

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Chronická mentální anorexie a prevence relapsu její akutní fáze

Chronic anorexia nervosa and relapse prevention in its acute phase

Bc. Dominika Chudačiková

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Chronická mentální anorexie a prevence relapsu její akutní fáze 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 12. července 2021

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové 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, za 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

Diplomová 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. Dlouhodobá stresová zátěž, spolu s rizikovou osobnostní strukturou, poté může znovu vyústit v akutní fázi mentální anorexie. Diplomová práce je kvalitativně zaměřená, zvolenými metodami sběru dat jsou dotazníkové šetření a následný polostrukturovaný rozhovor. Podmínkou účasti ve výzkumném šetření je minulá zkušenost jedince s mentální anorexií, bez aktuální přítomnosti akutní fáze tohoto onemocnění. Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat palčivá témata jedinců, kteří si v minulosti prošli akutní fází mentální anorexie, jejich aktuální pocity a potřeby. Výstupem diplomové práce jsou poté konkrétní doporučení vedoucí ke snížení rizika relapsu mentální anorexie, plynoucí z výsledků výzkumného šetření, která by, v zátěžových situacích života jedince, mohla pomoci snížit pravděpodobnost relapsu, tedy návratu akutní fáze mentální anorexie.

KLÍČOVÁ SLOVA

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

ABSTRACT

The diploma 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. Long-term stress in common with a prone personality, can result in the acute phase of anorexia nervosa. The diploma 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 diploma thesis is to map the burning issues of individuals who have gone through the acute phase of anorexia nervosa in the past, their current feelings and needs. The output of the diploma thesis are the specific recommendations, coming from the results of research survey, which would help to reduce the probability of relapse of the acute phase of mental anorexia in stressful situations.

KEYWORDS

Anorexia nervosa, eating disorders, chronicity, 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	8
1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	9
1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie	10
1.3 ATYPICKÉ, NESPECIFIKOVANÉ A NOVÉ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
2 RIZIKOVÉ FAKTORY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	14
2.2 RODINNÉ A SOCIOKULTURNÍ FAKTORY.....	15
2.2.1 Proanorektické rodinné prostředí	15
2.2.2 Kult štíhlosti a ideál krásy	16
2.3 OSOBNOSTNÍ FAKTORY.....	17
2.3.1 Rizikové povahové rysy.....	17
2.3.2 Reakce na závažnou životní událost.....	17
3 SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE	18
3.1 NE/USPOKOJOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB	18
3.1.1 Patologický vztah k jídlu a jídelní chování	20
3.1.2 Vliv mentální anorexie na sexualitu a sexuální chování	21
3.2 NARUŠENÉ SEBEPOJETÍ.....	22
3.2.1 Zkreslené vnímání a prožívání vlastního těla.....	24
3.3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ.....	25
3.3.1 Mentální anorexie jako behaviorální závislost.....	26
3.3.2 Narcistní nerovnováha a závislost na hodnocení druhých	27
3.3.3 Excesivní cvičení	28
4 PRŮBĚH A PROGNÓZA MENTÁLNÍ ANOREXIE	30
4.1 CHRONICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE	31
4.2 KOMORBIDITA	32
4.3 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE A DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	33

5	LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE	35
5.1	RIZIKO A PREVENCE RELAPSU MENTÁLNÍ ANOREXIE	38
	EMPIRICKÁ ČÁST	42
6	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
7	METODY SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT	44
7.1	NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK	44
7.2	POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	46
7.3	ETIKA VÝZKUMU.....	48
8	VÝZKUMNÝ SOUBOR	49
8.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – ZÁKLADNÍ PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	50
8.2	ROZHOVOR – ZÁKLADNÍ PŘEDSTAVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	52
9	PREZENTACE A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	54
9.1	PREZENTACE A ANALÝZA DAT ZÍSKANÝCH Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	54
9.1.1	<i>Demografické údaje</i>	54
9.1.2	<i>Individuální průběh a podoba mentální anorexie</i>	55
9.1.3	<i>Vztah k jídlu, jídelní chování a tělesná aktivita</i>	59
9.1.4	<i>Sebehodnocení a zvládání zátěžových situací</i>	62
9.1.5	<i>Závěrečné příspěvky respondentů</i>	67
9.2	PREZENTACE A ANALÝZA DAT ZÍSKANÝCH Z ROZHOVORŮ.....	68
9.2.1	<i>Emoční zranění v dětství</i>	68
9.2.2	<i>Citlivé období dospívání</i>	72
9.2.3	<i>Psychická vulnerabilita, stres a závislostní chování</i>	74
9.2.4	<i>Tělesné sebepojetí, sebekontrola a obavy z nadváhy</i>	78
9.2.5	<i>Vztah k jídlu a jídelní chování jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií</i>	81
9.2.6	<i>Důsledky mentální anorexie na život již subjektivně zdravých žen</i>	83
10	DOPORUČENÍ VEDOUcí KE SNÍŽENí RIZIKA RELAPSU MENTÁLNí ANOREXIE	85
	DISKUZE	89
	ZÁVĚR	93

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.

Jedním z významných symbolů, subjektivně i objektivně hodnocených atributů dobrého, šťastného a úspěšného života, je lidské tělo. 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 v neprospěch dostatečné míry kvalitního spánku a nízké míry stresu. 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, vedle zvýšeně citlivých dospělých jedinců, i jedinci nedospělí, přičemž 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 je 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 vězněm.

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 tyto 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 diplomová 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 (záchvatovité) přejídání, včetně jejich atypických a nespecifických forem. S ohledem na zaměření diplomové práce jsou čtenáři dále seznámeni s rizikovými faktory vzniku mentální anorexie, 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, 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 respondentkami¹, přičemž analyzováno bylo následně 6 z realizovaných rozhovorů. 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 případech následných hlubších individuálních rozhovorů s respondentkami, a to vzhledem k citlivosti a křehkosti celé problematiky. 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 diplomové práce je, na základě analýzy získaných dat, porozumět myšlenkám, emocím, potřebám a mnohdy specifickému jídelnímu chování jedince s osobní minulou zkušeností s mentální anorexií. Snahou autorky práce je upozornit na vnímaná a prožívaná palčivá témata takového jedince, a tím podhalit hlubší podstatu a možnou příčinu chronicity mentální anorexie. Dalším z cílů práce je, na základě teoretických poznatků a analýzy získaných dat, předložit konkrétní doporučení vedoucí ke snížení rizika relapsu mentální anorexie, a to nejen pro jedince trpících chronickou mentální anorexií, kterým by tato doporučení mohla pomoci snížit pravděpodobnost relapsu akutní fáze onemocnění v zátěžových situacích, ale také pro jeho rodinu a blízké přátele.

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)léčeného z tohoto závažného psychiatrického onemocnění. Věřím

¹ Rozhovoru se zúčastnily pouze ženy

také, že tato diplomová práce dovede své čtenáře k zamyšlení, 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 jednání ve vztahu k jídlu a porucha vnímání a prožívání vlastního těla (Raboch, 2006).

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 také v útlém dětství⁴, ale i ve střední a pozdní dospělosti. 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). Přesto je toto onemocnění v běžné populaci poměrně vzácné. Pacienti však mají 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. 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

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 trpících PPP

⁴ Nejnižší hranice vzniku MA je udávána v rozmezí 6-7 let (Fraňková, 2003)

jedince, nýbrž výsledkem komplexní interakce biologických, sociokulturních, rodinných i osobnostních faktorů působících na vulnerabilní osobnost tohoto jedince.

Zmíněná psychická vulnerabilita⁵, 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 pohlaví⁶ (poměr nemocných mužů a žen 1:10 až 1:20), dále také pubescentní a adolescentní věk, držení redukčních diet, negativní sebehodnocení a pocity méněcennosti. 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 bezvýhradné přijetí dítěte (Bartáková, 2009).

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 také 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, 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 automutilačního⁷ chování, a také suicidální 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

⁵ Vulnerabilita = zranitelnost, zvýšená citlivost spojená s náchylností k určitému onemocnění

⁶ V ČR trpí PPP, dle odhadů odborníků, každá 20. dívka (Švédová; Mičová, 2010)

⁷ Automutilace = vědomé sebepoškozování

socioekonomický status, nízký intelekt, narušené vztahy či předcházející léčba. Pozitivním prediktorem je poté časný začátek a krátké trvání nemoci, ale také například hysterické osobnostní rysy (Hsu, 1990; Krch, 2005).

Přestože je hmotnost, ať už v podobě výrazné malnutrice⁸, 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 patří obava z jídla a z tloušťky, chorobná touha po štíhlosti, patologické jídelní chování, zkreslené vnímání a nespokojenost s vlastním tělem, 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 vlastní osoby 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 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.

⁸ Malnutrice = podvýživa

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, zdlouhavá 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 recidivy⁹ 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 přerušení nevhodných návyků a opakujícího se maladaptivního chování nemocného jedince. Psychofarmaka 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.

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 (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.

⁹ Recidiva = návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

Zásadní rozdíl mezi MA a MB poté tkví v tělesné hmotnosti¹⁰ (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 jídlem, až k záchvatovitému přejídání (Krch, 2005).

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

Posuzované oblasti	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 republice 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 2022¹¹.

1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

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

¹⁰ Pro MA je typická podváha až extrémní malnutrice, pro MB poté normální váha a nadváha

¹¹ Zdroj: web Ministerstva zdravotnictví ČR

- A. **Tělesná hmotnost** je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo je BMI¹² 17,5 a méně. Prepubertální pacienti poté nesplňují očekávaný váhový přírůstek¹³.
- 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 diuretika¹⁴.
- 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 DSM-V¹⁵ jsou velice podobná těm v MKN-10. Předností DSM-V je ovšem rozlišení mentální anorexie na 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 minimálnímu příjmu potravy, bezprostředně ohrožen, v případě akutní MA může dojít, vlivem striktního odmítnutí příjmu potravy, k rychlé a předčasné smrti.

Před stanovením diagnózy MA je třeba vyloučit přítomnost somatické či duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení či nízkou tělesnou hmotnost (Krch, 2005).

1.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie

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

- A. **Opakované epizody přejídání**¹⁶ min. 2x týdně po dobu 3 měsíců, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla (tzv. binge eating).

¹² BMI (Body Mass Index) – index tělesné hmotnosti = tělesná váha [kg]/tělesná výška² [m]

¹³ Tělesná hmotnost vzrůstá s věkem, u dětí sledujeme spíše očekávaný váhový přírůstek než hodnotu BMI

¹⁴ Laxativum = projímadlo, anorektikum = lék potlačující chuť k jídlu, diuretikum = lék zvyšující tvorbu a vylučování moči

¹⁵ DSM-V = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti

¹⁶ Pocit přejedení je subjektivní a velmi relativní, často pacientka sní pouze více než by chtěla nebo než je zvyklá (Krch, 2010)

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 odříká, v důsledku opakovaného selhávání poté trpí výčitkami svědomí, depresemi a úzkostmi.

1.3 Atypické, nespécifikované 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 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. U některých pacientů pak 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 mechanismů¹⁷

zavádí DSM-V kategorii „Jiné specifické poruchy příjmu potravy a stravování“ neboli OSFED¹⁸, která nahrazuje heterogenní, ne zcela přesně definovanou kategorií DSM-IV „Jinak

¹⁷ Kompenzační mechanismy typické pro MB – navozené zvracení, hladovění, užívání laxativ, anorektik a diuretik

¹⁸ OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder)

nespecifické poruchy příjmu potravy“ neboli EDNOS¹⁹. 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 se 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. 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).

¹⁹ EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified)

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 je spojena nejen s obtížemi, ale také s úlevou od úzkosti, se zvýšenou péčí a pozorností rodičů, tedy se sekundárním ziskem onemocnění. Pacientka tak může ne/vědomě udržovat patologické chování a bránit tak pozitivnímu posunu v léčbě (Švédová; Mičová, 2010).

Krch (2010) zmiňuje také tzv. protektivní faktory, jejichž působení naopak výrazně snižuje pravděpodobnost rozvoje MA. Konkrétně jde o umírněnou konzumaci alkoholu, normální vztah k jídlu a jídelní chování bez diet, emoční stabilitu, trpělivost, smysl pro humor a schopnost aktivního řešení problémů. Papežová (2019) poté zdůrazňuje, v kontextu mentální anorexie, 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, environment²⁰ mačká spoušť*“.

Vyšší riziko vzniku MA je obecně spjato s ženským pohlavím. Vzhledem ke zvýšenému ukládání tělesného tuku v určitých partiích, i vzhledem ke společností definovanému ideálu krásy, se dospívající dívky a mladé ženy mnohdy úzkostně soustředí na tvar své postavy

²⁰ Environment = vnější prostředí

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).

2.2 Rodinné a sociokulturní faktory

2.2.1 Proanorektické rodinné prostředí

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 hyperprotektivní výchovy a přehnaného důrazu na „zdravou“ výživu zmiňuje Fraňková (2003), jakožto významný rizikový faktor, také 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 vývoj²¹. Výzkumy také prokázaly souvislost mezi postojem matky ke vzhledu dítěte a jeho pozdějším tělesným sebepojetím (Fraňková, 2003).

