

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO JEDNA Z PORUCH PŘIJMU POTRAVY  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

25.4.2018

Michaela Polcarová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou/bakalářskou práci vypracoval samostatně, s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této diplomové práce.

Dále prohlašuji, že veškerý software, použitý při řešení této bakalářské/diplomové práce, je legální.

.....  
Podpis

V Plzni dne 7.4.2018

Michaela Polcarová

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Mgr. Michalovi Svobodovi Ph.D. za cenné profesionální rady, připomínky a metodické vedení práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na jednu formu ze škály poruch příjmu potravy, konkrétně na mentální anorexii. V práci se zaměřuji, jak na počátky nemoci, průběh, prognózu, tak i případnou léčbu a terapií, která je na to vázána. Na základě toho jsem vypracovala několik rozhovorů s respondenty, kteří si poruchou potravy prošli.

## **Klíčová slova**

Anorexie, porucha příjmu potravy, léčba, diagnóza, terapie, psychika, nemoc, zdravotní rizika

## **Annotation**

The bachelor thesis focuses on one form from the range of eating disorders, namely on mental anorexia. The work focuses both on the origins of the illness, the course, the prognosis, as well as the treatment and the therapy that is tied to it. Based on this, I made several interviews with the respondents who went through the food failure.

## **Keywords**

Anorexia, eating disorders, treatment, diagnosis, therapy, psyche, illness, health risks

# Obsah

Úvod .....	6
1. Charakteristika mentální anorexie .....	7
2. Historie .....	9
3. Diagnostika mentální anorexie .....	11
4. Příčiny vzniku mentální anorexie .....	14
5. Zdravotní rizika vzniklé poruchou potravy .....	20
6. Důsledky nemoci .....	23
7. Léčba .....	25
7.1. Terapie využívaná k léčbě mentální anorexie .....	31
8. Prevence před vznikem mentální anorexie .....	33
9. Výzkumná část mentální anorexie.....	34
9.1. Dotazník kvantitativního typu .....	35
9.2. Doplnující rozhovor kvalitativního typu .....	45
10. Závěr .....	59
11. Resumé .....	60
12. Zdroje.....	61

# Úvod

Cílem bakalářské práce bylo objasnit jednu formu poruchy příjmu potravy jako je mentální anorexie. Domnívám se, že je to relativně ošemetné téma, o kterém se tolik nemluví, nebo bojí mluvit. Možná i z toho důvodu se s touto chorobou setkává řada zejména mladých lidí, kteří mají nedostatek informací a stanou se tak jejími oběťmi. Vzhledem k tomu, že ani u mě tomu nebylo nijak jinak a mám s nemocí vlastní zkušenost, jsem se rozhodla více na tuto problematiku zaměřit a zjistit o ní co nejvíce informací z relevantních zdrojů a objasnit sobě a možná i dalším řadu faktů o nemoci.

Práci jsem rozčlenila do řady kapitol, aby jednotlivá odvětví byla jasná, oddělená a lépe srozumitelná, a ve kterých se zaměřuji na jednotlivé aspekty problémů, ať je to historie, průběh léčby či samotná diagnóza.

Cílem práce bylo zaměřit se na to, kdy vlastně u respondentů došlo k samotnému uvědomění problému, protože to se mi jeví jako základní problém. Uvědomit si problém. Přiznat si nemoc. Jaká byla následně motivace k jejich léčbě, jak obtížné to pro ně muselo být, čím si museli jedinci projít a s tím spojené i překážky, které se jim během léčby vyskytly. Ať už fyzické či psychické, které se hojí daleko hůře, než fyzické následky, protože celý problém mentální anorexie shledávám zejména v hlavě, v naší duši, v našem sebepojetí.

# 1. Charakteristika mentální anorexie

Mentální anorexie je po astmatu a obezitě třetí nejčastější choroba v naší republice, jak udává F. Krch.<sup>1</sup>

Hana Papežová uvádí, že mentální anorexie se vyskytuje ve větší míře u dívek a dospívajících žen v rozmezí 90-95%, zbývajících 5—10% se týká mladých chlapců a mužů.<sup>2</sup>

Jak doplňuje pan Krch, v průběhu dospívání se diferencuje vlastní já, vzrůstá sebeuvědomování, jedinec je sociálně vnímavější, zralejší a díky tomu i soupeřivější, kde následkem toho má labilní sebevědomí.<sup>3</sup>

V počáteční fázi anorekticky posedlé osoby vynechávají ze svého jídelníčku příliš tučná či smažená jídla a sladkosti. Postupem času vyřazují maso nebo pečivo. Začínají se objevovat výmluvy, že na jídlo nemají čas, nemají momentálně hlad a odmítají jíst ve společnosti druhých lidí. Často svoje porce porovnávají s porcemi druhých lidí a snaží se mít vždy, co nejmenší obsah jídla. V jídle se následně nimrají, jedí ho velice pomalu a pokud si jídlo nepřipravují sami, úzkostně sledují přípravu jídla někým jiným, zda-li jim tam nedává něco „zakázaného.“<sup>4</sup>

H. Papežová uvádí dva modely poruchy příjmu potravy. První model nazývá jako „nehomeostatické potravinové chování,“ které údajně řídí kortikálně – limbické okruhy, vyšší asociační oblasti parientální frontální kůry, které jsou odpovědné za kognitivní funkce, paměť a samotnou motivaci. Motivační procesy jsou dle autorky u poruchy příjmu potravy ovlivněny omezením pozornosti na tělesné schéma a výživu. Druhý model je homeostatický, který integruje systémy z gastrointestinálního traktu, autonomního nervového systému a periferní metabolické informace o energetickém stavu organismu a jeho zásobách energie.<sup>5</sup>

Paní Němečková ve své publikaci zmiňuje, že nárůst počtu onemocnění se výrazně pozoruje od počátku 70. let minulého století a dle DSM-IV udává dva typy mentální anorexie. První jako restriktivní, která je bez bulimických epizod a druhý typ jako binge eating, která se pojí s přejídáním a bulimickými záchvaty.<sup>6</sup>

Hana Papežová udává několik velice zajímavých statistických údajů, které bych na začátek své práce ráda uvedla. V současnosti v ekonomicky rozvinutých zemích udává, že v rámci

---

<sup>1</sup> KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi, 2004.

<sup>2</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>3</sup> KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi, 2004.

<sup>4</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>5</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>6</sup> NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatria pre praxi, 2007.

poruch příjmu potravy dochází k ročnímu nárůstu 6-9 případů na 100 000 obyvatel. V České republice se potom pohybuje kolem 0,5% žen.



## 2. Historie

Autorka Hana Papežová se před samotnou diagnostickou a objasněním mentální anorexie a dalších poruch příjmu potravy zaměřuje na historické hledisko, které i já bych úvodem ráda zmínila, než bychom se dostali k jádru problému mentální anorexie.

Jedny z prvních zmínek o poruchách příjmu potravy je dochováno z 5. století před naším letopočtem, kdy se o tom, jak se uvádí v knize, zmiňuje již Hippokrates a označuje to názvem „asithia,“ která chápal jako nemoc nedostatečným požitkem z jídla. Následně z 2. století p. n. l. Galén použil jako první slovo „anorexie,“ jak ho známe dnes. Podle Platóna, kterého Hana Papežová též uvádí v historickém kontextu, je anorexie jako osvobození od žádostivosti a chtivosti. Oba představitelé se domnívají, že pouze pojem „anorexie“ sebou nese pouze nechutenství, nikoliv vědomé a záměrné odmítání jídla, či obavy ze zvýšené tělesné hmotnosti. První klinické obrazy, které mohly připomínat diagnózu mentální anorexie se datuje k 17. století.<sup>7</sup>

První lékařský popis se dochoval z roku 1694 Richardem Mortone in H. Papežová, který popsal dva případy lidí s úmyslným odmítáním potravy. Jednalo se o dívku a chlapce z českého prostředí.<sup>8</sup>

Autorka dále uvádí, že zmíněný anglický lékař ve své publikaci „Phtisiologia,“ vytvořil nejdokonalejší popis choroby, kde popisuje takzvané „nervové opotřevení“ jakožto shrnující název pro fyzickou a emocionální devastaci organismu. Dále je z francouzského prostředí je uváděn fyziolog a frenolog Fleury Import, který v 19. století stanovil dva druhy anorexie. První jakožto gastrickou, která byla charakteristická poruchou trávení a druhou nervovou, kdy pacienti odmítali jíst, protože jejich mozek nevysílal chuť k jídlu a pocity hladu. S termínem „anorexia nervosa,“ který je znám i v nynější době se setkáváme od lékaře Sira Viliama Whitey Gulla in H. Papežová, který se problematikou zabýval a specifikoval i hlavní rysy, kterým byl velký hmotný úbytek na váze, zácpa, fyzický neklid. Termín „mentální anorexie“ byl obecně přijat na konci 19. století. Jak se následně v publikaci uvádí, v německém prostředí mentální anorexii chápali jako ztrátu chuti jedince k jídlu. Osobnosti jako Comby a Chagany v roce 1913 uvedli, že kromě výše zmíněné nechuti k jídlu se zde objevuje i oslabený pocit hladu, za kterým stojí emocionální a psychické faktory. Z našeho prostředí v rámci 1. Lékařské fakulty v Praze v roce 1983 se otevřela Psychiatrická klinika s jednotkou specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy jako první ve střední a východní Evropě. V 50.

---

<sup>7</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>8</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

letech se začalo záchvatovité jedliectví uvádět jako součást mentální anorexie. Tento stav je popisován jako záchvatovité jedení s následným uměle vytvořeným zvracením. Z roku 1979 byla nemoc oficiálně nazvána „bulimia nervosa“ britským psychiatrem Geraldem Russelem s následujícím zněním: „Silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí.“ V rámci jednotlivých zemí je v publikaci zmiňována například Čína, ve které ženám podvazovali nohy a nechávali tím nohy zakrnět, aby dívky byly co nejmenší a nejkřehčí. Obecně po světě je znám fenomén korzetů, kvůli kterým si řada dívek a žen nechávala vyoperovávat žebra, aby byla co nejútlejší. Následkem toho vznikala poškození páteře a vnitřních orgánů. Nebo se dokonce „pěstovala“ tuberkulóza, protože v minulosti byla móda být co nejvíce bledá dívka.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

### 3. Diagnostika mentální anorexie

Hana Papežová ve své publikaci charakterizuje mentální anorexii jako multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které je nutno léčit v bio-psycho-sociálním kontextu. Dle diagnostických kritérií z roku 2006, jak Hana Papežová uvádí, mezi charakterické znaky pro mentální anorexie je tělesná váha, která je udržována nejméně 15% pod předpokládanou vahou (ať již byla snížena nebo ji nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index tělesné hmotnosti těla (body mass index).<sup>10</sup>

Kate Middleton ještě dodává, že dle Světové zdravotnické organizace Queteletův index tělesné hmotnosti pro mentální anorexii je od hranice 17,5 a níže.<sup>11</sup>

H. Papežová jako další diagnostická specifika uvádí u prepubertální pacientů, kteří nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek. Dále, že pacientka snižuje svoji hmotnost dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivního cvičení. Jako specifickou patologii uvádí přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podváhy. Další charakteristiku uvádí jako endokrinní poruchu hypothalamo-pituitární-gonádové osy, která u žen způsobuje amenoreu a u mužského pohlaví ztrátu sexuálního zájmu.<sup>12</sup>

K. Middleton ve své publikaci navíc ještě zmiňuje kromě výše uvedených znaků od Hany Papežové ještě výskyt zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšenou hladinu kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.<sup>13</sup>

Začne-li mentální anorexie před pubertou, je opožděn či zastaven růst organismu, vývoj prsou, nedostaví se primární amenorea a opozdí se vývoj mužských genitálií u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může zůstat opožděna dále. Pro klinickou praxi setkáváme častěji s charakteristikou a označením MKN-10, pro výzkumy se avšak více setkáváme s rozdělením dle DSM-IV. Jak dále uvádí v DSM-IV jsou popsány ještě atypické formy a jsou shrnuty zkratkou EDNOS neboli „Eating disorders not otherwise specified.“ U atypických forem chybí jeden či více klíčových rysů a liší se pak zejména průběh léčby či samotná diagnóza. Hana Papežová následně uvádí jasná kritéria pro DSM-IV, která si nyní specifikuje. Ženy a dívky, která splňují kritéria pro mentální anorexii, ale přetrvává u nich pravidelná menstruace, dále ty, která splňují všechna kritéria

<sup>10</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6

<sup>11</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetěpe: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

<sup>12</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6

<sup>13</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetěpe: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

pro mentální anorexii, ale přes všechny signifikantní znaky je jejich tělesná váha v mezi normálu. Dále ty, které pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství jídla a jejich tělesná hmotnost není pod hranicí normy. Tím vzniká nový termín „skryté anorektičky.“ Jak autorka uvádí dle Lagera a McGreeho splňují diagnostická kritéria pro mentální anorexii, ale jejich tělesná hmotnost neklesne pod 45 kg, váha se pohybuje 15% pod průměrem váhy a je narušen jejich bodyimage.<sup>14</sup>

Autorka K. Middleton spolu s Jane Smith uvádí, že mentální anorexie je řazena dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí pod kódem F50.<sup>15</sup>

Vrátila bych se teď zpět k publikaci od Hany Papežové, která uvádí specifické rysy pro mentální anorexii, které popsala Hilde Brunchová v roce 1973, která bych nyní specifikovala. Jedná se o narušené uvědomování si vnitřních pocitů, tělesného schématu a pocitu vlastní neefektivnosti. Zmíněné body dále tvoří následující škálu. První je „Eating Disorder Inventory“ pod zkratkou EDI, která je nejvíce používána pro detekci specifické psychopatologie anorexie a bulimie. Obsahuje osm dílčích subškál zaměřené na specifické a behaviorální rysy. Jednotlivé škály si nyní uvedeme. Jde o nutkání být štíhlí, bulimie, perfekcionalismus, narušení introspektivního cití, neboli schopnosti orientace ve vlastních pocitech, impulsivní regulace, tělesná nespokojenost, neefektivita, interpersonální nedůvěra, strach před dospělost, asketismus, čili snahu sebedisciplínu a v poslední řadě sociální nejistota. Jako další Hilde Brunchová uvádí „Body Attitude Test“ známý pod zkratkou BAT a test SDQ-20 - „Somatoform Dissociation Questionnaire“, který se zaměřuje na vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace. Jako poslední test je zmiňovaný „Eating Disorder Examination“ pod zkratkou EDE, který je strukturovaným rozhovorem a je pokládán za takzvaný „zlatý standart“ pro diagnózu a posuzování závažnosti poruch příjmu potravy.

Další test, který je již od Gaunera a Garfingera je test „Eating Attitudes Test“ pod zkratkou EAT. Jedná se o určení závažnosti nemoci, jídelních postupů pacienta a symptomech. Obsahuje tři škály, které umožňují zjistit převažující rysy jídelního chování. Jako první škála je „dieting“, neboli chování ve směru redukčních diet. Druhá škála je „bulimia and food preoccupation“ jako chování typické pro ztrátu kontroly nad jídlem a poslední škálou je „oral control“, čili neobvyklé postoje spojené s konzumací jídla. Stroopův test pro poruchy příjmu potravy je věnován selektivní pozornosti nemocných. Klasický test zkoumá základní procesy pozornosti. Zakládá si na prezentaci slov označenou barvou napsanou inkongentními barvami. Jedinci, kteří mají negativní postoj k jídlu a rozměrům svého těla, identifikují barvy pomaleji

---

<sup>14</sup>PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6

<sup>15</sup>MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetice: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

pokud se týkají jídla. Oblast, která je postižena v rámci kognitivních funkcí je tzv. „set-shifting,“ což překladem znamená schopnost přizpůsobit vlastní reakce požadavkům prostředí. Je pro ně obtížné střídat různé kognitivní strategie, vnímat různé podněty a věnovat se několika věcem naráz. Zakladatelem dalšího testu „Cognitive remediation therapy“ čili CRT, Tchanturiem z roku 2007 je řada úloh, ve kterých se poskytuje zpětná vazba o jejich převládajícím kognitivním stylu. Hledají se ty oblasti, kde je tento sty patrný v běžném životě a možnosti, jak ho změnit. Jedná se o jakousi strukturu myšlení. Speciální část je pak věnována diagnostice mentální anorexie u dětí a dospívajících, kterou bych objasnila v následujících řádkách. Poruchy příjmu potravy jsou v dětském věku často doprovázeny s dalšími psychiatrickými potížemi, jako jsou úzkostné poruchy, afektivní poruchy či sebepoškození. Úzkostná porucha pramení ze strachu ze selhání. Pro zhodnocení diagnózy u dětí, jak tvrdí autorka, je důležité znát mimo jiné předchozí vývoj a růst dítěte, vzhledem k faktu, že stagnace váhy a růstu může být v určitých vývojových obdobích normální. Stav výživy u dětí nejlépe hodnotí antropometrické šetření, které zohledňuje dynamiku vývoje. Kromě váhy, výšky a věku hodnotí ještě například biochemické nálezy.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

