

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

# **Mentální anorexie**

Anna Palánová

Katedra pastorace  
Marek Macák  
Sociální práce  
Pastorační a sociální práce

Praha 2013

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Mentální anorexie napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Benátkách nad Jizerou 29.4.2012

Anna Palánová

## **Bibliografická citace**

Mentální anorexie [rukopis] : bakalářská práce / Anna Palánová ; vedoucí práce: Mgr. Marek Macák. -- Praha, 2013. -- 86 s.

## **Anotace**

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná psychosomatická onemocnění, která mohou končit i smrtí. Jejich vznik je připisován celé řadě faktorů, od vlivu ideálu krásy předkládaného reklamním průmyslem po měnící se roli ženy ve společnosti. Rozvoj onemocnění souvisí i s vysokým důrazem na úspěch v dnešní společnosti. Poruchy příjmu potravy ale nejsou zcela novým onemocněním, a o přesných příčinách rozvoje choroby se stále vedou spory. V této práci se zabývám mentální anorexií, jejími příznaky, příčinami i a psychosociálními souvislostmi onemocnění. Dále se věnuji službám pro takto nemocné lidi, jež jsou dostupné v České republice. Příčiny poruch příjmu potravy jsou velmi individuální, nicméně jako nejčastější příčiny se uvádí dysfunkční rodiny nebo kritika okolí. K onemocnění jsou náchylnější ženy, existují některé osobnostní rysy zvyšující zřejmě náchylnost, ale u řady z nich je sporné, zda nejsou spíše důsledkem onemocnění. Léčba většinou probíhá ambulantně, k úspěšné léčbě je třeba přiznání si choroby ze strany pacienta. V České republice je dobře dostupná léčba, problémem jsou nedostatečné služby následné péče. Na příkladu pěti konkrétních dívek ukazuji výše popsanou různorodost příčin, průběhu a léčby onemocnění.

## **Klíčová slova**

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, anorektická stagnace, tělové schéma, body mass index, ztráta menstruace

## **Summary**

Eating disorders are serious psychosomatic diseases, which may eventually lead to death. Its development is attributed to various causes, from an influence of ideals of beauty, as it is presented by advertising industry, to changing role of female in society. Spread of the disease is linked also to high demand on personal success in current society. Nonetheless, eating disorders are not new illness and exact causes of disease occurrence are still a matter of debate. In this thesis I deal with Anorexia Nervosa, its symptoms, causes and also psychosocial context of the disease. Further I focus on services for people suffering from Anorexia, which are available in Czech Republic. Causes of the disorder are highly individual, but as most common causes stated in literature are dysfunctional family or criticism from environment. Females are more susceptible, some personality traits seemingly also increase risk, but many of them may be in fact a consequences of the illness. Treatment is usually outpatient, for a successful treatment patient needs to recognise her or his condition as a disease. In Czech Republic treatment is well accessible, problematic is deficiency in follow-up care. On an example of five actual young women I demonstrate the above described variety of causes, course and treatment of the Anorexia Nervosa.

## **Keywords**

eating disorders, anorexia nervosa, anorexic stagnation, body schema, body mass index, loss of menstruation

## **Poděkování**

Děkuji tímto Mgr. Markovi Macákovi za vedení mé práce, cenné připomínky a podnětné konzultace. Dále děkuji Ondřeji Korábkovi za velkou pomoc při shánění dat, podporu a připomínky. V neposlední řadě děkuji všem dívkám, které měly odvahu a trpělivost zúčastnit se tohoto výzkumu.

# Obsah

Úvod.....	7
1. Poruchy příjmu potravy.....	10
2. Mentální anorexie .....	13
2.1. Příznaky mentální anorexie .....	13
2.2. Etiologie.....	15
2.3. Výskyt.....	18
2.4. Jídelní rituály.....	20
2.5. Osobnost člověka s mentální anorexií.....	21
3. Psychosociální souvislosti mentální anorexie .....	24
4. Léčba mentální anorexie .....	31
5. Léčba mentální anorexie v České Republice.....	33
5.1. Typy léčby.....	35
5.2. Hodnocení služeb.....	36
6. Případy mentální anorexie.....	39
6.1. První případ.....	40
6.2. Druhý případ.....	42
6.3. Třetí případ.....	43
6.4. Čtvrtý případ.....	45
6.5. Pátý případ.....	46
6.6. Shrnutí.....	48
7. Závěr.....	50
Seznam literatury.....	53
Přílohy.....	59
Příloha č.1:.....	60
Příloha č.2:.....	63
Příloha č.3:.....	65
Příloha č.4:.....	72
Příloha č.5:.....	77
Příloha č.6:.....	81
Příloha č.7:.....	85

# Úvod

Mentální anorexie bývá vnímána jako významný problém soudobé společnosti, který zasahuje především mladé lidi. Vliv reklam, které nám vnucují jak máme vypadat a jak se stravovat, má za následek mnohá dietní opatření i u žen, které mají vzhledem ke své výšce optimální váhu. Oblečení v obchodech je často šité na štíhlé lidi a člověk se stavbou těla a hmotností, která neodpovídá módnímu ideálu štíhlosti, snadno zjistí, že s ním výrobce nepočítá. Ze všech stran slyšíme jak máme vypadat, co máme jíst a jaké mají být naše míry. Jsme nespokojeni se svým tělem, vzhledem či váhou a tak hledáme řešení v podobě diet, různých úprav jídelníčku, neobvyklých stravovacích návyků či hladovění. Díky této mediální masáži je těžké být spokojen sám se sebou a nehledat na sobě před zrcadlem chyby. Lidé, kteří odpovídají estetickému ideálu krásy, bývají snáze akceptováni a lépe hodnoceni společností, snáze navazují vztahy a hledají práci. Naopak obézní lidé jsou v dnešní době považováni za líné a neschopné. Nikdo se nezamýšlí nad důvody nadváhy těchto lidí. Nadváha je dnes často chápána jako důkaz vlastní neschopnosti a nedostatku vůle dotyčného. Tito lidé jsou společností odsuzováni a je na ně pohlíženo kriticky a s despektem.

Poruchy příjmu potravy se mohou týkat každého z nás. Nejvíce ohroženou skupinou jsou ale dospívající a mladé ženy či muži, u kterých se poruchy příjmu potravy objevují více, než v jiných věkových skupinách<sup>1</sup>. Mezi lidmi trpícími touto nemocí převažují ženy nad muži, jedná se o deset nemocných žen na jednoho muže.<sup>2</sup> Rovněž je několikanásobně vyšší počet dívek v pubertě a mladých žen nad staršími ženami.

Nejde ale o zcela nové onemocnění, poruchy příjmu potravy se patrně

---

1 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. 183 s.

2 HORT, V., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 264 s.

vyskytovaly už ve starověku. Pojem *anorexia nervosa* zavedl slavný britský lékař William W. Gull v roce 1874<sup>3</sup>, o rok dříve popsal tutéž nemoc i Francouz Ernest-Charles Lasègue. Nejstarší odborný popis anorexie jako nemoci ale patrně publikoval Richard Morton už v roce 1689<sup>4</sup>. Popis choroby, užívaný do dnešní doby, dvěma různými autory spadá do doby velkých společenských změn, kdy se zásadně měnilo postavení žen ve společnosti. Poruchy příjmu potravy často bývají kladeny právě do souvislosti právě se změnami nároků na ženy ve společnosti, jako je třeba dnešní větší důraz na úspěšnou kariéru a větší zapojení ženy do společnosti. Role ženy byla přesunuta z domácnosti a péče o děti více do společnosti a práce. Společně se získáním volebního práva začaly být na ženy kladeny větší požadavky ohledně společenského vystupování a větší účasti na veřejném životě společnosti. Postupem času se ženy začaly dostávat na vedoucí pozice a na společensky významná místa dříve příslušící mužům, například v politice, vědě či vysoké pozice ve vedení firem. Společně s těmito funkcemi začaly být na ženy kladeny vyšší požadavky co se týče vystupování, vzhledu a postavy. Tyto nároky klady i ženy samy na sebe. Věnovaly více pozornosti samy sobě, svému vzhledu a oblékání, kvůli prezentaci sebe samých.

Ačkoli je mentální anorexie relativně vzácnou nemocí, dostává se jí, pro její drastické dopady na zdraví především u mladých dívek, široké pozornosti společnosti. Mohou za to i vyhublé modelky plnící stránky módních časopisů, i případy mediálně známých nemocných. V roce 2007 pak například proběhla známá mezinárodní kampaň proti anorexii, která šokovala snímky

---

3 GULL, W. W.. Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*. 1874, roč. 7., s. 22-28; adaptováno v *Obesity Research*, 1997, roč. 5., č. 5

4 BRAY, G. A. Anorexia Nervosa and Socio-Economic Status. *Obesity Research*, 1997, roč. 5., č. 5



modelky Isabelle Caro, trpící anorexií od třinácti let<sup>5</sup>.

Ve své práci se chci zaměřit na psychosociální souvislosti vývinu onemocnění mentální anorexií, na její příčiny a faktory ovlivňující rozhodnutí k léčbě a její úspěšnost. Poznatky získané z literatury budu konfrontovat s výsledky kvalitativních rozhovorů s 5 ženami, které trpěli mentální anorexií a mají již ukončenou léčbu.

Dále se chci zabývat možnostmi léčby mentální anorexie v České republice, ať již jde o hospitalizaci, ambulantní léčbu či doléčení; a organizacemi poskytujícími tyto služby v České republice.

---

5 FERREDAY, D. Haunted Bodies: Visual Cultures of Anorexia. *Borderlands E-Journal: New Spaces in the Humanities*, 2011, roč. 10., č. 2

# 1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi závažná psychosomatická onemocnění ohrožující zdravotní stav a v konečné fázi i život nemocného. Primárně se vyvíjí jako duševní onemocnění, v důsledku kterého dochází k závažným fyzickým obtížím a nemocem. V případě poruch příjmu potravy je příjem jídla či jeho odmítání mnohdy prostředkem k řešení emocionálních a vztahových problémů. Toto onemocnění zahrnuje změny v oblasti psychické i somatické. Jedná se o emocionálně zkreslený psychický obraz vlastního těla, **tělové schéma** zkreslují obavy a přání člověka s poruchou příjmu potravy. U nemocných *„je přítomna specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, vládnoucí myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.“*<sup>6</sup> Pohled pacienta na vlastní tělo zkresluje i aktuální nálada a právě získané zážitky. **Poruchy příjmu potravy** *„působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i rodinám, přátelům a zaměstnavatelům. Postupně narušují psychický, sociální a profesionální život nemocných.“*<sup>7</sup> Problémem tohoto onemocnění je fakt, že takto nemocní lidé tvoří relativně početnou skupinu a jsou natolik rozdílní, že výzkumy potvrzují i velmi rozdílné hypotézy ohledně této nemoci<sup>8</sup>. Nelze tedy s jistotou určit příčiny nemoci a tudíž ani nejde stanovit přesná a efektivní léčba. K nedostatečnému poznání příčin nemoci i nejučinnější léčby přispívá i často nedostatečná velikost zkoumaných vzorků, a z toho pramenící slabá síla statistického zpracování výsledků.<sup>9</sup>

Jak je tedy zřejmé, poruchy příjmu potravy zahrnují široké spektrum

6 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. 183 s.

7 KRCH, F. D. Mentální anorexie a bulimie. *Vesmír*. 1998, roč. 1998, č. 77, 491 s.

8 KRCH, F. D. Mentální anorexie a bulimie. *Vesmír*. 1998, roč. 1998, č. 77, 491 s.

9 BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. STURMEY, Peter a Michel HERSEN *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, Wiley, 2012. s. 575-597

onemocnění, jejichž společným jmenovatelem je narušení stravovacích návyků a přehnaný důraz na tělesnou hmotnost a vzhled, vedoucí k poškození zdraví jedince. Tyto poruchy chování nejsou přitom projevem žádného jiného fyzického ani psychického onemocnění<sup>10</sup>.

*„Rozeznáváme dvě formy onemocnění, formu restriktérskou, tedy mentální anorexii, a formu bulimickou, mentální bulimii.“<sup>11</sup> Tyto dvě podoby poruch příjmu potravy se u nemocných často prolínají. Téměř všichni pacienti s mentální bulimií mají zkušenost i s anorexií<sup>12</sup>. U nemocných s mentální anorexií se v průběhu nemoci často objevují epizody mentální bulimie a „velmi častý je takový průběh, kdy onemocnění začne jako mentální anorexie a později přejde do mentální bulimie.“<sup>13</sup> Až polovina postižených poruchou příjmu potravy přitom nesplňuje všechna diagnostická kritéria některého z těchto dvou onemocnění. Jednou z dalších poruch je záchvatovité přejídání, projevující se pravidelným přejídáním, kdy nemocní často jsou schopni zkonsumovat množství jídla, které by vystačilo na několik dní. Lidé s touto poruchou však nejsou tolik zaměřeni na svůj vzhled, a netráví čas cvičením.*

Lidé s onemocněním mentální anorexií a mentální bulimií chtějí být štíhlí, vyznačují se extrémním zaujetím tělem a vzhledem a mají patologické projevy v příjmu jídla. Zároveň se u poruch příjmů potravy nemocní nadměrně zaměřují na jídlo, na jeho úpravu, skladbu, sbírají recepty<sup>14</sup>. Pokud dostanou jídlo, tak si ho krájí na malé kousky či si jídlo na talíři dělí podle druhu potraviny.

Poruchy příjmu potravy způsobují pacientům rozsáhlé fyzické problémy, protože *„omezení příjmu potravy má za následek snižování tělesné váhy,*

---

10 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

11 HORT, V., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 263 s.

12 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 263 s.

13 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 263 s.

14 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22, s. 157

vedoucí až k extrémnímu vyhubnutí.“<sup>15</sup> Podvýživa nebo bulimické epizody, kdy je přijatá potrava vydávána, se projeví v tělesné oblasti člověka. Podvýživa vede k řídnutí kostí, avitaminóze, bradykardii, snížení krevního tlaku a omdlívání, ztrátu elasticity cév a následný výskyt modřin, obtíže s termoregulací, padání vlasů, poruchy menstruace a plodnosti a celkovou ztrátu vitality. U pokročilých stádiích mentální anorexie je běžná únava, vyčerpání, nechť k jakékoliv činnosti a poruchy spánku.<sup>16</sup> U bulimie dochází ke zvýšení kazivost zubů a naleptání jícnu a hltnu kyselým obsahem žaludku; a také k neschopnosti udržet přijatou potravu. U prepubertálních a dospívajících lidí se opožděje fyzický vývoj. „*Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy zpožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.*“<sup>17</sup> V případě nevyhledání léčby nebo její neúspěšnosti dochází k celkovému selhání organismu a k smrti. Udávaná mortalita u poruch příjmu potravy dosahuje 6-20% případů<sup>18</sup>.

K poruchám příjmu potravy se váží i další psychické problémy. Patří k nim strach z tloustnutí a výčitky vůči sobě samým, dále pak podrážděnost, nesoustředěnost, uzavření se do sebe, deprese. Deprese se objevuje pokud nedochází k žádanému poklesu váhy, v pozdějších stádiích nemoci jí trpí většina nemocných.<sup>19</sup>

---

15 Kolektiv autorů. *Lékařské repetitorium*. Praha : Avicenum, 1981. 267 s.

16 DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. Praha : Portál, 2001.

17 ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. 184 s.

18 ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997.

19 PEGGY, Claude-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : Pragma, 2001.

## 2. Mentální anorexie

Mentální anorexie se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Patří mezi syndromy poruch chování spojených s fyziologickými poruchami, s mezinárodní klasifikací diagnózy F50.0–F50.9 podle Světové zdravotnické organizace<sup>20</sup>. Je to „specifické onemocnění charakterizované snahou zabránit skutečnému nebo domnělému tloustnutí nebo vývinu sekundárních pohlavních znaků zjevných nebo utajovaných odmítáním potravy, zvracením, užíváním projímadel.“<sup>21</sup> Toto onemocnění postihuje převážně dospívající dívky a mladé ženy, občas se vyskytuje i u žen po přechodu či u dospívajících chlapců a mladých mužů.

### 2.1. Příznaky mentální anorexie

Diagnostické znaky mentální anorexie jsou hmotnost pod minimální normální hmotnost pro daný věk a výšku (tj. pod 85 %), intenzivní strach z nárůstu hmotnosti a porušení vnímání vzhledu a hmotnosti vlastního těla. Podstatným bodem diagnózy je absence menstruace po dobu nejméně tří cyklů u žen po menarché.<sup>22</sup>

Toto onemocnění se tedy vyznačuje intenzivním úsilím o dosažení štíhlosti, omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strachem z tloušťky a nadměrnou pozorností věnovanou jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. „Základním příznakem je odmítání jídla. Vlastní nechutenství a ztráta pocitu hladu se rozvíjejí až během onemocnění, někdy ve značně

---

20 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> revision. [online]. [cit. 2013-04-28]. Dostupné z:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>

21 Kolektiv autorů. *Lékařské repetitorium*. Praha : Avicenum, 1981. 267 s.

22 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

pozdním stádiu.“<sup>23</sup> Ztráta pocitu hladu může být důsledkem poškození funkce trávicí soustavy dlouhodobým hladověním.

Anorektičky udržují svou tělesnou hmotnost minimálně 15% a více pod ideální váhou. Jejich **Body Mass Index** je pod 17,5 a méně. Pravidelný denní příjem u mentální anorektiček je nižší než tisíc kalorií. Hladovění je u této podoby poruchy příjmu potravy často spojeno s nadměrným cvičením. Mentální anorektičky, na rozdíl od lidí s bulimií, striktně dbají na příjem jídla a na svou váhu. Jídlo a dieta ovládá celý život takto nemocného člověka.

Lze rozeznávat dva typy mentální anorexie, lišící se tím, zda dochází k epizodám přejídání či vyvolávání zvracení a užívání projímadel.<sup>24</sup>

S omítáním jídla souvisí následný úbytek tělesné hmotnosti. „*Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením.*“<sup>25</sup> Jako jsou **ztráta menstruace** (amenorhea), problémy s funkčností štítné žlázy, dehydratace, nízký tlak, snížená imunita, špatná termoregulace, lanugo a zpožděné projevy puberty a další zdravotní problémy. K onemocnění mentální anorexií přistupují často další psychiatrické obtíže, deprese, úzkosti či se znaky obsedantně kompulzivní poruchy. „*Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu.*“<sup>26</sup>

V souvislosti s mentální anorexií se mohou objevovat epizody různých typů sebepoškozování. „*U pacientů s poruchami příjmu potravy je vyšší riziko*

---

23 Kolektiv autorů. *Lékařské repetitorium*. Praha : Avicenum, 1981. 267 s.

24 BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. STURMEY, Peter a Michel HERSEN Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Wiley, 2012. s. 575-597

25 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 264 s.

26 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 264 s.

sebeпоškozujícího chování“<sup>27</sup> než u zdravé populace, „je potřeba rutinního screeningu sebeпоškozování v této skupině pacientů a vytvoření standardizovaného dotazníku.“<sup>28</sup>

## 2.2. Etiologie

Příčinami rozvoje onemocnění mentální anorexií mohou být jak vnější vlivy prostředí, tak osobnostní predispozice včetně dědičných faktorů<sup>29</sup>. Mezi vlivy prostředí lze zařadit nefunkčnost rodiny, nároky rodičů, vzory v okolí nemocného, vlivy společnosti a sociální skupin, kterých je jedinec členem. Tyto vlivy na vznik mentální anorexie jsou dále rozvedeny v následující kapitole. Některé z těchto vlivů nemusí být nutně přímou příčinou vzniku mentální anorexie, ale může jít spíše o spouštěče.

U pacientů s mentální anorexií lze najít řadu společných rysů, popisujících osoby s vyšší náchylností k onemocnění mentální anorexií. Často jde o vysoce ambiciozní a soutěživé jedince, případně o děti ambiciozních rodičů<sup>30</sup>. Sami na sebe kladou velké nároky a velkou váhu přikládají sebekázní. Díky těmto vlastnostem mohou být úspěšní, ale kvůli svému perfekcionismu bývají nespokojení sami se sebou. S tím jsou spojené i často pacienty udávané problémy s nízkým sebevědomím. Lidé s větší náchylností k mentální anorexii také bývají často emočně labilní, v důsledku toho jsou více ohroženi negativním hodnocením ze strany okolí. V mnoha případech jde o vlastnost nejen jich samých, ale i rodiny, ve které žijí.<sup>31</sup> Ženy, které později onemocněly mentální

---

27 PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebeпоškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009, 60s.

28 PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebeпоškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009, 60s.

29 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002.

30 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997

31 LANYADO, Monica a Ann HORNE. *Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup*. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.

anorexií, byly v v dětství mnohdy pod tlakem vysokých nároků ze strany rodiny či školy.

