

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**Mentální anorexie**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Adéla Vachalovská**

*Učitelství pro základní školy, obor Výchova ke zdraví*

Vedoucí práce: Mgr. Václava Klimtová

**Plzeň, 2020**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 29. dubna 2020

.....  
vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Václavě Klímové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Mé veliké poděkování patří především všem respondentům, kteří byli ochotni účastnit se výzkumné části práce a hovořit o osobních záležitostech.

## OBSAH

Úvod .....	2
1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	4
1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	5
2 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	8
2.1 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	10
2.2 PRŮBĚH A PROGNÓZA MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	13
2.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY A LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	15
3. AKTIVIZAČNÍ FAKTORY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	21
3.1 VNĚJŠÍ FAKTORY.....	21
3.2 VNITŘNÍ FAKTORY.....	22
4 PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	24
4.1 OBČANSKÁ SDRUŽENÍ.....	27
5 VÝZKUMNÝ PROJEKT.....	29
5.1 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A CÍLE VÝZKUMU .....	29
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	29
5.3 ETIKA VÝZKUMU .....	30
5.4 METODA SBĚRU DAT .....	30
5.5 ANALÝZA SBĚRU DAT .....	31
6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	32
6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	32
6.1.1 První kategorie – Propuknutí nemoci.....	32
6.1.2 Druhá kategorie – Restrikce potravy.....	33
6.1.3 Třetí kategorie – Zvýšení fyzické aktivity.....	34
6.1.4 Čtvrtá kategorie – Sociální kontakty.....	35
6.1.5 Pátá kategorie – Typ výchovy.....	36
6.1.6 Šestá kategorie – Techniky skrývání.....	37
6.2 REFLEXE VÝZKUMNÍKA .....	38
ZÁVĚR.....	42
RESUMÉ .....	44
KLÍČOVÁ SLOVA .....	44
KEYWORDS.....	44
SEZNAM LITERATURY .....	45
SEZNAM TABULEK .....	48
PŘÍLOHY .....	I
PŘÍLOHA 1: TAZATELSKÉ SCHÉMA .....	I
PŘÍLOHA 2: KAZUISTIKY .....	I
Kazuistika č. 1.....	II
Kazuistika č. 2.....	III
Kazuistika č. 3.....	VI

## Úvod

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu dlouhodobé úzké spolupráce autorky s mládeží, při které byla svědkem, jak poruchy příjmu potravy přesahují samotný rámec onemocnění a zasahují do mnoha aspektů života nejen samotným jedincům, ale i jejich rodin. Dopady onemocnění, kterému se tato bakalářská práce bude věnovat, se odrážejí na sociálních a osobních vztazích nemocných jedinců, ale i jejich okolí s přesahem do zbytku života. Následky mentální anorexie zcela ovlivní jedince ve všech aspektech života, od myšlení až po samotné konání.

Obecně se poruchy příjmu potravy považují za závažný problém současnosti se stále zvyšující se prevalencí. Podle navyšujícího se počtu případů tohoto onemocnění se nabízí myšlenka, zda důvodem není současná doba, která je zaměřena hlavně na výkon a je přesycena digitálními technologiemi. Velký vliv mají také media, která propagují nereálný ideál krásy.

Z veřejně dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky lze zjistit, že věková hranice onemocnění klesá, a hlavně v adolescentním věku je často bagatelizována, a to i přes jasně prokázané negativní důsledky na lidské zdraví, které mohou vést až ke smrti jedince. Tisková zpráva z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy z roku 2017 uvádí, že v české populaci je asi 5 % nemocných s poruchami příjmu potravy. Z toho je až 1,5 % anorektických pacientů a jejich počty stále přibývají. Toto závažné psychické onemocnění se stále častěji dostává do chronických stádií přetrvávajících i desítky let. V odborné literatuře je tento dlouhodobý stav označován jako Severe and Enduring Anorexia (SEAN).

Problematikou poruch příjmu potravy se zabývá stále více odborníků, kteří se snaží informovat veřejnost o problému a pomoci najít řešení vhodně zvolenou léčbou. Mezi nejvýznamnější české odborníky na poruchy příjmu potravy patří Krch a kol. (2005), Papežová a kol. (2010, 2018), Orel a kol. (2016), Pugnerová, Kvintová (2016) a Procházková, Sladká-Ševčíková (2017), jejichž díla a výzkumy budou hlavním zdrojem informací pro tuto práci.

Tyto veřejně dostupné informace daly podklad pro vznik této bakalářské práce. Jejím teoretickým obsahem bude náhled do historie příjmu potravy s hlavním zaměřením na mentální anorexii, protože její projevy nejsou viditelné jen přísným omezováním

potravy či excesivním cvičením, ale hlavně jsou skryté. S déletrvajícím onemocněním se závažné dopady projeví na trvalém poškození zdraví, na funkčnosti vztahů, zájmů a nekončícím strachem, který je již projevem závažného duševního onemocnění. Práce se bude snažit nabídnout stručný přehled ověřených informací provázející mentální anorexii.

Práce je dělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na vymezení poruch příjmu potravy a charakterizaci onemocnění mentální anorexie. V první části se bude zabývat historickým vývojem od prvních zmínek této poruchy až do současnosti. Práce se bude věnovat možným příčinám vzniku tohoto onemocnění, jeho průběhu i prognóze se zaměřením na aktivační faktory onemocnění, na jejich zdravotní důsledky a různé možnosti léčby. V samotném závěru teoretické části bude zmíněna důležitost prevence vztahující se k mentální anorexii a občanská sdružení, která se v České republice zabývají danou problematikou.

Z výše uvedených informací byl také detekován cíl této práce. Empirická část bude pomocí výzkumného šetření zacílena na vytvoření přehledu společných specifik daného onemocnění z pohledu osob, které v minulosti tuto nemoc prodělaly. Dalším cílem bude zjistit, zda z historického pohledu došlo ke změně některých etiologických informací tohoto onemocnění. Data získaná šetřením budou porovnána s novými poznatky současných odborníků.

## 1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Příjem potravy je nezbytnou podmínkou pro život. Potřeba nasycení je hlavní starostí člověka už od dob prvotních. Dostatek jídla, především jeho správné vyvážení, hraje velice důležitou roli v kvalitě lidského života, zejména v jeho zdraví. Naopak nedostatek potravy může zapříčinit snížení množství energie, a vést k rozvoji mnoha somatických problémů. Je známo mnoho faktorů podílejících se na vzniku poruch příjmu potravy. Příčiny vzniku tohoto závažného onemocnění vychází z celého bio-psycho-sociálně-spirituálního spektra. S poruchami příjmu potravy je spojena především porucha tělesného schématu (Orel a kol., 2016, s. 202).

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (dále jen MKN-10) je nejdůležitější publikace pro zařazování lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších symptomů. Je vydávána Světovou zdravotnickou organizací<sup>1</sup> jako univerzální seznam diagnóz. Poruchy příjmu potravy jsou označovány kódem F50. Mezi poruchy příjmu potravy patří v současné době mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, poruchy příjmu potravy nervového systému, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a jiné poruchy příjmu potravy (které zahrnují Pica<sup>2</sup> u dospělých a psychogenní ztrátu chuti k jídlu), z nichž nejznámější v povědomí široké veřejnosti jsou právě mentální anorexie a mentální bulimie (Český statistický ústav, 2020). Tato bakalářská práce se zabývá právě mentální anorexií, proto se teoretická část této práce bude zabývat výhradně touto poruchou příjmu potravy.

U jedinců s poruchami příjmu potravy zaznamenáváme komorbidní onemocnění (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 102). Jak uvádí Kriegelová (2008, s. 92), poruchy příjmu potravy často předcházejí dalšímu negativnímu, podobně závažnému jednání, a to sebepoškozování. Sebeпоškozující jednání ve spojitosti s mentální anorexií podle Kriegelové (2008, s. 92) potvrzuje mnoho studií, především těch zahraničních. Poškozování vlastní osoby bývá projevem sebetrestání. Sebeпоškozování představuje rychlý způsob uvolnění vnitřní frustrace a celkové psychické tenze. Poškozování se pomocí řezání může být využíváno jako sekundární vliv na váhu. „*Při krvácení dochází ke snížení*

<sup>1</sup> WHO = zkratka z originálního názvu World Health Organizations

<sup>2</sup> PICA = porucha příjmu potravy, při které postižený pojídá věci, které nejsou považovány za potraviny a nemají žádné nutriční hodnoty (např. papír, tkaniny, kamínky aj.)

*koncentrace železa v krvi a tím může dojít k hubnutí“* (Kriegelová, 2008, s. 95). Nejvyšším stupněm sebepoškozujícího jednání je suicidální chování.<sup>3</sup> „*Sebevražedné jednání se vyskytuje asi u 3 -20 % pacientů s mentální anorexií“* (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 102).

## 1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V dřívějších dobách bylo odmítání jídla vnímáno jako známka nějaké somatické poruchy a ne vždy bylo toto chování považováno za primárně patologický jev, jako je tomu dnes. Původní dodržování extrémního půstu bylo spjato s křesťanstvím, konkrétně jako součást sebetrestajících a asketických praktik. O několik let později si začali lidé odmítání konzumace jídla spojovat s nadpřirozenými silami nebo se spojením se samotným ďáblem. S přibývajícím časem se pohled lidí na odmítání jídla překotně změnil. Začali to považovat za známku duševní poruchy (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 19).

První potvrzené zmínky o lidech, jejichž životní styl vypovídal o dnes již dobře známém onemocnění označovaném jako mentální anorexie, jsou již z dob pozdního středověku. Už tehdy bylo známo mnoho případů *svatých žen*, které přijímaly minimum potravy nebo dokonce nejedly vůbec a prohlašovaly, že je naživu drží boží vůle. Na počátku novověku, kdy začala římskokatolická církev značně omezovat množství *svatých*, kteří byli kanonizováni, se ztatečně snížil i počet těchto postících se *svatých žen*. Vystřídaly je postící se mladé dívky, které se nechávaly nazývat *zázračné panny*. Jednalo se o dívky pubertálního věku, které se svůj snížený příjem potravy na minimum nesnažily vysvětlit božím zásahem. V dnešní době předpokládáme, že se jednalo o dívky trpící mentální anorexií. Tyto mladé dívky byly v tehdejší době velice oblíbené. Sjížděly se za nimi tisíce poutníků, králů i dalších hodnostářů, kteří jim přinášeli hodnotné dary. Mnoho lékařů tehdejší doby bylo stále přesvědčeno, že se jedná o boží zázrak a začali pro ně používat označení *anorexia mirabilis* ( Krch a kol., 2005, s. 27-28).

*„Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu“* (Krch a kol., 2005, s. 28). V průběhu 19. století se začalo na odmítání příjmu jídla pohlížet jako na patologický jev. Z té doby známe první dochované spisy, které popisují mentální anorexii

<sup>3</sup> Suicidální chování = jednání vedoucí k dobrovolnému ukončení vlastního života



s důvěryhodnou charakteristikou pacientů. Mentální anorexie začala být známá jako psychogenní nemoc především díky Siru Wiliamu Whitneymu Gullovi a Ernestu-Charlesi Laséquovi. Oba lékaři nezávisle na sobě v roce 1873 publikovali a přednášeli o *anorexia hystérique*<sup>4</sup> a *anorexia hysterica*<sup>5</sup> a už tehdy popisovali znaky mentální anorexie, které známe i dnes. Přesto trvalo ještě další desetiletí, než se o tento jev začala lékařská veřejnost zajímat. Současně se změnil i pohled široké veřejnosti na postící se lid. Tito jedinci začali být vnímáni spíše jako hysterické osoby se sklony k podvádění, které se snaží na sebe jen upoutat pozornost svého okolí (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 19-20). Většina lékařů se zaměřovala především na somatické projevy nemocných, zejména na poruchy funkce žaludku.