## 4. Příčiny vzniku mentální anorexie

Příčiny vzniku jsou relativně nejasné a u každého, jak se shoduje mnoha autorů, je spouštěčem něco jiného. Autoři začali rozebírat v uvedených publikacích jak sociální tak genetické faktory pro vznik mentální anorexie. Konkrétně Hana Papežová rozděluje ve své publikaci tři typy determinantů – osobnost člověka jako takového, rodinné a sociální determinanty. Nejprve si blíže specifikujeme osobnost člověka. Autorka v rámci osobnosti člověka myslí jeho osobní zkušenosti, sebeúcty, míru perfekcionalismu, který roste tam, kde je spjatý s nízkým sebehodnocením a nespokojeností s vlastním tělem, dále impulsivitu, depresivní a úzkostné poruchy, ctižádost a osobitou touhu po dokonalosti. Zejména u dívek se prokázala vyšší míra očekávání od sebe samých. Autorka uvádí příklad z časopisu „*Pediatrics*,“ podle kterého dívky již dívky ve věku 9-10 let se začínají zajímat o postavu a jejich fyzický vzhled. Vzhledem k faktu, že žijeme v době, kdy je na fyzický vzhled kladen příliš vysoký důraz, se není čemu divit. Autorka uvádí příklad dvou longitudinálních studií od (Foley et. al 2001, Cnattingius et. al 1999), kteří uvádí, že předčasný porod zvyšuje riziko výskytu poruchy. Během porodu může také dojít k hypoxickému poškození mozku z nedostatečného množství kyslíku, který má za příčinu citlivější mozkovou tkáň. Dál uvádí výsledky humánních studií, které prokázaly genetický podíl pro výskyt poruchy z 50-90%. Z hlediska vývoje je potrava spojována s pocitem bezpečí a pohodlí. V raném dětství během kojení se rozvíjí a posiluje emoční kontakt mezi matkou a dítětem. Tento vztah následně formuluje celoživotní postoje dítěte. Postupně děti zjišťují, že za pomoci jídla lze zahnat nepříjemné pocity a úzkost, stejně tak, jako že jídlem mohou „oslavovat“ a vzniká tak emotivní vazba k jídlu. Autorka se také zmiňuje, že časté problémy s jídlem už od raného dětství má vliv na fyzický, sociální, kognitivní a emoční vývoj jedince. Nižší hmotnost a zvýšení nemocnost v dětském věku pak vede následně ke stravovacím potížím do dalších let v dospívání. H. Papežová se pak v publikaci více zaměřuje na ženy, u kterých uvádí negativní vlivy anorexie hned ve třech úrovních. Způsobenou poruchu menstruačního cyklu, fertility, narušení endokrinního systému, které ovlivňuje průběh těhotenství i poporodní průběh. Zvýšené riziko vzniku poruchy bylo zjištěno, jak autorka uvádí, i u žen, kteří předčasně ukončili kojení svých dětí. Co se týče mužského pohlaví dlouhou dobu se myslelo, že mužská anorexie je spojována s homosexualitou a skutečností je, že až 50% nemocných mužů má o své sexualitě pochyby. Předpokládá se, že vyšším rizikem pro výskyt je touha po svalnaté postavě. Takový chtíč začíná vznikat u chlapců ve věku 6-7 let. Ačkoliv je výskyt u mužů

desetkrát nižší, jak se uvádí, případná léčba je o to složitější, protože se více vyhýbají léčení ze stranu před společenskou stigmatizací.<sup>17</sup>

Dle Krcha muži také méně drží diety a obecně jim méně vadí tloušťka, zejména z toho důvodu, že geneticky v dospívajícím věku méně přibírají na tuku, jako je tomu u mladých žen.<sup>18</sup>

Killen at. El. in F. Krch udávají, že u fyzicky zralejších osob se prokázalo větší riziko vzniku poruchy následkem toho, že s časnou fyzickou zralostí je spojen strach z dalšího přibírání.<sup>19</sup>

Ať ženy nebo muži, jak uvádí autorka, neschopnost kontrolovat svoje tělo a příjem potravy ovlivňuje nejen osobnost samotnou, ale i její okolí. Nejen, že přestávají rozumět svým pocitům, ale začínají trpět i doposud pozitivní vztahy s přáteli, vzniká nadměrná kritika vůči druhým lidem, která údajně pramení ze skleslého sebevědomí, zato se oproti tomu zvyšuje egocentrismus a sebestřednost. Pacienti nabývají pocitu, že ostatní je budou mít rádi pouze za předpokladu, pokud budou úspěšní, tedy štíhlí, kde zmíněnou rovnici přijímají od médií, kteří i znevýhodňují silnější lidi ve společenském kontextu. Věří, že jim nikdo nerozumí, že ostatní nechápou jejich až obsedantní potřebu kontroly, kdy za nižší vahou vidí i nižší pocity úzkosti, do kterých se dostávají v důsledku pro ně zdánlivě neřešených situací, které se snaží vyřešit nepřijímáním adekvátní potravy. Mají narušenou sebekontrolu, seberegulaci a s každým vyhnutím se jídlu se jim dostává emocionálního uspokojení. V knize jsou pak ukázány výsledky testů od Pesa na vnímání sebeúcty nemocných pacientek. Pokud je snížena sebeúcta, jedinci reagují na kritiku více, jsou citlivější a více ovlivnitelní. Mnoha dotazovaným na otázku sebeúcty odpověděla, že sebeúcta souvisí s jejich fyzickým vzhledem. Muži mají obecně vyšší sebeúctu než dívky a i z toho důvodu se mnohokrát diskutovalo, že z toho důvodu je i méně pacientů mentální anorexie mužského pohlaví. Stejně tak jsou i méně ovlivnitelní médii. Autorka zmiňuje ještě výsledky od Connanové a Treasure z roku 1998, kteří zjistili, že pro vznik mentální anorexie hraje roli i míra stresu a patogeneze anorexie spočívá v maladaptivní reakci na stres a schopností se vypořádat s traumatem, nikoliv před ním utéct do začarovaného kruhu s tělesnou váhou.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9*

<sup>18</sup> KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie v praxi. 2004.

<sup>19</sup> KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi, 2004.

<sup>20</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9*

F. Krch ve svém odborném článku udává ještě Selveniho – Palazzoliho, který se domnívá, že ženská vyhublost je spojována s touhou odlišit se od své matky nebo názor feministické Boskin – Lodahlové, která za extrémní vyhublostí viděla větší ženskost.<sup>21</sup>

Dále Hana Papežová uvádí metaanalýzu Jakobi z roku 2004, který srovnával zdravé dívky spolu s nemocnými mentální anorexií. Z jeho výsledků vyplynulo, že u žen trpící anorexií je větší výskyt obsedantně kompulzivní poruchy a separační úzkosti.<sup>22</sup>

V knize je zmiňován i názor Hilde Brunchové, která se domnívá, že se jedná o obranu před dospíváním, kdy se zejména mladé dívky nedokáží vyrovnat se změnou jejich proporcí a zvýšením hmotnosti v důsledku dospívání a růstu. Podobný názor zastával i Mardsen, který tvrdil, že nemoc dotyčného chrání před vstupem do další životní etapy, jako pak například nástup na univerzitu, kdy je řada studentů zahlcena životními změnami a s nárůstem povinností začnou zanedbávat své doposud zdravé stravovací návyky. Nyní bychom se od prvního determinantu, který se primárně zaměřuje na osobnost jako takovou zaměřili na druhý determinant, který jsme si uváděli na začátku této kapitoly, a tím je rodinné prostředí a jeho vliv pro vznik mentální anorexie. V primární skupině, do které se jedinec narodí, tedy do rodiny dochází k vytváření tzv. „body image.“ Jedná se o nový termín využívaný v rámci postoje k sobě samému, zahrnující fyziologické, psychologické a sociologické komponenty. Jde o postoj jedince k vlastnímu tělu, co si o svém těle myslí, jak se v něm cítí a jak se vnímá. Rodina může i nevědomky podněcovat své děti k rozvoji poruchy tím, že chválí nový štíhlý vzhled, podporuje a obdivuje disciplínu, kterou si dítě vytvořilo na základě restrikce jídla, kterou na první pohled rodině nemusí zaznamenat. Nemocní jedinci jsou totiž velice vynalézavý a dokonalý lháři pokud nemoci naprosto podehnou. Vlivem pro vznik, jak uvádí autorka publikace může být i špatné stravovací zvyklosti, které dítě od dětství přijímá, a kdy dochází k přejímání kulturních vzorců. Autorka se v další části knihy zaměřuje na případné rizikové faktory v rodině, které mohou ke vzniku a prohloubení poruchy přispět, které si následně uvedeme. Může se jednat o chybějící vzájemnou komunikaci, nedostatečná rodinná péče, alkoholismus, emoční izolace, emoční poruchy, či v mnoha případech až zneužívání ze strany z jednoho rodičů. Statisticky uvádí, že až jedna třetina nemocných zažilo zneužití. Vznik poruchy následkem zneužití započalo následkem toho, že se poškozený snažil odvádět pozornost od nepříjemného zážitku a změnit zejména tu část těla, která se pravděpodobně zdála být zodpovědná za tento čin. Jak autorka uvádí výsledky průzkumu z roku 1997, mentální anorexie propukla u dívek, u kterých se zjistila negativní zkušenost s cudností či znechucením vlastního těla v sexuálním kontextu. Dalším znakem uvádí i perfekcionalismus,

---

<sup>21</sup> KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie v praxi. 2004.

<sup>22</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9



ke kterému děti dohnali rodiče z vysokého nátlaku na jejich úspěšnost v různých směrech jejich života, kdy je v rodině kladen zvýšený nárok na pracovitost, výkon a morálku dítěte. Přílišná očekávání od dítěte má za následek ztrátu vlastní identity. Jak uvádí názor Palazzolliho, většina pak následkem toho trpí neurotickými poruchami, kdy žijí na první pohled klidným vyrovnaným životem, ale pod povrchem jsou v neustálém napětí, strachu, které až krajních případech mimo poruchy potravy může vyústit až sebepoškozování. Opět je zmiňována H. Brunchová, která zjistila, že u dětí, kde propukla mentální anorexie, měla na první pohled dobré rodinné zázemí, byly vhodně stimulovány ke studijním i volnočasovým aktivitám. Po bližším zkoumání se ale přišlo na to, že děti nebyly adekvátně podněcovány k vlastnímu sebevyjádření a sebeprosazení, což vedlo k nedostatečnému vyvinutí důvěry ve vlastní schopnosti a názory. V knize jsou následně uvedeny názory Katzmana, Falconyho a Wooleyho, podle kterých je náchylnost k poruchám příjmu potravy ovlivněna prezentací ženského genderu v rodině. K ambivalenci nejčastěji dochází pokud se ženě dostává menšího ocenění a cítí, že být ženou je něco negativního. Přijetí vlastního genderu ovlivňuje u řady dívek míra respektu k vlastní matce. Matky se ukázaly jako náročné, perfekcionalistické a hyperkritické. Jsou obecně více nespokojené a fungováním rodiny. Matka, která drží dietu je pro dceru špatným příkladem, protože i ji začne kontrolovat v jídle a zároveň matky ovlivňují, zejména u svých dcer volbu strategií vedoucí ke změně těla, otcové pak mají vliv na praktiky, které mají sloužit k nárůstu svalové hmoty, především u chlapců.

Tímto bych uzavřela rodinné determinanty a popsala poslední zmíněný determinant, možná nejvlivnější a tím je sociální prostředí. V první řadě bych ráda uvedla tři teorie, se kterými nás autorka seznamuje. První teorií je Bandurova teorie sociálního učení, která se zaměřuje na to, jak si dívky mohou osvojit ideál štíhlého těla. Hlavním bodem teorie je, že čím častěji se vyskytuje určitá událost, tím častěji bude napodobována, zejména díky médiím. Podle teorie se v tomto případně jedná o napodobování dietního chování. V teorii hrají roli tzv. „incentivy“ neboli pobídky. Pobídky k provozování předváděného chování. Vnější pobídky motivují jedince k určitému chování na základě předjímané odměny a sociálního přijetí. Zástupné pobídky jsou založené na pozorování ostatních ve skutečném světě nebo díky televizi. Pokud tedy divačka má dojem, že je herečka odměňována za štíhlost, začne nabývat pocitu, že od společenského uznání ji dělí několik kilogramů váhy. Druhá teorie se jmenuje „sociálně kognitivní teorie učení,“ která pojednává o tom, že lidé jsou mechanickí zprostředkovatelé vnějších vlivů. Mezi mechanismy, které ovlivňují lidskou činnost je nejzásadnější důvěra jedince ve schopnost mít kontrolu nad svým životem, neboli „self –effecicacy“ - „vnímání osobní zdatnosti.“ Čím silněji člověk pocituje svou osobní zdatnost, stanovuje si vyšší a vyšší cíle. Naopak pochyby vedou k osobní nepohodě, která je úzce spojena se stresem,

fyziologickým rozrušením úzkostí. Výše uvedené poznatky jsou pak typickými symptomy u pacientek s mentální anorexií. A konečně třetí teorie je „teorie self description,“ která pojednává o rozporu mezi vlastním a ideálním já. Ideální já souvisí s extrémní motivací žít podle standartu ostatních, což je také obvyklé pro pacientky anorexie. Autorka uvádí, že tlak z vnějšku je natolik silný v důsledku rozvinuté moci médií a jejich propagace nesmyslné rovině, že vyhublost se rovná zdraví a úspěšnost. Média díky propagaci dietních přípravků riziko ještě prohlubují. Jediným výsledkem těchto „zázračných“ pokrmů je jojo efekt. Jak se uvádí v knize, průměrem okolo 30% redukčních diet přechází v čase dvou let do takzvaných „patologických diet.“ A z toho následně u 20-30% osob se rozvíjí první příznaky poruch příjmu potravy.<sup>23</sup>

V patologické rovině se můžeme setkat až s chronickými anorektičkami, kteří si již na svoji vyhublost zvykli, jsou přecitlivělí, zvykli si na samotu a neustálé myšlenky na jídlo a svoji posedlost k nadměrnému cvičení. Většinou to vede k nižší sebeúctě, srovnávání s celebritami, studu, ponížení a nepochopnosti se prosadit. H. Papežová uvádí ještě vliv tzv. „anorektických webů,“ které své čtenářky získávají zejména u dospívajících děvčat. Anorexie je pro ně jako životní filosofie a nepohlíží na to jako na něco, co je může ohrozit na životě. Negativním pozitivem pro autorky těchto webů je, že se dokáží vžít do dívek, které nemoci teprve propadávají a umí správně ovlivnit jejich psychickou stránku. Na svých stránkách udávají informace o různých typech poruchách příjmu potravy, praktiky sloužící k rychlé regulaci váhy, navrhuje speciální cvičení, recepty na nízkokalorická jídla, soupisy jednotlivých potravin s přesnou hodnotou kalorií, jak obelstít své okolí a předstírat nevolnost, ale zejména jsou tyto webové stránky jako podpora a pochopení pro ty, co se pro tuto devastující cestu rozhodli. Paní Papežová pak uvádí vliv vrstevníků v mladším věku pro rozvoj poruchy. Sociální prostředí tak vytváří tlak na jedince k porovnání výkonu a úspěšnosti mezi sebou. Ti se mohou podílet na špatném začlenění jedince do sociální sféry. Postižení jedinci začnou tak trpět sociální nejistotou a jsou obecně chudší na vztahy v rámci skupiny a obtížně se formuluje jejich sociální self. Jak se zmíněno v knize u ženského pohlaví je nejvíce náchylnější pro vznik potavy gymnastky, tanečnice či modelky. Jak autorka uvádí, podle American College of Sports Medicíně až 62% sportovně aktivních žen kladou důraz na postavu a fyzickou výdrž, trpí poruchou potravy. Vliv na to mají i jejich trenéři, kteří jim radí, jak počítat kalorie a hlídat si svůj dietní a stravovací režim. Sociálně rizikovým faktorem je i separace od rodiny a akulturace, jako navyknutí na život v jiné kultuře.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>24</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

Dále autorka specifikuje jednotlivé psychosociální neovlivnitelná rizika jako je pohlaví, etnicita a věk. V rámci pohlaví hovoří o tom, že ženy trpí anorexií desetkrát častěji než muži. Prevalence mentální anorexie u dívek je celosvětově uváděna na 0,3-1%. Co se týče etnicity, uvádí, že afroameričanky jsou dle výzkumů více spokojeni se svojí postavou a u věku udává, že nejvíce rizikovým obdobím pro vznik poruchy je období adolescence a ranná dospělost. Autorka se dále zaměřuje na specifické problémy u dospívajících jedinců. V ranném věku může vzniknout tzv. „infantilní ruminační porucha,“ která se projevuje opakovanou regurgitací potravy, kdy žvýkání a znovupolykání navozuje dítěti pocity libosti. S tímto jevem se setkáváme nejčastěji u mentálně retardovaných a deprivovaných dětí. Další poruchu zmiňuje „infantilní anorexií,“ která se nejvíce týká dětí od šesti měsíců do tří let. Jedná se o poruchu separace, kdy úzkostné matky přenáší své problémy na dítě. Může vzniknout problémové odsávání či vyžadování nočního krmení. Ve větším věku, u dívek zhruba od osmi do čtrnácti let se hovoří o „syndromu pervazivního odmítání potravy,“ během kterého kromě jídla odmítají i komunikaci a péči o sebe samé. Dále jakožto nejméně závažná choroba – syndrom vybíravosti v jídle, se kterým se lze setkat u každého dítěte nebo „posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysgrafie“ následkem traumatického zážitku.<sup>25</sup>

Další příčiny rozpracoval ve své publikaci i Robert Cohen, které bych si nyní dovolila uvést. V rámci psychických komplikací zmiňuje jako jedním faktorem abúzus alkoholu, krádeže, záměrné sebepoškozování, či zřídka výskytu schizofrenie. Ze somatických nemocí uvádí diabetes mellitus, které je dle něho považováno za chronické onemocnění s vysokou morbiditou.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>26</sup> COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-497-4

## 5. Zdravotní rizika vzniklé poruchou potravy

Počáteční zdravotní rizika, která uvádí František Krch ve své publikaci, která má primárně sloužit jako příručka pro nemocné mentální anorexií či jejich okolí, kteří se rozhodli jim v boji proti nemoci pomoci je vypadávání a řídnutí vlasů, občasná lámavost nehtů či větší zimomřivost následkem zpomalení bazálního metabolismu. Jak autor uvádí, vyhladovělé tělo automaticky snižuje svoji tělesnou teplotu.<sup>27</sup>

Paní Papežová ve své knize pak objasňuje důvod zpomaleného metabolismu. Jakmile se pro tělo sníží příjem potravy a energie z ní, sníží se tak celkový výdej energie organismu, aby tělo zabránilo co největšímu váhovému poklesu.<sup>28</sup>

S klesající vahou začne zdravotních rizik přibývat. F. Krch a Hana Papežová uvádí následující škálu rizik. Zvýšená kazivost zubů poškozující tak zubní sklovinu, slabost močového měchýře, zvýšenou náchylnost k tvorbě ledvinových kamenů, selhávání kostní dřeviny, zácpa, nízký cholesterol, pro dívky je typická amenorea nebo ztráta menstruačního cyklu, která do budoucna může způsobit neplodnost.<sup>29</sup>

K obnovení mensesu udává, že je potřeba dosáhnout 90% standardní váhy, to znamená o dvě kila více, než byla váha, kdy byla menstruace původně ztracena. Více jak 80% nemocných mentální anorexií začne opět menstruuovat šest měsíců po dosažení této váhy.<sup>30</sup>

Dle paní Němečkové, valná většina pacientek užívá hormonální kontraceptiva, která normalizují hladinu estrogenů v těle a vyvolávají menstruaci.<sup>31</sup>

U mužů se hovoří ztrátou sexuální aktivity, protože hypothalamus kromě toho, že je to centrum pro hlad, sytost a žízeň ovlivňuje i sexuální funkce. Z nižšího množství přijaté energie se snižuje i plazmatický nonadrenalin a zvyšuje se neuropeptid, který má vliv na potlačení sexuální aktivity.<sup>32</sup>

Hormony, které se v hypothalamu tvoří ovlivňují činnost hypofýzy a přední lalok hypofýzy ovlivňuje činnost pohlavních žláz.<sup>33</sup>

---

<sup>27</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>28</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

<sup>29</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

<sup>30</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>31</sup> NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatria pre praxi, 2007.