K mentální anorexii jsou více náchylní lidé s nerozvinutou sexualitou. Ta je predispozicí tohoto onemocnění proto, že tito lidé nemají vyjasněnou otázku vlastní identity a s tím souvisejícího postavení ve společnosti. Vývin sekundárních pohlavních znaků je pro ně frustrující. Tato frustrace ve většině případů souvisí s násilným potlačováním vývinu vlastní sexuality. Nedochozí k navazování zdravých vztahů s vrstevníky opačného pohlaví. Vztahy s vrstevníky a s opačným pohlavím jsou komplikované a problémové. Mentální anorexie je krize dospívání, stojí za ní strach být dospělý a přijmout svou společenskou roli danou pohlavím.<sup>32</sup>

Mezi rizikové faktory patří stres jako takový. Ať už problémy v rodině nebo ve vztazích, či nejasná sociální role nebo společnost, ve které se dotyčný pohybuje, to vše způsobuje stres. Ve vyšších společenských kruzích a ve městech je dáván větší důraz na vzhled, váhu a na ideál krásy. Toto prostřední je pro jedince, náležející k této společenské vrstvě, stresující. Je na ně kladen větší nárok ohledně vzhledu a prezentace vlastní osoby, než je na lidi žijící mimo velká města a v nižších sociálních vrstvách. Se spouštěči souvisí také úzkostné poruchy, které často předchází vývoji mentální anorexie<sup>33</sup> a mají i podobné predispozice jako poruchy příjmu potravy. Deprese a úzkost v takových případech někdy přetrvává i po vyléčení mentální anorexie. K rizikovým faktorům mohou patřit i prodělaná nebo probíhající fyzická onemocnění, příkladem může být diabetes melitus. Jde spíše o choroby, kde je nutné dodržování nějaké specifické životosprávy, což klade zvýšené

---

32 DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. Praha : Portál, 2001.

33 RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L., GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN 1-59454-543-X. ; GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22



nároky na sebekontrolu a řízení stravování, která může přerůst až v poruchu příjmu potravy.<sup>34</sup>

Poznatky o genetickém pozadí poruch příjmu potravy pochází ze studií rodin a dvojčat. Příbuzní nemocných mají zvýšenou pravděpodobnost, že někdy v životě také onemocní, než lidé, kteří nikoho s poruchami příjmu potravy v rodině nemají. Kontrolní studie na dvojčatech ukázaly, že více než polovina variability ve výskytu poruch příjmu potravy je vysvětlitelná geneticky.<sup>35</sup> Výzkum konkrétních genetických příčin se v první řadě zaměřil na geny související s přenosem nervového signálu a s regulací tělesné hmotnosti. Jako první byl identifikován úsek na krátkém ramínku chromosomu 1,<sup>36</sup> nesoucí mimo jiné geny pro některé receptory, jakožto oblast genomu s možným výskyt lokusu zodpovědného za náklonnost k poruchám příjmu potravy. Při dalších studiích, které se zaměřily na geny, u nichž bylo podle jejich funkce možné očekávat nějaký vliv na poruchy příjmu potravy, bylo nalezeno několik aminokyselinových záměn, které by mohly být zodpovědné za pozměněnou funkci kódovaných proteinů a následně za větší sklon k onemocnění. U Val66Met polymorfismu v genu pro Brain-derived neurotrophic factor je dokonce popsána změna jeho intracelulárního fungování, a zdá se, že by skutečně mohl mít vliv. Role dalšího, Val158Met polymorfismu v genu pro catechol-O-methyl transferázu, která je zodpovědná mimo jiné za degradaci dopaminu, je o poznání spornější a nebyla potvrzena meta-analýzou. Vzhledem ke složitosti funkčních vztahů mezi různými geny

---

34 RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L., GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN 1-59454-543-X.

35 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

36 TRACE, Sara E., Jessica H. BAKER, Eva PEÑAS-LLEDÓ a Cynthia M. BULIK. The Genetics of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013, roč. 9, č. 1

je dokládání přímého vlivu jednotlivých genů komplikované.<sup>37</sup>

O dalších biologických příčinách se spíše spekuluje, u pacientů byly nalezeny změny v aktivitě některých částí mozku (např. hyperaktivace amygdaly se kterou patrně souvisí výskyt úzkostí, další odchylky spojené s vlastnostmi jako je perfekcionismus apod.) či v množství receptorů, kde ale není zatím zcela jasné, zda nejde o důsledky choroby.<sup>38</sup>

### 2.3. Výskyt

Nemocné trpící mentální anorexií tvoří většinou mladé ženy a dospívající dívky. Muži tvoří pouze 5% pacientů s touto diagnózou. Pohlaví je tedy nejdůležitější proměnnou určující prevalenci anorexie. Udávaný poměr výskytu mezi pohlavími se pochybuje od čtyř v Japonsku do osmi procent mužů v Británii a Dánsku.<sup>39</sup> Ve Spojených státech se uvádí výskyt u 0,9 % dospělých žen a 0,3 % mužů.<sup>40</sup>

Věkové rozmezí vzniku mentální anorexie se liší. Ve světě se nejčastěji objevuje mezi třináctým a sedmnáctým rokem života.<sup>41</sup> V České republice je prevalence mentální anorexie obdobná jako v zemích západní Evropy

---

37 BROOKS S, M. RASK-ANDERSEN, C. BENEDICT a H.SCHIÖTH. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?. *BMC Psychiatry*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 76-. ISSN 1471-244x. DOI: 10.1186/1471-244X-12-76. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/76>

38 BROOKS S, M. RASK-ANDERSEN, C. BENEDICT a H.SCHIÖTH. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?. *BMC Psychiatry*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 76-. ISSN 1471-244x. DOI: 10.1186/1471-244X-12-76. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/76> ; GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

39 LINDBERG, Le.a A. HJERN. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 34, č. 4, s. 397-408. [online]. [cit. 2012-01-27] ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10221. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10221>

40 BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, Wiley, 2012.

41 SULLIVAN P.F., BULIK C. M., FEAR Je.L., PICKERING A. Outcome of Anorexia Nervosa: A Case-Control Study. *The American Journal of Psychiatry*. 1998, č. 155

a vyskytuje se v současné době přibližně u 0,5-1 % dívek ve věku 13-18 let<sup>42</sup>, ale „v posledních letech se stále častěji setkáváme i se ženami, které uvádí počátek obtíží v dospělém věku, nebo naopak s děvčátky, kterým je méně než třináct let.“<sup>43</sup> Oproti tomu J. Koutek uvádí nejčastější začátek mezi 14 -15 a 17-18 rokem věku u 0,5-1% dospívajících dívek.<sup>44</sup> Výskyt mentální anorexie 0,5% mezi ženskými pubescenty potvrzuje i další autor.<sup>45</sup> V České Republice se lze ovšem setkat s určitými příznaky mentální anorexie až u šesti procent dívek,<sup>46</sup> přesto nemusí být klasifikované jako toto onemocnění.

Stále se vede debata o tom, zda se výskyt mentální anorexie zvyšuje, tj. jestli výskyt onemocnění v průběhu života je vyšší u později narozených, jak naznačují některé práce.

Mentální anorexie se týká v převážné většině dospívajících dívek a žen, které jsou zvýšeně náchylné ke vzniku onemocnění především v psychologicky komplikovaném období dospívání, kdy se utváří jejich osobnost, vyrovnávají se s otázkami identity a zároveň se velmi významně mění jejich vlastní tělo<sup>47</sup>.

„V roce 2010 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno 363 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy u 303 osob. Téměř 54 % pacientů bylo léčeno s diagnózou F50.0 - mentální anorexie, více než 25 % s diagnózou F50.2 – mentální bulimie a 12 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie.“<sup>48</sup>

---

42 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. ; KRCH, František a Ladislav CSÉMY. *Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice*. 2009. Dostupné z: [http://www.isvav.cz/resultDetail.do?rowId=RIV%2F00023752%3A\\_\\_\\_\\_\\_%2F09%3A00001086!RIV11-MZ0-00023752](http://www.isvav.cz/resultDetail.do?rowId=RIV%2F00023752%3A_____%2F09%3A00001086!RIV11-MZ0-00023752)

43 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. 53s.

44 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000.

45 DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. Praha : Portál, 2001.

46 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002.

47 Kolektiv autorů. *Lékařské repertorium*. Praha : Avicenum, 1981. 267 s.

48 ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v*

Etnická příslušnost je dalším důležitým faktorem ovlivňujícím výskyt mentální anorexie. Ve Spojených státech byla pozorována nižší prevalence mezi Afroameričany než mezi bělochy. Rovněž ve Švédsku bylo pozorováno, že děti s rodiči z jižní Evropy měly nižší pravděpodobnost onemocnění. Taktéž byl nalezen významný rozdíl v četnosti výskytu mezi západní a severní Evropou, a jihem, arabskými státy a Asií. Že se jedná o kulturně podmíněné rozdíly naznačuje fakt, že děti jihoevropanů vyrůstající v severní Evropě měly vyšší pravděpodobnost vývoje anorexie než děti v jejich domovině. Je naopak sporné, zda je se výskyt liší mezi socioekonomickými vrstvami společnosti. Některé výzkumy našly vyšší výskyt mezi vyššími vrstvami, což je vysvětlováno například nižší tolerancí k tělesné tloušťce ve vyšší společnosti.<sup>49</sup> Zatímco v dříve se anorexie vyskytovala především ve vyšších společenských vrstvách ve městech, v dnešní době pochází pacienti s mentální anorexií ze všech vrstev společnosti. „*Tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy, jiné rasy a kultury.*“<sup>50</sup> Přesto klinická pozorování ukazují, že se mentální anorexie vyskytuje více ve vyšších socioekonomických vrstvách.

## 2.4. Jídelní rituály

Na začátku většiny případů poruch příjmu potravy stojí redukční dieta, okolo 30% žen s redukční dietou se stane patologickými dietářkami a z těchto

---

*psychiatrických lůžkových zařízeních ČR* [<http://www.google.cz/cse?cx=002651195016181801082:>]. Praha: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011 [cit. 2.1.2012].

49 LINDBERG, Le.a A. HJERN. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 34, č. 4, s. 397-408. [online]. [cit. 2012-01-27] ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10221. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10221>

50 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. 53s.

osob pak až u třiceti procent dojde k poruchám příjmu potravy.<sup>51</sup> Každá dieta či úprava stravy sebou nese určité jídelní zvyklosti, stravovací omezení či časově dané jídelníčky.

Taktéž si i lidé s mentální anorexií vytváří určité rituály, jejichž ústředním tématem je jídlo. Tyto rituály jsou zjevné hlavně v počátečních stádiích nemoci a často se některé z nich zachovávají i po ukončení léčby. S postupující nemocí a stále větším omezováním se v jídla, jsou však tyto jídelní rituály méně zjevné. Mezi tyto rituály patří používání menších talířů na jídlo, malé porce jídla a krájení jídla na co nejmenší kousky. Dále sem spadá odmítání některých potravin, dělení jídla natalíří podle druhu. Mezi další rituály mentálních anorektiček patří pečlivé žvýkání každého sousta či počítání, kolikrát dané sousto přežvýkaly. Před a po každém jídle vypijí sklenici vody a často jí bez příborů, ty používají pouze k nakrájení jídla<sup>52</sup>. Lidé s mentální anorexií jí převážně sami.

Ačkoli se nemocní sami konzumaci jídla v pravidla vyhýbají, řada z nich se o jídlo a vše co s ním souvisí aktivně zajímá. Rádi připravují jídlo ostatním členům rodiny a přátelům, sbírají recepty či tráví čas vařením. „*Přitom bývá nápadné zabývání se jídlem, pacientky rády vaří pro ostatní, sbírají recepty a pod.*“<sup>53</sup>

## 2.5. Osobnost člověka s mentální anorexií

V osobnosti lidí s mentální anorexií se objevují poruchy kognitivních funkcí. Tyto poruchy se projevují špatnou soustředěností, problémy s orientací v úkolech a přechodech mezi nimi, snížená flexibilita a problémy s integrací

---

51 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002.

52 *Pro Ana blog: Pro Ana bible!* [online]. 2008 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://terka-proana.blog.cz/0806/pro-ana-bible>

53 HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000., 265s.

poznatků, bývají zaměřeni na detaily.<sup>54</sup>

Dále se objevuje hyperaktivita, lze se setkat i s autistickými projevy u lidí s touto nemocí. Tyto odchylky se vyskytují i v rodinných příslušnících, kteří sami mentální anorexií netrpí.<sup>55</sup>

Vedle mentální anorexie mají sklon i ke zneužívání návykových látek, jako je nadměrné užívání alkoholu, závislosti na jiných typech návykových látek či sebepoškozování; to vše je následkem permanentního stresu, kterému jsou vystaveni ať již kvůli nepřiměřeným nárokům okolí nebo svým vlastní. „Ukazuje se, že jídelní poruchy se nejčastěji objevují v zemích západního světa, s hodnotovou orientací výrazně zaměřenou na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání.“<sup>56</sup> Taktéž „vývoj osobnosti mívá zejména u restriktérských anorektiček rysy zvýšené sebekontroly s vysokou odpovědností vůči druhým.“<sup>57</sup>

Lidé s mentální anorexií bývají často velmi úspěšní ve škole, práci i ve svých zálibách, hlavně proto, že jsou perfekcionisté, zodpovědní a soutěživí.<sup>58</sup> Takto nemocní lidé mají nadměrnou schopnost seberegulace, mohou být proto často velice úspěšní. Často se snaží všem vyhovět a jsou výrazně přizpůsobiví.<sup>59</sup> Snaha nemocného vyhovět všem v okolí může vést ke zvýšení stresu, se kterým se tento člověk musí vypořádat.

S postupem nemoci se však kvůli jídelní patologii dostávají do sporů

---

54 BROOKS S, M. RASK-ANDERSEN, C. BENEDICT a H.SCHIÖTH. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?. *BMC Psychiatry*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 76-. ISSN 1471-244x. DOI: 10.1186/1471-244X-12-76. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/76>

55 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

56 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997, 185 s.

57 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997, 186 s.

58 LANYADO, Monica a Ann HORNE. Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.

59 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997

s rodiči, přáteli či lékaři a často se uchylují k podvodům a lžím, ve kterých si vzájemně radí a podporují se.

Zdá se ale, že velká část změn týkajících se osobnosti, může být jenom důsledkem hladovění, jak naznačují již více než šest desítek let staré pokusy s hladověním na dobrovolnících, provedené na Minesotské Univerzitě<sup>60</sup>. U hladovějících byly pozorovány mnohé projevy známé u trpících anorexií. Jde o změny v chování a psychice, a také v sociálních projevech. Co se týče chování, lze zmínit rituály spojené s jídlem jako např. jeho krájení na malinké kousíčky, zájem o recepty, zvýšené užívání soli a koření, kávy a tabáku, nebo i sebepoškozování, jak jsem již psala v předchozí kapitole. Hladovění negativně ovlivňuje kognitivní funkce, vede ke snížené schopnosti koncentrace a zhoršenému úsudku. Objevuje se náladovost, podráždění, apatie. Zároveň se s hladověním také dostávají deprese.<sup>61</sup> Jde tedy o tytéž projevy, popsané výše jako symptomy pacientů s mentální anorexií. Jak je patrné, není zřejmé co přímo souvisí s poruchou příjmu potravy jako s duševním onemocněním, a co je sekundárním důsledkem hladovění.

---

60 výsledky pokusu publikovány v práci Keys, A.; Brožek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O.; Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation (2 volumes)*. St. Paul, MN: University of Minnesota Press

61 PEGGY, Claude-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : Pragma, 2001.

### 3. Psychosociální souvislosti mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy obecně mají široké spektrum příčin a rizikových faktorů, které jsou dané společností i psychickou člověka. U lidí s mentální anorexií se nevyskytuje pouze jeden faktor, ale je zastoupeno více faktorů. Mezi těmito psychosociálními souvislostmi mentální anorexie nelze určit přesné hranice, neboť se vzájemně prolínají a ovlivňují. Patří mezi ně dynamika rodinných vztahů, která zahrnuje způsob komunikace jednotlivých členů rodiny mezi sebou, dělbu rolí a úkolů ohledně fungování rodiny. Dále také **anorektická stagnace** jako vývojová porucha rodinného systému a s tím související otázka odpoutání se od současné rodiny a vytvoření nové. „*Mentální anorexie je projevem stagnace v anorektické vývojové fázi procesu separace.*“<sup>62</sup> Kdy nedojde k osamostatnění nemocného od matky, či ještě předchozímu sblížení s matkou v mladším školním věku, ať už mu je v tom bráněno rodinou nebo separaci odmítá on sám. K anorektické stagnaci dochází nejčastěji pokud je matka k dispozici, ale dcera jí není schopna přijmout; dcera matku potřebuje, ale matka není nebo nechce být k dispozici. Další důvody této stagnace s týkají již i otce. Nastává, pokud se matka nechce vzdát blízkosti s dcerou a otec nepřebere svou funkci v životě dcery, pokud matka brání blízkosti otce s dcerou či pokud jsou dcera i matka nasycené vzájemným vztahem, ale otec není k dispozici.<sup>63</sup>

---

62 CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 1997, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>

63 CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 1997, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>



V následku toho dochází ke zpomalení až zastavení celého systému separace dospívajícího od současného rodiny a vzniku nové, což v konečném důsledku může vést až ke vzniku mentální anorexie. Změna rolí muže a ženy ve společnosti je rovněž brána jako jedna z psychosociálních souvislostí mentální anorexie<sup>64</sup>.

Vzhledem k poměrně úzce vymezené diagnóze mentální anorexie nelze některé psychosomatické souvislosti považovat přímo za příčiny mentální anorexie, ale mohou vést k poruchám příjmu potravy, jež pak někdy v anorexii přechází nebo jsou jí podobné ale nesplňují některý z bodů diagnózy.

Diagnóza mentální anorexie například vyžaduje jako jeden z bodů fóbii z tloustnutí. Tato podmínka ale z mentální anorexie vyřazuje pacienty odmítající jídlo bez tohoto důvodu, který se u nich ale navíc může objevit později v průběhu nemoci. K prvotním příčinám nemoci tak mohou patřit i další důvody odmítání jídla. K tomu může docházet třeba kvůli předchozím trávicím obtížím. Dalším faktorem může být i přehnaný zájem o zdravé stravování a zdravý životní styl obecně. Spekuluje se, že strach z tloušťky patrně může být až následkem již snížené hmotnosti kvůli nedostatečné výživě.<sup>65</sup>

Dysfunkční rodina je nejčastější důvod vývoje mentální anorexie udávaný samotnými pacienty.<sup>66</sup> Rodinná dynamika hraje velkou roli v této nemoci,

64 CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 1997, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z:

<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>

65 RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L., GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN 1-59454-543-X.

66 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997; LINDBERG, Le.a A. HJERN. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 34, č. 4, s. 397-408. [online]. [cit. 2012-01-27] ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10221. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10221>; TOZZI F., P.F. SULLIVAN, J. L. FEAR, J.MCKENZIE a C. M. BULIK. Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's

ale je obtížné rozeznat problémy, které byly v rodině nemocného před vznikem nemoci a ty, které se objevili až během mentální anorexie.<sup>67</sup> Z publikovaných případů můžeme sestavit přibližný obrázek rizikového schématu dynamiky rodinných vztahů. V těchto rodinách bývá dominantní matka, s vysokými nároky na děti či na sebe nebo s přílišným vázáním se na dítě. Matka věnuje na jednu stranu dítěti málo pozornosti, ale na druhou je příliš ochránářská.<sup>68</sup> Otcové naopak bývají v pozadí, citově neangažovaní nebo i mimo rodinu, často je do této pozice staví i nemocný sám.<sup>69</sup> Počet neúplných rodin v České Republice vzrostl o 26,8 % mezi lety 1995 až 2010,<sup>70</sup> což může být jednou z příčin neangažovanosti otce v rodině a potenciálně to může vést k vyššímu výskytu mentální anorexie. Hranice těchto rodin jsou mnohdy rigidní a nadměrně ochraňující, chybí jim schopnost vyjadřovat emoce přímo a řešit konflikty.<sup>71</sup> Problémem obecně je, když dítě v rodině emočně strádá, hlavně nedostatkem pozornosti. To může vést k jeho snaze získat si pozornost třeba i hladověním. Také to může vést k pocitu vlastní nedostatečnosti, který se snaží kompenzovat, a tím domnělým nedostatkem může být tloušťka či ošklivost obecně. To samé platí, pokud je ze strany rodičů vystavováno vysokým nárokům na výkon, například ve škole.<sup>72</sup> V rodinách mentálních anorektiček je typickým prvkem zaměření na výkon. Příslušnost k určité

---

perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 33, č. 2, s. 143-154.  
ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10120. Dostupné z:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10120>

67 LANYADO, Monica a Ann HORNE. *Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup*. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.

68 Hooper, B. and Williams, E. B. (2011), Anorexia – too complex an issue to simply blame mums. *Nutrition Bulletin*, 36

69 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997, 185 s.

70 Český statistický úřad, *Rychle roste počet domácností jednotlivců [online]*. [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>

71 MINUCHIN S. , BERNICE L. *Psychosomatic families anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978. ISBN 06-740-4110-0.

