslné snižování tělesné hmotnosti prostřednictvím excesivního cvičení trvajících třeba i několik hodin denně. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že každý den cvičí 6 % respondentek (pouze žen). Přestože jde o malý zlomek z celkového souboru respondentů, stojí za to uvést několik společných charakteristik této skupiny mladých žen ve věkovém rozmezí 15–24 let. Každá z těchto žen uvádí, vedle nutné hospitalizace, touhu po redukci hmotnosti, která je taktéž jejich hlavní motivací ke každodennímu cvičení. Další ze společných charakteristik je zvýšený příjem potravy ve chvíli, kdy se ženy cítí být ve stresu. Subjektivně hodnocené přejídání poté může být kompenzováno nadměrným každodenním cvičením. Toto maladaptivní chování, neboli bludný kruh nemoci, je v případě mentální anorexie typickým projevem. Jedna ze tří výše popsaných žen poté uvádí, že ji mentální anorexie doprovází i v současnosti.

4–6x týdně cvičí či záměrně vykonává jinou formu fyzické aktivity 36 % z dotazovaných respondentů, 52 % respondentů cvičí 1–3x týdně a 10 % z nich poté 1–3x měsíčně. Názory na optimální frekvenci cvičení jsou různé, a to v závislosti na přesvědčení a zkušenosti toho kterého odborníka. Obecně lze však říci, že zdravá je taková míra a frekvence cvičení, která negativně nezasahuje a neovlivňuje každodenní život daného jedince.

Nejčastěji zmiňovanou motivací ke cvičení je snaha respondentů o zpevnění a tvarování postavy, o zlepšení jejich fyzického, ale i psychického zdraví, dále také snaha o redukci tělesné hmotnosti, radost z pohybu apod. (podrobněji viz *Graf 6*).

Graf 6 | Hlavní motivace respondentů ke cvičení



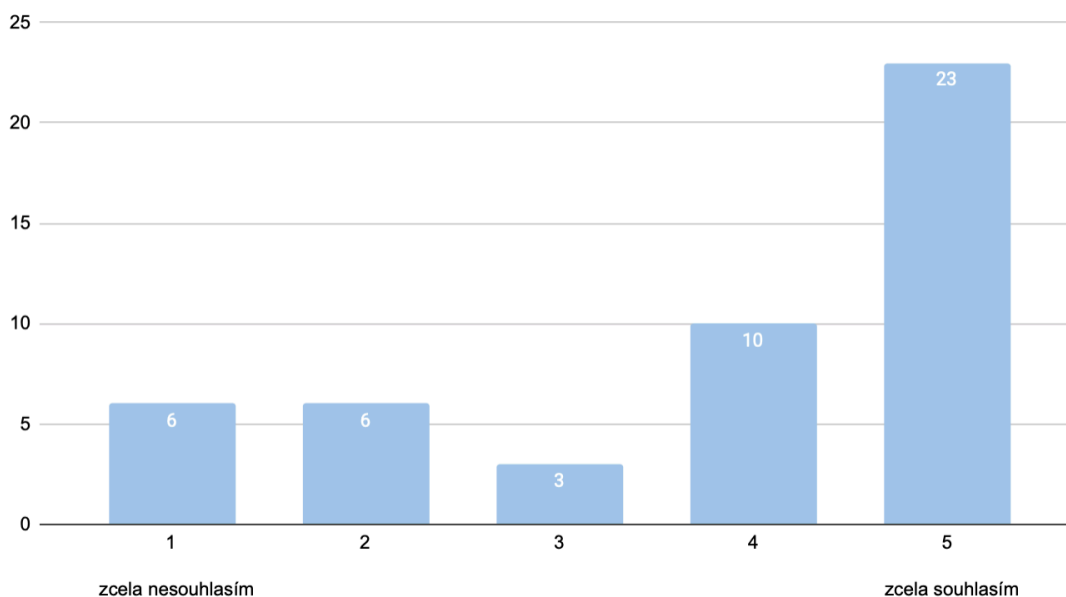
10.1.4 Sebehodnocení a zvládání zátěžových situací

Poslední podkapitola je zaměřena na jedno z dalších diagnostických kritérií mentální anorexie dle MKN-10, a to na strach daného jedince z tloušťky a na zkreslené vnímání vlastního těla. Konkrétně zjišťuji, zda jsou tato kritéria přítomna taktéž u již subjektivně zdravých jedinců. V neposlední řadě se ptám na aktuální psychické rozpoložení respondentů, a také na to, zdali a jak ovlivňuje prožívaná stresová zátěž jejich jídelní chování.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že obavou z nadváhy trpí 69 % z dotazovaných respondentů, 25 % z nich poté tuto obavu popírá (viz Graf 7). Zajímavé je zjištění, že subjektivně hodnocené ne/překonání mentální anorexie nemá na uvedený strach z nadváhy zásadní vliv. Ve zvýšené míře se nadváhy obávají jak jedinci, kteří mentální anorexii již subjektivně překonali ($n = 37$) – 65 %, tak ti, kteří s tímto onemocněním stále bojují ($n = 4$) – 75 %. Vzhledem k nepoměrnému zastoupení respondentů v těchto dvou skupinách však v tomto ohledu nelze usuzovat na obecně platné závěry.

Významný vliv na obavu z nadváhy má ovšem ne/spokojenost jedince s jeho aktuální tělesnou hmotností. Respondenti, kteří se svou aktuální váhou nejsou spokojeni, trpí obavou z nadváhy až dvakrát častěji (83 %) nežli respondenti, kteří se svou hmotností spokojeni jsou (39 %). Jídlo a vztah k němu je pro s váhou nespokojené jedince taktéž dvojnásobně tíživějším tématem (61 %) nežli pro ty, kteří jsou se svou tělesnou hmotností spokojeni (28 %).

Graf 7 | „Obávám se nadváhy.“



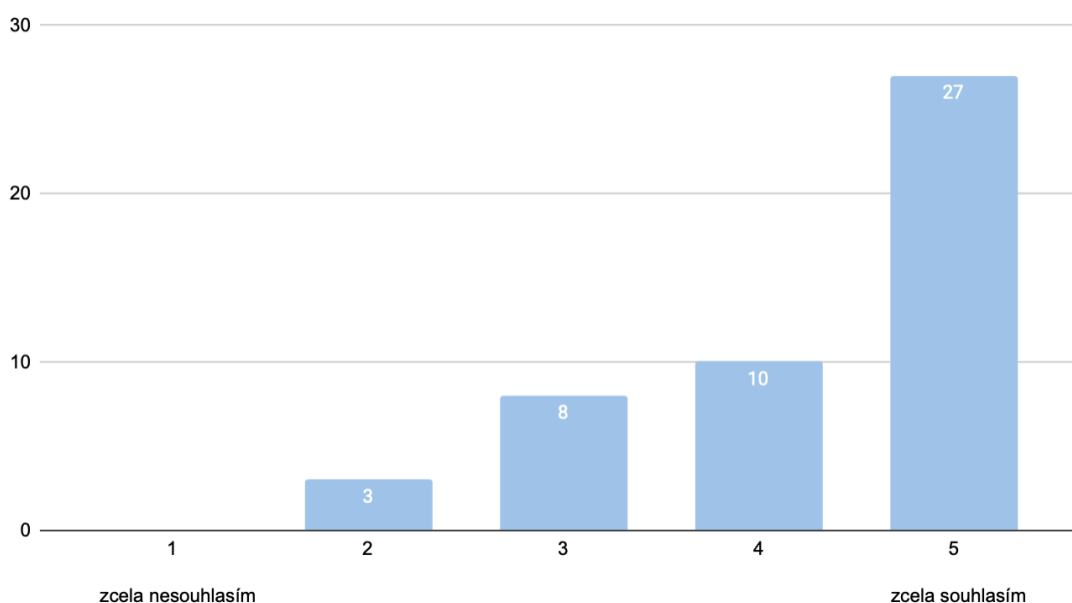
Z celkového výzkumného souboru je se svou aktuální tělesnou hmotností spokojeno pouze 37 % respondentů, nespokojenost se svou váhou poté vyjadřuje necelá polovina výzkumného vzorku, do níž spadají i ti z dotazovaných respondentů, kteří si mentální anorexií stále procházejí. Až 77 % jedinců přiznává, že sami sebe vnímají a hodnotí v závislosti na tom, jak aktuálně vypadají (viz Graf 8), a kolik kilogramů váží. Nespokojenost s aktuální tělesnou hmotností se významně projevuje na celkovém sebehodnocení daného jedince, a to až o 30 %. Pouze 6 % respondentek (pouze žen) uvádí, že jejich postava nemá na celkové sebehodnocení významný vliv. Je zajímavou skutečností, že všechny z této poměrně malé skupiny respondentek ($n = 3$) byly v období akutní fáze mentální anorexie hospitalizovány, přičemž jednu z těchto mladých žen anorexie doprovází i v současnosti.

Výše zmíněné mě vede k zamyšlení se nad přínosem hospitalizace, ale i ve všech případech uvedené následné psychoterapeutické péče, která směřuje, mimo jiné, ke změně ve vnímání a prožívání sebe sama, ale i k přerámování negativních myšlenek týkajících se vlastního těla i vlastní osoby⁶⁴. Na základě výsledků dotazníkového šetření lze říci, že minimálně jednoho

⁶⁴ Jedna z mnoha technik kognitivně behaviorální terapie (KBT)

z cílů léčebného procesu bylo u výše zmíněných hospitalizovaných respondentek dosaženo, což jen potvrzuje významnost i pozitivní efekt léčby mentální anorexie na život nemocného jedince.

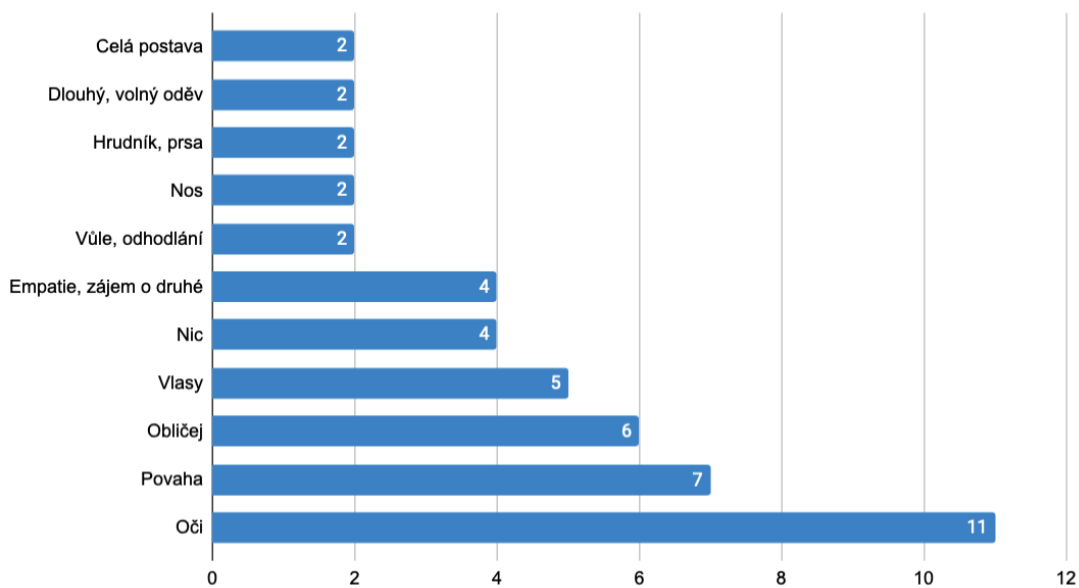
Graf 8 | „Má postava ovlivňuje to, jak sám/sama sebe vnímám a hodnotím.“



Pohledem na vlastní tělo, ať už v zrcadle, při převlékání apod. je znepokojeno 48 % z celkového počtu respondentů. 46 % respondentů je poté znepokojeno představou, že by jejich tělo viděl někdo jiný, např. ve veřejných šatnách, na koupališti apod. I v případě těchto tvrzení hraje významnou roli ne/spokojenost daného jedince s jeho aktuální tělesnou hmotností. Respondenti, kteří jsou se svou váhou spokojeni, uvádějí obavy z pohledu na vlastní tělo či pohledu druhých v 11 % případů, proti tomu ti, kteří se svou tělesnou hmotností spokojeni nejsou, uvádějí tyto obavy až v 83 % případů.

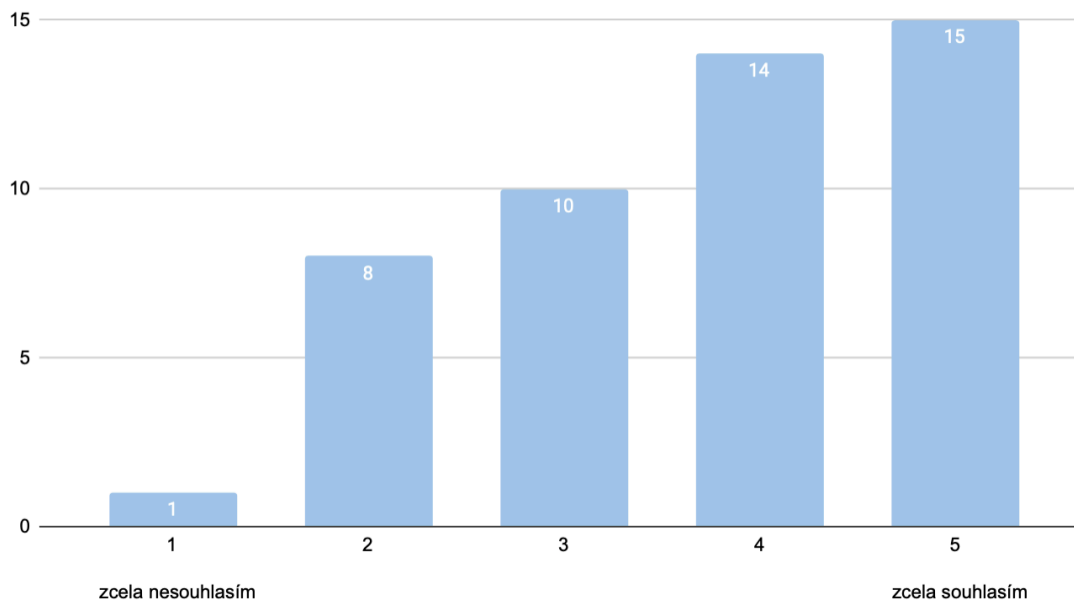
S ohledem na velmi častý negativní vztah jedince s mentální anorexií k vlastnímu tělu se respondentů dále ptám na to, co na sobě mají nejraději (Graf 9), a to i s vědomím, že tuto otázku lze uchopit dvojím způsobem. Ti, kteří hodnotili fyzickou stránku své osobnosti, nejčastěji zmiňují své oči, obličej, vlasy, tedy takové fyzické rysy či části těla, které jsou s daným jedincem bytostně spjaté a zpravidla tolik nepodléhají zmiňovaným kritickým měřítkům společnosti. Ti, kteří primárně hodnotili psychickou stránku své osobnosti, si nejvíce cení své povahy, schopnosti empatie, zájmu o druhé, ale i nezlomné vůle a odhodlání (podrobněji viz Graf 9).

Graf 9 | „Sám/sama na sobě mám nejraději.“



Sebehodnocení závislé na názorech, uznání a hodnocení druhými je dalším z významných projevů mentální anorexie. Z tohoto důvodu se respondentů ptám, zdali jim záleží na tom, co si o nich myslí ostatní, přičemž 60 % z dotazovaných respondentů toto tvrzení potvrdilo a pouze 19 % respondentů se názory druhých na vlastní osobu neznepokojuje (viz Graf 10).

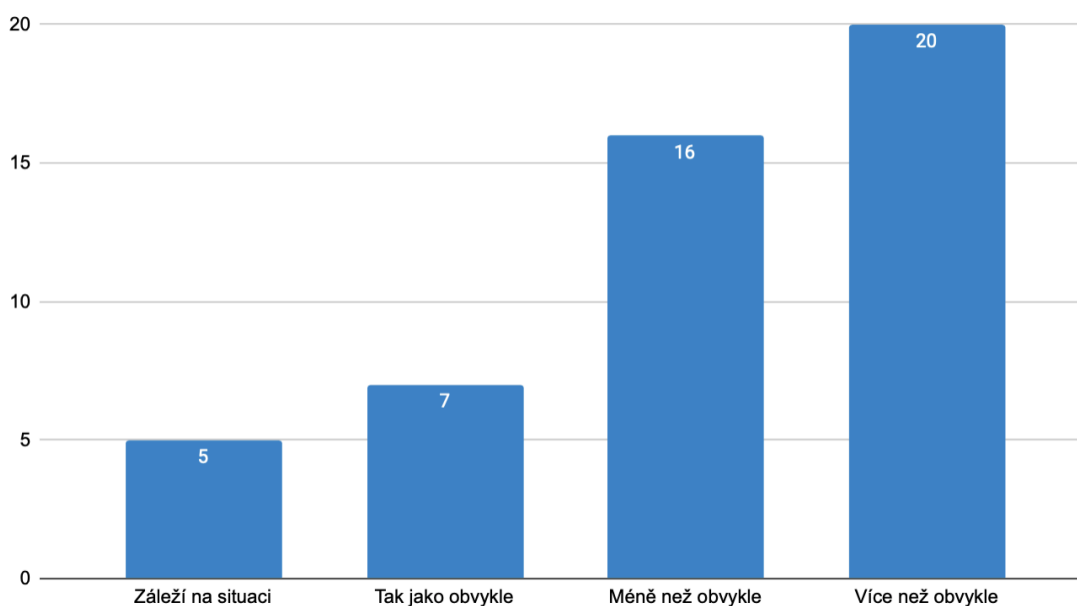
Graf 10 | „Záleží mi na tom, co si o mně myslí ostatní.“



52 % z celkového počtu respondentů v závěru dotazníku uvádí, že se aktuálně cítí být ve stresu, přičemž i v této skupině osob se nacházejí ti, kteří se s mentální anorexií stále potýkají. 35 % z dotazovaných jedinců není v současné době zatíženo žádnými stresovými faktory.

Zajímalo mě také, jak se prožívaný stres a zvládání zátěžových situací projevuje na jídelním chování respondentů. 42 % z nich uvádí, že jí ve stresu více než obvykle, 33 % respondentů jí v zátěžových situacích méně než obvykle a 14,5 % z celkového počtu respondentů uvádí, že prožívaný stres jejich jídelní chování nikterak neovlivňuje (viz Graf 11).

Graf 11 | „Když se cítím ve stresu, jím:“



Výsledky dotazníkového šetření tak potvrzují, že mentální anorexie nespočívá v nechuti k jídlu, ale především v silné vůli a vědomém odříkání si. Ve chvíli, kdy je takto zranitelný jedinec vystaven nadměrnému stresu či zátěžové situaci, může se stát, v některých případech, že se zdánlivě nezlomná vůle prolomí a dojde tak ke zvýšenému příjmu jindy zakázaných potravin. Není výjimkou, jak je zmíněno již v teoretické části práce, že se mentální anorexie, vlivem okolností, přemění v mentální bulimii či záchvatovité přejídání. V jiném případě však může dojít k posílení už tak silné vůle daného jedince a spolu s tím i k dalším restrikcím v jídelníčku.

S ohledem na aktuální epidemickou situaci (listopad/prosinec 2020) se 42 % z dotazovaných respondentů cítí být ve vztahu k jídlu zranitelnějšími, stejně tak 42 % respondentů nepociťuje v tomto ohledu žádné změny. Lze však říci, že téměř polovina již subjektivně zdravých jedinců se v aktuálním celospolečensky nelehkém období cítí být vůči své nemoci i jejímu návratu zranitelnějšími, což je, zvláště pak pro odborníky, významným a varovným zjištěním.

10.1.5 Závěrečné příspěvky respondentů

Na závěr této kapitoly přikládám úryvky výpovědí respondentů a respondentek účastnících se dotazníkového šetření, jimiž reagovali na výzvu uvedenou v závěru dotazníku – a to doplnit svůj formulář o cokoliv, co k danému tématu zatím nezaznělo či co sami považují za důležité.

„I když nejsem hubená, pořád mě tato porucha trápí.“

„Bohužel jsem neměla štěstí na dobrého psychologa, podporu okolí ani na léčbu, tak jsem se musela naučit vážit si svého života sama a dostat se z toho sama.“

„Mentální anorexie úzce souvisí s psychickými potížemi, nejde pouze o stravování. Několik let trpím těžkými depresemi, které se ale neodvíjí od vztahu k jídlu. Je ale pravděpodobné, že PPP u mě souvisely s rozvíjejícími se psychickými problémy. Je důležité starat se o duševní zdraví, i když máte pocit, že nejste ohroženi, nebo že vaše psychické problémy nejsou vážné.“

„Mentální anorexie nemusí znamenat, že člověk nemá rád automaticky své tělo. Já mám své tělo ráda, ale mám ho o tolik radši, o kolik je vždy hubenější. V době své nejhorší fáze mentální anorexie, jsem se dokonce se zalíbením i několikrát denně prohlížela v zrcadle a pochvalovala si své vystouplé kosti a propadlé břicho.“

„Dlouho jsem si nechtěla přiznat, že to anorexie je, protože jsem měla vysoké BMI... není to o váze, ale o vztahu k jídlu, o tom, že používám hladovění jako způsob sebetrestání.“

„Cítím znepokojení z návratu nemoci (protože vím, že tomu tak často bývá), i když cítím, že jsem již pořádku.“

„Anorexie se objevuje ve společnosti čím dál více v různých obměnách, v současné době až s přehnaným zaměřováním se na fitness.“

„U mě to začalo z prostého mindráku z postavy. Měla jsem vždycky malá prsa a větší zadek, vlastně stačilo, že na tuhle disproporci měl párkrát někdo nějakou poznámku (třeba i moje máma) a už se to vezlo.“

„V době, kdy jsem se s poruchami příjmu potravy potýkala, chyběla informovanost, odborníci, vůbec lidé zcela odlišně nahlíželi na jakékoli psychické potíže, tedy jsem byla za šílence.“

„Je to celoživotní problém, který se opakovaně objevuje a spouští ho osobní, vztahové či jiné krize.“

„Myslím si, že by mi nejvíce pomohlo stabilní zaměstnání s dobrým příjmem, rutinní dny a životní jistota. Mám pocit, že jídlo je jedna z mála věcí, nad kterými mám kontrolu.“

10.2 Prezentace a analýza dat získaných z rozhovorů⁶⁵

Základní kostra polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha 3) je tvořena třemi hlavními tematickými okruhy:

1. Životní zkušenost s mentální anorexií – akutní a aktuální fáze onemocnění
2. Vztah k jídlu a jídelní chování
3. Relaps mentální anorexie – vnitřní a vnější faktory, prevence

Tematické okruhy byly zvoleny tak, aby bylo možné co nejkompaktněji zachytit problematiku mentální anorexie, a to prostřednictvím jedinečných životních příběhů a zkušeností dotazovaných respondentek. Vedle mapování okolností vzniku, rozvoje, důsledků a individuálních projevů mentální anorexie je stěžejním pilířem každého z rozhovorů (sebe)reflexe, zvědomování a zamyšlení se nad svými minulými i aktuálními potřebami, silnými i slabými stránkami. V průběhu rozhovoru je tak možné nepřímou pozorovat ne/schopnost respondentek nahlédnout na vlastní myšlení, chování a prožívání v kontextu mentální anorexie. S tím pak také úzce souvisí ne/schopnost vycítit v danou chvíli a v dané situaci zvýšené riziko relapsu MA. V případě schopnosti rozpoznat přítomnost rizikových faktorů se od respondentek také dovídáme, jaké situace vnímají jako zvýšeně ohrožující a jakých obranných mechanismů a strategií užívají, aby předešly návratu akutní fáze MA.

Respondentky, se kterými byl rozhovor realizován, již byly představeny v kapitole Rozhovor – základní představení výzkumného vzorku. Pro lepší přehlednost a orientaci v textu slouží níže přiložená, nám již známá, *Tabulka 9*. Následují krátké medailonky (*Tabulka 10*), které byly vytvořeny s cílem hlubšího seznámení se s tíživými tématy dotazovaných respondentek a také s cílem lepší orientace ve stěžejních tématech vynořených již v průběhu samotných rozhovorů. Se stejným cílem, tedy zvýšit přehlednost a zrychlit orientaci v poměrně velkém množství získaných dat, bylo vytvořeno jakési schéma realizované kvalitativní analýzy dat (Příloha 6). K doplnění níže prezentovaných zjištění poté slouží Příloha 5, ve které jsou prezentovány v průběhu analýzy vynořené zásadní tematické okruhy – kategorie, spolu s jednotlivými kódy.