<sup>32</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

<sup>33</sup> BENEŠOVÁ, Dagmar. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Vyd. 1., Praha: Sdružení MAC 2003, ISBN 80-86015-91-2

Snížená sexuální funkce je obranou obživného pudu, který je významnější než sexuální potřeba a v deficitu energie tělo má primárně potřebu uspokojit základní lidské potřeby než ty vyšší. Dále trpí chudokrevností, pomalejším pulsem, nízkým krevním tlakem, který se projevuje studenými končetinami a snížený krevní cukr v organismu způsobuje stavy paniky. Jsou náchylnější na omdlávání, závratě, nedostatkem minerálů dochází k odvápnování kostí a celkové snížení obranyschopnosti a poruchami spánku z minima přijatého draslíku. Nedostatkem živin netrpí pouze zevnějšek, kdy jedinci jsou pobledlé, jejich pleť je suchá, zažloutlá, popraskaná a po těle se jim začíná tvořit jemné tmavé ochlupení, ale má dopad i na vnitřní orgány, kdy malý přísun živin má za vinu poškozen jater, která pak nejsou schopna produkovat dostatek bílkovin a následkem toho mohou vznikat po těle otoky a modřiny. Dále zvýšený cholesterol v důsledku nedostatku estrogenů v těle. Pokud má pacient v těle už opravdu životu ohrožující malé množství tukových zásob, začne brát zásoby ze srdce, jakožto ze svalů. Srdce následkem toho snižuje svůj puls. Kardiovaskulární potíže jsou jedny z nejnebezpečnějších zdravotních rizik, zodpovídají až za třetinu úmrtí. Jedná se o velice ohrožující stav, kdy pokud dojde k poklesu BMI pod hodnotu 13 nebo se jedná o chronické onemocnění trvající déle než deset let, je snížená glykémie a vyskytuje se bradykardie jako snížená tepová frekvence pod šedesát tepů za minutu. Nízká hladina kalia má za následek srdeční záchvaty kvůli poruchám srdečního vedení. V těle dále dochází k anémii, nedostatku červených krvinek, proto se nemocní jedinci rychleji zadýchávají a jsou dříve unaveni i arytmií, která u nemocných dochází z nedostatku fosforu a hořčíku. Autorka dále uvádí výskyty osteoporózy, zvýšenou náladovost a v krajních případech, kdy jídlo i zvracejí dochází ke ztrátě elektrolytů, které jsou důležité pro fungování činnosti srdce a mozku. Následkem zvracení dochází k hypochloremii, snížené koncentraci sodíkového kationtu. V rámci dýchací soustavy je možný takzvaný „airtrapping,“ kdy jedinci nadměrných zadržováním vody v plicích či paralýze dechového svalstva. Anorektičtí jedinci trpí zvýšenými depresivními stavy v důsledku obav o jejich tělesný vzhled, hmotnost a příjem potravy. Hana Papežová uvádí spojitost deprese a mentální anorexie. Jedná se ztracení zájmu o cokoli, izolaci od okolí, pocity méněcennosti, ztráta sebevědomí, zpomalení myšlení nebo neschopnost zvládat běžné denní aktivity. Jak se uvádí v publikaci, anorexie je spojována se zvýšenou senzitivitou serotoninu, který zprostředkovává v těle pocit nasycení a částečně reguluje příjem sacharidů v organismu. Serotonin je syntetizován z tryptofanu a při hladovění může vést ke snížení množství potravou přijatého tryptofanu. Serotoninový systém se podílí na náchylnosti k rozvoji anorexie následkem hladovění a vzniku onemocnění. Začíná vznikat nedostatek estrogenů, hladina kortizolu se zvyšuje a to může vést až k depresi. Dle poznatků Hana Papežová uvádí, že poruchou biologického signálu dochází k tomu, že pacienti s poruchou

příjmu potravy jsou méně náchylnější k bolesti. Dále dochází k poškození vizuálních a taktilních prostorových procesů, mají problémy s doplněním chybějících částí obrázků a analýzou prostorového uspořádání a dělá jim potíž využít zpětnou vazbu a na jejím základě přizpůsobovat své chování. Dochází k poruchám pozornosti, koncentrace či psychomotorického tempa.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

## 6. Důsledky nemoci

František Krch ve své publikaci uvádí řadu důsledků, které jsou výsledkem nemocného, které bych níže zmínila. Jejich fanatická touha po nižší váze a větší vyhublosti vede až k užívání projímadel a diuretik, která nesnižují samotnou tělesnou váhu, pouze zbavují organismus tělesných tekutin. Projímadla pomáhají nemocným snižovat strach z případné rostoucí váhy. Jejich účelem je vyprázdnění tlustého střeva, které ale nastává poté, co byla energie využita již v tenkém střevě. Jak sám autor uvádí, na projímadlech se dá velice snadno vypěstovat závislost a při dlouhodobém užívání bude potřeba dávky neustále zvyšovat, aby se dosáhlo tíženého výsledku. V rámci psychických a společenských důsledků zmiňuje depresivní stavy pramenící z obav o jejich tělesný vzhled a dehydratace, která je následkem užívaných projímadel. Jakmile anorekticky smýšlící lidé nemají schopnost kontrolovat svoje tělo, okamžitě se to odrazuje na jejich náladě a rozpoložení pro daný den je dán momentálně naváženou vahou, kterou potřebují úzkostně kontrolovat i několikrát denně. Jejich posedlost narušuje celkový osobní život, psychickou pohodu a neschopnost nadměrné sebekontroly je častokrát spojena s pocitem osobní viny.<sup>35</sup>

V rámci toho zmiňuje Hana Papežová takzvaný „Adónisův syndrom,“ který zahrnuje zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlení na vlastní svalstvo zejména u mužského pohlaví, zneužívání steroidních hormonů a excesivního cvičení. Tyto symptomy vedou k sociální izolaci, ke snížení a zúžení zájmů a interpersonálním problémům.<sup>36</sup>

František Krch dále uvádí nepřátelskost, nadměrnou kritičnost vůči druhým, která pramení z nízkého sebehodnocení, depresivní a úzkostné stavy. Dále uvádí zhoršení pracovního tempa a soustředění na práci, vyhýbání se společenským událostem, kde je k dispozici jídlo, jsou více náchylnější k závislostem. Zmiňuje zaujetí sebe samým, egocentrismus, sebestřednost, přecitlivělost a vztahovačnost. Jak je v publikaci uvedeno, dopad to nemá pouze na samotného člověka, ale nemoc narušuje i sociální vztahy, které se stávají chudší a obecně dochází ke zhoršení kvality života.<sup>37</sup>

Kate Middleton ve své publikaci, která primárně slouží jako příručka, jak se vymanit z poruch příjmu potravy, má velice podobné specifikace důsledků jako František Krch. Autorka mimo jiné ještě dodává, že člověk si během nemoci připadá velice často osamocen a nabývá dojmu, že nikdo z jeho okolí nerozumí, jak se dotyčný cítí a co prožívá, a tím pádem

---

<sup>35</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>36</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>37</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

dochází k pocitům zoufalství a beznaděje. Dále píše, že jídlo mají spojené s negativními emocemi a i tento jev může mít vliv na partnerské vztahy a jak je v publikaci uváděno, ženy se více v tomto období vyhýbají hlubším partnerským vztahům. <sup>38</sup>

Hana Papežová uvádí, že u adolescentů může dojít ke zhoršení psychosociální adaptability v důsledku kognitivního poškození. Kognitivní dysfunkce ovlivňují osobnostní a psychosociální charakteristiky. V důsledku hladovění autorka uvádí níže zmíněné poruchy, jako je porucha koncentrace, pozornosti, psychomotorického tempa. Dělá jim potíží využít zpětnou vazbu a na jejím základě modifikovat své chování. Věnují nadprůměrnou pozornost zpracováním detailů a využívají spíše logicko-analytického přístupu, ale naopak selhávají v úlohách, které vyžadují zohlednění věci jako celku a globální strategii řešení problému. V rámci reprodukčních poruch pokles hmotnosti a tukové tkáně je doprovázen změnou metabolismu estrogenů. <sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetěpe: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

<sup>39</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.



## 7. Léčba

Jak uvádí František Krch ve své publikaci dokázat se postavit mentální anorexii znamená nejen změnu jídelních návyků nemocné osoby, zvýšení energetického příjmu a nalezení vyváženosti mezi jídlem a pohybem, ale zejména si nemoc umět přiznat a učit se vnímat sebe a svět kolem sebe jinak.<sup>40</sup>

K. Middleton doplňuje, že uzdravení je nutné brát jako proces, ve kterém se odkrývají důvody proč jedinec používá jídlo jako prostředek k řešení problémů. Klíčovým faktorem pro navrácení k opětovnému zdravotnímu stylu udává je, aby si dotyčný uvědomil vážnost situace a zdravotní rizika, vyhledal odbornou pomoc a začal se léčit.<sup>41</sup>

H. Papežová v knize zmiňuje, že doba trvání uzdravení se pohybuje kolem pěti let a dále se zaměřuje na léčbu a její motivaci a zaměřuje se na základy pro návrat ke zdravému životu. Uvádí, že motivace závisí na stupni zralosti a je jí věnována větší pozornost než u bulimie a ve své knize ji rozděluje do pěti stádií, které bych zde ráda uvedla. První definuje jako popření, kdy si nemocný problém nepřiznává a nevěří v něj. V druhém stádiu přicházejí úvahy, první reálné pozorování sebe samého, věnuje sobě a svým jídelním zvyklostem větší pozornost. Třetí stádium nazývá přípravou, jako odhodlání začít něco dělat a touhou po uzdravení. Čtvrtou fází uvádí jako fáze „akce“, kde dochází k rozhodnutí pro změnu jak v jídle tak svém chování. V poslední, páté fázi, pak jde o udržení situace a vyhnutí se relapsu. Jak sama autorka uvádí, jednotlivé fáze rozhodně nemusí jít chronologicky za sebou. Stádia mohou jít na přeskáčku, nebo k některým nemusí ani pacient dojít. Udává, že proces uzdravení ovlivňuje počáteční tělesná hmotnost. Čím je podváha větší, vyústění horší a delší nemoc znamená i delší dobu rekonvalescence, zarytější problémy v rodině nebo opakované selhané pokusy v uzdravení. Mnoho pacientů se k léčbě zezáčátku může chovat laxně a značně nemotivovaně, protože léčbu zahajují na popud svého okolí anebo teprve na reálnou změnou uvažují. Těžkou léčbu shledává i ve vlivu vrstevníků, kteří jedince jakoby obdivují za udržení kontroly nad sebe samým a v myšlence samotných pacientů, kteří mají v mysli stále zakořeněný mýtus, že hladovění potlačuje jejich emoční stres.<sup>42</sup>

Ve své druhé publikaci uvádí, že první kontakt s nemocným se dostává nejčastěji u praktického lékaře, pediatra či gynekologa.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>41</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetitz: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

<sup>42</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

<sup>43</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

Cohan, jak píše ve své knize, vymezuje prvotní lékařské procesy, které se u dotyčného vyšetřují. Prvotně je podle něho důležité vyloučit primární organický syndrom. Lékař dále zkoumá stav metabolismu, kardiovaskulární systém, akrocupanozu, neboli nezdravé zbarvení kůže z důvodu podchlazení organismu, dále výsledky odběru krve, zvýšený počet lymfocytů či zda je nedostatek neutrofitů v krvi. Hladinu mědi, zinku, hořčíku, nakolik je snižená hladina štítné žlázy, provede rentgen hlavy a hrudníku, ultrazvukem kontroluje vaječníky a provede i vyšetření CT snímkování, zda nedochází ke zmenšování mozku.<sup>44</sup>

Nemocný by měl dle autorky Middleton schopný nechat si pomoci od svého okolí. Ať už společných stolováním, společným nákupem potravin či zkoušením receptů. Dotyčný by měl primárně vyhledat lékaře, ve kterém bude mít dostatek důvěry pro spolupráci.<sup>45</sup>

Jak uvádí Hana Papežová léčba by měla být komplexní spolu s individuálním přístupem ke každému léčenému. Jinak se bude léčit dospělí jedinec a jinak dítě. Dospělí v léčbě jsou schopni větší spolupráce a disponují větší motivací oproti dětským pacientům, kteří se více brání a jsou úzkostnější. U dětí je pak otázkou zda je hospitalizovat, či nikoliv. Jednoznačnými indiciemi pro volbu hospitalizace by měl být váhový úbytek více než 25%, těžké poruchy nálad a nepříznivé sociální faktory. Výhodou hospitalizace autorka uvádí zejména vytržení jedince z rodinného prostředí, kde případná porucha vzájemné komunikace může znatelně narušit průběh léčby, či že se ději setkávají s vrstevníky podobného problému a získávají na věc tak nové pohledy a zkušenosti. Hospitalizují se zejména jedinci se sebevražednými sklony, s životem ohrožující komplikace a u dětí s neúspěšnou ambulantní léčbou. U dětí, kteří pak zahajují léčbu se 70% pod standardní vahou je monitorována navíc činnost srdce. Autorka se následně zaměřuje na odborníky, které v léčbě jedinci s mentální anorexií pomáhají. Řadí mezi ně nutričního specialistu, psychoterapeuta a psychiatra. V následujících řádkách bych přiblížila jednotlivé práci specialistů spolu s doplněním dalších autorů, kteří ve svých knihách zmiňují nutriční předpoklady pro uzdravení. Nutriční terapeut má na starost plánování jídelníčku pro léčeného jedince, zajišťuje pestrost a vyváženost všech makronutrientů v jednotlivých chodech, jako jsou bílkoviny, sacharidy a tuky a i dostatek mikronutrientů, jako vitamíny a minerály nezbytné pro tělo. Měl by chtít po pacientovi, aby přinesl na jejich první setkání svůj dosavadní jídelníček, aby nutriční specialista měl představu, nakolik jsou jídelní zvyky špatně zakořeněné a jaká jídla konzumoval. Dále stanovuje reálné cíle tělesné hmotnosti, na kterou by se měl pacient dostat, navrátit se ke zdravé BMI hodnotě, která se pohybuje v rozmezí 20-25. Nutriční specialista, jak autorka

---

<sup>44</sup> COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-497-4

<sup>45</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetěpe: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

uvádí, by měl zohlednit nízkou hmotnost vzhledem k výšce, nízké procento podkožního tuku a fakt, že je pacientovo tělo adaptováno na nízký energetický příjem.<sup>46</sup>

Jak ze svých léčebných zkušeností uvádí František Krch, kterým bych doplnila nutriční podporu a slova H. Papežové, v počátcích léčebného procesu jsou běžné pacientovy pocity plnosti a přesycení, které pramení ze staženého a sevrklého žaludku v důsledku dlouhodobého nízkého příjmu. Nutriční terapeuti obecně nedoporučují pevné jídlo žvýkačkami, kávou či cigaretami, které snižují chuť hladu a naučit je naopak jíst pravidelně, čímž mohou předejít i riziku následného patologického přejídání a bulimie do budoucna, ze kterého má řada pacientů obavy. Ačkoliv se v téměř každé publikaci uvádí, že by pacienti měli začít jíst „normálně,“ ze začátku to může být pro léčeného obtížné a proto je důležité, aby v začátcích jedli spíše mechanicky než spoléhali na svou intuici, jak radí pan Krch. Autor dále vyjmenovává základní potraviny, které by v jídelníčku neměly chybět. Řadí se mezi ně zejména maso, ryby, mléko a tučné mléčné výrobky, vejce, ovoce a zelenina či zdravé zdroje tuků a přílohy jako rýže, brambory nebo luštěniny, naopak by se měli vyhnout konzumaci light a nízkotučným výrobkům.<sup>47</sup>