72 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997

společenské vrstvě, ve které je oceňována štíhlost, je dalším rizikovým faktorem, zhoršujícím nedostatečný pocit přijetí rodinou.<sup>73</sup>

Rizikovým faktorem je také výskyt problémů s tělesnou hmotností či stravováním v rodině. To zahrnuje jak například obezitu v rodině, tak i přílišný důraz na štíhlost a držení diet, dodržování pravidel „zdravého života“ včetně cvičení či odmítání masa apod. Důležitý je zde opět vliv matky.<sup>74</sup> Větší sklon k onemocnění je u lidí z rodin s výskytem duševní choroby u rodiče.<sup>75</sup> Jako rizikový faktor se také uvádí i pěstounská péče či mezinárodní adopce.<sup>76</sup>

Dalším velmi významným faktorem vedle rodiny je přijetí jedince společností a její náhled na něj, úspěšnost v sociální vztazích a postavení člověka v sociální skupině. Anorexií nemocní lidé mívají „*křehkou narcistickou rovnováhu a závislost na hodnocení druhými*“.<sup>77</sup> Ve společnosti jsou často přeháněny zdravotní výhody štíhlosti, ale informace o problémech pramenících z nedostatku jídla jsou potlačovány<sup>78</sup>, to přispívá k pohledu na štíhlost jako na ideál nejen krásy, ale i zdravotní. Pokud tělesnou hmotnost lidí s mentální anorexií kritizuje rodina, pak je možnost vyléčení nižší, než u pacientů, kteří mají podporu rodiny.<sup>79</sup>

73 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997

74 LANYADO, Monica a Ann HORNE. Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.

75 RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L., GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN 1-59454-543-X.

76 LINDBERG, Le.a A. HJERN. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 34, č. 4, s. 397-408. [online]. [cit. 2012-01-27] ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10221. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10221>

77 ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. 186 s.

78 KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002.

79 LANYADO, Monica a Ann HORNE. Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.

Neopomenutelným faktorem při vzniku poruch příjmu potravy je stres, který mnohdy funguje jako spouštěč onemocnění. Lidé ve stresové situaci či období zaujmají k jídlu zpravidla dva postoje. První přístup k jídlu ve stresu je ten, že člověk, který se v takovéto situaci nachází téměř nejí, nemá ani pocit hladu a nedokáže jíst z důvodu staženého žaludku. Což při delším trvání vede ke ztrátě hmotnosti a úbytku sil.

Druhý postoj, který zaujmají lidé k jídlu ve stresové situaci je pravým opakem prvního. Takovýto člověk má naopak tendence se přejídat. Jídlo je v tuto dobu chvilkový nástroj k zahnání nervozity a pocitu úzkosti vyvolaný stresem. Tento postoj ovšem nutně vede ke zvýšení hmotnosti, pokud je člověk vystaven stresu dlouhodobě.

Tyto dva postoje k jídlu ve stresových situacích, společně s kumulací dalších faktorů mají také svou roli při vzniku poruch příjmu potravy, ať už jde o mentální anorexii nebo mentální bulimii, jakožto dva nejznámější zástupce tohoto onemocnění.

K výskytu mentální anorexie dávají podnět i současné změny v sociálním rozdělení rolí mezi pohlaví. To vede k nejistotě a problémům s vlastní identitou a přijetím vlastního pohlaví a sociální role s ním spojené, která může být pokládána za podřadnou a značící neúspěch. To souvisí s nedořešenou otázkou, nakolik je anorexie problémem pouze moderní doby. Problém vlastní identity dospívající ženy může být ještě posílen změnou přístupu matky v době vývoje sekundárních pohlavních znaků, když matka začne s dcerou jednat jednat jako s dospělou nebo jinak předbíhá jejímu vývoji. Hubnutí se pak může stát cestou k potlačení fyzických atributů ženství, a tedy domnělému zachování stávajícího vztahu s matkou.<sup>80</sup> Takzvaná anorektická stagnace mít ale i opačné příčiny,

---

80 CHVÁLA, MUDr. V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 1997, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z:

bránění dospívání a osamostatnění dítěte a jiné rodinné dysfunkce, bránící přirozenému průběhu vývoje rodinných vztahů.<sup>81</sup> Názorné je v tomto směru vyjádření v úvodu zmíněné Isabelle Caro v souvislosti s tehdy probíhající kampaní popsala příčiny své nemoc takto: „*Měla jsem velmi komplikované dětství, velmi složité, velmi bolestné. Moje matka měla fobii z toho, že vyrostu. Trávila čas měřením mojí výšky.*“<sup>82</sup>

Cestu k nástupu onemocnění urychluje i příklad známých osobností, mediálním obrazem dokonalosti a krásy a velké množství tzv. Pro-ana materiálů dostupných na internetu a sociálních sítích. Komunita lidí s poruchami příjmu potravy si vzájemně poskytuje podporu a rady, vzájemně se utvrzují v odmítání stravy a podporují se ve snaze dosáhnout společného ideálu krásy. Na těchto pro Ana blocích lze najít mnoho rad, jak podvádět rodiče, přátele či doktora na kontrole. Lze najít rady různého typu, Ať už se týkají oblékání, mluvy, chování nebo falešné vytváření stop: „*Občas vysypej chipsy nebo vylij plechovku a obal nech někde se povalovat a řekni žes to snědla.*“<sup>83</sup> Snadná dostupnost takto zaujatých informací posiluje v lidech se sklonem k mentální anorexii jejich odhodlání. Příklad z médií pak vede k případům anorexie, které jsou „příliš typické“ svým průběhem, a kde silným faktorem ovlivňujícím vývoj choroby je napodobování vzoru.<sup>84</sup>

---

<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>; CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L.

TRAPKOVÁ. Proces separace a poruchy příjmu potravy. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 2003 [cit. 2013-04-28].

Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/publikace/separace.htm>

81 ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997

82 Anorexic Model On Road To Recover. CBSNews, 11. 2. 2009

([http://www.cbsnews.com/2100-500202\\_162-3371433.html](http://www.cbsnews.com/2100-500202_162-3371433.html) )

83 *Pro Ana blog: Jak skrýt Anu?* [online]. 2008 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z:

<http://terka-proana.blog.cz/0806/jak-skrýt-anu>

84 RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L., GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN 1-59454-543-X.

Pokud bychom seřadili psychosociální souvislosti mentální anorexie podle konkrétnosti dostali bychom škálu faktorů, která lze rozdělit na tři hlavní oblasti. Tato stupnice by vypadala následovně:

1. vliv společnosti - změna role muže a ženy ve společnosti
2. dynamika rodinných vztahů – vzor matky, otec stažený stranou, autoritativní matka, stravování v rodině
3. anorektická stagnace a vlastní osobnost nemocného.

## 4. Léčba mentální anorexie

Při léčbě mentální anorexie stále zůstává problémem nedostatečně doložená účinnost léčebných postupů a doporučení, z nich většina je založena více na názoru odborníků než na dobře provedených randomizovaných (znáhodněných) studiích. Pro léčbu anorexie u dětí a adolescentů lze doporučit v první řadě terapii pracující s rodinou zaměřenou přímo na příjem potravy, která má lepší výsledky než individuální terapie pokud nemoc již netrvá příliš dlouho. U většiny pacientů není nezbytná hospitalizace<sup>85</sup>. Při hospitalizaci sice dochází k rychlejšímu znovunabytí hmotnosti díky dobře kontrolovaným podmínkám léčby, nicméně je zde vysoký podíl relapsů po propuštění.<sup>86</sup>

Léčba mentální anorexie ale bývá dlouhodobějším procesem, v němž pobyt na lůžku psychiatrické kliniky či léčebny může být důležitým krokem k uzdravení. Hospitalizace je nutná v případě, kdy je bezprostředně ohrožen život nemocného. Hospitalizace je nutná i v případě, že ambulantní léčba nepřináší podstatné výsledky. „Prvním krokem léčby je zrušení důsledků hladovění zvýšením tělesné hmotnosti a normální skladba potravy. Současně je nutná intenzivní psychoterapie. Léčba probíhá buďto individuálně nebo skupinově pod vedením psychoterapeuta, který však musí být vhodně vybrán.“<sup>87</sup> Právě proto, že hladovění samo o sobě negativně ovlivňuje duševní zdraví, je znovunabytí tělesné hmotnosti často nutným předpokladem ústupu k anorexii přidružených psychických obtíží. Navíc je podvýživa faktorem ohrožujícím zdraví a život pacienta. Proto je obnovení tělesné hmotnosti

---

85 GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22

86 BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, Wiley, 2012.

87 DYBOVÁ, Markéta. [Http://web.sks.cz/prace](http://web.sks.cz/prace). [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://web.sks.cz/prace/dybova/anorexie.htm>

základním krokem v léčbě.<sup>88</sup>

V České Republice jsou služby pro lidi trpící mentální anorexií poskytovány především v psychiatrických léčebnách a klinikách či na psychologických a psychiatrických pracovištích. Léčba mentální anorexie trvá několik let a nezaručuje úspěšné vyléčení. „*Ukazuje se, že se vyléčí asi 30 % nemocných, u 20 % dochází k chronickému průběhu a u 10 % se projeví těžké psychiatrické onemocnění, např. schizofrenie či endogenní deprese. Varující je to, že i v dnešní době asi 7 % nemocných na toto onemocnění umírá.*“<sup>89</sup> Zbýlých 33 % pacientů se s některými projevy mentální anorexie potýkají celý život, i když se již nejedná o mentální anorexiu jako takovou.

---

88 BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. STURMEY, Peter a Michel HERSEN Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Wiley, 2012. s. 575-597

89 Občanské sdružení Anabell. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/109-anorexie-mentalni-anorexie>



## 5. Léčba mentální anorexie v České Republice

Na mentální anorexii u pacienta obvykle upozorní některý z členů rodiny, nejčastěji to bývá matka. V části případů léčbu vyhledají nemocní sami a u některých pacientů léčbu doporučí či nařídí praktický lékař. V některých případech léčbu řeší praktičtí lékaři sami, ale častěji posílají pacienty k odborníkům. Ať lékaři tak odborní pracovníci rozhodují, zda bude léčba mentální anorexie probíhat ambulantně či bude pacient hospitalizován v nemocnici nebo na psychiatrické klinice. Kromě hospitalizací jsou pacienti s tímto onemocněním léčeni také ambulantně. Tento typ léčby poskytují psychiatrické kliniky, psychologové a psychiatři na svých pracovištích a občas také probíhá u praktických lékařů.

Léčbou mentální anorexie se zabývá v první řadě Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK, další psychiatrická pracoviště a řada nestátních organizací. Mezi tyto organizace patří Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy, Portál Ideálně, který soustředí na svých stránkách dostupné informace o mentální anorexii taktéž i Občanské sdružení Anabell. Psychiatrické kliniky, praxe a psychiatrická oddělení v nemocnicích se mentální anorexií zabývají v rámci nabízených služeb a terapií.

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy nabízí lidem s mentální anorexií výběr z několika služeb, zároveň nabízí služby pro rodinné příslušníky nemocných či jejich blízké. Mezi tyto služby patří specializované lůžkové oddělení pro léčbu poruch příjmů potravy, denní stacionář pro takto nemocné a specializovanou ambulantní péči. Dále toto centrum nabízí internetovou diskuzní skupinu, kluby pro příbuzné a pro pacienty, více-rodinnou terapii a doléčovací skupiny. Svépomocná asociace psychogenních poruch

příjmu potravy je součástí Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Tato asociace se zabývá prevencí poruch příjmu potravy na kterých spolupracuje s dalšími centry a pojišťovny.

Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy nabízí skupiny pro rodiče, příbuzné a přátelé pacientů s mentální anorexií. dále nabízí doléčovací skupiny a kluby pro pacientky s následnou péčí. Pro odborníky, zabývající se touto problematikou nabízí vzdělávání a konference. Asociace se také podílí na preventivních programech, přednáškách na školách a podporuje výzkum této nemoci a informovanost veřejnosti o této problematice. Členy Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy jsou bývalé pacientky a jejich příbuzní, profesionálové pracující v pomáhajících profesích a další dobrovolníci.<sup>90</sup>

Občanské sdružení Anabell „nabízí pomoc a podporu osobám, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy hledat a nalézat východiska k řešení problémů, spojených s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním.“<sup>91</sup> Na svých internetových stránkách nabízí informace, kontakty na svá střediska i různé terapeutky a kliniky, rovněž také nabízí krizovou linku, internetovou poradnu, korespondenční on-line kurz či diskuzní forum. Kontaktní centra Občanského sdružení Anabell poskytují sociální a zdravotní služby, poradenství, zároveň se také zabývají přednáškovou činností. Toto občanské sdružení rovněž poskytuje možnost zapůjčení či zakoupení odborné literatury v oblasti poruch příjmu potravy.

Portál Ideálně poskytuje obdobné služby jako občanské sdružení Anabell. Nabízí informace a služby pro veřejnost formou odborných článků,

---

90 Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy. [online]. [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/uvod>

91 Občanské sdružení Anabell. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

návodů a doporučení, vybranou literaturou či kontakty na odbornou pomoc při tomto onemocnění.<sup>92</sup>

## 5.1. Typy léčby

Hospitalizace pacientů s mentální anorexií je prováděna v psychiatrických klinikách, v Centru pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu a na psychiatrických odděleních v nemocnicích. „V roce 2010 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) evidováno pacientů s diagnózou F50.0 - mentální anorexie a 12 % s diagnózou F50.1 - atypická mentální anorexie.“<sup>93</sup> Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je nejvíce lidí trpících mentální anorexií hospitalizováno v hlavním městě Praze a nejméně v Jihočeském kraji, ostatní kraje jsou na tom s počty hospitalizovaných podobně.

Psychologické a psychiatrické pracoviště a soukromé ordinace poskytují ambulantní léčbu mentální anorexie. Tato ambulantní léčba je v těchto zařízeních poskytována jako jedna z mnoha, tyto ordinace se nesoustředí pouze na poruchy příjmu potravy nebo na mentální anorexii ale zabývají se celou škálou poruch. Těchto odborných pracovišť je velké množství a poskytují rozdílné způsoby terapie a práce s nemocným a s jeho rodinou. Dobré výsledky při léčbě mentální anorexie přináší zejména individuální terapie, kognitivně behaviorální terapie, skupinová či rodinná terapie. Při léčbě lidí trpících mentální anorexií je potřebné upravit konfliktní situace v okolí a rodině pacienta.

---

92 Portál Ideálně. [online]. [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/default.asp>

93 ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 - poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR*. Praha, 2011, 9 s. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

Možnosti ambulantní léčby mentální anorexie jsou velmi široké, je mnoho různých poskytovatelů a druhů služeb pro lidi trpící mentální anorexií.

Pro lidi trpící mentální anorexií, kteří dokončili léčení nejsou možnosti doléčení na takové úrovni jako služby poskytující léčbu samotnou. V České republice není instituce, která by poskytovala pouze kompletní služby přímo pro osoby s poruchami příjmu potravy, které podstoupily léčení, např. hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Jedinou službu přímo pro tyto osoby nabízí Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu. Tato služba je označovaná jako Doléčovací skupiny. *„Jedná se o edukativní skupiny pro pacienty v prvním roce po ukončení hospitalizace. Skupina je zaměřena na jídelní, pohybový, pracovní režim a způsob kontroly příjmu potravy.“*<sup>94</sup> Skupina probíhá jednou za 14 dní v prostorách denního stacionáře pro lidi s poruchou příjmu potravy. Další služby či zařízení zaměřené přímo na osoby po léčbě mentální anorexie nejsou známy. Tyto osoby nejčastěji po ukončení hospitalizace navštěvují individuální nebo skupinové terapie, které poskytují různá zdravotnická zařízení, organizace, nebo jednotlivci. Ovšem tyto terapie nejsou primárně zaměřeny na tuto oblast, ale spíše na léčbu.

## 5.2. Hodnocení služeb

Služby zaměřující na léčbu mentální anorexie jsou v České republice dobře zastoupeny. Je zde široká škála možných zařízení a druhů terapií. Člověk s mentální anorexií si může vybrat službu, která mu bude vyhovovat a bude pro něj dostupná. Jako hlavní problém u těchto služeb shledávám fakt, že ne každý poskytovatel psychologické či psychiatrické léčby poskytuje služby proplácené pojišťovnou. Zdravotní pojišťovny ve většině případů proplácí

---

94 Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>

služby psychiatrických klinik, krizových center a na psychiatrických odděleních v nemocnicích. Služby poskytované soukromými psychology jsou zdravotními pojišťovnami proplácené pouze výjimečně. Tuto podstatnou informaci si nemocný nebo rodina musí zjistit dopředu, což je komplikace a v případě nízkého příjmu nemocného nebo jeho rodiny se jedná o rozhodující fakt při výběru vhodné léčby. Seznam poskytovatelů péče pro lidi s mentální anorexií nabízí na svých stránkách Portál o poruchách příjmu potravy, který u poskytovatelů rovněž uvádí zda je péče placena či neplacena zdravotní pojišťovnou<sup>95</sup>. Podobný seznam nabízí i Občanské sdružení Anabell. Na jejich stránkách si člověk s mentální anorexií může vybrat, zda má zájem o klasické či alternativní metody léčby tohoto druhu poruch příjmu potravy. U jednotlivých poskytovatelů jsou pak vypsány kontaktní informace, popis terapie a cesta do zařízení a zda je daná péče proplácena zdravotní pojišťovnou možného zájemce o tuto službu.

V případě hospitalizace nemocných s mentální anorexií je množství a různorodost služeb v poměru k ambulantním službám menší, ale je dostačující. Problém zařízení nabízejících hospitalizaci lidí s diagnózou mentální anorexie je dostupnost. Jsou převážně ve velkých krajských městech a nemusí být pro všechny dobře dostupné. Tyto služby jsou ovšem plně propláceny zdravotní pojišťovnou. Další výhodou těchto služeb je, že pacienti tam mají komplexní péči a zajištěnou pomoc 24 hodin denně.

Ambulantních služeb pro lidi s poruchami příjmu potravy je větší spektrum než zařízení nabízející hospitalizaci takto nemocných. Výhodou těchto služeb oproti hospitalizaci je větší výběr, lepší dostupnost. Terapii poruch příjmu potravy nabízí mnoho psychologů či psychiatrů. Jedna z výhod ambulantní léčby mentální anorexie může být i určitá anonymita a diskrétnost s těmito službami

---

95 Idealni.cz: Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: [http://www.idealni.cz/kontakt\\_list.asp](http://www.idealni.cz/kontakt_list.asp)

spojená. Člověk s mentální anorexií nemusí opustit svůj domov na dobu léčení, ale pouze někam dochází či dojíždí, není vytržen ze známého prostředí a může mít podporu svých blízkých a rodiny.

Otázka služeb pro lidi s mentální anorexií po ukončení léčby je komplikovanější. V České republice je těchto služeb velmi málo. Službu primárně zaměřenou na tuto oblast nabízí Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy a Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy. Vzhledem k vysoké různorodosti léčebných zařízení a přístupů je toto naopak velmi zarážející fakt. Nedostatečné pokrytí služeb v této oblasti považuji za velký problém. Léčba mentální anorexie je dlouhodobá a jedním ze specifíků této nemoci je i přerušování sociálních kontaktů, i díky slabosti a vyčerpání, a návrat do běžného života je problematický. Jeden rok i více let po ukončení léčby trvá návrat k normálnímu režimu, než si tělo i člověk sám zvykne na tuto změnu. Tito lidé mají sice možnost využít terapii jako pomoc po ukončení léčby, ale ty nejsou prvotně zaměřené na začlenění lidí bojujících s mentální anorexií zpět do společnosti. Pokud člověk s mentální anorexií absolvuje hospitalizaci, pak je ze společnosti zcela vyřazen. Hospitalizace lidí s mentální anorexií trvá v průměru šest až osm týdnů. Tato doba je dlouhá a člověk během ní do určité míry ztratí sociální kontakt s okolím. Po ukončení léčby je zapojení se do společnosti problematickou záležitostí, lidé po ukončení léčby si nejsou zcela jisti sami sebou a tím, jak je druzí přijmou. Tato oblast je nevyužitá a nabízí možnost rozvoje. Je zde příležitost využít sociální pracovníky jako podporu a pomoc pro osoby, které ukončili léčbu mentální anorexie, aby jim pomohli zapojit se do společnosti a navázat plnohodnotné sociální vztahy. Pokud jde o ambulantní léčbu, tam při ní nedochází k takovému vytržení nemocného člověka z jeho rodiny, prostředí a sociálních kontaktů, přesto i tady může být pro někoho problematické zapojit se do života.

## 6. Případy mentální anorexie

Při práci na výzkumu jsem hned na začátku narazila na komplikaci. Jako problémové se ukázalo sehnat dostatečný počet dotazovaných do výzkumu. Málokdo s mentální anorexií, ať s probíhající nebo již ukončenou léčbou, byl ochoten o svém boji s touto nemocí mluvit, bez ohledu na to, před jak dlouhou dobou byla léčba ukončena. Dvě slečny mi odřekly účast úplně a další dotazové byly nervozní a bylo vidět, že se jim o tomto období jejich života nemluví snadno.

Výzkum jsem dělala formou kvalitativních rozhovorů s 5 dívkami, které se potýkaly s mentální anorexií ve své minulosti. Při rozhovorech jsem čtyřem dotazovaným slečnám položila několik otázek. Poslední slečna o mentální anorexií psala bakalářkou práci a té jsem se ptát nemusela. Tato slečna celou dobu mluvila sama a uceleně. Po popisu svého boje s mentální anorexií mluvila zvláště o fyzických a psychických příznacích, se kterými se během své nemoci potýkala. Ostatní slečny byly více či méně sdílné, některé se přes počáteční nejistotu rozpovídaly, ale jedna odpovídala spíše krátce a sdělovala hlavně fakta.