⁶⁵ Struktura rozhovoru viz. Příloha 3, Přepis rozhovorů v plném znění viz. Příloha 4

Tabulka 9 | Základní představení respondentek účastnicích se polostrukturovaného rozhovoru

	Věk [roky]	Aktuální výška [cm]	Aktuální váha [kg]	Vzdělání	Již matkou	Počet sourozenců	Pořadí sourozenců	Věk počátku MA [roky]	Délka trvání MA [roky]	Nejnižší váha [kg]
ALICE	22	170-179	50-59	VŠ	ne	1	starší	16	3-5	40
BĚLA	37	160-169	60-69	VŠ	ano	1	starší	15	1-3	44
CECÍLIE	22	160-169	50-59	VŠ	ne	1	starší	20	< 1	48
DIANA	41	170-179	60-69	VŠ	ano	0	jedináček	15	> 5	50
EDITA	21	160-169	< 50	VŠ	ne	1	mladší	14	3-5	36,4
HELENA	29	160-169	< 50	VŠ	ne	1	mladší	12	1-3	32
ILONA	38	160-169	50-59	VŠ	ano	1	mladší	16	1-3	46
JULIE	27	150-159	nevím	VŠ	ne	0	jedináček	24	1-3	70
KARLA	19	170-179	70-79	VŠ	ne	1	starší	12	> 5	52
LINDA	24	180-189	70-79	VŠ	ne	1	starší	16	1-3	53

Tabulka 10 | Medailonky respondentek účastnicích se polostrukturovaného rozhovoru

ALICE (22) – studentka VŠ – Francouzský jazyk a literatura
Emočně nedostupní rodiče, citová závislost na partnerovi, perfekcionismus, zvýšená sebekontrola
BĚLA (37) – sociální pracovníce a psychoterapeutka
Oběť domácího násilí, proanorektické rodinné prostředí, sklon k závislostem, narušené osobní hranice, úzkostná matka dvou dětí
CECÍLIE (22) – studentka VŠ – Biologie a výchova ke zdraví
Léčba v Centru Anabell, podpora partnera, izolovanost, počítání kalorií, ve stresu sklon k záchvatovitému přejídání
DIANA (41) – učitelka ve speciální MŠ
Traumatické dětství, ztráta otce, šikana, deprese, cílevědomost, izolovanost, sklon k závislostem, excesivní cvičení, narušené tělesné sebepojetí, zvýšená sebekontrola, úzkostná matka dvou dětí
EDITA (21) – studentka VŠ – Ruský a anglický jazyk se zaměřením na vzdělávání
Hyperprotektivní výchova, nutná samostatnost, cílevědomost, proklamovaná sebedůvěra a sebpřijetí
HELENA (29) – psycholožka
Trvalý pobyt v USA, otec alkoholik, blízký vztah s matkou, deprese, psychosomatické potíže, izolovanost, excesivní cvičení, veganství, zvýšená sebekontrola
ILONA (38) – radiologická fyzička
Idylické dětství, proanorektické rodinné prostředí, extravertze, cílevědomost, narušené tělesné sebepojetí, zvýšená sebekontrola, matka dvou dětí (poporodní deprese)
JULIE (27) – studentka VŠ – Lékařská fakulta (ukončeno)
Oběť domácího násilí, proanorektické rodinné prostředí, podpora partnera, nadváha, nízké sebevědomí, perfekcionismus, touha po uznání, vytrvalost
KARLA (19) – studentka VŠ – Psychologie
Oběť šikany na ZŠ, deprese (medikace), touha po uznání, zvýšená sebekontrola a sebekritika, perfekcionismus, sklon k záchvatovitému přejídání, zkušenost s čínskou medicínou
LINDA (24) – asistentka vychovatele v DDÚ
Špatný vztah s matkou, proanorektické rodinné prostředí, excesivní cvičení, touha po přijetí, úzkostná sebenejistota, zvýšená sebekontrola, sociální stažení, sklon k závislostem

Schéma 1 - Kvalitativní analýza dat I⁶⁶



⁶⁶ Podrobnější Kvalitativní analýza dat II viz Příloha 6

10.2.1 Okolnosti vzniku mentální anorexie

10.2.1.1 Rodinné zázemí a partnerský vztah

10.2.1.1.1 Emoční zranění v dětství

V úvodní části rozhovoru respondentky vzpomínají na období svého dětství a dospívání, hovoří o tom, jaká převládala tou dobou v rodině atmosféra. Mimo Bělu a Julii, které se potýkaly s domácím násilím, je dětství respondentkami v prvotní reakci hodnoceno jako „šťastné“ (Alice), „super“ (Cecílie), „racionálně hezké“ (Diana), „docela fajn“ (Helena), „relativně idylické“ (Ilona), „hezké“ (Karla) a „bezproblémové“ (Linda). Edita doslova zmiňuje „mě rodiče vždycky milovali“. S ohledem na konkrétní vzpomínky dotazovaných respondentek byly vytvořeny následující podkapitoly, které odkazují k možnému vlivu subjektivně hodnoceného rodinného zázemí na budoucí vznik mentální anorexie a dalších forem poruch příjmu potravy.

Emoční nedostupnost, nenaplněné touhy a potřeby v dětství

Z výpovědí všech dotazovaných respondentek lze usuzovat, že emoční potřeby v období dětství a dospívání byly uspokojivě nasyceny v případě Ilony, která svou rodinu považuje za „normální“ a dětství za „relativně idylické“.

„Jsem jediná holka a takový ten možná i trošku opečovávaný benjamínek.“ (Ilona, 38)

Také Karla vzpomíná na své dětství s láskou, poznamenává jen, že je odjakživa „přecitlivělá“ a že ji rodiče asi málo chválili.

O jisté přesycenosti, konkrétně o hyperprotektivitě ze strany rodičů, především matky, o nadměrné starostlivosti a svázanosti, která vedla k přestěhování se za studiem z Ruska do České republiky, hovoří Edita.

„Máma je prostě taková... chce útulnost, navařeno... stará se o nás moc, až moc, natolik, že vlastně ta kontrola a ta láska byla až zbytečná... každý má nějakou možnost být samostatný, já jsem ji moc neměla, proto jsem se možná přestěhovala sem... úplně první myšlenka byla zbavit se toho kontrolování ze strany mamky... abych konečně byla sama a jedla bych, co chci, jezdila bych, kam chci a nikdo by po mně nic nechtěl.“ (Edita, 21)

Alice a Cecílie jsou obě starší ze dvou sourozenců. Nadšeně vzpomínají na luxusní rodinné dovolené a dostatek financí, z čehož usuzují na kvalitu rodinných vztahů a šťastně prožité dětství. Alice poté apeluje na spravedlivý přístup rodičů k oběma svým dcerám. Hovoří také o negativním vlivu nevěry mezi rodiči na její psychický stav v období dospívání. V kontextu okolností vzniku mentální anorexie sama uvádí, že rodiče nejsou příčinou vzniku mentální

anorexie, následně otevírá téma nedostatečné emoční zpětné vazby a taktéž nedostatečné vzájemné komunikace. Alice byla citlivé, plačtivé dítě v emočně chudém rodinném prostředí, místo vzájemné komunikace a projevování emocí se setkala spíše s křikem, nepochopením a tabuizováním.

„Nikdy nikdo nepřišel a na nic se mě nezeptal... my tolik neplakáme u nás doma, ale třebaš hodně křičí a všechno řešili tím, že na mě zvyšovali hlas.... všechno se vždycky vědělo, že tady je nějaký problém, ale neřešili jsme to... já jsem vlastně věděla, že jsou na mě hrozně naštvaní, ale nic víc jsem necítila... rodiče všechno řeší vztekem... já jsem byla takový ten typ anorektičky, co se o tom hrozně chtěl bavit a hrozně chtěl, aby ho někdo poslouchal.“ (Alice, 22)

Běla ke své původní rodině neřekla mnoho, a to z důvodu prožitého domácího násilí, které se na ní, vedle PTSD (posttraumatické stresové poruchy), podepsalo množstvím dalších psychických následků.

„Pořád je to pro mě takové traumatické na to vzpomínat, protože u nás bylo jako běžné domácí násilí... rodiče jsou agresori a alkoholici.“ (Běla, 37)

V 17 letech byla Běla, v důsledku závažného zdravotního stavu souvisejícího jak s mentální anorexií, tak se suicidálním chováním, hospitalizována na psychiatrii. Teprve tam se poprvé setkala s laskavým, empatickým přístupem, s náklonností a s přijetím.

„Já jsem byla hrozně překvapená, že existují lidi, kteří se chovají nenásilně... setkala jsem se poprvé s dospělými, kteří byli příjemní, laskaví... chyběla mi elementární pozornost ze strany rodičů, toužila jsem po přijetí nebo po pozornosti ze strany dospělého.“ (Běla, 37)

Taktéž Julie se celé dětství potýkala s domácím násilím. Na rozdíl od Běly se však o ponižování, zastrašování, manipulaci, shazování, odpírání radosti ze života, strachu z uskutečnění vlastního rozhodnutí, projevení vlastního názoru a o plnění rozkazů a přání rodičů pod hrozbou fyzického trestu, ochotně rozpovídala. S ohledem na bagatelizaci rodinné situace, i na zákaz o rodinné situaci s kýmkoliv mluvit, si Julie své rodiče až do dospělosti idealizovala. S odstupem času prisuzuje, s ohledem na vznik mentální anorexie, nešťastně prožitému dětství velkou váhu.

„Já jsem si celý dětství myslela... tak do 23 jsem si myslela, že mám strašně úžasný rodiče a že jsou to ti nejúžasnější na světě, obzvláště moje máma... rodiče říkají, že se nikdy nic nestalo a že se chovají vždycky nejlíp na světě... měla jsem pocit, že chyba je ve mně, že já jsem nějaká špatná... doma byla šílená hádka, která zase skončila scénou a fyzickým násilím, já jsem vlastně i měla strach z toho to udělat jinak než chtěli... vždycky, když jsem cokoliv nechtěla, skončilo to

nějakou situací, kdy jsem byla zmlácená, bála jsem se o život, nevěděla jsem, co bude, výhrůžky vraždou, sebevraždou.“ (Julie, 27)

Diana žila do svých 14 let, jakožto jedináček, s oběma svými rodiči, poté přišla o otce, což na ni zanechalo velký otisk spolu s pocity viny. Hovoří také o velmi komplikovaném vztahu se svojí matkou, o nepochopení a nedostatečném zájmu jak o její osobu, tak o její zdraví.

„Na dětství mám řadu až traumatizujících vzpomínek... od malička jsem žila v tom, že je se mnou něco špatně, že jsem špatná, že dělám spoustu věcí špatně a že mě nikdo nebude mít rád a nikdo mě vlastně moc nemá rád.“ (Diana, 41)

Helena taktéž nemá na své dětství, a především pak na období dospívání nejlepší vzpomínky. Její otec byl silně závislý na alkoholu, což se významně podepsalo jak na celkové atmosféře v rodině, tak na vzájemné důvěře a kvalitě rodinných vztahů.

„Můj táta, on pil, jakože hodně... i my jsme mezi sebou se ségrou a mámou měly takový spory ohledně jeho léčby... občas jsem slyšela rodiče, jak se hádali.“ (Helena, 29)

Linda je starší ze dvou sourozenců, ve vzpomínkách na dětství však sourozence vůbec nezmiňuje. Zmiňuje však velkou bolest spojenou s vnímaným nepřijetím ze strany rodičů, především pak ze strany své matky, přičemž po jejím bezpodmínečném přijetí touží neustále.

„Vnímala jsem tu atmosféru mezi rodičema, která byla čím dál tím tíživější... dlouho to vypadalo na rozvod, šílený hádky, hodně napjatá atmosféra... já jsem nikdy neměla úplně ideální vztah se svou mamkou, často jsme se hádaly, v určitém věku jsem se rozhodla, že s ní nebudu komunikovat radši vůbec, bralo mi to hrozný energie... skončila jakákoliv komunikace i nějaký citový pouto z mojí strany... já si myslím, že hlavní důvod byl vždycky právě ten vztah s mojí mamkou, u který jsem se nikdy necítila přijatá... potřebovala jsem od ní, od těch rodičů nějaký přijetí... to mi fakt vždycky hodně scházelo a hodně mě to v životě ovlivňuje v mnoha aspektech, negativně bohužel... pro mě bylo fakt vždycky nejdůležitější cítit to přijetí, toho mého přirozeného já.“ (Linda, 24)

V tuto chvíli stojí za povšimnutí již několikrát zmíněné pocity méněcennosti, nedostatečnosti, nepřijetí, s čímž souvisí taktéž vícekrát nepřímo zmíněná, neutěšitelná touha po bezpodmínečném přijetí svých rodičů. Obecně pak u respondentek sledujeme nenasycenost základních lidských potřeb, především pak potřeby bezpečí, jistoty a sounáležitosti.

Vysoké nároky a požadavky rodičů

Alice, Edita, Helena a Julie explicitně hovoří o velmi vysokých nárocích a požadavcích svých rodičů, jimž se vždy maximálně snažily dostat. Z rozhovorů je patrná interiorizace těchto požadavků a následná zvnitřněná potřeba být ve všem perfektní, nejlepší, a to nejen v oblasti školních výsledků, ale i v mentální anorexii.

„Já jsem byla vždycky označovaná jako jednička, ta nejlepší, ta, co se narodila jako první, všechno zvládá a umí... ty nároky jsem si přetvořila na sebe, jakože musím být ve všem nejlepší.“ (Alice, 22)

„Když viděli, že na to mám, tak po mně něco očekávali a já jsem se upřímně o to taky docela dost zajímala.“ (Edita, 21)

„Rodiče v podstatě považovali za samozřejmý, že mám samý jedničky, chtěli, abych šla na osmiletý gymnázium, tak bylo automatický, že jsem se dostala... měla jsem asi tak milion kroužků přes týden... rodiče mě hodně vedli k tomu dělat věci perfektně.“ (Helena, 29)

Diana taktéž vyzdvihuje své dosažené úspěchy v období dospívání, vzhledem k neúplným informacím, ale i vzhledem k jejímu životnímu příběhu je otázkou, zda projevená ambicióznost a cílevědomost pramení z ní samé, ze strany matky či ze zármutku nad ztrátou svého otce.

„Začala jsem studovat na střední škole hotelové, to byla tehdy velice prestižní škola, na kterou bylo komplikované se dostat... škola byla velice náročná a bylo tam velice konkurenční prostředí... byla jsem dobrý student, velmi dobrý student.“ (Diana, 41)

Julie, která si v dětství, ale i v dospívání, prožila těžkou formu psychického i fyzického domácího násilí, plnila rozkazy a přání svých rodičů, ať byly jakkoliv iracionální či její osobě, jejím přáním a touhám vzdálené, a to právě ze strachu z ponížení a ublížení na zdraví.

„Vždycky mi říkali „nevnášej se na obláčku, musíš myslet na ty další zkoušky, nesmíš zaspat, nesmíš usnout na vavřínech“... já jsem na tu medicínu nikdy nechtěla, ale máma prostě striktně chtěla... já jsem říkala, že bych chtěla učit biologii, chemii, což teda jako ani náhodou... takže jsem radši poslouchala, když jsem mohla, když to jenom trochu šlo.“ (Julie, 27)

Proanorektické rodinné prostředí

Běla hovoří o své matce jako o štíhlé ženě, věčné dietářce, která druhé posuzuje na základě jejich vzhledu, váhy a jídelního chování, popisuje také patologické chování týkající se hromadného vážení jakožto jakési rodinné tradice.

„Máma je doteď dietářka... když se sejde rodina, všechny ženy se jdou zvážít a řeknou si něco jako „dobrý“ nebo „blbý“ nebo „co se stalo, žes přibrala?“, hodně se o tom mele, doposud...“

bez problému mi moje mamka řekne „podívej se na sebe, už to není pěkný, měla bys s tím něco dělat, měla by ses nad sebou zamyslet...“, mamka je o hodně štíhlejší než já a babička je taky štíhlá, byla modelkou.“ (Běla, 37)

O mentální anorexii, jakožto o generačním problému či zátěži, hovoří také Julie.

„Moje máma se mi kdysi svěřila, že taky měla anorexii, když byla zhruba v tom věku kolem 18, ale ona v tu dobu byla štíhlá, takže asi byla vyhublá mnohem víc a že na ní babička byla přísná, hodně mluvila o tý tloušťce a jakoby hodně to řešila, mnohem víc než máma.“ (Julie, 27)

Stejně jako Běla i Linda zmiňuje nadměrné zaujetí své matky tělesnou váhou a postavou, a to do takové míry, že je dosud od aktuálního vzhledu a tělesné hmotnosti odvíjena i míra matčiny náklonnosti, včetně schopnosti jejího ocenění a přijetí své dcery.

„Její vztah k tělu a k váze je a vždycky byl hodně důležitý, a to nejenom ve vztahu k sobě, ale i k ostatním... často jsem dostávala takový náznaky, že bych mohla zhubnout, že nejsem úplně podle těch jejích měřítek... když jsem zhubla, tak se mi naopak dostávalo podpory, a konečně nějakýho obdivu a uznání, a to byl docela problém no, takový hnací motor.“ (Linda, 24)

V kontrastu s výše zmíněnými příběhy, jejichž společným jmenovatelem je touha po dokonalém těle ve spojení s přísnou sebekontrolou a restrikcemi, zmiňuji také příběh Diany, která vyrůstala v prostředí vůči zdravému životnímu stylu zcela lhostejném, a Ilony, jejíž matka svými dietami narušila vztah k jídlu a životosprávu celé rodiny. Patologické jídelní chování vedlo jak u Diany, tak u Ilony k tloušťce a k následné šikaně ze strany jejich spolužáků.

„Byla jsem dobře krmené dítě, byla jsem tak jako vedená k tomu jídlu, všechno se točilo kolem jídla... efekt to mělo takový, že ve škole jsem za to byla hodně šikanovaná.“ (Diana, 41)

„Životospráva naší rodiny byla docela mizerná v té době... moje mamka ráno nesnídala, nebo si dala jen kávu, k obědu snědla jednu suchou housku a večer se doma naprala... doteď si dává k večeri toastový chleba nebo čínskou polívku... moje mamka byla vždycky cvalda... vždycky byla kulatější a nikdy se s tím nesmířila, celý život držela svoje nesmyslný diety typu – chceš zhubnout, nežer... před asi 10 lety do anorexie spadla právě i moje mamka.“ (Ilona, 38)

Konečně Helena a Karla považují své matky za celoživotní oporu, zdravý vzor a motivaci.

„Třeba mamce to říkám, ta je tady pořád se mnou... ne že by to úplně chápala, protože si tím neprošla a má úplně zdravý vztah s jídlem, jako na 100 %, ale dokáže mě utěšit, dokáže mi říct, že mám větší potenciál než být hubená.“ (Karla, 19)

Helena dodává, že ten, kdo celé dospívání narážel na její postavu a nově se objevující ženské křivky, byla její starší sestra.

„Já jsem byla fyzicky docela napřed, jako vyspělá... ségra furt komentovala moje prsa, zadek a tak, takže to bylo takový nepříjemný.“ (Helena, 29)

10.2.1.1.2 Citlivé období dospívání

Tělesný vzhled a proměna ženského těla terčem šikany

Edita, jako jediná z respondentek, hodnotí reakce svých vrstevníků, spolužáků (opačného pohlaví) na tělesný vzhled a měnící se ženské tělo, velmi pozitivně.

„S kluky jsem problémy taky nikdy neměla, líbila jsem se jim.“ (Edita, 21)

Jak je již uvedeno v předchozí kapitole, patologické jídelní chování patrné v původní rodině Diany a Ilony vedlo u obou, tou dobou dospívajících dívek, k nadváze a také k následné šikaně spolužáky.

„Byla jsem docela baculaté dítě... ve škole jsem za to byla hodně šikanovaná, jak slovně, tak i k nějakým fyzickým potyčkám došlo.“ (Diana, 41)

„Byla jsem docela cvalda, dlouho jsem si toho ale nevšimla, pak najednou se mi začaly v okolí děti posmívat, že jsem jako tlustá a já jsem si to začala nějak brát.“ (Ilona, 38)

V kontextu vzniku mentální anorexie Diana explicitně nepřikládá posměšným poznámkám a útokům svých spolužáků, na rozdíl od Ilony, velký význam. Výrazné snížení hmotnosti, restrikcí potravy a excesivní cvičení ve svých vzpomínkách spojuje až s nástupem na velmi fyzicky náročnou studijní praxi, kde svými slovy utrpěla „srážku s realitou“.

Ilona hovoří o výrazném a rychlém snížení hmotnosti vlivem hormonálních změn, zároveň také zmiňuje, že posměch spolužáků v ní dosud zanechal silnou potřebu kontrolovat se. Počátek mentální anorexie spojuje s obdobím dospívání a odmítáním svých ženských tvarů, konkrétně boků, které dodnes považuje, i přes objektivně velmi štíhlou postavu, za problematickou partii.

„Já jsem v těch 16 řešila, že jsem měla trošku širší boky a vůbec žádný prsa... a cokoliv zhubnu, tak první, co jde, jsou prsa a pas, ale boky mi vždycky zůstanou... tak jsem si říkala, že prostě vyhubnu pořádně... to tělo nemůže furt ukládat, když už nemá, tak nemá... v té době by mi nejvíc pomohlo, kdybych si našla přítele, který by mi dodal ženský sebevědomí.“ (Ilona, 38)

Helena zmiňuje předčasný nástup vývoje sekundárních pohlavních znaků, přičemž jedna z necitlivých reakcí a poznámek na její „velkej zadek“ byl poté důvodem k drastickému omezení příjmu potravy, a to v jejích pouhých 12 letech.

„Já jsem byla fyzicky docela napřed podle mě, prsa mi začaly růst asi v 11, menstruaci jsem dostala v 11, a prostě vadilo mi, když lidi měli poznámky na moje tělo... vím, že jeden spolužák měl nějaký koment, že mám velkej zadek a to byla taková rána pro mě... no a pak jsem si prostě řekla, že začnu hubnout, to mi bylo nějakých 12 třeba.“ (Helena, 29)

Také Karla začala výrazně hubnout v důsledku posměchu jejích „klučičích“ kamarádů, stejně jako v případě Heleny šlo o komentář jejího pozadí.

„Na základce jsem neměla dobrej kolektiv... na prvním stupni mě šikanovali... měla jsem klučičí kamarády, co mi tehdy řekli, prostě mezi řečí, že jsem tlustá... normálně jsem šla v legínách a kluci měli komentáře na můj zadek, prostě byli úplně znechucený a přitom jsem nebyla nějaká tlustá... tak to si myslím, že mě dost poznamenalo.“ (Karla, 19)

Linda, vedle necitlivých poznámek svých spolužáků, zdůrazňuje především prožité sexuální obtěžování, přičemž naznačuje, že se jí v tomto velmi náročném období nedostalo žádného zastání ani podpory.

„Nevím, jestli jsem byla úplně středem nějaký šikany ve škole, spíš se jednalo o takový hloupý srandy... spíš velký sexuální obtěžování pak na druhým stupni, který nikdo moc neřešil.“ (Linda, 24)

Cecílie se školní šikanou nemá osobní zkušenost, v období dospívání se však sama ve svém měnícím se těle necítila komfortně, a tak začala se cvičením a dietami. Vznik mentální anorexie poté spojuje s počítáním kalorií prostřednictvím kalorických tabulek.

„Měla jsem v hlavě pořád takovou myšlenku, jakože jsem moc tlustá a že bych potřebovala zhubnout... vždycky jsem zkoušela nějaký diety nebo zdravý jídlo, cvičit a tak, ale to nefungovalo, tak jsem si stáhla kalorický tabulky a začalo to počítáním kalorií.“ (Cecílie, 22)

O nepřijetí svých ženských tvarů v období dospívání hovoří také Běla.