D. Benešová ve své publikaci ještě doplňuje rady od paní Mičkové, členky občanského sdružení Anabell, která doporučuje, že během nabírání na zdravou váhu by se měl energetický příjem zvyšovat o 1200 kilokalorií týdně a dostat se až na hodnoty kolem 3000-4000 kilokalorií. Uvádí také, že zdravý váhový přírůstek se pohybuje od 0,5 - 1kg za týden, je však důležité postupovat individuálně dle zdravotního stavu pacienta.<sup>48</sup>

Když jsem již zmínila, že pacienti by se měli naučit jíst „normálně“ ráda bych uvedla názor Hany Papežové, co si pod takovým pojmem představit. Definuje to jako neztracení rovnováhy mezi kalorickým, nutričním a emočním významem jídla, nenechat se jím ovládat a jíst především podle skutečného pocitu hladu, který je flexibilní a mění se s denním režimem, a který se během poruchy příjmu potravy ztratil a pacienti ho přestali vnímat. Důležité je mít několik porcí jídla rozdělené během dne, díky čemuž se urychluje i bazální metabolismus těla.<sup>49</sup>

K. Middleton se spoluautorkou J. Smith se podobně zaměřují na specifika návratu ke zdravému stravování, které společně rozdělili do třech stádií. V prvním stádiu definují, co znamená slovo „normální“ a co to znamená pro anorektické jedince. Většina již po

---

<sup>46</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>47</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>48</sup> BENEŠOVÁ, Dagmar. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Vyd. 1., Praha: Sdružení MAC 2003, ISBN 80-86015-91-2

<sup>49</sup> PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9

dlouhodobém hladovění a restrikce jídla již zapomněla, co to je jíst normálně, pravidelně či vyváženě, proto si na počátku léčení většina jedinců stěžuje na bolesti žaludku, dochází ke změně nálad či bolesti svalů. „Jíst normálně“ uvádějí jako jíst podle chuti, nic si nezakazovat a jíst podle zakázaných a povolených potravin, ale snažit se zdravě bez výčitek, pokud si dají něco atypického a nebát se jídla ve společnosti. Dle výzkumů, které nejsou v publikaci blíže objasněny, mnoho pacientů nadhodnocují své porce a zbytečně panikaří. Ve druhém stádiu uvádí, že dochází k mírnému zlepšení stravovacích návyků a zvykají si na pravidelné chody. V poslední fázi dochází k rozmanitosti a pestrosti jednotlivých surovin.<sup>50</sup>

František Krch ještě dodává možnost doplňků výživy v podobě nutridrinků, Fresubinu či Ressource. Jedno balení obsahuje 20% doporučené denní dávky vitamínů, minerálů a stopových prvků.<sup>51</sup>

Hana Papežová se pak zpět ve své knize zabývá malnutricí, která důsledkem anorexie vzniká. Jedná se o stav pacienta, který má nedostatečné množství živin jako jsou minerály, vitamíny, ionty a stopové prvky pro správné fungování organismu. Důsledkem toho se pacientům podává obecná nutriční výživa, enterální či parenterální. Obecná nutriční výživa je přesně definována bílkovinami, cukry, ionty i vitamíny, kdežto chybí cholesterol a glutamin. Podává se buď popíjením či u závažné malnutrice přes nazogastrickou sondu. Enterální výživa spočívá v tom, že je podávána přímo do zažívacího traktu pacienta. Jedná se o fyziologický způsob podávání, kde je, jak autorka uvádí, je výhodou definovaný přísun jednotlivých živin a prospívá a dochází k výživě střev. Nevýhodou může být komplikace během zavedení či zvracení nebo průjem pacienta. Posledním typem je parenterální výživa, kde živiny jsou do těla posílány přímo do cévního řečiště a jedná se o výživu po dobu nezbytně nutnou a pro tělo nefyziologickou cestu. Živiny jsou posílány přímo do periferní nebo centrální žíly. Tento typ výživy obsahuje cukry – glukózu jako základní zdroj energie, dále krystalické aminokyseliny či tuky a tukové oleje jako například sójový, olivový či rybí. Dávky výživy je nutné zvyšovat postupně a při energetickém obsahu výživy se postupuje dle Harrisovy-Benediktovy rovnice. Výhodou této formy výživy dle H. Papežové je lepší utilizace jednotlivých živin, menší riziko infekce a nižší výskyt metabolických komplikací. Během podávání je zásadní sledovat vnitřní prostředí organismu, sledovat krevní tlak, hmotnost pacienta či bilanci tekutin. Mezi metabolické komplikace, které se mohou vyskytnout autorka udává především přetížení nutričními substráty, ke kterému dochází zvýšenou produkcí oxidu uhličitého a dojde-i k tomu, je nutné snížit dávky o polovinu. U rychlého zahájení nutriční podpory může dojít k tzv. „refeeding syndromu.“ Následkem toho

---

<sup>50</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetice: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

<sup>51</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

autorka uvádí jisté zdravotní komplikace jako zvyšování sekvence inzulínu, neurologické potíže a vznik deficitu thiamínu, který metabolizuje glukózu a může tak dojít ke kardiomyopatii. Léčebným prvkem proti těmto potížím udává opakované dodávky fosfátu dle aktuální váhy léčeného. Tím bych uzavřela nutriční podporu pacienta s mentální anorexií a objasnila druhého specialistu, kterého autorka udává jako zásadního při léčbě mentální anorexie a tím je psychoterapeut, který se zaměřuje na jádro osobnosti. Poruchy příjmu potravy vyžadují terapeutickou schopnost se přizpůsobit individuálním potřebám pacienta a aktivní naslouchání, protože během léčby je terapeutický vztah mezi terapeutem a pacientem zásadní, protože změna jídelního chování a s tím spojené nové vnímání sebe sama sebou nese stres, pocity nejistoty a vnitřního zmatku, se kterým se pacient musí naučit bojovat. Terapeut by měl být kvalifikovaným pracovníkem, s kvalitním výcvikem a znalostmi a zejména umět jednat flexibilně ke každému pacientovi. Bronche in H. Papežová uvádí dva extrémní postoje terapeutů. Jedním z nich je ten, který se zabývá pouze povahou osobnosti, a druhý, který řeší pouze psychoanalytickou metodu. Léčba, jak autorka uvádí, začíná pozvolnou realimentací a obnovením jídelních návyků, současně se pracuje na snížení fyzické aktivity a omezení manipulace s jídlem. Pro celkovou terapii uvádí, že je podstatné stanovení určitých pravidel a jejich dodržování, které se odvíjí od adekvátní motivace, dodržování pravidelných návštěv a spolupráce. Úkolem v léčbě je prvotně důležité si stanovit jisté hranice spolupráce mezi terapeutem a pacientem a důležitá je i spolupráce s rodinou a lékařskými odborníky. Postup samotné léčby závisí na individuální diagnóze pacienta a zohlednění jeho somatického a psychického stavu. H. Papežová následně uvádí, že správným léčebným programem je takový, který nejen dokáže navodit správnou tělesnou hmotnost, zastavit či zmírnit zdravotní rizika s tím spojené, ale zejména změnit pacientovo maladaptivní myšlení, zaměří se na léčbu poruch, a to vše za podpory rodiny a jeho okolí a v poslední řadě adekvátně pracovat na vyhnutí se relapsu. Palmer in H. Papežová uvádí, že úspěšná léčba závisí na schopnostech pacienta pracovat v terapeutickém vztahu, správně pracovat ve svépomocnou skupinou a mít k tomu adekvátní kvalifikované pracovníky. Posledním odborníkem, který se podílí na léčbě jedince s mentální anorexií uvádí H. Papežová psychiatra, která primárně předepisuje případnou medikace a podílí se na promotivačním postupem.<sup>52</sup>

Ačkoliv samotné dostání se na zdravou váhu neznamená úplné uzdravení, je to pro jedince krok vpřed. Po fyzické stránce se jedná o tom, že dokáže jíst více než jedli doposud, umí konzumovat potraviny, které si doteď zakazovali. V procesu léčby je o dotyčného více

---

<sup>52</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

pečováno a mnozí toho mohou častokrát zneužívat. Mají tendence se dle zkušeností pana profesora vymlouvat na únavu a vyčerpání, manipulovat s okolím a značně zpohodlnět.<sup>53</sup>

K. Middleton zmiňuje ještě několik reakcí od uzdravených pacientů, kteří se shodují na tom, že se díky vyléčení naučili nahlížet na věci jiným způsobem. Uzdravení z mentální anorexie pro ně znamená svobodu od studu a viny, konec osamocení, větší sebedůvěru a rovnováhu v životě, sebpřijetí svého těla a s tím spojený reálný obraz sebe samého.<sup>54</sup>

Závěrem této kapitoly bych ráda uvedla několik institucí a speciálních zařízení, která byla zřízena pro léčbu. H. Papežová uvádí příklad první specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy, která vznikla roku 1983 na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v rámci Psychiatrické kliniky. Roku 1989 vzniklo Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, od roku 1992 se kliniky rozšířily do Jablonce nad Nisou a o pár let do Olomouce. Roku 2002 uvádí autorka další Stacionář v rámci Lékařské fakulty a to konkrétně Centrum pro pacienty s poruchou příjmu potravy, kdy se jedná o první specializované zařízení v České republice, kde už je jasně specifikovaný strukturovaný léčebný program. V nynější době již funguje Dětská psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici v Motole. V rámci pohospitalizačních pracovišť existují například svépomocné skupiny jakožto podpora pacientů a rodin v primární a sekundární prevenci, kde se zaměřují na výchovu ke zdravému životnímu stylu. Jako jednu z nejznámějších občanských sdružení v České Republice je sdružení Anabell, které napomáhá rozvoji léčebných metod, snaží se o šíření osvěty a svépomocné komunikace mezi členy. Jedenkrát týdně se pořádají svépomocné terapeutické skupiny a jedním z cílů je vytvořit v republice nové pracoviště – kliniku pro léčbu poruch příjmu potravy. Po ukončení hospitalizace je dobré s nutričním terapeutem nastavit adekvátní minimálně tříměsíční doléčovací program. K domácí doléčovací péči se přidává tzv. „sipping“ neboli přípravky výživy. Následnou frekvenci kontrol autorka udává, že je důležité uzpůsobit individuálně pacientovi, jeho momentální váze, stupni motivaci a ochotě další spolupráce ze strany léčeného. Jak uvádí autorka, klinická předpověď pro uzdravení je zhruba pět let. U mentální anorexie se po pěti letech uzdraví tak polovina pacientů, 30% je vážně poznamenáno, 20% zůstane v podvaze a přetrvávají poruchy menstruace. Rizikovým obdobím se udává tři až šest měsíců po skončení léčby.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

<sup>54</sup> MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetitz: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

<sup>55</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

## 7.1. Terapie využívané k léčbě

Psychoterapie je jako aktivní proces změny. Autorka ji dělí na intrapersonální a psychoanalytickou. Intrapersonální se zaměřuje na krátkodobé řešení mezilidských vztahů a psychoanalytická je brána jako nejnákladnějším typem terapie s využitím prvků z kognitivně – behaviorálních postupů, kde dochází k rozpoznání problému, která je zaměřena mimo uváděného ještě na větší schopnost empatie a celkové zlepšení sebehodnocení a sebedpřijetí.

Jak zmiňuje H. Papežová, mezi základní psychoterapeutické metody řadí kognitivně - behaviorální terapii, rodinou a individuální psychoterapii, nutriční poradenství, které jsme podrobněji rozebírali v předchozí kapitole, psychoedukaci, farmakoterapii, psychodynamickou psychoterapii a motivační terapii, které si blíže následně přiblížíme. Relativně novým směrem udává vícehodinnou skupinovou terapii, jakožto intenzivní psychoterapeutický program, kde se využívá prvků z kognitivně - behaviorální terapie a je základním bodem terapeutický vztah s rodinou a dochází zde ke konfrontaci s poruchy příjmu potravy v rámci rodinného prostředí, kde se rodiny navzájem setkávají, vychází tak z jejich sociální izolace a navzájem si vytváří prostředí plné solidarity a otevřené pomoci sobě navzájem a rodiny mezi sebou hovoří o svých problémech. Úspěšnost tohoto typu léčby je poměrně vysoká, od 60-90%. Největší pozornost je dána kognitivně – behaviorální terapii, která se využívá pro pacienty s osobnostními potížemi. Má příznivý vliv na psychopatologické aspekty poruch příjmu potravy. U tohoto druhu terapie se zjistila dlouhodobá udržitelnost a že správně stimuluje jedince k potlačení faktorů udržující poruchu a přerušování tak nevhodných stravovacích návyků. V tomto typu terapie autorka uvádí, že terapeuti zauímají spíše direktivní postoj vůči pacientovi, průběžně ho motivuje a vede k aktivní spoluúčasti na řešení problému. Ch. Fairburn in H. Papežová uvádí, aby si pacienti monitorovali své jídelní záznamy, které umožní posouzení jídelních návyků a okolností, za kterými se objevují problémy s jídlem. Spolu s tím zaznamenávaly myšlenky a pocity, které během jídla prožívaly, veškerou pohybovou aktivitu, váhový úbytek přírůstky s cílem identifikovat a změnit navyklé chyby v myšlení a na základě toho se zaměřit i na prevenci relapsu, který spočívá v rekapitulaci dosavadního vývoje a jsou vyzdvížena pozitivní vzniklá během léčebného procesu. Dále Hana Papežová v publikaci uvádí, že v rámci KBT je i již zmíněná psychoedukace. Psychoedukace pojednává o povaze nemoci, zaměřuje se na nepříznivé následky hladovění a poskytuje informace o charakteru, průběhu a celkové léčbě spolu s adekvátní motivací jedince. Během terapie se odborníci snaží o kognitivní restrukturuaci u pacienta. Znamená to, že jsou pacienti vedeny k uvědomování si svých zažitých chybných vzorců, učí se hledat nové postupy a oslabit tím dosud zautomatizované špatné praktiky. Měli

by být seznámeny s tělesnými disproporcemi svého těla, tím pádem jako cíl terapie se uvádí, aby se naučili vnímat realisticky svoje tělo takové jaké je, i s nedokonalostmi a uměli se smířit s běžnými váhovými výkyvy a nesnažili se větší příjem kompenzovat i vyšším výdejem a odstranit tak negativní myšlenky o dramatinaci vlastní nedokonalosti, zvýšenou vztahovačnost a egocentrismus. Jako další typ terapie autorka uvádí rodinnou terapii, která největší funkci plní zejména u mladších pacientů, kde není dostatečná motivace k léčbě. Terapie je zaměřená na vzájemnou komunikaci mezi léčeným a rodinnými příslušníky, řeší se vzájemné vztahy a cílem je mimo jiné v posílení rodinné interakce. Další uváděnou terapií je psychodynamická, která se nejvíce zaměřuje na ženy, jejich identitu a psychologii a slouží spíše pro ty, u kterých mentální anorexie vznikla v důsledku sexuálního zneužívání. V rámci terapií se hovoří ještě o tzv. „motivační terapii,“ která pomáhá pacientovi v rozhodování, zda v léčbě pokračovat, pokud dojde k náhlým pochybám. Požadavkem pro tento typ je empirické přizpůsobení terapeutického procesu, záleží na motivačním stádiu pacienta a připravuje ho na další fázi jeho léčby. Motivační terapie se využívá jak v individuální a rodinné terapii, tak i skupinové. V rámci terapií se využívá ještě progresivních a relaxačních technik, během kterých se v jednotlivých fázích navozují pocity napětí a následného uvolnění. Poslední metodou je metoda farmakoterapie, která není první volbou v léčbě. V rámci farmakoterapie se užívají antidepresiva, která ovlivňují depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla a snižují myšlenky na samotné jídlo. Nepoužívanějším lékem je fluoxetin, který se podává od 60-80g za den.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.



## 8. Prevence před vznikem mentální anorexie

Dle autorky Hany Papežové dělíme prevenci na primární, sekundární a terciární, které si blíže specifikujeme. Do primární prevence vstupuje v první řadě vliv rodinné výchovy, kde rodiče pokládají základní stavební kameny pro formování hodnot svým dětem a utváření osvojení si zdravého životního stylu. Dále působení společenských vlivů a objasnění vlivu médií, které propagují štíhlost jako synonym pro společenskou úspěšnost a ideální šťastný život. V primární prevenci by také dle paní Papežové mělo jít o snížení internalizace ideálu štíhlosti a zaměření se na pozitivní sebehodnocení, zvyšování sebevědomí a sebeúcty zejména v dospívajícím věku a odolat tak sociálním a kulturním manipulacím. V sekundární prevenci nalézají potencionálně ohrožující skupiny, a co je nejvíce ovlivňuje ke vzniku mentální anorexie. Do této skupiny řadí jedince v minulosti léčené pro obezitu, děti se somatickým postižením nebo jedince navštěvující zájmové kroužky, kde se klade zvýšený důraz na tělesnou hmotnost, která hraje základní faktor pro jejich další úspěšnost v činnosti. V terciární prevenci uvádí, jak předcházet relapsu a zamezit patologii na další generaci a cílem je naučit mladistvé, co je správné, zdravé a vytvořit v nich adekvátní hodnotový systém se zdravím sebevědomím od raného dětství, které se formuluje již v pěti letech. Autorka zmiňuje i názory Stice a Spanglera, podle kterých je preventivní intervencí důležité neopomíjet poskytování sociální opory, kterou dospívající jedinci v období adolescence obzvláště postrádají. Hana Papežová ve své knize zmiňuje i preventivní kroky Franca. Dle něho cílem prevence by mělo být všeobecné zlepšení přehledu znalostí o dané problematice, naučit přijmout sám sebe, podněcovat v mladých jedincích zdravé sebevědomí s připravit je na změny fyzické a psychické, které sebou období puberty nese a snížit tak riziko nespokojenosti s vlastním tělem. Naučit je zdravému životnímu stylu ve spolupráci s pozitivním vnímáním vlastního těla.<sup>57</sup>

Podobný názor na preventivní opatření má autor knihy M. Novák dle kterého by se měli pořádat vzdělávací semináře pro rodiče, zdravotníky i učitele. Uvádí zde také názor Pesa, který se domníval, že je klíčové se naučit odolávat sociálním a kulturním manipulacím, nesrovnávat se s medializovanými osobnostmi a sami pracovat na našem zdravém sebevědomí.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>58</sup> NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Brno 2010, ISBN 978-80-7204-657-7.