Papežová (2017) upozorňuje na destruktivní dopad podmíněného 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 onoho dítěte.

²¹ „Ovládla jsem svou potravu, abych si vytvořila 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)

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. Není krutějšího trestu, než je odmítání jedné z nejzákladnějších potřeb, potravy (Leibold, 1995). Fraňková (2003) se domnívá, že odmítání potravy také úzce souvisí se strachem dítěte z dospělosti, z odloučení od rodičů, 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, touží jedinec po jejich uspokojení (Kopřiva, 2006).

2.2.2 Kult štíhlosti a ideál krásy

Od útlého dětství je každý z nás 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 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).

2.3 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 (2010) v této souvislosti vyzdvihuje vliv perfekcionismu a s ním spojené chorobné touhy po dokonalosti. V momentě, kdy vedle perfekcionista rysů stojí i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem, je riziko vzniku MA významně zvýšené. Striktní odmítání potravy vnímají pacientky s MA jako důkaz silné vůle a symbol výjimečnosti, čímž cíleně podtrhují vlastní individualitu (Leibold, 1995).

Švédová a Mičová (2010) popisují „typickou“ anorektickou pacientku jako výkonově zaměřenou, nadměrně přizpůsobivou a nekonfliktní dívku, mladou ženu, která je plná obav a pochybností, trpí nízkým sebevědomím, zvýšenou sebekritikou, sebekontrolou a sebeovládáním. Krch (2010) poté dává MA do souvislosti s výraznou úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhýbavým chováním a obsedantními myšlenkami, které vedou nemocného jedince k ritualizovanému chování.

2.3.2 Reakce na závažnou životní událost

Dle NICE²² (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).

²² NICE = National Institute for Health and Care Excellence

3 Symptomy mentální anorexie

Základním příznakem mentální anorexie 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 kachexie²³, 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).

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.

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

²³ Kachexie = silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí

chování dítěte – jako odměny či trestu za ne/žádoucí chování. To může vést nejen k nevhodné 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 $BMI = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška}^2 \text{ [m]}^{24}$.

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

Tabulka 2 | Hodnoty BMI²⁵ dle WHO²⁶

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.).

²⁴ Při hmotnosti 44 kg a výšce 1,6 m je hodnota BMI = 17,1 (44/1,6²)

²⁵ S ohledem na zaměření této práce jsou vynechány hodnoty BMI ukazující na obezitu I.–III. stupně

²⁶ WHO (World Health Organization) = Světová zdravotnická organizace

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 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 stravování²⁷ (nejčastěji vegetariánství), postupné vynechávání sladkých a tučných jídel vedoucí k úplné restrikci, 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, 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 (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 nenávisť²⁸ vlastního těla (Krch, 2007). Pacientky hladovění mnohdy spojují s příjemnými, uspokojivými pocity, s hrdostí na svou nezlomnou vůli a sebedisciplínu.

²⁷ Např. vegetariánství (včetně veganství), makrobiotika, organická či dělená strava, přerušované hladovění apod.

²⁸ „Nenáviděla jsem se... a hladovění byl způsob, kterým jsem nenávisť sama k sobě vyjadřovala. Nevěřila jsem, že by mě někdo mohl mít rád prostě takovou, jaká jsem.“ (Lask & Wauth, 2000)

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 a kol., 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 sebedůvěry, 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 sebepojetí

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

- kognitivní – sebezpoznání a sebedefinování
- emocionální – sebehodnocení, sebeúcta, sebeocenení
- činnostně regulativní – sebespazování, sebekontrola, seberealizace

Sebepojetí 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 sebepojetí (Fialová, 2001).

Velmi citlivým obdobím, v kontextu s tělesným, ale i celkovým sebepojetím, je období dospívání²⁹. 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 sebepojetí 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 sebepojetí, více náchylní právě dospívající jedinci (Fialová, 2001).

Tělesné sebepojetí (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).

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

²⁹ 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)

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 zrcadla³⁰, 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 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 odpíráním si jakéhokoliv slastného prožitku (Fialová, 2006).

³⁰ „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)

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 reakcí na zátěžové a subjektivně nevládnutelné 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, 2019³¹). 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 látek³², konkrétně se jedná o diagnózu „syndrom závislosti“³³. V již brzy platné (leden 2022) 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).

³¹ AT konference Společnosti pro návykové nemoci – ročník 2019

³² Psychoaktivní látky = chemické látky, které mají vliv na psychiku a mohou být silně návykové

³³ 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 látky³⁴
- 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) projevující se silnou touhou po užívání látky, potížemi s kontrolou užívání látky a 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
- relaps³⁵

V kontextu s mentální anorexií 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

³⁴ Potřeba stále vyšších dávek látky k dosažení žádoucího efektu

³⁵ Relaps = „znovuvzplanutí“, návrat/zhoršení příznaků a projevů onemocnění

významnou a chtěnou 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 s poruchami příjmu potravy, 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 negativními 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 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 pocitu 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 od okolí, pro které by pacientka s MA udělala téměř cokoliv.

4 Průběh a prognóza mentální anorexie

Ačkoliv je skupina osob trpících některou z poruch příjmu potravy různorodá, mentální anorexie vstupuje do života převážně dospívajícím dívkám a mladým ženám³⁶. 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.

Na samém počátku mentální anorexie stojí ve většině případů strach, vnitřní nejistota, nízké sebevědomí, obavy ze selhání, z nedokonalosti a z neschopnosti mít nad vším plnou kontrolu (Krch, 2010). Pacientky s MA se s těmito pocity nejistoty, a s úzkostí s nimi spojenou, typicky 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. Pacientka 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 nadmíru 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 na své tělo, sama na sebe a na nekonečný boj s hladem (Papežová, 2012; Krch, 2010).

Mentální anorexie se může projevit jako jediná krátká epizoda s úplnou remisí³⁷, 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 pacientek k léčbě, což celý proces významně komplikuje a prodlužuje (Papežová, 2010).

Průměrně je mentální anorexie, se svými typickými příznaky, v životě pacientky přítomna zhruba pět let. Úplné remise dosáhne přibližně 44 % pacientek, neúplné remise poté 28 % pacientek a nepříznivou prognózu očekáváme u 24 % pacientek (Němečková, 2007). Lepší prognózu poté pozorujeme u dospívajících dívek, pravděpodobně důsledkem kratšího trvání nemoci a skutečnosti, že somatické, psychické a 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

³⁶ Poměr mezi muži a ženami je 1:10-15 (Krch, 2007)

³⁷ Remise = vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé

jídelního chování své dcery. 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 nevléčitelné³⁸, 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 uzdravě (Krch, 2007).

Chronická mentální anorexie se od té akutní liší především mírou rizika akutního ohrožení života či zdraví pacientky. Hladověť logicky nelze donekonečna, a tak se pacientka musí v prvé řadě naučit žít a jíst tak, aby přežila a ustála nároky každodenního života. Tato stabilizace je ovšem prvním z mnoha kroků k plné uzdravě, 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

³⁸ Zdroj: web Ministerstva zdravotnictví ČR

okolí. Přísná kontrola jídelního chování a neustálé nutkání znovu zcela přestat jíst je vyčerpávají 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 osobnosti³⁹ 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 přizpůsobivé, 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
Afektivní poruchy	49
Sociální a jiné fobie	44
Závislostní poruchy	30-37
PTSD ⁴⁰	28
Autismus	20
ADHD ⁴¹	17

³⁹ Premorbidní osobnost pacienta = vlastnosti a rysy před vypuknutím nemoci

⁴⁰ PTSD = posttraumatická stresová porucha

⁴¹ ADHD = porucha pozornosti s hyperaktivitou

4.3 Zdravotní komplikace a důsledky 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. 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, které 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 může vyústit až v srdeční selhání a předčasnou smrt. Kardiovaskulární obtíže (bradykardie, arytmie⁴²) 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 osteoporózy⁴³ (vápník), chudokrevnosti (železo), celkové únavnosti, svalové slabosti a křečí (hořčík)... (Leibold, 1995).

⁴² Bradykardie = zpomalení srdeční frekvence, arytmie = porucha srdečního rytmu

⁴³ Osteoporóza = řídnutí kostí vlivem odvápnění, kosti jsou tenké a křehké

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. 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 dívce/ženě určité zisky, jejichž ztráta může být nepříjemná. Na rostoucí tlak ke změně, ze strany okolí, pacientky zpravidla reagují odporem a hysterií (Krch, 2010). Vyčerpání 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, neustálé sebelítosti i sebevražedných myšlenek. Úzkostná sebekontrola je patrná již v každé oblasti života pacientky. Dochází také ke zhoršené koncentraci pozornosti i celkové intelektové výkonnosti. Pacientka ztrácí smysl pro humor, na svět pohlíží černobíle a s nedůvěrou (Krch, 2010).

5 Léčba mentální anorexie

Mentální anorexie je závažné, obtížně léčitelné onemocnění. Léčebný proces je náročný nejen pro samotné pacientky, ale i pro jejich rodinu a blízké okolí – nejen z toho 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).

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 sebepojetí, zvracení, obsedantně kompulzivní rysy atd. 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) poté dodává, že pro příznivý průběh a prognózu tohoto onemocnění je zásadní včasná, adekvátní intervence a vhodné terapeutické vedení.

Hospitalizace, psychoedukace

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 i 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.

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, dále při těžké depresi spojené se suicidálními myšlenkami, ale také z důvodu nedostatečné podpory okolí či sociální izolace.

V počátku léčebného procesu je důležité zaměřit se na psychoedukaci pacientky. Tu ovšem nelze chápat jako přednášku, instruktáž či nátlak odborníka na zvýšení příjmu potravy a tělesné hmotnosti pacientky, nýbrž jako snahu o přerámování jejích negativních myšlenek. 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).

Nutriční terapie a psychoterapie

V procesu léčby mentální anorexie je zásadním krokem zvýšení tělesné hmotnosti pacientky na takovou hodnotu BMI, která spadá do kategorie „normální váha“ (viz *Tabulka 2*). 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, racionalizují⁴⁴ 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.

Němečková (2002) apeluje na zcela zásadní roli dlouhodobé psychoterapeutické péče v rámci komplexní léčby MA, 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, nejen v kontextu léčby 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

⁴⁴ Racionalizace = sebeospravedlňování

na atmosféře bezpečí a vzájemné důvěry (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.

Vzhledem k častému sociálnímu stažení, narušeným sociálním vazbám a problematickým mezilidským interakcím je nezřídka volena interpersonální 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, tzv. 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).

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.

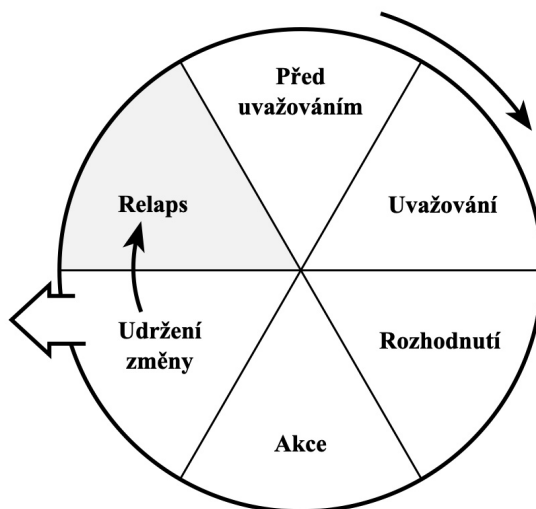
5.1 Riziko a prevence relapsu mentální anorexie

Na cestě k uzdravení z mentální anorexie 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). Relaps neboli opětovný návrat některých projevů 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).

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.

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 společným 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) poté hovoří o vztahu mezi mírou motivace pacientky a rizikem relapsu mentální anorexie. 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.

Prevence⁴⁵ relapsu MA

Jedním z hlavních cílů prevence relapsu MA je vybavit pacienta schopnostmi předvídat, identifikovat, vyhnout se a případně úspěšně ustát zátěžové situace a riziková prostředí, a to z hlediska mnohonásobně zvýšené pravděpodobnosti návratu patologického chování za těchto podmínek (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

⁴⁵ Prevence = soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování (Miovský et al., 2010)

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:

- **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

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**⁴⁶
- **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. GRP⁴⁷. Účinnost této směrnice byla vzápětí prokázána realizovaným výzkumným šetřením⁴⁸. 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 první příznaky návratu onemocnění. Plán prevence relapsu je jakýsi individualizovaný krizový

⁴⁶ Nadměrné cvičení = min. 6 hodin intenzivního cvičení týdně

⁴⁷ GRP = Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa

⁴⁸ Míra relapsu v dříve realizovaných studiích cca 35-41 %, míra relapsu při použití GRP cca 11 %

plán, ve kterém jsou podrobně popsány varovné signály předcházející relapsu, ale i konkrétně definované kroky, kterými lze blížícímu se opětovnému návratu mentální anorexie zabránit. 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 diplomové práce je zaměřena především na prezentaci a analýzu získaných dat prostřednictvím kvalitativně orientovaného výzkumného šetření, konkrétně formou polostrukturovaného rozhovoru, kterému předcházelo online dotazníkové šetření.