Výzkum jsem se rozhodla zpracovávat metodou analýzy dat případové studie, konkrétně analýzou orientovanou na případ. Tato analýza mi pro vyhodnocení výzkumu přišla nejlépe uchopitelná a použitelná, protože hledá asociace, příčiny a následky uvnitř případu a porovnává je s dalšími případy ve výzkumu<sup>96</sup>.

Dotazovaným dívkám je mezi dvaceti jedna a dvaceti sedmi lety. S mentální anorexií se potýkaly v období dospívání ve věku čtrnácti až šestnácti

---

96 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 226 s.

let a nejmladší z dotazovaných bylo v době jejího boje s touto poruchou příjmu potravy 18 let.

### 6.1. První případ

První slečna, Barbora C., onemocněla mentální anorexií zhruba ve věku šestnácti let. Tato dívka pochází z komplikovaného rodinného prostředí. Byla vychována jen matkou, se kterou žila spolu se dvěma staršími nevlastními bratry. Otce viděla jen jednou v životě. *„Otce jsem viděla jednou v životě ve třinácti letech, už ho nechci nikdy víc vidět, nebo po tom netoužím. Alkoholik a nevím co ještě.“* Po vyléčení se se, se Barbora dozvěděla, že její matka měla také nějakou zkušenost s poruchou příjmu potravy. *„Moje mamka měla problémy s váhou celý život, ale protože má nemocnou štítnou žlázu a měla kvůli tomu komplex, ale to jsem se dozvěděla až po mé nemoci.“*

Sama sebe popisuje Barbora jako společenskou, náladovou, přecitlivělou a výbušnou mladou ženu, která má sklony k bujné fantazii, pečuje o druhé a je občas bláznivá.

Spouštěčem mentální anorexie byl podle jejího vnímání rozchod s přítelem. Po rozchodu s ním začala Barbora hubnout, neměla chuť k jídlu ani náladu cokoli dělat. *„Prostě jsem nějak přestala jíst.“* Po několika týdnech se jí zalíbila štíhlost a dala si za cíl zhubnout ještě víc. *„Zkusím, jak hodně to půjde a v tom se to změnilo v úplnou závislost a posedlost hubnout. Najednou jsem si začala připadat i v 40 (kg), že mám tlustý nohy a ruce.“* Snažila se hecovat sama sebe kolik ještě zvládne zhubnout. Rozchod s přítelem Barboru tolik zasáhl i proto, že v jejím životě suploval roli otce, kterého neměla během dospívání. *„Byla jsem na něj děsně upnutá.“* Postupem času Barbora omezovala jídlo a několikrát denně cvičila. Jedla jen ráno a některé dny



nejedla vůbec. „*Jakmile jsem něco snědla, tak jsem třeba 3x denně cvičila, zase si stoupala na váhu a dokolečka.*“ Na dotazy ohledně jídla odpovídala, že jí zdravě. Nechtěla od nikoho pomoci. „*Nikdo ti nemůže pomoc, prostě psychická porucha najednou, hlavně najednou jsi úplně sama, s nikým se nebavíš, posedlá sama sebou.*“ A „*já se obhajovala tím: Vy mi jen závidíte, že nejste hubení a cpete se nezdravými věcmi.*“

Fyzické projevy mentální anorexie v Barbořině případu byly nespavost, vypadávání vlasů, ztráta menstruace a vyčerpání. Jako další se přidaly bledost, kruhy pod očima, malátnost a vlasy „*jako chmýříčko*“. „*Člověk by se tě dotkl a ty by ses rozpustila, ale mě se to líbilo, ta křehkost.*“ Mentální anorexie rovněž ovlivnila Barbořinu psychiku. Během nemoci byla Barbora samotářská, uzavírala se do sebe přede všemi a byla zaujatá sama sebou. Stále zkoumala jak vypadá a kolik váží. „*Stála jsem před zrcadlem a mačkala si všechno a říkala, fuj ještě musím zhubnout na 38, mám 38,5kg. Děs, nebudu jíst.*“

Když se Barbořiny zdravotní problémy začaly stupňovat, donutily jí navštívit lékařku, která Barboře pohrozila hospitalizací. Tato výhrůžka a zhoršený zdravotní stav na Barboru zapůsobily tak, že se rozhodla s tím něco udělat. „*Já začala mít o sebe děsný strach.*“ Začala brát vitamíny předepsané lékařkou a začala více jíst. Několik měsíců Barbora bojovala sama se sebou, kdy pár týdnů jedla a pár týdnů hladověla. „*Furt se to vracelo, měsíc jsem nejedla, pak zase jo atd.*“ Tělo, nezvyklé na takový příjem potravy, jí z počátku odmítalo, ale nakonec se Barboře podařilo vrátit k normálním stravovacím návykům a časem i ke zdravé tělesné hmotnosti. V současné době je Barboře 22 let a k mentální anorexii se vracet nechce, i když jí občas myšlenky na hladovku napadají, hlavně když se necítí psychicky dobře.

Tato nemoc v Barboře zanechala odpor a nechuť ke všemu, co je spojené s určitou úpravou jídelníčku, ať už se jedná o vegetariánství, hipster nebo Pure nature styl života. Rovněž pozná na lidech pokud jsou

až nezdravě štíhlí. Pohled na tyto lidi v ní vyvolává nepříjemné pocity a vzpomínky. *„Všude jsou teď ty vychrtlíci a mě je z toho k zblití a mám trauma.“*

## 6.2. Druhý případ

Petra K., druhá slečna, onemocněla mentální anorexií ve věku osmnácti let. Tato dívka pochází z úplné rodiny, má dvě sestry. Jedna sestra je její dvojče a druhá je o sedm let mladší. *„V době anorexie jsem bydlela u svých rodičů, naši se nikdy nehádali, nejsem z rozvrácené ani z rozvedené rodiny.“*

Petra sama sebe vidí jako společenskou mladou dívku, která ráda pečuje o druhé, je přecitlivělá, přátelská a introvertní.

Mentální anorexie se u Petry začala objevovat od chvíle, kdy se v obchodě s oblečením nevešla do své běžné velikosti XS kvůli mírně stoupající váze v souvislosti s proměnou dětského těla na ženské. *„Bylo to velice nevinné, nikdy před tím jsem nedržela žádné diety, protože jsem to ani nepotřebovala. Byla jsem zvyklá nakupovat vždy ty nejmenší velikosti.“* Tato situace Petru vyděsila a začala se snažit získat zpět svou původní konfekční velikost. *„Od té doby jsem si řekla, že chci mít zase svou váhu.“* Dalším důvodem byla pozornost rodičů, které měla během nemoci dostatek. Začala zdravě jíst, hodně cvičila. *„Jak šel čas, vše se zvrtilo.“* Petra se začala v jídle více omezovat a přidala další sportovní aktivity. *„Tentokrát jsem sportovala několik hodin denně a opravdu jsem neměla vyšší příjem potravy než kolem 3000kj na den. V červnu následujícího ruku má váha ukazovala 39kg.“*

Během nemoci byla Petra zimomřivá, trpěla nespavostí, neměla menstruaci a měla stále studené končetiny. Rovněž měla suchou kůži a lámající se nehty. Petra byla uzavřená, podrážděná, nesoustředěná a měla nechut' ke všemu.

Petra je druhá dívka z dotazovaných, která se léčila sama, díky přesvědčování sebe sama. *„Léčit jsem se začala sama, dokázala jsem samu sebe přesvědčit o tom, že takto je to špatně. Dokázala jsem si to vše uvědomit a hlavně dospět v tom, že rodiče za to nemohou.“* Také si četla knihu Mentální anorexie od F. D. Krcha a podařilo se jí tohoto onemocnění zbavit. *„Hlavně to, že jsem si mohla stále dokola číst knihu s názvem mentální anorexie.“* Ale to, *„Co mi nepomáhalo bylo psaní jídelníčku, protože o to více mě to nutilo přemýšlet nad tím, jak moc v tu dobu jím.“* Petra měla během samoléčby podporu rodiny.

Díky mentální anorexii se Petra naučila rozumět více sama sobě a vnímat důležité věci v životě. *„Naučila jsem se komunikovat sama se sebou a porozumět sama sobě.“* Jako důsledek mentální anorexie bere fakt, že stále bude přemýšlet nad velikostí porce a nad tím, co je zdravější. *„Stále se pamatuji kolik má co kalorií.“*

### **6.3. Třetí případ**

Barbora J. je třetí ženou se kterou jsem dělala rozhovor. V současné době jí je 24 let a je vdaná za svého tehdejšího přítele. Mentální anorexií onemocněla zhruba ve věku patnácti let. Barbora pochází z úplné rodiny a má starší sestru. Prarodiče z matčiny strany mají problémy s nadváhou a hodně dají na úspěch. Nutili po Barboře a její sestře jídlo. *„Druzí prarodiče hodně dají na úspěch, ale tam jsme byly se ségrou proti nim.“* Jejich tělesná váha se Barboře nelíbila už od dětství. Dlouhou dobu po té, co prodělala tuto nemoc se Barbora dozvěděla, že její teta taky měla anorexií. *„Moje teta, tátova mladší sestra, měla anorexií, i když nevím, jak vážné to bylo.“*

Sama sebe popisuje jako pečující, nekonfliktní, nenáročnou a umělecky změřenou ženu s malou sebedůvěrou a se sklony k dennímu snění,

kteřá má problém se soustředit a má stále rozlítané myšlenky. Barbora měla již v té době a stále má zdravotní problémy. „Mám více zdravotních problémů, už tehdy jsem navštěvovala lékaře více, než ostatní.“ Během nemoci se zásadním způsobem změnil Barbory pohled na různé věci. „Bylo zvláštní to, že se náhle zcela změnily např. moje oblíbené barvy, obecně styl.“

Barbora začala měnit pohled na svou váhu a hubnout v době, kdy vedla taneční kroužek pro děvčata. Zalíbila se jí dětská štíhlost a její stále výraznější ženské tvary jí začaly děsit. „Ony byly mladé a štíhlé a já jak dospívala jsem byla rozdílná, chtěla jsem zhubnout, abych byla více jako ony a víc mezi ně zapadala.“ V té době se začala setkávat s narážkami spolužáků nebo příbuzných na oplácenost a poznámkami matky, že by si měla hlídat váhu. „Spolužák mi řekl, že jsem pře vyživená.“ Zalíbila se jí postava modelky v časopise a předsevzala si, že bude vypadat mít postavu jako tato žena. Barbora začala postupně omezovat přijímanou stravu, kontrolovat si co jí. „Třeba jsem měla jednu housku a z tý jsem i plánovaně uždibovala během dne.“ Jídlo jen přežvýkala vyplivla, nic nejedla v rámci společného jídla, jen občas něco málo o samotě. „Zhubla jsem pod 40kg, nevím, kolik jsem měla nejnižší váhu, protože jsem se po tom, co jsem měla 40 už ani nevážila, ale vím, že jsem ještě zhubla.“ Zároveň s tím začala dělat Barbora svačiny spolužačce. „Chtěla jsem, aby lidé kolem mě přibrali a já v porovnání s nimi byla tedy štíhlejší.“ Mentální anorexie se u Barbory prolínala i s epizodou mentální bulimie, ovšem bez vydávení snědeného jídla. „Zvracet mi nešlo, tak jsem zákonitě přibírala... takže jsme pak zase měla nadváhu.“ U Barbory se ve spojitosti s mentální anorexií objevilo v pozdější fázi i sebepoškozování. Dělal si rány na předloktí a kolenou, nechtěla vykrváct, jen si ublížit. „Dělalo mi dobře, když jsem krvácela, krev jsem mačkala a pak hodně slupovala strupy.“

U Barbory se mentální anorexie projevila po fyzické stránce hlavně ztrátou menstruace, vypadáváním vlasů a špatným stavem pokožky. Zároveň s tím se u této dívky začaly objevovat deprese, denní snění (příběhy, ve kterých byla litovaná), dětinskost a posedlost jídlem.

Barbora je první z dotazovaných, která podstoupila odbornou léčbu mentální anorexie. „*Hned v začátku přejídání mě maminka vzala k psychiatrovi, už se to asi nedalo přehlédnout.*“ Léčená byla u psychiatra, kam jí dovedla její matka. Po čase začala jezdit k psychiatrice do Kolína a ta nasadila Barboře antidepressiva. V léčbě jí podporovala jak její rodina tak její současný manžel. Na konkrétní průběh léčby si Barbora příliš nepamatuje.

#### **6.4. Čtvrtý případ**

Veronika L. Je čtvrtou slečnou se kterou jsem mluvila. Je jí 27 let a má syna. Mentální anorexií onemocněla ve věku čtrnácti let. Veroniky rodiče jsou rozvedení. Její matka se podruhé vdala a má další dceru. Tato mladá žena se charakterizuje vlastnostmi jako společenská, pečující, cílevědomá a zodpovědná.

K mentální anorexii Veroniku přivedly poznámky spolužáků na její váhu a pocit, že její otec je z ní zklamaný. „*Měl o mě a mé postavě jiné představy.*“ Ze začátku omezovala sladké a hledala činnosti, aby nemyslela na jídlo. Jedla menší porce a jen do pěti hodin odpoledne. Časem, ale začala omezovat jídlo mnohem víc. Její den se točil kolem jídla, věděla co snědla a kolik to má kalorií. Když snědla během dne víc než chtěla, tak večer víc cvičila. Trávila čas úklidem doma a chystáním jídla pro ostatní členy rodiny.

U Veroniky mezi fyzické projevy mentální anorexie, kromě úbytku váhy, patřila ztráta menstruace, nízký tlak, omdlávání, únava, oslabená imunita, špatné prokrvování končetin a zimomřivost. Veronika byla během nemoci

v depresi, měla výkyvy nálad a byla podrážděná. Její jedinou starostí byl vzhled a váha.

Podstoupila odbornou léčbu u dětské doktorky a psychiatričky. Dětská doktorka chtěla po Veronice, aby si psala, co snědla během dne, ovšem údaje v jídelníčku si Veronika vymýšlela a tak vypadalo vše v pořádku, ačkoliv nebylo. Když nedošlo ke zvýšení tělesné hmotnosti, chtěla dětská lékařka poslat Veroniku na hospitalizaci. Po sdělení této možnosti matce, se Veroniky matka aktivně zapojila do řešení problému s poruchou příjmu potravy. *„Šla se zeptat odborníka, co se se mnou děje.“* Začala s Veronikou chodit k psychiatrice, která s ní zkoušela různé formy cvičení, testy, psaní deníků či hypnózu. Po zlepšení probíhaly sezení už jen formou sdělování dojmů, pocitů a zážitků.

I když má Veronika mentální anorexiu již delší dobu za sebou, tak jí občas napadají myšlenky nad svou váhou a zda by neměla vážit méně.

## 6.5. Pátý případ

Michaela S. je poslední, se kterou jsem dělala rozhovor. Momentálně jí je 26 let a mentální anorexií onemocněla zhruba ve věku šestnácti let. Michaela pochází z úplné rodiny. Má nevlastní starší sestru z otcova předchozího manželství, dále má mladší sestru a nejmladšího bratra. Michaela se popisuje jako společenská, nekonfliktní, komunikativní a zodpovědná osoba, která je přísná sama na sebe, ale je občas nerozhodná.

K mentální anorexiu se dostala skrze touhu být déle dítětem a oddálit proměnu v ženu. *„Ideál krásy u mě nehrál roli, MA byl způsob, jak být déle dítětem, jak nepřijmout proměnu v dospělého ženu.“* Ráda se chovala jako kluk. *„Měli jsme s tátou podobné zájmy, líbil se mi jeho svět.“* Rovněž pro ní byla nemoc způsob, jak mít vše pod kontrolou a upoutat na sebe pozornost.

Michaela se k hubnutí dostala přes cvičení a fyzickou zátěž, omezovat jídlo začala později. *„Když už jsem věděla co se se mnou děje, začala jsem se do té role stylizovat.“* Veškeré jídlo dělila na malé kousky, když měla hlad tak pila horký čaj a polévky. V té době si oblíbila vše co se podobalo kašim. Nechtěla o sebe v té době pečovat.

Mentální anorexie u Michaely zapříčinila ztrátu menstruace, únavu, nespavost, selhávání orgánů, padání vlasů, úbytek svaloviny, bolestivost kloubů a zubů a nehojící se rány. V tomto období byla dětinská, podrážděná, labilní, měla deprese a byla vztahovačná. Používala dětské příbory a talíře, záliba ve zmenšeném nádobí jí zůstala. *„Vytáhla jsem svůj příbor z dětství – malý a roztomilý.“*

Michaelina léčba začala u praktického lékaře, který jí nechal na několik dní hospitalizovat na psychiatrii. *„Byla jsem vždy na pár dní hospitalizovaná na jednom oddělení psychiatrie, ale bylo to neúčinné, jen mě kontrolovali váhu, nikdo se mi nevěnoval.“* Jednou za dva týdny měla Michaela setkání s psychologem, tyto sezení neměli na Michalu žádný vliv. Následně byla hospitalizována v FN Plzeň, kde byla tři měsíce. Během této doby měla Michaela pevný režim, musela si psát jídelníček a byla nucena pít tekutou stravu.

Po propuštění a rozhovoru s kazatelem ve sboru v jejím domovském městě se rozhodla změnit svůj postoj k sobě a ke svému tělu. *„Hodně jsem o tom přemýšlela, pochopila jsem, že se chovám nevděčně za to co mám.“* Následně se nechala hospitalizovat na metabolické jednotce Motol, kde strávila devět dní a podstoupila léčbu kombinací kapaček a pevné stravy. Po těchto dnech byla propuštěna na doléčení do Plzně, kde po zjištění pokroku v léčbě byla povolena ambulantní léčba. *„Tam jsem byla krátce, změna myšlení byla pro lékaře tak evidentní, že mi důvěřovali.“* Po vysazení antidepresiv a neshodě s psychiatrem Michaela ukončila ambulantní léčbu. Po dalších třech

letech Michaela už netrpěla žádnými příznaky mentální anorexie a její váha byla v normálu. „Některé následky a příznaky jsem pozorovala asi ještě další dva až tři roky.“

## 6.6. Shrnutí

Při zpracovávání rozhovorů se u všech těchto mladých žen se našly podobné charakterové rysy, které se shodují s charakterovými vlastnostmi popsány v dostupné literatuře (viz výše). Těmito rysy byla společenská, touha pečovat o druhé, nekonfliktnost a zodpovědnost. Některé dívky dále uvádějí i přecitlivělost. Faktory, které samy vnímají jako příčiny rozvoje onemocnění mentální anorexií, jsou opět v souladu s tím jak je známo, různorodé. V rozhovorech tři dívky uvádí jako hlavní důvod vzniku mentální anorexie pohled na sebe samu jako na tlustou ve srovnání s vrstevníky, spojený s narážkami na váhu ze strany blízkých, spolužáků a přátel. Jedna z těchto slečen rovněž jako důvod udala touhu vypadat jako mladé, ještě nedospívající dívky dětských postav. Zůstat dítětem a nedospět v ženu. Důvod zůstat dítětem uvedla i další slečna: „*Mentální anorexie byl způsob, jak být déle dítětem, jak nepřijmout přeměnu v dospělé ženu.*“ (Michaela, 26let) Poslední z těchto dívek mluví o vzniku mentální anorexie v souvislosti s rozchodem s přítelem, nějaký čas po tomto rozchodu o sebe nepečovala a ani nevěnovala pozornost svému jídelníčku. Při zjištění, o kolik zhubla, se jí tento fakt zalíbil a rozhodla se zkusit v tomto stavu pokračovat dál, až se dopracovala k mentální anorexii.

Mentální anorexii měly všechny tyto mladé ženy. U Barbory J. bylo toto onemocnění ještě kombinované s epizodou mentální bulimie a sebepoškozováním.

Mezi projevy mentální anorexie, objevující se u všech, je ztráta menstruace, dále únava, zimomřivost a nespavost. Dívky se rovněž potýkaly



s podrážděností, výkyvy nálad, dětinskostí a některé i s depresí. Dvě z dívek měly předepsaná antidepresiva.

Tři z těchto žen podstoupily odbornou léčbu, kterou zařídily jejich rodiny. Nejčastěji to byla matka, která se v léčbě nejvíce angažovala. Ani jedna léčba nebyla stejná, Michaela podstoupila hospitalizaci na dvou různých klinikách a další dvě byly pod dohledem lékaře a psychoterapeuta. Dvě z dotazovaných dívek podstoupily jen ambulantní léčbu, Barbora J. byla v péči psychiatra a o Veroniku L. se starala na začátku léčby i dětská doktorka. Dvě slečny z výzkumu s mentální anorexií bojovaly sami. Jedna s pomocí knihy o této nemoci a druhá jen rozhodnutím změnit tuto skutečnost. Dívky se ale shodly, že nejdůležitější roli v léčbě hrála změna náhledu a myšlení co se mentální anorexie týče. Bez ní by léčba nebyla možná. Všechny dospěly do bodu, kdy se s nemocí rozhodly bojovat a pak až teprve byla léčba úspěšná.