Začátkem 20. století se již začíná v odborné literatuře objevovat termín „*nervová anorexie*“. Roku 1840 začal francouzský frenolog a fyziolog Fleurylmbert rozlišovat anorexii na dva podrobnější druhy: gastrickou anorexii (lat. *anorexie gastrine*) a nervovou anorexii (lat. *anorexie nerveuse*). Gastrickou anorexii popisuje především jako poruchu trávení v oblasti žaludku. Oproti tomu při nervové anorexii zaznamenává silnou nechuť k jídlu. Mozek u těchto pacientů nevyvolává signál chuti k jídlu, díky tomu dochází k dlouhodobému hladovění. Nervová anorexie je provázena mnoha neurotickými symptomy, nejčastěji změnami nálad vyvolávající častou melancholii, hněv a úzkost. Imbertova práce se v tehdejší době nedočkala žádného profesního uznání v lékařských kruzích. Termín *anorexia nervosa* byl zaveden ve známost až v roce 1874 díky britskému lékaři Williamu Gullovi. Dalších 75 let byla ztráta chuti k jídlu chybně interpretována jako kritérium syndromu *anorexia nervosa*. Přesto charakteristické znaky tohoto onemocnění popsané v minulosti platí dodnes: velký úbytek tělesné hmotnosti, anemorea<sup>6</sup>, zácpa, neklid, zhoršení kvality kůže a zubů, vypadávání vlasů a problémy funkce vnitřních orgánů (Krch a kol., 2005, s. 28-29).

Přestože byla mentální anorexie detailně popsána již v průběhu 19. století významnými lékaři tehdejší doby, ani poté ji nikdo nebral moc v potaz. V některých zemích se o ni příliš nezajímali ani v průběhu 20. století. Když už byla mentální anorexie plně respektována jako onemocnění, byla zařazována mezi duševní poruchy, kam patří

---

<sup>4</sup> Ernest-Charlese Laséque

<sup>5</sup> Sir Wiliam Whitney Gull

<sup>6</sup> Anemorea = ztráta menstruace u žen

i dnes (mimo krátké doby, kdy byla chybně zařazována mezi poruchy funkce žaludku). K původnímu popisu mentální anorexie od Laségueho a Gulla se připojily ještě další příznaky, které dnešní lékaři spojují s tímto onemocněním: úmorná snaha o dosažení štíhlé postavy a narušené vnímání vlastního tělesného schématu (Krch a kol., 2005, s. 31). Nárůst výskytu poruch příjmu potravy v plošném měřítku můžeme sledovat především od druhé poloviny 20. století (Orel a kol., 2016, s. 202). Narůstající počet mladých lidí trpících mentální anorexií či obecně poruchami příjmu potravy je spojován se změnami v pojetí ideálu krásy a kladením nadměrných nároků na vzhled, ale i výkon a úspěch. Lidé se snaží dosáhnout společensky přijatelné dokonalosti, což je pro většinu z nich takřka nemožné.

Informovanost o poruchách příjmu potravy odborníků a široké veřejnosti, za poslední desetiletí významně vzrostla. Vyšší nárůst výskytu onemocnění můžeme pozorovat především ve vyspělých zemích světa. Mnoho autorů (Krch 2005, Cohen 2002 a další) to dává do souvislosti s mediální propagací nezdravě vypadajícího současného ideálu krásy. *„Poruchy příjmu potravy nejsou běžné, ale znepokojení kvůli jídlu ano“* (Cohen, 2002, s. 101). Proto se mentální anorexie stává v posledních letech „módní“ poruchou (Krch a kol., 2005, s. 31).

## 2 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie (lat. *anorexia nervosa*) je podle současného pohledu charakterizována vědomým a úmyslným snižováním vlastní tělesné hmotnosti a udržováním těla v dlouhodobém stavu podváhy. Snižování váhy je dosahováno pomocí extrémního omezení příjmu živin (včetně vody), nadměrnou tělesnou aktivitou, vyvolávaným zvracením, zneužíváním laxativ<sup>7</sup> či diuretik<sup>8</sup>. „*Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout*“ (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 8). Nemocní trpící mentální anorexií pociťují radost z úbytku váhy. V naprosté většině případů jsou postižení jedinci bez jakéhokoliv náhledu na nepřiměřeně nízké hodnoty své hmotnosti a paradoxně usilují o další snížení váhy (Malá, Pavlovský, 2002, s. 76). Tato psychiatrická porucha se vyskytuje napříč všemi sociálními vrstvami. Ke sledování míry podvýživy slouží Body Mass Index (dále jen BMI<sup>9</sup>), podle kterého se udává důležitá hranice při sledování výskytu mentální anorexie. Při hodnotách  $\leq 17,5$  hovoříme téměř vždy o mentální anorexii. Normální hodnoty BMI se pohybují u dospělých žen v rozmezí 20-25, u mužů v rozmezí 21-26. Při diagnóze mentální anorexie je smrt více než reálnou možností (Cohen, 2002, s. 202-203). U pacientů trpících mentální anorexií se vyskytuje, navzdory extrémní podvýživě, chorobný strach z tloušťky. Dochází k tomu kvůli změněnému vnímání vlastního tělesného schématu. Objevují se nutkavé myšlenky na potřebu udržení nízké tělesné hmotnosti, které ovšem nikdy nemohou dosáhnout, především kvůli neustále se zvyšujícím nárokům na snižování váhy (Orel a kol., 2016, s. 203).

„*Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchy v jedení a nízkou tělesnou hmotnost*“ (Krch a kol., 2005, s. 18). Krch (2003, s. 36) tvrdí, že podle výsledků většiny studií právě redukční diety podstatně zvyšují riziko mentální anorexie, a to až osmkrát. Zákeřnost onemocnění tkví v tom, že nemocní si svůj problém nepřipouštějí a často dlouho odmítají přijmout stanovenou diagnózu (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133). Při výskytu mentální anorexie je obvyklé tajení a skrývání poruchy před svým sociálním okolím, především před rodinou. Osoby, u nichž se objevuje mentální anorexie,

<sup>7</sup> Laxativa = projímadla

<sup>8</sup> Diuretika = léky podporující vylučování moči z těla

<sup>9</sup> BMI = hmotnost v kg /výška v m<sup>2</sup>

vykazují nadprůměrný intelekt, který by podle jejich převrácených hodnot měl ovládat tělesné potřeby. „*Uspokojovat vlastní tělesné potřeby, tedy jíst, může pro tyto lidi znamenat totéž co kapitulaci ducha*“ (Tress, Krusse, Ott, 2008, s. 135). Pokud jedinec trpící mentální anorexií dosáhne ve svém fyziologickém stavu kachexie, což je vysoký stav podvýživy a chátrání organismu, může zemřít.

V populaci se mentální anorexie vyskytuje nerovnoměrně genderově vyvážená. V odborné literatuře se množství mužů postižených tímto onemocněním udává pouze okolo 5 %, zbylých 95% připadá na ženy (Krch, 2005, s. 35). Podle nejnovějších statistik vydaných Ústavem zdravotnických informací a statistik ČR (2019, s. 14) tvoří muži 9 % pacientů ze všech nemocných trpících poruchou příjmu potravy. Odborníci se shodují na tom, že krizový věk pro spuštění onemocnění mentální anorexie je adolescence. Věkové rozmezí vymezující adolescenci je dle Vágnerové (2000, s. 367) 15-20 let, dle Orla a kol. (2016, s. 202) 14-18 let, dle WikiSkript projektu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (2020) 12-17 let. Papežová a kol. (2018, s. 122) tvrdí, že největší riziko je u jedinců nacházející se v adolescentním stádiu, ale stále častěji přibývá postižených i v dětském věku před pubertou. Dle aktuálního srovnání je patrné, že věková hranice adolescence se v průběhu posledních let snížila, díky čemuž lze pozorovat nárůst počtů pacientů stále mladšího věku. Typickým znakem u nemocných s počátkem nemoci v raném dětství či na počátku adolescence je úplné zastavení tělesného růstu a opožděné sexuální zrání. U jedinců s nedokončeným tělesným zráním nejsou zcela vytvořeny tukové rezervy, kvůli čemuž může dojít k rychlejšímu projevení nejrůznějších zdravotních potíží (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 9 -10). Adolescentní věk je význačný věnováním nadměrné pozornosti tomu, co si o nás myslí druzí. Mnohdy dochází k silné vnitřní nejistotě, zda budou dospívající jedinci pozitivně přijímáni svým okolím. Na základě této vnitřní nejistoty, kterou adolescenti pociťují, jsou náchylnější k rozvoji poruch příjmu potravy, z nich nejčastěji právě k mentální anorexii. „*Poruchy příjmu potravy slouží jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí*“ (Novák, 2010, s. 17). Autoři zabývající se problematikou mentální anorexie vyslovili názor, že se často mentální anorexie rozvine u mladistvých v průběhu dospívání ve formě protestu proti autoritě. Dochází k tomu

u jedinců, kteří nejsou zcela ztotožnění se svou vlastní identitou a neumějí adekvátně přijímat kritiku ze stran autorit (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 260).

MKN-10 označuje mentální anorexii kódem F50.0 a popisuje ji jako poruchu provázenou úmyslným hubnutím, za kterou je odpovědný sám pacient. *„Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy“* (Český statistický ústav, 2020). Onemocnění mentální anorexie je spojeno se specifickou psychopatií, kdy je nárůst tělesné hmotnosti hluboce zakořeněn v hlavě jako vtíravá myšlenka. Právě kvůli těmto neustále se vracejícím myšlenkám pacienti usilují o stále nižší a nižší tělesnou váhu. V naprosté většině případů je přítomna podvýživa různého stupně. S tímto závažným onemocněním jsou úzce spojeny i další somatické obtíže týkající se především sekundárních endokrinních a metabolických změn a poruch tělesných funkcí. Mezi nejvýznamnější příznaky nemoci patří: specifický výběr potravin, nadměrná tělesná aktivita, vyvolávání zvracení či průjmů spojené s užíváním anorektik<sup>10</sup>, laxativ a diuretik (Český statistický ústav, 2020).

Mentální anorexii můžeme také zařadit mezi kvalitativní poruchy obživního pudu. U této specifické poruchy se jedná o nechutenství a odmítání jídla. Není to z důvodu, že by nemocní chuť k jídlu neměli, ale proto, že jíst nechtějí. *„Anorexie může být také maladaptivní formou vyrovnávání se se stresem“* (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 26-27). Pacienti postrádají pocit hladu, postupně se snižuje jejich tělesná hmotnost za pomoci hubnutí a vyúsťuje až v kachexii. Neopodstatněný strach z vlastní obezity nemizí ani při velkém váhovém úbytku (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 26-27).

## 2.1 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE

Za poslední desetiletí se poruchám příjmu potravy začíná věnovat stále větší pozornost, ale i přesto zde zůstává mnoho nejasností. Odborníci zabývající se mentální anorexií se shodují na názoru, že faktory způsobující plné propuknutí onemocnění nejsou zcela dobře známy a to kvůli jejich nedostatečnému poznání v době vzniku nemoci. Kvůli tomu je velice obtížné stanovit pravou, ústřední příčinu vzniku nebo úplný počátek onemocnění. Především proto, že je u každého pacienta jiný. Proto se ve většině odborné literatuře uvádí hned několik faktorů, které by mohly způsobovat toto onemocnění.

<sup>10</sup> Anorektika = látky potlačující chuť k jídlu

V současné době se prosazuje názor, že příčiny vzniku vyplývají z celého bio-psycho-sociálně-spirituálního spektra. „*Multifaktoriální příčiny onemocnění zahrnují genetické, vývojové a stresové i environmentální rizikové faktory, některé společné pro celé spektrum*“ (Raboch a kol., 2011, s. 38). Znalost příčiny nemoci napomáhá k samočinnému odstranění problému a snaze o vyléčení pacienta. Důležité je si uvědomit, že důsledky mentální anorexie zasahují do všech aspektů pacientova života a ovlivňují tak prožívání jeho emocí, ale i sociální, pracovní a sexuální život. Mezi hlavní příčiny onemocnění patří pocit nespokojenosti s vlastním tělem a osobní neschopnosti. Dostavuje se snaha o kontrolu nad vlastním tělem i jednáním (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 21).

Mezi riziková období pro rozvoj poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie, je dětský věk. K přijímání hlavních názorů, co se stavby těla týče, dochází ale již v předškolním věku. Poruchy příjmu potravy probíhající v dětském věku častokrát doprovází další psychiatrické diagnózy. Mezi nejčastější patří afektivní porucha, sebepoškozování či obsedantně-kompulzivní jednání. Během adolescence se riziko výskytu mentální anorexie ještě zvyšuje. Většina odborníků se shoduje, že mentální anorexie je projevem strachu z dospívání a změn s ním spojenými. V pubertálním věku dáváme hodně na názory vrstevníků a právě jejich vliv hraje při rozvoji mentální anorexie důležitou roli. V některých skupinách může dokonce dojít ke vzájemnému podporování ve vzniku, rozvoji a udržení patologického chování. Jedná se o tzv. pro-anorektické blogy, o nichž bude zmínka v kapitole prevence mentální anorexie (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 21).