„S anorexií jsem se začala potýkat tak kolem 14. roku, kdy jsem začala víc dospívat nebo měnit se, tělo se mně začalo měnit v ženské tvary.“ (Běla, 37)

10.2.1.1.3 Emoční závislost na partnerovi

Přestože šest z dotazovaných respondentek aktuálně nežije v partnerském vztahu, z výpovědí zbývajících čtyř lze usuzovat na jisté společné znaky.

Linda zmiňuje, že je aktuálně sama, spokojená, protože se nemusí ohledně jídla s nikým dohadovat.

Vztah Edity a jejího partnera byl posilován, v období akutní fáze mentální anorexie, společným nadměrným zájmem o dietní kulturu. Ani jeden se v současné době již takto nestravuje.

„Měl úplně stejný problém, celý roky jedl třeba jenom zelenou zeleninu, takže jenom brokolici a okurky a nějaký protein, ani rýži ne, takže ketodieta, žádný sacharidy, nic...“ (Edita, 21)

Alice zpočátku hovoří o minulém partnerském vztahu, který považuje za jeden z hlavních důvodů vzniku mentální anorexie. Poté popisuje partnerský vztah současný, mírně toxický, přičemž deklarovanou toxicitu a emoční závislost na partnerovi si Alice plně uvědomuje.

„Ponižoval mě a já jsem se necítila pro něj dost dobrá.“ (Alice, 22)

„Emoce určitě sdílím se svým přítelem a vlastně asi nejvíc s ním... většinou fakt musím zavolat příteli, to je vždycky úplně ta prvotní reakce, co udělám... já vždycky říkám svému příteli „měl bys mě rád, kdybych měla 100 kilo?“ ... je super, že mi pomohl, já jsem za to ráda, ale já potřebuju být sama o sobě na tom dobře... fakt nechci být závislá na tom člověku.“ (Alice, 22)

Helenin partner se vůči nadváze/obezitě vyjadřuje explicitně negativně. Přestože Helena nepřikládá tomuto faktu, v kontextu vzniku či udržování mentální anorexie, sebemenší význam, z rozhovoru je patrná důležitost a údernost těchto sdělení.

„Manžel je pro mě velká opora samozřejmě... manžel je hodně hubený a právě hodně nemá rád, když jsou lidi tlustý a hodně to jako, nechci říct odsuzuje, ale je tak jako dost proti tomu... říká, že je lepší, aby byl člověk hubenej než tlustej a že na to, že je člověk hubenej, tak nemůže umřít, ale na obezitu jo.“ (Helena, 29)

Julie popisuje vztah se svým životním partnerem jako čistý, upřímný až intimní. S ohledem na prožité trauma týkající se domácího násilí je pochopitelná Juliina zvýšená tendence vnahrazovat si skrz partnerský vztah to, čeho se jí celé dětství nedostávalo – láska, pocit bezpečí a nepodmíněného přijetí. V rozhovoru Julie taktéž zmiňuje partnerovo náročné dětství a vysoké požadavky rodičů, je proto k zamyšlení, nakolik je tento partnerský vztah zdravý a vyspělý či spoluzávislý, a tudíž i toxický.

„Partner, bez toho si to vůbec neumím představit, jak bych to zvládla... my jsme v tom partnerství takhle nastavený, že vlastně si to říkáme všechno, že tam máme takovou absolutní upřímnost... je to hrozně intimní záležitost, psychologicky intimní a důležitá pro ten vztah.“
(Julie, 27)

10.2.1.2 Ideál krásy v online světě

10.2.1.2.1 Kult dokonalosti v médiích a na sociálních sítích

Od útlého dětství je každý z nás vystaven jistým tlakům a požadavkům současné společnosti, s nimiž je nutné se v průběhu života neustále vyrovnávat. Tlak na výkon a tělesnou dokonalost je poté častým spouštěčem pocitů méněcennosti, ale i důvodem k neustálému srovnávání se. Julie v tomto kontextu hovoří, mimo jiné, o problematice tzv. body shamingu⁶⁷. Upozorňuje také, že sociální sítě v žádném případě neodrážejí realitu.

„Myslím si, že je to právě hodně o tom perfekcionismu, že jako musíme mít tu dokonalou image... když si přečtu spoustu komentářů u nějaký fotky, kde je plnoštíhlá modelka, není fakt tlustá, ale plnoštíhlá, tak kolik je tam negativních komentářů ve smyslu, že to jsou tlustěši, kteří nemají právo být plnohodnotní ve společnosti... strašně to na mě působí a vede mě to k tomu, že si připadám, že nejsem plnohodnotná.“ (Julie, 27)

„Vlastně tam není to reálný, ukáže se tam jenom to ideální, jenom to nejhezčí a nejidealizovanější a každý musí být nejlepší, ale to, že se pak za tou maskou skrývá někdo, kdo třeba má depresi nebo se mu ne všechno daří tak, jak to vypadá na těch sociálních sítích.“
(Julie, 27)

S ohledem na věkově rozmanitou skupinu respondentek jsou zkušenosti i vnímání dopadu sociálních sítí na prožívání dospívající dívky, různé. 22letá Alice považuje sociální sítě (Instagram, Facebook) za součást svého každodenního života, přičemž zmiňuje neustálé nutkání srovnávat se s ostatními, a to až v podobě psychického týrání se.

„Musela jsem přestat sledovat lidi, u kterých jsem věděla, že se hned začnu porovnávat... může to být velký zdroj inspirace, ale taky zdroj obrovského psychického týrání se.“ (Alice, 22)

Edita zmiňuje, že počátek mentální anorexie souvisí, v jejím případě, právě s předkládanou dokonalostí na sociálních sítích. Upozorňuje však také na aktuálně se měnící trend, tzv. body positivity, který bojuje za přijetí všech typů postav s cílem pozitivního vnímání vlastního těla.

⁶⁷ Body shaming = hanobení, dehonestování nebo zesměšňování někoho na základě jeho fyzického vzhledu

„Takhle jsem to začala já, já si myslím, že hodně, hodně moc mají vliv, a to nejenom jakože ty modelky a ty krásné fotky těch holek, teď je naopak body positivity, že jo, všichni se snaží propagovat jakýkoliv typ těla a všechno je krásné.“ (Edita, 21)

Stejně tak Cecílie, Helena i Diana upozorňují na možný destruktivní vliv sociálních sítí na křehkou psychiku (dospívajícího) jedince. Cecílie a Helena dlouhodobě nejsou, právě z důvodu negativního dopadu na jejich psychický stav, aktivními uživateli sociálních sítí.

„Já sama jsem přestala chodit na Instagram, protože to nebylo dobrý na moji psychiku... spoustu účtů, které propagují sebelásku a nějakou tu normalitu, vedou slečny, pro který je to jenom zástěrka, samy se s tím jídlem potýkají a samy s tím bojují, takže si myslím, že není dobrý, aby člověk s nějakým takovým problémem propagoval zdravý životní styl.“ (Cecílie, 22)

„Nemyslím si, že sociální sítě jsou něco dobrýho... když jsou holky v nějakým citlivým věku, tak se snaží třeba vyrovnat někomu, kdo je „dokonalý“... já si myslím, že sociální sítě mají celkově vliv na rozvoj úzkostí, depresí a různých dalších poruch.“ (Helena, 29)

„U člověka, který je senzitivnější, který má třeba nějaký už ten neurologický základ jiný, tak to může vést k tomu sebepoškozování.“ (Diana, 41)

Sílu vlivu sociálních sítí vnímá i Karla, která ovšem zdůrazňuje možnost jedince regulovat a aktivně tak ovlivňovat obsah předkládaného materiálu. V kontextu aktuálního, již zmíněného, trendu body positivity se Karla zamýšlí nad přínosem sociálních sítí v procesu léčby z PPP.

„Ono hodně záleží, co tam člověk sleduje, to si člověk může vybrat a někdo se třeba chce nějak potrápít, takže sleduje takový úplně až nerealisticky krásný holky, což je takový toxický bych řekla ... záleží hrozně na tom, jak k tomu ta holka přistupuje, jestli to bere s nadsázkou nebo to bere jako vzor... zároveň si myslím, že to může být dobrý nástroj z hlediska léčby, že když holka sleduje víc holek, co jsou plus size, co se léčí nebo se snaží přibrat, tak to může i pomoc, mně to teda docela pomohlo, takže záleží strašně na pojmutí.“ (Karla, 19)

O neustálém a ničivém srovnávání se na sociálních sítích hovoří také Ilona, která s vděkem vzpomíná na období svého dospívání, kdy k porovnávání se docházelo pouze v rámci úzkého okruhu blízkých přátel, nikoliv v rámci celého online světa.

„Je to velký problém podle mě, protože dřív jsme se tak porovnávali jenom mezi sebou, co jsme se znali, v okruhu třeba 20 přátel... teď, když má člověk na Facebooku těch přátel 500, tak se porovnává se všemi, ale to nejsou reální přátelé.“ (Ilona, 38)

Běla vnímá jistý posun od deklarovaného kultu štíhlosti, tedy od nátlaku společnosti na tělesnou dokonalost, k nátlaku na dokonalost ve všech oblastech lidského života, přičemž dokladem zvládání těchto společenských požadavků je nejen dokonalá postava, ale i skvělý výkon, jak v pracovním, tak v osobním životě, dále také dobré zdraví, neustálá spokojenost a pozitivita.

„Připadá mi, že je pořád kladen důraz na to vypadat happy, být happy, žít skvělý, zdravý, kvalitní život, který se hodí na Instagram nebo jinou síť, kde jsou všichni usměvaví, spokojení... pro mě je to jako pokračující mediální obraz mentální anorexie v 90. letech, kdy byly ty vychrtlý holčiny... teď je to hodně o tom být vypracovaná, mít svaly... pořád je tam ten trend a mediální tlak na to, jak bychom měli žít a jak bychom měli vypadat... připadá mi, že ten tlak je mnohonásobně vyšší než dřív... zachází vlastně do mnoha dalších oblastí.“ (Běla, 37)

10.2.1.2.2 Pokřivený ideál krásy

S mnohdy diskutovaným dopadem zmíněného kultu štíhlosti a médií utvářeného obrazu krásy lidského těla na vznik mentální anorexie u mladých dívek vyjadřuje Diana jistý nesouhlas. Domnívá se, že příčinou tohoto onemocnění primárně není médií předkládaný ideál krásy, nýbrž tělesné sebepojetí a vulnerabilita daného jedince.

„Mě třeba vždycky zlobí, když někdo říká, že za anorexii můžou nějaké modelky... to si jako myslím, že vůbec není pravda, že to už je jenom jakoby špička toho ledovce, že ten problém je úplně někde jinde... není to v tom, že to děvčátko vidí ty krásné, vyretušované dívky, je tam mnohem hlubší problém... to děvčátko nechápe, jak to tělo má vlastně vypadat.“ (Diana, 41)

S tímto tvrzením je v částečném rozporu Karla, která naopak zdůrazňuje zásadní vliv médií předkládané a oslavované vyhublosti na utváření tělesného sebepojetí daného jedince – ženy.

„Prostě dokud budou v časopisech samý hubený holky, tak to prostě nezmizí no.“ (Karla, 19)

Bez ohledu na to, zda prvotní impulz vedoucí k narušenému tělesnému sebepojetí přichází ze strany médií či nikoliv, lze u jedinců s MA pozorovat pokřivené vnímání ideálu krásy. Důkazem toho je Julie, která v následujících řádcích popisuje setkání s anorektickou pacientkou v rámci stáže při studiu medicíny. Přestože šlo o vyhublou dívku se závažnými zdravotními problémy, Julie k ní obdivně vzhlížela a tajně si přála vypadat stejně tak.

Byla tam taková mladá krásná slečna, já na ni koukala a říkala jsem si „ty jo, ta je tak nádherná, ta má tak nádherně hubený ruce a tak krásně hubený nohy a to břicho, to je prostě ideál krásy, taková chci být“... měla jsem pocit, že ona je ten ideál krásy, tak co někdo tvrdí, že je anorektička, vždyť přece je ta nejkrásnější na světě.“ (Julie, 27)

10.2.1.3 Osobnost jedince s mentální anorexií

10.2.1.3.1 Rizikové povahové rysy

Nízká sebeúcta, pocity méněcennosti a křehké osobní hranice

Na základě výše zmíněných emočních zranění respondentek, ke kterým došlo v citlivém období dětství a dospívání, není divu, že onen nedostatek lásky, pozornosti a hlavně chybějící bezpodmínečné přijetí zanechalo na respondentkách nesmazatelné stopy. Jednou z nich je poté nízká sebeúcta a velmi nízké sebevědomí.

„Mentální anorexie zvyšovala pocit, že aspoň něco dokážu.“ (Běla, 37)

„Něco, s čím bojuju asi celý svůj život je sebevědomí, který bych mohla mít určitě vyšší a nějaká taková nedůvěra ve svoje schopnosti a samu sebe.“ (Cecílie, 22)

„Měla jsem pocit, že chyba je někde ve mně... nevěděla jsem, jak se vylepšit... nedokážu se ocenit, nedokážu slavit, nedokážu se pochválit.“ (Julie, 27)

Z vyprávění Diany je vedle znatelného nízkého sebevědomí patrné také černobílé vidění světa, které je pro mentální anorexií typické.

„Já prostě nemám nic, jsem nikdo, nemůžu dělat nic, mám jenom základku a nemám žádné další možnosti... nikdo mě nemá rád... opravdu jsem se cítila, že jsem úplně nic.“ (Diana, 41)

Běla poté hovoří o nadměrném omlouvání se, ujišťování se, o potřebě napravovat vztahy, o křehkých osobních hranicích, které velmi často překračuje, o neschopnosti být v kontaktu sama se sebou a se svými potřebami. Je na místě připomenout, že Běla byla obětí domácího násilí, a tak výše zmíněné potíže v interpersonálních vztazích a v komunikaci mohou být přirozeným důsledkem dlouhodobé destrukce její osobnosti.

„Nepřiměřeně se omlouvám, zjišťuju, jestli je vše v pořádku... pořád taková potřeba napravovat vztah, který třeba druhý vnímá, že je ok... ve vztazích také příliš vyhovuji okolí, málo se ozývám... jsem hodně přátelská, jako až sebepoškozujícím způsobem, pustím si k tělu spoustu lidí a až potom zjistím, že jsem si narušila hranice... v tom mám problém, že vlastně přestanu mít kontakt se svými potřebami a začnu mít silný kontakt s potřebou toho druhého.“ (Běla, 37)

Konečně Edita, jako jediná z dotazovaných respondentek, vystupuje v průběhu rozhovoru velmi sebejistě a sebevědomě.

„Mě všichni měli rádi... já si myslím, že já na to mám... doučuju syntax třeba, nějaké abstraktní lingvistické vědy, kterým rozumím naprosto skvěle a všichni mě za to chválí... mám dvě medaile dokonce... jsem chytrá, to je pravda, jsem pilná, to je také pravda.“ (Edita, 21)

Zvýšená schopnost empatie a overthinking

Empatie neboli schopnost vcítit se do pocitů či jednání druhé osoby je respondentkami většinou vnímána nejen jako velmi silný, ale i jako pozitivní rys jejich osobnosti.

„Jsem empatická, jako hodně, mám spoustu kamarádek, které se na mě obrací s nějakým problémem a pro moji radu... dokážu pochopit tu jejich situaci.“ (Alice, 22)

„Mám schopnost naslouchat lidem a vcítovat se do jejich pocitů, empatie.“ (Cecílie, 22)

„Jsem empatická, snažím se prostě lidem naslouchat.“ (Helena, 29)

„Snažím se vcítit do člověka a pochopit to z jeho strany, někdy to nechápu, vlastně nesouhlasím s jeho chováním, ale dokážu pochopit, že to má náročné a těžké.“ (Julie, 27)

Neustálé sdílení a naladování se na emoce druhých je velmi náročný proces, a to jak na kognitivní, tak na emoční úrovni. Výsledkem tohoto procesu může být nadměrně přemýšlivý jedinec, tzv. overthinker, jehož vtíravé myšlenky vedou k nepřetržitému, zaujatému analyzování a přemítání nad prožitými minulými událostmi. Overthinking, neboli nadměrné přemýšlení, je poté významným zdrojem stresu, který může vést ke vzniku úzkostí či deprese.

„Já jsem velký overthinker, často věci přehrávám a hledám tam věci, které tam vůbec nejsou, já si je tam dokážu jako vsugerovat... hrozně moc nad věcmi přemýšlím, třeba přítel něco řekne a já nad tím přemýšlím „jak to mohl myslet, co když to myslel takhle?“...“ (Alice, 22)

„Nedokážu nějaký věci neřešit, vlastně pořád řeším přítelovy rodiče, kdy a jestli někdo něco řekl a pořád to na mě doléhá, i když už je to dávno a řešit bych to neměla.“ (Julie, 27)

„Jsem taková hodně jako introspektivní, jakože hodně zkoumám sama sebe... jsem taková hloubavá.“ (Karla, 19)

Lpění na názoru druhých

Ve většině případů respondentky dále přiznávají svoji velkou slabost, a to zcela uvědomovanou, velmi obtěžující závislost a lpění na názoru druhých, především pak ve smyslu touhy po přijetí a po kladném hodnocení jak jejich fyzického vzhledu, tak i psychické stránky osobnosti.

„Když vidím někoho a on se na mě podívá, tak si říkám „ježíši, on si třeba řekne, že jsem tlustá“ nebo něco takového... samozřejmě hned myslím na to nejhorší, že si myslí to nejhorší... spíš se

těch lidí nechci říct bojím, ale mám strach z toho, co si o mně budou myslet, jestli udělám dobrý dojem... jestli se jim budu líbit, jestli mě budou mít rádi.“ (Alice, 22)

Na přímou otázku, zda respondentkám záleží na názoru druhých, odpovídají Cecílie, Ilona a Julie takto:

„Ano, záleží, i když si to nerada připouštím, ale záleží.“ (Cecílie, 22)

„Asi jo a někdy daleko víc, než bych chtěla.“ (Ilona, 38)

„Strašně moc, strašně moc.“ (Julie, 27)

Helena a Linda také hovoří a potvrzují významnost názoru druhých, ovšem pouze těch bližních.

„To záleží, jaký ostatní to jsou, jestli to jsou lidi, který mi jsou blízký, tak to určitě, ale když jsou to lidi, který neznám, tak mi na tom až tak nezáleží.“ (Helena, 29)

„Když to vezmu zeširoka, tak ne, samozřejmě, že co se týká blízkého okolí, tak tam mi na tom větší nebo menší měrou záleží, co se týče právě rodiny nebo opravdu blízkých přátel, ale... nejvíc jsem citlivá asi na to, co si myslí ta moje rodina.“ (Linda, 24)

Běla popisuje vývoj své závislosti na hodnocení druhými, jehož výsledkem je svobodné, autentické rozhodování a žití bez ohledu na názor okolí.

„Dřív to pro mě bylo asi velmi zásadní, co si o mně myslí ostatní, teď to má slábnoucí sílu a dokážu žít podle sebe, bez ohledu na to, jestli se to mému okolí líbí nebo ne.“ (Běla, 37)

Silně rozvinuté volní vlastnosti

Respondentky ve svých výpovědích kladou velký důraz na zvýšenou aktivitu, angažovanost, cílevědomost a s ní spojenou vytrvalost, dále na vnitřní sílu a odhodlanost udělat pro splnění svých snů téměř cokoli. Zároveň však akcentují a odmítají životní přístup „jít přes mrtvoly“, což koresponduje s jejich výše popsanou schopností empatie a snahou zalíbit se blízkému okolí.

„Prostě se pro něco rozhodnu a udělám pro to všechno, aniž bych šla přes mrtvoly, nějakým laskavým způsobem vůči okolí... vlastně jsem to objevila u mentální anorexie... ta pílě jít dolů, ta angažovanost jít dolů, i nahoru, jakože do toho dávám maximum tak jako tak.“ (Běla, 37)

„Jsem cílevědomá, že si prostě jdu za věcmi, který chci a teď nemyslím, že bych šla přes mrtvoly agresivně, ale že prostě dělám, co je v mých silách, abych těch věcí dosáhla.“ (Helena, 29)

„Já toho snesu hodně... jsem takový hrozně aktivní člověk, který si rád bere hodně na bedra, což si myslím, že je výsledkem dětství... prostě si беру hodně zátěže, i té psychické... jsem poměrně vytrvalý člověk.“ (Diana, 41)

„Silnou stránkou je vždycky nějaká cílevědomost a to, že mám ráda výzvy... vždycky jsem chtěla od sebe výsledky, nějaká cílevědomost i v tomhle.“ (Ilona, 38)

Alice, Karla, Edita, Julie i Linda dále popisují svůj sklon k perfekcionismu, který tkví především v urputné snaze podávat bezchybný, dokonalý výkon a také v tendenci posuzovat vlastní osobu, ve srovnání s posuzováním jejich okolí, nadměrně kriticky. Perfekcionismus poté samy respondentky vnímají jako velmi zatěžující a v zásadě nechtěnou vlastnost.

„Chci být fakt nejlepší ve všem, co dělám, vlastně i v té mentální anorexii jsem chtěla být nejlepší... jsem velmi cílevědomá, když si něco umanu, tak jako fakt dokážu všechnu svoji energii směřovat tím směrem.“ (Alice, 22)

„Jsem ambiciózní a taková trošku perfekcionistická, což je spíš slabší stránka bych řekla... kdyby člověk nebyl takový ambiciózní, tak by to asi takhle daleko nedošlo no.“ (Karla, 19)

„Docela jistě můžu říct, že jsem perfekcionistka... každý den makám... stále mám ten problém, ale ne ohledně jídla a toho, jak vypadám, ale spíš ohledně toho, jaké výkony mám a co bych mohla mít ještě lepší... asi není nic, co by bylo pro mě nemožné.“ (Edita, 21)

„Myslím, že jsem hodně vytrvalá... buďto se na to úplně vykašlu nebo to chci udělat úplně perfekcionisticky, což je teda bohužel mnohdy na škodu.“ (Julie, 27)

„Jsem určitě hodně náročná a kritická, hlavně k sobě, víc k sobě než k ostatním... mám na sebe hodně vysoký nároky, ve všem mám sklony k perfekcionismu... mám silnou vůli.“ (Linda, 24)

V předchozích výpovědích respondentek lze mezi řádky usuzovat na přítomnost rigidního myšlení, a to ve smyslu neschopnosti jedince přizpůsobit se nastalým změnám, Diana však tuto svoji negativně vnímanou vlastnost popisuje zcela explicitně.

„Mám takové občas rigidní myšlení, jako jednosměrné... trošku mi občas trvá něco vidět z jiné strany, ale je to něco, s čím hodně pracuju.“ (Diana, 41)

10.2.1.3.2 Psychická vulnerabilita, stres a copingové strategie

Dalším ze společných znaků respondentek tohoto výzkumného šetření je jakási psychická vulnerabilita neboli duševní zranitelnost spojená s disponovaností a vyšší náchylností jedince ke vzniku množství psychických poruch a onemocnění jako jsou například úzkosti a deprese.

Úzkostné a depresivní ladění osobnosti

„Myslím, že jsem taková hodně citlivá, byla jsem vždycky taková přecitlivělá.“ (Karla, 19)

„Měla jsem dost úzkosti, i takový jako depresivní stavy, že se mi ráno nechtělo vstát z postele, jsem si říkala, jako proč, vždyť mě dneska nic nečeká.“ (Helena, 29)

„Taky jsem ve svém životě dlouhodobě nebyla úplně spokojená, měla jsem různé depresivní stavy, lepší a horší období.“ (Linda, 24)

Alice hovoří o celoživotně prožívaných úzkostných stavech i o unikání do destruktivních myšlenek v náročných životních situacích. Takovou situaci poté může být osobní selhání či konflikt s některým z blízkých. Jak u Alice, tak u Běly sledujeme, v těchto těžkých chvílích, sklony k vyhýbavému chování.

„Jsem velký stresář, úzkosti mám často... jsem fakt citlivý člověk, často brečím... když se mi něco nepovede nebo je nějaká hádka, tak mám tendenci unikat do destruktivních myšlenek.“ (Alice, 22)

„Prostě mi to nějak nejde si to vyřikávat, já jsem fobická na konflikty hrozně, takže tím pádem pak radši uteču... no prostě jsem taková vyhovující příliš.“ (Běla, 37)

Běla zmiňuje, vedle již výše uvedeného vyhýbavého chování a submisivity, tedy přílišné ochoty podřizovat se okolí, také zvýšenou úzkostnost, která ji doprovází již od raného dětství, sociální fobii, strach z neúspěchu, sklony k paranoidnímu chování, ale i opakované suicidální pokusy.