## 7. Závěr

Mentální anorexie je závažné onemocnění s velmi individuálním průběhem, který se odvíjí od různorodosti příčin jeho vzniku. Toto onemocnění spadá do široké skupiny poruch příjmu potravy, kam dále patří například mentální bulimie, atypická anorexie či záchvatovité přejídání. Tyto nemoci do sebe často přecházejí. Buď onemocnění kombinuje příznaky několika z těchto poruch, nebo se u pacienta vyskytne v průběhu doby více typů poruch příjmu potravy. Toto onemocnění má důsledky jednak na fyzickém zdraví, kdy může vést k závažným somatickým onemocněním či dokonce k úmrtí, tak společenské, jako je vyloučení ze společnosti a ztráta kontaktu s okolím nemocného. Mentální anorexie totiž také zasahuje psychiku člověka. Projevuje se například častým střídáním nálad, depresemi, samotářstvím či únikem z reality do snového světa. U osobnostních rysů lidí s mentální anorexií není nelze přesně určit, jaké z těchto rysů byly před onemocněním a jaké se objevily až s jeho nástupem. Protože se mentální anorexie týká převážně mladých lidí a je s ní spojena značná morbidita, tak je v objektu zájmu široké společnosti, i přesto, že její výskyt není tak velký, jako u jiných závažných onemocnění. Tento typ poruch příjmu potravy postihuje také úspěšné či mediálně známé osobnosti, což vede k vyšší pozornosti věnované této nemoci. Souvisí patrně se současným vývojem společnosti založené na úspěchu stejně jako s množstvím dysfunkčních rodin.

Je známo mnoho příčin či spouštěčů mentální anorexie, nicméně jejich relativní význam zůstává v mnoha případech sporný. Stojí za tím jednak jejich velká diverzita, jednak metodické potíže spojené se studiem psychosomatických onemocnění obecně. Nejčastěji uváděné příčiny jsou nespokojenost s vlastním tělem zapříčiněná negativními poznámkami z okolí, dále dysfunkční rodiny, nadměrný stres, oddálení dospělosti či snaha o získání více pozornosti rodiny

a okolí. Vedle přímých příčin existuje řada rizikových faktorů zvyšující pravděpodobnost vzniku či rozvoje onemocnění, jako je již existující psychiatrické onemocnění, některé charakterové vlastnosti, omezení jídelníčku ze zdravotních důvodů apod. Zdá se, že sklony k onemocnění mohou být částečně dědičné, ovšem o genetickém pozadí se ví málo.

Existují náznaky z historie, že mentální anorexie není novým onemocněním, nicméně přesná diagnóza v těchto případech není možná. Byly nalezeny kulturně podmíněné rozdíly v četnosti výskytu, který je relativně vysoký v západní kultuře. Oproti tomu socioekonomické rozdíly se ukázaly být významné pouze v některých studiích. Onemocnění postihuje nejčastěji dospívající ve věku třinácti až sedmnácti let života. Naprosto zásadní roli hraje pohlaví. V Evropě v průběhu života onemocnění 0,5–1 % ženské populace. Čísla pro Českou Republiku nevybočují z Evropského rozmezí. Pouze 5 % ze všech nemocných tvoří muži. Dosti úzká definice tohoto onemocnění může zkreslovat počty nemocných, protože většina poruch příjmu potravy není přesně přiřaditelná konkrétnímu typu a diagnóze, některé příznaky poruch příjmu potravy se vyskytují u mnohem většího počtu dívek.

Pro rozvoj onemocnění jsou naprosto zásadní vztahy v rodině a přijetí člověka okolím. Jako nejčastější důvod vzniku mentální anorexie je uváděna nefunkční rodina. Mezi charakteristiky nefunkční rodiny může být citově neangažovaný otec, matka fixovaná na dítě či odchod jednoho z rodičů z rodiny. Jako další důvod můžou být rigidní hranice, kdy je dítě drženo doma, odtržené od společnosti v rámci jeho ochrany před domnělým nebezpečím. Nefunkční rodina vede ke vzniku anorektické stagnace, která je vázaná na dysfunkční vztah s matkou a potažmo otcem. Pokud se dívka citově nepřipoutá k matce a nedojde k následnému oddělení od ní a připoutání se k otci, dochází ke stagnaci ve vývoji dítěte. Tato stagnace má zásadní vliv na vznik mentální anorexie a z tohoto důvodu má přívlastek anorektická.

Rozhodující fakt při prevenci mentální anorexie je, že dítě musí být přijímáno okolím a nesmí mu být bráněno v přirozeném vývoji.

Při léčbě mentální anorexie má největší vliv svobodné rozhodnutí pacienta pro léčbu. Pokud je pacient do léčby donucen rodinou, nebo mu je léčba nařízena lékařem, její úspěšnost není tak vysoká. V současné době jsou využívány dva druhy léčby mentální anorexie a to hospitalizace s ambulantní léčba. Po ukončení léčby je možné docházet jednou za čas na doléčení. Léčbou poruch příjmu potravy a následnou péčí se zabývají jak státní zařízení, tak i zařízení soukromá či občanská sdružení. Léčba je v České Republice dobře dostupná a je k dispozici široká škála zařízení a léčebných postupů. Nedostatečnost shledávám v nabídce následných služeb po vyléčení tohoto onemocnění, které jsou poskytovány pouze dvěma organizacemi v Praze.

V rámci výzkumu jsem dělala kvalitativní rozhovor s pěti vyléčenými dívkami, jež přikládám jako možné příklady průběhu a léčby mentální anorexie. Z dotazovaných ne všechny vyhledaly odbornou pomoc při léčbě. Jejich příběhy se nijak nevymykají tomu, co je o příčinách a průběhu mentální anorexie známo a dobře tak ilustrují popsané jevy.

Mentální anorexie závažné onemocnění s komplikovanými příčinami, které zasahuje všechny složky osobnosti. S některými negativními trendy ve společnosti, jako je rozpad rodin a komplikované hledání vlastní identity, lze očekávat další nárůst výskytu toho onemocnění. Pro prevenci i pro úspěšnou léčbu je nutná otevřená debata o mentální anorexii a její de tabuizace ve společnosti.

## Seznam literatury

1. 33 rad jak méně jíst. *Lady Annabella* [online]. 2012 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://lady-annabella.blog.cz/1211/33-rad-jak-mene-jist>
2. Anorexic Model On Road To Recover. CBSNews, 11. 2. 2009  
([http://www.cbsnews.com/2100-500202\\_162-3371433.html](http://www.cbsnews.com/2100-500202_162-3371433.html) )
3. BALIK, C. M., BROWNLEY K. A., SHAPIRO J. S., BERKMAN N D. Anorexia Nervosa. STURMEY, Peter a Michel HERSEN *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, Wiley, 2012. s. 575-597
4. BASTINI, A., R. RAO, T. WELTZIN a W. H. KAYE. Perfectionism in anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*. 1995, roč. 17, č. 2.
5. BRAY, G. A. Anorexia Nervosa and Socio-Economic Status. *Obesity Research*, 1997, roč. 5., č. 5, s. 489–491
6. BROOKS S, M. RASK-ANDERSEN, C. BENEDICT a H.SCHIÖTH. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?. *BMC Psychiatry*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 76-. ISSN 1471-244x. DOI: 10.1186/1471-244X-12-76. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/76>
7. Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-pr-ijmu-potravy>
8. Český statistický úřad, *Rychle roste počet domácností jednotlivců* [online]. [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>
9. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. Praha : Portál, 2001. s. 248

10. Demografie: Demografické informace, analýzy a komentáře.  
DAŇKOVÁ, Šárka .*Demografie: Demografické informace, analýzy a komentáře* [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z:  
[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku)
11. *Diagnóza – Mentální anorexie a bulimie*, ČT 2002
12. Důvod tohoto blogu. *Jenny Anna* [online]. 2008 [cit. 2013-04-28].  
Dostupné z: <http://jenny-ana.blog.cz/0806/duvod-tohoto-blogu>
13. DYBOVÁ, Markéta. [Http://web.sks.cz/prace](http://web.sks.cz/prace). [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://web.sks.cz/prace/dybova/anorexie.htm>
14. FERREDAY, D. Haunted Bodies: Visual Cultures of Anorexia. *Borderlands E-Journal: New Spaces in the Humanities*, 2011, roč. 10., č. 2, s. 1-22
15. GRAVE, R. D. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011, roč. 22, s. 153-160
16. GULL, W. W.. Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*. 1874, roč. 7., s. 22-28; adaptováno v *Obesity Research*, 1997, roč. 5., č. 5, s. 498-502
17. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
18. Hooper, B. and Williams, E. B. (2011), Anorexia – too complex an issue to simply blame mums. *Nutrition Bulletin*, 36: 216–220.
19. HORT, Vlastimil, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. s. 496
20. HULINE - DICKENS, Sarah. Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *British journal of medical psychology*. 2000, č. 73.

21. CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 1997, [cit. 2013-04-28]. Dostupné z:  
<http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>
22. CHVÁLA, MUDr.V. a PhDr. L. TRAPKOVÁ. Proces separace a poruchy příjmu potravy. *INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY, o.p.s. v LIBERCI* [online]. 2003 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z:  
<http://www.lirtaps.cz/publikace/separace.htm>
23. Idealni.cz: Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z:  
<http://www.idealni.cz/Default.asp>
24. Keys, A.; Brožek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O.; Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation (2 volumes)*. St. Paul, MN: University of Minnesota Press
25. Kolektiv autorů. *Lékařské repetitorium*. Praha : Avicenum, 1981. s. 990
26. KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. s. 240
27. KRCH, František D. Mentální anorexie a bulimie. *Vesmír*. 1998, roč. 1998, č. 77, s. 491-493.
28. KRCH, František a Ladislav CSÉMY. *Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice*. 2009. Dostupné z:  
[http://www.isvav.cz/resultDetail.do?rowId=RIV%2F00023752%3A\\_\\_\\_\\_%2F09%3A00001086!  
RIV11-MZ0-00023752](http://www.isvav.cz/resultDetail.do?rowId=RIV%2F00023752%3A____%2F09%3A00001086!RIV11-MZ0-00023752)
29. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008, 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

30. LANYADO, Monica a Ann HORNE. Psychoterapie dětí a dospívajících: psychoanalytický přístup. Překlad Lucie Lucká. V Praze: Triton, 2005, 681 s. ISBN 80-725-4568-X.
31. LINDBERG, Le.a A. HJERN. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 34, č. 4, s. 397-408. [online]. [cit. 2012-01-27] ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10221. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10221>
32. MARSDEN, P., E. KARAGIANNI a J. F. MARGAN. Spirituality and clinical care in eating disorders: a qualitative study. *International journal of eating disorders*. 2007, č. 12.
33. MINUCHIN S. , BERNICE L. Psychosomatic families anorexia nervosa in context. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978. ISBN 06-740-4110-0.
34. Občanské sdružení Anabell. [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/109-anorexie-mentalni-anorexie>
35. PEGGY, Claude-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha : Pragma, 2001. s. 264
36. PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.
37. *Pro Ana blog: Jak skrýt Anu?* [online]. 2008 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://terka-proana.blog.cz/0806/jak-skryt-anu>
38. *Pro Ana blog: Pro Ana bible!* [online]. 2008 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://terka-proana.blog.cz/0806/pro-ana-bible>



39. SULLIVAN P.F., BULIK C. M., FEAR J.L., PICKERING A.  
Outcome of Anorexia Nervosa: A Case-Control Study. *The American Journal of Psychiatry*. 1998, č. 155, s. 939-946.
40. Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy. [online].  
[cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/uvod>
41. RAMACCIOTTI C. E., COLI E., MARCACCI G., POLESE L.,  
GABBRIELLINI G., BIANCHI M. Different Pathways towards  
Anorexia Nervosa. in: SWAIN, Pamela I. Trends in eating disorders  
research. New York: Nova Biomedical Books, c2005, s. 1-27. ISBN  
1-59454-543-X.
42. ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997.  
456 s.
43. TOZZI F., P.F. SULLIVAN, J. L. FEAR, J.MCKENZIE a C. M.  
BULIK. Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's  
perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2003, roč. 33, č.  
2, s. 143-154. ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.10120. Dostupné z:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/eat.10120>
44. TRACE, Sara E., Jessica H. BAKER, Eva PEÑAS-LLEDÓ a Cynthia  
M. BULIK. The Genetics of Eating Disorders. *Annual Review of  
Clinical Psychology*. 2013, roč. 9, č. 1, s. 589-620
45. TRAPKOVÁ, L., Chvála V. *Rodinná terapie psychosomatických  
poruch*. Vyd. 1. Praha: Portál, c2004, 227 s. ISBN 80-717-8889-9.
46. TROOP, Nicholas A. a Janet L. TREASURE. Psychosocial factors in  
the onset of eating disorders: Responses to life-events and difficulties.  
*British journal of medical psychology*. 1997, č. 70.
47. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY  
ČESKÉ REPUBLIKY .*Péče o pacienty s diagnózami F50.0–F50.9 -  
poruchy přijímání potravy v psychiatrických lůžkových zařízeních*

ČR [<http://www.google.cz/cse?cx=002651195016181801082>:]. Praha:  
Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky , 2011  
[cit. 2.1.2012].

48. Záhady duše – Záhada poruch příjmu potravy, ČT 2009

## **Přílohy**

## **Příloha č.1:**

**Barbora C., 22let**

**Rodina:**

Maminka, dva starší bratři, se kterými jsem vyrůstala. Otce jsem viděla jednou v životě ve 13 letech, už ho nechci nikdy víc vidět, nebo tom netoužím. Alkoholik a nevím co ještě. Jeden z bratrů v 18 odešel žít sám, takže jsme pak zůstali s mamkou a druhým bratrem sami. Momentálně bydlí sama.

Pamatuji si, že mamka měla hlavně problém s bratrem, byl dost problémový, ale až po rozvodu s Petrem, což je otec bratrů. Mám s nimi jiného otce. Trvalo mi hodně dlouho se osamostatnit, ale vždycky jsem to chtěla a snažila se. Největší důraz byl kladen na to, abych dodržovala nějaký řád, učila se, sportovala, poslouchala, klasika.

**Osobnostní charakteristika:**

Jako dítě jsem byla hodně závislá na mámě, přecitlivělá, měla jsem strach sama o sebe, pořád nějaký stav úzkosti, strachu, bujná fantazie, stále jsem viděla nějaké něco, co jiný ne.

Jsem zmatená, náladová, výbušná, éterická, extrémně přecitlivělá, úzkostlivá, někdy nevyrovnaná, někdy zase dost sebevědomá, někdy mi je všechno jedno a jsem vyrovnaná, spokojená, někdy jsem arogantní, vtipná, bláznivá, dobrosrdečná, hodná, občas „šílená“.

**Důvody vzniku MA:**

Při největším nejhorším rozchodu. První největší láska. Zlom byl v tom, že jsem s ním bydlela a ještě s mámou. Cca dva roky jsme spolu byli neustále. Potkávala jsem akorát lidi ve škole a s ním jsem pak trávila zbytek času, byla jsem na něj děsně upnutá a myslím, že on na mě také. Trávili jsme spolu čas pořád. Nechodili nikam nějak mezi moje kamarády, v tu dobu jsem ani nějak kamarády nevyžadovala, on byl všechno v jenom. Nebyl žádný problém nikdy nic. Všechno perfektní, pak přišel zlom a bylo skoro léto, no a on začal mít nějaký sexuální problém, mě se to nelíbilo a tím to začalo celé jít do kopru. Celé se to zvrtilo no a zjistila jsem, že chceme oba něco jiného, ale co teď, už jsem ani nevěděla jestli ho miluji, nebo to je jen závislost co k němu cítím. Neuměla jsem si představit, že najednou budu sama a prostě jsem nějak přestala jíst, nebyla jsem doma, byla pořád někde pryč – v tu dobu jsem se bavila s tvou ségrou chodili jsme na loděnici a já jako to jedla nějak, ale hrozně málo, nějak jsem to nevnímala vůbec. No, pak asi po měsíci jsem hodně zhubla,

ale vůbec jsem to nezaregistrovala, ale každý si toho začal všimnout, já vůbec ne a pak jsem nějak stoupla ze srandy na váhu a viděla ten mega rozdíl a nevěřila svým očím, pak jsem šla před zrcadlo a říkám hustý, no a tím to začalo, jak jsem viděla, že to najednou takhle šlo dolů, tak říkám, tak zkusím jak hodně to půjde a v tom se to změnilo v úplnou závislost a posedlost hubnout

### Projevy MA:

Najednou jsem si začala připadat i v 40 že mám tlustý nohy a ruce a já nevím co, no magořina fakt nechápu, posedlost sama sebou, stoupala jsem si na váhu po každém jídle, před každým jídlem snad 10x denně ... jakmile jsem něco snědla, tak jsem třeba 3x denně cvičila, zase stoupala na váhu a dokolečka, pořád jsem se vmlouvala, že jím, jím, ale zdravě, přitom prostě jsem nejedla, jedla jsem vždy jen jednou denně a to ráno, chodila jsem spát brzy, ale nemohla hlady spát, v 6 ráno jsem si dala musli se sojovým mlékem a do dalšího dne zase nejedla a takhle třeba měsíc, možný byl i den kdy jsem nic nejedla, to už si nepamatuji, jenže dřív jsem jedla tak strašně moc, že to bylo pro mé tělo děsný zásah, hlavně já jsem docela závislá od malička na cukru, byla jsem vychrtlá a omdlívala, když jsem neměla cukr, no a vlastně pak jsem jedla asi 2x denně, ale nechtěla, to jsem dělala kvůli mámě, aby neříkala, že nejím, ale pak jsem celý večer cvičila pořád jak magor, pořád stála před zrcadlem a mačkala si všechno a říkala, fuj ještě musím zhubnout na 38, mám 38,5 děs nebudu jíst, no děs.. tohle nechci nikdy zažít už. Největší peklo to bylo pro mámu a pro okolí. Nikdo ti nemůže pomoci, prostě psychická porucha najednou, hlavně najednou jsi úplně sama, s nikým se nebavíš, posedlá sama sebou. Jsem byla ve škole, tam nic nesnědla celý den třeba 12h., přišla domů hladová motající se, dala si nějakou rýži a jablko a zase do druhého dne nic, to tělo bylo úplně hladovějící a chybělo mi snad všechno.

Hlavně jsem si říkala, že všichni mi říkali jak jsem nechutná a vychrtlá, že vypadám jak z koncentráku atd a já se obhajovala tím, „ vy mi jenom závidíte, že nejste hubení, že se cpete nezdravými věcmi“ haha, děs, fakt... byla jsem na sebe fakt pyšná, že tam vypadám, po nemoci, když jsem viděla svoje fotky, jsem se zhrozila, v tu dobu jsem měla delší vlasy a ty vlasy byly jak chmíříčko, bílá jak smrt a fialové kruhy pod očima, propadlou čelist, vykulené oči a o těle ani nemluví. Člověk by se tě dotkl a ty by ses rozpustila, ale mě se to líbilo, ta křehkost, to že jsem vypadala jak, se nedá ani pořádně vyjádřit jak co.

### Léčba:

Já už nevím jak dlouho to trvalo, ale po čase v zimě najednou začali přicházet problémy zdravotní, padaly mi vlasy, ale takovým stylem, že jsem brečela každý den. Hrábla jsem si do vlasů a chuchvalec. A stále stále když jsem si hrábla pořád to padalo, pak co jsem snědla, v vůbec tělo nemohlo vstřebat, takže střevní potíže, ty mě zavedly k doktorce, ta se zhrozila a začalo se to děsně řešit, že pokud nezačnu se sebou něco dělat, že mě zavřou do blázince atd a já začala mít o sebe děsný strach, tak nikdy víc, prostě nechci zažít už. Takže tím, že jsem měla o sebe strach a musela brát milion prášků a já nevím co, jsem začala nějak víc jíst, ale to bylo stylem, že jsem najednou snědla naráz milion věcí, jak to tělo bylo hladové, a pak mi bylo zle a měla výčitky a zase týden nejedla, a takhle to bylo hodně dlouho, než jsem začala normálně pravidelně jíst a věci se začaly upravovat, tak rok to určitě trvalo, než tak nějak jsem pochopila, rok a půl spíše. Furt se to vracelo, měsíc jsem nejedla, pak zase jo atd, dlouho a hodně se mi o tom zdává do dnes.

## **Příloha č.2:**

**Petra K., 21let**

### **Rodina:**

Jsme úplná rodina a mám dvě sestry. Jedna je mé dvojče a druhá je o 7 let mladší. V době anorexie jsem bydlela u svých rodičů, naši se nikdy nehádali, nejsem z rozvrácené ani z rozvedené rodiny, nikdy nebyl na školu ze strany rodičů nátlak, nechtěli mít ze mě premiantku, byla jsem vždy chytré dítě, co nepotřebovalo s ničím moc pomoci, to asi byl ten důvod vzniku problému, jako každé dítě, byt mi v tu dobu bylo 18, tak ta dětská dušička tam byla, je a bude, jsem potřebovala asi větší zájem ze strany rodičů, více podporovat ve věcech, které jsem dělala, chválu atd...to u nás bohužel nebylo. Výchova v naší rodině byla volná, klidná, nikdy žádný nátlak na nás jako na děti a po sléze dospívající nebyl kladen nátlak v žádném směru.