Teorií o vzniku příčin mentální anorexie je hned několik. Významnou a často prosazovanou teorií současných autorů je psychoanalyticky orientovaná teorie, která pojednává o záměrném vyhýbání se sexualitě ženské role. Tuto teorii příčiny vzniku potvrzuje mnoho případů adolescentních dívek, jež se nedokážou ztotožnit s ženskou rolí. Snaží se jí vyvarovat jakýmkoli způsobem, neboť v nich vyvolává strach a odpor. „*Anorektické chování způsobuje, že postava dívky nevypadá jako ženská, chybí menstruace, což dívky vítají*“ (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 135). Pro takové ženy je více než žádoucí absence sekundárních pohlavních znaků jako jsou prsa, boky a ochlupení v oblasti intimních partií. Současnými odborníky je tato teorie považována za nejčastější

příčinu, kvůli které se mentální anorexie rozvíjí u ženského pohlaví. Pro ženy jsou jejich tělesné proporce a vzhled mnohokrát důležitější než pro jejich mužský protějšek.

Pugnerová, Kvintová (2016, s. 135) mluví o teorii ideálu štíhlosti. Tato teorie pojednává o snaze zařadit se do požadované sociokulturní normy, kterou prezentují média. Což, jak už bylo zmíněno, je nedosažitelný cíl. Tato snaha je motivovaná ziskem pozitivního společenského hodnocení, kolektivním přijetím a vidinou záruky úspěchu. Pocit neoblíbenosti v kolektivu je častou příčinou pro rozvoj mentální anorexie. Mnoho lidí se domnívá, že díky snížení tělesné váhy může stoupnout jejich popularita ve společnosti. Ovšem toto tvrzení je mylné. Naopak při plném rozvinutí nemoci dochází u pacientů k izolaci od sociálního okolí, uzavírání se do sebe, stranění se kamarádů i členů rodiny.

Mezi další neméně závažné příčiny propuknutí mentální anorexie patří krizové životní situace. Každý z nás vnímá stres jinak a každý má jinou frustrační hranici. Jedinci s nižší tolerancí k zátěžovým situacím jsou více náchylní k rozvoji duševních poruch, mezi které se řadí i mentální anorexie. Zátěžovými situacemi můžeme myslet např. sexuální zneužití, závažnou životní změnu (přechod na jinou školu/pracoviště, rozchod s partnerem), problémy v rodině (hádky, závislosti) či ztráta blízkého člověka. Pokud není v našich silách tyto věci udržet pod kontrolou nebo je alespoň dokázat omezit, může se stát, že v obtížných případech se jedinci začnou vyrovnávat se situací pomocí toho jediného, co mohou ovládat – kontroly nad vlastním tělem. Změna v tělesných proporcích ve většině případů začíná nenápadně, redukcí hmotnosti a přechází až do chorobných stádií omezení přijímaného množství jídla a nadměrného množství vykonávané fyzické aktivity. Jednou ze závažných stresových situací je dysfunkčnost rodinných vztahů. Takové rodiny často navenek působí dokonalým dojmem, avšak opak je pravdou. V dysfunkčních rodinách dochází k popírání problémů, zatajování, lhaní a potlačování emocí. Mnohdy se jedná o autoritativní výchovu zaměřenou na výkon, nebo naopak o příliš lhostejný typ výchovy, kdy se anorektický jedinec svým chováním na sebe snaží upoutat pozornost (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133).

Existuje i teorie, která říká, že je souvislost mezi výskytem mentální anorexie a nedostatečným kojením v dětství. Matka pomocí kojení uspokojuje primární potřebu nasycení novorozence, ale i sekundární potřebu lásky. Zjednodušeně řečeno dochází

k uspokojování fyzických, ale především i emocionálních potřeb dítěte. „První příjemné pocity pramení z uspokojení jeho potřeb, které proběhne právě při nasycení“ (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 22). Pokud dítě nebylo v dětství dostatečně kojeno, je větší šance, že bude mít sklony k poruchám příjmu potravy. Lásky matky ke svému dítěti je zosobňována v situacích souvisejících s konzumací potravy. Přijetím či odmítnutím jídla od matky dítě dává najevo svůj postoj a sympatie ke své matce. Dochází-li během dětství k dlouhodobému odpírání jídla ze strany matky, může si dítě snáz spojit omezování jídla s nízkou mírou náklonnosti (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 22). Neschopnost oprostít se od rodičů je projevem vnitřního konfliktu. Ten probíhá mezi potřebou nezávislosti a strachem ze ztráty podpory ze stran rodičů. Tato teorie je považována za zásadní ve vztahu dítě-rodič. Jedná se o citovou nenaplněnost, kvůli které se dítě nedokáže plně odpoutat od svých rodičů (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 135).

## 2.2 PRŮBĚH A PROGNÓZA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Průběh mentální anorexie bývá u pacientů velice obdobný. Rozvoj onemocnění je pozvolný a nenápadný. Na počátku je u pacientů patrná hyperaktivita a zvýšená efektivita konání, která je v některých případech okolím hodnocena kladně. Kvůli podpoře zvýšené aktivity se jedinci nacházející se na počátku onemocnění rozhodnou v něm setrvat a dostavuje se u nich pocit, že jejich chování je vhodné a žádoucí. Prozatím nejsou známky rozvíjejících se problémů patrné. Na počátku rozvoje nemoci může dojít ke zvýšení oblíbenosti, která se ale rychle vytrácí a přichází dlouhodobější fáze odloučení od sociálního okolí, uzavírání se a skrývání rozvoje propukající nemoci. Postupně dochází ke stále častější únavě, dokonce až k celkovému vyčerpání organismu. V této fázi nastává změna nálad a celkového pohledu na svět. Objevují se deprese, úzkost a negativismus. Začínají se projevovat somatické příznaky jako je bolest hlavy, břicha, poruchy spánku.

Pugnerová a Kvintová (2016, s. 132) ve své knize zmiňují několik diagnostických kritérií, díky nimž lze rozpoznat přítomnost mentální anorexie. Autorky uvádí diagnostická kritéria podle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (zkráceně DSM-V), který vydává americká psychiatrická asociace. Důležitá jsou především následující čtyři kritéria:

- tělesná hmotnost klesá minimálně o 15 % pod hladinu normy pro danou tělesnou výšku, tělesný typ a věkovou skupinu,



- neutuchající strach z nárůstu váhy a případného tloustnutí i ve stádiu silné podváhy,
- zkreslení vlastního tělesného schématu, kdy i hubení jedinci si připadají obézní,
- absenci menstruace u žen a snížení zájmu o sexualitu u obou pohlaví (u mužů je více výrazné).

V období před rozvinutím onemocnění se téměř ve všech případech vyskytovala frustrace z vlastní postavy a strach z tloušťky. Mnohdy se na počátku rozvoje nemoci objevuje touha po úspěchu a myšlenka, že tloušťka to může kazit (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133).

Při průběhu rozvoje onemocnění se zájmy jedinců omezují pouze na oblast jídla, cvičení a hubnutí s tím spojené. Dostavují se psychické změny, které souvisí s mírou vykonávané fyzické aktivity a cvičení, jak popisuje Watts v knize *Self-Concept* (2017, s. 157). V souvislosti se změnami v psychickém naladění postupně narůstá izolace od společnosti. Nemoc s sebou nese mnoho negativních somatických důsledků, jako jsou: změna kvality vlasů, zubů a kůže, může dojít k poškození vnitřních orgánů a u žen dochází k amenoree (Orel a kol., 2016, s. 203). „*V důsledku podvýživy, rozvratu vnitřního prostředí či orgánovému selhání může člověk v důsledku mentální anorexie zemřít*“ (Orel a kol., 2016, s. 203). „*Dlouhodobě nepříznivý průběh je popisován takřka u jedné čtvrtiny nemocných*“ (Orel a kol., 2016, s. 203). Raboch a kol. (2011, s. 56), uvádějí, že až 50 % jedinců mající mentální anorexii se dokáže uzdravit, dalších 20 % zůstane velmi vyhublých, 25 % velmi štíhlých a 5-10 % zemře na následky dlouhodobé podvýživy.

Nemocní často věnují nadměrnou pozornost konzumaci jídla a jeho kalorickému složení. Trpí bezdůvodným strachem, že jedí příliš mnoho, že to, co jedí, není vhodné nebo přemýšlejší, jak se co nejdříve zbavit snědených kalorií. Mnohdy trpí pocity viny, pokud snědí něco, o čem nejsou přesvědčeni, že není dost dietní či zdravé. Mají potřebu vyhledávat taková místa, kde budou mít na konzumaci jídla dostatek soukromí, aby je nikdo neviděl jíst a nemohl je tak posuzovat za jejich jídelní zvláštnosti. Při rozvíjející se nemoci často věnují jídlu nadměrný zájem. Neustále na jídlo myslí a s velikou oblibou ho připravují pro druhé a sledují, jak ho jedí. Dokazují si tím, že ostatní nejsou tak silní

a odhodlaní v ovládnání svých potřeb jako oni a to jim dodává potřebu uspokojení (Cohen, 2002, s. 105).

Nemocní trpící mentální anorexií se snaží docílit úbytku tělesné váhy. Hlavně na počátku onemocnění tak dochází k častému kolísání indexu tělesné hmotnosti. Nejčastějšími metodami, jak si udržet nižší tělesnou hmotnost, bývá nadměrná tělesná činnost, omezování se v množství příjmu potravy spojené se zneužíváním laxativ, diuretik, tyroxinu<sup>11</sup> či inzulinu (Cohen, 2002, s. 204). Získaná averze k jídlu a nechutenství je patrně projevem dlouhodobého hladovění organismu, který se snaží adaptovat na dlouhodobý nedostatek přísunu potřebných živin (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 132).

*„Pacienti s poruchami příjmu potravy často odbornou pomoc nevyhledávají, protože si sami nepřipadají nemocní. Naopak se jim zdá, že dělají vše pro to, aby měli „ideální“ postavu“* (Látalová, Kamarádová, Praško, 2008, s. 102). Zprvu kontaktují doktory kvůli sekundárním důsledkům poruch příjmu potravy, nikoli kvůli samotné nemoci. Nejčastější problémy, které se snaží řešit s odborníky, jsou: únava, závratě, nedostatek energie a nespavost (Raboch a kol., 2011, s. 57).

### 2.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY A LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE

V této části budou popsány hlavní zdravotní důsledky, k nimž při onemocnění dochází a zároveň se tato kapitola bude zabývat možnostmi léčby využívaných při potvrzené diagnóze mentální anorexie. Nebudou zde popsány všechny využívané možnosti terapie, pouze hlavní druhy léčby, které se využívají nejčastěji a zároveň mají největší úspěšnost v počtu vyléčených pacientů. Základem všech typů léčby je především změna jídelních zvyklostí, navýšení tělesné hmotnosti a změna pohledu na vlastní tělesné schéma. Předpoklad pro úspěšné vyléčení je přiznání si problému a ochota léčit se. Jen díky spolupráci pacienta a lékařského personálu může dojít k dlouhodobému vyléčení s nižší mírou recidivity. Správně určit u pacienta vhodnou léčebnou metodu je zásadní pro pozitivní výsledky léčby. Každý člověk je jedinečný, proto by se k pacientům mělo přistupovat individuálně a léčebné metody přizpůsobit jejich potřebám. Léčba musí být komplexní, dlouhodobá a musí zohledňovat potřeby pacientů.

---

<sup>11</sup> Tyroxin = hormon produkováný štítnou žlázou, který urychluje metabolismus

Mentální anorexie s sebou nese závažné zdravotní komplikace. Můžeme je stejně jako Cohen (2002, s. 204) rozdělit na psychické a somatické. Nelze říci, které komplikace jsou pro pacienty závažnější, zda psychické či somatické, protože se výlučně vyskytují společně. Mezi psychické komplikace patří krátké epizody bulimie, deprese, obsedantní myšlenky, abúzus na alkoholu, drobné krádeže, záměrné sebepoškozování a v několika případech i schizofrenie. Mezi somatické komplikace nemoci řadíme podvýživu, osteoporózu a s tím související náchylnost ke zlomeninám (Cohen, 2002, s. 204). Nižší hodnoty bývají u pacientů zaznamenány v tělesné teplotě, pulzu a krevním tlaku. Ve vážnějším případě se může vyskytnout leukemie a může dojít k celkovému metabolickému rozvratu (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 145). Podvýživa se projevuje u většiny pacientů obdobným způsobem: stále prohlubujícím se hubnutím, proximálním slábnutím končetin, nízkou teplotou periferních částí těla (jako jsou uši, nos, prsty na ruce i nohou), které jsou náchylnější ke vzniku omrzlin, bradykardie<sup>12</sup>, hypotenze<sup>13</sup>, otoky kotníků a v těhotenství nadměrné lanugo<sup>14</sup>. Závažným problémem u pacientů je výrazně snížená imunita, kvůli které jsou náchylnější ke vzniku dalších onemocnění a v neposlední řadě také nedostatečná termoregulace. Někteří pacienti se se svou nízkou váhou pohybují takřka na hranici života a smrti. Pokud je tělesná váha tak nízká, že ohrožuje život člověka, přistupuje se k hospitalizaci a nucené výživě (Cohen, 2002, s. 204).