## 9. Výzkumná část mentální anorexie

V rámci praktické části jsem si zvolila kvantitativní výzkum dotazníkového typu. Cílem otázek zaměřené na mentální anorexii je jakým způsobem došlo k prvním krokům v léčbě mentální anorexie.

Mezi hlavní výzkumné otázky jsem zadala: Kdy došlo k uvědomění si problému? Jaká byla motivace k léčbě a poslední výzkumnou otázkou pak jaké překážky se během léčby objevily?

Z výsledků a výsledných grafů, které jsem zpracovala na jejich základě, plyne, že většina respondentů si zřetelně vybavuje, kdy došlo k jejich onemocnění, a že většinou je k tomu muselo přivést okolí, ať už to byla rodina nebo vrstevníci či spolužáci ze školy. Z čehož by bylo patrné, že většina nemocných, jak už jsem zmínila v teoretické části bakalářské práci, si svoji nemoc nepřipouští nebo připouštět nechce.

Když už se pak rozhodli pro léčbu, z dotazníku nebo z osobního rozhovoru jsem poznala, že nebyli s problematikou natolik seznámeny, aby věděli, co je bude čekat a na co se mají připravit. K tomu bych dodala, že bych rozhodně více ve společnosti byla pro, pro zpracovávání větších preventivních programů o poruchách příjmu potravy.

Hlavní stěžejní otázkou nám byla motivace a hlavní motiv, který je přiměl k samotné léčbě. Nejvíce na tom přispěla zdravotní stránky, kdy si děvčata uvědomovala svá zdravotní rizika a problémy, se kterými se během nemoci potýkali, a kterých se báli, že je ohrozí do budoucna, jako byla možnost neplodnosti například, či docházející energie během běžných denních činnostech.

Jejich největším hnacím motorem v uzdravování byla pak většinou rodina, která jim dodávala největší podporu, pomáhala jim a držela je, a se kterou také jako nejčastěji jako prvním krokem šli k lékaři, aby zahájili léčbu mentální anorexie a děvčata se mohli pomalu dostat zas do chodu normálního života.

Ať už kvantitativního dotazníku či otevřeného rozhovoru bylo jasně patrné, že jejich vztahy s okolním prostředím, ať s rodinou nebo přáteli se rapidně změnil a většina z nich popisuje i fakt, že o hodně svých přátel z důvodu nemoci přišla.

Jako největší překážku, kterou viděli v procesu uzdravování, a která je mohla zejména ze začátku v léčbě i brzdit, byl strach z přibírání a spojenou s tím změna těla.

Bohužel jsem měla k dispozici malý počet respondentů, kteří byli ochotni mluvit o své minulosti s mentální anorexií, a tak je výzkum prováděn pouze na malém počtu osob, proto jsem se o to víc snažila s respondenty mluvit a dodat jim dostatečný prostor pro otevření a adekvátní dobu, aby o své minulosti s poruchou příjmu potravy mohli mluvit.

## 9.1. Dotazník kvantitativního typu

### 1. Kdy došlo k uvědomění si problému?

1. Uvědomujete si, kdy u Vás došlo k uvědomění si onemocnění?

- a) ano, přesně si to vybavuji
- b) zhruba si to pamatuji
- c) už úplně nevím přesně
- d) ne, už jsem to zapomněla

2. Uvědomila jste si svoje onemocnění sama nebo až na popud ostatních?

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| a) rodina             | velice zřetelně – chvílemi – málokdy – nikdy/ vůbec ne |
| b) škola (vrstevníci) | velice zřetelně – chvílemi – málokdy – nikdy/ vůbec ne |
| c) já sama            | velice zřetelně – chvílemi – málokdy – nikdy/ vůbec ne |
| d) jiné – uveďte..... | velice zřetelně – chvílemi – málokdy – nikdy/ vůbec ne |

3. Věděla jste, co Vás po uvědomění si této situace bude dál čekat? (léčba, průběh léčby, psychické a fyzické změny,...)

- a) ano, věděla jsem to přesně
- b) trochu jsem tušila
- c) nevěděla jsem do čeho jdu a co bude následovat
- d) ano věděla, jen jsem si to nedokázala představit

### 2. Jaká byla motivace k léčbě?

1. Co bylo Vaším hlavním osobním (vnitřním) motivem k uzdravení? (Zakroužkujte. Číslo jedna je bráno jako nejsilnější motiv)

- |  |           |
|--|-----------|
| a) zdraví                                    | 1 2 3 4 5 |
| b) strach z budoucnosti (nemožnost mít děti) | 1 2 3 4 5 |
| c) nedostatek energie a síly                 | 1 2 3 4 5 |
| d) jiné – uveďte .....                       | 1 2 3 4 5 |

2. Co Vás nejvíce motivovalo k uzdravení z vnějšího prostředí? Zakroužkujte. Číslo jedna je bráno jako nejsilnější motiv)

- |                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| <i>a) popud rodiny</i>           | <i>1 2 3 4 5</i> |
| <i>b) vliv vrstevníků</i>        | <i>1 2 3 4 5</i> |
| <i>c) negativní reakce okolí</i> | <i>1 2 3 4 5</i> |
| <i>d) jiné – uveďte .....</i>    | <i>1 2 3 4 5</i> |

3. Podporovala Vás rodina a okolí nebo jste měla pocit, že jste na to byla spíše sama?

- a) rodina a okolí mne hodně podporovalo a motivovalo*
- b) podporovali, ale spíš mi nevěřili*
- c) jak kdy – okrajově, částečně*
- d) ne, byla jsem na to spíše sama*

4. Co jste podnikla jako první krok k léčbě?

- a) návštěva lékaře*
- b) svěřeni se rodičům*
- c) svěřeni kamarádům/partnerovi*
- d) jiné – uveďte .....*

5. Máte pocit, že se během toho změnily Vaše vztahy s okolím?

- a) ano, velice se změnily a plně si je uvědomuji*
- b) spíše ne*
- c) nepříjde mi*
- d) naopak mi přijde, že se ještě zhoršily*

### 3. Jaké překážky se objevily během léčby?

1. Podléhala jste hodně psychickým výkyvům během léčby?

- a) ano, velice
- b) málokdy
- c) nevybavují si
- d) nemyslím si, že nijak zvlášť

2. Co bylo prvními překážkami v léčbě? (Zakroužkujte. Číslo jedna je bráno jako nejsilnější motiv)

- a) strach z přibírání / změny těla 1 2 3 4 5
- b) strach z jídla 1 2 3 4 5
- c) strach z nedostatku kontroly 1 2 3 4 5
- d) strach z následného přejídání se 1 2 3 4 5
- e) jiné – uveďte ..... 1 2 3 4 5

3. Svěřovala jste se někomu se svými obavami, jako deprese či pocity úzkosti?

- a) ano, převážně rodině
- b) občas kamarádům
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy nikomu

4. Objevovali se u Vás často depresivní stavy?

- a) ano, velmi často
- b) občas
- c) ano, ale snažila jsem se je nevnímat
- d) spíše ne

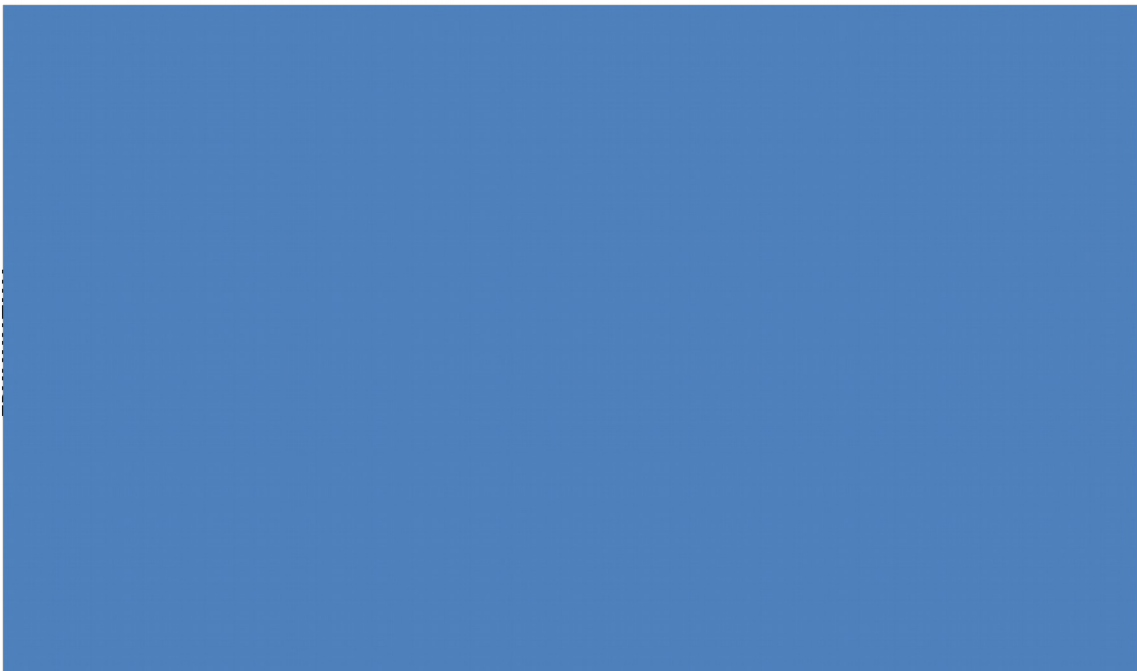
5. Měla jste někdy chuť to vzdát?

- a) ano, velmi často

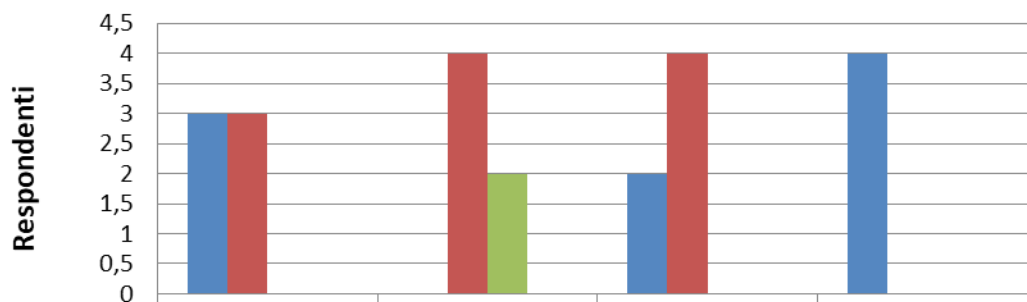
- b) párkrát mi to napadlo*
- c) spíše ne, byla jsem opravdu motivována*
- d) nikdy*

6. Odrazoval Vás někdy někdo během léčby?

- a) občas já sama (můj vnitřní hlas)*
- b) občas se někdo objevil*
- c) nevybavuji si*
- d) ne, měla jsem od okolí plnou podporu*



### Uvědomila jste si svoje onemocnění sama nebo až na popud ostatních.



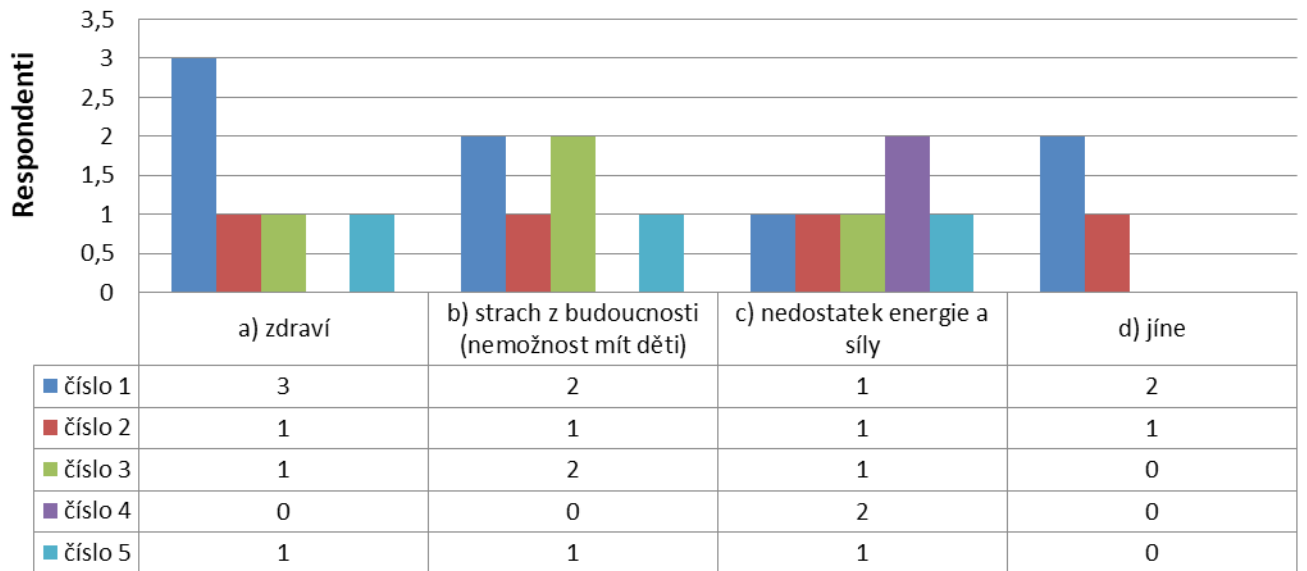
	a) rodina	b) škola (vrstevníci)	c) já sama	d) jiné
■ velice zřetelně	3	0	2	4
■ chvílemi	3	4	4	0
■ málokdy	0	2	0	0
■ nikdy/vůbec ne	0	0	0	0

### Věděla jste, co Vás po uvědomění této situace bude dál čekat? (léčba, průběh léčby, psychické a fyzické změny..)

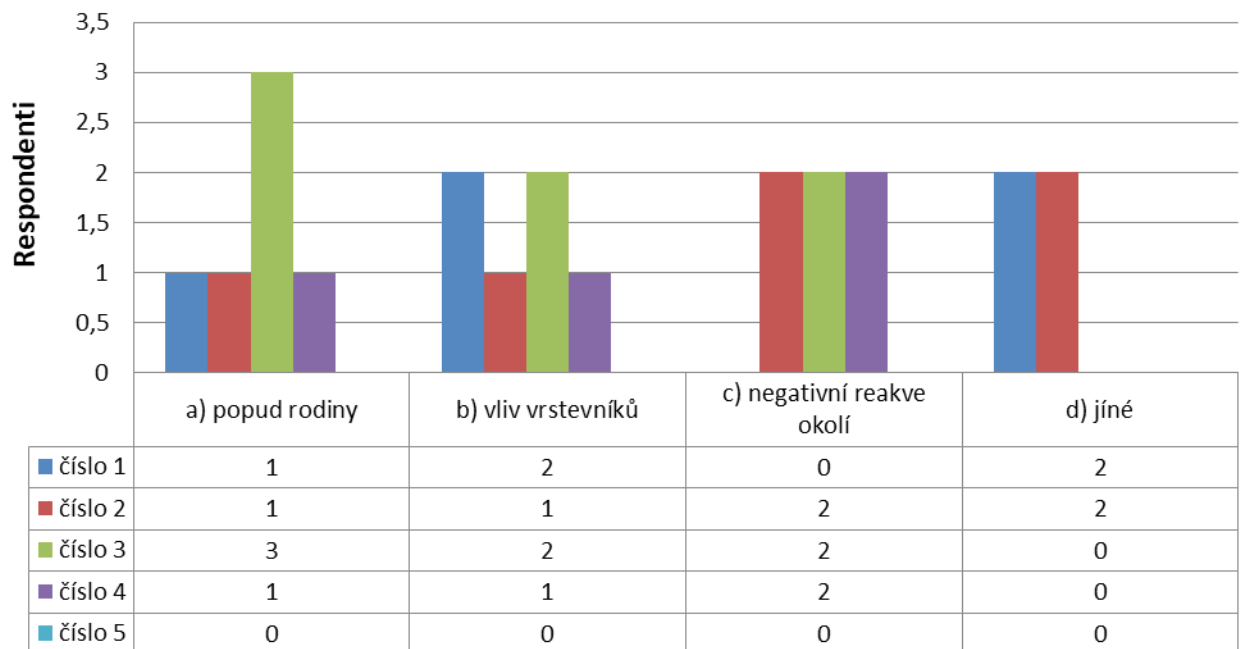


	a) ano, věděla jsem to přesně	b) trochu jsem tušila	c) nevěděla jsem do čeho jdu a co bude následovat	d) ano věděla, jen jsem si to nedokázala představit
■ Věděla jste, co Vás po uvědomění této situace bude dál čekat? (léčba, průběh léčby, psychické a fyzické změny,..)	0	3	3	0