### **Osobnostní charakteristika:**

Jsem přátelská, společenská, přecitlivělá, pečující, spíš introvert.

### **Důvody vzniku MA:**

Bylo to velice nevinné, nikdy před tím jsem nedržela žádné diety, protože jsem to ani nepotřebovala. byla jsem zvyklá nakupovat vždy ty nejmenší velikosti. jednou jsem jela s kamarádkou nakupovat, po delší době. v obchodě Terranova jsem si vyhlédla nádherné džíny a protože jsem byla zvyklá sáhnout vždy po velikosti xs, tak tentokrát tomu nebylo jinak. V kabině jsem si kalhoty zkoušela, nasoukala jsem se do nich, ale málem jsem je nezapnula, v to dobu ani nevím proč mi to v hlavě přecvaklo a co se vlastně stalo, ale najednou jsem na sebe byla naštvaná a moc jsem nechápala, proč mi ty kalhoty nejsou. Pro velikost s jsem si už ani nešla, za prvé ji tam neměli a za druhé jsem byla od té doby znechucená. když jsem přišla domu, stoupla jsem si na váhu, na kterou jsem stoupávala celkem běžně, ale nikdy to neřešila, ani malým náznakem, no a ta váha ukázala číslo 55 kg. Strašně mě to vyděsilo, protože co jsem si pamatovala, tak poslední stoupnutí na váhu bylo asi 1 měsíc dozadu a to váha ukazovala mých 52 kg, které ukazovala už několik let... od té doby jsem si řekla, že chci mít zase svou váhu, začala jsem zdravěji jíst, žádné hladovění a začala jsem poprvé v životě cvičit, tancovala jsem doma každý den aerobik a chodila jezdit na rotoped. Vše bylo ideální, cítila jsem se skvěle ... no a jak sel čas, vše se zvrtilo...takže tohle byl úplně ten první impulz. Později jsem ale zjistila (po léčbě) že příčina mě anorexie pramenila už v dětství

a to právě v tom, že jsem podvědomě chtěla od rodičů více pozornosti....během anorexie se mi ji dostávalo nad míru.

#### Projevy MA:

První zhubnutá kg se objevila za 4 měsíce, kdy jsem z 55kg měla 50kg, od posledního vážení (nákupy v TRN) jsem na váhu nestoupala, bylo září a já jsem si řekla, že se na váhu postavím až 01.01. Což jsem tak učinila. Byla jsem nadšená, ale už se ve mě začal budovat strach z toho, že to co jsem shodila, zase naberu, zpřísnila jsem proto své stravování ve smyslu mínus a přidala jsem sport. blížila se maturita, má váha byla kolem 48 kg a začal „Svatý týden“ s ním začalo mě záchvatovité přejídání a konec sportu, od června do srpna jsem nabrala zpět vše co jsem shodila. Řekla jsem si, že takto jít do prvého na vejšku nemohu...a pustila jsem se opět do hubnutí, tentokrát jsem sportovala několik hodin denně a opravdu jsem neměla vyšší příjem potravy než kolem 3000 kJ na den. V červnu následujícího roku má váha ukazovala 39kg....

O projevech snad ani nebudu mluvit, zimomřivost, uzavřenost, nespavost, permanentní podrážděnost, nesoustředěnost, nechut' nic dělat, suchá pokožka, studené ruce a nohy, suché vlasy, lámání nehtů,...

#### Léčba:

Léčit jsem se začala sama, dokázala jsem samu sebe přesvědčit o tom, že takto je to špatně a že dříve nebo později stejně budu muset jíst a přibrat...jinak umřu a naprosto se zničím. Za pomoci různých knih, které mi dodávaly motivaci jsem to dokázala. Nejvíce mi pomáhalo to, že jsem měla podporu okolí, rodiny a hlavně to, že jsem si mohla číst stále dokola knihu s názvem mentální anorexie, nevím kdo ji napsal, ale na titulní straně je měkký přebal se žlutým pozadím a na ni je dívka s rozčuchanými vlasy v jakémsi drdolu....to byla má spása...

Co mi nepomáhalo bylo psaní jídelníčku v době uzdravování, protože o to více mě to nutilo přemýšlet nad tím, jak moc v tu dobu jím. Nevím jak by byla další volba svépomoci, já si myslím, že jsem to zvládla na jedničku, dokázala jsem si to vše uvědomit a hlavně dospět v tom, že rodiče za to nemohou, že já se svým dětem budu věnovat více, budu je ve všem podporovat a hlavně jim budu denně říkat, jak moc je miluji a jak moc jsou pro mne důležité. Co se týká stravování, tak mě anorexie ovlivnila tak, že i když už teď žádné problémy s váhou, ani s jídlem nemám, asi už celý život budu sledovat co jím a více nad jídlem přemýšlet ve smyslu porcí a zdravého vyberu....i když už je to několik let, co jsem se vyléčila, stále si pamatuji co kolik má kalorií, ale zase vím, že složky bílkoviny a tuky jsou pro mě důležité a zdraví potřebné.



### **Příloha č.3:**

**Barbora J., 24let**

Jaká je tvá rodina:

Jsem z věřící rodiny. Ale maminka odešla od víry, ještě když jsem byla malá, proto jsem i vždy více důvěřovala tátovi. Maminka je lékařka, endokrynoložka – má tedy na starosti mnoho pacientů s nadváhou a obezitou. Nejkomplikovanější vztah jsem vždy měla a mám se svou sestrou. Lidé si myslí, že je ona ta starší. Vždy jsem to vnímala tak, že ona je ta chytrá a já ta hloupá (ona je spíše takový „šprt“ a já prostě umělec :D – nemyslím to vůči ní ve zlém, umí se prostě dobře učit, bývá často nejlepší, první a tak... já zas vždy tak trochu žila ve své realitě, na vysvědčení jsem měla i 4. Sestra vždy byla hodně drzá a protože si na to rodiče navykla, mohla si dovolit více než já a mě to bylo líto, byla tu určitá nespravedlnost, ale rodiče si to neuvědomovali. Když jsme byly mladší, sestra byla ta hubená a já ta „normální“. Vždy byla štíhlá a hezká, také mě často shazovala, jednala se mnou jako s malým děckem. Možná jsem měla potřebu být vnímaná na stejné úrovni, být ta lepší. Jí jsem považovala za tu populárnější. Byla průbojnější. V rodině asi dokázala zaujmout více pozornosti. Tátovi rodiče jsou velmi hodní a vztahy jsme s nimi měli vždy dobré. Druzí prarodiče hodně dají na úspěch, ale tam jsme byli se ségrou spolu proti nim. Tito druzí, méně oblíbení prarodiče, nám vždy nutili jídlo, vyčítali nám, že málo jíme, třeba nám vynadávali za koukající žebra a tak, nám oběma to hodně vadilo, oni sami jsou tlustí a nám se to hnusilo už jako malým dětem. Oba rodiče mají úplně normální postavu. Já byla v té době v rodině vlastně nejtlustší no...

Co se výchovy týče tak u mě bylo asi nejčastější téma udržování pořádku a škola. Jinak mě nic zvláštního nenapadá. Výchova si myslím, že byla dobrá, našim mohu vytknout asi akorát to s tou sestrou a pak to, že s námi vůbec o sexu, menstruaci a takových věcech. To mi dnes hodně vadí.

Měl někdo z rodiny podobné problémy s mentální anorexií, bulimií nebo jiné jídelní návyky:

Ano, prý moje teta, tátova mladší sestra, měla anorexiu, i když nevím, jak vážné to bylo, vím, že tam ale nějaký problém byl. Dozvěděla jsem se to až po docela dlouhé době po tom, co jsem nemoc prodělala já. Prarodiče z máminy strany jsou obézní. Druzí prarodiče až úzkostlivě dbají na to, aby nejedli cholesterol, cukr, tuk... (prostě nebe a dudy), ale jinak asi nic.

Jak by ses popsala:

Umělec, to je moje výmluva na všechno.

Ne jako mám trochu problém se zodpovědností, důsledností, jsem takovej truhlík občas. Taková jsem byla vždy, postupně se v tom myslím zlepšuji. V dětství i v době onemocnění jsem hodně praktikovala denní snění. Dnes ani moc ne, ale mívám furt rozlítané myšlenky, mám problémy se soustředěním, týká se to všeho. Jsem nenáročná, nejsem taková ta ženská, co musí mít spoustu nových hadrů a tak, jsem hodně nekonfliktní, raději snesu křivdu, než se pohádat – hádat se totiž neumím, ten druhý mívá poslední slovo. Vždy jsem měla malou sebedůvěru, v tom se podle mě taky zlepšuji až poslední dobou. Ráda pomáhám druhým. Mám ráda děti, výtvarné umění a hudbu – víc než průměrní lidé – v tomto i produkuji a jsem v tom prostě aktivní. Studuji výtvarku a francouzštinu na PdF MU. V době nemoci jsem studovala gymnázium.

Mám více zdravotních problémů, už tehdy jsem navštěvovala lékaře více, než ostatní. Teď je to tedy ještě horší no...

Během nemoci bylo zvláštní to, že se náhle zcela změnila např. moje oblíbené barvy, obecně styl. Vždycky jsem nenáviděla růžovou a teď jsem jí vyhledávala. A taky jsem se strašně hnala po tom být opálená – lehávala jsem na sluníčku, což mi vždycky předtím přišlo hrozně hloupé, taky jsem si nechávala narůst vlasy, ačkoli jsem měla předtím krátké a potom taky.

Jak ses dostala k mentální anorexii :

Vzpomínám si na několik impulzů, které na vznik nemoci měly vliv:

- úplně první impulz, kdy jsem začala nad svou váhou uvažovat, byla poznámka maminky, že bych si měla trochu hlídat váhu. Bylo to, když jsem jí popisovala, že jsme se spolužačkou našly v samoobsluze, kam jsme chodili cestou na oběd si kupovat něco dobrého, nějakou dobrou levnou čokoládu a že si ji budeme pravidelně kupovat. Do té doby mě vůbec nenapadlo, že bych měla váhu nějak řešit...
- Pak to byla nárážka bratrance, že jsem tlustá (blbec mi to takhle přímo řekl),
- pak jsem vedla v tu dobu takovou taneční skupinu mladých holek u nás ve sboru, chtěla jsem vystupovat s nimi, ale ony byly mladé a štíhlé a já jak dospívala jsem byla rozdílná, chtěla jsem zhubnout, abych byla více jako ony a víc mezi ně zapadla. Víím, že jsem naopak ještě přibrála a jedna ta holčína mě na to upozornila, což bylo pro mě fakt hrozný.
- spolužák mi řekl, že jsem převyživená

- Občas jsme nakupovali oděvy v časopise Otto, byla tam velmi hubená modelka, strašně se mi to líbilo a já si předsevzala, že budu jako ona.

#### Průběh mentální anorexie:

Muselo mi být 15 let, plánovala jsem si koncem školního roku, že o prázdninách zhubnu. Vyhrabala jsem doma nějaké šaty, které se mi moc líbily, ale byly mi malé. Takže jsem si řekla, že zhubnu tak, aby mi byly. Slib jsem si dodržela, vypuklo to tedy v létě. Jela jsem na tábor, kde jsem byla tedy pryč od rodičů a jídlo jsem si kontrolovala sama. Tam jsem musela asi dost zhubnout, vím, že mi tam kamarádka říkala, lekla se, že mám hrozně hubený ruce a mě to tehdy udělalo hrozně dobře, jak mi to řekla i další poznámky od jiných později mi dělaly moc dobře, i když byly spíše překvapené a ne vždy zcela pozitivní. Na tom táboře jsem si strašně kontrolovala jídlo, třeba jsem měla jednu housku a z té jsem i plánovaně uždibovala během dne, do kafe jsem si nedávala ani cukr ani mléko, ale hodně jsem ho pila, protože jsem si myslela, že mi to zvyšuje metabolismus a taky jsem byla hrozně unavená, jak jsem neměla energii. Ačkoliv jsem byla úplně vyčerpaná, snažila jsem se tam vyvíjet co největší fyzickou aktivitu, ale energie nebyla, takže jsem se například ze soutěží nechávala schválně vyběít, abych si mohla odpočinout, když už jsem fakt nemohla. V létě taky měla babička kulatiny, když jsme to slavili na chalupě, tak jsem snad vůbec nic z těch dobrot neochutnala. Když jsem dostala jídlo, tak jsem ho tajně nasypala do talíře malým bratrancům, kteří byli ještě tak malí, že to nechápali a nikomu to tedy neměli potřebu říkat. Protože se nedalo dlouho maskovat, že nic nejím a proto, že jsem třeba chtěla nějaké věci ochutnat, začala jsem to dělat tak, že jsem jídlo nasyslila v puse a pak někde vyplivla, většinou na záchodě – později si kvůli tomu o mě mysleli, že chodím zvracet. Když jsem byla sama doma, tak jsem to dělala dokonce i tak, že jsem si připravila pořádnou nálož jídla, ale připravila jsem si vedle toho i misku, a jídlo jsem jen přežvýkala a pak vyplivla. Tenkrát jsem měla pocit, jak jsem děsně chytrá, že se vlastně o nic nepřipravím, všechno ochutnám, ale přitom nic nesním... Pokud jsem něco snědla, chtěla jsem to jíst o samotě, ne v rámci společného jídla, možná i pro to, ale taky kvůli tomu, aby mi nikdo nekecal do toho, kolik a čeho sním. Když jsem jedla dohromady s ostatními, tak jsem vyžadovala malý talíř, protože jsem někde slyšela, že pak má člověk pocit, že je toho víc. Měla jsem úplnou hrůzu ze smaženého, čehož jsem se trochu nezbavila dodnes, když někdo pro mě připravuje smažené jídlo, tak jsem z toho trochu nervózní, chci, aby to dal na ubrousek okapat a mám tendenci to jako víc kontrolovat, nevím proč, jinak totiž s tukem problém nemám, jsem schopná sníst i špek třeba, nebo si namazat máslo, prostě tohle je jediný, co mě doteď nějak cuká.

Zhubla jsem pod 40 kg, nevím, kolik jsem měla nejnižší váhu, protože jsem se po tom, co jsem měla 40 už ani nevážila, vím ale, že jsem ještě zhubla. A to během docela krátké doby, vlastně těch prázdnin, mimochodem ty šaty mi nikdy nebyly, protože když jsem si je pak zkusila, tak na mě visely. Nevím, kolik byla moje výchozí váha, byla jsem podle mě normální, možná trochu víc plnoštíhlá, mám 154cm výšku.

K průběhu nemoci je člověk jídlem úplně posedlý, jeho život se tím hrozně řídí. Neustále jsem myslela na to, jak se vyhnout tomu a tomu jídlu, jak to udělám tady na návštěvě, o víkendu, na výletě... Celý život se točil jen kolem toho jednoho. A jak se říká, že holky vidí v zrcadle něco jiného, než realitu, tak to je pravda, holka skutečně vidí něco jiného, já bych to skoro až nazvala halucinací. Zajímavé bylo, že jsem spolužačce, mé tehdy nej kamarádce, začala dělat svačiny, chtěla jsem, aby lidi kolem mě přibrali a já v porovnání s nimi byla tedy štíhlejší.

Také jsem schválně připouštěla, aby mi byla zima, protože jsem někde četla, že tím člověk pálí více energie.

Hodně jsem žvýkala žvýkačky, měla jsem pocit, že něco jím, trochu mi to pomáhalo na hlad. Také jsem hodně užívala antacida, měla jsem trochu problémy s příklopkou a hodně jsem toho zneužívala pro to, abych třeba říkala, že mi není dobře, nebo že musím mít dietu, jíst málo a tak.

Diety jsem myslím nikdy moc nezkoušela, já jsem prostě jen jedla hrozně málo a to hlavně zeleninu a takový věci, a pak možná už prakticky vůbec, už to bylo mimo mou kontrolu, jak jsem věci vyplivovala, tak už jsem ani nevěděla, jestli jsem za ten den něco snědla nebo ne, prostě jsem vše plivala.

Psala jsem si takový jakoby formulář, kde jsem si chtěla vyplňovat obvod pasu, stehén a dalších částí těla, měla jsem tam podrobně mít, co budu jíst, nebo co jsem snědla, kolik vážím... To jsem si takhle udělala a natiskla do zásoby, ale vím, že jsem to nakonec nevyplňovala – to ale spíš souvisí s mou povahou – nejsem moc důsledná.

Po nějaké době jsem se ale začala přejídat. Nedalo se to ovládnout. Chtěla jsem zvracet, ale to mi nešlo, mám trochu pomalejší dávivý reflex. Nikdy se mi nepodařilo zvracet. Proto jsem to zkoušela s projímadly, navzdory velkým křečím jsem byla ochotná to opakovat, i když jsem věděla, že budu hodně trpět. Přejídání bylo pak časté a já kvůli tomu měla velké deprese. Kvůli tomu přejídání jsem hrozně přibrala, měla jsem další prázdniny asi 65kg, hrozný...

Praktikovala jsem sebepoškozování, to ale myslím spíš až v té pozdější fázi. Nedokážu to přesně zařadit. Nejdřív jsem si dělala malé ranky na kolenou, představovala jsem si, že jsem zraněná a někdo mě lituje a musí se o mě starat –

v rámci denního snění to byly třeba i jako příběhy, ve kterých jsem figurovala jako nějaká chudinka prostě... Později jsem si dělala velké rány na ruku v oblasti loktů – nechtěla jsem se totiž ohrozit vykrvácením, sebevraždu jsem spáchat vyloženě nechtěla, ale prostě si jen udělat rány. Dělal mi dobře, když jsem krvácela, krev jsem mačkala a pak hodně slupovala strupy. Myšlenky na sebepoškozování mě občas napadají dodnes, když jsem v depresi, ale už jsem to od té doby nikdy neudělala, když nepočítám trochu neurotické ňoupání čela, pupínků a tak, má to asi víc lidí, já asi ve větší míře. Dělam to, když jsem nervózní, nebo někdy prostě nemůžu přestat, ale ten motiv je tam jiný, než tehdy, tehdy jsem chtěla být litovaná, v nynější době je to něco, co mě štve, je to spíš zlozvyk, ale nepovažuji to za úplně v pořádku. Depresemi, tedy skutečnými, vážnými, jsem trpěla zejména tento rok, bylo to ale podmíněno zcela určitě kortikosteroidy a dalšími léky, které beru, asi i onemocnění samotným . Vážně jsem uvažovala o antidepresivech, byla jsem zvláště kolem vánoc úplně v háji, po modlitbě kamarádky jsem ale v pohodě kvůli lékům jsem také hodně přibrala, myslela jsem na to, že na to, že jsem bývalá anorektička, tak to nijak neřeším a že je to dobrý. Trápilo mě to spíš kvůli divnému pocitu a náhlé změně těla a proporcí, ale to, že jsem tlustší, mi je jedno. Neřeším, ono se to spraví.

Jaké následek nemoci jsem trpěla vymizením menstruace – museli mi dávat dvakrát injekce aby mi to rozehnali, hodně mi vypadávaly vlasy – řešila jsem také u kožního, měla jsem ošklivou kůži.

Léčba u tebe probíhala jak:

Hned v začátku přejídání mě maminka vzala k psychiatrovi, už se to asi nedalo přehlédnout, že jsem nemocná. Psychiatr nejdříve delší dobu mluvil s maminkou za mé nepřítomnosti, pak se mnou. Zeptal se, jestli u vyšetření maminka může být, souhlasila jsem, ale pak jsem si říkala, že jsem to neměla dělat, ale stejně to ničemu nevadilo. Ptal se mě na zdánlivě nepodstatné věci, třeba co čtu – tehdy jsem začala číst dětské pohádky. Na další otázky si nepamatuji. Mé vyšetření netrvalo dlouho, nicméně on z toho poznal, že trpím anorexií. Mamka mě cestou od něho vzala do restaurace, já si dala salát a celý ho snědla, před mamkou sem se chválila, jak hezky jím (což normálně dělají maximálně malinké děti, že jo), ona říkala, že je moc ráda. Já jsem tehdy ale netušila, že jsem byla vlastně u psychiatra a že jsem tam byla kvůli tomu jídlu. Já tehdy o anorexií věděla a ani mě nenapadlo, že bych ji mohla mít. Ona mě tam vzala, právě když jsem začala jíst, bylo to možná jen den na to, takže jsem v té restauraci jedla. Ty deprese začaly pak. Nějak jsem potom začala jezdit k dětské psychiatrice do Kolína. Ta mi nasadila antidepresiva.

Co ti nejvíce pomohlo v léčbě mentální anorexie, co ti naopak nepomáhalo a co si myslíš, že by ti pomohlo:

Co mě podpořilo v nemoci byla poznámka jedné paní, o které dnes vím, že není psychicky zdravá - v době, kdy jsem byla vychrtlá, mi řekla, že mi to moc sluší... K léčbě mi paradoxně pomohla ta bulimie. Zvracet mi nešlo, takže jsem zákonitě přibírala, ale stejně tak, jak rychle jsem hubla, tak jsem i rychle přibírala, takže jsem pak zase měla nadváhu, ta antidepresiva byla fakt potřeba.