6 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 poté 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 subjektivně zdravého jedince na svou minulou zkušenost, 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 respondenty a respondentky objektivně 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 mentální anorexie. V kontextu této práce zjišťuji především vztah daného jedince k jídlu a míru náhledu na vlastní jídelní chování. Ptám se tedy, zda lze patologické jídelní chování, pro mentální anorexii 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 mentální anorexie i na míru rizika jejího relapsu.

Z teoretického výkladu již víme, že stres a celková psychická nepohoda je jedním z faktorů zvyšujících riziko relapsu mentální anorexie, proto dalším z cílů této diplomové práce je zmapovat, jak dotazovaní jedinci zvládají zátěžové, stresové životní události, a to právě s ohledem na minulou osobní zkušenost s mentální anorexií.

Praktickým cílem této diplomové práce je, na základě teoretických poznatků a analýzy získaných dat, vytvořit konkrétní doporučení, která by jedincům ohroženým návratem mentální

anorexie, ale i jejich blízkým, mohla dopomoci k převzetí alespoň částečné kontroly nad onemocněním, a hlavně pak ke snížení rizika relapsu akutní fáze mentální anorexie.

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?*

7 Metody sběru a zpracování dat

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

Výzkumné šetření tak bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru, kterému předcházelo kvantitativně orientované dotazníkové šetření. Obě metody sběru dat, vzhledem k přetrvávající pandemické situaci⁴⁹, 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.

7.1 Nestandardizovaný dotazník⁵⁰

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.

⁴⁹ Pandemie koronavirové choroby Covid-19 (prosinec 2019 – současnost)

⁵⁰ Nestandardizovaný dotazník = dotazník vlastní konstrukce

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 svého dítěte, zvláště poté ve smyslu jídelního chování, každodenního režimu, osobních i společenských aktivit. Třetím kritériem je minulá zkušenost jedince s mentální anorexií, který si tedy aktuálně neprochází akutní fází onemocnění. Mimo to není pro účely tohoto výzkumného šetření podstatné, aby diagnóza „mentální anorexie“ byla stanovena pouze na základě lékařského vyšetření, a to s ohledem na množství jedinců potýkajících se s patologickým jídelním chováním a narušeným tělesným sebepojetím, aniž by proto navštívili některého z odborníků. Zmíněná kritéria účasti ve výzkumu byla stanovena jak s ohledem na celkové zaměření diplomové 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 mentální anorexií 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 však 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 osloveni⁵¹ 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

⁵¹ Listopad 2020

nutné mít na mysli možné vyšší riziko zkreslení výsledků dotazníkového šetření, a to z důvodu 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 dotazníku⁵² 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 dotyčným jeho vyplnění netrvalo déle než 10 minut. Dotazovaní jedinci poté 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 6 rozhovorů s respondentkami, 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 analýzou realizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Z tohoto důvodu nebyla získaná data zpracována žádnou statistickou metodou, byla však přepsána a zorganizována v tabulkovém procesoru Microsoft Excel a následně graficky převedena do přehledných grafů (viz Příloha 2). Skrze základní popis, srovnávání a manipulaci s proměnnými došlo k vynoření zásadních témat týkajících se chronické mentální anorexie a dalších zajímavých podnětných zjištění.

7.2 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).

⁵² Struktura nestandardizovaného dotazníku viz Příloha 1

V kontextu této diplomové 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 diplomové 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, přičemž pro účely této diplomové práce bylo analyzováno 6 z realizovaných rozhovorů.

Realizace rozhovorů proběhla na přelomu ledna a února 2021 prostřednictvím aplikace Skype, tedy online, a to z důvodu nemožné realizace osobního setkání vlivem probíhající pandemie nemoci Covid-19. S ohledem na tyto ztížené podmínky, i celospolečensky velmi náročnou situaci, bylo mou velkou snahou vytvořit klidné, přátelské a důvěrné prostředí, ve kterém se respondentky budou cítit příjemně. Ve všech případech byl rozhovor realizován z 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 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 v zátěžových situacích života 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. Přepsaný materiál byl systematizován a následně zakódován pomocí softwaru ATLAS.ti, přičemž v této fázi analýzy dat je třeba již s jejich částečnou redukcí počítat. Výsledkem této obsahové analýzy získaných dat je prezentace a interpretace v rozhovorech se nejčastěji vyskytujícími tématy a významných zjištění (Miovský, 2006).

7.3 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 diplomové 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 diplomové práce, s 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) ve své práci vyzdvihuje žádoucí schopnost výzkumníka vnímat individualitu každé z osob účastnících 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 dané osobě, měl zachovat neutrální a nehodnotící postoj.

8 Výzkumný soubor

Charakteristika výzkumného souboru se liší v závislosti na zvolené výzkumné metodě. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 48 respondentů a respondentek, konkrétně 2 muži a 46 žen, kteří jsou ve většině případů plnoletí, již nesdílí společnou domácnost se svými rodiči (s původní rodinou) a kteří si prošli minulou zkušeností s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti její akutní fáze. Následného polostrukturovaného rozhovoru se poté zúčastnilo, na základě aktivně projeveného zájmu, 6 oslovených respondentek, tedy pouze žen.

Ve výzvě k vyplnění online dotazníku je záměrně uvedeno spojení „minulá zkušenost jedince s mentální anorexií“ namísto v názvu diplomové práce uvedeného spojení „chronická mentální anorexie“, a to z důvodu možné diskriminace osob, které se v současné době již cítí být zdravý, ovšem stále mají k této problematice co říci. Jedním z cílů tohoto výzkumného šetření je totiž zjistit, zda lze jedince, který na mentální anorexii pohlíží jako na svou osobní minulou zkušenost, skutečně označit za vyléčeného, zdravého a bezpříznakového. 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, tedy plnoletost, nebyla splněna v jednom ze 48 případů⁵³, druhá podmínka, nesdílení společné domácnosti se svými rodiči, nebyla splněna ve čtyřech ze všech případů a třetí podmínku minulé zkušenosti s mentální anorexií bez aktuální přítomnosti její akutní fáze nenaplnilo pět z dotazovaných jedinců. Vzhledem k vnímanému cennému obohacení výzkumného souboru, a také 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 diplomové práce je celkový výzkumný soubor, složený ze 48 respondentů/respondentek, rozdělen do 5 kategorií – skupin A-E 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.

⁵³ Jedné z dotazovaných respondentek bylo v době výzkumného šetření 15 let

8.1 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.

8.2 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*, přičemž 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 účastnících 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 konstelace⁵⁴, 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.

S ohledem na opakující se tematické okruhy napříč všemi rozhovory, a také s ohledem na již dostatečnou nasycenost dat potřebných k následné analýze rozhovorů bylo pro účely této práce vybráno jen 6 z realizovaných 10 rozhovorů, a to tak, aby byl výsledný vzorek respondentek co možná nejrozmanitější. S cílem lepší orientace ve výzkumném souboru, konkrétně pak ve stěžejních tématech vynořených již v průběhu samotných rozhovorů, byly vytvořeny následující krátké medailonky (*Tabulka 10*), které doplňují základní představení respondentek (*Tabulka 9*).

Tabulka 10 | Medailonky respondentek účastnících se polostrukturovaného rozhovoru

ALICE (22) – studentka VŠ
Emočně nedostupní rodiče, citová závislost na partnerovi, perfekcionismus, zvýšená sebekontrola
BĚLA (37) – sociální pracovnice a psychoterapeutka
Oběť domácího násilí, proanorektické rodinné prostředí, sklon k závislostem, narušené osobní hranice, úzkostná matka dvou dětí
DIANA (41) – učitelka ve speciální MŠ
Traumatické dětství, ztráta otce, šikana, deprese, cílevědomost, izolovanost, sklon k závislostem, excesivní cvičení, narušené tělesné sebezpojetí, zvýšená sebekontrola, úzkostná matka dvou dětí
HELENA (29) – psychologka
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 sebezpojetí, zvýšená sebekontrola, matka dvou dětí (poporodní deprese)
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

⁵⁴ Sourozenecké konstelace = pořadí, v jakém se dítě narodí do rodiny, má vliv na utváření jeho povahy i na budoucí projevy jeho chování

9 Prezentace 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.

9.1 Prezentace a analýza dat získaných z dotazníkového šetření⁵⁵

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.

9.1.1 Demografické údaje

Z celkového počtu 48 respondentů/respondentek⁵⁶ 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

⁵⁵ Základní analýza dat získaných z dotazníku viz. Příloha 2

⁵⁶ Pro lepší přehlednost dále jen „respondentů“ s vědomím, že jde o jedince mužského i ženského pohlaví

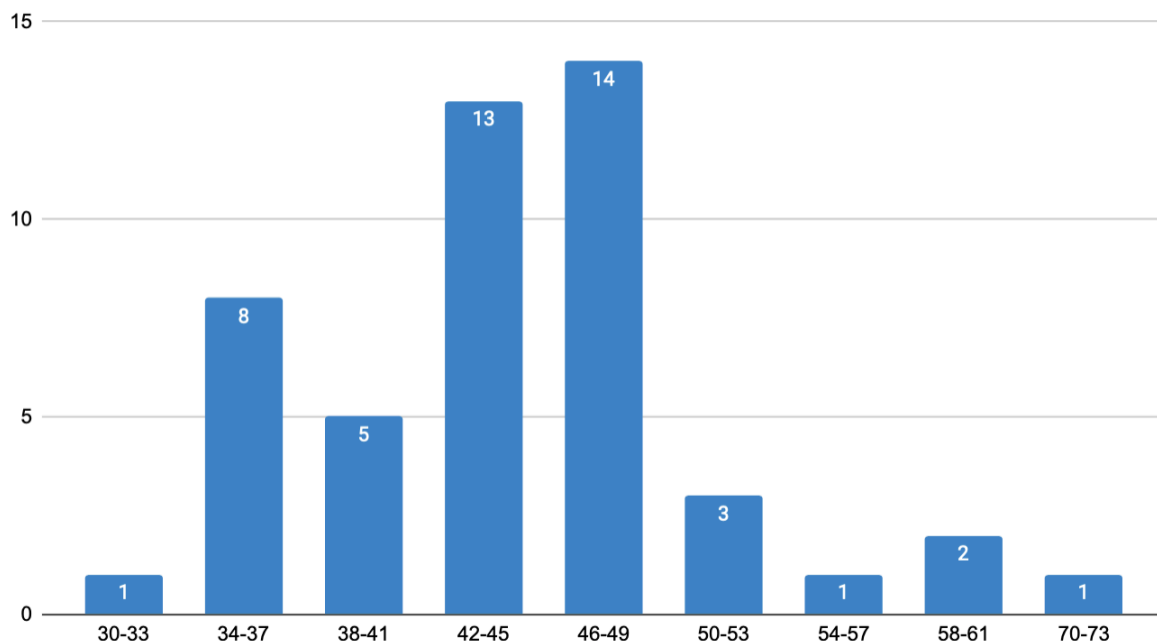
být v tomto období výrazně zesílené, touha po dokonalém těle vedená restrikcí potravy je pro těhotnou ženu, a zvláště pak pro nenarozené dítě, velmi nebezpečné. V rámci tohoto výzkumného šetření plní mateřskou roli bezmála 17 % z dotazovaných žen, přičemž jednu z nich mentální anorexie stále provází. 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.

9.1.2 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.

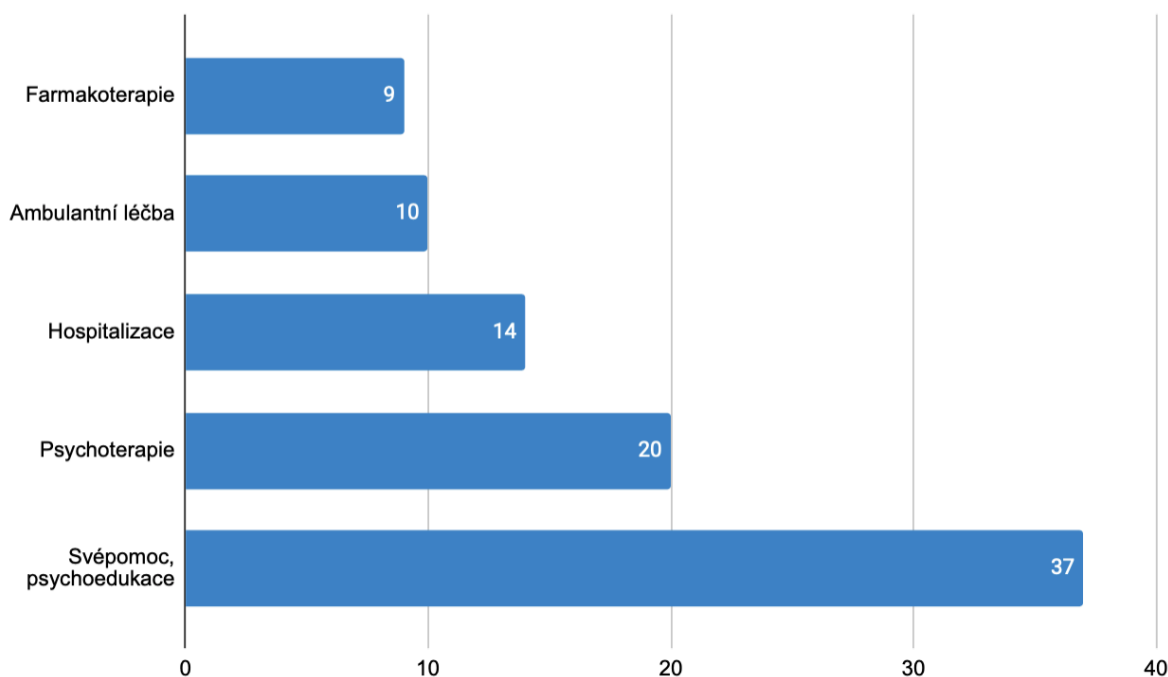
Z výše uvedeného je patrné, že se mentální anorexie dotýká jedinců s abnormálně nízkou, nízkou, ale i s na první pohled zcela normální tělesnou hmotností. V případě, kdy dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, ovšem váha daného jedince stále spadá do normálního rozmezí, hovoříme o tzv. atypické 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 psychoedukace⁵⁷ 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