**Co bylo Vaším hlavním osobním (vnitřním) motivem k uzdravení.  
Číslo 1 je bráno jako nejsilnější motiv.**

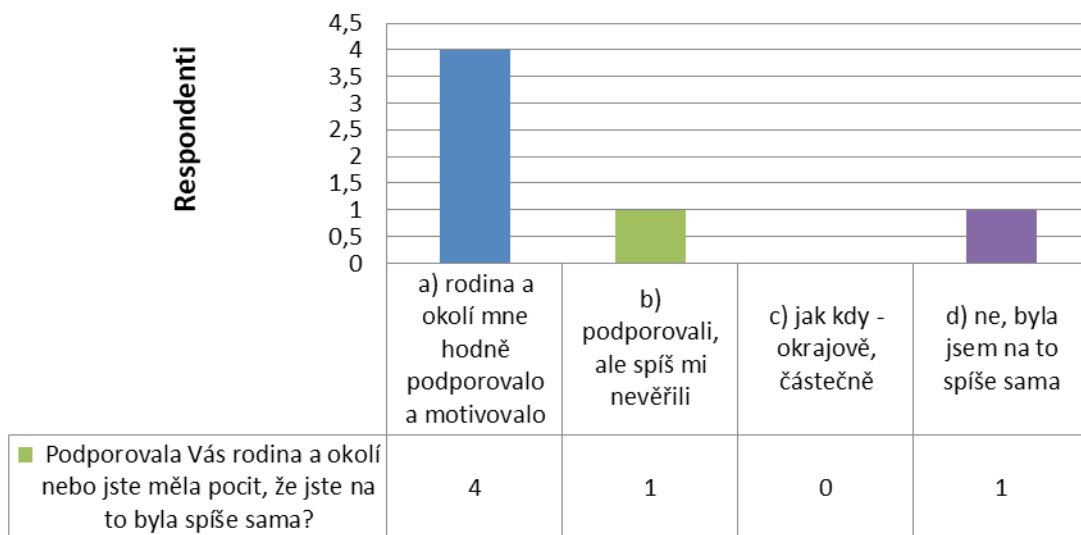


**Co Vás nejvíce motivovalo k uzdravení z vnějšího prostředí? Číslo  
1 je bráno jako nejsilnější motiv.**

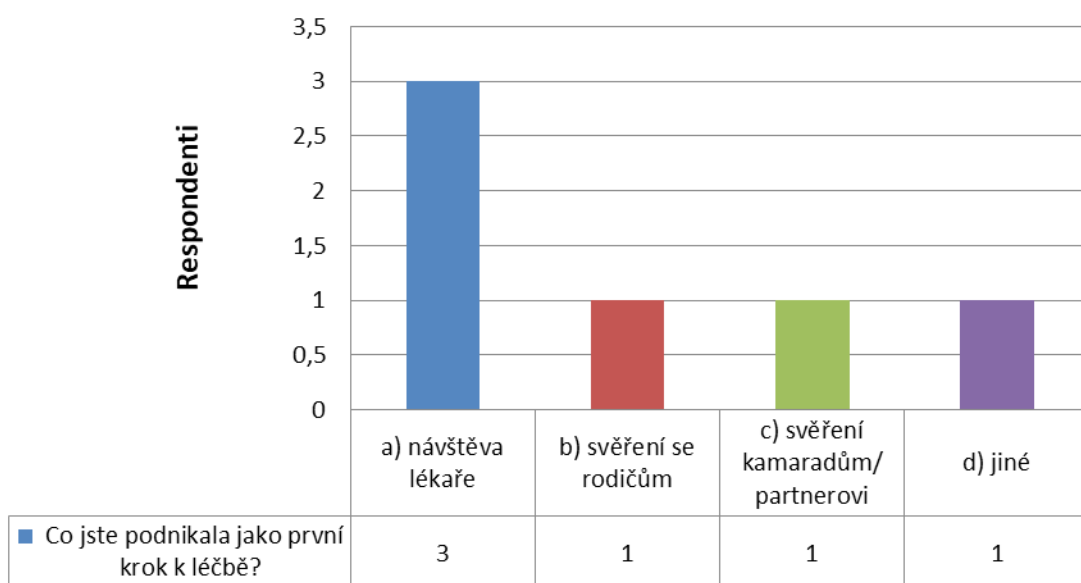




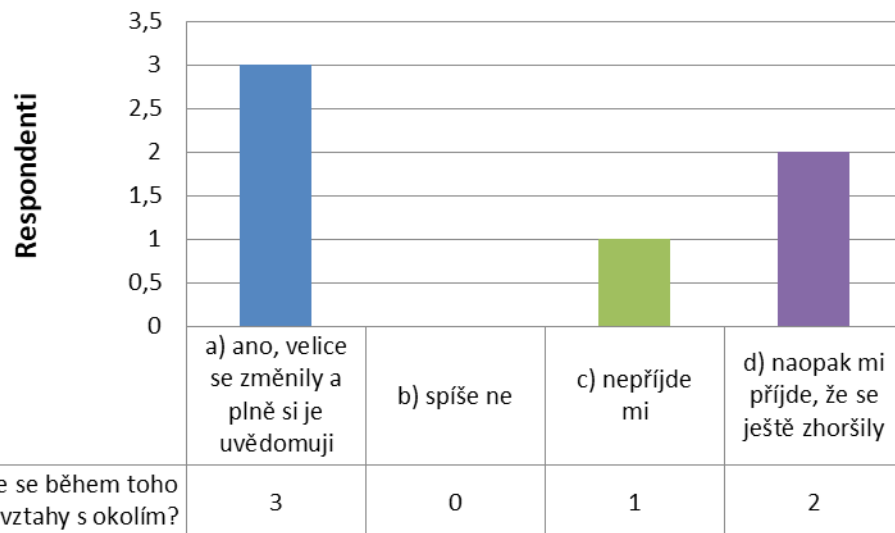
### Podporovala Vás rodina a okolí nebo jste měla pocit, že jste na to byla spíše sama?



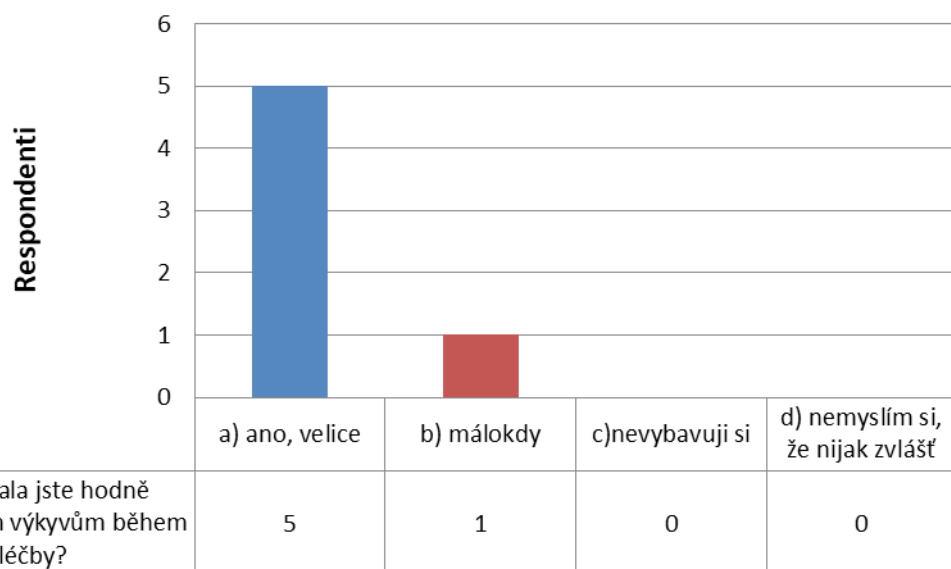
### Co jste podnikala jako první krok k léčbě?



### Máte pocit, že se během toho změnila Vaše vztahy s okolím?

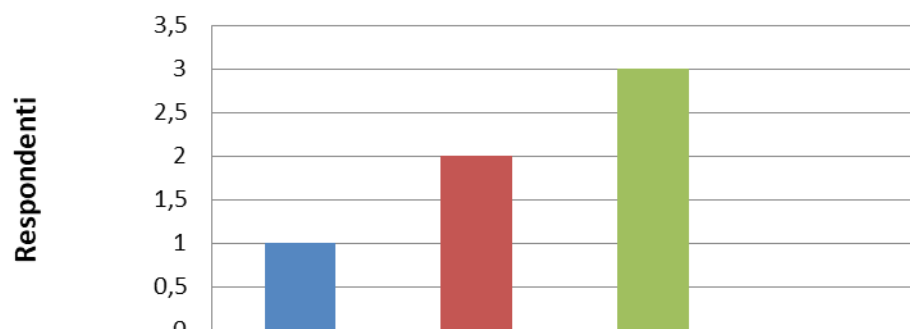


### Podléhala jste hodně psychickým výkyvům během léčby?



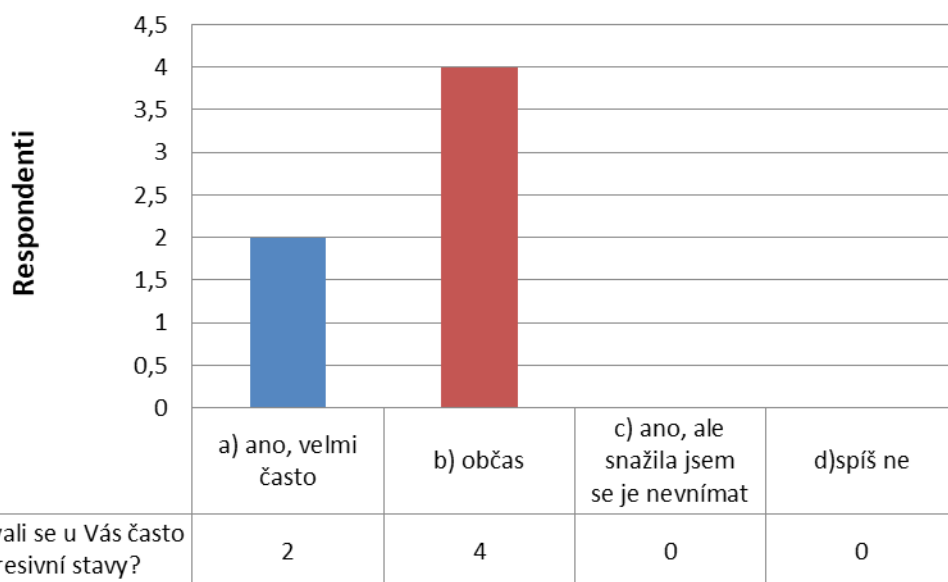


### Svěřovala jste se někomu se svými obavami, jako deprese či pocity úzkosti?

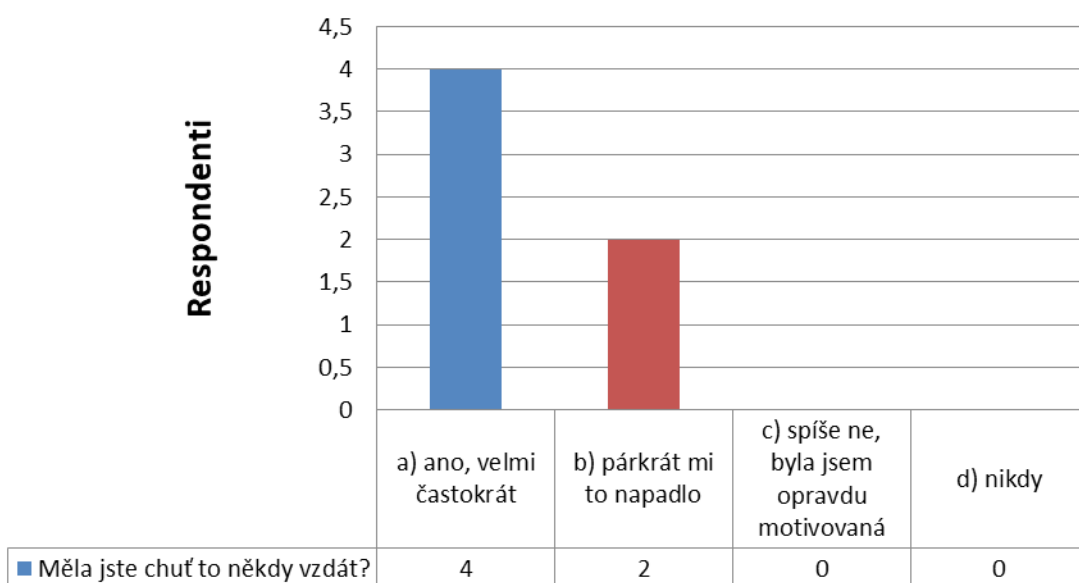


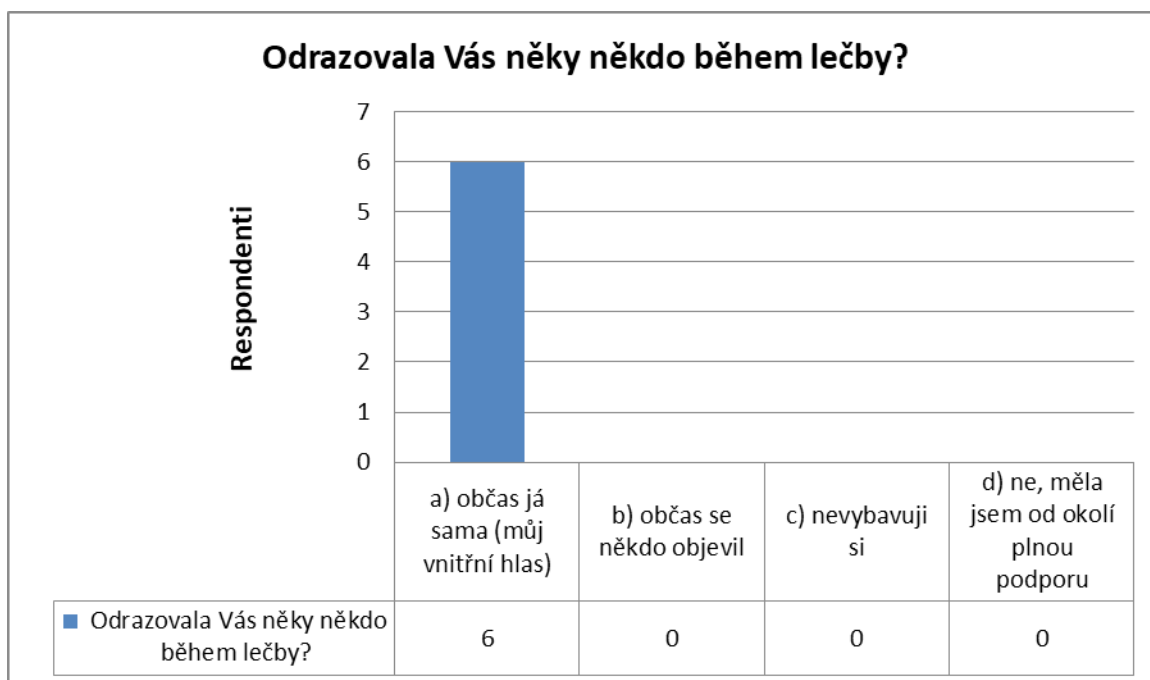
<input checked="" type="checkbox"/> Svěřovala jste se někomu se svými obavami, jako deprese či pocity úzkosti?	1	2	3	0
--	---	---	---	---

### Objevovali se u Vás často depresivní stavy?



### Měla jste chuť to někdy vzdát?





## 9.2. Doplnující rozhovor kvalitativního typu

1. Věděla jsi o existenci takové nemoci už dříve nebo jsi se s ní poprvé setkala až ve tvém případě?
2. Proč si myslíš, že došlo k anorexii zrovna ve tvém případě? Co bylo tím spouštěčem?
3. Jak vypadal tvůj běžný den v době nemoci? Co se ti honilo hlavou?
4. Jak vypadal tvůj jídelníček?
5. Hádali jste se doma často kvůli jídlu?
6. Kdy si toho okolí začalo prvotně všimnout?
7. Skrývala jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dávala více najevo?
8. Jak k tomu přistupovali ve škole? Reakce žáků, učitelů? Říkali ti něco?
9. Necítila jsi se více odtržená?
10. Když ses pak rozhodla vyléčit, věděla jsi, jak začít nebo ses obrátila na odborníka?
11. Byla jsi hospitalizovaná nebo ses rozhodla pro domácí léčbu?
12. Co se ti v prvních dnech, kdy ses rozhodla vyléčit a jíst víc honilo v hlavě? Vybavuješ si nějaké myšlenky, stavy?
13. Co spolužáci a přátelé? Nemoc se pravděpodobně musela podepsat na vašich vztazích.
14. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?
15. Myslíš si, že se dokáže z toho člověk dostat natolik, aby se to nikdo nevrátilo?
16. Vzkázala bys něco svému mladšímu já?

## Respondent č. 1

*1. Věděla jsi o existenci takové nemoci už dříve nebo jsi se s ní poprvé setkala až ve tvém případě?*

Věděla jsem o ní už dříve, protože moje teta si prošla anorexií i bulimií a pořád jsme se o tom doma bavili, že to nechápeme, jak může někdo nejíst a dělali jsme si z toho srandu. A taky jsem si říkala, že já taková nikdy nebudu. Mýlila jsem se, no.

*2. Proč si myslíš, že došlo k anorexii zrovna ve tvém případě? Co bylo tím spouštěčem?*

Upřímně řečeno, tohle se snažím zjistit i teď, s odstupem času a pořád nemám nic konkrétního. U mě to prostě nejspíš byla jen touha po dokonalém těle, protože jsem si myslela, že na to lépe sbalím kluky. Žádného jsem v té době neměla, zato mé kamarádky ano, tak jsem si řekla, že je to určitě kvůli tomu, že jsem tlustá.