K prokázání dlouhodobého hladovění lze využít jednoduchý svalový test. Postižený udělá dřep a pokusí se z něj bez opírání rukou zvednout. Lidem, kteří trpí hladověním, bude tento cvik působit potíže. Jedná se o proximální myopatii, což je onemocnění svalového typu. Taková onemocnění vznikají v důsledku jiných poruch, v tomto případě jsou způsobené dlouhodobým hladověním. Získaná myopatie je způsobena celkovým onemocněním mentální anorexie. Projevuje se svalovou slabostí, která znemožňuje schopnost snadno se zvednout z polohy dřepu (Cohen, 2002, s. 204).

Léčba všech typů poruch příjmu potravy je náročná a dlouhodobá. Vyžaduje především dobrovolnost při léčení a spolupráci pacientů s odborníky. Prvním krokem k úspěšnému vyléčení je uvědomění si problému a ochota léčit se. *„Cílem léčby pacientek*

<sup>12</sup> Bradykardie = snížená tepová frekvence

<sup>13</sup> Hypotenze = snížení krevního oběhu

<sup>14</sup> Lanugo = ochmýření plodu u novorozence

*s poruchami příjmu potravy není jen náprava jejich stravovacích návyků, ale i změna postojů k sobě, k vlastnímu tělu a posílení sebevědomí“ (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 103). „Včasná detekce a léčba jsou pro průběh onemocnění zásadní“ (Raboch a kol., 2011, s. 55).*

Většina pacientů léčících se z mentální anorexie nechce sdělovat své ověřené metody, díky nimž se jim daří hubnout. Plyne to z obav, že jiní lidé by jejich stravovací návyky nechápali, považovali by je za divné či nedostatečné. V drtivé většině, ale sami vědí, že konzumují minimum potravy (s přibývajícím časem léčby to většinou i sami přiznávají). Často kladou důraz na to, že jedí zdravě a podle nových stravovacích trendů (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 25).

Mezi nejčastěji užívané přístupy k léčbě patří dle Krcha (2005, s. 123) hospitalizace či částečná hospitalizace, ambulantní péče pod dozorem lékařských odborníků, svépomoc, psychická edukace, rodinná terapie a v neposlední řadě farmakoterapie.

Cohen (2002, s. 210) uvádí ideální postup léčby při mentální anorexii. Pokud nastane vážná kachexie, je nutná hospitalizace ve specializovaném zařízení. Hospitalizace pacientů probíhá na psychiatrickém oddělení, kde se jim dostává pravidelného kontaktu s lékařským personálem. Bezprostředně po příjmu pacienta dochází k realimentaci<sup>15</sup>. Stanoví se cílová váha, jaké musí hospitalizovaný dosáhnout, aby se dostal na normální hodnoty. Důvodem hospitalizace je stabilizování stavu pacienta. Cílem je snaha o omezení chování, které vede ke snižování váhy a změna ve stravovacích návycích. Jídlo je proto podáváno pod dozorem někoho z personálu, pacienti mají naordinovaný klid na lůžku, je dohlíženo i na prevenci zvracení a zneužívání projímadel a v neposlední řadě jsou pacientům odejmuty veškeré výhody. Se zahájením léčby se začnou léčit zároveň somatické i psychické komplikace, které s sebou mentální anorexie nese. Velice důležité je zaměřit se i na psychiku pacientů a léčit i tuto stránku poruchy (Cohen, 2002, s. 210).

Mnohdy se stává, že se ani odborníci nedokážou shodnout na správné terapeutické léčbě, zejména kvůli mnoha odlišným teoriím příčiny vzniku nemoci (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 27). Psychiatrické a psychologické vyšetření by mělo vést k vyřknutí diagnózy mentální anorexie. Při hospitalizaci ve specializovaném

---

<sup>15</sup> Realimentace = zlepšení stavu výživy

zařízení často musí lékaři nasadit výživovou sondu a přejít k parenterální výživě<sup>16</sup>. Je více než vhodné co nejdříve přejít na perorální výživu<sup>17</sup> (Raboch a kol., 2011, s. 56).

Během péče o ambulantní psychiatrické pacienty, tedy i o pacienty léčící se z mentální anorexie, je velice důležité navracet pacientovi zodpovědnost za své chování. U lidí trpících touto nemocí se mnohdy stává, že tuto zodpovědnost za jejich stav přebírá někdo z blízké rodiny (nejčastěji matka či partner/partnerka). Neméně důležitá je i péče o rodinné příslušníky nemocného, kteří také potřebují psychickou podporu. Ambulantní péče je zaměřena na navrácení psychické i somatické stability pacientů. Vhodná je především u chronických a nepoddajných pacientů. Během hospitalizace by měl být pozorován pozvolný přírůstek tělesné hmotnosti, čehož je dosaženo především díky strukturované stravě za pomoci výživových poradců, ke kterým docházejí na pravidelné vážení, a tím je zajištěna kontrola váhy pacienta. V procesu léčby se dbá i na nácvik sociálních dovedností, jelikož mnozí pacienti během své nemoci ztrácejí sociální kontakty s okolím a stávají se více uzavření a osamělejší. Rovněž se podporuje sociální intervence, především v oblasti rozvoje samostatnosti a podpory rodiny. Pokud dojde k propuštění pacienta z hospitalizace dříve, než dosáhne žádoucí váhy (stanovené dle BMI), riziko opětovné hospitalizace v průběhu následující dvou let je vysoké (Cohen, 2002, s. 212).

Pacienti podstupují mnoho různých podpůrných terapií, které jim pomáhají vyrovnat se s jejich stavem a utřídit myšlenky správným směrem. Mezi základní triádu terapií využívaných při léčbě mentální anorexie patří: individuální psychoterapie, skupinová terapie a rodinná terapie. Dále mohou docházet na nácvik asertivity, arteterapie, na relaxační cvičení a na cvičení zaměřené na zvládání stresu.

V současné době existuje řada edukativních skupin, které mají za cíl poskytovat pacientům potřebné a dostatečně srozumitelné informace týkající se poruch příjmu potravy a všeho, co s tím souvisí. Zajišťují konkrétní doporučení, jak zvládat příznaky nemoci. Edukativní skupiny slouží jako prvotní volba u lehčích případů. U složitějších případů jsou vhodnější jako doplněk komplexní terapie. Edukativní skupiny mohou působit různě. Nejčastěji se využívají ve formě skupinových sezení nebo přednášek. Dbá se na uplatnění názorných pomůcek (např.: zápis na tabuli, schéma, kresba,

<sup>16</sup> Parenterální výživa = dodávání živin mimo zažívací trakt, přímo do krevního řečiště

<sup>17</sup> Perorální výživa = podávaná ústy

videozáznam). Edukace probíhá ve formě dialogu mezi pacienty a terapeutem. Do edukativních skupin jsou zařazováni pacienti se schopností spolupráce, určitým nadhledem nad situací a s dostatečným intelektem. Každou skupinu vede zpravidla jeden terapeut. Mezi klíčová témata probíraná na skupině patří změny jídelního režimu a otázky týkající se tělesné hmotnosti. Vděčným tématem na skupinových setkáních jsou předsudky týkající se jídla, stravovacích návyků a obezity (Krch a kol., 2005, s. 197-199).

Mezi další podpůrné skupiny edukativního charakteru patří tzv. jídelní skupiny. Jídelní skupiny se zaměřují na postoje a chování, které se pojí s jídlem a umožňují tak pacientovi lepší orientaci v nutričních hodnotách potravin a dalších jídelních aspektech. Skupiny umožňují klientům prakticky si vyzkoušet různé situace pojící se s přípravou, ale i samotnou konzumací jídla. Na jednotlivých sezeních jsou probírány konkrétní problémy, které pacienti s mentální anorexií pociťují ve spojitosti s jídlem. Takoví lidé mohou pociťovat nejistotu i v naprosto běžných situacích jako jsou nákupy potravin, jejich skladování, stolování či samotná příprava a konzumace jídla. Jídelní skupiny jsou vhodné především pro pacienty, kteří jsou na začátku své léčby podvyživení a bez jakéhokoliv náhledu na situaci. Na skupinách se hojně využívá nácviků stravovacího chování. Není zapotřebí komentovat jídelní chování během samotných nácviků, k tomu slouží skupinová sezení pořádaná po jídle. Takové sezení organizuje dietní sestra nebo vyškolená zdravotní sestra. Činnost jídelních skupin doplňují pravidelné skupinové supervize psychologa, na nichž se zaměřují na vyjádření úzkosti, napětí a popisu nepříjemných pocitů vyvolávaných stresem z jídla. Pacient má možnost uvědomit si rozsah svých problémů, narušení návyků a způsob manipulace se svým okolím. Během supervizí je žádoucí rozebírat pacientovo chování během jídla (Krch, 2005, s. 197-199). Krch (2005, s. 15-16) uvádí, že častým problémem u mentální anorexie je rychlost jídla, příliš malé porce i sousta a úzkostné soustředění se na jídlo.

Během léčby se využívají různá farmaka, především neuroleptika<sup>18</sup> a antidepresiva. *„K léčbě pacientek s poruchami příjmu potravy používá řada lékařů antidepresiva. Důvodem jejich preskripce může být častá komorbidita s depresí nebo úzkostnými poruchami. Antidepresiva však nemají žádný vliv na úpravu stravovacích návyků, naopak ztráta chuti k jídlu, žaludeční nevolnosti a průjemy jsou jedny z nejčastějších nežádoucích*

<sup>18</sup> Neuroleptika = též antipsychotika, využívají se při léčbě psychotických poruch

*účinků antidepressiv ze skupiny selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu“* (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015, s. 103). Ovšem tím hlavním při léčbě mentální anorexie jsou psychologické přístupy, nikdy by farmakologie neměla být jedinou formou léčby. Je vhodné medikaci využívat jako doplněk psychosociální léčby.

### 3. AKTIVIZAČNÍ FAKTORY MENTÁLNÍ ANOREXIE

Spouštěcích faktorů pro mentální anorexii je nespočet. Většinou se nejedná jen o jeden izolovaný jev, který by zapříčinil rozvoj takto závažného psychologického onemocnění. Ve většině případů jde o nahromadění více problémů, které ve vzájemné kombinaci mohou tuto nemoc spustit. Rizikové faktory představují souhrn vlastností, ale i vnějších vlivů, které zapříčiňují rozvoj mentální anorexie. Prvky rizikových faktorů budou v práci rozděleny na vnější a vnitřní, ty budou podrobně popsány v samostatných podkapitolách.

#### 3.1 VNĚJŠÍ FAKTORY

Mezi nejčastější vnější spouštěcí faktory pro rozvoj mentální anorexie jsou rodinné rizikové determinanty. Nejčastějším z disociativního chování v rodině je tlak ze strany rodičů. V rodině vzniká primární představa o normálně vypadajícím tělovém schématu, které může být vlivem dysfunkčnosti rodinných vztahů narušeno. Zcela zásadním se stává moment, kdy se jedinec rozhodne, že bude svou nespokojenost řešit pomocí zvýšené kontroly nad vlastním tělem. V takovém chování nacházejí narušení jedinci naději na opětovné nalezení kontroly a jistoty, kterou dlouhodobě ve svém životě postrádali (Novák, 2010, s. 15-22).