⁵⁷ Psychoedukace = předávání srozumitelných informací o vzniku, příznacích a možnostech léčby onemocnění

42 % respondentů, což je, vzhledem k závažnosti a povaze onemocnění, i vzhledem 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

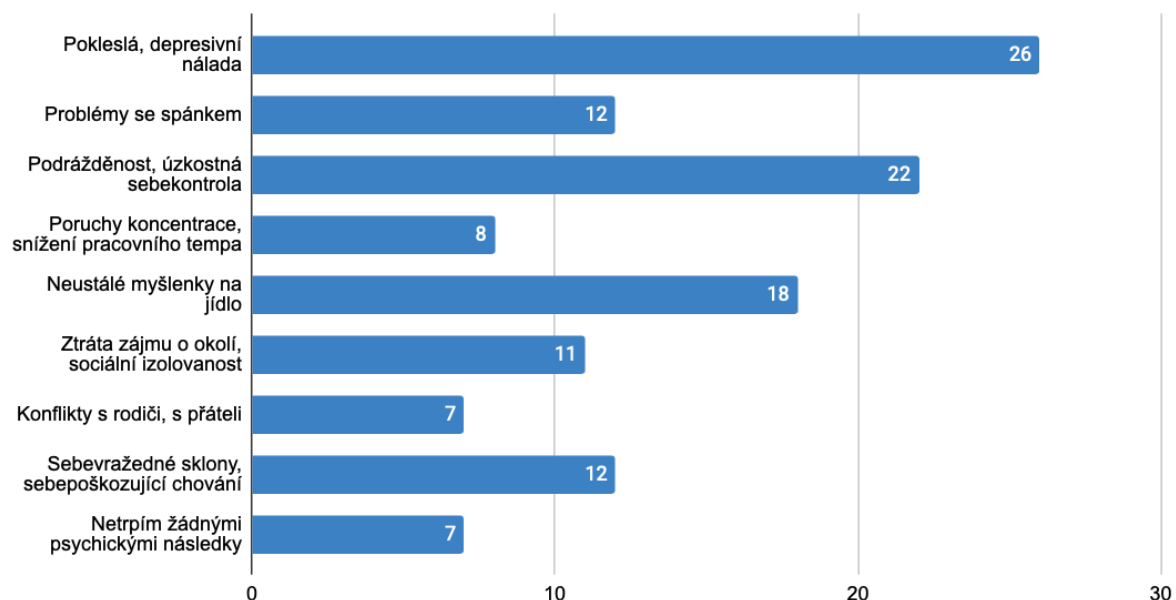


Nejvýznamnějším účinným faktorem v procesu léčby mentální anorexie je, pohledem dotazovaných respondentů, jednoznačně podpora, a to ze strany partnera, rodiny, přátel, ale i odborníků. Dalším z hnacích motorů zvyšujících motivaci k celkové úzdavě je snaha jedince předejít možným zdravotním komplikacím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

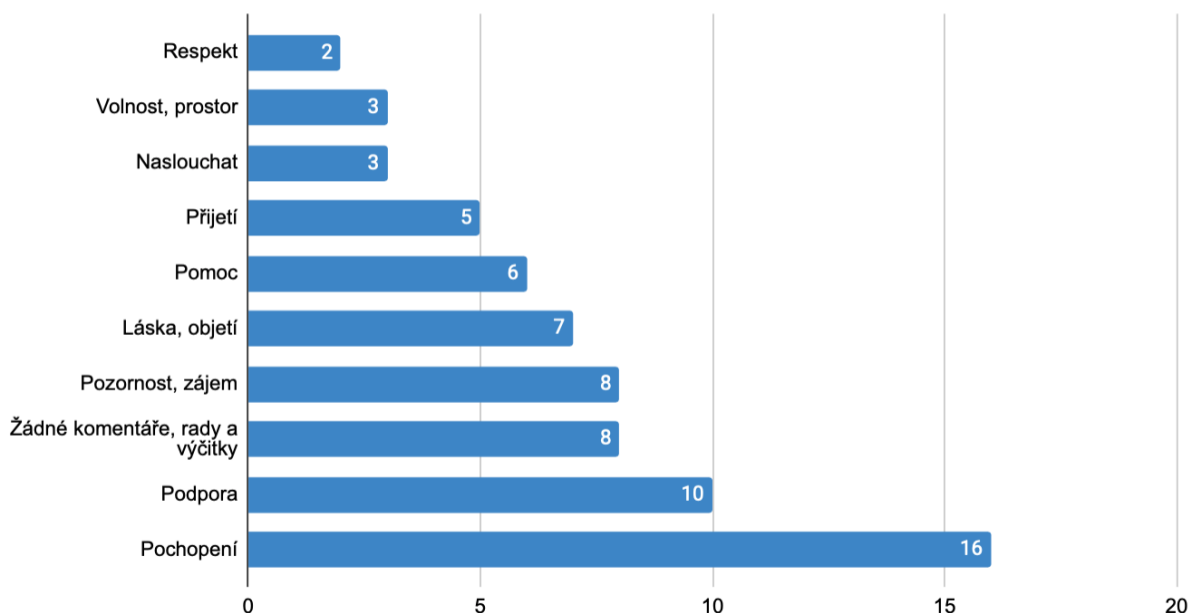
Graf 3 | Psychické následky mentální anorexie



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:“



9.1.3 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

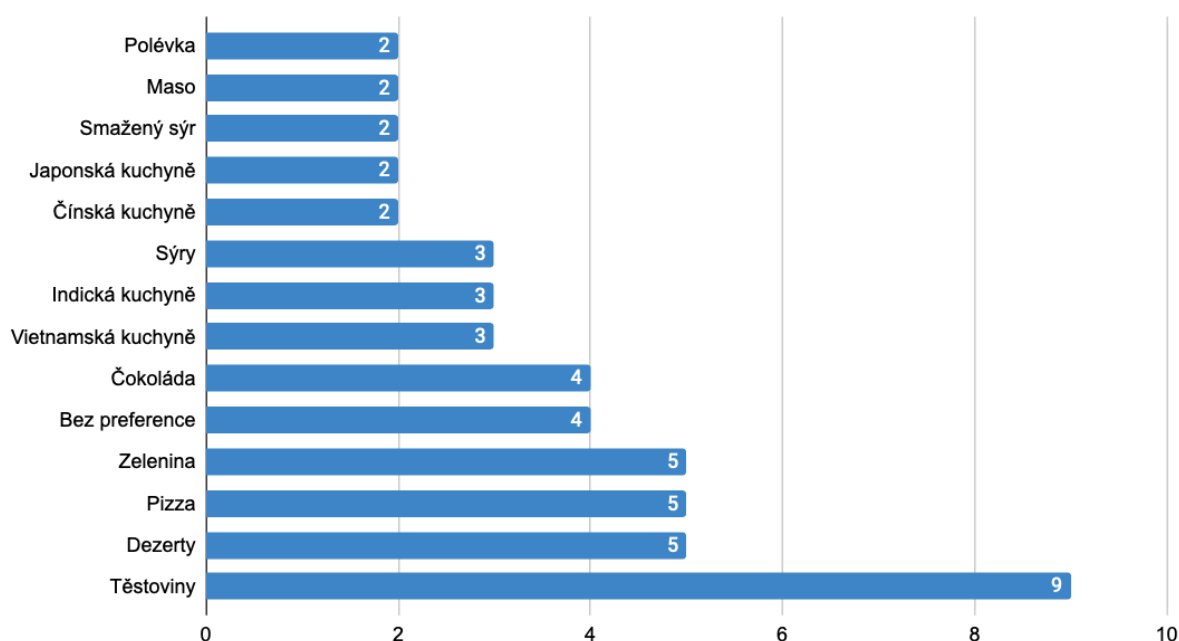
	Ano	Ne
Mám tendence jíst stále stejné potraviny.	60,4 %	39,6 %
Vynechávám ze svého jídelníčku oblíbené potraviny, abych tak záměrně ovlivnil/a svou váhu, postavu.	66,7 %	33,3 %
Zpravidla se odměňuji svým oblíbeným jídlem.	45,8 %	54,2 %

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 těla⁵⁸ (Krch, 2007). Mnohdy tak tyto 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,

⁵⁸ Vlivem somatických následků mentální anorexie již není příjem potravy, v pozdějším stadiu onemocnění, otázkou svobodné vůle

a bezmála polovina respondentů, kteří se snaží dodržovat určitá pravidla, aby tak záměrně ovlivnili svou tělesnou hmotnost a postavu.

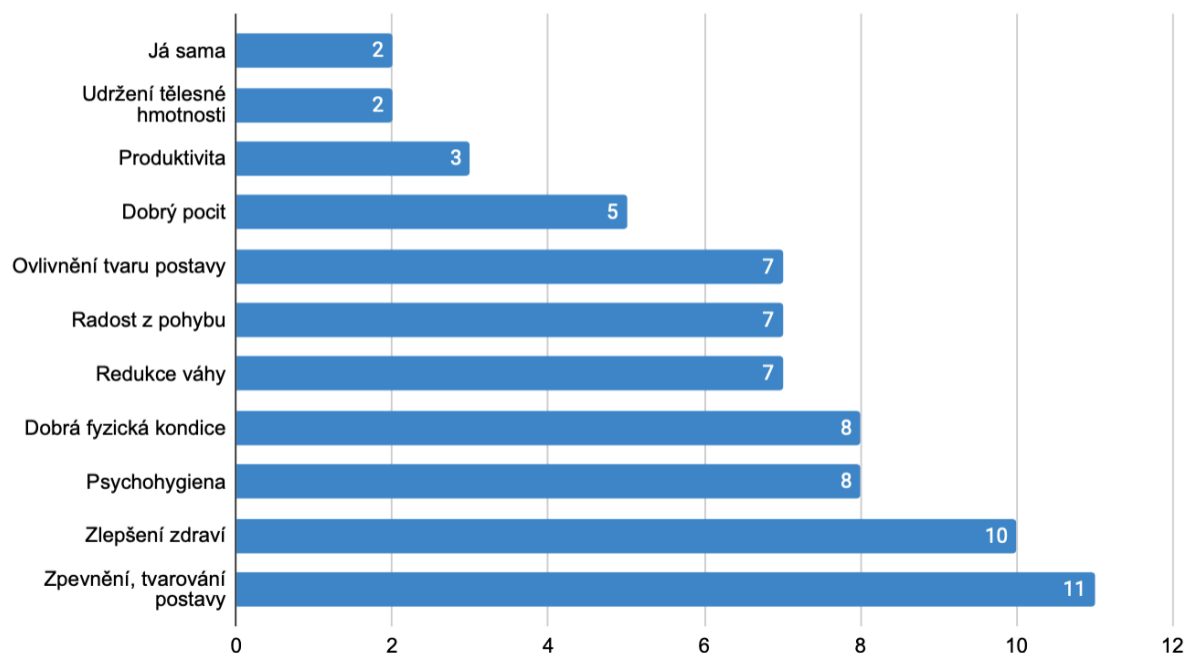
V teoretické části práce je dále uvedena úzká souvislost mezi hladověním a příjemnými, uspokojivými pocity nemocného jedince. V rámci dotazníkového šetření tuto souvislost potvrzuje jen 31 % z dotazovaných respondentů, 46 % respondentů poté uspokojení spojené s pocitem prázdného žaludku odmítá.