*3. Jak vypadal tvůj běžný den v době nemoci? Co se ti honilo hlavou?*

Ráno jsem vstala, zvážila se a už měla do detailu naplánované co budu jíst, takže jsem si odvážila všechny potřebné suroviny a začala kuchtit. Po škole jsem šla běhat, cvičila jsem co nejvíce, hlavně odpoledne, protože jsem obědvala ten “nezdravý” oběd ve škole. Rodiče mi ho platili, musela jsem tam chodit, ale nejedla jsem polévky a přílohu jsem vždy rozdělila na dvě půlky a snědla jen jednu. Kdykoliv mi nějaká kamarádka napsala, jestli s ní nechci jít třeba na kafe nebo jen tak ven si popovídat, odmítla jsem, protože jsem přece potřebovala cvičit. Na večeri jsem musela jíst jídla od mamky, takže jsem na sebe byla vždy večer naštvaná a měla výčitky. Nikdy jsem však nešla jídlo zvracet. Než jsem usnula, hlavou se mi honilo jen to, co zítra budu jíst, co je doma a co z toho můžu vymyslet. Také jsem si poctivě počítala veškeré přijaté kalorie a vše vážila. Moje myšlenky se všechny vlastně točily jen kolem jídla a cvičení... Také jsem o tom neustále mluvila a všem to už lezlo na nervy. Jenže já si nemohla pomoci.

*4. Jak vypadal tvůj jídelníček?*

Na snídani ovesná kaše s ovocem, dělala jsem ji z 50g vloček a protože mi to bylo málo, strouhala jsem do ní cuketu, aby ji bylo více. Nahoře byly pak třeba tři oříšky nebo kostička vysokoprocentní čokolády. Na svačinu jsem měla jen ovoce nebo zeleninu, dokonce si pamatuji, že jsem nosila jen půl banánu, protože jsem se dočetla, že je dost kalorický. Na oběd jsem musela jíst jídlo ve škole, ale vynechávala jsem polévku a jedla jen půlku přílohy. Na svačinu jsem často jedla nízkotučný tvaroh, abych doplnila bílkoviny a když doma nebyl,

byla jsem strašně naštvaná, několikrát jsem kvůli tomu i brečela. A večere jsem jedla od mamky, která se snažila kvůli mně vařit zdravě a já dokonce stála u sporáku a koukala se kolik tam dává oleje.

*5. Hádali jste se doma často kvůli jídlu?*

Hodně, strašně často. Vlastně úplně každý den. Kdykoliv mi někdo snědl můj tvaroh, byla jsem na všechny hrozně zlá, také to, když mamka smažila a mně to neupekla v troubě. Byla jsem na všechny zlá a nechápala, že jim jejich stravování nevadí. Myslela jsem si, že jsem snědla všechnu moudrost světa.

*6. Kdy si toho okolí začalo prvotně všimnout?*

Když jsem vypadala jako chodící kostra, vůbec jsem se nesmála, nemluvila s nikým, nikam nechodila a pořád mi byla zima. Všichni nosili tílka a já svetr. Všimla si toho i má třídní a několik dalších učitelů. Připadala jsem si hrozně, ale pořád se našli i tací, kteří mě chválili jak mi to sluší, že jsem krásně hubená, takže jsem byla ráda a přišlo mi to v pořádku. A dál mi to hnalo směrem, kterým jsem už šla.

*7. A ani přes to tě nenapadlo něco změnit?*

Ne, v hlavě jsem měla vidinu jen cvičení a jídla. Doslova to člověka posedne,

*8. Skrývala jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dávala více najevo?*

Dávala jsem ji najevo, byla jsem hrdá na to, že jsem to dokázala. Nosila jsem naschvál úplně džíny, trika i upnuté svetry.

*9. Jak k tomu přistupovali ve škole? Reakce žáků, učitelů? Říkali ti něco?*

Ano, několik učitelů se mě ptalo, jestli nejsem nemocná nebo jestli se něco neděje. No a spolužáci, když měli nějakou blbou poznámku, tak jsem si z toho nic nedělala, protože jsme si říkala, že určitě jen závidí. Navíc několik holek mě fakt obdivovalo a ptalo se mě, jak jsem to dokázala. Měla jsem najednou pocit, že jsem lepší než ony, že já to dokázala.

*10. Necítila jsi se více odstrčená?*

Necítila. Byla jsme hodně odstrčena, ale bylo mi to jedno, pro mě bylo důležité jen jídlo a cvičení, ostatní mi byli ukradeni. Nechtěla jsem se s nimi bavit ani vídat.

*11. Když ses pak rozhodla vyléčit, věděla jsi, jak začít nebo ses obrátila na odborníka?*

Já sama vůbec že začátku nechtěla, věděla jsem už, že je něco špatně, ale chtěla jsem to zvládnout sama. Několik měsíců to mamka trpěla, ale když jsem nepřibírala ani gram, navíc ještě pár kilo zhubla, vzala mě k doktorce. U psychiatricky jsem pak pochopila, že musím něco změnit.

*12. Takže si pak i chodila i na pravidelné schůzky k psychiatrovi?*

Ano, povídali jsme si tak o všem. Bylo to příjemný. Chodila jsem tam asi půl roku.

*13. Byla jsi hospitalizovaná nebo ses rozhodla pro domácí léčbu?*

Naštěstí nebyla. Pořád jsem nechtěla přibrat, ale když mi řekla, že jestli do další návštěvy nepřiberu, tak mě hospitalizují. A to jsem fakt nechtěla. Nemocniční prostředí mi vždycky děsilo, tak jsem nakonec začala více postupně jíst a docházela k té psychiatrice a na pravidelné vážení k mému lékaři.

*14. Co se ti v prvních dnech, kdy ses rozhodla vyléčit a jíst víc honilo v hlavě? Vybavuješ si nějaké myšlenky, stavy?*

Bylo mi hrozně zle, vůbec jsme se necítila dobře, měla jsem strašné pocity viny, nafouknuté břicho, byla jsem neustále plná a cítila jsem se hrozně tučná, byl to hnus.

*15. Co spolužáci a přátelé? Nemoc se pravděpodobně musela podepsat na vašich vztazích.*

Ano, zůstali mi jen ti nejuvěrnější, zbytek jsem bohužel ztratila, naše cesty se rozešly, ale to nevadí. Teď mám zase nové přátele a je mi skvěle. Tady jsem si uvědomila, kteří lidi za to opravdu stojí.

*16. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?*

Od ukončení léčby je to asi rok, ale od ukončení léčby anorexie jsou to už 3. Poté jsem bohužel spadla i trochu do depresí a záchvatovitého přejídání.

*17. K tomu záchvatovitému přejídání – myslíš, že to bylo důsledkem anorexie?*

Ano. Tělo nejspíš strádalo a tím, že jsem se víc rozjedla a zrychlil se mi metabolismus, jsem začala mít bezedný žaludek. A pak jsem jedla taky hodně ze stresu. Myslím, že jsem stres jakoby zajídala.



18. *Myslíš si, že se dokáže z toho člověk dostat natolik, aby se to nikdo nevrátilo?*

To nevím, asi záleží na člověku a také jeho motivaci. Myslím ale, že někde v hloubi duše to tam stále bude.

19. *Vzkázala bys něco svému mladšímu já?*

Že jsem byla krásně hubená a vůbec nechápu, proč jsem tehdy chtěla hubnout. Měla jsem zdravou váhu. Vážila jsem 66 kg na 173cm, a cítila se tlustá. Nechápu. Takže jen to, že když jste mladí, máte si hlavně užívat! Navíc kluci nevidí každý špiček, to jen ty sama. Oni řeší, jestli jsi zábavná a jestli je s tebou sranda. Nic víc.

## **Respondent č. 2**

1. *Věděla jsi o existenci takové nemoci už dříve nebo jsi se s ní poprvé setkala až ve tvém případě?*

Věděla jsem, co to je. Chodila jsem hodně na komunitu *Ask.fm*, kde jsem sledovala rádoby zdravý životní styl ostatních holek, a psala si o rady pro mé hubnutí. Občas jsem narazila na nějaké „*pro - ana*“ stránky, kde jsem se těm holkám spíše divila a říkala si, že se mi to vůbec nemůže stát. Doslova jsem svažovala obočí nad jejich rutinou a radami. Párkrát jsem o tom zaslechla i ve škole, kdy si o tom holky povídaly, dělaly si z toho srandu a také si pročitaly různé blogy. Už od začátku jsem věděla a myslím si to dodě, že *ana* a anorexie je něco jiného. Stojím si za tím, že by mělo lidstvo znát pravou podstatu anorexie, ale bohužel každý si vybaví pod anorexií „*anu*.“ Často jsem slyšela, jak té nejhubenější holce ze třídy ostatní říkali, že je anorektička. Já jí záviděla, že jí lidi takhle „chválí“ to, jak vypadá. Věděla jsem o anorexii, ale zdaleka jsem nevěděla co to obnáší a nedokázala jsem si to představit.

2. *Proč si myslíš, že došlo k anorexii zrovna ve tvém případě? Co bylo tím spouštěčem?*

Dřív jsem měla problémy s nadváhou. Bylo mi asi devět nebo jedenáct let, co jsem měla vysokou patnáctikilovou nadváhu. Sportovala jsem už odmala, ale jedla spoustu sladkého. Nechala jsem to zajít až moc daleko. Holčičky ve škole se mi smály, kluci mi říkali, že jsem tlustá bečka a prase, využívali mě, abych jim kupovala jídlo a dělali si ze mě jen srandu. Nebyla jsem oblíbená, byl jsem posměch. Doma mi pořád předhazovali, že bych neměla jíst, že bych měla být hubená jako má sestřenka a neustále mě kontrovali. Můj otec chtěl mít prostě hubenou dceru a styděl se za mě. Odjela jsem do lázní na hubnutí do Poděbrad, kde jsem zhubla 5 kilo za 5 týdnů zdravým způsobem a naučila se jíst pravidelně, doma jsem pak

shodila dalších 8 kg. Stále jsem se pohybovala stejně v pásmu mezi nadváhou a „zatím dobrou“ váhou. Byla jsem prostě oplácaná. Bylo mi to jedno, dokud mé spolužačky nezačaly pohlavně dospívat, rostla jim prsa, ale břicho měly hubené, začaly si shánět kluky, ale já byla furt stejně oplácaná. Rostl mi zadek, a kluk by si o mě doteď neopřel ani kolo. Hubla jsem a jedla zdravě, nijak jsem se neomezovala, ale když si teď vzpomenu zpětně, mám strach, že se to bude opakovat. Další hlavní reflex byl, když jsem celé léto se snažila hubnout. Každý den jsem jezdila 10 km na bruslích, jedla jogurt s vločkami, spoustu ovoce, tmavé pečivo. Cvičila jsem přes hodinu denně venku. Mé břicho se ale stále zvětšovalo a zvětšovalo. Doteď si pamatuji, jak jsme byli s tátou v bazénu a on mi pořád šahal na břicho a ptal se, co mi to tady roste za balon. Byla jsem nešťastná, snažila jsem se, co to jde, nechtěla jsem nosit žádné šaty či upnutější kalhoty, protože jsem měla břicho, které mi přesahovalo přes prsa. Ztratila jsem menstruaci a šla jsem ke gynekologovi. Tam mi zjistili, že mám v břiše z vaječníku 6 litrovou cystu naplněnou vodou, která byla rozložená po celém břiše. Po operaci jsem konečně měla ploché břicho a poprvé jsem se cítila ve svém těle dobře. V té době jsem měřila nějakých 164cm, měla 54kg a bylo mi 14 let. Přišla jsem do školy a lidé mě chválili, jak mi to sluší. Doma také. A já se konečně cítila, že jsem splnila očekávání ostatních. Ale hlavou se mi honilo jen to - to dříve bylo tak strašné? To si o mě povídali?

### *3. Jak vypadal tvůj běžný den v době nemoci? Co se ti honilo hlavou?*

Od rána co jsem se probudila, si vybavuji, že mé první myšlenky byly na jídlo. Co ten den budu jíst, kolik toho přijmout a jak to ideálně vycvičit. Ve škole jsem se špatně soustředila, byla hodně nevrlá a vím, že se mnou kamarádky odmítaly jít do kina, protože jsem na ně hodně vyjížděla. A já stejně myslím, že bych ani nešla. Všude bylo to jídlo a mě by to lákalo. Hned co jsem přišla ze školy, jsem cvičila až do večera a pak teprve většinou dělala úkoly. A takhle to bylo denně.

### *4. Jak vypadal tvůj jídelníček?*

Pamatuji si, že jsem měla panickou hrůzu ze sacharidů a odmítala je úplně jíst. Jídelníček z dob po operaci vypadal asi tak, že ke snídani jsem měla bílý jogurt s psylliumem a trochou ořechů. Dopolední svačinu jsem nemívala a ze školního oběda snědla vždy jen polovinu. K odpolední svačině jsem si dávala rýžové chlebičky s jogurtem, nebo samotnou zeleninu, nebo jsem ji vynechala taky. K večeři pak vařenou zeleninu s jedním bílkem a plátkem sýra. Mám zaznamenaný i jídelníček z doby tři týdny před hospitalizací. To jsem na svých 165 cm vážila 43 kilo a už jsem byla pod dohledem doktorů. Ke snídani jsem mívala jogurt s lžičko vloček a přesně 4 arašídů. Ke svačině pak proteinovou nebo jinou tyčinku. U oběda jsem dál

jedla poloviční porci, ale pamatuji si, že to byl pro mě hrozný boj. Ke svačině jsem si dávala neochucené mandlové mléko a k večeři přesně 15g žitného chleba se šunkou, žervé a zeleninou. Měla jsem i druhou večeři, nutridrink, který mamka kupovala v lékárně. Nebyl to ten vysokokalorický nápoj, ale pamatuji si, že měl v sobě hodně zinku. A teď? Teď mám 60kg, měřím asi 167 cm, váha mi jde pořád trochu nahoru, ale nevím proč.

#### *5. Hádali jste se doma často kvůli jídlu?*

Až moc. Hrozně nás to s maminkou rozdělilo. Byla jsem na ní naštvaná, že mě nechápe a že nerozumí zdravé stravě, lhala jsem jí a podváděla, nikdy jsem však jídlo nevyhodila, protože nejsme moc bohatí a já jsem strašně šetřivá. Jiná část rodiny se mi smála, že mě nechápe, že je to přece tak jednoduché. Často jsem jídlo snědla a pak dva dny ležela v depresích v posteli. Když jsem přišla do školy, spala jsem, byla jsem unavená a okolí to na mě vidělo. Já jsem prostě nemohla. Mamka nade mnou často seděla a komentovala všechno, snažila se mě držet za ruku, přivést na jiné myšlenky, slupovala mi etikety, ale já to v tu chvíli viděla, že mi chce ublížit. Brečela kvůli mně, doteď toho lituji.

#### *6. Kdy si toho okolí začalo prvotně všimnout?*

Nikdo si ničeho nevšiml. Jednou na Silvestra jsem omdlela, protože jsem celý den nic nejedla, abych si mohla dát večer jednohubku. Druhý den ráno jsem dvakrát omdlela, když jsem se snažila vstát. Byla jsem zrovna u táty, protože rodiče jsou rozvedeni, který mi za to strašně nadával a šel to říct tetě a strejdovi, kteří jsou doktoři. Řekla jsem to doma mamce, která se tvářila, jestli si z ní náhodou nedělám srandu. Měla jsem sama strach, že to je něco závažného. Nikdy by mě v tu dobu nenapadlo, že to může být z nedostatku jídla. U doktora mě změřili a zvážili, podívali se, že jsem od minulé návštěvy zhubla 14 kilo. Sedl si ke mně a k mamce a řekl: „Já ti do hlavy nevidím, někdy ale potřebuje pomoc spíše duše, než tělo.“ Máma tomu pořád nevěřila, ani když jí to řekl psycholog. Já měla pořád pocit, že jím hrozně moc.

#### *7. Skrývala jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dávala více najevo?*

Podle pocitu. Zezačátku jsem se cítila dobře, když jsem si vzala legíny, užívala jsem si šaty, které jsem si nemohla dovolit vzít. Pak ale jsem se sama sobe hnusila a chtěla jsem skrývat to, jaká jsem zrůda. Nechtěla jsem, aby si ze mě dělaly holky srandu, jako tehdy, když se smály anorektičkám. Nosila jsem velké mikiny, ale nebylo to zase nic extra dramatického.

8. *A ani přes to, co sis o sobě myslela tě nenapadlo, že už je to příliš a měla bys to řešit? Že to není život?*

Nešlo to. Ta touha, aby další den byla váha nižší a nižší a byla silnější.

9. *Jak k tomu přistupovali ve škole? Reakce žáků, učitelů? Říkali ti něco?*

Spolužáci se smáli, nebo se nezajímali. Třídní učitelka si toho všimla a moc mi pomohla. Povídala si se mnou o vztazích ve třídě, o mých pocitech, o tom, jak se vnímám. Naslouchala mi. Do nemocnice mi psala povzbuzující dopisy. Měla jsem jí ráda a ona mě. Doteď jsme v kontaktu, i když na tu školu už nechodím.

10. *Necítila jsi se více odstrčená?*

Mnohem více než předtím... Cítila jsem se jako chyba ve společnosti.

11. *Když ses pak rozhodla vyléčit, věděla jsi, jak začít nebo ses obrátila na odborníka?*

Tušila jsem, ale neměla jsem sílu to udělat. Nenáviděla jsem se za to, a říkala si, že si nezasloužím být zdravá. Byla jsem pod dohledem psychoterapeutky a potom v Motole.