„Trémou a sociální fobií jsem trpěla od raného dětství... byla jsem i slabě paranoidní... několikrát jsem se pokusila i o sebevraždu... od raného dětství jsem byla velmi úzkostná, perfekcionistická... ta úzkostnost je obrovská a limituje mě v mém životě, doposud.“ (Běla, 37)

Celoživotní psychické potíže doprovázejí také Dianu, která je aktuálně medikovaná z důvodu stále se vracející deprese. Diana však své křehké psychické zdraví a zmíněnou labilitu považuje za již neodmyslitelnou součást její osobnosti.

„Deprese jsem rozhodně měla... ty úzkosti mám taky... já jsem velmi úzkostný typ, mám různé stavy, mám paniku, mám stavy typu OCD⁶⁸... já jsem pořádná až do jisté obsedantnosti, musím ty věci mít fakt uklizené, uspořádané, jak je potřebuji a dokáže mě rozčilit, když to tak není... psychické problémy mě doprovázejí celý život, neberu celoživotně antidepressiva, ale teď jsem opět medikovaná... jsem labilní... myslím si, že se s tou psychikou budu potýkat do konce života... je to o tom, jak vnímám, jak cítím, jak uvažuji.“ (Diana, 41)

Karla uvádí přítomnost psychiatrických poruch ve své rodinné anamnéze. Jí samotné byla před několika lety lékaři diagnostikována smíšená depresivní porucha. Vedle prožívaných

⁶⁸ OCD = obsedantně kompulzivní porucha

depresivních a úzkostných stavů si Karla dále stěžuje na poruchu spánku a sociální fobii, kterou trpěla především v období studia na střední škole. Tvrdí, že se s různými zdravotními problémy potýká průběžně celý svůj život.

„V naší rodině máme anamnézu psychiatrických onemocnění, nějaký předpoklady tam prostě jsou... nemám zkušenost jenom s mentální anorexií, bohužel, já mám problémy nebo měla jsem problémy i s úzkostmi a tak... špatně jsem spala, bála jsem se spát... v prváku jsem měla sociální fobii, prostě jsem se bála vstát před spolužáky a někam odejít, vůbec jsem se bála nějak projevit, bylo to fakt strašný, furt jsem se klepala... já beru i léky, protože mám prostě problém celý život, takže to není jen tak, nějaká přechodná fáze, léky brát musím.“ (Karla, 19)

V důsledku prožitého závažného domácího násilí trpí Julie posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), která je dále doprovázena, v jejím případě, poruchou spánku, flashbaky a úzkostmi. Julie se domnívá, že mentální anorexie byla až konečnou fází onoho PTSD.

„Nejdřív jsem odmítala, že se něco stalo... pak jsem cítila úzkost a snažila jsem se ji nějak racionalizovat do nějakých strachů z krve... a vlastně pak nějaká ta anorexie.“ (Julie, 27)

Ilona, která si po narození prvního syna prošla poporodní depresí, jako jediná z respondentek jiné psychické potíže nezmiňuje. Etiologie poporodní deprese je, stejně jako u mentální anorexie, multifaktoriální, psychická vulnerabilita dané ženy je poté jedním z mnoha faktorů, který musíme mít na paměti, zdaleka ne však tím jediným.

„Já jsem měla docela obtíže po narození prvního syna... nějak to přešlo, ale museli jsme si to vytrpět... v té době jsem byla docela hodně na dně... každý si představí, že když se vám narodí miminko, tak je vlastně všechno zalitý sluncem a všechno je skvělý a ono není.“ (Ilona, 38)

Stres a jeho ne/zvládání vystupuje do popředí napříč všemi rozhovory a jeví se tak jako velmi zásadní a palčivé téma. Následující podkapitoly proto odkazují na individuální schopnost respondentek zvládat náročné životní situace, na jimi užívané copingové strategie neboli reakce, kterými se snaží, ať vědomě či nevědomě, snížit úroveň nežádoucí zátěže.

Nadužívání ego obranných mechanismů

Ne všechny copingové strategie jsou zdravé a efektivní, v takovém případě hovoříme o tzv. maladaptivních copingových strategiích, které přinášející danému jedinci pouze krátkodobou úlevu. Na psychické úrovni plní podobnou funkci tzv. ego-obranné mechanismy, což jsou nevědomé psychické procesy objevující se v reakci na nadměrnou stresovou zátěž.

V případě Diany pozorujeme, právě s ohledem na zmíněné ego-obranné mechanismy, racionalizaci svého chování i emocí a užití humoru (viz úryvek níže), dále projekci vlastních potíží na svou dceru, hypochondrii, ale také izolaci od okolního světa.

„Ale to si myslím, že je u těch žen běžný jev... takové to, že si něco dají a pak to strašně řeší v té hlavě, že si to vůbec dali... nemyslím si, že to je něco nevídaného v dnešní společnosti, v této zemi... dělám si z toho takhle i tu legraci, že vlastně je to nějaké smíření.“ (Diana, 41)

Racionalizaci neboli sebeospravedlňování sledujeme také u Alice, Cecílie a Edity.

„Vím, že se prostě budu nějak měnit, i moje tělo... já nemůžu mít stejnou váhu jako jsem měla v 16 ani v 18, protože už je mi mnohem víc a prostě bude se dít spousta věcí v mém těle... samozřejmě s věkem se zpomaluje metabolismus a všechno.“ (Alice, 22)

„Nejsou to nějaký myšlenky, který by se vymykaly normálu, protože prostě každý člověk myslí na to, co bude jíst a kolik bude jíst a jakou si nandá porci.“ (Cecílie, 22)

„Ale takhle se trápí všichni, proto si říkám, že já to zvládám ještě docela dobře.“ (Edita, 21)

Helena během rozhovoru opakovaně zmiňuje, v kontextu významného úbytku tělesné hmotnosti, své dlouhodobé potíže se žaludkem. Vzhledem k několikrát potvrzenému negativnímu nálezu je k zamyšlení, zda se nejedná spíše o přesměrování pozornosti na zástupný, lépe uchopitelný problém nežli je právě ona mentální anorexie. V takovém případě lze usuzovat, vedle somatizace, také na sublimaci.

„Měla jsem problémy se žaludkem a moc jsem nejedla, takže jsem zhubla na nějakých 43, 42 kilo... když mám nějakou zátěž, tak spíš tíhnu k tomu nejíst, protože mě prostě bolí žaludek.“ (Helena, 29)

Ze čtení mezi řádky je dále patrné, že Běla své potíže „řeší“ disociací, tedy odpojením se od vlastního těla a myšlenek. Linda poté somatizuje a vyjadřuje tak své nezpracované emoce skrze tělesné symptomy, u Heleny pozorujeme, vedle výše zmíněného, sklony k hypochondrii.

Závislostní chování jako maladaptivní copingová strategie

Častou maladaptivní copingovou strategií, ale i častou komorbiditou poruch příjmu potravy, jsou závislostní poruchy. Pro závislostní chování je typická touha daného jedince po dosažení okamžitého uspokojení a pocitu úlevy, zvláště pak v prožívaných stresových situacích. Sklony k tomuto maladaptivnímu chování, v kontextu mentální anorexie, potvrzují níže uvedené výpovědi Lindy, Diany a Běly.

„Měla jsem období, kdy jsem experimentovala s drogama, alkoholem, bylo toho víc no... kouřila jsem, dneska už takřka nekouřím, ale dám si třeba nějaký ten alkohol... mám sklon k těm závislostem.“ (Linda, 24)

„Samozřejmě, dám si alkohol, to je pravda, a zase je to něco, co musím mít pod kontrolou.“ (Diana, 41)

„Vino... v mládí jsem byla dlouhodobě na hraně... když jsem single, tak prostě vypiju víc než chci... jak s tou čokoládou, dám si půlku tabulky, sice tu druhou půlku dokážu odložit, ale chtěla jsem si dát proužek... i jako drogy, když je nějaká větší zátěž.“ (Běla, 37)

Edita poté závislostní chování omlouvá a normalizuje.

„Já si myslím, že každý máme nějakou závislost a ta závislost se vyjadřuje různými způsoby, třeba kafe, nějaká konkrétní čokoláda nebo nějaký člověk, předmět.“ (Edita, 21)

Hladovění a přejídání jako závislost a únik před problémy

Jednou ze sebedestruktivních maladaptivních copingových strategií je sama mentální anorexie. Stres, úzkost a obavy jsou „řešeny“ hladověním a nadměrným zájmem o jídlo, což sice pacientkám přináší dočasnou úlevu, nikoliv však řešení problému. Na hladovění, stejně jako na návykových látkách, vzniká silná závislost.

„Pak ty návyky najedou, tělo si odvykne jíst, pro mě bylo hrozně těžký se vůbec vracet k nějakému jídlu... měla jsem pocit, že to vůbec nesmím přijmout, bylo to hrozně těžký... jakmile jsem v nějaký zátěžový situaci, tak přestávám jíst, prostě nejím nebo jím minimálně... nic nepozřu, protože mám pocit, že si to nezasloužím.“ (Julie, 27)

Běla popisuje krátký relaps mentální anorexie jako jakýsi únik před každodenními těžkostmi, nad kterými ztrácela tou dobou plnou kontrolu, což opět ukazuje na provázanost mentální anorexie a závislostního chování.

„V 21 jsem se k tomu vrátila, k tomu stravovacímu rituálu, a potom, jak ta náročnější životní situace odezněla, tak jsem se vrátila zase ke zdravému způsobu žití, dá se říct.“ (Běla, 37)

V následujících výpovědích se Ilona a Linda zamýšlejí nad mentální anorexií jakožto závislostí.

„On potom člověk nemyslí na nic jinýho, je to takový pohlcující hrozně... já bych to přirovnala k alkoholismu, je to taková podobná závislost na těch dietách, na tom vlastním těle, na tom být hubená.“ (Ilona, 38)

„Ono ta anorexie je závislost svým způsobem, je to vlastně droga, protože člověku dělá neskutečně dobře, to je asi ten problém.“ (Linda, 24)

Diana prostřednictvím přirovnání mentální anorexie k závislosti na alkoholu poukazuje na její nevléčitelnost a neustálé riziko relapsu.

„Je to něco, co jakoby nejde úplně vyléčit, že to tam vždycky je a že se to může vrátit, je tam něco jako abstinence.“ (Diana, 41)

Další možnou odezvou na nadměrnou stresovou zátěž a nezvladatelné emoce je přejídání, zvláště pak ve smyslu emočního jedení, které přináší danému jedinci dočasnou úlevu, radost i pocit bezpečí, nikoliv však odmítáním potravy, ale jejím přesycením. Fáze hladovění a přejídání na sebe mnohdy navazují, střídají se, velmi často tento bludný kruh pozorujeme právě v případě mentální anorexie, což potvrzují níže uvedené výpovědi Ilony, Alice, Lindy, Cecílie i Karly.

„Anorexie s sebou táhne nejenom to nejedení, ale i to záchvatovitý přejídání, to je typická záležitost, nevím, jestli nějaká anorektička je schopná se furt jenom trápit hladu a nikdy se jako nenacpat k prasknutí, myslím, že to asi dělají skoro všechny... já jsem právě to záchvatovitý přejídání měla... byla jsem schopná se přežrat, že se mi dělalo špatně.“ (Ilona, 38)

„Najednou jsem se začala často přejídat... ve stresové situaci po tom jídle, zvláště po sladkém, prostě sáhnu, řekla bych, že mám ve stresové situaci takový zvětšený apetit.“ (Alice, 22)

„Jakmile jsem ve stresu, tak mám tendenci jíst, bohužel... hodně stres zajídám.“ (Linda, 24)

„V současné době, když se cítím v pohodě, tak jsem schopná okolo jídla fungovat úplně normálně, ale jakmile nastane nějaká větší stresová zátěž, tak to většinou řeším tím jídlem.“ (Cecílie, 22)

„Když je nějaká stresová situace, tak já teda buď moc nejím, ale většinou teda jím hodně no, určitě tím ten stres zaháním.“ (Karla, 19)

Vedle tzv. emočního jedení hovoří Běla také o úlevném efektu zvracení po přesycení i o uspokojivém pocitu prázdného žaludku v období hladovění, přičemž naráží na jistou formu sebedestrukce pramenící ze silné sebenenávisti.

„Ve stresu přibírám, něco si zajím, jakože emočně... vím, že mám emoční hlad, sytím něco jinýho... velkou úlevou bylo právě zvracení nebo i pocit prázdného žaludku, zvracení ve smyslu zbavení se obsahu nějakýho nebo prostě nějaká vnitřní dezinfekce, takový pocit, jak kdybych se vyčistila zevnitř nebo od sebe samé, nějaká sebenenávist za tím schovaná.“ (Běla, 37)

10.2.2 Vztah k jídlu a jídelní chování

10.2.2.1 Restrikce potravy v akutní fázi mentální anorexie

Přestože tato práce není primárně zaměřena na akutní fázi mentální anorexie, považuji za velmi důležité připomenout, prostřednictvím níže přiložených výpovědí respondentek, ničivý průběh a sílu tohoto psychického onemocnění.

Jedním z hlavních symptomů mentální anorexie je postupné vyhýbání se potravinám, po kterých se "tloustne", a to s cílem dosažení a udržení si velmi nízké tělesné hmotnosti. Respondentky, vedle postupné restrikce potravy až na úplné minimum, uvádějí také obsesivní hlídání si přijatých kalorií.

„Z nějakýho důvodu jsem to začala hodně hlídat... vyřadila jsem obědy, večeře, snídaně... přestala jsem chodit na školní obědy... začala jsem rvát jídlo do záchodu.“ (Alice, 22)

„Přestala jsem jíst fast food, chipsy, sladké nápoje... počítala jsem kalorie... přemýšlela jsem, co si dám ke snídani, k večeři, k obědu, co mezi tím a počítala jsem to všechno.“ (Edita, 21)

„Držela jsem keto dietu, potom jsem nejedla skoro nic... to bylo něco strašnýho, furt jsem myslela na jídlo, furt jsem přemýšlela, kolik jsem spálila, kolik musím sníst, počítala jsem si i kalorie.“ (Karla, 19)

„Všechny moje problémy pramenily z toho, že jsem striktně dodržovala úplně šíleně nastavený pravidla.“ (Cecílie, 22)

„Ono to ani nebyly diety, já jsem si řekla, že nebudu večeřet... strašně rychle jsem šla s váhou dolů, ale pak se to zastavilo, já jsem chtěla ještě, takže jsem si pořád ubírala a ubírala, pak jsem naposledy za ten den obědvala, pak jsem vlastně nejedla skoro vůbec nic, byla jsem schopná být na jednom jablku za ten den.“ (Ilona, 38)

Anorektičtí pacienti velmi často rádi vaří a pečou, a to zejména pro ostatní, nikoliv pro sebe. Uspokojuje je především plná kontrola nad nutričním složením uvařeného/upečeného pokrmu.

"Vždycky jsem milovala pečení a samozřejmě nejvíc v té době, kdy jsem měla mentální anorexii.“ (Alice, 22)

"Já jsem v tu dobu paradoxně hodně pekla, protože jsem věděla, co do toho dávám, prostě jsem nad tím měla kontrolu.“ (Karla, 19)

Potíže s jedením na veřejnosti, především pak ve smyslu prožívaného pocitu studu a zahanbení, jsou dalším z velmi častých symptomů mentální anorexie.

„Měla jsem období, kdy jsem měla problém jíst někde na veřejnosti nebo jít někam na rande a dát si tam večeři... já jsem se tak nějak styděla za to, že jím.“ (Helena, 29)

„Já jsem měla hodně dlouho takovou fázi, že jsem se strašně styděla jíst před někým... když jsem se chtěla pořádně najíst, tak jsem na to musela být sama.“ (Ilona, 38)

„Jakmile jsme byli v nějaké restauraci nebo v závodní jídelně, tak to pro mě bylo hrozně těžký, protože mám pocit, že ti ostatní si řeknou „no jo, tlustoška“... nejedla jsem prostě vůbec, protože jsem se cítila zahanbeně, že já jako tlustá nesmím.“ (Julie, 27)

Vedle restriktivního typu mentální anorexie existuje i tzv. purgativní (bulimický) typ tohoto onemocnění, pro který je typické, vedle stále přítomné restriktce potravy, i doprovodné přejídání se a zvracení. Zvláště z výpovědi Karly je patrné, že urputné odmítání potravy je spojeno s kontrolovaným neustálým odřikáním si a tudíž i s nepřetržitými myšlenkami na jídlo. Tento stav zákonitě není udržitelný. Dlouhodobé odřikání si a úplné vyhladovění vede k nadměrnému přejedení se, které je mnohdy následováno zvracením v důsledku pocitů viny.

„Já jsem nebyla jenom dietářka, spíš jsem si ulevovala zvracením, to byla moje hlavní závislost... nepočítala jsem nějak extrémně kalorie, ta postava pro mě byla důležitá, jako hodně, ale nebylo to takový ulpívavý... mně to jelo emočně, zbavit se jídla v podstatě.“ (Běla, 37)

„Začala jsem jíst, abych byla zdravější, ale já jsem to nesnesla, takže jsem začala zvracet... já jsem měla opravdu obě ty části, které se tak jako střídaly, tu anorektickou i tu bulimickou.“ (Diana, 41)

„Anorexie není jediná porucha, s kterou mám zkušenost, já jsem i zvracela a tak... měla jsem strašný vnitřní boj, chtěla jsem se najíst, ale něco mi říkalo, že nesmím a fakt jsem se cítila úplně strašně... po tý anorexii jsem měla problém s přejídáním, měla jsem problém si říct dost, i když jsem byla plná, tak jsem jedla... furt jsem do sebe něco cpala, bylo mi potom strašně zle, měla jsem výčitky... potom to vedlo i k tý bulimii.“ (Karla, 19)

Julie vnímá a užívá jedení, potažmo nejedení, jako nástroj k sebetrýznění, jako formu trestu.

„Cítila jsem se hrozně unavená, jak jsem nejedla, ale nějakým způsobem to nevedlo k tomu, že bych nějak zásadně rychle hubla... když jsem měla pocit, že jsem neudělala dost práce, tak jsem se nesměla najíst... hrozně se mi to pořád vybavovalo, ty myšlenky na jídlo a vlastně jsem to dělala formou virtuálního jídla, když jsem měla hlad, tak jsem se cestou domů dívala na vývěsky restaurací, přečetla jsem si, co tam mají a tím jsem se jako najedla... reálně jsem nesnědla nic, jen jsem se tím snažila přehlušit to, že mám hlad.“ (Julie, 27)

10.2.2.2 Aktuální vztah k jídlu

Následující úryvky výpovědí respondentek vypovídají o jejich současném vztahu k jídlu a jídelním chování, jakožto o významných faktorech rozhodujících o aktuální přítomnosti mentální anorexie. Mimo Editu, která deklaruje čistě pozitivní vztah k jídlu a zdravé jídelní chování, sledujeme u většiny respondentek stále přítomnou záměrnou manipulaci s jídlem, více či méně přísnou kontrolu příjmu potravy i ambivalentní postoj k jídlu jako takovému, což nám ukazuje na splnění hned několika diagnostických kritérií mentální anorexie.

„Po tom, co jsem se začala snažit přibrat, tak ho mám ještě radši než předtím... naučila jsem se jíst tak, že ani můj žaludek, ani moje tělo to nějak nezatěžuje.“ (Edita, 21)

U Karly pozorujeme významnou ambivalenci, a to nejen ve vztahu k jídlu jako takovému, ale především pak v jejím postoji a náhledu na své současné (patologické) jídelní chování.

„Já mám jídlo hrozně ráda... teď nad tím nepřemýšlím, když mám chuť, tak si dám něco sladkýho... když mám pocit, že bych neměla, ale chci, tak si prostě dám... teď jsem konečně došla do nějaký rovnováhy.“ (Karla, 19)

Druhá polovina rozhovoru s Karlou se nesla ve zcela opačném duchu. Z následující výpovědi lze jednoznačně usuzovat na stále přítomné typické symptomy mentální anorexie.

„Často přemýšlím nad tím, co bych měla jíst a hodně zkoumám, jestli to je dost zdravý nebo jestli to je bio a tak... přemýšlím, co si dám, když jdeme do restaurace, jakože i z hlediska těch kalorií, ale už si kalorie nepočítám... já mám strašný problém s tím jíst něco, co upekl někdo jiný, nevím, kolik do toho dali třeba oleje, cukru a tak.“ (Karla, 19)

Alice hovoří o pozitivním vztahu k jídlu, který stojí na „netrápení se“. Ve skladbě jídelníčku se nikterak neomezuje, snaží se jíst zdravě a vyváženě. Vzápětí však přiznává své nadměrné zaujetí jídlem a zdravým stravováním.

„Jídlo si užívám, není to pro mě trápení... udělá mi radost udělat si dobrý zdravý jídlo... nijak se nehlídám, nejím jen to, co mi nechutná... snažím se žít na nějaký balanci... často si říkám, jak musí být skvělý nezajímat se o jídlo.“ (Alice, 22)

Z výpovědí Alice, Cecílie a Heleny je zřejmé, vedle nejisté kladného vztahu k jídlu, že je myšlenky a negativní emoce spojené se stravováním zaměstnávají více než je jim samotným příjemné.

„Miluju jídlo... v současné době řeším nějaké další problémy a negativní pocity vůči jídlu... jakýkoliv jídlo navíc, dezerty nebo nezdravé jídlo, vždycky je tam taková ta zadní myšlenka, že

bych to neměla... myšlenky na jídlo mě zaměstnávají natolik, že je mi to nepříjemný... abych nejedla moc nebo naopak málo, abych jedla všechny nutrienty, který mám jíst.“ (Cecílie, 22)

„Asi na to jídlo kladu větší důraz než jiní... myslím si, že jím ráda, akorát mi vadí, že je mi pak blbě.“ (Helena, 29)

Diana otevřeně přiznává, že se stravuje poněkud „nestandardně“. Dbá na zdravý jídelníček, ovšem nadměrné zaujetí jídlem odmítá. Jídlo považuje za nutnost a k životu potřebnou energii. Z níže uvedené výpovědi je patrná, vedle silné potřeby obhájit se, také jistá ambivalence – výčitky ze snědeného jídla Diana popírá, vzápětí se k nim však přiznává. Dále Diana hovoří o stále se vracejících nutkavých myšlenkách na zvracení, a to převážně ve chvíli, kdy sní více než sama považuje za vhodné. Tvrdí však, že s tímto stavem již umí pracovat.

„Stravuji se docela nestandardně... jím jinak, vařím si zdravá jídla, žádné knedlíky... někdy jím fakt hodně, protože mám fakt hlad... ale pak si říkám „ne, rozhodně to nepůjdeš vyzvracet“... rozhodně se jako nepřejídám tak, jak jsem se přejídala... nemám z jídla výčitky, je mi to jedno... a pak si říkám: „to jsi nemusela sníst půlku tý nutelly“... vadí mi, když na jídle lidi ten život staví... v tuto chvíli je pro mě jídlo energie... rozhodně se snažím jíst zdravě.“ (Diana, 41)

Taktéž u Běly pozorujeme výraznou ambivalenci ve vztahu k jídlu. Zprvu Běla hovoří o „bezemočním jedení“, které popisuje jako téměř neuvědomovaný příjem potravy bez doprovodného pocitu radosti a potěšení. Zároveň však zmiňuje svou lásku k jídlu, k vínu, mluví o sobě jako o „požitkáři“. Sama zdůrazňuje, že její současný vztah k jídlu a jídelní chování neodpovídá kritériím mentální anorexie.

„Kontakt s jídlem není tak dobrý, až potom zjistím, že jsem se vlastně najedla... chování nemám vůbec proanorektické... sním to bezemočně prostě... obecně jídlo miluju, ale nedokážu si ho vychutnat... mám ráda jídlo, dobré víno... jsem požitkář.“ (Běla, 37)

Linda zprvu hovoří o svém kladném vztahu k jídlu, ovšem za jistých podmínek. V případě, že nedodrží sebou nastavený stravovací plán, trpí výčitkami. Jídlo si raději připravuje sama doma, aby tak měla pod kontrolou jeho složení, což je jeden z mnoha symptomů patologického jídelního chování typického právě pro mentální anorexii.