V posledních letech se hodně hovoří o rizikových prostředích spojených s vyšším výskytem poruch příjmu potravy. Jedná se především o výkonnostní zaměstnání, ve kterých je široká konkurence, například balet, krasobruslení, gymnastika, skoky na lyžích, atletika, modeling a mnoho dalších. „*Zdá se, že existuje spojení mezi soutěživostí v prostředí a pravděpodobností vzniku mentální anorexie*“ (Cohen, 2002, s. 105). Ve sportovním odvětví se často jedná o tzv. skrytou anorexii. Jde především o sportovce, kteří se věnují atletice, gymnastice, plavání, baletu, krasobruslení, skokům na lyžích či volejbalu. Velkou roli ve sportu hraje i osobnost trenéra. Autoritářská osobnost vede často své svěřence k snadnějšímu rozvoji poruch příjmu potravy (Novák, 2010, s. 72-73).

Velmi častým faktorem pro rozvoj poruchy je klima třídy a školní kolektiv. Jedinci nezapadající do kolektivu jsou šikanováni nebo pouze odstrčeni či jinak znevýhodněni, a proto jsou náchylnější k rozvoji poruchy. U jedinců, kteří nejsou přijímáni společností, jsou časté tendence k destruktivnímu chování ve vztahu ke svému tělu. Rozvinutí



onemocnění přímo souvisí s duševní odolností a psychickým stavem (Raboch, Zrzavecká, Doubek, 2006, s. 92-93). Patrná je především jejich snaha nevybočovat z normy, potřeba někam patřit, být něčeho součástí. Avšak kvůli jejich nadměrně zvýšené sebekritičnosti mají problém zařadit se do běžného kolektivu. Zvýšená sebekritičnost a trestání se zde sehrává úlohu nevědomého obranného mechanismu. U těchto jedinců se vyskytuje snížená sebeúcta, ostýchavost a pocity méněcennosti. S postupující nemocí se stávají více uzavření, snižuje se i jejich potřeba svěřovat se, naopak se zvyšuje míra tajnůstkářství. Proces vyčleňování se z kolektivu i u oblíbených jedinců může být zapříčiněn změnou v odlišné zájmy (Novák, 2010, s. 15-21).

### 3.2 VNITŘNÍ FAKTORY

Někteří autoři (Cohen 2002, s. 104, Raboch 2011, s. 56 a další) uvádějí, že existuje jistá genetická dispozice ke vzniku a rozvoji mentální anorexie, ta se podle Rabocha (2011, s. 56) odhaduje na 58-88 %. Důležitá je v tomto směru především léčba a následná prevence relapsu nemoci u generace rizikových rodičů, která zároveň slouží jako primární prevence pro děti ohrožené negativním vzorem patologického chování svých rodičů (Papežová a kol., 2010, s. 313). Dle tiskové zprávy 1. lékařské Fakulty Univerzity Karlovy vydané 1. června 2017 je běžná generalizace problémů týkajících se patologického stravování.

Z etiologického hlediska jsou jako spouštěcí faktory pro rozvoj onemocnění často diskutované povahové vlastnosti jedinců. Nelze říci, že všichni nemocní trpící mentální anorexií mají naprosto stejné osobnostní rysy, ale nachází se u nich hned několik povahových rysů, které mají podobné. Z toho vyplývá, že existuje jistá pravděpodobnost, že někteří lidé mohou být kvůli své povaze náchylnější k rozvoji této nemoci. Většina jedinců, u nichž se vyskytuje toto onemocnění, se příliš zaobírají představou o vlastním těle, ale na rozdíl od narcisticky založených lidí na sebe nahlíží příliš kriticky. Kvůli tomu téměř nikdy nemohou dosáhnout jejich vysněné dokonalosti, protože jejich nároky se budou neustále zvyšovat (Cohen, 2002, s. 104). „*Jejich základem jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a poruchy vnímání vzhledu vlastního těla*“ (Raboch a kol., 2011, s. 55).

Mnoho nemocných trpících mentální anorexií dosahovalo ve školách výborných studijních výsledků, a to díky své svědomitosti, sklonům k perfekcionismu, dodržování

pravidel a norem. Právě perfekcionismus sehrává u pacientů významnou roli. Riziko perfekcionismu je především v naprosté (často nevědomé) důslednosti jejich jednání, jež jim tak umožňuje dodržovat přísná stravovací omezení během onemocnění (Papežová, 2010, s. 39). Dalším společným rysem je zvýšená míra soutěživosti a disciplína, kvůli které dokážou jít až za hranice svého zdraví. Tito lidé jsou většinou tišší, spíše submisivní typy. V mnoha případech se vyskytoval abúzus na alkoholu, cigaretách či jiných návykových látkách (Cohen, 2002, s. 104-105).

U mnoha případů mentální anorexie byly u pacientů zaznamenány zároveň i obsedantně-kompulzivní poruchy. Cohen (2002, s. 108) uvádí, že toto jednání může být vysoce rizikovým faktorem pro rozvoj onemocnění. Na základě některých dotazníkových šetření (např. Eysencova či Cattelova dotazníku) je prokazatelné, že u pacientů s diagnózou mentální anorexie je vyšší míra neuroticismu<sup>19</sup>, introverze a celkové úzkosti. Krch (2005, s. 72) udává, že průměrný výskyt obsedantně-kompulzivního chování je u lidí postižených mentální anorexií kolem 12 %.

---

<sup>19</sup> Neuroticismus = geneticky podmíněná náchylnost k emoční labilitě, projevující se psychickou tenzí pacientů, úzkostnými stavy a pocitem strachu. Neuroticismum má tendenci k vyústění v neurózu.

## 4 PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE

V současné době u nás prevalence mentální anorexie stále narůstá, narozdíl od ostatních evropských zemí. Kvůli tomu se prevence stává stále potřebnější. Nejvíce ohrožené poruchami příjmu potravy, zvláště mentální anorexií, se stávají dívky, ale i chlapci, kteří jsou nespokojeni se svým vzhledem. Úkolem primární prevence je snížení rizika vzniku a dalšího rozvoje mentální anorexie, dále se zaměřuje na šíření validních informací o dané problematice a předávání pozitivních hodnot. Důležité je včasné zahájení preventivních opatření a jejich vhodné prezentování, které by mělo být přizpůsobeno zralosti cílové skupiny. Odborníci se shodují, že vhodně pojatá prevence dokáže značně eliminovat výskyt poruch příjmu potravy. Žádoucí je věnovat dostatečnou pozornost především formě prezentování informací o problematice, aby nemohla působit naopak jako spouštěč rizikového chování (Papežová a kol., 2010, s. 311).

Jednou ze známých světových akcí v boji proti mentální anorexii bylo nafocení a zveřejnění provokativních fotografií nahého těla vyhublé, nezdravě vypadající dívky přímo v centru světové módy, v italském Miláně. Fotograf Olivero Toscan vytvořil několik fotografií herečky Isabelle Carové, která se s mentální anorexií potýkala už několik let. V době pořízení snímků vážila pouze 31 kg při výšce 165 cm. Isabella Carová svolila k nafocení nahých fotek svého těla, aby ukázala světu, co všechno mentální anorexie s jejím tělem provedla za několik let. Hlavním cílem fotografa Olivera Toscana bylo především šokovat a donutit lidi zamyslet se nad negativním dopadem módního průmyslu, který podle jeho slov hodně přispěl k rozšíření mentální anorexie. Fotografie i jejich poslání se rychle šířily po celém světě. Kampani „*Ne anorexii*“ se dostalo podpory i od italského ministerstva zdravotnictví. To vydalo jakýsi manifest, který podepsali zástupci italské módní komory, v němž se jasně stanovil věk a minimální hmotnost modelek (Papežová a kol., 2010, s. 311).

V rámci prevence poruch příjmu potravy bychom se měli snažit odborně vzdělávat především lékaře, zdravotníky, rodiče, učitele, duchovní, ale i média. Lidé pracující v sociální oblasti jsou v šíření prevence na prvním místě. První sociální skupinou, která na děti působí, je rodina. V ní by měla být zahájena primární prevence poruch příjmu potravy správným vzorem stravování, podpory zdravého sebevědomí dítěte, přiměřenými očekáváními a zabránění přehnanému zaujetí tělesným vzhledem. Významnou roli

v primární prevenci zaujímá škola a učitelé v ní působící. Role učitele v prevenci poruch příjmu potravy, ale i jiných patologických jevech, je nezastupitelná. Často to bývají právě učitelé, kdo u žáka odhalí rozvíjející se poruchu a pomohou mu vyhledat odbornou pomoc. „*Včasná kvalifikovaná intervence ovlivňuje výsledek léčby a lze ji považovat za jeden z faktorů sekundární prevence*“ (Papežová a kol., 2010, s. 311). Předcházet poruchám příjmu potravy lze vhodným výchovným působením. V rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu by měla škola zajistit dostatečné množství validních informací o poruchách příjmu potravy a seznámit s nimi děti. Při prezentaci preventivních programů je nutná jistá míra empatie a citlivého sdělování informací. Téměř neúčinné se jeví pouhé předávání informací o zdravotních rizicích spojených s poruchami příjmu potravy. Přesto nelze tato zdravotní rizika podceňovat. Při prevenci je důležité nemluvit o váze, ale podporovat zdraví a mluvit hlavně o zdravém životním stylu. Nemělo by docházet k negativnímu stigmatizování. Během prevence by se mělo hovořit výhradně o chování, které lze ovlivnit. Bohužel, je velmi málo skutečně dobrých preventivních programů, které dokážou změnit stravovací návyky. Podpora takovýchto programů a jejich širší rozvoj by se měla stát naším hlavním cílem (Papežová a kol., 2018, s. 361-362).

Dostatečný prostor pro preventivní opatření se nachází v médiích (televize, internet, tisk a časopisy, rádio). Ty ale většinou způsobují právě opačný efekt. Ať už skrytou reklamou propagující posedlost zdravým životním stylem, řešením emočních problémů pomocí jídla nebo zveřejňováním nereálného ideálu krásy. „*Dodržování zákonů v oblasti poruch příjmu potravy by mělo být sledováno podobně jako propagace kouření a alkoholu, opět zvláště pro děti a adolescenty*“ (Papežová a kol., 2010, s. 312). Problém je i s množstvím proudících informací médii. V současné situaci, kdy jsou média přehlčena a mezi informacemi, které produkují, jsou funkční pouze silně emočně nabitě zprávy (jako například smrt modelky na následky podvýživy, zveřejnění fotografií herečky Isabelle Carové apod.). Takto šokující zprávy s preventivním poselstvím mají pouze krátkodobou účinnost. Problém je, že kvalitních preventivních programů, které by měly dlouhodobý vliv na hodnotový systém jedince, je málo (Papežová a kol., 2010, s. 311-312).

S digitalizací, nárůstem mediálního vlivu a novými technologiemi se pojí nové formy prevence. Vhodným médiem sloužícím pro intervenci je internet, kde si více než

polovina populace ověřuje své normy, hodnoty, postoje a názory. Vytvoření kvalitní a zároveň účinné prevence je velice obtížné. Vyžaduje to systematičnost, dlouhodobé působení a spolupráci všech, aby se mohla stát efektivní. Mezi nově vzniklé formy preventivních opatření patří internetové poradenství, psychoterapie formou chatu a kluby pro rodiče. Rodiny nemocných tak mohou získat snadný přístup k základním informacím pomocí internetu (Raboch a kol., 2011, s. 150). Anonymní internetové poradny jsou stále více využívány. Hlavní výhodou přinášejí snadným přístupem k odborným službám, zachováním anonymity a poradenstvím s problematikou poruch příjmu potravy. Ovšem s rozvojem zvýšeného množství informací přístupných online je spojeno riziko podpory nežádoucího chování. Na internetu existuje řada pro-anorektických blogů, které slouží k propagaci nežádoucího chování a ke vzájemné podpoře nemocných mentální anorexií, ale i inspirování dalších jedinců k rozvoji patologického chování. Mentální anorexie je na již zmíněných pro-anorektických stránkách pojímána jako směr životního stylu, životní filozofie, nikoli jako nemoc. „*Boj s propagací anorektického životního stylu na internetu řeší odborné společnosti na celém světě*“ (Papežová a kol., 2018, s. 362). V některých případech může dojít ke zrušení daných webových stránek, ale pouze pokud se jedná o prezentování přímého ohrožení života. V ostatních případech jsou stránky pouze doplněny o odborné informace pojící se s propagací (Papežová a kol., 2018, s. 362-363).