12. *Byla jsi hospitalizovaná nebo ses rozhodla pro domácí léčbu?*

Chtěla jsem domácí léčbu, rodina rozhodla o hospitalizaci.

13. *Co se ti v prvních dnech, kdy ses rozhodla vyléčit a jíst víc honilo v hlavě? Vybavuješ si nějaké myšlenky, stavy?*

Stavy bezmoci a zklamání. Zase jsem dělala něco špatně. Vše, co jsem si budovala, jsem zbořila jedním kousnutím. Cítila jsem každé sousto na svém těle, vnímala jsem špatně to, že mám najednou více energie. Cítila jsem se trapně a méněcenně, odepsaně a zbytečně.

14. *Dokázala jsi o těchto pocitech mluvit s mamkou, tou paní učitelkou nebo psychoterapeutkou? Dokázala ses otevřít nebo jsi tyto pocity dusila v sobě?*

Spíš v sobě, a když už tak jsem něco říkala terapeutce.

15. *Co spolužáci a přátelé? Nemoc se pravděpodobně musela podepsat na vašich vztazích.*

Už to nikdy nebude jako dřív. Z té doby jsem ztratila všechny kamarády. Doteď jsem pro ně divná anorektička.

*16. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?*

Budou to dva roky.

*17. Myslíš si, že se dokáže z toho člověk dostat natolik, aby se to nikdo nevrátilo?*

Ano jde to. Asi ne stoprocentně, ale z velké části ano. Myslím, že to člověka určitým způsobem ovlivní na celý život. Ušla jsem dlouhou cestu a vždycky se asi budu bát, že se to vrátí, ale budu vždycky bojovat, aby ne, protože to bylo nejhorší období úzkostí a depresí v mém životě. Už jsem pochopila, že být hubená neznamena spokojená.

*18. Vzkázala bys něco svému mladšímu já?*

Nezakládej si Ask.fm (*smích*) Doted' si pamatuji na účet holčiny Fit\_Naty, která mě nasadila brouka do hlavy, že sacharidy jsou zlo. Přitom je to taková blbost, a člověk je potřebuje. Dál - nic si neodpírej, nesrovnávej se, nevzdávej to, vzpomeň si, jak krásně ses měla, ne všechno je tvá vina, aby ses za to musela trestat.

### **Respondent č. 3**

*1. Věděla jsi o existenci takové nemoci už dříve nebo jsi se s ní poprvé setkala až ve tvém případě?*

V rámci školních akcí nebo informací z internetu jsem o nemoci věděla. Nevěděla jsem akorát, co všechno to obnáší, a čím si musí ty lidi projít nebo procházejí, a co se jim honí v hlavě. Proč si vlastně takhle ubližují, a vždycky když jsem viděla fotku nějaké křehké dívky, hrozně jsem se divila, že se nezlomí.

*2. Proč si myslíš, že došlo k anorexii zrovna ve tvém případě? Co bylo tím spouštěčem?*

Nevím. Už hodněkrát jsem nad tím přemýšlela. Asi jsem se cítila málo nezajímavá, chtěla jsem na sebe upoutat větší pozornost, a pak taky, když mi do života přišel přítel, tak jsem se mu chtěla líbit, asi jako to má většina holek.

Pak mi taky napadá – moje maminka je trochu při těle a já se asi vždycky trochu bála, abych to po ní nezdědila.

*3. Jak vypadal tvůj běžný den v době nemoci? Co se ti honilo hlavou?*

Neustálé myšlenky na jídlo. Co všechno nesmím, nebo spíš, co všechno jsem si zakázala. Jestli ty porce jsou dostatečně malé, jestli ta váha ráno ukáže zase o něco míň, jestli to přijaté jídlo dokážu vycvičit.

#### *4. Jak vypadal tvůj jídelníček?*

Čím míň, tím lépe. Pamatuji si, že jsem i přítelovi jídlo fotila, aby viděl kolik toho mám málo a chtěla jsem, aby mi na to i odepsal, že bych měla víc jíst. Ráno jsem mívala ovesnou kaši snad z 10g vloček, k obědu kus ryby s okurkou a pak si vybavuji, že před cvičením jsem si dávala vždy lžici tvarohu s lžící vloček, víc jsem nejedla.

#### *5. Hádali jste se doma často kvůli jídlu?*

Zezačátku ne. Doma si toho nevšimli, ale pak když už jsem byla opravdu jen kost a kůže, tak ano a hodně. Víím, že jsem naše hodně s tím trápila, ale nemohla jsem si pomoci. Ta nemoc byla silnější.

#### *6. Kdy si toho okolí začalo prvotně všímat?*

Poprvé si toho všimla maminka, která mě odvezla k doktoru a pak se to začalo celé řešit. Občas něco prohodil i přítel, ale na to jsem takový zřetel nebrala. Myslela jsem si, že štíhlý holky jsou in, tak se mu to přece musí líbit, že nejsem žádný špekoun.

#### *7. Skrývala jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dávala více najevo?*

Zezačátku jsem to dávala hodně najevo, byla jsem svým způsobem na sebe pyšná. Pak už jsem nosila spíš volnější oblečení, protože mi začalo vadit, jak se za mnou každý otáčí, ukazuje si na mě, a pak mi taky byla pořád zima, takže jsem volila spíš teplejší oblečení.

#### *8. Jak k tomu přistupovali ve škole? Reakce žáků, učitelů? Říkali ti něco?*

V té době jsem do školy nechodila, takže těmhle reakcím jsem se naštěstí vyhnula. Ale s okolím, se kterým jsem se vídala, poznámky k mé postavě měli.

#### *9. Necítila jsi se více odstrčená?*

To ani ne. Nikdy jsem nebyla úplně extrovert, který by ve společnosti trávil většinu času.

#### *10. Když ses pak rozhodla vyléčit, věděla jsi, jak začít nebo ses obrátila na odborníka?*

Tušila jsem, co bych měla, ale začít sama od sebe jsem se bála a tak jsem poprosila odborníka. Docházela jsem pravidelně k psychiatričce a měla jsem výživového poradce, který mi pomáhal s jídlom a porcemi.

*11. Byla jsi hospitalizovaná nebo ses rozhodla pro domácí léčbu?*

Všichni lékaři mi hospitalizaci doporučovali, ale já se rozhodla pro domácí léčbu. Podle zvěstí, které jsem o léčebnách slyšela, jsem za to vděčná.

*12. Jaké zvěsti?*

Jak je vykrmuji jako chovné husy, s prominutím. Zákazy telefonů, rozhovorů, pomalu i chůze. Nevím, nelíbí se mi vůbec ten systém a přístup, se kterým s nemocnými jednají.

*13. Co se ti v prvních dnech, kdy ses rozhodla vyléčit a jíst víc honilo v hlavě? Vybavuješ si nějaké myšlenky, stavy?*

Neustálý strach. Strach z přibírání, strach z tuku, strach, že se zase všechno vrátí a já budu tlustá. Nesnášela jsem ten pocit plného žaludku, a jak mi všichni kontrolovali jestli jím a kolik toho jím. Vyletěla jsem vždy jako čertík z krabičky, když se mi někdo zeptal, co jsem jedla. Nelíbila se mi ta kontrola. Chápu, že se báli, ale.

*13. Co spolužáci a přátelé? Nemoc se pravděpodobně musela podepsat na vašich vztazích.*

Ano hodně. Nebudu lhát, přišla jsem o většinu svých přátel a zůstali mi opravdu jen ti, kterým na mě záleželo. Bohužel jich bylo málo.

*14. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?*

Zhruba dva roky.

*15. Myslíš si, že se dokáže z toho člověk dostat natolik, aby se to nikdo nevrátilo?*

Ne. Myslím, že ve člověku to už bude a poznamená ho to do konce života. Stejně jako každá jiná nemoc nebo důležitá věc v životě. Změní se tím člověku pohled na svět, začne mít trochu jiné priority, i na lidi se bude koukat trochu jinak a hlavně, změní přístup k sobě.

*16. Vzkázala bys něco svému mladšímu já?*

Nenechat se tolik ovládat sociálními médii, přestat se srovnávat a hnát se za dokonalostí, která neexistuje. Naučit se přijmout takový jací jsme a pracovat na sobě, rozvíjet se, ale všeho s mírou. Možná otřepané fráze, ale bohužel pravdivé.

## Respondent č. 4

*1. Věděla jsi o existenci takové nemoci už dříve nebo jsi se s ní poprvé setkala až ve tvém případě?*

Tím, že nějaký problém s jídlem u mě nastal už v osmé třídě na ZŠ, tak jsem se o existenci této nemoci dozvěděla až v mém případě.

*2. Proč si myslíš, že došlo k anorexii zrovna ve tvém případě? Co bylo tím spouštěčem?*

Aspektů bylo víc, od dětství jsem dělala sportovní gymnastiku a vždycky jsem byla trochu oplácaná a ostatní holky se mi smály. Můj tát mi jednou řekl, že jsem tlustá. A to byl asi ten hlavní motiv. Šla jsem se zvážit a měla jsem 57,5 kg na 157cm a tím to asi všechno začalo, že jsem se začala omezovat v jídle a nemít se ráda.

*3. Jak vypadal tvůj běžný den v době nemoci? Co se ti honilo hlavou?*

Na ZŠ to bylo v podstatě každý den stejné. Ve škole jsem se soustředila na výuku a měla jsem trénink každý všední den od 14:00 do 18:00. To jsem se zase soustředila na trénink, takže těch myšlenek moc nebylo. O víkendech jsem jezdila s rodiči na chalupu a to si pamatuji, že jsem jedla normálně oběd s rodinou, ale měla jsem menší výčitky. Pořád to ale nebylo tak hrozné. S příchodem gymplu skončila gymnastika a začala jsem se víc zajímat o to, co jím. Myslela jsem si, že jím zdravě, ale spíš jsem nejedla. Během dne jsem snědla cca 500kcal. A v tuhle dobu už se mi toho hlavou honilo víc. Co jím, co smím a nesmím jíst a jak se cítím.

*4. Jak vypadal tvůj jídelníček?*

Také záleží na období. Na ZŠ to byl ke snídani celozrnný plátek chleba se šunkou a sýrem, ke svačině většinou cherry rajčátka, k obědu jsem si dala trochu toho co bylo ve školní jídelně. A k večeři mističku zapékaných muslí. Na gymplu to bylo ke snídání 150g bílého jogurtu, ke svačině zelenina, 100g kuřecího a 100g cottage a k večeři proteinová tyčinka. Později jsem se ale snažila navyšovat příjem, ale v podstatě přibyla jen tortila k obědu a večer půlka tvarohu.

*5. Hádali jste se doma často kvůli jídlu?*

Spíš ne, doma jsem říkala, že jsem toho snědla víc, než jsem ve skutečnosti snědla. Spíš mamku mrzelo, že jsem nechtěla jíst jídlo, které ona uvařila.



*6. Kdy si toho okolí začalo prvotně všímat?*

Už na té základní škole, ale tím, že jsem byla v gymnastickém prostředí pořád, tak mě většina lidí spíš obdivovala a ptala se mě, jak jsem to dokázala. Na druhou stranu mi ale trenéři říkali, že takhle už to stačí a ať už dál nehubnu.

*7. Skrývala jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dávala více najevo?*

Nepřišla jsem si extrémně hubená, takže jsem nenosila naschvál volné oblečení, ale také jsem se moc neodhalovala, protože mi byla věčně zima.

*8. Říkala jsi, že tím, že už to nastoupila na základní škole, neměla jsi dostatek informací. Kdes je tedy potom získala?*

Hledala jsem hodně informací na internetu, pak po rozhovorech s kamarádkami a od psycholožky.

*9. Jak k tomu přistupovali ve škole? Reakce žáků, učitelů? Říkali ti něco?*

Pár holek mi říkalo, že už je to moc, a že bych si měla dávat pozor, ale zase se našly i takové, které chtěly vědět takové to moje „know-how“.

*10. A říkala jsi jim o tom?*

Bohužel ano. Líbilo se mi, že projevovali takový zájem a záviděli.

*11. Necítila jsi se více odstrčená?*

To ani ne, lidí jsem s nestraničila, spíš naopak, čím víc jsem byla s lidmi, tím míň jsem myslela na jídlo.

*12. Když ses pak rozhodla vyléčit, věděla jsi, jak začít nebo ses obrátila na odborníka?*

S mamkou jsme byly ještě v období ŽŠ u psycholožky, ale to mi přišlo k ničemu. Měla jsem si psát jídelní deník a přibrat na 46kg. Měla jsem s ní jen pár sezení. Nějakým způsobem jsem se přemohla a přibrala, psycholožce jsem říkala, co chtěla slyšet - jak jí moc děkuji, že mi pomohla, a že se cítím mnohem lépe, že budu určitě pokračovat a udržovat si tuto váhu, a byli jsme obě spokojené. Pak jsem si ale zase jela to své a váha klesla ještě níž než ta, která byla před návštěvou psycholožky.

*13. Byla jsi hospitalizovaná nebo ses rozhodla pro domácí léčbu?*

Hospitalizovaná jsem nebyla.

*14. Co se ti v prvních dnech, kdy ses rozhodla vyléčit a jíst víc honilo v hlavě? Vybavuješ si nějaké myšlenky, stavy?*

Ten strach, že jednou nebudu moct mít děti. Pořád mám v hlavě trošku pocit, že to staré já, které se jídla bojí a snaží se mu vyhnout, uvnitř mě někde je, ale tenhle strach, strach nemít v budoucnu rodinu je vždy silnější. A jsem za tenhle strach opravdu ráda.

*15. Co spolužáci a přátelé? Nemoc se pravděpodobně musela podepsat na vašich vztazích.*

Přátelé jsem žádné neztratila, ani naše vztahy se nějak nezměnily. Moje špatné myšlenky jsem nikdy nestavila mezi nás a neschovávala se. A za co jsem moc vděčná, že to vše se mnou prožíval můj přítel. Moc si vážím toho, že rozumí do teď tomu, že když jdeme někam na jídlo, domluvíme se, kam půjdeme a vybíráme místo tak, abychom si oba něco vybrali. Je mi velkou oporou.

*16. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?*

Zhruba osm roky.

*17. Myslíš si, že se dokáže z toho člověk dostat natolik, aby se to nikdo nevrátilo?*

Asi to někdo dokáže, ten člověk musí být ale opravdu silný, u mě už to trvá osm let, už to není tak hrozné jako to bývalo, ale pořád si někdy přijdu jako na houpačce.

*16. Vzkázala bys něco svému mladšímu já?*

Vzkážu to nejen tomu mladšímu ale i tomu staršímu. Na světě je tolik důležitějších věcí, které je potřeba řešit a věci, jako jestli je člověk o pár kilo těžší a nebo jestli snědl něco, co je pro něj zakázané, mezi ně rozhodně nepatří. A těch bych mému já vzkázala, ať stále víc a víc snaží mít se rádu, takovou jaká právě jsem.

## 10. Závěr

Závěrem bych řekla, že z osobních rozhovorů i vyplněných dotazníků mi jen dokazuje výše zmíněné body z teoretické části, které jen potvrzují, že tato nemoc není banalita a ve společnosti by se o ni mělo více hovořit a zaměřit se na její prevenci, rozšiřovat informace a zdravotní rizika mezi školy a mladistvé, aby se co nejvíce zmenšoval počet nemocných. Více dbát na osobní hygienu, sebelásku a učit mladé jedince přijmout sebe takový jací jsou, protože v každém je něco krásné a jedinečné.

## 11. Resumé

Cílem bakalářské práce bylo objasnit problematiku mentální anorexie a zaměřit se na její zdravotní rizika a možné důsledky, které nemoc přináší, ať už po fyzické či psychické stránce.

Shrnout fyzické důsledky, které se důsledkem restrikce jídla u pacientů objevují a mohou způsobit zdravotní postižení i po zbytek života.

Kromě fyzických změn se nemoc nejvíce podepíše na psychické stránce, kdy duše se uzdravuje nejdéle a největší problém je u pacientů si srovnat v hlavě, kdo vlastně jsou a primárně se naučit přijmout sami sebe takový jací jsou.

The aim of the bachelor thesis was to elucidate one form of eating disorder such as mental anorexia. I think it is a relatively tricky topic that is not so much reluctant or afraid to talk. Perhaps this is the reason why young people, especially those with a lack of information, become victims of this disease. Because I was not different and have my own disease, I decided to focus more on this issue and find out as much information from relevant sources as possible and to clarify myself and maybe other facts about the disease. The aim of the work was to focus on when the respondents realized the problem itself, because it seems to me to be a basic problem. Recognize the problem. Recognize your illness. What was then the motivation for their treatment, how hard they had to be, what individuals had to go through and the associated and the obstacles that occurred during their treatment. Physical or mental, which develop much worse than physical consequences, because the whole problem of mental anorexia lies mainly in the head, in our soul, in our own imagination.

## 12. Zdroje

KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi, 2004.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd.1., Praha: Grada 2010, ISBN 978-80-247-2425-6.

KRCH, František. *Mentální anorexie*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-598-9

NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatria pre praxi, 2007.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Brno 2010, ISBN 978-80-7204-657-7.

MIDDLETON, Kate. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1., Uhřetice: Doron 2013, ISBN 978-80-7297-115-2

PAPĚŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Vyd.1., Praha: Psychiatrické centrum 2012, ISBN 978-80-87142-18-9*

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1., Praha: Portál 2002, ISBN 80-7178-497-4

BENEŠOVÁ, Dagmar. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Vyd. 1., Praha: Sdružení MAC 2003, ISBN 80-86015-91-2