„Já mám jídlo ráda, ale mám nějaký svoje normy, který když nedodržím a nějak překročím, tak trpím výčitkami... ráda si plánuju dopředu, co budu jíst, co budu vařit... abych pak nemusela jíst nějaký jídlo z fast foodu.“ (Linda, 24)

Vztah k jídlu a jídelní chování v případě Julie jsou zcela evidentně patologické. Nadváha ji vede k pocitům studu, hanby i ke strachu z nepřijetí. Jídlo vnímá jako zakázané téma i jako nástroj k zacházení s vlastními emocemi, jako odměnu, spíše však trest za svá osobní selhání.

„Cítím se za to strašně zahanbeně, pokud jím... kdybych se někomu měla pochlubit, co jsem uvařila, upekla nebo jsem měla k jídlu, tak o tom nedokážu vůbec debatovat, protože mám pocit, že budu za tu špatnou, která prostě není to zdravé, správné jídlo a je tlustá, takže automaticky by neměla jíst vůbec nic... jídlo měla být odměna, ale reálně vůbec nebyla, byl to trest, neustále jsem se trestala, protože jsem měla pořád pocit viny.“ (Julie, 27)

10.2.2.3 Hlubší podstata mentální anorexie

V této kapitole respondentky popisují, skrze své vzpomínky na akutní fázi mentální anorexie, hlubší podstatu tohoto závažného psychického onemocnění, které (dle výpovědí) primárně nesouvisí s negativním vztahem k jídlu či s jídlem jako takovým, nýbrž s nepřijetím sebe sama, s nízkou sebeúctou, sebenenávistí až sebetrýzněním.

„Já bych řekla, že jsem neměla kontrolu nad tím, kdo jsem a tohle jediný mi dávalo kontrolu, kontrolovat to, jaká jsem.“ (Alice, 22)

„Anorexii beru spíš jako symptom mého chování k sobě, nějaký sebepoškozující chování než že by bylo to nejdůležitější být hubená, bylo to důležité, ale ne to nejpodstatnější... zvyšovalo to ten pocit, že aspoň něco dokážu.“ (Běla, 37)

„Tam nejde ani možná o jídlo, o chuť, ale o... nacpat a dostat ven, vyloženě jako se pročistit... tam jako nejde o ty potraviny.“ (Diana, 41)

„Spíše to pro mě bylo, jak moc ještě můžu zvládnout, jak daleko můžu jít, kolik ještě můžu zhubnout, o kolik.“ (Edita, 21)

„Trestala jsem se za to, že jsem špatná, že jsem něco zvorala, tak nesmím jíst... asi to byl jediný zdroj hrdosti, který jsem v té době dokázala mít, jakože nic nezvládám, tak aspoň to jídlo dokážu nějakým způsobem ovlivňovat... chtěla jsem si tím nějak dokázat svoji vůli.“ (Julie, 27)

10.2.2.4 Stereotypy a předsudky spojené s PPP

S mentální anorexií, ale i s ostatními formami poruch příjmu potravy, je spojeno množství stereotypů a předsudků. V následujících podkapitolách, potažmo v konkrétních výpovědích dotazovaných respondentek, je prezentována jen hrstka z nich, přesto jistě stojí za zamyšlení.

Hmotnost a BMI jako ukazatel mentální anorexie

Jedním z nejčastějších předsudků spojených s mentální anorexií je spojitost tohoto onemocnění s velmi nízkou tělesnou hmotností, s extrémní vyhublostí. Přestože se Ilona potýkala s množstvím symptomů ukazujících na přítomnost mentální anorexie, sama tento stav bagatelizuje, a to právě z důvodu tou dobou subjektivně vnímané nedostatečně nízké hmotnosti.

„Byla jsem hubená, ale ne taková ta úplná anorektička, prostě kost a kůže... vážila jsem tenkrát nějakých 46 kilo... jako jo, hubená váha, ale ne nějak extrémně... i podle nějakýho BMI indexu je to na hranici podváhy.“ (Ilona, 38)

Mentální anorexie je psychické onemocnění, kterým může trpět kdokoliv bez ohledu na pohlaví, věk, rasu... ale i bez ohledu na aktuální tělesnou hmotnost. Julie se po celý život potýká s nadváhou, a to i přes urputnou snahu zhubnout a zalíbit se tak svému blízkému okolí. Z důvodu vyšší hmotnosti Julie dlouhou dobu nebyla vůbec schopna ztotožnit se a přijmout fakt, že trpí právě mentální anorexií, a to i přes plně uvědomovanou přítomnost patologického jídelního chování a veskrze negativní vztah k jídlu.

„Strašně dlouho jsem popírala, že by se něco takovýho mohlo stát, myslela jsem si, že to je nějaký nedorozumění... taková blbost, jsem tlustá, nejsem anorektička... dokud nebudu mít BMI 20, tak mě nikdo nepřesvědčí, že jsem anorektička... to mi musel přítel pořád dokolečka opakovat, abych to vůbec byla schopná přijmout... je to mnohem víc o tom vztahu k jídlu, o tom omezování, restrikcích, o tom, jak se to řeší, a ne o tom, jaký má kdo BMI... vlastně kolikrát to startuje na vyšší váze.“ (Julie, 27)

Fakt, že se mentální anorexie může dotýkat kohokoliv bez ohledu na váhu či typ postavy, potvrzuje výpověď Karly, která s tímto předsudkem výrazně nesouzní, už jen proto, že ji samotnou v procesu zotavování se z mentální anorexie více či méně ovlivnil.

„Nezáleží úplně na tom vzhledu, jak je ta holka hubená nebo tlustá, i holka, co je robustnější postavy, může trpět, i když by to lidi neřekli, tak to tak prostě je... já nejsem od přírody úplně hubená, takže i když jsem měla podváhu, tak jsem vypadala celkem zdravě.“ (Karla, 19)

Nedůležitost tělesné hmotnosti či BMI závěrem potvrzuje Edita, pro kterou je důležitý především fyzický vzhled a složení těla ve smyslu vzájemného poměru tuku a svalové hmoty.

„Mně je vlastně úplně jedno, kolik budu vážit, spíš, jak budu vypadat.“ (Edita, 21)

Odmítání potravy jako hlavní symptom mentální anorexie

Dalším z častých předsudků je spojování mentální anorexie s odmítáním potravy jakožto s hlavním symptomem a příčinou vzniku tohoto onemocnění. Alice uvádí, v kontextu vzniku

mentální anorexie, přítomnou zvýšenou sebekritiku daného jedince včetně vysokých nároků na sebe sama.

„Ten problém není v jídle, ten problém je někde na úplně jiné rovině, ať už nějaká velká sebekritika, nějaký vysoký nároky.“ (Alice, 22)

Diana explicitně hovoří o špatném chápání samotné podstaty mentální anorexie, která v zásadě vůbec nesouvisí s jídlem jako takovým, spíše však s narušeným tělesným sebepojetím a s nepřijetím vlastní osoby.

„Tam jako nejde o ty potraviny... tam je mnohem hlubší problém... to děvčátko nevidí sebe, vlastně nechápe, jak to tělo má vypadat... není to ani o tom, že by mělo problém s jídlem... je to něco hluboce vnitřního... nenasytím se, nechci se sytit, nechci už nic přijímat.“ (Diana, 41)

Extrémní štíhlost jako záruka přijetí a šťastného žití

V průběhu rozhovoru jsem respondentky požádala o doplnění věty „Štíhlí lidé jsou...“, mimo Dianu, která štíhlost neasociuje s žádným předsudkem, odpovídaly respondentky takto:

„nezdraví“ (Alice), „spokojenější“ (Běla), „fajn“ (Cecílie), „pěkní“ (Edita), „atraktivní“ (Helena), „úspěšnější“ (Ilona), „fyzicky zdraví“ (Karla), „krásní a úspěšní“ (Julie), „krásní“ (Linda)

Za povšimnutí stojí rozpor mezi výpověďmi Alice a Karly, který může mít základ v jejich minulé zkušenosti s PPP. Souhrnně lze konstatovat, že je štíhlost respondentkami vnímána jako velmi pozitivní faktor, který danému jedinci přidává na zdraví, atraktivitě i úspěšnosti.

Karla dále hovoří o v minulosti vnímané souvislosti štíhlé postavy s vyšší sebehodnotou, ale i s vyšší šancí přijetí její vlastní osoby blízkým okolím.

„Já vím, že to není pravda, ale měla jsem pocit, že to, že jsem pro ně dobrá, tak souvisí s tím, jak jsem hubená... říkala jsem si, že jsem lepší, když jsem hubenější.“ (Karla, 19)

Nebezpečí pochvalných komentářů

Julie zpočátku o nebezpečí pochvalných komentářů hovoří jen v obecné rovině.

„Slyšet takový to pochvalný „super, ty jsi zhubla, jen tak dál“, tak se obávám, že bych jako přidala na plynu a těžko by se mi z toho dostávalo.“ (Julie, 27)

Později však popisuje jedinečnou situaci, kdy byla pochválena otcem jejího partnera, a to právě za snížení hmotnosti. Tato na první pohled nevinná poznámka opravdu podpořila Julii k dalším restrikcím a hubnutí.

„Když se mi podařilo něco zhubnout, za celou dobu jediná pozitivní věc, která přišla z jeho rodiny, tak bylo, že jeho táta řekl „hmm, no, koukal jsem, nějak zhubla.“ (Julie, 27)

O negativním vlivu pochvalných komentářů hovoří také Karla, pro kterou bylo velmi těžké, v důsledku chvály okolí za snížení hmotnosti, vystoupit z onoho bludného kruhu nemoci.

„Lidi mě chválili, že jsem hezky zhubla, proto pro mě bylo těžký se z toho dostat.“ (Karla, 19)

10.2.3 Tělesné sebepojetí

10.2.3.1 Vnímání a prožívání vlastního těla

Jedním z hlavních diagnostických kritérií mentální anorexie, a především pak jedním z nejpálčivějších témat většiny dotazovaných respondentek je zkreslené vnímání vlastního těla, především pak ve smyslu jeho negativního hodnocení spojeného se subjektivně vnímanou tloušťkou. Jak ukazují následující úryvky výpovědí, narušené tělesné sebepojetí lze pozorovat jak u jedinců v akutní fázi onemocnění – výpověď Cecílie (již náhled na své onemocnění), tak u jedinců, kteří se považují za z mentální anorexie již vyléčené – výpověď Diany a Ilony.

„Prostě jsem si myslela, že jsem ošklivá a tlustá, nebyl k tomu racionální důvod, protože to tak prostě nebylo.“ (Cecílie, 22)

„Určitě mám problém s tím se vidět... i když vidím třeba svoje fotky, tak si říkám „kdo to je, co to je?“ , mám trošku problém chápat, jak vlastně vypadám.“ (Diana, 41)

„Kolegyně mi říká, že jsem teď zase super štíhlá, ale já to jako vidím, ty boky, ale už jsem je asi přijala... vadí mi pořád, ale už to jiný nebude... jsem taková typická hruštička.“ (Ilona, 38)

Julie a Karla dále popisují stále prožívanou nespokojenost s vlastním tělesným vzhledem, a tudíž i nepřijetí sebe samých. S ohledem na tento tíživý faktor Karla sama přiznává, že proces léčby mentální anorexie stále není u konce.

„Musím být hubenější... nemůžu se koukat do zrcadla, vypadám hrozně... pořád se nějak nedokážu přijmout, chtěla bych být lepší, hezčí... jsem tlustá, všechno mám tlustý.“ (Julie, 27)

„Samozřejmě jsem taky přibrála, není mi to komfortní... nemyslím si, že jsem úplně vyléčená... nejsem jako úplně vyrovnaná s tím, jak vypadám.“ (Karla, 19)

U Běly pozorujeme, vedle celkové nespokojenosti s vlastním tělesným vzhledem, i psychické odloučení od svých tělesných prožitků. Problematický vztah ke svému tělu však sama považuje, u většiny žen, za normální jev, čímž vlastní nespokojenost racionalizuje a ubírá jí na vážnosti.

„Mám velmi špatný kontakt s tělem, jsem disociovaná pořád... jsou momenty, kdy jsem spokojená, ale většinou nejsem, jako že bych se sobě líbila... nemám pozitivní vztah ke svému vzhledu, nějak mně to nejde... chtěla bych, aby to bylo jinak.“ (Běla, 37)

Občasnou nespokojenost s vlastním tělem zmiňuje také Linda, která v důsledku úzkostné sebenejistoty, prožívané v oněch chvílích nespokojenosti, cíleně omezuje svůj sociální život. Závěrem dodává, že je aktuálně se svým fyzickým vzhledem spokojená, to je však i nadále podmíněno stálou sebekontrolou a omezováním se.

„Mívám takový období, kdy se necítím ve svém těle úplně dobře a nemám třeba chuť se svlíkat nebo si říkám „sem na tu party nepůjdu, protože...“ někdy mi to samozřejmě dělá problém, nejsem si úplně jistá ve svém těle... to, jak vypadám, je pro mě pořád hodně důležitý... já se mám aktuálně ráda a to je taky důvod, proč se snažím to svoje tělo i nějak udržet v téhle fázi, aby bylo zdravý, aby se mi líbilo, protože to je příjemný.“ (Linda, 24)

U Alice pozorujeme ambivalentní postoj k vlastnímu tělu. Stále zažívá momenty, kdy na sebe nedokáže objektivně nahlédnout, později si však uvědomuje iracionalitu svého smýšlení.

„Já si hodně uvědomuju, že když se jeden den vidím tlustá, že jsem si včera říkala „ty jo, ty jsi hubená“, takže si říkám, že to je nějaký chvilkový pocit.“ (Alice, 22)

Helena spolu s Editou jsou jako jediné z respondentek se svým tělem, i přes počáteční fázi smiřování se s „normální“ tělesnou hmotností, momentálně (bez podmínek) spokojené.

„Měla jsem období, kdy pro mě bylo těžký přijmout, že z té podváhy mám najednou normální váhu, přišla jsem si prostě tlustá... jinak svoje tělo vnímám dobře, mám se ráda.“ (Helena, 29)

„Teď neexistuje asi nic, co bych na sobě změnila, opravdu nic... jsem pěkná holka.... přestala jsem se porovnávat s ostatními... teď vidím sebe a jsem ráda za to, kdo jsem.“ (Edita, 21)

10.2.3.2 Nadměrná (sebe)kontrola a ničivá síla vlastní vůle

Dalším z typických a velmi častých symptomů mentální anorexie je nadměrná (sebe)kontrola, a to nejen v kontextu jídelního chování, ale i celkového životního stylu daného jedince.

„Je pravda, že se jako furt kontroloju, že si to tělo pořád hlídám... v tý palici mi to asi zůstalo, že se musím kontrolovat.“ (Ilona, 38)

Z výpovědi Alice je patrné, že striktní plánování a následné důsledné dodržování naplánovaného je to jediné, co má v danou chvíli pod kontrolou, což jí, ale i ostatním dotazovaným respondentkám, dodává chybějící pocit bezpečí a jistoty.

„Já jsem fakt velký plánovač, určitým způsobem si plánuju i to, co budu jíst... jediný, co můžu kontrolovat je ten můj režim, nějaký plán.“ (Alice, 22)

Běla, Karla a Julie dále popisují sílu své nezlomné vůle i odhodlání dosáhnout všech svých cílů a snů, bez ohledu na své aktuální psychické i fyzické zdraví, a to i v kontextu mentální anorexie.

„Prostě se pro něco rozhodnu a udělám pro to všechno... objevila jsem to u té mentální anorexie, ta pílě jít dolů, ale i nahoru, jakože do toho dávám maximum.“ (Běla, 37)

„Byla jsem bez energie, přesto jsem každý den ráno vstávala v půl pátý, něco mě strašně pohánělo.“ (Karla, 19)

„Dokážu se přetáhnout a jít, přestože mi tělo říká „už nemůžu“, ale já si říkám „ne, musím“... dokážu to použít proti sobě.... nějak to jako vydržím.“ (Julie, 27)

Kompulzivní cvičení

Vedle nadměrné kontroly příjmu potravy hovoří většina respondentek také o nadměrném kompulzivním cvičení, kterým si zvyšují svou tělesnou zdatnost, mnohdy i cíleně udržují svůj aktuální fyzický vzhled a/nebo tělesnou hmotnost. Hlavní příčinou závislosti na cvičení poté bývá již zmiňovaný negativní tělesný sebeobraz. U jedinců s PPP se proto tato závislost vyskytuje až 4x častěji.

Vedle nadměrného cvičení lze v následujících výpovědích respondentek opět pozorovat silnou potřebu mít nad svým chováním a danou situací plnou kontrolu.

„Cvičím,, snažím se pětkrát týdně, ale není to proto, že bych se snažila zhubnout, ale proto, že bych chtěla mít hezkou postavu... a chci si ji udržet, takže jako cvičím.“ (Helena, 29)

„Cvičím s činkami, už s docela velkými vahami... nesnažím se zhubnout, ale chci mít kontrolu nad svým zdravím a nad silou, kterou mám... mám nad tím kontrolu a vím, že i když teď nebudu cvičit pár měsíců, budu dělat jenom jógu, stavět se na ruce a na hlavu, tak pak vlítnu do fitka a jsem v pohodě, nemám z toho strach.“ (Diana, 41)

Alice a Edita zmiňují výrazný posun ve vztahu ke cvičení. V období akutní fáze mentální anorexie považovaly cvičení za nutný akt vedoucí především ke snížení tělesné hmotnosti. Aktuálně sportují s vidinou lepší fyzické i psychické kondice, přesto je z následujících výpovědí obou respondentek patrná mírná tendence užívat cvičení jako nástroje k regulaci svých emocí.

„Baví mě sport a určitě se snažím nějak formovat... mentální anorexie ovlivnila můj vztah ke sportu... v té době byl sport nějaký únik, nějaká věc, kterou musím udělat... teď už jsem ve fázi, kdy cvičím, protože chci něčeho dosáhnout, je to pro mě forma relaxace.“ (Alice, 22)

„Tehda jsem cvičila, abych spálila více kalorií... zachtělo se mi vážit trošku víc, být silnější, mít ty svaly hlavně, abych se cítila silná... naopak bych chtěla přibrat a chtěla mít nějakou lepší formu, větší svaly, lepší pocit v tom organismu.“ (Edita, 21)

Stejně jako Edita i Karla hovoří o své touze spíše po svalnaté nežli po hubené postavě, čímž nepřímou odkazuje k aktuální nepřítomnosti mentální anorexie. Vzhledem k v té době nařízené karanténě (Covid-19), a tedy i k nemožnosti navštěvovat fitness centra, popisuje Karla jisté vtíravé myšlenky a nepříjemné emoce spojené s nedostatkem pohybu.

„Já hodně cvičím, mám svaly... dělám vzpírání, což je opak toho, co by dělala anorektička... mně nevadí svalnatý nohy, to už jsem změnila... akorát mi je nepříjemný, jak je karanténa, tak se člověk moc nehýbe, nedělá tolik pohybu, kolik by dělal normálně.“ (Karla, 19)

10.2.3.3 Obavy z nadváhy

Strach z tloušťky a vtíravé ovládací myšlenky vedoucí k udržování nízké tělesné hmotnosti jsou dalšími z diagnostických kritérií a také často uváděných symptomů mentální anorexie.

Alice a Linda své aktuální obavy z nadváhy vyjadřují zcela otevřeně. Alice, v období akutní fáze mentální anorexie, tloušťku dokonce srovnávala s charakterovými vadami osobnosti. Aktuálně ji nejvíce děsí dědičná dispozice k nadváze, neumí se smířit s tím, že by jednou mohla vypadat jako její matka. Z výpovědi Alice je zároveň zřejmá ní vnímaná neschopnost s touto situací cokoliv udělat.

„Určitě mám strach z nadváhy... jedna fáze mého života byla, že když jsi tlustý, tak je to průšvih a vlastně je to horší než být třeba lhář... to slovo je takový strašidelný... nechci si přiznat, že jednou už nebudu taková, vidím to na mojí mámě... asi se to stane a bohužel s tím nic neudělám a čím dřív se s tím naučím žít, tak tím líp.“ (Alice, 22)

„Mám strach z nadváhy, vyvolává ve mně obavu... co se týče mého těla a ty představy, že já bych měla nadváhu, tak odpor... je to pro mě úplně nepředstavitelná věc.“ (Linda, 24)

Strach z tloušťky a neustálé zabývání se svým tělesným vzhledem přiznává i Karla.

„Asi z toho tloustnutí mám strach... celkově mě to trošku děsí... taky mám takovou deformaci, že když jdu okolo nějaký výlohy, tak se na sebe koukám, jak vypadám, je to takový strašně povrchní, ale prostě kontroluju, jak moc jsem přibrala nebo tak.“ (Karla, 19)

Stojí za povšimnutí, že mladší respondentky (22, 24) nadváhu vnímají především jako estetický nedostatek, zatímco starší z nich (37, 38) vyjadřují obavy také z fyzických omezení a zdravotních komplikací, které jsou s nadváhou často spojovány.

„Nechci zpátky ztloustnout... bylo by to jednak omezení a jednak zdravotní komplikace... nedovedu si představit, jak bych se cítila, kdyby mi zůstalo 20 kilo navíc.“ (Ilona, 38)

„Nadváha ve mně nevyvolává dobrý pocit, nejen fyzicky, co se týče vzhledu, ale i zdravotně, vnímám prostě deficit v pohybu... jde i o vzhled teda, nebudu kecat.“ (Běla, 37)

Konečně Diana a Helena, na rozdíl od výše zmíněných respondentek, aktuálně prožívaný strach z nadváhy odmítají. Absenci strachu však podmiňují striktní kontrolou nad svou životosprávou.

„Z nadváhy strach nemám, protože mi je úplně jedno, kolik vážím... kdyby to bylo o koncentraci tuku na těle, tak rozhodně, ale strach nemám, protože to mám pod kontrolou.“ (Diana, 41)

„Já si myslím, že nemám strach z nadváhy, protože jím tak, abych tu nadváhu neměla... ale jako samozřejmě bych ji nechtěla mít, proto dělám věci, abych ji neměla.“ (Helena, 29)

10.2.4 Na hranici recovery a relapsu mentální anorexie

Na tomto místě je vhodné připomenout definice pojmů recovery a relaps mentální anorexie.

Recovery neboli uzdravení, zotavení se z nemoci je často definováno jako úplné zbavení se jejích typických symptomů, a to na úrovni fyzické, behaviorální, kognitivní i emocionální. Konkrétně jde především o návrat ke zdravé tělesné hmotnosti, o změnu ve vztahu k jídlu a v jídelním chování, o změnu v myšlení, chování i prožívání tohoto jedince. Relaps je poté definován jako opětovný návrat některých symptomů onemocnění po období částečné nebo úplné remise. Zhoršení příznaků onemocnění je však přirozenou součástí procesu uzdravování.

10.2.4.1 Individuální proces léčby mentální anorexie

Odborná psychologická péče

Většina z dotazovaných respondentek hovoří o své pozitivní osobní zkušenosti s některou z forem psychologické/psychoterapeutické péče. Mnohé z nich se do rukou odborníků dostaly již v období akutní fáze mentální anorexie (Běla, Cecílie, Helena, Ilona a Karla). Alice

vyhledala odbornou pomoc, v důsledku nezvládnání své životní situace, až s odstupem času. Diana byla ve své nemoci, s ohledem na v té době nedostatečnou péči o pacienty s PPP, uvězněna sama bez pomoci, což stále vnímá jako velkou křivdu. Společným jmenovatelem všech níže uvedených výpovědí je, vedle pozitivního terapeutického vlivu, vlastní iniciativa, aktivita, motivace a ochota respondentek vystoupit z nemoci a tudíž na sobě i tvrdě pracovat.