Tehdy jsem začala chodit s mým nynějším manželem, on mě měl fakt rád a snažil se mi pomoci. Já jsem pak nějak sama od sebe vysadila ta antidepresiva, on mi později řekl, že to bylo na mě hrozně znát, já si to tehdy vůbec neuvědomovala. Myslím, že mi hodně pomohl on, zejména pro to, že jsem se mu líbila a často mi to říkal. Jinak si ale nepamatuji na nějaké zásadní snahy od jiných lidí mi pomoci, ono to ani moc nejde. Možná to dělali tak, že jsem si to ani neuvědomovala. Myslím si taky, že se za mě museli lidé hodně modlit, přijde mi totiž zvláštní, že jsem se z toho dostala poměrně rychle a jsem přesvědčená, že už se mi to nikdy nevrátí, i díky tomu, že jsem teď během kortikoterapie v pohodě, že mi nevadí že jsem podstatně tlustší, než normálně. Moje normální váha před léčbou byla zhruba 53kg, přibrala jsem během prázdnin 10kg, zatím jsem z toho shodila asi 4 bez nějaké mé snahy, po snížení dávek.

Nevím, co by mi pomohlo. Už více lidí se na mě obracelo, že jejich kamarádka, nebo známá, má anorexii a co bych poradila. Upřímně – nevím. Mám pocit, že není možné dotyčného přesvědčit o jiné pravdě, než kterou má on sám. Nevím, co bych mu řekla, aby ho to přimělo se nad tím nějak zamyslet, ten člověk je vygumovaný, nedá se s ním mluvit jako se zdravým, nějaké promlouvání do duše je podle mě k ničemu, ten člověk neví, že je s ním něco v nepořádku, aspoň tedy ze začátku ne. Nechápe, co ostatní řeší. Má pocit, že je to normální. A pokud už třeba na něco přitaká, tak si stejně asi myslí svoje a plánuje jen další a další hubnutí. Osobně se domnívám, že pokud má někdo anorexii, ze které se nedaří jej dostat ambulantní léčbou, nepomůže nic jiného, než zavřít na psychiatrii a cpát do něho léky i jídlo násilím. Zní to brutálně, ale prostě si nemyslím, že přesvědčování něco zmůže. Možná kdyby se s dotyčným neřešilo jídlo a hubnutí, ale jádro problému, aniž by se v rozhovoru na jídlo upozorňovalo, tak možná, ale když už do toho opravdu spadne, tak ta fobie z přibrání a z jídla je silnější než cokoliv.

Možná by mi pomohlo, kdyby mi tehdy někdo více vysvětlil, že když holka dospívá, ta bude mít silnější boky, budou jí růst prsa a prostě bude vypadat

jinak, než jako dítě. Nedávno jsem mluvila s holčinou, co chtěla zkoušet projímadla, protože chtěla hubnout, toto jsem jí právě vysvětlovala, že se mění v ženu a že je to normální a žádoucí a moc jí to pomohlo a potěšilo, ale tady ještě nebyla rozjetá nějaká patologie. Myslím, že vzhledem k nulové sexuální výchově a i třeba k těm holkám, co jsem je učila tančovat, byl u mě i trochu šok a strach z ženských křivek. Asi jo, vím, že mi rostly prsa třeba dřív než ostatním holkám a já jsem z toho byla nešťastná, schválně jsem se kvůli tomu hrbila, aby to nebylo vidět, styděla jsem se za to, až úzkostlivě. Myslím, že to s tím taky bude souviset.

## **Příloha č.4:**

**Veronika L., 27 let**

Když mi bylo 6 let a nastupovala jsem na základní školu tak se mí rodiče se zrovna rozváděli. Dodnes si myslím, že mě to nijak negativně neovlivnilo, ale moje lékařka to uvedla jako první možnost, proč jsem sklouzla k anorexii. Byla jsem viditelně kulatější než ostatní holky, ale moc mi to nevadilo. S nástupem do puberty, tehdy se začaly ozývat první narážky na mou postavu. Jenže ještě i v té době mi to bylo jedno. Zlom nastal ve chvíli, kdy jsem začala mít problémy s otcem. Měl o mě a mé postavě jiné představy a přišlo mi, že se za mě stydí. Neustále jsem poslouchala, jak všechno sní, když se přede mě něco dá, jak bych se už měla přestat přejídat a začít se sebou něco dělat.

Zhruba v osmé třídě a jsem začínala se koukat po chlapcích. Jenže oni ze mě měli jen legraci. Neustále jsem poslouchala tiché chichotání a pomlouvání, jak se na mě všechno „klepe“. Nevěděla jsem co mám dělat, a tak jsem si řekla, že bych mohla zkusit nějakou dietu. Začala jsem se tedy omezovat. Ze začátku jsem se snažila nejíst sladké, kterého jsem do té doby spořádala šílená kvanta. Nejprve to bylo těžké, ale časem jsem si zvykla.

Neustále jsem hledala nějakou činnost, která by mě zaměstnala a abych nemusela myslet na to, že mám na něco chuť.

Takhle to šlo celý rok, váha začala klesat. Během půl roku jsem zhubla asi na 60 kilo a bylo to už opravdu znát. V tu dobu jsem se snažila ještě normálně jíst s tím, že jsem si dávala menší porce a jedla jen do pěti hodin odpoledne.

Moje mamka zatím nic netušila, myslela si, že jen prostě hubnu. Měla jsem před tanečnima a také nástupem na novou školu, a tak jsem tvrdila, že chci zhubnout. Bála jsem se, že v tanečních se mnou nebude chtít nikdo tančit a na nové škole se se mnou nebude chtít nikdo bavit.

Postupem času jsem jídlo začala omezovat tak, že jsem byla schopná sníst za celý den třeba jen jablko a jeden rohlík, ale nepřišlo mi to divné.

Den se neustále točil kolem jídla, věděla jsem o všem co jsem snědla. Věděla jsem také kolik kilokalorií obsahují jídla, které jím, proto jsem si kupovala vše nízkotučné. Když jsem snědla něco, co jsem jíst nechtěla, o to víc jsem pak večer cvičila.

Po pár měsících, co mi váha klesla na 58kilo, to už matka nevydržela a šla se zeptat odborníka, co se se mnou děje? Každý den se matka vracela do uklizeného domu, kde byla pro všechny připravená nějaká večeře. Celé dny jsem byla zavřená doma, buď jsem se učila nebo četla, ale ven nechodila. Necítila jsem se tak úplně hubená, aby se mohla ukazovat.



Paní doktorka řekla mé matce, že jsou to jedny z prvních příznaků mentální anorexie a ať mě k ní pošle. Jenže jedinou mou starostí byl vzhled a váha, takže jsem od žádného doktora pomoci nechtěla.

Byla jsem schopná večer udělat třeba 200 sedů a lehů, 50 dřepů a ještě si na jednom přístroji tvarovat tak 15 minut pas. A stále jsem si připadala krásná. Splnil se mi tím sen, mohla jsem si obléknout, co jsem chtěla, bylo mi všechno. Těšilo mě, jak na mě všichni koukají. Táta na mě byl pyšný, ale zároveň si nechtěl připustit, že mám problém. Jenže pak mi došlo, že na mě lidé nekoukají proto, jak zhubla, ale jak vypadám nemocně, jak moc už jsem vyhublá.

Asi po 7 měsících omezování jsem ztratila menstruaci, proto mě matka vzala na dětskou gynekologii, kde mi museli v 15 letech nasadit antikoncepci a uměle mi tím menstruaci vyvolat. Dojížděla jsem tam na pravidelné kontroly, které zahrnovali i vyšetření tlaku, krve a vážení. Po každé návštěvě jsem měla méně kilo. Gynekoložka si uvědomila že už to opravdu není normální.

Takhle to šlo pár měsíců. Když už moje váha klesala stále víc a podobala jsem se „chodící kostře“, došlo mi, že se moje omezování nějak vymklo. Proto jsem se rozhodla, že asi už potřebuji pomoc.

Nebylo to lehké. Nastoupila jsem k doktorce v rodném městě, které je velmi malé a skoro všichni se znají. Proto ihned všichni věděli, že tam chodím.

První návštěva byla taková seznamovací. Sice jsem začala pravidelně docházet k doktorce, ale stále jsem vyhublost nebrala jako problém. Spaní doktorkou jsme se dohodly, že si začnu psát jídelníček a také že se budu snažit naučit jíst pravidelně pětkrát denně.

Ale vymýšlet jídelníček 5xdenně mi přišlo omezující, proto jsem se dostala do stádia, kdy jsem jídelníček vymýšlela hodinu před další návštěvou. Paní doktorka mi tolerovala k večeři malá a lehká jídla, proto jsem jedla jen jogurty a někdy také nic, ale to už nevěděla. A tak při každé další návštěvě moje váha stále klesala a paní doktorka tomu nerozuměla vzhledem k bezchybnému jídelníčku.

Najednou skončila základní školu a nastupovala jsem na střední. Kamarádů jsem si tam našla samozřejmě dost, ale určitě to nebylo mou váhou. Asi po roce chození na střední si vzhledu začali všimnout i vyučující. Proto to se mnou konzultovala i výchovná poradkyně tehdejší střední školy. Vzhledem k tomu, že jsem již chodila k psychiatrice, myslela si, že je vše pořádku. Asi po půl roce, co jsem navštěvovala jednou týdně paní doktorku, se váha dostala na 51kg a ještě jsem vyrostla na 175cm. Prodělala jsem testy na stavbu těla jelikož jsem vypadala, jak když vážím tak 40kg. Výsledky ukázaly, že mám o trochu větší stavbu těla než ženy mají a moje kosti jsou proto těžší.

Tím se vysvětlilo 51kg. Podle výsledků, které mi sdělila paní doktorka a vysvětlila mi, že má váha na mnou výšku podle tabulek má být asi 63kg, oznámila, že jestli se to do příští návštěvy nezlepší, půjdu se léčit do nemocnice.

Po téhle zprávě mi teprve došlo, že už si opravdu zahrávám a taky jsem se bála jít do nemocnice. Věděla jsem z médií a hlavně knížek jak se takové holky chovají a bála jsem se toho. Když jsem řekla matce co doktorka řekla, zareagovala hrozně hezky. řekla, že se radši všeho vzdá a bude se mnou doma se o mě starat než abych šla do nemocnice. Tehdy mi došlo, že mé chování vůči ní a vůči mým blízkým je hrozné. Začala jsem se snažit trochu víc jíst, abych nabrala nějaká kila.

V tom přišel další problém, chtěla jsem přibrat, ale moc jmi to nešlo a bála jsem se, že když začnu jíst „normálně“ opět přiberu a budu tlustá. Trvalo mi asi tři měsíce než jsem přibrala alespoň dvě kila. A nevyčítala si to.

Mezitím paní doktorka zkoušela, co se dalo, různá cvičení, písemné testy, četla literaturu, psala si deník a prodělala hypnózu.

Když jsem nastupovala do druhého ročníku na střední škole, moje váha se pohybovala kolem 53 až 54 kilo. Moc rychle nabírat na váze mi nešlo, hluboko v podvědomí jsem se tomu stále bránila. Tělo to chtělo, ale mysl ne. Byla jsem se sebou spokojená, stále jsem se líbila chlapcům, cítila se sebevědomě a velice dobře. Docházela jsem k paní doktorce, ale už ne každý týden, ale tak jednou za tři týdny.

Sezení u doktorky bylo o vzájemném sdělování informací. Povídala jsem, jak se mám, co mi dělá největší problém, co jím atd. A ona mi vysvětlovala a dávala návrhy, jak mám vše asi řešit. V sedmnácti se moje váha pohybovala neustále kolem 54kg.

V tu dobu mi ale do života vstoupil první přítel, kterého zmiňuji, jelikož on mi hodně pomohl. Dokázal mi říct, jak hrozně vypadám a že bych se sebou měla něco dělat. Tak jsem se začala se snažit ještě trochu víc. Do čtvrtého ročníku jsem už nastupovala asi s 57 kilogramy.

Dělala jsem maturitu a začala být se sebou opravdu spokojená, váha již byla regulovatelná. Mohla jsem přibrat ještě víc, ale 57kg mi vyhovovalo. Stále jsem věděla, co za den sním a v hlavně je to dodnes. Neustále se kontroluji, snažím se jíst méně a také se stále bojím, že když budu jíst hodně, že budu zase tlustá, jako jsem bývala. Psychiatrička mi vysvětlila, že lidé s touto nemocí, mají psychiku postiženou již do konce života. Už se toho nikdy nezbaví a jediné, co můžu dělat, je zkusit na to nemyslet. Zatím mi to docela jde, ale někdy se

sama přistihnu, jak přemýšlím, zda nejsem tlustá a jestli bych se neměla zase trochu omezit.

Nyní mám tři roky s přítelem a přestala jsem se své váze věnovat. Nevážím se každý den a nekoukám na své břicho do zrcadla. Začala jsem konečně normálně žít svůj život.

Faktory, které ovlivňovali mě a mé okolí:

Sociální:

V době kdy, jsem trpěla mentální anorexií pro mě byla společnost „tabu“. Tedy aspoň ze začátku, než jsem byla se svou postavou spokojená a docílila toho, čeho jsem chtěla. Lidé na vás koukají jako na nemocného a nemohoucího člověka. Ostatní odsuzují váš vzhled jako něco strašného. Stranila jsem se společnosti. Sice jsem byla středem pozornosti, ale ne v pozitivním slova smyslu. Všichni se za vámi otáčejí a baví se o vašem vzhledu. Tím sebevědomí strašně klesá. Ztratila jsem spoustu kamarádů, kteří nechápali, jak se cítím a co prožívám. Jelikož mou jedinou starostí byla moje váha a vzhled, nebyla jsem schopná o ničem jiném bavit. Nikdo se pak o tom už nechtěl bavit. Potřebovala jsem slyšet, jak jsem hubená, jak mi to sluší, ale většinou se o to už pak nikdo nezajímal. Doktoři se snaží pomoci, ale jediné východisko viděli v hospitalizaci. První pomocí psychiatricky bylo, že mi chtěla nasadit léky, ale to jsem striktně odmítla. Nechtěla jsem od patnácti brát návykové léky a mít je až do konce života. Pro mou rodinu to nebylo lehké, jelikož známí a přátelé mou nemoc dávali za vinu rodičům a to pak všichni špatně nesli. Pro společnost je toto onemocnění nepochopitelné, ale hlavně odpudivé, přitom to může být kdokoliv z nás, koho to může potkat.

Fyzické:

Měla jsem neustálé problémy s prokrvováním horních a dolních končetin, proto mi byla neustále zima. Můj imunitní systém byl tak oslaben, že jsem pořád trpěla nějakým virovým onemocněním, které poté často přecházelo do těžších onemocnění. Ztratila jsem menstruaci a od 15 let brala antikoncepci. Do 20 let jsem nevěděla zda mám normální cyklus menstruace.

Při každé větší námaze jsem se cítila hrozně unavená.

Měla jsem velmi nízký tlak, který mi zapříčiňoval malátné stavy, které pak vedly až k omdlívání.

Psychické:

Mé psychické problémy byly tou nejobtížnější stránkou tohoto onemocnění. Psychiatr požadoval, abych si psala deník, ve kterém budu popisovat svoje

pocity. Měla jsem strašné výkyvy nálad. Jednu hodinu jsem byla milá a druhou nesnášela celý svět. Jde to špatně popsat. Nejhorší jsem se chovala asi ke své rodině, byla zlá, nepříjemná, s nikým se nebavila, chtěla jsem si to vyřešit sama, ale na to jsem neměla. Skrývala jsem se za tu nemoc. Ztratila nervy. Každý úkol byl pro mě strašně těžký, neustále jsem to řešila pláčem. Psychicky jsem se dostala na úplné dno, kdy jsem přemýšlela, zda takový život má vůbec ještě cenu. Postupem času to došlo až do takového stadia, že jsem se přestala umět bavit. Na všechny přenášela negativní náladu a sama trpěla depresemi. Je těžké vyjádřit všechny pocity, ale s odstupem času si to nemocní umí přiznat.

## **Příloha č.5:**

**Michaela S., 26 let**

Jaká je tvá rodina:

Matka a otec mají příkladný vzájemný vztah, oba jsou křesťané, matka o tom mluví hodně, otec ani ne. Jedná se o otcovo druhé manželství. Z prvního manželství má jednu dceru, která žije od malička v zahraničí (její matka ji tam odvezla) a s rodinou nás jezdí navštěvovat každý rok. Z dětí naší současné stabilní rodiny jsem prvorozená, mám mladší sestru a nejmladšího bratra.

Za zmínku stojí, že jsem si jako dítě přála být chlapcem – a do určitého věku jsem tuto roli tak trochu hrála – měli jsme s tátou podobné zájmy, líbil se mi jeho „svět“. Když jsem se začala měnit v ženu, bylo to pro mě kritické – roli převzal můj bratr. Ptala jsem se sebe „Kdo jsem?“ a „Jaké je mé místo?“ nebo „Co mám dělat, abych někým byla?“

S matkou jsem měla emocionálně poměrně hodně propojený vztah. Je starostlivá a z nějakého důvodu (snad kvůli mé povaze?) mě kontrolovala více než mé sourozence (toto je konstatování člověka stojícího mimo naši rodinu), mluvila často za mě, jako bych byla stále ještě její součástí. Někdy mi to nebylo vůbec příjemné, jindy jako bych chtěla být ještě pořád tím jejím dítětem.

Vzpomínám si, že mě maminka někdy srovnávala s mými sourozenci nebo dětmi ze sousedství (naše chování a přístup ke škole nebo slušnost k rodičům atd.).

U nás byl demokratický styl výchovy. Rodiče uplatňují spíše dělbu práce podle rolí (muži a ženy ... s tím, že já jsem zasahovala do obou oblastí). Vedli nás k tomu, abychom uměli pomáhat jak doma (tzn. v domácnosti, u zvířat, na zahradě), tak druhým lidem (nezištná pomoc známým, příbuzným, sousedům), abychom si uměli poradit, byli poctiví a slušní, abychom také dělali, co nás baví (životní zaměření) a přitom plnili své nutné povinnosti ... a nebyli v jídle vybíraví :)

Měl někdo z rodiny podobné problémy s mentální anorexií, bulimií nebo jiné jídelní návyky:

Ano, moje prateta z otcovy strany měla kdysi něco jako mentální anorexii, ale tehdy se to nediodnostikovalo.

Jak by ses popsala:

Jsem afiliativní, sociabilní, ale zároveň individualista, asi průměrně sociálně angažovaná v zájmu o lidi a o všechno živé, otevřená, komunikativní, nekonfliktní, vytrvalá, často až příliš zodpovědná, přísná na sebe a potažmo

i na ostatní, sama sebe prosazuji v různé míře – podle situace a druhu kolektivu, umím si užívat samotu, ale velmi ráda spolupracuji s druhými, nesoutěživá, iniciativní, spíše nepřesná, emocionálně se snáze vyčerpám, jsem váhavá až nerozhodná, afektovaná – ale negativní afekty mám hodně potlačené... Potřebuji, aby mi život a to, co dělám, dávalo smysl. Často hledám pocit své hodnoty v tom, co dělám a vím o tom, že to je správné ... a také v tom, že mě druzí akceptují.

Jak u tebe probíhala mentální anorexie:

Mentální anorexie se postupně vynořila, asi rok se nevědělo, co to vlastně je zač – bylo to možná trošku netypické svými projevy atd.

Ideál krásy u mě asi nehrál hlavní roli, MA byl způsob, jak být déle dítětem, jak nepřijmout přeměnu v dospělou ženu, také způsob, jak mít sebe i druhé pod kontrolou, jak na sebe upoutat pozornost (třebaže negativní pozornost), byl to nástroj, jak sebe sama trestat za svou nedostatečnost.

Neexperimentovala jsem, spíše jsem se napřed upracovala, vyvíjela jsem hodně fyzické aktivity, později jsem teprve omezovala jídlo, protože když jsem si dodala energii a nemohla ji vybit, cítila jsem neklid a napětí v celém těle – někdy to vedlo až ke vnitřní panice, nervozitě.

Když jsem už věděla, co se to se mnou děje, začala jsem se do té role „stylizovat“ – jako by mi teprve někdo řekl know-how: začala jsem jíst jídla méně kalorická a řadu potravin vynechávat. Bylo to efektivnější (ovlivňovala jsem tím svou hmotnost) a zároveň toto mé chování vyvolalo určitou závislost – byla jsem „svázaná“ a už ani nemohla jinak. Záviděla jsem tajně druhým, že v jídle mají takovou svobodu, ale navenek jsem si do nich rýpala.

Osvojila jsem si specifické jídelní projevy: dělila jsem často jídlo na menší kousky – zejména pečivo jsem ráda různě vydlabávala nebo loupala. Vytáhla jsem svůj příbor z dětství – malý a roztomilý. Jídávala jsem i kávovou lžičkou a z menších misek. Zmenšené nádoby mám v oblibě dodnes, ale musím si pak přidávat :)

Hodně jsem pila a jedla mokrá jídla – to ale už od dětství. Hlad jsem zapíjela. Pila jsem hodně horké čaje, jedla horké polévky – skoro denně jsem si opařila patro, až se mi sloupalo. Nejvíce jsem měla v oblibě vše, co se podobalo kašičkám nebo mléku (jogurty, kefír, mléko, nebo rozteklou zmrzlinu – klidně i ½ litru...). Přirovnávám to k dětskému jídelníčku...