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



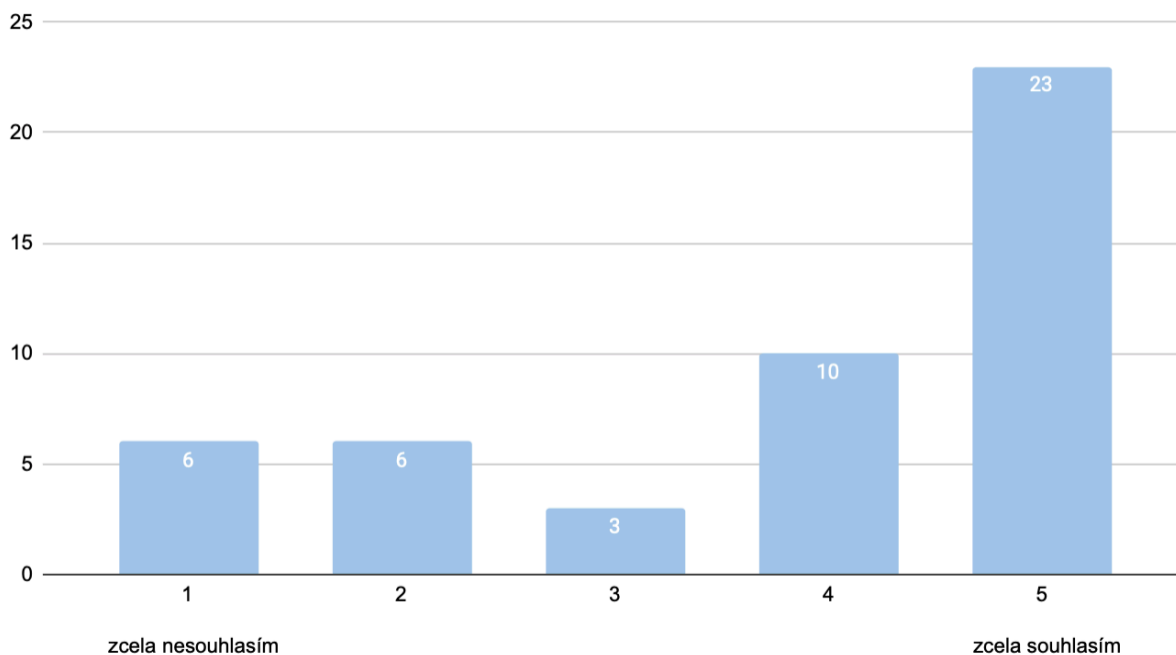
9.1.4 Sebehodnocení a zvládání zátěžových situací

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.“

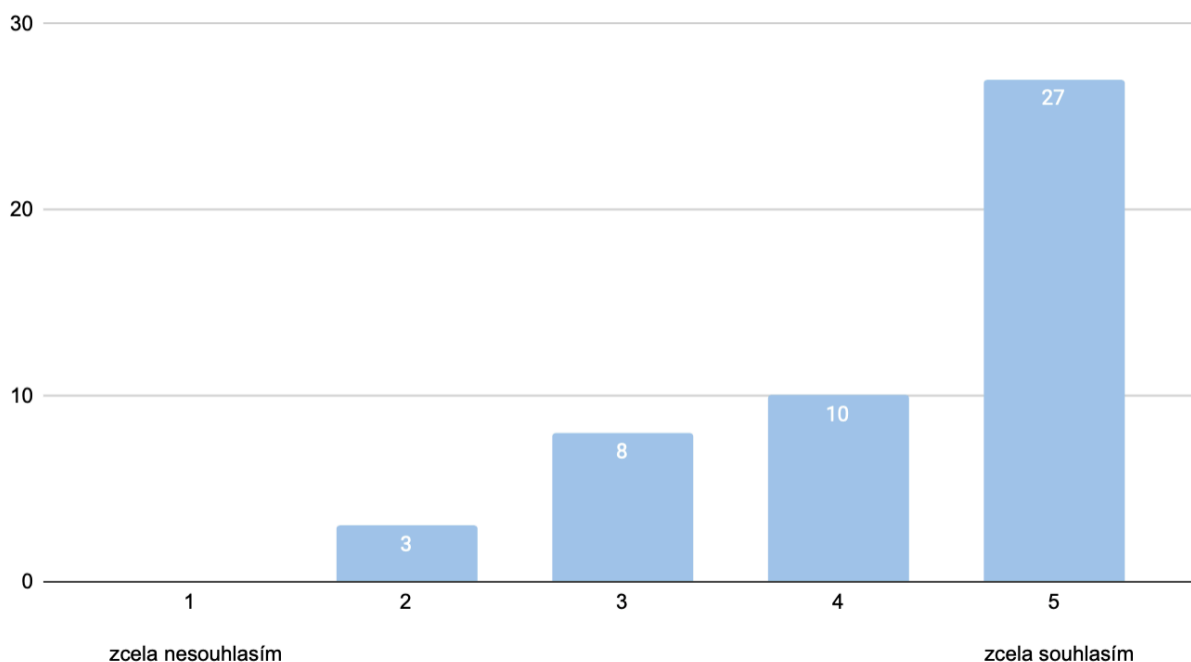


Z celkového výzkumného souboru je se svou aktuální tělesnou hmotností spokojeno pouze 37 % respondentů, nespokojenost se svou váhou poté vyjadřuje necelá polovina výzkumného vzorku, do níž spadají i ti z dotazovaných respondentů, kteří si mentální anorexií stále procházejí. Až 77 % jedinců přiznává, 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 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 osoby⁵⁹. Na základě výsledků dotazníkového šetření lze říci, že minimálně jednoho 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.

⁵⁹ Jedna z mnoha technik kognitivně behaviorální terapie (KBT)

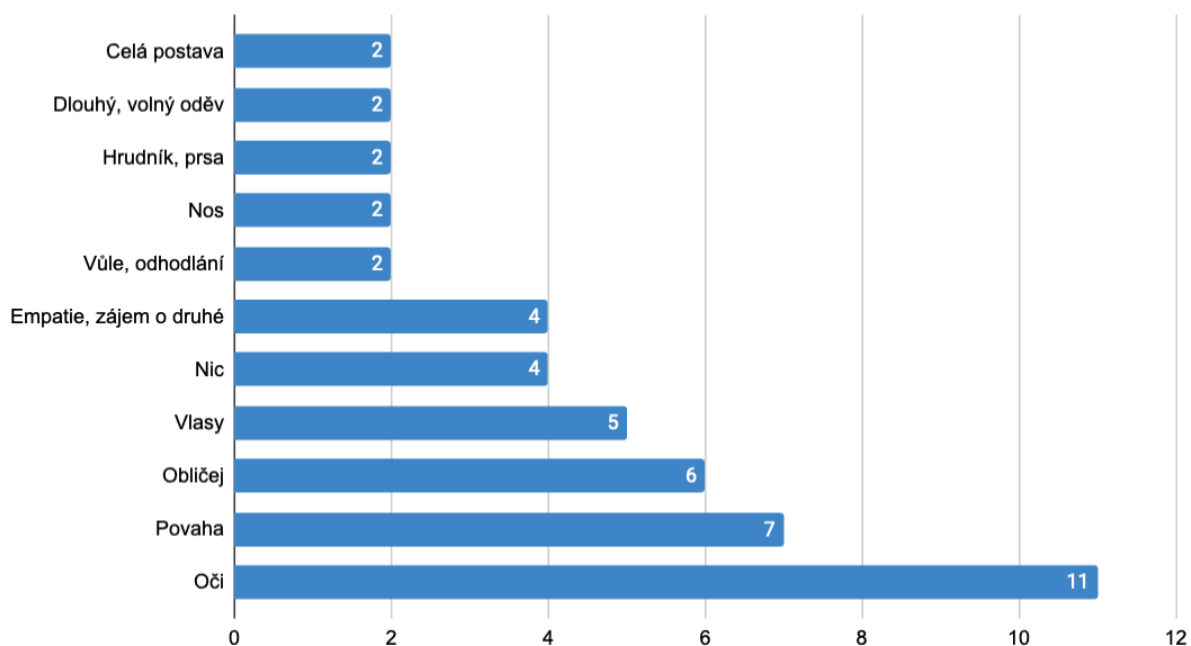
Graf 8 | „Má postava ovlivňuje to, jak sám/sama sebe vnímám a hodnotím.“



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.

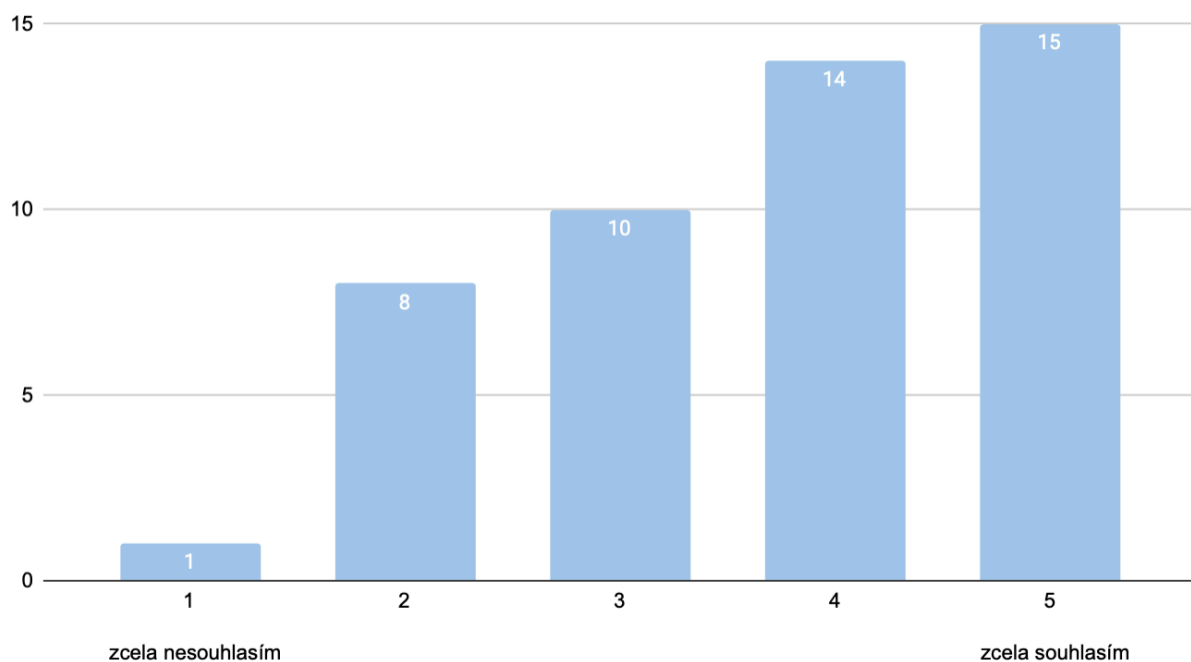
S ohledem na velmi častý negativní vztah jedince s mentální anorexií k vlastnímu tělu se respondentů dále ptám na to, co na sobě mají nejraději (Graf 9), a to i s vědomím, že tuto otázku lze uchopit dvojím způsobem. Ti, kteří hodnotili fyzickou stránku své osobnosti, nejčastěji zmiňují své oči, obličej, vlasy, tedy takové fyzické rysy či části těla, které jsou s daným jedincem bytostně spjaty 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 také 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).

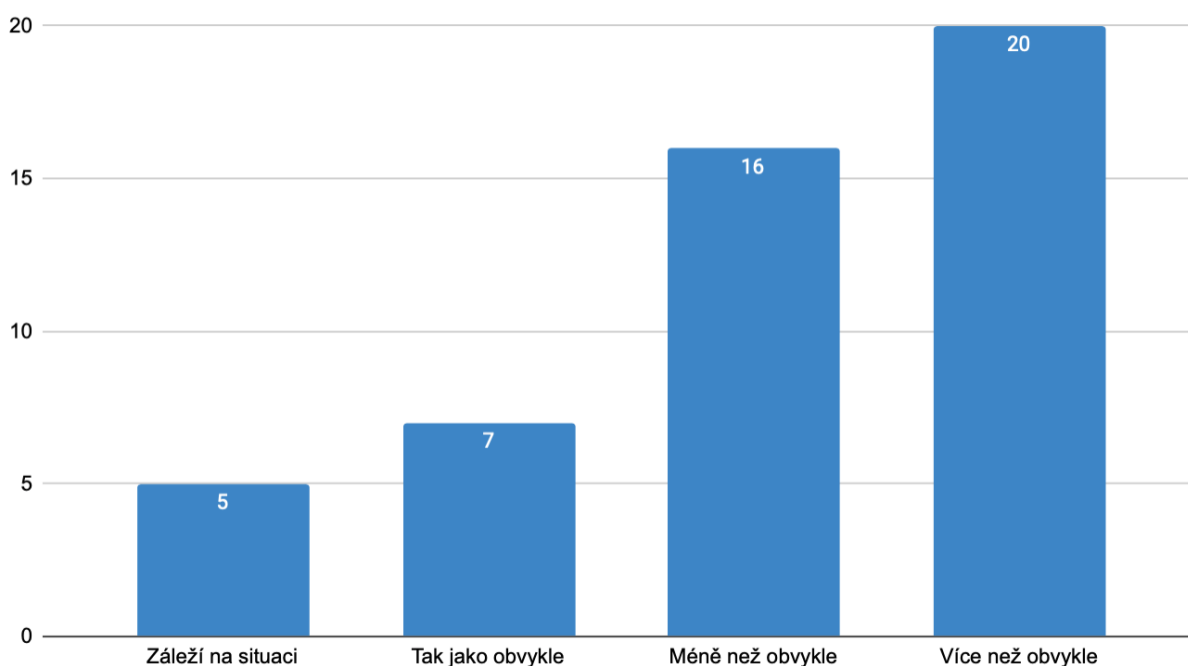
Graf 10 | „Záleží mi na tom, co si o mně myslí ostatní.“



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 vůči své nemoci i jejímu návratu zranitelnějšími, což je, zvláště pak pro odborníky, významným a varovným zjištěním.