Debra Franko je významnou představitelkou zabývající se preventivními programy poruch příjmu potravy a s tím souvisejícími výzkumy. V současné době je výzkumnou ředitelkou klinického a výzkumného programu poruch příjmu potravy. Při své návštěvě v Praze v roce 2003 představila několik cílů preventivních programů: zlepšení znalostí, sebepřijetí, sebevědomí, nepodceňování různorodosti a chápání změn v pubertě, upravování jídelních návyků, snížení držení diet, snížení posměchu, spolupráce s médii, „coping“<sup>20</sup> strategie, snížení nespokojenosti s vlastním tělem, chápání zdravého jídelního režimu a snížení internalizace ideálu štíhlosti. Debra Franko byla v roce 2015 vyznamenána Národní asociací poruch příjmu potravy cenou *Lori Irving Award* za vynikající výsledky v oblasti prevence a rozšíření povědomí o poruchách příjmu potravy (Harvard College, 2020).

---

<sup>20</sup>Coping = zvládání jako přímý boj s mimořádně těžkou zátěžovou situací.

#### 4.1 OBČANSKÁ SDRUŽENÍ

V České republice působí na podporu prevence poruch příjmu potravy několik organizací. Mezi nejznámější patří centrum Anabell, jež se zabývá celým spektrem poruch příjmu potravy. V centru Anabell nabízejí poradenské služby, které lze využít na telefonní lince nebo při osobní schůzce v konkrétním centru Anabell, jež má pobočky v Praze, Brně a Ostravě. V Brně a okolí provozují i terénní poradenství, kdy vyjíždějí pracovníci Anabell přímo za klienty. Mezi významnou službu se spádovostí pro celou republiku je internetové poradenství. Dále nabízejí i rodinné terapie, neboť onemocnění poruch příjmu potravy nezasahuje pouze nemocné, ale i jejich blízké. Mezi často využívané služby patří nutriční poradenství, kdy jsou klientům vysvětleny a zdůrazněny zásady zdravého stravování s eliminací ke sklonům k patologickému chování. Centrum Anabell nabízí i další služby jako: terapie po internetu, rozvojový kurz, svépomocné skupiny, služby následné péče a diskuzní fórum (Centrum Anabell, 2020).

E-clinic-Institut se zabývá studiem, prevencí a léčbou poruch příjmu potravy a komoditních onemocnění. Jedná se o neziskovou organizaci, dříve známou pod názvem Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy. Ve spolupráci s Centrem pro poruchy příjmu potravy 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Denním stacionářem zajišťovala a podporovala terapeutické skupiny pro rodiče, přátele a partnery nemocných. Dále zařizovala doléčovací skupiny, kluby pro pacienty i jejich následnou péči a založila časopis vedený pacienty. V současné době se významně podílí na dalším vzdělávání odborníků i terapeutů a podporuje jejich erudovanost. Od roku 1997 se aktivně zapojuje do pořádání Mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy a obezitě. Mezi další její činnosti patří vytváření preventivních programů, pořádání přednášek pro školy, zveřejňování informací na webových stránkách pro širokou veřejnost. Ve spolupráci se Sekcí pro poruchy příjmu potravy, Českou psychoanalytickou společností, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, Americkou akademií pro poruchy příjmu potravy a Evropskou radou pro poruchy příjmu potravy pomáhá více než 20 let zmapovat a implikovat do praxe nové technologické přístupy a zároveň monitorovat negativní vlivy sociálních sítí (Centrum Anabell, 2020).

Důležitost prevence poruch příjmu potravy si uvědomují odborníci celého světa. Na podporu předcházení vzniku a šíření informací preventivního charakteru tohoto

závažného onemocnění byl vyhlášen Světový den poruch příjmu potravy<sup>21</sup>. Tento celosvětově uznávaný den byl přidělen k datu 2. června. Poprvé se slavil v roce 2016. Odborníci si slibují, že každoroční připomínkou závažnosti onemocnění poruch příjmu potravy napomůžou k celosvětové informovanosti a snížení rizika onemocnění (E-clinic, 2020).

---

<sup>21</sup> Světový den poruch příjmu potravy = originální název: World Eating Disorders Actionday, zkráceně WEDAD

## 5 VÝZKUMNÝ PROJEKT

Praktická část bakalářské práce bude snahou o identifikaci faktorů souvisejících s onemocněním mentální anorexie s následnou odbornou polemikou nad získanými fakty z kazuistických studií, získaných kvalitativním výzkumem. Dále v této části bude uveden cíl výzkumného šetření, popsán výzkumný vzorek, představeny výzkumné metody, způsob sběru a zpracování dat.

### 5.1 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ A CÍLE VÝZKUMU

Jako výzkumná metoda pro empirickou část této práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. To bylo zpracováno na základě rozhovorů s respondenty, kteří byli záměrně vybráni pro získání potřebných dat. Předmětem výzkumu bylo nalézt shody v příčinách vzniku faktorů a strategií jednání, provázející onemocnění u zkoumaného vzorku, ten představoval cíleně vybrané respondenty, kteří prodělali onemocnění mentální anorexie před více než desetiletím (po 17, 27 a 30 letech). Následná získaná data budou porovnána se současnými moderními poznatky odborníků zabývajících se touto problematikou.

Výzkumný cíl: Identifikace faktorů provázejících onemocnění mentální anorexie a srovnání z historického hlediska.

Dále jsou stanoveny čtyři dílčí výzkumné úlohy, které přispějí k naplnění hlavního cíle:

- Srovnat získaná data s odbornou polemikou příčin a spouštěčů.
- Zjistit strategie chování u jedinců během onemocnění.
- Analyzovat možná rizika a úskalí v sociálních vztazích pacientů s mentální anorexií a zobecnit jaké, psychické následky to u nich zanechá.
- Zmapovat změny v sociálních vztazích během nemoci.

### 5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Na základě záměrného výběru byli respondenti voleni z řad lidí, kteří si v minulosti prošli onemocněním mentální anorexie a nyní již netrpí žádnými obtížemi a s nemocí se neléčí. Vzorek respondentů pro kvalitativní výzkum byl tvořen třemi osobami, konkrétně se jedná o dvě ženy a jednoho muže. Pro získání vhodných respondentů k šetření bylo osloveno široké okolí přes sociální sítě s žádostí o doporučení možných kontaktů na



osoby, které splňovaly podmínku pro výzkumné šetření. Po pár měsících byl navázán kontakt pomocí e-mailu se třemi respondenty.

Všichni respondenti budou blíže charakterizováni pro vytvoření lepší představy o zkoumaném vzorku.

- Respondentce Renatě je 48 let. Mentální anorexií onemocněla v 17-ti letech, na konci 3. ročníku gymnázia. V současné době je to již 30 let od uplynutí nemoci.
- Respondentce Veronice je 33 let. Mentální anorexií onemocněla v 16-ti letech, na začátku 1. ročníku střední školy. V současné době je to již 17 let od uplynutí nemoci.
- Respondentovi Honzovi je 42 let. Mentální anorexií onemocněl v 16-ti letech, ve 2. ročníku střední školy. V současné době je to téměř 27 let od uplynutí nemoci.

### 5.3 ETIKA VÝZKUMU

Všichni respondenti byli předem informováni a vyslovili souhlas s nahráváním připraveného polostrukturovaného rozhovoru na nahrávací zařízení a dále s anonymním přepisem zvukových záznamů rozhovorů do textového dokumentu pouze pro osobní výzkumné účely výzkumníka. Samozřejmostí je zachování naprosté anonymity respondentů, proto byla osobní jména použitá v práci vybrána zcela náhodně. Také proběhla žádost o souhlas respondentů s dílčím zveřejněním rozhovoru, které nebude možné identifikovat s jejich osobou (Švaříček, Šedová a kol., 2007, s. 163).

### 5.4 METODA SBĚRU DAT

Jak již bylo uvedeno výše, pro splnění cíle této práce bylo apikováno kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů, která vychází z připraveného seznamu témat otázek, jak doporučuje Hendl (2005, s. 7). Zahájení rozhovorů s respondenty předcházelo podrobné prozkoumání teoretických znalostí o problematice mentální anorexie. Bylo vytvořeno tazatelské schéma základních témat a ke každému tématu byly předem připraveny otázky. Během samotných rozhovorů s respondenty bylo zařazeno několik doplňujících otázek, ty byly vhodně užity k hlubšímu prozkoumání problému a měly objasnit základní data (Švaříček, Šedová a kol. 2007, s. 162-168). Strukturu rozhovorů tvořilo tazatelské schéma (viz příloha) obsahujících osmnáct základních otázek, k nimž byly přidány vhodné doplňující otázky.

Ve všech případech se respondenti odmítli sejít na veřejném místě a jedinou podmínkou pro provedení rozhovorů bylo, aby probíhaly v jejich domácím prostředí. Rozhovory se uskutečnily v listopadu a prosinci 2019. Analýzou tohoto textu pomocí metody trsování bylo stanoveno šest kategorií směřujících k odborné polemice zabývající se chováním anorektických pacientů v minulosti s novými poznatky současných autorů. Na závěr byly z rozhovorů vytvořeny kazuistiky případů, pro jejich bližší přiblížení a pro vytvoření lepší představy o problematice. Kazuistiky jsou zveřejněny v příloze bakalářské práce. Respondenti ani jejich chování nebyli při výzkumném šetření hodnoceni a byla snaha výzkumníka o zachování co největší možné objektivity (Milovský, 2006, s. 221).

## 5.5 ANALÝZA SBĚRU DAT

Data získaná z rozhovorů, kterými byly odpovědi na otázky ve formě audio nahrávek na nahrávacím zařízení, byla analyzována pomocí přepisu nahrávek do textového dokumentu. Po jeho prozkoumání se přešlo k hledání vztahů mezi jednotlivými výpověďmi, na jejichž základě byla vytvořena a zvolena kategorizace výzkumných konceptů na základě metody vytváření trsů. V jednotlivých kategoriích byly dohledány společné vztahy a následně byla zjištěná data podrobena odborné polemice zabývající se chováním anorektických pacientů v minulosti s novými poznatky současných autorů. Výsledkem zkoumání textu výpovědí bylo vytvoření šesti kategorií. Kvalitativní analýza umožňuje získaná data uspořádat dle významu a propojit je do holistického popisu zkoumaného jevu. Rozbor získaného materiálu napomáhá k podrobnějšímu popisu jevů. Při rozboru získaných dat jsem se řídila postupy Hendla (2005, s. 9-10) a Milovského (2010, s. 221).

## 6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato empirická část bakalářské práce definuje výsledky výzkumného šetření, které vyplývají z rozhovorů s respondenty. Během provedené analýzy se vytvořilo šest kategorií, které poskytly základ vlastnímu výzkumu. Budou zde představeny kategorie, ve kterých názorech a zkušenostech se objevila u respondentů shoda. Další předloženou informací je názor odborné veřejnosti na zjištěná fakta. Data získaná z kvalitativního výzkumu byla podkladem pro konkretizaci kauzálních vztahů a výsledných schémat.

Také je nezbytné zdůraznit, že odpovědi mohou být zkreslené, jelikož každý respondent na sebe nahlíží jinak a míra jejich schopnosti sdílení prožitků na podkladě vzpomínkové paměti byla rozdílná.

### 6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výsledky rozhovorů byly rozřazeny do šesti kategorií. Zdrojem těchto kategorií je analýza kazuistik, které vznikly na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

První kategorie – propuknutí nemoci (otázka č. 4 a zachycené interpretace)

Druhá kategorie – restriktce potravy (otázky č. 5, 7 a 9)

Třetí kategorie – zvýšení fyzické aktivity (otázka č. 5)

Čtvrtá kategorie – sociální kontakty v průběhu nemoci (otázka č. 6 a zachycené interpretace)

Pátá kategorie – typ výchovy (zachycené interpretace)

Šestá kategorie – techniky skrývání (otázky č. 7, 9, 12 a zachycené interpretace)

#### 6.1.1 PRVNÍ KATEGORIE – PROPUKNUTÍ NEMOCI

Většina současných odborníků (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010, s. 260, Papežová a kol., 2010, s. 38, Novák, 2010, s. 12, Orel a kol., 2016, s. 202-203) zabývající se problematikou mentální anorexie udává jako krizový věk pro rozvinutí onemocnění období adolescence. S tímto současným poznatkem souhlasí i výsledky získané z empirické části bakalářské práce. Respondentka Renata uvedla jako věk, ve které se jí nemoc začala projevovat, 17 let. Respondenti Veronika i Honza shodně uvádějí 16 let. Všichni respondenti se během rozvoje jejich onemocnění nacházeli v období adolescence, dle tehdejší definice v rozmezí 10-25 let (Hurrelmann, Lösel 1990, s. 1). Nejnovější

poznatky Papežové a kol. (2018, s. 122) prokazují, že v současné době se věk pro rozvinutí onemocnění ještě snížil. Nejvíce ohroženi jsou nyní děti v období těsně před pubertou. Zde můžeme vidět, jakým směrem se posouvá hranice pro propuknutí nemoci.