„Chodila jsem na individuální psychoterapii, pak jsem byla hospitalizovaná, nebylo to nějaký násilný, naopak, já jsem byla aktér... i nadále jsem klientkou psychoterapie... teďka chodím na pohybovou terapii, takže objevuju svoje tělo a cítím, že se trochu mění ten negativní obraz sebe, jak vizuální, i hmatatelný.“ (Běla, 37)

„Myslím si, že jsem víceméně vyléčená, docházím do Centra Anabell, holky mi dost pomohly.“ (Cecílie, 22)

„Já jsem měla známou, věnuje se kineziologii... to mi hodně pomohlo, tam jsem si asi poprvý opravdu uvědomila, že mám nějaký problém... našla jsem si psycholožku v Česku... myslím si, že je to za mnou.“ (Helena, 29)

„Doktorka mi tak trochu promluvila do duše... říkala, že jsem hodně hubená a pohrozila mi.“ (Ilona, 38)

„Snažím se, chodím na terapie... pila jsem strašně hnusný čaje... to mi pomohlo určitě, i jsem chodila na akupunkturu.“ (Karla, 19)

„Já teď chodím k psycholožce, je to zvláštní, ale až ve 22 letech jsem vyhledala pomoc... stěžejní bod byl to, že jsem to už nezvládala.“ (Alice, 22)

„Pomohlo by mi, kdyby byla nějaká intervence a tehdy žádná opravdu nebyla... to mi jako hrozně chybělo, mohlo mi to velice pomoci, mohli mě nasměrovat... pořád to tam je, ale necítím se nemocná.“ (Diana, 41)

Vnitřní motivace a seberozvoj

Angažovanost a silná vnitřní motivace ke změně, potažmo k vyléčení se z mentální anorexie (Diana, Cecílie), je často doprovázena snahou některých z respondentek o teoretické porozumění problematice PPP, a to skrze sebevzdělávání a seberozvoj (Alice, Běla, Ilona).

„Podle mě jsem to držela já tím, že s tím chci něco dělat.“ (Diana, 41)

„Své pomocí hodně... to, že budu chodit do Anabell, k tomu jsem došla sama.“ (Cecílie, 22)

„Nejvíc mi pomohla vlastní edukace a čtení příběhů... hrozně jsem se o tom chtěla dozvědět a se spoustu lidmi jsme to řešili.“ (Alice, 22)

„Já jsem si docela brzo vyhledala informace, co to je zač, jak s tím naložit.“ (Běla, 37)

„Pak jsem někde v knihovně narazila na nějakou knížku o anorexii, přečetla jsem si to a zjistila jsem, že jsem prostě... že to je o mně ta knížka.“ (Ilona, 37)

V případě Edity pozorujeme spíše vnější nežli vnitřní motivaci ke změně, ta má v procesu léčby výrazně nižší efekt a důležitost. Edita do léčebného procesu vstoupila především s vidinou pochvaly a uspokojení své matky.

„Nějak jsem v sobě ty síly našla, nakonec mě nikde nezavřeli... fakt jsem se snažila jíst co nejvíc, aby mamka byla šťastná, aby viděla, že na tom pracuju, že se snažím přibrat.“ (Edita, 21)

Podpora blízkého okolí

Nezastupitelnou úlohu v léčebném procesu hraje bezesporu blízké okolí daného jedince. Helena a Karla poté zmiňují velkou oporu ve své matce.

„Určitě mi hodně pomohla máma... pořád při mně stála.“ (Helena, 29)

„Určitě mamka, to je moje podpora pořád.“ (Karla, 19)

Cecílie i Julie přiznávají, že v uvědomění si svého patologického chování i v následném procesu léčby hrál zásadní roli jejich životní partner. Julie, vlivem prožívaného domácího násilí, trpěla (mimo jiné) nedostatkem pozornosti a poskytnuté pozitivní zpětné vazby. Zmiňuje proto také významný vliv projevené náklonnosti ze strany svých učitelů.

„Když jsem na tom byla nejhůř, tak jsem potkala svého současného přítele, ten mi pomohl si uvědomit, že to, co dělám, není dobrý.“ (Cecílie, 22)

„Jsem ráda, že mám přítele, který mě v tomhle pochopil a je mi velkou oporou, myslím, že bych se jen tak z toho nevymotala, kdyby mi nepomáhal... vlastně mě od toho zachraňovali i učitelé, pochválili mě za to, že jsem něco udělala hezky nebo že jsem vyhrála olympiádu, tohle mě nějakým způsobem udrželo.“ (Julie, 27)

Aktuální fáze onemocnění

Alice a Linda v současné chvíli hovoří, v kontextu mentální anorexie, o jakémsi stabilizovaném stavu. Obě si však plně uvědomují, a ve svých výpovědích také naznačují, stále přítomné riziko relapsu tohoto onemocnění.

„Já si myslím, že teď jsem v nějaké rovné křivce, ve stabilní fázi, kdy to dokážu svou hlavou nějak zpracovat, dokážu si říct o pomoc.“ (Alice, 22)

„Já si říkám a doufám, že nejsem naivní, že to je za mnou, že to mám vyřešený, ale na druhou stranu je pro mě téma tý váhy a to, jak vypadám, pořád hodně důležitý.“ (Linda, 24)

Následující hlubší zamyšlení se Karly nad aktuální fází onemocnění velmi trefně odráží význam názvu této kapitoly „Na hranici recovery a relapsu mentální anorexie“. Karla si s jistými obavami plně uvědomuje křehkost současného více méně stabilizovaného stavu. Zmiňuje také, že před relapsem MA ji "chrání" síla vlastní vůle, zvýšená sebekontrola a negativní vzpomínky na již prožitou akutní fázi onemocnění.

„Jak kdybych stála nad propastí a balancovala tam špičkou nohy, úplně na tom vrcholku... kdybych se stále nekontrolovala a neměla tu zkušenost, tak do toho zase spadnu... myslím si, že to pořád nemám úplně dořešený... nemyslím si, že jsem úplně vyléčená, protože nejsem vyrovnaná s tím, jak vypadám... je to takový, že si prostě musím dávat pozor.“ (Karla, 19)

10.2.4.2 Bludný kruh nemoci

V návaznosti na předchozí podkapitulu je na tomto místě vhodné podrobněji poukázat na respondentkami plně uvědomované riziko relapsu mentální anorexie, a tedy na cykličnost tohoto závažného onemocnění. Přes viditelnou snahu, motivaci, náhled na aktuální chování a prožívání, i přes znalost alespoň některých rizikových faktorů, sledujeme u většiny respondentek spíše pesimistický pohled na možnost plného zotavení se z mentální anorexie.

„Mentální anorexie je hrozně dlouhá cesta... máte dobrý dny, špatný dny, někdy je to super, někdy ne... málokdy si myslím, že je možnost se toho zbavit, bohužel, je to tak.“ (Alice, 22)

„Ono je jako i dost možný, že se to prostě nikdy nepovede, že budu muset být vždycky v pozoru ohledně toho, co jím.“ (Cecilie, 22)

„To je něco, co jakoby nejde úplně vyléčit, vždycky to tam je a může se to vrátit.“ (Diana, 41)

„Vím, že ten problém mám, když mám horší den, cítím, že bych prostě chtěla držet dietu... tak to analyzuju, třeba si to i počítám, strašně smíšený pocity ohledně toho mám.“ (Karla, 19)

„Je to začarovaný kruh, když se přejím, mám pocit viny, a o to víc si nastavuju ten následnej režim nejedení, pak to pukne a zase se přejím, je to pořád takhle dokolečka.“ (Ilona, 38)

10.2.4.3 Rizikové faktory relapsu mentální anorexie

V následujících výpovědích se respondentky retrospektivně ohlíží na průběh svého onemocnění a poukazují při tom na subjektivně vnímané rizikové faktory relapsu mentální anorexie.

Stresové situace a nízká sebedůvěra

„To je fakt asi jediná věc, která je pro mě ohrožující, když se mi něco nepovede nebo je nějaká hádka... nemám kontrolu nad tím, co se kolem mě děje, nedokážu to ovlivnit.“ (Alice, 22)

„Asi jakýkoliv stresový nebo zátěžový situace by mohly ještě pořád u mě jakoby zpátky prohloubit nějakou tu poruchu.“ (Cecílie, 22)

„Já jsem pak ještě vlastně zhubla, když jsem pracovala v diagnostickém ústavu, protože to byl pro mě strašný stres.“ (Helena, 29)

„Když si nějakým způsobem nevěřím, když se něco pokazí v životě, v práci... tak mám trošku tendenci sklouzávat k tomu nejíst.“ (Julie, 27)

Významná životní změna

Za významnou životní změnu je v kontextu této práce považován především respondentkami realizovaný dlouhodobý zahraniční pobyt. Alice absolvovala studijní stáž v rámci programu Erasmus+, Běla poté odcestovala do zahraničí jako au-pair. Změna prostředí, izolace a s ní související osamělost vedly u obou respondentek ke krátkému relapsu mentální anorexie.

„Cítila jsem se velmi izolovaná, neznala jsem tam vůbec nikoho... byla jsem hodně na hranici mezi zdravýma a špatnýma návykama.“ (Alice, 22)

„Byla jsem v zahraničí jako au-pair, nevyhovovala jsem si s rodinou, byla jsem tam sama, osamělá... nezvládala jsem to tam... to byla jako krátká recidiva.“ (Běla, 38)

Zvýšení tělesné hmotnosti

Obávaným rizikovým faktorem návratu mentální anorexie je také náhlé zvýšení tělesné hmotnosti, potažmo změna fyzického vzhledu. Tento fakt ukazuje na stálou přítomnost negativního tělesného sebeobrazu jakožto jednoho z diagnostických kritérií mentální anorexie.

„V momentě, když bych přibrála... v takovém momentě, protože se mi to silně nelíbí ten stav, tak mám tendence k tomu to řešit radikálně, hodně rychle.“ (Linda, 24)

„Byla jsem v šoku, jak to, přibrála jsem, musím zase zhubnout.“ (Edita, 21)

Kontrolování příjmu potravy

Také přílišné zaobírání se vlastním jídelním chováním spolu s kontrolováním množství přijaté potravy, především pak ve smyslu počítání kalorií, může vést, dle Alice, k návratu mentální anorexie do života jedince.

„Pro mě jako hlídání kalorií úplně není, řekla bych, že to nemůžu dělat... je to jedna z věcí, která vás potom dostane zpátky do toho zase.“ (Alice, 22)

10.2.4.4 Prevence relapsu mentální anorexie

Problematika recovery, relapsu a tudíž i prevence relapsu mentální anorexie je jen velmi těžko uchopitelná. Důvodem je především nejasně vymezená terminologie, nekomplexně popsané projevy blížícího se návratu onemocnění do života jedince i stále neukotvená léčebná strategie. Jedním z hlavních cílů prevence relapsu mentální anorexie je vybavit pacienta schopnostmi předvídat, identifikovat, vyhnout se a případně také úspěšně ustát zátěžové situace a riziková prostředí. Součástí účinné prevence relapsu mentální anorexie je také dodržování předem nastavených režimových opatření a vyhýbání se nadbytečnému stresu a stálému přetěžování se.

Téma prevence relapsu mentální anorexie je detailně zachyceno v samostatné kapitole „Doporučení vedoucí ke snížení rizika relapsu mentální anorexie“. V níže uvedených výpovědích respondentky odpovídají na otázku, co by poradili těm, kteří se aktuálně nacházejí ve stabilní fázi onemocnění, ale mají jisté obavy z návratu akutní fáze mentální anorexie, zvláště pak v psychicky náročnějším období doprovázeném zvýšeným stresem.

„Hodně mi pomáhá takové to 80 a 20, 80 % nějaká vyvážená strava a k tomu 20 % jídla, které mám ráda.“ (Alice, 22)

„Vzpomenout si na to, jaký to bylo, když na tom byl nejhůř a popřemýšlet si nad tím, jestli se tam opravdu chce dostat znova anebo jestli chce fungovat nějak normálně.“ (Helena, 29)

„Hledání toho, proč jsem ve stresu, co je příčinou toho stresu.“ (Julie, 27)

„Najít nějaký cíl... pochopit, proč chceš žít a proč chceš být zdravý... najít něco, co člověk rád dělá, aby měl víc pozitivních emocí... nedělám to pro někoho, dělám to pro sebe.“ (Edita, 21)

„Já si myslím, že je strašně důležitý stanovit si nějakou vyšší hodnotu, jak je ta pyramida potřeb, tak seberealizace, něco, co je opravdu přesahující... to, že člověk bude hubenej, je vlastně každému jedno, ale třeba to, co dokázal nebo jak někomu pomohl, tak to zůstává navždycky.“ (Karla, 19)

10.2.5 Důsledky mentální anorexie na život již subjektivně zdravých žen

Mentální anorexie se velmi často podepisuje nejen na fyzickém a psychickém zdraví daného jedince, ale i na úrovni jeho sociálního života. Mimo Cecílii, která okrajově zmiňuje přetrvávající zažívací potíže, si žádná z dotazovaných respondentek na fyzické důsledky mentální anorexie nestěžuje. Zmiňují však více či méně závažný dopad tohoto onemocnění na své psychické zdraví, zejména však na zpětné začlenění se do společnosti.

10.2.5.1 Sociální vyloučení

„Pak mi nějakou dobu trvalo se zase nějak srovnat, zase tak nějak být v kontaktu s těma vrstevníkama, ono to nebylo úplně jednoduchý.“ (Helena, 29)

„Já jsem si nechtěla nechat pomoc, takže ten kontakt byl menší a menší a teďka už dlouho s nimi nejsem v kontaktu... to přátelství úplně vymizelo.“ (Cecílie, 22)

„Myslím si, že mě to do současnosti nějak ovlivňuje, ta sociální úzkostnost... vlastně jsem ta, která patří do skupiny „prodělala něco“, jak kdybych se cítila napůl kompetentní.“ (Běla, 37)

„Jde s tím nějaký stud, nějaké vyčlenění z té sociální skupiny... největší následek byl, že jsem se na pracovním trhu cítila jako největší hadr.“⁶⁹ (Diana, 41)

„Než abych šla na party, tak si radši udělám poklidný večer, ráno vstanu, jdu běhat nebo jdu na výlet.“ (Linda, 24)

10.2.5.2 Těžkosti v prožívání mateřství, výchovné postoje

Mateřství žen, které se potýkají či se v minulosti potýkaly s některou z forem PPP, je ve společnosti věnována jen malá pozornost. Výsledky tohoto výzkumného šetření však ukazují na významný vliv minulé zkušenosti s tímto onemocněním na prožívání vlastního mateřství i na výchovné postoje dotyčných žen.

Diana je matka dvou dětí. V průběhu rozhovoru vzpomíná na své první těhotenství, díky kterému si uvědomila iracionalitu svého patologického jídelního chování, a tak s ním v té době definitivně skončila. Opakovaně však apeluje na nedostatečnou odbornou péči, která jí byla v době akutní fáze mentální anorexie poskytnuta. Dodnes se tímto nedostatkem péče a pozornosti ze strany odborníků cítí být negativně poznamenána, což se odráží především v jejím nadměrném zaujetí zdravotním stavem své dcery a ve snaze zajistit dceři to, co se jí samotné

⁶⁹ Diana v důsledku hospitalizace spojené s léčbou MA přerušila studium na střední hotelové škole

nedostalo. Z níže uvedené výpovědi je patrný Dianin hyperprotektivní výchovný styl, ale i projekce jejích přetrvávajících potíží do života své dcery.

„Vždycky jsem tlačila na to, aby se dcera dostala k odborníkům... oni mi nevěřili... já jsem se ale pořád snažila, protože jsem si vždycky vzpomněla na to, co se dělo se mnou.“ (Diana, 41)

Běla a Ilona otěhotněly až po několika letech od subjektivního vymizení potíží spojených s mentální anorexií. Běla na své těhotenství vzpomíná s radostí, prioritou pro ni bylo především zdraví dítěte, a tak se v průběhu těhotenství ve stravování nikterak neomezovala. V důsledku prožitého domácího násilí a vlastní zkušenosti s mentální anorexií pozorujeme u obou Běliných dětí nezdravé stravovací návyky i její výrazně ambivalentní přístup k výchově doprovázený uvědomovanou bezradností, nedůsledností a ničivou úzkostí.

„Oni jsou takoví naplácnutější oba... mám v sobě nějaký dvě části, jedna říká „opravdu se cpou, přehánějí to“, druhá část „přeci jim to nebudeš zakazovat“ a vlastně nevím, která je ta moje proanorektická část a která je ta zdravá... nevím, jak to uchopit, abych je nijak nezranila, ale zároveň abych nesklouzávala do hyperprotektce... mám o ně nepřiměřený strach... nejsem moc důsledná... vlastně si myslím, že jim tak trošku ubližuji tou svou úzkostí.“ (Běla, 37)

Tělesné změny jsou v průběhu těhotenství přirozeným a jen obtížně kontrolovatelným jevem, což je pro ženu trpící PPP velmi zraňující a těžko přijatelné. Důkazem toho je Ilona, která v průběhu rozhovoru několikrát zdůrazňuje fyzická omezení spojená s nárůstem tělesné hmotnosti v těhotenství, přestože svou váhu měla do značné míry pod kontrolou. Za povšimnutí stojí Ilonino srovnání těhotenství se stavem nadváhy. Jak je již zmíněno v jedné z předešlých kapitol, po narození prvního syna si Ilona prošla poporodní depresí, jejíž vznik sama zdůvodňuje vyčerpávající péčí o svého náročného syna.

„Když si vzpomenu, jak jsem byla nemožná, když jsem byla těhotná... jak to musí vypadat, když má člověk 20 kilo přes, je zoufale nemotorný, nemůže se hýbat bez nějakýho důvodu jako je kopající mimino v břiše... přibrala jsem jenom nějakých 12, 13 kilo, tak jsem to přibírání zvládla dobře... měla jsem docela obtíže po narození prvního syna, bylo to takový typický uřvaný dítě, trvalo to celý první rok... v té době jsem byla docela hodně na dně.“ (Ilona, 38)

Edita a Julie jsou zatím bezdětné, přesto je pomyšlení na své budoucí těhotenství tíží již nyní. V případě Edity sledujeme úzkostné obavy spojené s očekávaným a tedy téměř nevyhnutelným zvýšením tělesné hmotnosti, z fyzické změny. Tyto obavy zahání plánováním a snahou již v tuto chvíli získat nad situací alespoň částečnou kontrolu. V tomto kontextu poté nevědomě naráží na svou zvýšenou tendenci navrátit se, v období těhotenství, ke kompulzivnímu cvičení.

„Straší mě trošku myšlenka o těhotenství... já vím, že se to dá vyřešit, budu prostě cvičit nějakou dobu předtím až mi prostě lékař řekne, že už mám přestat a počkat... žena už není krásná po porodu... to jsou ale výmluvy, že nemůže cvičit... ta myšlenka mě trošku děsí.“ (Edita, 21)

Přestože se Julie na období těhotenství velmi těší, trápí ji obavy a nedůvěra ve vlastní tělo. Negativní emoce a vtíravé myšlenky spojené s těhotenstvím mají (opět) svůj základ v Juliině původní rodině.

„Hrozně bych si to přála... moc si teda nevěřím, že to budu schopná zvládnout, to těhotenství... rodina mi pořád dokola říkala, že bych nebyla schopná vydržet porod, že jsem moc přecitlivělá a tak, takže mám z toho strach, strašný jako obavy, že to určitě nezvládne to moje tělo, takovou nedůvěru k němu mám.“ (Julie, 27)

10.2.5.3 Mentální anorexie jako pozitivní životní zkušenost

Závěrečné úryvky výpovědí respondentek ukazují na to, že životní období spojené s mentální anorexií, je ve většině případů retrospektivně vnímáno velmi pozitivně, s pokorou, vděčností a obdivem vůči vlastní osobě. Byla to jistě těžká životní zkouška, jejíž výsledkem jsou mentálně silnější, sebevědomější jedinci uvědomující si křehkost svého fyzického i psychického zdraví.

„Prožila jsem to tak, jak jsem to prožila a kvůli tomu jsem tam, kde jsem a teď jsem vlastně fakt šťastná.“ (Alice, 22)

„Tím vznikl zájem o psychologii v těch 16 letech... víc mně to dalo než vzalo.“ (Běla, 37)

„Já tu svoji anorexii neberu jako něco zlého, ale jako nějakou fázi svého života, kterou jsem si musela projít... určitě mi to dodalo sebeúctu a nějakou vnitřní sílu... to, že jsem byla schopná dojít do poradny nebo to někomu sdělit, tak mi dodalo určitě i na sebevědomí.“ (Cecilie, 22)

„Mělo to tak být, že jsem to tak měla prožít... já si nedokážu sama sebe představit jinak, jsem teďka šťastná za to, jaká jsem, kdo jsem... já jsem za ty zkušenosti vlastně vděčná, ale asi jenom proto, že jsem to přežila.“ (Diana, 41)

„Zvládla jsem to všechno sama, bez cizí pomoci, vůbec nikdo nepomáhal, spíše naopak, tak jsem asi o hodně mentálně silnější.“ (Edita, 21)

„Myslím si, že mi to paradoxně pomohlo si to jídlo užívat... prostě chutná mi to, tak si ho užiju... asi na to ani nenahlížím negativně, spíš jsem dokázala něco pochopit... o tom provázání toho všeho... uvědomit si, co ta mentální anorexie je... nakonec je možná víc pozitiv než negativ... nevím, jestli je to vůbec normální, dívat se na takovou věc takhle pozitivně.“ (Julie, 27)

„Je to pořád zkušenost, ne sice nějaká dobrá, ale kterou jednou můžu třeba nějak zužitkovat... snažím se na to pohlížet i z toho pozitivního hlediska, i když to teda není úplně nic, co bych někomu přála...“ (Karla, 19)

11 Doporučení vedoucí ke snížení rizika relapsu mentální anorexie

Hranice mezi fází recovery a relapsem mentální anorexie je velmi tenká. Jedním z cílů tohoto výzkumného šetření je proto vysledovat některé varovné příznaky, rizikové situace a účinné prostředky vedoucí ke snížení rizika relapsu tohoto onemocnění, a to skrze výpovědi samotných respondentek.

„Jak kdybych stála nad propastí a balancovala tam špičkou nohy, úplně na tom vrcholku.“

Stanovit, zdali se (již) jedná o relaps či nikoliv je mnohdy velmi obtížné nejen pro odborníky, ale i pro samotné pacienty/pacientky. Jde však o poměrně častý jev (35–41 %), proto je vhodné krátký návrat některých symptomů do života jedince vnímat jako přirozenou fázi léčebného procesu. Existují jisté ověřené postupy, které riziko relapsu mentální anorexie významně snižují. Výsledkem obohacení těchto postupů o konkrétní výpovědi respondentek tohoto výzkumného šetření jsou poté níže uvedená doporučení. Ta v zásadě odrážejí sekundární analýzu získaných dat z poněkud jiného úhlu pohledu.

Doporučení jsou směřovaná všem těm, kteří mají osobní zkušenost s mentální anorexií či s jinou formou PPP, ale i jejich blízkému okolí. Cílem předložených doporučení je především snaha o snížení rizika relapsu mentální anorexie ve chvíli, kdy se cítí dotčený jedinec návratem tohoto onemocnění zvýšeně ohrožen.

Je však nutné myslet na to, že nejdůležitějším faktorem úspěšného léčebného procesu, a tedy i nejučinnější zbraní v boji proti návratu akutní fáze MA do života jedince je, vedle podpory a pochopení blízkého okolí, také **vnitřní motivace, aktivní přístup a ochota jedince ke změně.**

11.1 Doporučení jedincům s minulou zkušeností s MA

PEČUJ O SVÉ FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Péče o vlastní tělo i duši, schopnost své tělo vnímat, naslouchat mu, stejně jako schopnost ocenit se a odměnit se za dosažené úspěchy, je účinnou zbraní proti vlastním negativním myšlenkám a emocím, stejně jako proti stále hrozícímu relapsu mentální anorexie.

„Dokážu se opečovat, dokážu se ocenit a dokážu nějak relativně efektivně využívat svůj život.“

Poznávej se, hledej varovné signály a jejich původ

Nalezení a porozumění varovným signálům blížícího se relapsu mentální anorexie úzce souvisí s porozuměním sám/sama sobě, což je také jeden z dílčích cílů celého léčebného procesu.

Pakliže porozumím svým myšlenkám a emocím, velmi pravděpodobně porozumím také důvodům vracejících se potíží, díky čemuž mohu jejich znovuoživení vlastní vůlí zabránit.

Níže uvedené výpovědi poukazují na tyto varovné signály – zvýšení tělesné hmotnosti, touha po přijetí, nízké sebevědomí, prožívaná stresová zátěž či ztráta kontroly nad danou situací.