9.1.5 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.“

9.2 Prezentace a analýza dat získaných z rozhovorů⁶⁰

Vzhledem k množství významných témat týkajících se problematiky mentální anorexie vynořených v průběhu primární analýzy rozhovorů, a především pak vzhledem k doporučenému maximálnímu rozsahu diplomové práce, jsou v následujících podkapitolách prezentovány výsledky sekundární analýzy získaných dat. K doplnění níže prezentovaných zjištění poté slouží Příloha 5, tedy primární analýza dat, ve které jsou prezentovány významné tematické okruhy spolu s jednotlivými kódy.

9.2.1 Emoční zranění v dětství

V úvodní části rozhovoru respondentky vzpomínají na období svého dětství a dospívání, a také hovoří o tom, jaká převládala tou dobou v rodině atmosféra. Mimo Bělu (37), která byla obětí domácího násilí, je dětství respondentkami v prvotní reakci hodnoceno jako „šťastné“ (Alice, 22), „bezproblémové“ (Linda, 24), „racionálně hezké“ (Diana, 41), „relativně idylické“ (Ilona, 38) a „docela fajn“ (Helena, 29). 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 nasyceny pouze 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 no...“ (Ilona, 38)

Alice je starší ze dvou sourozenců. Zpočátku hovoří o prožitém šťastném dětství, apeluje na spravedlivý přístup rodičů k oběma svým dcerám, nadšeně popisuje luxusní rodinné dovolené, z čehož usuzuje kvalitu rodinných vztahů. Hovoří také o negativním vlivu nevěry mezi rodiči na její psychický stav v období dospívání. V kontextu okolností vzniku mentální anorexie poté otevírá téma nedostatečné emoční zpětné vazby.

„Nikdy nikdo nepřišel a na nic se mě nezeptal... my tolik neplakáme u nás doma, ale třeba 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 oni jsou na mě hrozně

⁶⁰ Struktura rozhovoru viz. Příloha 3, Přepis rozhovorů v plném znění viz. Příloha 4

naštvaný, ale nic víc jsem necítila... moji rodiče všechno řeší vztekem, bylo to moc... 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 ni, 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)

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)

Také Helena, mladší ze dvou sester, 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 a tak... občas jsem slyšela rodiče, jak se hádali...“ (Helena, 29)

Linda je starší ze dvou sourozenců, ve vzpomínkách na dětství však sourozence vůbec nezmiňuje. Zmiňuje ale 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, já jsem se teda v určitém věku rozhodla, že s ní nebudu

komunikovat radši vůbec, protože mně to bralo hrozný energie, takže tam 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 hlavně od té svojí mamky, 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 máho přirozeného já...“ (Linda, 24)

Vysoké nároky a požadavky rodičů

Alice a Helena explicitně hovoří o velmi vysokých nárocích a požadavcích svých rodičů, jimž se vždy maximálně snažily dostat. Zmiňují také interiorizaci těchto požadavků a následnou zvnitřněnou potřebu být ve všem perfektní, nejlepší, a to i v mentální anorexii (Alice).

S ohledem na sourozenecké konstelace a očekávané vyšší nároky na staršího ze sourozenců, ale i na jedináčky, stojí za připomenutí, že Alice je starší a Helena mladší ze dvou sester, Diana je poté jedináčkem.

„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)

„Rodiče v podstatě považovali za samozřejmý, že mám samý jedničky, chtěli, abych šla na osmiletý gympl, 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)

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 doted' dietárka... když se sejde rodina, všechny ženy se jdou zvážit 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)

Stejně jako Běla i Linda zmiňuje nadměrné zaujetí své matky tělesnou váhou a postavou, a to do takové míry, že je od aktuálního vzhledu a tělesné hmotnosti odvíjena také míra matčiny náklonnosti, i schopnost 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 jako 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, takovej hnací motor...“ (Linda, 24)

Helena, na rozdíl od Běly a Lindy, svou matku považuje za celoživotní oporu. Ten, kdo celé dospívání narážel na Heleninu postavu a její ženské křivky, byla její starší sestra.

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

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 kafe, k obědu snědla jednu suchou housku a večer se doma naprala... doted' si dává k večěři toastový chleba nebo čínskou polívku... moje mamka byla vždycky cvalda... vždycky byla kulatější a nikdy se s tím nesmířila, celej život prostě držela svoje nesmyslný diety typu – chceš zhubnout, nežer... před asi 10 lety do anorexie spadla právě i moje mamka.“ (Ilona, 38)

9.2.2 Citlivé období dospívání

Tělesný vzhled a proměna ženského těla terčem šikany

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 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)

O nedostatku sebevědomí i o nepřijetí svých ženských tvarů v období dospívání hovoří také Běla a Helena. Helena dále 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.

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

„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

právě měl nějaký koment, že mám velké 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)

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)

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.

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. Stejně tak Helena i Diana upozorňují na možný destruktivní vliv sociálních sítí na křehkou psychiku dospívajícího jedince, z tohoto důvodu Helena dlouhodobě není aktivním uživatelem sociálních sítí.

„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)

„Nemyslím si, že sociální sítě jsou něco dobrého... 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)

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 štihlosti, tedy od nátlaku společnosti na tělesnou dokonalost, k nátlaku na dokonalost ve všech oblastech lidského života, přičemž dokladem zvládnutí 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 vychrtlé 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)

S mnohdy diskutovaným dopadem zmíněného kultu štihlosti 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)

9.2.3 Psychická vulnerabilita, stres a závislostní chování

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.

Alice hovoří o celoživotně prožívaných úzkostných stavech i o unikání do destruktivních myšlenek v náročných situacích, takovou situací poté může být osobní selhání či konflikt s některým z blízkých.

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

Běla zmiňuje, vedle zvýšené úzkostnosti, kterou trpí již od raného dětství, také 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.

„Psychické problémy mě doprovázejí celý život, neberu celoživotně antidepresiva, 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)

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 jako byla docela hodně na dně...“ (Ilona, 38)

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)

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

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

U Alice pozorujeme vedle pocitů méněcennosti také patologickou, ovšem zcela uvědomovanou závislost na druhých, konkrétně na jejím současném partnerovi, bez kterého není schopná učinit žádné větší rozhodnutí.

„Bývalý partner mě trochu ponižoval, necítila jsem se pro něj dost dobrá... vlastně párkrát to šlo i od něj, že pro něj nejsem dost dobrá... mám strach z toho, co si o mně budou ostatní myslet, jestli udělám dobrý dojem... jestli se jim budu líbit, jestli mě budou mít rádi... chtěla bych být více soběstačná, když se něco špatného stane, tak bych nechtěla volat svému příteli, chtěla bych to umět řešit sama...“ (Alice, 22)

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 zmínit, 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)

Závislostní chování jako maladaptivní copingová strategie

Maladaptivní strategie zvládnání stresu jsou destruktivní strategie přinášející danému jedinci pouze krátkodobou úlevu. Na psychické úrovni plní podobnou funkci tzv. ego-obranné mechanismy, což jsou nevědomé procesy objevující se v reakci na nadměrnou stresovou zátěž.

V případě Diany pozorujeme, s ohledem na zmíněné obranné mechanismy, užití humoru, racionalizaci svého chování i emocí, projekci vlastních potíží na svou dceru, hypochondrii, ale také izolaci od okolního světa. Běla své potíže „řeší“ disociací, tedy odpojením se od vlastního těla a myšlenek, Alice své chování racionalizuje a záměrně utíká před obávanými situacemi, Linda a Helena somatizují a vyjadřují tak své nezpracované emoce skrze tělesné symptomy, u Heleny poté dále pozorujeme sklony k hypochondrii.

Častou maladaptivní copingovou strategií, ale i častou komorbiditou poruch příjmu potravy, jsou závislostní poruchy. Závislostní chování je poté typické touhou 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...“ (Linda, 24)

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

„Když jsem single, tak prostě vypiju víc než chci... vypiju víc, jak s tou čokoládou, dám si půlku tabulky, sice tu druhou půlku dokážu odložit, ale chtěla jsem si dát proužek...“ (Běla, 37)

Hladovění a přejídání jako závislost a únik před problémy

Jednou ze sebedestruktivních maladaptivních copingových strategií je sama mentální anorexie, konkrétně **hladovění**, na němž, stejně jako na návykových látkách, vzniká silná závislost. S ohledem na uchýlení se k závislostnímu chování v době prožívaného stresu zmiňují Běla i Helena krátký relaps mentální anorexie.

„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)

Helena během rozhovoru několikrát zmiňuje, v kontextu významného úbytku tělesné hmotnosti, své dlouhodobé potíže se žaludkem, je proto k zamyšlení, zda se jedná o potíž psychosomatického rázu (několikrát potvrzen negativní nález) či o přesměrování pozornosti na zástupný, lépe uchopitelný problém nežli je právě ona mentální anorexie.

„Pak jsem ještě zhubla, když jsem pracovala v diagnostickém ústavu, protože to byl pro mě strašný stres... měla jsem problémy se žaludkem a moc jsem nejedla, takže jsem zhubla na nějakých 43, 42 kilo...“ (Helena, 29)

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 poté prostřednictvím přirovnání mentální anorexie k závislosti na alkoholu poukazuje na její nevyléčitelnost 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)

Přejídání, zvláště pak ve smyslu **emočního jedení** je další možnou odezvou na nadměrnou stresovou zátěž a nezvladatelné emoce, přináší 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 a Lindy.

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

„Já jsem se prostě jeden večer přejedla, samozřejmě ono se to potom přetváří do něčeho jiného, 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)

Běla vedle emočního jedení popisuje také úlevný efekt zvracení po přesycení i uspokojujivý pocit prázdného žaludku v období hladovění, přičemž naráží na jistou formu sebestrukce 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)

9.2.4 Tělesné sebepojetí, sebekontrola a obavy z nadváhy

Vnímání a prožívání vlastního těla žen s minulou zkušeností s mentální anorexií

Zkreslené vnímání vlastního těla je jedním z hlavních diagnostických kritérií mentální anorexie. Jak ukazují následující úryvky výpovědí respondentek, lze toto narušené vnímání vlastního těla pozorovat i u těch, které mentální anorexií již subjektivně překonaly, zvláště pak v případě Diany a Ilony.

„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 pořád, ale já jsem je už asi přijala no..., vadí mi pořád trošku, ale už to jiný nebude...“ (Ilona, 38)

U Běly poté pozorujeme spíše celkovou nespokojenost s vlastním vzhledem, včetně odloučení od svých tělesných prožitků. Sama však problematický vztah k tělu považuje u většiny žen za normální jev, čímž vlastní nespokojenost racionalizuje a ubírá jí na vážnosti.

„Mám velmi špatný kontakt s tělem, to mám stejně jako v jídle, že 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... myslím si ale, že 90 % žen má myšlenky, jestli je jejich postava dostatečně dobrá nebo ne...“ (Běla, 37)

Občasnou nespokojenost s vlastním tělem prožívá také Linda, která v důsledku úzkostné sebenejistoty, prožívané v oněch chvílích nespokojenosti, cíleně omezuje svůj sociální život.

„Mívám takový období, kdy se jako 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, že si nejsem úplně jistá ve svém těle...“ (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, tak ale vím, že včera jsem si říkala „ty jo, ty jsi hubená“, takže si říkám, že to je nějaký chvilkový pocit...“ (Alice, 22)

Helena jako jediná z respondentek je se svým tělem, i přes počáteční fázi smířování se s „normální“ tělesnou hmotností, momentálně spokojená.

„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)

Nadměrná (sebe)kontrola a ničivá síla vlastní vůle

Dalším z typických znaků mentální anorexie je nadměrná sebekontrola, a to nejen v kontextu jídelního chování, ale i v kontextu celkového životního stylu.

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

Z výpovědi Alice je dále patrné striktní plánování denního režimu včetně jídelníčku, přičemž sama poukazuje na to, že je to to jediné, co má pod kontrolou.

„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)

Vedle nadměrné kontroly příjmu potravy hovoří Helena, Linda a Diana také o excesivním cvičení, kterým si cíleně udržují svůj aktuální vzhled i tělesnou zdatnost. Helena také zmiňuje dodržování přerušovaného hladovění, kterým opět záměrně kontroluje denní příjem potravy.

„Snažím se jíst do osmi, nechci jíst pozdě... hodně cvičím, třeba pětkrát týdně...“ (Helena, 29)

„Mám tendence k tomu se přehnaně hlídat, sportovat...“ (Linda, 24)

„Cvičím s činkami, už s docela velkými vahami... nesnažím se zhubnout, ale chci mít kontrolu nad svým zdravím a nad silou, kterou mám... já toho snesu fakt hodně...“ (Diana, 41)

Běla poté zdůrazňuje svou nezlomnou vůli a odhodlání k dosažení svých cílů, 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)

Obavy z nadváhy u žen s minulou zkušeností s mentální anorexií

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

Alice a Linda své současné obavy z nadváhy vyjadřují zcela otevřeně. Alice, v akutní fázi mentální anorexie, tloušťku srovnávala dokonce i s charakterovými vadami osobnosti.