Tabulka 1 Propuknutí nemoci u respondentů

	Respondentka Renata	Respondentka Veronika	Respondent Honza
Věk	17 let	16 let	16 let

Tabulka 2 Propuknutí nemoci dle autorů

	Dle Hurrelmann, Lösel (1990)	Dle Novák (2010)	Dle Papežová a kol. (2018)
Věk	10-25 let	15-19 let	děti před pubertou

### 6.1.2 DRUHÁ KATEGORIE – RESTRIKCE POTRAVY

Z důvodu změněného vnímání tělesného schématu se u jedinců trpících mentální anorexií vyskytuje chorobný strach z tloušťky (Orel a kol., 2016, s. 203). Snižování váhy je dosahováno pomocí extrémního omezování příjmu živin (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 8). Z úbytku váhy pociťují nemocní jedinci radost, kvůli čemuž usilují o její další snížení (Pavlovský, 2002, s. 76). Toto tvrzení potvrzuje respondentka Renata, která přiznala, že během nemoci značně omezila porce jídla za účelem zhubnout. *„Postupně s probíhající nemocí jsem jedla čím dál méně. Někdy i jablko ke snídani, jablko k obědu a jablko i k večeři. Snažila jsem se intenzivně a co nejrychleji zhubnout.“* Její běžný jídelníček se skládal maximálně ze tří jídel denně. Vůbec nekonzumovala umělé cukry, přílohy a obecně nezdravé věci. Podobné prvky zmiňuje i Procházková, Sladká-Ševčíková (2017, s. 25), která tvrdí, že anorektičtí pacienti dávají důraz na zdravé stravování, které uvedla i respondentka Veronika. Rovněž omezila množství přijímaného jídla, na rozdíl od předchozí respondentky Renaty to nebylo za účelem snížení váhy. *„Nejdřív jsem si ani nevšimla, že nějak víc hubnu. Nikdy to nebylo mým cílem.“* Přesto během dne téměř nic nejedla, zcela vynechávala snídaneň a sama přiznává, že vlastně jedla každý den téměř to samé. Respondent Honza také značně snížil velikosti porcí jídel. *„Normálně jsem jedl k obědu dvanáct knedlíků, tenkrát jsem to hodně omezil, a to pouze na dva.“* Porce jídel

snížil oproti dřívějšímu na jednu pětinu i méně. Často vynechával večeře a jídlo nahrazoval tekutinami, např. šťávou z kompotu. Cohen (2002, s. 105) uvádí, že nemocní mnohdy věnují nadměrnou pozornost jídlu. Zvýšený zájem se může projevovat vtíravými myšlenkami o jídle a zvýšenou potřebou připravovat ho pro druhé. S tímto tvrzením se ztotožňuje respondentka Renata, která těmito pocity během onemocnění trpěla. *„Celé dny jsem myslela jen na jídlo a měla jsem chuť ho připravovat pro jiné. Neustále jsem vařila a pekla, aniž bych to sama jedla.“*

Tabulka 3 Restrikce potravy u respondentů

	Respondentka Renata	Respondentka Veronika	Respondent Honza
Stravovací návyky	- max. 3 jídla/den - absence umělých cukrů, příloh a nezdravých věcí - zvýšený zájem o jídlo	- vynechávání snídaní - malá variabilita přijímaného jídla - důraz na zdravé stravování	- snížení porcí na 1/5 i méně - vynechávání večeří - nahrazování jídla tekutinami

Tabulka 4 Restrikce potravy dle autorů

	Procházková, Sladká-Ševčíková (2017)	Cohen (2002)
Stravovací návyky	- extrémní omezování příjmu živin - důraz na zdravé stravování	- zvýšený zájem o jídlo

### 6.1.3 TŘETÍ KATEGORIE – ZVÝŠENÍ FYZICKÉ AKTIVITY

Na počátku onemocnění je u pacientů patrná hyperaktivita a zvýšená efektivita konání, především za účelem snížení tělesné hmotnosti (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 8). Nadměrnou tělesnou aktivitu během onemocnění potvrdili všichni respondenti podílející se na výzkumu. Respondentka Renata uvedla, že počáteční snižování váhy bylo za účelem hubnutí. Což se jí za pomoci navýšení fyzické aktivity povedlo a za dva a půl měsíce zhubnula 22 kg. Každý večer běhala, poté si chodila zaplavat do rybníka a na závěr vykonávala cviky na posílení břicha. Podobně i u respondentky Veroniky byl během onemocnění zaznamenán nárůst fyzické aktivity.

„V době, kdy jsem začala hodně ztrácet na váze, jsem chodila téměř už jen do školy, do fitka, na brusle nebo do bazénu.“ Orel a kol. (2016, s. 203) podobně jako Papežová a kol. (2018, s. 489) pozoruje u pacientů trpících mentální anorexií paradoxní vnímání vlastního těla, kdy se i při extrémní podvýživě objevuje chorobný strach z tloušťky. Podobné paradoxní vnímání popisuje i respondent Honza, který se po nuceném ukončení provozování aktivního sportu začal intenzivně věnovat běhu na dlouhé vzdálenosti. „Na sportu jsem byl závislý, byl jsem zvyklý mít 2x denně tréninky a mému tělu to nyní chybělo. Neustále jsem myslel na to, že moje tělo nedělá nic a strádá, začíná nabírat a deformuje se.“

Tabulka 5 Zvýšení fyzické aktivity

	Respondentka Renata	Respondentka Veronika	Respondent Honza
Druh aktivity	- běh - plavání - posilování břicha	- navštěvování fitness centra - in-line bruslení - plavání	- vytrvalostní běh na dlouhé vzdálenosti

#### 6.1.4 ČTVRTÁ KATEGORIE – SOCIÁLNÍ KONTAKTY

Spolu se změnami v psychice jedinců trpících mentální anorexií narůstá omezování sociálních kontaktů (Orel a kol., 2016, s. 203). U všech respondentů podílejících se na výzkumu se projevila významová podobnost v prožitých emocích. Respondenti uvedli, že v době nemoci prožívali silnou osamělost a pocity studu. Respondenti měli rozdílné důvody, proč u nich došlo k separaci od sociálního okolí, ale způsob izolovanosti i výsledný dopad to mělo na všechny stejný – postupná a dobrovolná izolace spojená s prožíváním negativních pocitů. V prostudované odborné literatuře se nenašly zmínky vztahující se k příčinám vytváření izolace. Respondentka Renata neustále jen myslela na jídlo a na nic jiného už jí nezbýval čas ani energie. „Připadala jsem si osamělá, ale když jsem se s někým potkala, neměla jsem sílu si o něčem povídat a vlastně ani nebylo o čem, protože jsem stále myslela jen na jídlo a svou váhu.“ Respondentka Veronika potvrzuje tvrzení Nováka (2010, s. 15-21), že z důvodu rozdílných zájmů, především času tráveného sportem, kterému sama věnovala většinu času, došlo k omezování kontaktů

s kamarádkami. „Navíc v té době jsem moc dobře nedokázala prožívat nějaký emoce a na ničem mi nezáleželo. Díky tomu jsem o všechny kamarádky přišla.“ Respondent Honza se před svými kamarády dokonce styděl, protože jim podle jeho slov „již neměl co nabídnout“. Dle výpovědí respondentů lze usuzovat, že se u nich izolovanost projevila v důsledku toho, že neměli důvod žít v kolektivu. K separaci od sociálního okolí dochází při plném rozvinutí onemocnění. Pacienti se uzavírají do sebe, straní se vrstevníků, ale i členů své rodiny (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 135). V případě dlouhodobého onemocnění a odloučení je těžké navrátit se mezi své vrstevníky. Podobně jako vznikající separace, tak i návrat do společnosti by měl být postupný a dlouhodobý (Papežová, 2018, s. 141).

Tabulka 6 Sociální kontakty

	respondentka Renata	respondentka Veronika	Respondent Honza
Důvod izolace	- nedostatek sil na konverzaci - žádné téma k hovoru	- jiné zájmy - neschopnost prožívat emoce	- pocit studu - neschopnost vytvoření podnětů k interakci

### 6.1.5 PÁTÁ KATEGORIE – TYP VÝCHOVY

Dle Nováka (2010, s. 15-22) jsou nejčastějšími faktory vzniku onemocnění mentální anorexie rodinné rizikové determinanty. „Vztahy v rodinách, kde se vyskytuje mentální anorexie, bývají dysfunkční“ (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133). Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, uvedli, že jejich rodinné vztahy jsou dobré, ale zároveň upozornili na zvýšenou dominanci matky. Nejběžnější z dysociativního chování v rodinách bývají nadměrné požadavky ze strany rodičů. Autoritativní výchova matky, často se zaměřením na výkon, může vést k narušení sebevědomí a zvýšené citlivosti jedince (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133). Respondentka Veronika nikdy nepocitovala silné rodinné vztahy. „Po materiální stránce mi nikdy nic nechybělo, ale občas jsem během dospívání měla pocit, jako by každý u nás doma žil samostatný život a jen jako náhodou jsme bydleli v jednom domě.“ Příliš lhostejný typ výchovy, ve kterém respondentka vyrůstala, může být důvodem k rozvinutí onemocnění. Anorektický jedinec se svým patologickým chováním snaží upoutat pozornost rodičů (Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133). Rodinné zázemí u zbývajících dvou respondentů bylo dobré, v rodině byl zajištěn

pevný denní řád. Trvání na dodržování příliš striktních pravidel vede ke zvýšené míře sebekritičnosti a potřebě uspokojit požadavky rodiny (Novák, 2010, s. 15-22).

Tabulka 7 Typ výchovy u respondentů

	Respondentka Renata	Respondentka Veronika	Respondent Honza
Faktory vzniku	- dominantní matka - dobré rodinné vztahy - pevný denní řád	- dominantní matka - dobré rodinné vztahy - slabé rodinné vazby	- dominantní matka - dobré rodinné vztahy - pevný denní řád

Tabulka 8 Typ výchovy dle autorů

	Dle Novák (2010)	Dle Pugnerová, Kvintová (2016)
Faktory vzniku	- rodinné rizikové determinanty - příliš striktní pravidla	- nadměrné požadavky - dominantní chování matky - lhostejný typ výchovy

### 6.1.6 ŠESTÁ KATEGORIE – TECHNIKY SKRÝVÁNÍ

Odborníci (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 25, Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 135 a další) se shodují, že téměř všichni pacienti skrývají svou nemoc a využívají k tomu různé taktiky a metody, které před ostatními tají. Zcela běžné jsou vtíravé myšlenky na to, že jim druzí jejich chování chtějí zakazovat. Právě z těchto představ pramení potřeba tajit své chování před ostatními. Stejně pocity prožívala respondentka Renata. „*Svou hubenost jsem skrývala pod oblečení. Hlavně proto, aby mě to nezakazovali.*“ Podobně na tom byla respondentka Veronika, ta si váhový úbytek uvědomila, až po upozornění svým tehdejším přítelem, kterému se to nelíbilo. Proto začala svoji hubenost skrývat. „*Snázila jsem se oblíkat tak, aby to nebylo tolik vidět.*“ Častou technikou skrývání nemoci je lhaní o množství snědeného jídla. Všichni respondenti uvedli, že lhali o tom, že jedli nebo kolik toho snědli. „*Hodně jsem lhal, že jsem jedl. Lhal jsem svému okolí, ale i sobě,*“ řekl respondent Honza. Mnoho anorektických pacientů k zakrývání svých jídelních zvláštností používá výmluvu o zdravém stravování (Cohen, 2002, s. 105). Stejnou techniku využívali



respondenti Honza a Veronika. Respondentka Veronika k tomu navíc připojovala spojitost se zažívacími problémy. Mnoho pacientů si neuvědomuje, že je jejich chování patologické a jsou plně přesvědčeni, že jednají správně (Látalová, Kamarádová, Praško, 2008, s. 102, Pugnerová, Kvintová, 2016, s. 133). Tento názor potvrdil svou výpovědí respondent Honza, který si dlouho svoji nemoc nepřipouštěl. *„Úplně jsem se nesnažil to skrývat. Byl jsem přesvědčený, že díky absenci sportu musím ubrat na jídle a že takhle je to pro mé tělo nejlepší. Svě okolí i sebe jsem přesvědčoval, že takhle je to správně.“* Svůj skutečný stav si uvědomil až v nemocnici, kde ho museli hospitalizovat, protože u něj došlo kekachexii. *„Měl jsem problém i s běžnou chůzí a při přecházení silnice jsem upadl mezi auty a nedokázal se sám zvednout. Poté mě hospitalizovali.“*

Tabulka 9 Techniky skrývání u respondentů

	Respondentka Renata	Respondentka Veronika	Respondent Honza
Metody skrývání	- skrývání pod oblečení - lhaní	- skrývání pod oblečení - lhaní - žaludeční problémy - zdravé stravování	- zdravé stravování - neuvědomění si problému

Tabulka 10 Techniky skrývání dle autorů

	Dle Cohen (2002)	Látalová, Kamarádová, Praško (2008)	Pugnerová, Kvintová (2016)
Metody skrývání	- zdravé stravování	- neuvědomění si problému	- neuvědomění si problému

## 6.2 REFLEXE VÝZKUMNÍKA

Data získaná z empirické části bakalářské práce napomohla k naplnění cílů. Předcházející část poskytuje historický vhled do problematiky mentální anorexie společně s odbornou polemikou současných autorů zabývajících se tímto onemocněním. Výsledky empirické části práce jsou shrnuty do tabulek, které slouží k přehlednějšímu náhledu na

jednotlivé kategorie. Z výsledků výzkumu se vytvořila lepší představa o změně pohledů na danou problematiku za několik posledních desetiletí.