„Mám strach z nadváhy, ani ne z toho, že bych se nějak fyzicky změnila, ale spíš mi jde o tu pocitovou, emoční stránku.“

„Nejsem úplně spokojená, jak jsem teď přibrala a je těžký to kontrolovat, ty pocity.“

„Mám pořád tendenci řešit jeho rodiče a to, že bych jim ráda ukázala, kdo jsem, aby mě nějakým způsobem přijali.“

„Když si nevěřím a přijdu si špatná, tak mám trošku tendenci sklouzávat k tomu nejíst.“

„Jakmile nastane nějaká větší stresová zátěž, tak to většinou řeším tím jídlem.“

„Vzhledem k tomu, že nad tím ztratíte kontrolu, tak víte, že už je to špatný.“

S nikým se nesrovnávej

Bohužel žijeme v době sdílení svých „dokonalých“ životů skrze sociální sítě, což většinu z nás přirozeně vede k neustálému srovnávání se a mnohdy i k následným pocitům méněcennosti.

„Může to být velký zdroj inspirace, ale taky zdroj obrovského psychického týrání se“.

Srovnávání se s ostatními, jak ve smyslu fyzického vzhledu, tak ve smyslu jídelního chování, je pro jedince s mentální anorexií typické. V následujících výpovědích respondentek je patrná tíha a frustrace plynoucí z neustálého porovnávání se v období akutní fáze mentální anorexie, stejně jako nemožnost/neschopnost se tohoto „zlovyku“ zbavit.

„Hodně jsem koukala na holky, když byly tlustší než já, tak jsem si říkala, že jsem lepší.“

„Já bych přece měla jíst míň než tuhle porci, cítila jsem se trapně vůči tomu okolí.“

„Nezkoumám, kdo snědl míň nebo tak, ale pořád to ve mně nějak je, to srovnávání.“

DODRŽUJ PRAVIDELNÝ, PESTRÝ A NUTRIČNĚ VYVÁŽENÝ JÍDELNÍČEK

Udržování optimální tělesné hmotnosti a dodržování pravidelného jídelního režimu má v procesu uzdravování se z mentální anorexie zásadní význam.

„Řeším, jak najít nějaký správný režim v tom jídle, nějakou rovnováhu, takže si píšu jídelníček. Zároveň se snažím jídelníček nějak striktně nekontrolovat.“

„Učím se vlastně znova poslouchat svoje tělo a jíst to, co potřebuju.“

Nevaž se

Pamatuj na to, že (aktuální) tělesná hmotnost, stejně jako fyzický vzhled, neurčují tvou hodnotu. V následujících výpovědích je patrné nadměrné zaujetí tělesnou hmotností a urputná snaha o dosažení konkrétního čísla na váze. Vzhledem k faktu, že (nemocným jedincem) vysněná cílová hmotnost bývá velice nízká, je akt vážení se často spojován s pocity strachu a s úzkostí. Proto, pokud tě ručička na váze stresuje, nevaž se a užívej si života bez čísel.

„Byla jsem více méně spokojená tak na 42, 43 kg. Přibrala jsem na 50 kg, to bylo přesně to, z čeho jsem začínala, zase jsem nebyla šťastná.“

„Nevím, kolik vážím, měla bych strašnou úzkost, kdybych to zjistila, takže to fakt nedělám.“

NAUČ SE EFEKTIVNĚ PRACOVAT SE STRESEM

První pomoc v boji proti stresu

Manipulace s jídlem, ať už ve smyslu jeho odmítání či nadměrného přijímání, je pro jedince trpícího mentální anorexií mocným nástrojem v boji proti stresu. Následující výpovědi poukazují na další, jistě i zdravější a účinnější možnosti odreagování se, uspokojení svých potřeb, potěšení vlastního já, a to jinou než sebedestruktivní cestou hladovění či přejídání.

„Kočky... zažila jsem od nich lásku a přijetí, měly mě rády. Měla jsem aspoň někoho.“

„Taktilní podněty, cítím blízkost a soustředím se na něco jiného než jenom na ten stres.“

„Pouštím si nějakou hudbu, nějaký vůně.“

„Jakákoliv činnost, kdy se můžu soustředit na něco jiného než na sebe. Jezdit na kole, chodit do posilovny, setkávat se s přáteli, číst knížky, podívat se na nějaký hloupý seriál...“

„Omalovánky, takový ty mandaly, nebo čtení, koukání na nějaký seriál, jít se projít, vlastně jakákoliv činnost, která je dostupná a která mi nějakým způsobem nahradí to jídlo.“

„Cvičení, i jóga hodně, nějaké takové naladění na sebe.“

„Začala jsem šít, to je pro mě ohromná terapie.“

Zpomal a zamysli se nad tím, jak se aktuálně cítíš

K relapsu mentální anorexie dochází nejčastěji ve stresových životních situacích. Je proto velmi vhodné zamyslet se nad svým aktuálním vnímáním, chováním a prožíváním, i nad tím, co pro sebe mohu udělat, případně, co pro mě mohou udělat druzí ve chvíli, kdy se necítím nejlépe.

„Potřebovala bych se v tu chvíli zastavit a popřemýšlet nad tím, co vlastně dělám. Většinou si říkám, co je to nejhorší, co by se mohlo stát, a pak vymyslím nějaký plán, jak to zvládnout.“

„Vzpomeň si, jaký to bylo, když ti bylo nejhůř a popřemýšlej nad tím, jestli se tam opravdu chceš dostat znova anebo jestli chceš fungovat normálně.“

Vystav se obávanému

Záměrné vystavování se svým strachům – expozice je jedna z nejpoužívanějších a také neúčinnějších metod užívaných v kognitivně-behaviorální terapii. Z tohoto důvodu, pakliže se cítíš vyrovnaně a bezpečně, se zkus svým strachům postavit čelem, a to nejlépe v doprovodu někoho blízkého. Je velmi pravděpodobné, že tyto strachy budou mít postupně slábnoucí tendenci a ty se zanedlouho dočkáš života bez obav.

„Snažím se stavět do situací, který mi byly nebo ještě částečně jsou nepříjemný, jako je jezení na veřejnosti, jezení jídla v restauracích, kdy nevím, kdo vařil, jak vařil, kolik kalorií to obsahuje. Vždycky je třeba to dělat, když se cítím dobře, když jsem v bezpečném prostředí.“

SDÍLEJ SVÉ MYŠLENKY A EMOCE S OSTATNÍMI

Otevřená a upřímná komunikace je, nejen v kontextu mentální anorexie, naprosto stěžejní. Účinně pomoci lze danému jedinci jedině v případě, kdy mají druzí možnost plně porozumět jeho myšlenkám, emocím i potřebám. Vedle toho efekt sdílení svých (negativních) zkušeností může být pro dotyčného velmi přínosný.

„Já jsem se o tom až v poslední době začala otevřeně bavit s mými kamarádkama a až teď jsem se od nich dozvěděla, že to prožívaly velmi podobně.“

„Prostě jsme spolu o tom nemluvily... pro mě bylo velmi důležitý to říct.“

„Já mám pocit, že když o tom mluvím, tak mně to vlastně pomáhá.“

Získej nadhled

Velkým pomocníkem k získání nadhledu nad svými těžkostmi, ale i nad sebou samým, je zapisování si svých myšlenek a emocí, například do deníku, či zamyslet se a podívat se sám/sama na sebe očima druhých.

„Výborný je psát si deník a získat tím nějaký nadhled, podívat se černé na bílém, že se se mnou něco děje, že je něco v nepořádku, neodsuzovat se a podívat se na to, jak kdyby to psal někdo třetí nebo nějaký kamarád, který se na to nebude dívat mými kritickými očima, ale podívá se na to stylem – moje kamarádka má problém, jak jí můžu pomoci?“

„Začala jsem s takovým tím Anabell self pomocným deníkem, to mi pomohlo.“

„Většinou se z toho vypisuju do deníku a pak to probírám v Anabell.“

VZDĚLÁVEJ SE

Nedílnou součástí prevence relapsu mentální anorexie je také psychoedukace. Vzdělávej se, vyhledávej si informace a staneš se tak samostatnější a schopnější ovlivňovat průběh vlastní nemoci, což je v konečném důsledku nejúčinnější faktor a zbraň v boji proti návratu MA.

„Já jsem si docela brzo vyhledala informace, co to je zač, jak s tím naložit.“

„Pak jsem někde v knihovně narazila na nějakou knížku o anorexii, přečetla jsem si to a zjistila jsem, že jsem prostě úplně... že to je o mně ta knížka.“

NEBOJ SE ŘÍCT SI O POMOC

Uvědomit si a připustit si naléhavost své nelehké situace je prvním a zároveň nejdůležitějším krokem vedoucím ke změně. Včasné vyhledání odborné pomoci a včasná intervence mohou toto náročné období významně zkrátit a ulehčit. Pokud se aktuálně necítíš, v kontextu relapsu mentální anorexie, bezpečně, a nemáš dostatek odvahy ke sdílení svých pocitů a k aktivnímu řešení celé situace, následující výpovědi by tě tak mohli uklidnit a k oné aktivitě podpořit.

„Tohle se děje spoustu lidem, ani o kterých nevíš, vyhledej pomoc.“

„Obrat' se na někoho, komu můžeš důvěřovat, a pokud nikdo takový není, tak se bez problému obrat' na nějakého odborníka, a pokud ti ten odborník nesejde, tak najdi jiného, pokud nesejde ani ten, tak to zkoušej znova a znova, protože to má smysl.“

„Pořád jsem si říkala, jestli ten můj problém je vlastně dostatečně velký problém. Chtěla bych říct, že jakýkoliv problém je problém, setkávám se s tím i ve svém okolí, že pro každého je problém něco jiného. Určitě nebát se říct si o pomoc, to je hodně, hodně důležitá schopnost.“

Nevzdávej se

Léčba mentální anorexie trvá obvykle řadu let. Jak bylo již několikrát zmíněno, na relaps MA je nahlíženo jako na přirozenou fázi léčebného procesu, a tak není nutné návrat některých příznaků vnímat jako osobní selhání, naopak, je důležité nebát se do léčebného procesu vstoupit znovu, a znovu.

„Někdy mám takový pocitu, jestli se vůbec někdy dokážu vrátit do normálu.“

11.2 Doporučení osobám blízkým jedinci s minulou zkušeností s MA

Rodina i blízcí přátelé jedince trpícího mentální anorexií jsou zpravidla ve velmi těžké pozici. Sebedestruktivní chování svého blízkého, i jeho častý odpor k léčbě, mnohdy hodnotí jako nepochopitelné a iracionální. Jejich častou reakcí poté bývá přehlížení či bagatelizování problému nebo naopak zvýšená nervozita, podrážděnost až agresivita směrem k nemocnému. Je velmi důležité přijmout fakt, že mentální anorexie není volba, ale nemoc, která daného jedince ke zmíněnému iracionálnímu jednání, i včetně lhaní, podrážděnosti a emočního vydírání, často dovádí. Tolerance emocionálních propadů nemocného tak může být velmi osvobozující. Níže uvedená doporučení pro rodinu a blízké okolí jedince ohroženého návratem mentální anorexie byla vytvořena na základě vyjádření respondentek tohoto výzkumného šetření k otázkám „*Co jste od svého okolí, v době akutní fáze mentální anorexie, nejvíce potřebovala? Co by pro vás mohlo udělat vaše okolí, aby tak došlo ke snížení rizika návratu onemocnění?*“ O odpovědi na otázku týkající se akutní fáze mentální anorexie se v tomto kontextu opíráme právě z důvodu tenké hranice mezi fází recovery a samotným relapsem. Věřím, že výpovědi vracející respondentky do akutní fáze mentální anorexie, jsou pro tvorbu a uplatnitelnost níže uvedených doporučení velkým přínosem.

Nutno říci, že následující doporučení jsou platná pouze v případě, kdy danému jedinci nejde o život, tudíž tehdy, kdy se nenachází v akutní fázi mentální anorexie. Ve chvíli, kdy pozorujeme extrémní úbytek tělesné hmotnosti, dochází k postupnému metabolickému rozvratu, a je tak nutné jednat okamžitě.

AKTIVNĚ PROJEVUJTE SVŮJ ZÁJEM

Jedinci trpící mentální anorexií, ale i jinou formou PPP, jsou velmi často zahlceni vtíravými myšlenkami a plně zaměstnání kompulzivním chováním. Za své patologické myšlení a chování, ve chvíli, kdy si ho uvědomují, se poté často stydí a nemají tak odvalu svěřit se svému okolí.

„Takže tam byl takový pocit ostudy nebo prostě, že nechci, aby to lidi věděli.“

„Nechci obtěžovat, nechci se vnucovat, nechci, aby si mysleli, že jsem slabá, že si stěžuju.“

Je proto na místě v tuto chvíli přebrat iniciativu a aktivně projevit svůj zájem, vyjádřit své obavy. Váš blízký v to pravděpodobně i tajně doufá a na vaši pomoc napjatě čeká.

„Důležitý pro mě bylo, že jsem měla pocit, že neobtěžuju.“

„Možná bych potřebovala víc podporu kamarádů.“

„Možná nějaký ten lidský kontakt bych potřebovala.“

„Pomohlo by mi, kdyby se moje maminka víc zajímala nebo něco s tím dělala.“

„Já si myslím, že jsem potřebovala, aby mě prostě někdo vzal a donutil... v tu chvíli by bylo lepší, kdyby moji rodiče měli více autoritářský přístup a někam mě dotáhli.“

BUĎTE UPŘÍMNÍ

Je pochopitelné, že svému blízkému, zvláště pak v takto nelehké situaci, nechcete nikterak ublížit, samotné respondentky však upřímné vyjádření obav i negativních postojů vůči jejich aktuálnímu fyzickému stavu přijímají mnohdy kladně a s vděčností. Jedním z důvodů může být jejich zkreslené vnímání vlastního těla a neschopnost na svůj fyzický vzhled reálně nahlédnout. Srážka s realitou pak může být důvodem k zamyšlení a impulzem k velkým změnám.

„Mně tenkrát fakt pomohlo, že mi kamarádi neustále opakovali, že takhle nevypadám dobře, že tohle mi nesluší, že jsem mnohem hezčí, když mám ty kila nahoře. Bohatě stačily jejich jízlivé poznámky, jak vypadám hrozně, jak jsem nechutná.“

„Pomohli mi kamarádi, co mi řekli, sluší ti to, ale už je to moc, máš problém, měli o mě strach.“

„Co mi vlastně pomohlo bylo to, že mi pořád někdo říkal, jak mi to nesluší.“

NEVYVÍJEJTE NÁTĽAK

Přestože máte o svého blízkého strach, mějte na paměti, že přílišný nátlak, nucení k jídlu, obviňování a udělování nevyžádaných rad může mít zcela opačný efekt. Ve chvíli, kdy se nemocný jedinec cítí být zahrán do kouta, má tendence k podvádění, lhaní, ale také k vyhrožování a emočnímu vydírání. Raději se obrňte trpělivostí a buďte svému blízkému nablízku, čas a vaše pozornost je to, co potřebuje nejvíce.

„Myslím si, že ten nátlak spíše podpoří do toho znovu spadnout než že by to nějak pomohlo.“

„Myslím si, že takový ten tlak spíš podpoří tam spadnout než že by to nějak opravdu pomohlo.“

„Prostě jsem chtěla, aby mi dali lidi pokoj a nechali mě být, nenutili mě do toho jídla.“

„Jediné, co jsem potřebovala, je pochopení, čas, aby měli trpělivost a tu podporu, místo vyhrožování. Nejhorší na tom bylo, že oni se mě všichni snažili donutit, abych jedla, abych přibrala a to je právě to, co nesmíš říkat.“

„Hlavně ať na něj nikdo netlačí s tím, že ho budou k něčemu nutit, na to musí člověk přijít sám.“

„Určitě ho neobviňovat, nějakým způsobem prostě podpořit.“

MILUJTE A PŘIJÍMEJTE BEZ VÝHRAD

Láska, vřelost a bezpodmínečné přijetí, to je to nejzákladnější, a zároveň také to nejcennější, čím můžete svého blízkého obdarovat, a pomoci mu tak k posílení jeho křehké sebehodnoty.

„Pro mě bylo vždycky nejdůležitější cítit přijetí toho mého přirozeného já nejbližším okolím.“

„Ocenila bych pozornost, akceptaci, nekritičnost. Byla tam ta touha po přijetí nebo touha po pozornosti ze strany dospělého.“

„Já si myslím, že jsem potřebovala hlavně od té svoji mamky a od těch rodičů nějaký přijetí.“

„Potřebovala jsem uznání té snahy a nějaký přijetí mě takové, jaká jsem.“

„Potřebovala jsem, aby mi řekli, že bych pořád byla dobrá, kdybych přibrala. Asi bych chtěla slyšet, že jsem dobrý člověk a nezávisí to na tom, jak vypadám.“

„Nejvíce jsem potřebovala slyšet, že mám právo jíst.“

NASLOUCHEJTE

„Já jsem ten typ anorektičky, co se o tom chtěl bavit a hrozně chtěl, aby ho někdo poslouchal.“

„Nemám problém o tom mluvit, spíš jsem neměla možnost říct to někomu, koho by to zajímalo.“

NABÍDNĚTE POMOC

„Mně hrozně vadilo, že se o tom vědělo, ale nikdo se mnou o tom přímo nemluvil, nikdo nepřišel... vlastně bych potřebovala někoho, kdo by řekl: Já vím, že se to teď může vrátit, když je taková situace, jsi v pohodě? Chceš nějak pomoc? Co pro tebe můžu udělat?“

Nejen vzhledem k cennému obohacení této kapitoly publikacemi zveřejněnými na webových stránkách Centra Anabell, převážně pak ale z důvodu jimi nabízené komplexní péče o klienty s poruchami příjmu potravy, ať už jde o linku Anabell, psychoterapeutickou podporu, nutriční poradenství, peer konzultace, svépomocné skupiny atd., příkládám zde odkaz na webové stránky tohoto kontaktního centra. Mimo výše zmíněné lze na této platformě dohledat tzv. "Kontaktník pomoci osobám s poruchami příjmu potravy", kde jsou, dle jednotlivých krajů, přehledně uvedeni odborníci zabývající se problematikou PPP, a to včetně adresy působení, tel. kontaktu a informace, zda je zvolená služba hrazená pojišťovnou či nikoliv.

<http://www.anabell.cz/cz/nabizime>

DISKUZE

V této kapitole se pokusím, s oporou v realizovaném výzkumném šetření a následné kvalitativní analýze získaných dat, zodpovědět na výzkumné otázky uvedené v úvodu rigorózní práce.

Vzhledem ke zvolené kvalitativní metodologii a s ní souvisejícím nízkým počtem respondentek účastnících se tohoto výzkumného šetření, ale i vzhledem k vysoce individuálnímu prožívání a rozdílné životní situaci každé z nich, je nutné mít na paměti, že níže prezentované závěry nelze generalizovat na celou cílovou skupinu jedinců s minulou zkušeností s mentální anorexií.

1. Jaký vztah k jídlu a jaké jídelní chování pozorujeme u jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií?

Zásadní vliv na utváření stravovacích návyků každého z nás, a tedy i na riziko vzniku mentální anorexie, má naše rodinné zázemí (Krch, 2010). V průběhu realizovaných rozhovorů s většinou respondentek narážíme na přítomnost emočního strádání v křehkém období dětství a dospívání, ve dvou případech dokonce i na prožité domácí násilí. Následkem takového traumatu často bývá, vedle posttraumatické stresové poruchy, i nenaplněná potřeba lásky a bezpečí spolu se silnou touhou po bezpodmínečném přijetí. Ono bezpečí a jistotu respondentky později hledají, a bohužel také i nacházejí, právě v mentální anorexii a v jiných formách závislostního chování.

Významný vliv na aktuální jídelní chování respondentek mají také samotné stravovací návyky vzniknuvší v jejich primární rodině, ať už ve smyslu dodržování zdravého jídelníčku, lhostejnosti ke zdravému stravování, či ve smyslu jeho nadměrným zaujetím. Taktéž Švédová (2019) uvádí spojitost mezi rizikovým jídelním chováním rodičů a možným patologickým vztahem k jídlu jejich dítěte. Respondentky vyrůstající v proanorektickém rodinném prostředí se často celoživotně úzkostlivě snaží získat si lásku a náklonnost svých rodičů, častěji matek, skrze svůj "dokonalý" fyzický vzhled. Respondentky vyrůstající v rodinném prostředí vůči zdravému stravování zcela lhostejným poté uvádějí svou osobní zkušenost se šikanou související s jejich nadváhou v období dospívání. Posměch vrstevníků respondentky dovedl k razantnímu snížení jejich tělesné hmotnosti a bohužel i k celoživotně problematickému přijímání vlastního těla. Pouze dvě z dotazovaných respondentek hovoří o „normálním“ jídelním chování v primární rodině, i o vnímání svých rodičů, především pak matky, jako svého vzoru a celoživotní opory.

Stanovit hranici mezi normou a patologií v jídelním chování je mnohdy velmi obtížné, zvláště pak vzhledem k v současnosti propagovanému zdravému životnímu stylu, na který se respondentky často odvolávají (Krch, 2005). Při ohlédnutí se za akutní fázi mentální anorexie

respondentky vzpomínají na přítomnost prokazatelných projevů tohoto onemocnění v jejich myšlení, chování i prožívání. Zmiňují především postupnou restrikcí potravy až na úplné minimum, obsesivní hlídání přijatých kalorií, potíže s jedením na veřejnosti, kompulzivní excesivní cvičení a v některých případech i doprovodné přejídání se a zvracení. Později, v kontextu současného jídelního chování a vztahu k jídlu některé z respondentek přiznávají stále přítomné striktní dodržování svého stravovacího plánu, pocity viny po snědení nadměrného množství potravy i časté zajídání stresových situací, při kterých ztrácí nad svým jídelním chováním plnou kontrolu. Pouze jedna z respondentek deklaruje čistě pozitivní vztah k jídlu a zdravé jídelní chování, u zbylé většiny z nich sledujeme stále přítomnou záměrnou manipulaci s jídlem, více či méně přísnou kontrolu příjmu potravy i ambivalentní postoj k jídlu, což ukazuje na splnění hned několika diagnostických kritérií mentální anorexie. Z dotazníkového šetření poté vyplývá, že až dvě třetiny respondentů záměrně omezují skladbu svého jídelníčku s cílem redukce tělesné hmotnosti a pro téměř polovinu těchto již subjektivně zdravých jedinců je jídlo a vztah k němu tíživějším tématem než přiznávají svému okolí.

Na základě výsledků tohoto výzkumného šetření lze u nezanedbatelného počtu dotazovaných respondentů/respondentek, pohlížejících na mentální anorexii jako na svou minulou zkušenost, hovořit o patologickém vztahu k jídlu včetně stále přítomného patologického jídelního chování, a tudíž i o naplnění jednoho z hlavních diagnostických kritérií mentální anorexie dle MKN-10.

Přestože je možné považovat první výzkumnou otázku za již zodpovězenou, je vhodné se v tuto chvíli krátce vrátit ke kapitolám „Hlubší podstata mentální anorexie“ a „Stereotypy a předsudky spojené s PPP“, které vyvrací ve společnosti, ale mnohdy i v odborných kruzích, zažitou primární spojitost mezi mentální anorexií a negativním vztahem nemocného k jídlu, potažmo jeho odmítáním. Samotné respondentky ve všech případech hovoří o svém kladném vztahu k jídlu, vznik mentální anorexie pak dávají do souvislosti především s nízkým sebevědomím, nízkou sebeúctou, nepřijetím sebe sama, sebenenávistí až sebetrýzněním. Zvoleným nástrojem určeným k sebetrýznění poté může být právě ono jídlo, lépe řečeno manipulace s jídlem, a to zejména ve smyslu jeho odmítání, ale i ve smyslu jeho nadměrného přijímání – přejídání se.

2. Jaký vztah k vlastnímu tělu pozorujeme u jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií?

Postoj k vlastnímu tělu neboli tělesné sebepojetí se vyvíjí v průběhu citlivého období dospívání. Z výkladu Stárkové (2003), stejně jako z analýzy realizovaných rozhovorů vyplývá, že respondentky pocházející z rodinného prostředí kladoucího na tělesný vzhled nepřiměřený důraz, interiorizovaly tento postoj do svého hodnotového žebříčku, čímž se i pro ně stal vlastní

vzhled dominantní životní hodnotou. Výzkumné šetření dále prokazuje platnost již realizovaných odborných studií, které ukazují na souvislost mezi postojem matky ke vzhledu svého dítěte a jeho pozdějším tělesným sebepojetím (Fraňková, 2003).