„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...“ (Alice, 22)

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

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... já si nedovedu představit, jak by to vypadalo, kdybych po dětech hrozně nabrala... bylo by to jednak omezení a jednak zdravotní komplikace...“ (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)

Diana a Helena, na rozdíl od výše zmíněných respondentek, strach z nadváhy odmítají. Absenci strachu poté 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)

9.2.5 Vztah k jídlu a jídelní chování jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií

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

„Problém není v tom jídle, problém je někde na úplně jiné rovině...“ (Alice, 22)

„Není to o tom jídle, je to něco hluboce vnitřního... nenasytím se, nechci se sytit, nechci už nic přijímat...“ (Diana, 41)

„Anorexii beru spíš jako symptom mého chování k sobě, nějaký sebezpoškozující chování než že by bylo to nejdůležitější být hubená, bylo to důležité, ale ne to nejpodstatnější...“ (Běla, 37)

Přestože respondentky odkazují na závažnější okolnosti vzniku mentální anorexie, které jsou podrobněji zmapovány v předešlých kapitolách, následující úryvky výpovědí respondentek vypovídají o jejich současném vztahu k jídlu a jídelním chování, jakožto o významných faktorech rozhodujících o aktuální přítomnosti mentální anorexie. Ve většině případů zmíněná záměrná manipulace s jídlem, přísná kontrola příjmu potravy a ambivalentní postoj k jídlu jako takovému nám ukazuje na další ze splněných diagnostických kritérií mentální anorexie.

Alice hovoří o kladném vztahu k jídlu, který stojí na „netrápení se“ s ním. Ve skladbě jídelníčku se nikterak neomezuje, snaží se jíst zdravě a vyváženě. Přiznává však, že myšlenky týkající se jídla ji zaměstnávají více než je jí samotné příjemné.

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

Také Helenu myšlenky na jídlo zaměstnávají více než považuje za běžné. Z výpovědi je zřejmé, vedle nejisté kladného vztahu k jídlu, že ji v jídelním chování významně omezují dlouhodobé potíže se žaludkem. Jak je zmíněno již v jedné z předchozích kapitol, vzhledem k opakovaně potvrzovanému negativnímu nálezu je k úvaze, zda jsou žaludeční potíže odrazem nadměrné

stresové zátěže, přesměrováním pozornosti na zástupný, lépe uchopitelný problém či fyzickým důsledkem extrémního hladovění v minulosti. Uchýlení se k veganství, které stojí na vyloučení živočišné stravy z jídelníčku, Helena zdůvodňuje převážně etickými důvody.

„Asi na to jídlo kladu větší důraz než jiní... myslím si, že jím ráda, akorát mi vadí, že je mi pak blbě... řeším hlavně, jako veganka, aby to mělo dost proteinů...“ (Helena, 29)

Diana otevřeně přiznává, že se stravuje poněkud „nestandardně“. Dbá na zdravý jídelníček, ovšem nadměrné zaujetí jídlem odmítá, považuje ho pouze 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 s nimi 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“, někde to tam jako pořád je... nemám z jídla výčitky, je mi to jedno... a pak si říkám: „to jsi nemusela sníst půlku ty nutelly... vadí mi, když na jídle lidi ten život staví...“ (Diana, 41)

Taktéž u Běly pozorujeme výraznou ambivalenci ve vztahu k jídlu. Zprvu Běla hovoří o svém „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 vztah k jídlu a jídelní chování neodpovídá kritériím mentální anorexie.

„... kontakt s jídlem není tak dobrý, až potom zjistím, že jsem se vlastně najedla, ale 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)

V neposlední řadě také 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 jedna z mnoha podob 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)

9.2.6 Důsledky mentální anorexie na život již subjektivně zdravých žen

Fyzické, psychické a sociální důsledky mentální anorexie

Mezi nejčastěji zmiňované fyzické obtíže, které respondentky doprovázely v období akutní fáze mentální anorexie, patří například zvýšená kazivost zubů, nadměrné vypadávání vlasů, amenorea, zimomřivost či zvýšená potřeba spánku. V současnosti si respondentky na žádné ze jmenovaných ani jiných fyzických obtíží doprovázejících typický průběh mentální anorexie nestěžují. Spíše než na fyzické důsledky tohoto závažného onemocnění si respondentky stěžují na obtíže psychické, a zvláště pak na ty sociální.

„Potom se začala objevovat spíš ta sebekritika a pocity úzkosti...“ (Alice, 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...“⁶¹ (Diana, 41)

„Než abych šla na tu party, kde vím, že bude hodně alkoholu, spoustu jídla a kdesi cosi, tak si radši udělám poklidný večer, ráno si vstanu a jdu běhat nebo jdu na výlet...“ (Linda, 24)

Prožívání mateřství a výchovné postoje žen s minulou zkušeností s mentální anorexií

Mateřství žen, které se potýkají či se v minulosti potýkaly s některou z forem poruch příjmu potravy, je ve společnosti věnována jen malá pozornost. Nejen výsledky tohoto výzkumného šetření však ukazují na významný vliv minulé zkušenosti s tímto onemocněním, a to jak na prožívání vlastního mateřství, tak na výchovné postoje dotyčných žen.

Diana je matka dvou dětí. V průběhu rozhovoru s radostí vzpomíná na své první těhotenství, až díky kterému si uvědomila iracionalitu svého patologického jídelního chování, konkrétně pak navozeného zvracení, a tak s ním v té době také definitivně skončila.

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

⁶¹ Diana v důsledku hospitalizace spojené s léčbou MA přerušila studium na střední hotelové škole

„Vždycky jsem tlačila na to, aby se dcera dostala k těm odborníkům... oni mi jako nevěřili... já jsem se ale pořád snažila, protože jsem si vždycky vzpomněla na to, co se dělo se mnou... aby ta škola věděla, když to dítě je citlivější, že s ním má pracovat jinak...“ (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 a pýchou, prioritou pro ni bylo především zdraví jejího dítěte, a tak se v průběhu těhotenství ve stravování nikterak neomezovala. Následkem prožitého domácího násilí a s ním spojených psychických potíží, ale i vlivem zkušenosti s mentální anorexií, jsou však nejen nezdravé stravovací návyky obou Běliných dětí, ale 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 hyperprotekce... 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 poruchou příjmu potravy 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 poté stojí Ilonino srovnávání těhotenství se stavem nadváhy a jeho omezeními. 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 nějakého 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)

10 Doporučení vedoucí ke snížení rizika relapsu mentální anorexie

Předkládaná doporučení, směřovaná všem těm, kteří mají osobní zkušenost s mentální anorexií či s jinou formou poruch příjmu potravy, ale i jejich blízkému okolí, byla vytvořena s cílem snížit riziko relapsu mentální anorexie ve chvíli, kdy se cítí dotyčný jedinec návratem tohoto onemocnění ohrožen. Relaps je v případě mentální anorexie poměrně častým jevem, dle Berends (2016) postihne 35-41 % pacientů, úplné remise poté dosáhne jen přibližně 44 % pacientů (Němečková, 2007). Z výše uvedených důvodů je vhodné s touto přirozenou fází léčby počítat, existují ovšem jisté ověřené postupy a doporučení, které riziko relapsu mentální anorexie významně snižují. Výsledkem doplnění těchto postupů o konkrétní výpovědi respondentek našeho výzkumného šetření jsou poté níže uvedená doporučení. Vždy je však nutné myslet na to, že nejdůležitějším faktorem léčebného procesu je, vedle podpory a pochopení blízkých, motivace daného jedince ke změně.

S ohledem na komplexní povahu mentální anorexie je třeba také komplexně uchopit samotný léčebný proces, který by měl být zaměřen na nárůst a udržení optimální tělesné hmotnosti, na dodržování přiměřeného a pravidelného jídelního režimu, na práci s negativními emocemi a myšlenkami, na vyléčení vztahu sám/sama k sobě i k druhým, ale i na převzetí zodpovědnosti za svůj život související se získanou schopností ovlivnit průběh vlastní nemoci, což je v zásadě nejúčinnější zbraň v boji proti návratu akutní fáze mentální anorexie do života jedince.

A zde již pár praktických doporučení pro ty, kteří by rádi své zdraví vzali do svých rukou:

1. Zamysli se nad tím, jak se aktuálně cítíš

K relapsu mentální anorexie dochází nejčastěji ve stresových životních situacích, je proto velmi vhodné se čas od času zamyslet nad svým aktuálním vnímáním, chováním a prožíváním, a dále také nad tím, co pro sebe mohu udělat, případně, co pro mě mohou udělat druzí ve chvíli, kdy se necítím nejlépe.

2. Pokus se porozumět varovným signálům a příčinám jejich znovuobjevení

Porozumění varovným signálům blížícího se relapsu mentální anorexie úzce souvisí s porozuměním sám/sama sobě, což je také jeden z dílčích cílů léčebného procesu. Pakliže porozumím svým myšlenkám a emocím, velmi pravděpodobně porozumím také důvodům vracejících se potíží, díky čemuž mohu jejich znovuobjevení vlastní vůlí zabránit.

3. S nikým se nesrovnávej

Bohužel žijeme v době sdílení svých „dokonalých“ životů prostřednictvím sociálních sítí, to nás přirozeně nutí k neustálému srovnávání se a mnohdy i k pocitům nedokonalosti

a méněcennosti. Nezapomínej však na to, že každý z nás se chce ukázat v tom nejlepším světle a ty horší chvíle každodenního života si každý nosí sám v sobě. Jak říká Alice (22): „*Může to být velký zdroj inspirace, ale taky zdroj obrovského psychického týrání se*“.

4. **Všímej si okamžiků, které ti přinášejí radost**

Někdy je náročné udržet si motivaci, silnou vůli a stále pozitivní mysl, a tak v kontrastu s tímto doporučením Helena (29) všem těm, kteří jsou na pochybách, radí: „*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.*“

5. **Zapisuj si své pocity a myšlenky – 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 mýma kritickýma očima, ale podívá se na to stylem – moje kamarádka má problém, jak jí můžu pomoci?*“ (Běla, 37)

6. **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. Neméně důležité je ovšem také pracovat na zpevnování a posilování své sebeúcty a sebehodnoty, kterou neurčuje tělesná hmotnost ani selhání v jídelním režimu, je třeba se proto naučit tato subjektivně hodnocená selhání zvládat a také je tolerovat.

7. **Pečuj o své fyzické i psychické zdraví**

Aktivní i pasivní odpočinek, tedy 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 pocitům, a tedy i proti relapsu MA.

8. **Sdílej své myšlenky, emoce a zkušenosti s ostatními**

Otevřená komunikace je, nejen v kontextu mentální anorexie, naprosto stěžejní. Jedině ve chvíli, kdy druzí mají možnost porozumět myšlenkám a emocím daného jedince, mohou mu tak účinně pomoci. Vedle toho efekt sdílení (negativních) zkušeností může být pro dotyčného velmi přínosný, jak říká Alice (22): „*Já jsem se o tom až v poslední době začala otevřeně bavit s mýma kamarádkama, a až teď jsem se od nich dozvěděla, že to*

prožívaly velmi podobně.“ Otevřenost a upřímnost je ve vztahu k druhým důležitá, ve vztahu sám/sama k sobě je ovšem zcela zásadní.

9. Nezůstávej se svými myšlenkami a pocity sám/a, 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. Alice (22) radí všem, kteří na své problémy již sami nestačí: *„Tohle se děje spoustu lidem, ani o kterých nevíš, vyhledej pomoc.“* Taktéž Běla (37) apeluje na včasné vyhledání (ne)odborné pomoci: *„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 nesesedne, tak najdi jiného, pokud nesesedne ani ten, tak to zkoušej znova a znova, protože to má smysl...“*

10. Nevzdávej se

Léčba mentální anorexie trvá obvykle řadu let. Jak bylo již několikrát zmíněno, na relaps mentální anorexie je nahlíženo jako na přirozenou fázi léčebného procesu, a tak není nutné návrat některých příznaků onemocnění vnímat jako osobní selhání, naopak je důležité nebát se do léčebného procesu vstoupit znovu, a znovu.

Rodina i blízcí přátelé jedince trpícího mentální anorexií jsou zpravidla ve velmi těžké pozici. Sebedestruktivní chování svého blízkého mnohdy hodnotí jako nepochopitelné a iracionální, častou reakcí je proto přehlížení či bagatelizování problému nebo naopak nervozita, zvýšená podrážděnost až agresivita. Na základě konkrétních výpovědí respondentek našeho výzkumného šetření byla vytvořena níže uvedená doporučení i pro rodinu a blízké okolí jedince ohroženého návratem mentální anorexie. Nutno říci, že tato doporučení jsou uplatnitelná pouze v případě, kdy danému jedinci nejde o život, tudíž tehdy, kdy se nenachází v akutní fázi mentální anorexie doprovázené extrémním úbytkem tělesné hmotnosti a postupným metabolickým rozvratem.