Jedla jsem až tehdy, když jsem měla opravdu hlad, dříve ani drobek.

Menstruaci jsem neměla, tu jsem zaznamenala párkrát v 15ti letech, pak už ne. Měla jsem málo estrogenů.

Zaznamenala jsem úbytek svaloviny, na pohled jsem vypadala jako chlapec, lidi si mě prohlíželi v autobuse, občas jsem slyšela, jak se ptají, jestli jsem ona nebo on... Zhoršila se mi kvalita vlasů, z poloviny vypadaly, bolívaly mě klouby,

zuby. Klesla má výkonnost, jak fyzická, tak mentální (šlo mi špatně učení), byla jsem labilní, podrážděná, vztahovačná, všechno jsem si více brala.

Trpěla jsem nespavostí – vyhladovělé tělo bylo v pohotovosti a chtělo jíst, ne spát.

Podle lékařské zprávy mé orgány částečně i zcela selhávaly (játra, ledviny, ženské orgány atd.), krevní obraz byl špatný.

Moc jsem se o sebe nestarala, nevážila jsem si sebe. Nerada jsem se myla, nekrémovala jsem si suchou kůži, nechtěla jsem střídat oblečení.

Můj vztah k opačnému pohlaví byl po ty cca 4 roky naprosto neutrální – dětský, přátelský, byla jsem jakoby bezpohlavní. Změnilo se to až tak v 21 letech, když mé tělo zase začalo fungovat.

Nepravidelně jsem užívala slabá antidepresiva.

Léčba u tebe probíhala jak, co ti nejvíce pomohlo v léčbě a co naopak ne: V 17 letech jsem přešla od dětské lékařky, která stále řešila mou nízkou hladinu estrogenů, k lékařce pro dospělé. Ta okamžitě začala jednat – měl podezření a zlobila se na dětskou, že to nepodchytila.

Pár dní jsem strávila v nemocnici kvůli nehojícímu se pokousání psem (rány se mi nehojily). Při té příležitosti provedli také různá vyšetření.

Byla jsem vždy na pár dní hospitalizována na jednom oddělení psychiatrie, ale bylo to neúčinné – jen mě kontrolovali váhu, nikdo se mi nevěnoval (jednou za 14 dní jsem měla sezení s psychologem, kterého později, jak jsem se dověděla, vyhodili), nevěděli, co se mnou.

Další hospitalizace byla v FN v Plzni: 3 měsíce pobytu, 4 propustky na víkend, pevný režim, psaní jídelníčku, nucené pití tekuté výživy (později sondou skrze nos do žaludku). Po fyzické stránce jsem se zlepšila, po 3 měsících mě tedy propustili. Nejvíce mi byla povzbuzením slečna, která byla na oddělení spolu se mnou asi 2 týdny – boj s nemocí už vyhrála a byla mi příkladem.

Maturitní ročník byl náročný a moje myšlení nebylo uzdraveno úplně, proto tělo opět sklouzávalo tam, kde bylo rok před tím. Akorát deprese byly silnější, mé zoufalství nesnesitelnější.

Modlili se za mě mnozí, to mě motivovalo, ale zároveň jsem cítila vinu.

Mluvil se mnou jeden starší kazatel – řekl, že moje nemoc se jmenuje „sebenepřijetí“, že to je hřích vůči sobě sama – že tím trápím Boží srdce. Hodně jsem o tom přemýšlela. Pochopila jsem, že se chovám nevděčně za to, co mám, že ničím Boží dílo atd.

Jednoho dne jsem se sesypala – bez síly smát se nebo plakat, jsem si přála zemřít nebo začít žít (záviděla jsem druhým „normální život“).

Až rozhodnutí z mé vlastní vůle (ne z donucení druhými) změnit své jednání k sobě a k okolí, až mé pokoření se a uznání své chyby bylo začátkem cesty zpět k životu.

Následovala hospitalizace v FN Motol na metabolické jednotce na kapačkách s umělou výživou v kombinaci s výživou normální. Kladli důraz na to, abych jedla normálně, ne výživné tekutiny, ne sondou. Bojovala jsem, abych to vězení (upoutání k posteli) opustila co nejdříve, měla jsem intenzivní prožitky Boží blízkosti, byla jsem otevřená změně celé mé bytosti. Po 9 dlouhých dnech jsem byla propuštěna k doléčení - opět do Plzně. Tam jsem pobyla jen krátce – změna v myšlení byla pro lékaře tak evidentní, že mi důvěřovali. Jela jsem na propustku na tábor – tam se za mě modlili další a já stále bojovala. Po návratu mi oznámili, že mohu jít – do ambulantní péče. Ta mi nepomáhala – s panem psychiatrem jsme si „nepadli do oka“ a já měla větší podporu v lidech z církve. Tvrdohlavě jsem vysadila antidepresiva – vše proběhlo bez potíží. To pana psychiatra naštvalo – rozešla jsem se s ambulantní léčbou úplně. Asi po roce jsem mohla říci, že nejhorší je za mnou. Některé příznaky a následky jsem však pozorovala asi ještě další 2-3 roky.

Nejvíce mi pomohlo vědomí přijetí u druhých (pak jsem se učila přijmout sebe), to, že se za mě mnozí modlili a projevíli hlubší zájem.

V roli toho, kdo „udílí“ ženství zasploval v prvním roce po mém uzdravení můj děda – řekl, že jak se tak na mou proměnu dívá, tak být o 40 let mladší a nemít babičku, byl by se se mnou hned oženil – a objal mě. Dodal hodnotu tomu, v čem jsem hodnotu do té doby nenacházela. Jsem mu za to vděčná, i když jemu trvalo ještě dlouho, než mi odpustil utrpení, jaké jsem způsobila svým rodičům. Důležité pro mě bylo, aby mě stále někdo nekontroloval, ale naopak, svěřil mi kompetence, nepoučoval, dal důvěru v to, že to zvládnu, povzbudil mě, přenechal odpovědnost za můj život – to mě vytrhávalo z role dítěte a zároveň posilovalo mé nové sebepojetí.



## Příloha č.6:

### Příklady organizací zabývajících se mentální anorexií:

Občanské sdružení Anabell:

**OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL**

BRNO PRAHA Kladno Zlín Ostrava Plzeň Vyhledat...

**Úvodem**

Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002 a nabízí pomoc a podporu osobám, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy hledat a nalézat východiska k řešení problémů, spojených s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním.

V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell - v Brně (sídlo organizace), v Praze (včetně služeb pro obyvatele Středočeského kraje), Ostravě a ve Zlíně.

Na těchto webových stránkách je naší snahou poskytovat osobám s poruchami příjmu potravy (tedy s nemocemi jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovitě přejídání), jejich rodičům i životním partnerům informace o tomto onemocnění. Navazujeme kontakty s předními odborníky v České republice i v zahraničí a uslujujeme o maximální vzájemnou komunikaci. Snažíme se prověřit všechny zde zveřejňované údaje, přesto nelze zaručit jejich stoprocentní úplnost a správnost.

Naše stránky v žádném případě nemají v úmyslu odradit vás od návštěvy lékaře, nepodněcují k vlastnímu léčení a nenahrazují odbornou radu lékaře. Neručíme za újmy, úrazy a poškození, které by mohly vzniknout buď přímo nebo nepřímo nesprávným použitím informací, které uvádíme.

**Nutriční poradna v Brně**

Napište si pro bližší informace o nabídkách  
**Nutriční poradny v Brně**

**PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE PRO ŠKOLY**  
více informací...

**NEJVĚTŠÍ nabídka literatury o poruchách příjmu potravy v České Republice**  
klikněte si pro letáček...

**DMS jednorázově**  
Odešlete dárcovskou SMS ve tvaru DMS ANABELL na telefonní číslo 87 777. Cena DMS je 30 Kč, ANABELL obdrží 27 Kč.

**DMS Roční podpora**

**Novinky**

Budeme rádi, podpoříte-li naši činnost formou finanční pomoci nebo kontaktem na sponzora – bližší informace na [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz).

Děkujeme také za podporu formou DMS ve tvaru **DMS ROK ANABELL** na číslo 87 777. Více info [www.darcovskasms.cz](http://www.darcovskasms.cz).

**Budeme rádi za sdílení této**

**DISKUZNÍ FÓRUM** NOVINKA

**Linka Anabell**

Portál Ideálně:

**ANOREXIE** | **BULIMIE** | **PŘEJÍDÁNÍ** | **PRŮVODCE** | **O NÁS**

# idealni.cz

Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí

Mám problém s jídlem? | Můžu se dovědět víc? | Můžu se poradit? | Kde najdu pomoc?

Čtvrtek 25. dubna 2013, svátek má Marek, zítra Oto

---

## Mentální anorexie, bulimie psychogenní přejídání

---

### Nabídka vícerodinné terapie

Zájemce o léčbu poruch příjmu potravy zveme na další cyklus vícerodinné terapie, která je odborníky považována za neúčinnější metodu léčby poruch příjmu potravy. Léčba je určena pro rodiny (úplné i neúplné), v nichž některý z členů trpí poruchou příjmu potravy. Celý cyklus trvá 10 týdnů, během nichž se vybrané rodiny zúčastní 4 dvoudenních a dvou jednodenních setkání. Cyklus bude zahájen 11. dubna 2013. Více informací a přihlášky na tel. číslo 775 095 461 nebo e-mailu tomanova@tiscali.cz (Mgr. Jana Tomanová, PhD.) Zájemci najdou více informací zde, podrobnosti k metodě v tomto článku.

---

### Naše služby

#### O stravování

 Zde najdete novou rubriku o stravování - základní doporučení, odhadování porcí, příklady jídelníčku, co dělat při podvaze či přejídání.

---

### Vědět víc

#### Naše videocentrum

 Video info - podívejte se na videa o poruchách příjmu potravy a souvisejícími psychickými potížemi - v češtině i angličtině

---

### Anketa

#### Jak se vám líbí novinky v diskuzním fóru?

 Zajímá nás váš názor. Pokud máte chuť, vyberte některou z níže nabízených odpovědí.

- Rozhodně změny k lepšímu
- Nic moc
- Původní verze byla lepší

Odeslat

Jak hlasovali druzí | Archiv anket

---

### Článek

#### Chybné počítání kalorií

Je třeba uznat, že pokud se počítání kalorií provádí, je tento výpočet

---

### Nabídka

- domů
- první info
- články
- o terapii
- kontakty
- jídelníček
- knihy
- video
- můj příběh
- pokec
- testy
- akce
- ke stažení
- odkazy
- vědět víc
- zábava

---

### Vyhledávání

Hledat

Google™  
Vlastní vyhledávání

---

### Podporujeme




ČTYŘLÍSTEK DOBRÉHO PSYCHOLOGA

---

### Mluvíme anglicky


Select English version of this site

 Set Up

---


### Nastavte si

Zde si můžete nastavit tento portál jako

-  oblíbený
-  domovský

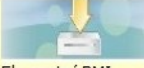
---

### Nepřehlédněte



Spolupracujeme s mezinárodním projektem primární prevence ProYouth

Vstupte



Elegantní BMI kalkulačka s normami pro dětský věk vám pomůže odhadnout jak jste na tom s váhou

Ke stažení

Publikace O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery

Ke stažení

## Centrum pro poruchy příjmu potravy:



1. lékařská fakulta  
Univerzita Karlova v Praze

## Psychiatrická klinika

### 1. LF UK a VFN

» [Vítejte!](#)

» [Aktuality](#)

» [Historie](#)

» [Organizační struktura](#)

» [Semináře](#)

» [Výuka](#)

» [Postgraduální studium](#)

» [Výzkum](#)

» [Léčebná péče](#)

» [Oddělení](#)

» [Denní stacionáře](#)

» [Ambulance](#)

» [Centra](#)

» [Klinická psychologie](#)

» [Rehabilitace](#)

» [Sociální pracovníci](#)

» [Laboratoře](#)

» [Lidé - osobní stránky](#)

» [Odkazy](#)

» [Vondráčkův nadační fond](#)

» [Spolupráce se svépomocnými](#)

[Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy](#)

zřisar 20.12.2010

### Centrum pro poruchy příjmu potravy

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2

Poruchy příjmu potravy patří mezi dlouhodobá a závažná onemocnění, která však lze úspěšně léčit. Mezi základní podmínky úspěchu v léčbě patří motivace k řešení problémů vztahujících se k narušenému příjmu potravy, ale i ostatním životním oblastem. Naše zařízení nabízí tři formy péče:

#### 1. Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy

Oddělení bylo založeno v roce 1983 na základě zkušeností Jednotky pro poruchy příjmu potravy v Belgii. Pro úspěšný pobyt byla vždy důležitá spolupráce s terapeutickým týmem a přijetí léčebného programu oddělení. Léčba nabízí možnost dostat jídelní obtíže pod kontrolu, naučit se přiměřeně jíst a začít řešit i ostatní životní problémy. I když zvládnutí jednotlivých léčebných kroků není vždy snadné, na jejich dosažení pacienti pracují postupně s profesionální podporou profesionálního týmu. Ten zaručuje profesionální přístup, založený na odborné erudici a respektu k individuálním potřebám a potížím pacientů.

- Jedná se o lůžkové zařízení, na kterém jsou pacienti hospitalizováni 6-8 týdnů.
- Před nástupem k hospitalizaci doporučujeme, aby ambulantní psychiatr zaslal do centra doporučení, které by mělo obsahovat: adresu bydliště nemocného, telefonický kontakt, základní osobní a anamnestické údaje, průběh nynějšího onemocnění a případnou další psychiatrickou či somatickou diagnózu.
- Došlé doporučení naše sociální pracovníci zařazují (po diskusi terapeutického a lékařského týmu o naléhavosti přijetí), do pořadníku. Čekací doba se liší podle aktuálního počtu zájemců o léčbu. Může trvat od jednoho týdne do tří měsíců. Pokud u pacientky zájem o léčbu přetrvává, po pozvání k léčbě telefonický nástup potvrdí.
- Platba za pobyt na oddělení se neliší od ostatních nemocničních zařízení a činí 100 Kč na den.
- Hospitalizace přichází v úvahu zejména u pacientek, u kterých byla ambulantní léčba neúčinná, nebo u pacientek s dalším závažným onemocněním.
- Systém péče je založen na režimové léčbě, při které jsou pacientky zařazeny do terapeutického, jídelního, pracovního a sociálního programu.
- Při příjmu jsou seznámeny s terapeutickou smlouvou, kterou mají možnost konzultovat se specializovanou sestrou. Opakované porušování smlouvy může být důvodem k propuštění.
- Přijímáme pacienty a pacientky od 18 let výše, v kompenzovaném somatickém stavu. Stavy ezprostředně ohrožující život jsou řešeny většinou prostřednictvím krátkodobých pobytů na metabolických jednotkách (JIP). Po stabilizaci zdravotního stavu je domluven překlad pacientky na naše Centrum.
- V závěru pobytu se zaměřujeme na návrat pacientky do jejího běžného prostředí a na dodržování doporučeného jídelního režimu v konkrétních podmínkách aktivního života.
- Významnou a nedílnou součástí léčby je spolupráce příbuzných a blízkých, se kterými se snažíme navázat kvalitní kontakt a poskytnout základní informace o možnostech další terapie (včetně rodinné terapie).

## Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy:

Úvod Co je SAPPP Odkazy Návštěvní kniha Kontakty



Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy



■ Menu

- Úvod
- Pro pacienty
- Pro rodiny a přátele
- Pro profesionály
- Zpověď
- ProYouth
- Fotogalerie
- Kontakty
- Odkazy

**Interaktivní komiks**

Zahrajte si hru s detektivním příběhem, interaktivní fotokomiks o anorexii **Divčí válka**, kde se dozvíte také informace a kontakty na odbornou pomoc.

### Vítejte na našich stránkách

Svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy byla založena v roce 1992 na základě zahraničních zkušeností pro péči o příbuzné i pacienty s poruchami příjmu potravy.



Pro profesionály



Pro pacienty



Pro rodiny a přátele

hledat...

**Podpořeno**



Komplexní a diferencovaný plán primární prevence u poruch příjmu potravy a ADHD v Centru pro poruchy příjmu potravy podporovaný v roce 2011-2012 VZP

**Novinky**

[9. MEZINÁRODNÍ INTERDISCIPLINÁRNÍ KONFERENCE O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY A OBEZITĚ](#)

Konference se konala **21. – 23. 3. 2013** v Praze, na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Konferenci zařídil děkan [...]

**PPP v médiích**

- ▶ Reportéři na Vaší straně TV Prima 13.4.2013, 18. minuta (Poruchy příjmu potravy u mužů)
- ▶ Sama doma ČT1 20.9.2012 (PhDr. Lucie Pelková, Ph.D., Představení projektu ProYouth)

## Příloha č.7:

### Příklady internetových Po-Ana blogů:

**Craving is only a feeling. Good girls don't eat. Lose weight! Be strong! You don't NEED food. DON'T EAT! JUST DIET! Bones says who we are.**

PRO ANA BLOG  
2012 - 2013

Anorexie není nemoc, ale životní styl!

**Rubriky**

- [Vše a vlastně nic](#) (55)
- [Nápady a návody](#) (1)

**Oblíbené odkazy**

- [Jessica](#)
- [Ayame](#)
- [Blackie](#)
- [Lui's](#)
- [Lui \(Old\)](#)
- [Mischelle](#)
- [Naomi](#)
- [Den](#)
- [Dolly](#)
- [Elizabeth](#)
- [Kikinka](#)
- [Stephanie Rose](#)
- [Successofelegance](#)

**Aktuální články**

- [Jestli se dneska...](#)
- [A je to tady...](#)
- [Darlings,](#)
- [Mirror, mirror, don't](#)

### 33 rad jak méně jíst

3. listopadu 2012 v 13:06 | Annabella | [Nápady a návody](#)

1. Vyberte si jen jedno jídlo na den (jako je třeba jablko). Naporcujte ho na 8 dílků. 2 posnídejte, 2 poobědvejte, 2 k večeři a zbydou vám 2, které můžete sníst kdykoliv ke svačině. Tělo si myslí, že jedlo 4x denně ale ve skutečnosti to bylo jen 1 jablko. Další den si zvolte jiné jídlo a znovu ho rozdělte na malé porce.
2. Nesnažte se přestat jíst ze dne na den. Za prvé, opravdu to zpomalí metabolismus, zvětší chuť na jídlo a ovlivní vaši náladu, takže místo radosti z toho že nejíte a budete hubené budete mít akorát depresi z nedostatku potravy
3. Používejte lesk na rty, přece si ho nesetřete jídlem, abyste ho musely znovu upravovat!
4. Čistěte si místo jídla zuby, svěží chuť pasty vám v puse zůstane dlouho a není nic hnusnějšího než pachut' jídla smíchaného s pastou.
5. Mezi každým soustem se napijte vody. Rychleji vás to zasytí a tělo trvá 20 minut než si uvědomí že už nemá hlad takže budete jíst i děle.
6. Pijte ledovou vodu, tělo spálí pár kalorií už jen tím, že si ji musí ohřát.
7. Když už jíte, udělejte si na to čas, nejezte před televízi počítačem u knížky... Budete mít pocit že jste vlastně ani nic nesnědli a jen automaticky dávali vidličku do pusy bez pomyslení na to co to vůbec jíte. Jezení za chůze je úplně stejně špatné.
8. Horké tekutiny jsou taky dobré, dokáží rozšířit střeva a budete se cítit plné. Horké "polívky" - kostka bujony a horká voda - dokáží také zasytit, má to nějakou chuť a jsou opravdu málo kalorické.
9. Nejvíce si vychutnejte první 3 sousta, pak to vzrušení z jídla ustoupí a vy můžete vrátit plný talíř.

## Rubriky

[Úvod](#)

[Můj diářek](#)

[Můj jídelníček](#)

[Thinspiration](#)

[Sporty](#)

[Tipy a triky](#)

[Ostatní](#)

## Archiv

[2009](#)

[2008](#)

[Červenec 2008](#)

[Červen 2008](#)

## Oblíbené odkazy

[shamila](#)

[Divine](#)

[termi](#)

[poisonslut](#)

## Profil

Výška: 160 cm Váha: 47-

48 kg I.cíl: 43 kg Vysněná

váha: 38 kg Nejnížší

váha: 40 kg Chtěla bych

to zvládnout do konce

prázdnin

[Více](#)

## Důvod tohoto blogu

24. června 2008 v 19:37 | Jenny | [Úvod](#)

Tento blog vznikla z jediného důvodu. Má mi pomoci znovu získat kontrolu nad svou hmotností. Chci zhubnout. Vím přesně co je anorexie, už jsem ji měla nebo pořád mám? Těžko říct. Jen je jisté, líbila se mi má hubenost, a proto jsem se rozhodla že dnešním dnem začnu s přísnou dietou, během které bych chtěla mít do konce srpna 38 kg. Tedy zhubnout 10 kg za 2 měsíce se mi nezdá nereálný, takže se už těším na konec prázdnin a na svou super postavičku, která se bude aspoň trochu podobat té dívčíně na obrázku.