Na tělesné sebepojetí respondentek, ale i na jejich celkové sebehodnocení, má vedle rodinného zázemí významný vliv také hodnocení a přijetí ze strany jejich vrstevníků, spolužáků. Výzkumy prokázaly silný dopad byť jen neutrálního komentáře týkajícího se tělesné hmotnosti či tvaru postavy na vnímání a prožívání vlastního těla (Smith; Rieger, 2006). Mnohé z respondentek hovoří o prožitém emočním zranění v období dospívání, a to právě v souvislosti s necitlivými poznámkami blízkého okolí směřovanými na jejich fyzický vzhled. V několika případech se s respondentkami dotýkáme také tématu prožité školní šikany a sexuálního obtěžování. Důsledkem této traumatizující zkušenosti poté bylo rychlé, mnohdy extrémní snížení tělesné hmotnosti, odmítání vlastní ženskosti, ale i následná celoživotní nespokojenost spojená s neustálou přísnou kontrolou fyzického vzhledu dotyčných respondentek.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že bezmála 80 % dotazovaných respondentů vnímá a hodnotí sebe sama v závislosti na svém aktuálním fyzickém vzhledu. Spokojenost se svou aktuální tělesnou hmotností vyjadřuje pouze 37 % z nich. Obavou z nadváhy poté trpí 69 % respondentů. Následná analýza rozhovorů ukazuje, v kontextu deklarované ne/přítomnosti této obavy, na významný vliv ne/schopnosti (sebe)kontroly. Respondentky, které obavu z nadváhy striktně odmítají, zároveň přiznávají, že nad svým tělem převzaly plnou kontrolu. Nadváhy se neobávají, omezováním příjmu potravy a nadměrným cvičením se totiž jistí, aby se jí vyhnuly.

U respondentek dále pozorujeme zvýšenou tendenci racionalizovat a bagatelizovat nespokojenost s vlastním fyzickým vzhledem. Často uvádějí, že přeci každá žena je se svou postavou více či méně nespokojená, a tak není důvod, v kontextu možného relapsu mentální anorexie, k obavám. Pouze dvě z deseti respondentek účastnících se následného rozhovoru hovoří o aktuální spokojenosti se svým tělesným vzhledem, tu však vzápětí opět podmiňují dodržováním striktního stravovacího plánu a pravidelným cvičením.

Z výsledků výzkumného šetření lze usuzovat na stále přítomnou nadměrnou pozornost dotazovaných respondentek věnovanou vlastnímu fyzickému vzhledu a tělesné hmotnosti. Narušené tělesné sebepojetí tedy pozorujeme jak u jedinců v akutní fázi onemocnění, tak u jedinců, kteří se považují za z mentální anorexie již vyléčené. Závěrem slovy respondentek:

„Ke svému tělu mám dobrý vztah, protože nad ním mám plnou kontrolu.“

3. Jaké faktory hrají roli v možném relapsu akutní fáze mentální anorexie?

Před samotným popisem několika zjevných rizikových faktorů, jejichž přítomnost dává tušit zvýšené riziko návratu mentální anorexie do života jedince, je na místě říci, že relaps tohoto onemocnění je tématem, ke kterému respondentky v současné chvíli mnohdy ještě nemají dostatek sebereflexe. Z mnohdy nejistých, ambivalentních výpovědí respondentek je patrné, přes jejich viditelnou snahu o jistý odstup a nadhled, že jde o stále velmi citlivé téma. V některých případech jsou varovné signály ve výpovědích respondentek obtížně dohledatelné, jsou tak přečteny tzv. mezi řádky, a to především z důvodu neschopnosti v té chvíli do sebe a svých potíží ponořených respondentek tyto varovné signály explicitně definovat.

Prvním z faktorů, jejichž přítomnost ukazuje na zvýšené riziko relapsu akutní fáze mentální anorexie, ale i na riziko vzniku dalších psychických onemocnění, je **psychická vulnerabilita** daného jedince, zvláště pak v kombinaci s dalším z rizikových faktorů, kterým je prožívaná **nadměrná stresová zátěž**. Psychická vulnerabilita neboli duševní zranitelnost je poté úzce spjata s velmi častým úzkostným a/nebo depresivním laděním osobnosti dotazovaných respondentek. Dle Krcha (2010) jsou zvýšená úzkostnost, depresivita a neuroticismus typickými projevy anorektických pacientů. V průběhu rozhovoru pozorovaná neutěšitelná touha po bezpodmínečném přijetí související s nedostatečnou nasyceností základních lidských potřeb, především pak potřeby bezpečí, jistoty a sounáležitosti, vede respondentky k pocitům méněcennosti, nedostatečnosti a nepřijetí svým blízkým okolím. Papežová (2019) dále upozorňuje, s ohledem na významný vliv psychické vulnerability na možný vznik či návrat mentální anorexie do života jedince, na zásadní význam rané detekce patologického jídelního chování, a to již u malých dětí, zvláště pak u těch introvertních a anxiózních.

Stres a jeho ne/zvládání vystupuje do popředí napříč všemi rozhovory a jeví se tak jako velmi zásadní a palčivé téma. Ve chvíli, kdy je zvýšeně citlivý jedinec vystaven zátěžové situaci, nad kterou nemá plnou kontrolu, může se uchýlit k maladaptivnímu, nicméně osvědčenému chování, které s sebou přináší okamžitou úlevu a pocit bezpečí. Tímto chováním je myšleno nejen odmítání potravy, tedy hladovění, ale i zvýšený příjem jindy zakázaných potravin vedoucí až k záchvatovitému přejídání. Mentální anorexie se totiž velmi často mění v jinou formu PPP (Keel et al., 2005). Při zaměření se na individuální schopnost dotazovaných respondentek zvládat náročné životní situace, tedy na jimi užívané copingové strategie, bylo vysledováno jejich nadužívání ego obranných mechanismů a sklon k závislostnímu chování. Za závislostní chování, ve smyslu maladaptivní copingové strategie, považujeme v kontextu této práce právě

ono hladovění, tedy mentální anorexii jako takovou. Dle Rabocha (2006) je proto schopnost efektivního zvládnání stresových situací jedním z hlavních cílů léčby mentální anorexie.

Vzhledem ke zvýšené tendenci respondentek navracet se k patologickému jídelnímu chování v zátěžových životních situacích je mentální anorexie přirovnána, samotnými respondentkami, k závislosti na návykových látkách. Jsou si tak plně vědomy právě probíhající fáze „abstinence“ a tudíž i neustálého rizika relapsu onemocnění. Soustavné nutkání znovu přestat jíst, zvláště pak v období prožívaného stresu, je bohužel vyčerpávající realitou každodenního života jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií (Leibold, 1995).

Z dotazníkového šetření vyplývá, že až 54 % dotázaných respondentů v současné době trpí pokleslou, depresivní náladou, 46 % jedinců se potýká se zvýšenou podrážděností a úzkostnou sebekontrolou a téměř 25 % respondentů aktuálně trpí sebevražednými myšlenkami doprovázenými sebepoškozujícím chováním. Papežová (2010) upozorňuje na to, že suicidální jednání je u jedinců trpících některou z forem poruch příjmu potravy častou příčinou úmrtí. Respondentky účastníci se následného rozhovoru poté přiznávají, vedle své celoživotní úzkostnosti, další rizikové povahové rysy. Konkrétně jde o jejich velmi nízké sebevědomí, nízkou sebeúctu, již zmiňované pocity méněcennosti a křehké osobní hranice, což se významně odráží především v sociálních interakcích. V kontextu mezilidských vztahů respondentky dále zmiňují svou silnou schopnost empatie, ale také zatěžující nadměrné přemýšlení a zpětné analyzování minulých situací (overthinking) a úzkostné lpění na názoru druhých.

Analýza výpovědí respondentek dále potvrzuje tvrzení Papežové (2000, 2010), která upozorňuje na významně zvýšené riziko relapsu mentální anorexie u perfekcionistických jedinců s deklarovanou chorobnou touhou po dokonalosti. Toto riziko se ještě násobí v případě, kdy vedle perfekcionistických rysů osobnosti stojí nízké sebevědomí a stálá nespokojenost s vlastním fyzickým vzhledem. Švédová a Mičová (2010) popisují typickou anorektickou pacientku jako dívku výkonově zaměřenou, trpící nadměrnou (sebe)kritikou, sebekontrolou a sebeovládáním. Vzhledem k tomu, že silně rozvinuté **volní vlastnosti** a **nadměrnou sebekontrolou** pozorujeme u všech dotazovaných respondentek, můžeme toto tvrzení potvrdit a označit tak zmíněné faktory, z hlediska rizika relapsu mentální anorexie, za rizikové. S oporou v teoretickém výkladu (Krch, 2005), a především pak ve výpovědích dotazovaných respondentek se domnívám, že za zvýšenou sebekontrolou a respondentkami často zmiňovanou cílevědomostí i touhou být ve všem nejlepší, se velmi často skrývá sebenejistota, vnitřní neklid, osamělost i touha po lásce a bezpodmínečném přijetí. Tato **touha po přijetí a ocenění** druhými,

pro které je jedinec trpící mentální anorexií schopen udělat téměř cokoliv, je také významným rizikovým faktorem relapsu mentální anorexie.

Výsledky výzkumného šetření dále ukazují na významný vliv **schopnosti náhledu** respondentek na své aktuální myšlení, prožívání a chování, konkrétně pak na svůj aktuální vztah k jídlu a jídelní chování, i na současné prožívání a vnímání vlastního těla. Respondentky, u kterých pozorujeme náhled i schopnost kritického posouzení svého aktuálního stavu, významně častěji hovoří o uvědomovaném riziku relapsu mentální anorexie, a v důsledku toho také o neustálé potřebě a touze na sobě pracovat. U respondentek, které na svůj aktuální stav nejsou schopny nahlédnout, pozorujeme nevědomé užívání řady obranných mechanismů, nejčastěji pak racionalizaci a bagatelizaci svého patologického chování, které významně přispívají k setrvání v bludném kruhu nemoci.

Výpovědi mnohých respondentek ukazují na riziko relapsu zvyšující **pocit uspokojení** plynoucí z cílené manipulace s příjmem potravy, ať už ve smyslu jejího odmítání či nadměrného přijímání. Stejně rizikový je taktéž uspokojivý **pocit zvýšené kontroly** nad vlastním životem, který přichází v závislosti na ne/dodržení přísné restriktce příjmu potravy. V tomto kontextu hovoří Švédová (2019) o úzké souvislosti mezi kontrolou vlastních, převážně negativních emocí a kontrolou příjmu potravy.

Všechny výše zmíněné potíže těch, kteří se považují za z mentální anorexie již zcela vyléčené, utvářejí typický obraz mentální anorexie. Lze proto usuzovat nejen na významné riziko návratu onemocnění do života těchto jedinců, ale i na zásadní význam kvalitní následné odborné péče.

Krch (2010) zmiňuje tzv. **protektivní faktory**, které významně snižují pravděpodobnost vzniku a rozvoje mentální anorexie. Konkrétně jde o normální vztah k jídlu a bez dietní jídelní chování, umírněnou konzumaci alkoholu, emoční stabilitu, trpělivost, smysl pro humor a schopnost aktivního řešení problémů. Z výpovědí respondentek lze usuzovat na tyto faktory snižující riziko relapsu mentální anorexie – podpora, pochopení a upřímný zájem rodiny, blízkých, ale i odborníků, a především pak **vnitřní motivace** a ochota vzít svůj život do vlastních rukou. U jedinců trpících mentální anorexií je nízká motivace k léčbě spolu s neochotou přiznat si svůj problém, bohužel, velmi častým jevem (Palmer, 2008).

Závěrem je na místě připomenout, že v současné době, v oblasti poruch příjmu potravy, zatím neexistuje žádný mezinárodní standard či směrnice, která by stanovovala, jak fázi recovery a relaps mentální anorexie měřit. Stále nejsou definována základní kritéria těchto přirozených fází onemocnění. Z tohoto důvodu je velmi obtížné posuzovat, jak v kontextu této práce, tak

především v kontextu odborníky prováděné diagnostiky a poskytované následné péče, zda se dotyčný jedinec aktuálně nachází v relativně stabilní fázi onemocnění nebo již svými symptomy vykazuje návrat onemocnění do její akutní fáze.

Řešení této situace by měla přinést 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), ve které lze očekávat zpřesnění diagnostiky a popisu klinických projevů poruch příjmu potravy, stejně jako zpřesnění charakteristik období remise (úzdavy), což jistě povede k časnější léčbě a zlepšení prognózy onemocnění. Diagnóza mentální anorexie by měla být platná až do chvíle, dokud není dosaženo plné a trvalé remise, normální tělesné hmotnosti a změny v chování cíleného na redukci tělesné hmotnosti.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této rigorózní práce bylo lépe porozumět myšlenkám, emocím a potřebám jedince v minulosti se potýkajícím s mentální anorexií. Dalším z cílů této práce bylo zmapovat palčivá témata takového jedince, a upozornit tak na hlubší podstatu mentální anorexie. V neposlední řadě bylo mou snahou zjistit, na základě analýzy získaných dat, i na základě diagnostických kritérií stanovených v MKN-10, zda lze symptomy typické pro akutní fázi mentální anorexie pozorovat také u jedinců, kteří sami sebe považují za již uzdravené. Na základě autentických výpovědí a rozmanitých životních příběhů dotazovaných respondentů/respondentek vyvstaly některé ze zásadních momentů a aspektů ovlivňujících vznik, průběh, dopad i mnou podrobněji sledované riziko relapsu mentální anorexie.

V teoretické části práce jsou vymezeny základní i atypické formy poruch příjmu potravy, rizikové faktory vzniku mentální anorexie a její typické symptomy. Z hlediska průběhu a prognózy mentální anorexie se zaměřujeme především na její chronickou podobu, komorbiditu i zdravotní komplikace a důsledky s ní spojené. V závěru teoretické části práce se poté seznamujeme s možnostmi léčby mentální anorexie i s možným rizikem a prevencí jejího relapsu.

Empirická část práce je založena na kvalitativně orientovaném výzkumném šetření, konkrétně na sběru dat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, kterým předcházelo online dotazníkové šetření. Podmínkou účasti ve výzkumu byla poté plnoletost, nesdílení společné domácnosti se svými rodiči (s původní rodinou) a minulá zkušenost jedince s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti akutní fáze tohoto onemocnění. V průběhu sběru dat jsem se zaměřila především na aktuální vztah k jídlu a jídelní chování takového jedince, na jeho vztah k vlastnímu tělu i na schopnost zvládnání stresových životních situací.

Na základě hlubší analýzy rozhovorů lze hovořit o významném vlivu původní rodiny na vznik, průběh i důsledky mentální anorexie na život jedince trpícího tímto onemocněním. Dále pak, s ohledem na výsledky výzkumného šetření, usuzujeme na zvýšené riziko relapsu akutní fáze mentální anorexie u psychicky vulnerabilních jedinců, a to zvláště ve spojitosti s jimi prožívanou nadměrnou stresovou zátěží. Nadměrný stres spolu s pozorovanou silnou schopností sebekontroly dotazovaných respondentek vede ke zvýšené tendenci k závislostnímu chování, a tedy i k samotné mentální anorexii jakožto závislosti na hladovění. Z výpovědí respondentek je totiž zřejmé, že objektem jejich zájmu není jídlo jako takové, ale uspokojení, které přichází spolu s jeho manipulací, ať už jde o hladovění či přejídání a následné zvracení.

Z výsledků výzkumného šetření dále vyplývá, že mentální anorexií mohou trpět jedinci s abnormálně nízkou, nízkou, ale i s na první pohled zcela normální tělesnou hmotností. Za významný přínos této práce poté považuji poukázání na to, že se s mentální anorexií ve skutečnosti potýká vyšší počet jedinců než je běžně udáváno v odborné literatuře, která v rámci prevalence onemocnění uvádí počet léčených pacientů. Výzkumného šetření se totiž zúčastnili i ti, kterým nebyla poskytnuta, v kontextu léčby mentální anorexie, žádná odborná péče. Je však nutné říci, že u respondentů, kteří si léčebným procesem prošli či si jím aktuálně stále procházejí, pozorujeme významný posun ve vnímání a prožívání sebe sama, stejně jako ve schopnosti nahlédu na své onemocnění, což se ukázalo jako vlivný faktor prevence relapsu mentální anorexie.

S ohledem na výsledky výzkumného šetření, i s ohledem na diagnostická kritéria uvedená v MKN-10 lze říci, že patologický vztah k jídlu a jídelní chování, včetně narušeného vnímání vlastního těla typické pro akutní fázi mentální anorexie, pozorujeme ve zvýšené míře taktéž u již subjektivně zdravých jedinců. Usuzuji tak na přítomný chronický průběh mentální anorexie, i na její celoživotní dopad na život daného jedince. Z důvodu méně nápadných symptomů je chronické podobě mentální anorexie mnohdy věnována nedostatečná pozornost. Proto pokládám za důležité zdůraznit význam následné péče o jedince trpících tímto onemocněním, jakožto o velmi zranitelnou skupinu osob, které je potřeba, dle mého názoru, věnovat patřičnou pozornost.

Praktickým výstupem této rigorózní práce jsou poté konkrétní doporučení vytvořená na základě teoretických poznatků a podrobné analýzy získaných dat. Tato doporučení jsou určena nejen jedincům ohroženým návratem mentální anorexie, ale i jejich blízkému okolí. Cílem těchto doporučení je poté převzetí alespoň částečné kontroly nad chronickým průběhem mentální anorexie, a hlavně pak snížení rizika relapsu její akutní fáze.

S ohledem na kvalitativní povahu výzkumného šetření nelze na základě prezentovaných výsledků této práce usuzovat na obecně platné závěry. Cílem ovšem nebylo získaná zjištění generalizovat, nýbrž hlouběji porozumět životnímu příběhu každé z respondentek, a zachytit tak komplexní povahu a mnohdy i celoživotní vliv tohoto závažného psychického onemocnění na kvalitu života daného jedince.

Seznam používaných zkratek

ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity (Lask & Wauth, 2000) Disorder*) – Porucha pozornosti s hyperaktivitou

BED (*Binge Eating Disorder*) – Záchvatovité přejídání

BMI (*Body Mass Index*) – Index tělesné hmotnosti

DDÚ – Dětský diagnostický ústav

DSM-IV; DSM-V – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 4. a 5. revize

EAT-26 (*Eating Attitude Test*) – Test jídelních postojů

EDE-Q (*The Eating Disorder Examination Questionnaire*) – Sebeposuzovací jídelní dotazník

EDI (*Eating Disorder Inventory*) – Dotazník stravovacích poruch

EDNOS (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*) – Jiné nespecifické poruchy příjmu potravy

F.E.A.S.T (*Families Empowered And Supporting Treatment for Eating Disorders*)

GRP (*Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa*) – Směrnice prevence relapsu mentální anorexie

JICHEM – Dotazník jídelního chování a emocionality

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

MA – Mentální anorexie

MB – Mentální bulimie

MKN-10; MKN-11 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. a 11. revize

OCD – Obsedantně kompulzivní porucha

OSFED (*Other Specified Feeding or Eating Disorder*) – Jiné specifické poruchy příjmu potravy a stravování

PPP – Poruchy příjmu potravy

PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*) – Posttraumatická stresová porucha

WHO (*World Health Organization*) – Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých zdrojů

- Berends, T., Van Meijel, B., & al., N. W. (2016). *Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study*. Načteno z <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1019-y>
- Bullová, J. (2021). *Zmeny telesnej hmotnosti*. Načteno z https://issuu.com/alphamedicalinvitro/docs/web_invitro_1-2021_small
- Caro, I. (2011). *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. Praha: XYZ.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2004). *Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis*. Načteno z https://www.researchgate.net/publication/8606121_Relapse_in_anorexia_nervosa_A_survival_analysis
- De Vos, J., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, M., & Bohlmeier, E. (2017). Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664841/>
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum .
- Guarda, A. S., Garfinkel, P. E., Vandereycken, W., Sutich, E., Williams, K., Tolstrup, K., & Corcoran, J. (2008). *Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles*. Načteno z https://www.academia.edu/49232711/Treatment_of_anorexia_nervosa_Insights_and_obstacles
- Haltom, C. (2006). Načteno z <https://www.healthyplace.com/eating-disorders/transcripts/survival-guide-for-parents-with-eating-disordered-children>
- Houbová, P., Praško, J., Preiss, M., & Herman, E. (2005). Narcistická porucha osobnosti - diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 18-25.
- Chudačíková, D. (2021). *Chronická mentální anorexie a prevence relapsu její akutní fáze*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Kalina, K. (2019). Načteno z <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2019/07/kalina-k.-jsou-poruchy-prijmu-potravy-zavislostnimi-poruchami.pdf>
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). *Postremission predictors of relapse in women with eating disorders*. Načteno z <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
- Kocourková, J., Koutek, J., & Lebl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 420-422.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie, 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lask, B., & Wauth, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470383/>
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Mikotová, A. (nedatováno). Načteno z <https://adoc.pub/narone-ivotni-situace-a-jejich-zvladani-phdr-andrea-mikotova.html>
- Miovský, M. (2004). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Načteno z <https://docplayer.cz/16516945-Diplomove-prace-v-oboru-psychologie-michal-miovsky.html>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miřetinská, K. (2021). Načteno z <https://www.youtube.com/watch?v=CTVJGxxkfWE>
- Mynaříková, L. (2018). *Obsesivní cvičení jako závislost nebo kompenzační mechanismus u poruch příjmu potravy*. Načteno z <https://e-psycholog.eu/pdf/mynarikova3.pdf>
- Němečková, P. (2002). *Poruchy příjmu potravy*. Načteno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>

- Němečková, P. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Načteno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>
- Němečková, P. (2011). Načteno z https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201111-0004_Poruchy_prijmu_potravy.php
- O'Toole, J. (2014). Načteno z <https://www.feast-ed.org/medication-eating-disorders/>
- Palmer, B. (2008). *Epidemiology, diagnosing, and assessing eating disorders*. Načteno z <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1476179308000281>
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Papežová, H. (2019). *Poruchy příjmu potravy - psychiatrické onemocnění*. Načteno z <https://docplayer.cz/198944382-Poruchy-prijmu-potravy-psychiatricke-onemocneni-hana-papezova-psychiatricka-klinika-1-lf-uk-a-vfn-praha-2019.html>
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice: Togga.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Richard, M., Bauer, S., & Kordy, H. (2005). *Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa - A 2.5-Year Follow-Up Study*. Načteno z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.638>
- Riegel, K., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Röhr, H. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty*. Praha: Portál.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). *Anorexia nervosa: Friend or foe?* Načteno z [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2%3C177::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-D](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2%3C177::AID-EAT7%3E3.0.CO;2-D)

- Smink, R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, W. H. (2012). *Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates*. Načteno z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22644309/>
- Smith, E., & Rieger, E. (2006). *The effect of attentional bias toward shape- and weight-related information on body dissatisfaction*. Načteno z https://www.researchgate.net/publication/7060644_The_effect_of_attentional_bias_toward_shape-_and_weight-related_Information_on_body_dissatisfaction
- Stárková, L. (2003). Poruchy příjmu potravy - možnosti a meze pediatrické intervence. *Pediatric pro praxi*, 259-263.
- Švédová, J. (2012). *Jak se v sobě neztratit*. Brno: Občanské sdružení Anabell.
- Švédová, J. (2019). *Co pro sebe mohu udělat při uzdravování z poruchy příjmu potravy*. Brno: Centrum Anabell, z.ú.
- Švédová, J., & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy – manuál pro pedagogy*. Brno: Občanské sdružení Anabell.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Vacek, J. (2014). Načteno z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_3_144_150.pdf
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 144-150.
- Virtue, D. (c2007). *Zbavte se svých kil bolesti: pochopte souvislost mezi zneužitím, stresem a přejídáním*. Praha: Synergie.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Žourková, A. (2008). *Sexualita u nemocných s psychickými poruchami*. Brno: Portál Lékařské fakulty Masarykovy univerzity.

Seznam příloh

Příloha 1 – Struktura nestandardizovaného dotazníku

Příloha 2 – Základní analýza dat získaných z dotazníku

Příloha 3 – Struktura polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 4 – Přepis rozhovorů v plném znění

Příloha 5 – Primární analýza dat získaných z rozhovorů

Příloha 6 – Schéma kvalitativní analýzy dat