1. Nebojte se aktivně projevit svůj zájem i své obavy, nabídněte pomocnou ruku

„Mně hrozně vadilo, že se o tom vědělo, ale nikdo se mnou o tom přímo nemluvil, nikdo nepřišel... vlastně bych potřebovala někoho, kdo by mě zkontroloval a řekl by: „já vím, že se to teď může vrátit, když je taková situace, jsi v pohodě? chceš nějak pomoc? co pro tebe můžu udělat?“ (Alice, 22)

2. Buďte ke svému blízkému upřímní

Je pochopitelné, že svému blízkému, zvláště pak v takto nelehké situaci, nechcete nikterak ublížit, samotné respondenty 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 reálný tělesný obraz nahlédnout. Srážka s realitou pak může být důvodem k zamýšlení i počátkem velké změny. Linda (24) popisuje: „*Mně tenkrát fakt pomohlo právě to, že mi kamarádi neustále opakovali, že prostě 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...*“ Alice (22) poté dodává: „*Já jsem se viděla fakt úplně jinak, já ani nedokážu říct, jak hubená jsem byla, protože to nevím, já jsem to neviděla... co mi vlastně pomohlo bylo to, že mi pořád někdo říkal, jak mi to nesluší...*“

3. **Nevyvíjejte na svého blízkého nátlak**

Přílišný nátlak a nucení k jídlu může být pro vašeho blízkého impulzem k podvádění, lhaní, ale také k vyhrožování a emočnímu vydírání.

„*Prostě netlačit toho člověka do ničeho, myslím si, že takový ten tlak spíše podpoří do toho znovu spadnout než že by to nějak opravdu pomohlo...*“ (Diana, 41)

4. **Zahrňte svého blízkého láskou a dejte mu zažít pocit přijetí**

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 fakt vždycky nejdůležitější cítit přijetí toho mého přirozeného já tím nejbližším okolím.*“ (Linda, 24) „*Ocenila bych pozornost, akceptaci, nekritičnost vůči mně, protože už tak jsem byla velmi sebekritická...*“ (Běla, 37)

Nejen vzhledem k cennému obohacení této kapitoly publikacemi zveřejněnými na webových stránkách Centra Anabell, převážně pak ale z důvodu 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 na tomto místě odkaz na webové stránky tohoto kontaktního centra: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime>.

DISKUZE

V této kapitole se pokusím, na základě realizovaného výzkumného šetření a následné analýzy získaných dat, zodpovědět na výzkumné otázky uvedené v úvodu diplomové práce.

Vzhledem ke zvolené kvalitativní metodologii a s ní souvisejícím nízkým počtem respondentů účastnících se tohoto výzkumného šetření, ale i vzhledem k vysoce individuálnímu prožívání i rozdílné životní situaci každého z nich je nutné mít na paměti, že níže prezentované závěry plynoucí z podrobné analýzy získaných dat 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 rozhovorů poté sledujeme u většiny respondentek emoční strádání v křehkém období dětství a dospívání, ve dvou případech lze hovořit dokonce o prožitém traumatu, z kterého pramení silná touha po bezpodmínečném přijetí i nenaplněná potřeba lásky a bezpečí, přičemž ono bezpečí a jistotu respondentky později nachází právě v mentální anorexii, i v jiných formách závislostního chování. Významný vliv na jídelní chování respondentek mají také samotné stravovací návyky jejich primární rodiny, ať už ve smyslu lhostejnosti ke zdravému stravování, tak ve smyslu jeho nadměrným zaujetím. Také Švédová (2019) uvádí spojitost mezi rizikovým jídelním chováním rodičů a možným patologickým vztahem k jídlu jejich dítěte. Respondentky vyrůstající v proanorektickém rodinném prostředí si poté lásku a náklonnost svých rodičů, zvláště pak matek, celoživotně úzkostlivě získávají skrze svůj tělesný vzhled.

Stanovit hranici mezi normou a patologií v jídelním chování je mnohdy velmi obtížné (Krch, 2005), a to i vzhledem k v současnosti propagovanému zdravému životnímu stylu, na který se dotazované respondentky také často odvolávají. Z dotazníkového šetření 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. Prostřednictvím hlubších rozhovorů se některé z respondentek dále svěřují s přísnou kontrolou svého stravovacího plánu, s pocity viny po snědení nadměrného množství potravy i s častým zajídáním stresových situací, při kterých ztrácí nad svým jídelním chováním plnou kontrolu. I přes uvedené patologické jídelní chování respondentky hovoří, ve většině případů, o kladném vztahu k jídlu.

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 patologického jídelního chování, a tudíž i o naplnění jednoho z hlavních diagnostických kritérií mentální anorexie dle MKN-10.

2. Jaký vztah k vlastnímu tělu pozorujeme u jedince s minulou zkušeností s mentální anorexií?

Postoj k vlastnímu tělu neboli tělesné sebepojetí, ale i celkové sebehodnocení jedince se vyvíjí v průběhu citlivého období dospívání. Z výkladu Stárkové (2003), stejně jako z analýzy rozhovorů poté vyplývá, že respondentky pocházející z rodinného prostředí, které kladlo na tělesný vzhled nepřiměřený důraz, interiorizovaly tento postoj do svého hodnotového žebříčku, čímž se i pro ně stal tělesný vzhled dominantní životní hodnotou. Výzkumné šetření poté prokazuje platnost již realizovaných odborných studií, které ukazují na souvislost mezi postojem matky ke vzhledu dítěte a jeho pozdějším tělesným sebepojetím (Fraňková, 2003).

Vedle významného vlivu rodinného zázemí na tělesné sebepojetí respondentky dále zmiňují vliv hodnocení a přijetí ze strany svých vrstevníků/spolužáků. Výzkumy prokázaly významný dopad i neutrálního komentáře týkajícího se tělesné hmotnosti či tvaru postavy dívky na vnímání a prožívání jejího vlastního těla (Smith; Rieger, 2006). Mnohé z respondentek poté samy hovoří o prožitém emočním zranění v tomto citlivém období, a to právě v podobě necitlivé poznámky směřované na jejich tělesný vzhled, dokonce i v podobě šikany a sexuálního obtěžování. V důsledku této traumatizující zkušenosti došlo u dotyčných respondentek k rychlému, mnohdy extrémnímu snížení tělesné hmotnosti, k odmítnutí své ženskosti, ale i k počátku celoživotní nespokojenosti a přísné kontroly svého tělesného vzhledu.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že spokojenost se svou aktuální tělesnou hmotností vyjadřuje pouze 37 % z dotazovaných respondentů. Bezmála 80 % respondentů poté vnímá a hodnotí vlastní osobu v závislosti na svém aktuálním tělesném vzhledu. Pouze jedna ze šesti respondentek účastnících se následného rozhovoru hovoří o spokojenosti se svým tělem, kterou ovšem podmiňuje dodržováním striktního stravovacího plánu a pravidelným nadměrným cvičením. Většinou nespokojenost s tělesným vzhledem poté respondentky často racionalizují a tvrdí, že každá žena je přeci více či méně se svou postavou nespokojená.

69 % respondentů účastnících se dotazníkového šetření dále trpí obavou z nadváhy. Analýza rozhovorů poté ukazuje, v kontextu deklarované ne/přítomnosti této obavy, na významný vliv sebekontroly spojené s omezováním příjmu potravy a nadměrným cvičením. Respondentky,

kteřé obavu z nadváhy striktně odmítají, zároveň přiznávají, že nad svým tělem převzaly plnou kontrolu. Nadváhy se tedy neobávají, protože dělají vše proto, aby se jí vyhnuly...

Z výsledků výzkumného šetření lze usuzovat na nadměrnou pozornost věnovanou vlastnímu tělesnému vzhledu a tělesné hmotnosti. Slovy mnohých respondentek pak zodpovídám na druhou výzkumnou otázku: „*Ke svému tělu mám dobrý vztah, protože nad ním mám plnou kontrolu...*“

3. Jaké faktory hrají roli v možném relapsu akutní fáze mentální anorexie?

Prvním z faktorů, které ukazují na zvýšené riziko relapsu akutní fáze mentální anorexie, ale i na riziko vzniku dalších psychických onemocnění, je sledovaná **psychická vulnerabilita** respondentů, a to zvláště v kombinaci s dalším z rizikových faktorů, kterým je prožívaná **nadměrná stresová zátěž**. Ve chvíli, kdy je zvýšeně citlivý jedinec vystaven zátěžové situaci, nad kterou nemá plnou kontrolu, což samy respondentky účastníci se rozhovoru považují za velmi ohrožující, může se tento jedinec uchýlit k maladaptivnímu, nicméně osvědčenému chování, které s sebou přináší okamžitou úlevu a pocit bezpečí. Tímto chováním je myšleno, s ohledem na výsledky výzkumného šetření, nejen hladovění, ale také zvýšený příjem jindy zakázaných potravin vedoucí až k záchvatovitému přejídání, čímž lze potvrdit v teoretické části uvedenou častou přeměnu mentální anorexie v jiné formy poruch příjmu potravy (Keel et al., 2005). Dle Rabocha (2006) je tak schopnost efektivního zvládnutí stresových situací jedním z hlavních cílů léčebného procesu mentální anorexie.

V kontextu návratu k patologickému jídelnímu chování v zátěžových životních situacích respondentky samy mentální anorexii přirovnávají k závislosti na návykových látkách, přičemž jsou si plně vědomy fáze právě probíhající „abstinence“ spolu s neustálým rizikem relapsu onemocnění. Soustavné nutkání znovu zcela přestat jíst, zvláště pak v období prožívaného stresu, je poté vyčerpává realitou každodenního života chronicky nemocného pacientka/pacientky s mentální anorexií, s čímž nás seznámil již Leibold (1995) v teoretické části této práce.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že až 54 % dotázaných respondentů trpí pokleslou, depresivní náladou, 46 % jedinců poté zvýšenou podrážděností a úzkostnou sebekontrolou a až 25 % respondentů trpí v současnosti sebevražednými myšlenkami doprovázenými sebepoškozujícím chováním. Papežová (2010) poté 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 zmiňují, vedle celoživotní úzkostnosti, také velmi nízké

sebevědomí odrážející se, mimo jiné, v mezilidských vztazích. Všechny výše popsané potíže těch, kteří mentální anorexii považují za svou minulou zkušenost, utvářejí typický obraz mentální anorexie, z čehož lze usuzovat nejen na velmi vysoké riziko relapsu tohoto onemocnění, ale i na zásadní význam následné odborné péče o tyto jedince.

Výpovědi mnohých respondentek poukazují na další z rizikových faktorů relapsu mentální anorexie, kterým je dosažený **pocit uspokojení** plynoucí z cílené manipulace s příjmem potravy ve smyslu jejího odmítání či nadměrného přijímání, ale i dosažený **pocit zvýšené kontroly** nad vlastním životem, jakožto tím jediným, co může mít daný jedinec pevně ve svých rukou. V tomto kontextu hovoří Švédová (2019) o úzké souvislosti mezi kontrolou vlastních, převážně negativních emocí a kontrolou příjmu potravy.

U všech respondentek přítomná **nadměrná sebekontrola** je poté dalším z rizikových faktorů relapsu mentální anorexie. 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 cokoli, je také významným rizikovým faktorem relapsu mentální anorexie.

Mezi faktory snižující riziko relapsu mentální anorexie patří, dle výpovědí respondentek, pochopení a podpora rodiny, blízkých přátel, ale i odborníků, upřímný zájem a starost blízkého okolí, a především pak **vlastní motivace** vzít svůj život a své zdraví 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).

Výsledky výzkumného šetření poté 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 užití obranných mechanismů, nejčastěji pak racionalizace patologického chování, která významně přispívá k setrvání v bludném kruhu nemoci.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové 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 například o navozené 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, odborná péče. Je však nutné říci, že u respondentů, kteří si léčebným procesem prošli či si jím aktuálně procházejí, pozorujeme významný posun ve vnímání a prožívání sebe sama, ale i ve schopnosti náhledu 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 mentální anorexie je její chronické podobě 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 diplomové práce jsou 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 psychiatrického 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

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. *16*.
- 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. *Psychol Med, 34*, 671-9.
- 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. *Physiology and Behavior, 94*(1), 159-80.
- Houbová, P., Praško, J., Preiss, M., & Herman, E. (2005). Narcistická porucha osobnosti - diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 18-25.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2019). Načteno z www.at-konference.cz: <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. *Am J Psychiatry, 162*, 2263-8.
- 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.

- Lask, B., & Wauth, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Psychology Press.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Miovský, M. (2004). Diplomové práce v oboru psychologie. Olomouc.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mynaříková, L. (2018). Obsesivní cvičení jako závislost nebo kompenzační mechanismus u poruch příjmu potravy. *E-psychologie*, 53-58.
- Němečková, P. (2002). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 124-128.
- Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 155-157.
- Palmer, B. (2008). Epidemiology, diagnosing, and assessing eating disorders. *Psychiatry*, 7(4), 143-46.
- 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*. Praha.
- 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.
- Riegel, K., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Richard, M., Bauer, S., & Kordy, H. (2005). Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa - A 2.5-Year Follow-Up Study. *European Eating Disorders Review*, 180-190.
- Röhr, H. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty*. Praha: Portál.

- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 177-186.
- Smink, R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, W. H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-14.
- Smith, E., & Rieger, E. (2006). The effect of attentional bias toward shape- and weight-related information on body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 509-515.
- Stárková, L. (2003). Poruchy příjmu potravy - možnosti a meze pediatrické intervence. *Pediatric pro praxi*, 259-263.
- Švédová, J. (2012). *Jak se v sobě neztratit*. Ostrava: 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., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 144-150.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Virtue, D. (c2007). *Zbavte se svých kil bolesti: pochopte souvislost mezi zneužitím, stresem a přejídáním*. Praha: Synergie.
- 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