U všech respondentů se shodně nemoc projevila v období adolescence v rozmezí 16-17 let, při studiu na střední škole. Období adolescence je spojováno se zvýšenou mírou sebekritičnosti a snadným podlehnutím podnětům z okolí. Za několik posledních let došlo k výraznému posunu horní hranice charakterizované pro adolescentní věk. Rozmezí adolescence platné v době, kdy si respondenti nemocí procházeli, bylo 10-25 let (Hurrelmann, Lösel, 1990, s. 1). O deset let později je podle Vágnerové (2000, s. 367) adolescence vyměřena pro období 15-20 let. Dle nejnovějších informací (WikiSkripta, 2020) je aktuální vývojové období adolescence charakterizováno mezi 12-17 lety. Zde je patrné, že během několika desetiletí došlo ve vymezení adolescence k výraznému posunu směrem k nižšímu věku.

Restrikce potravy byla dobře patrná u všech respondentů podílejících se na výzkumné části bakalářské práce. Omezení množství jídla a snížení porcí bylo postupné. Na počátku onemocnění se všichni respondenti stravovali zdravě. S postupující nemocí vyčlenili většinu potravin ze svého jídelníčku. Respondentka Renata nekonzumovala více než tři jídla za den a přísně u nich hlídala, aby se v nich nevyskytovaly žádné umělé cukry ani jiné nezdravé látky. Respondentka Veronika vynechávala snídani a v jejím jídelníčku chyběla variabilita potravin. Dopoledne konzumovala jednu porci ovoce, druhou porci ovoce měla v odpoledních hodinách a večere se skládala ze dvou vajec v různé podobě. Snížení porcí jídel bylo nejvíce patrné u respondenta Honzy, který je omezil pouze na jednu pětinu dřívějších porcí. Dalšího snížení přijímaných potravin dosahoval pomocí nahrazování jídla tekutinami.

Zvýšení fyzické aktivity u všech respondentů bylo nepřiměřené k množství snědených kalorií. V uvědomění si neadekvátnosti svého jednání sehrála výraznou roli časová prodleva. U všech respondentů byla zaznamenána bagatelizace únavy během onemocnění, ta vznikala v důsledku nadměrné fyzické aktivity a celkové zvýšené efektivity konání. Respondentky Renata a Veronika obě shodně uvedly kombinaci různých tělesných aktivit, které v době nemoci provozovaly, oproti tomu respondent Honza se jednostranně zaměřil pouze na vytrvalostní běh na dlouhé vzdálenosti. U prostudovaných autorů chybějí informace potřebná pro získání metod využívaných k navýšení fyzické aktivity

během onemocnění. Z toho důvodu není uvedena tabulka zaznamenávající data získaná ze studia odborné literatury.

U respondentů došlo ve výrazné změně v omezení sociálních kontaktů během onemocnění a opětovného navrácení po jejich vyléčení. I přes rozdílné důvody rozvoje separace jednotlivých respondentů byl jejich průběh podobný. tj. postupně se rozvíjející dobrovolná izolovanost od sociálního okolí vrstevníků a částečně i rodiny. Shoda v prožitcích respondentů je patrná v nedostatku snahy o začlenění se do společnosti, která byla podmíněna negativními pocity, studem a nedostatkem energie. Respondentka Renata neměla ani téma, ani sílu k hovoru s ostatními. U respondentky Veroniky byl hlavní problém neschopnost prožívat jakékoliv emoce, díky výrazně snížené empatii nedokázala porozumět záměrům druhých a předvídat jejich reakce. Respondent Honza nebyl schopen vytvořit jakýkoliv podnět pro interakci, kvůli čemuž prožíval silné pocity studu a osobního selhání. Oblast týkající se důvodů vytvoření izolace u jedinců s mentální anorexií není v odborné literatuře dostatečně prozkoumaná. Většina autorů neuvádí příčiny vytvoření separace od sociálního okolí, popisují pouze její následky. Výjimkou je Novák (2010), který hovoří o rozdílnosti zájmů u pacientů potýkající se s onemocněním a jejich zdravými vrstevníky.

Žádný z respondentů neviní svou rodinu za vznik onemocnění, naopak uvádějí, že v jejich rodinách jsou dobré vztahy. Zároveň si jsou respondenti vědomi zvýšené míry dominantního chování matky. Respondenti Renata i Honza uvádějí, že vyrůstali v rodině, ve které panoval pevný denní řád a pravidla. Autoritativní výchova mohla být hlavním spouštěcím faktorem při rozvoji onemocnění. V popisu rodinných vztahů u respondentů byla spatřena jistá míra vzpomínkového optimismu. Ten se u respondentky Veroniky projevuje tím, že sama přiznává, že vztahy v její rodině nikdy nepociťovala silné, přesto je hodnotí kladně.

Techniky skrývání onemocnění zaznamenané v rozhovorech s respondenty, potvrzují shodnost se současnými poznatky odborníků zabývajících se touto problematikou. Nejčastěji provozovaná metoda tajení nemoci bylo lhaní. Respondenti lhali ohledně přijímaného množství jídla, vykonávané fyzické aktivity i onemocnění jako takového. Lhaní může být provozováno verbálně, ale i konativně, např. pomocí skrývání své vyzáblosti pod oblečením, toho využívaly respondentky Renata i Veronika. Další

formou lhaní, častou především na počátcích onemocnění, je obelhávání sebe samotného, které u respondenta Honzy přetrvávalo po celou dobu onemocnění, v jehož důsledku došlo ke kachexii a nucené hospitalizaci.

I po mnoha letech jsou pro respondenty vzpomínky příliš živé a zároveň bolestivé. Tato epizoda jejich života nikdy nebude zcela zapomenuta, jak potvrzuje respondent Honza: *„Na to, co jsem prožil, nemohu nikdy zapomenout.“* Při odchodu autorka pociťovala silně negativní emoce způsobené velmi citlivými až šokujícími informacemi respondentů týkajícími se jejich osobního života.

## ZÁVĚR

Předkládaná závěrečná práce byla zpracována na téma, kterým je onemocnění mentální anorexie. Práce je dělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou část.

V teoretické části bakalářské práce jsou vymezeny základní pojmy týkající se mentální anorexie. Dále zde byla uvedena formulace poruch příjmu potravy i s popisem historického vývoje od prvních zmínek tohoto onemocnění až po současnost. Na podkladě odborné literatury byly uvedeny faktory související s příčinami vzniku mentální anorexie, jejího průběhu, prognózy i aktivizační faktory způsobující onemocnění. Byly zmíněny i zdravotní důsledky a způsob léčby tohoto onemocnění. Na závěr teoretické části práce byly shrnuty informace týkající se prevence a občanských sdružení, která se věnují problematice této nemoci.

Pro empirickou část byl stanoven cíl, tím byla snaha o vytvoření přehledu společných specifik daného onemocnění z pohledu osob s odstupem desítek let, které v minulosti onemocněly mentální anorexií a jsou již delší dobu uzdravení. Dalším cílem bylo zhodnocení, zda z historického pohledu došlo ke změně některých etiologických informací na dané onemocnění. Pro sběr dat byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor, realizovaný s respondenty, kteří mají osobní zkušenost s onemocněním v rozmezí 17–30 lety zpátky. Výzkumná data byla získána kvalitativním šetřením pomocí metody vytváření trsů, ta umožnila vytvoření následných kategorií. Zdrojem těchto kategorií byla analýza kazuistik. Popsané kategorie byly doplněny tabulkami, které shrnují výsledky šetření. Součástí byla i odborná polemika nad získanými daty s novými poznatky současných odborníků. Jednotlivé kazuistiky případů jsou zveřejněny v příloze bakalářské práce. Zjištěné výsledky praktické části této práce se ve velkém množství shodují s aktuálními poznatky současných autorů. Tudíž lze konstatovat, že srovnání poznatků z výzkumného šetření v této oblasti zůstává stejné i po mnoha letech. Významný rozdíl byl zaznamenán ve věku, který je charakteristický pro vznik a rozvoj onemocnění a jehož hranice se výrazně snížila.

Z výsledků empirické části bakalářské práce je patrné, že by se měla věnovat větší pozornost tomuto onemocnění s prioritním zaměřením na žáky základních a středních škol, s cílem a snahou o eliminaci počtu jedinců trpících poruchami příjmu potravy.

Součástí prevence by bylo vhodné šíření validních informací v co největší míře o této problematice a především o jejich negativních dopadech. Zároveň nezbytnou součástí je kvalitní proškolení učitelů a dalších pracovníků pracujících s rizikovou skupinou.

**RESUMÉ**

Bakalářská práce se v teoretické části věnuje deskripci onemocnění mentální anorexií, její historii a prevencí se snahou o identifikaci hlavních faktorů, které jsou hlavními spouštěči. Historické pozadí onemocnění umožňuje nový pohled na danou problematiku. Hlavním cílem bylo pomocí kvalitativního šetření v praktické části práce zjistit, zda jsou faktory detekující onemocnění mentální anorexií shodné z časového hlediska s odstupem desítek let u vyléčených jedinců s faktory, které jsou uváděny odbornými autory v dnešní době. Součástí je odborná polemika nad získanými daty, jejichž zdrojem byla analýza kazuistik.

**KLÍČOVÁ SLOVA**

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, prevence, historické srovnání

**RESUME**

The bachelor's thesis deals in the theoretical part with a description of mental anorexia, its history and prevention with an effort to identify the main factors that are the main triggers. The historical background of the disease allows a new perspective on the issue. The main goal was with help of qualitative investigation in the practical part of the work to determine whether the factors detecting mental anorexia are identical in terms of time with decades apart in cured individuals with the factors that are published by professional authors today. It includes a professional controversy over the obtained data, whose source was the analysis of case reports.

**KEYWORDS**

Mental anorexia, eating disorders, prevention, historical comparison

**SEZNAM LITERATURY**

Knižní zdroje:

- COHEN, Robert M. . *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4
- DUŠEK, Karel, Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-1620-6
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2
- HURRELMANN, Klaus, Friedrich LÖSEL. *Health Hazards in Adolescence*. Berlin; New York: de Gruyter, 1990. ISBN 31-101-2448-3
- KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-0840-X
- KRCH, František David. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 2.*, Doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a. s., 2003. ISBN 80-247-0527-3
- KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN 978-80-247-2333-4
- LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. ISBN 978-80-247-4305-9
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0
- MILOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 2.* Dotisk. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 80-247-1362-4
- MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. *Psychopatologie. Pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2018, ISBN 978-80-7380-721-4
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7
- OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8
- PAPEŽOVÁ, Hana a kolektiv. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta a. s., 2018. ISBN 978-80-204-4904-7
- PAPEŽOVÁ, Hana a kolektiv. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-2425-6



- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy. Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2017. ISBN 978-80-88163-46-6
- PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9
- RABOCH, Jiří, Irena ZRZAVECKÁ, Pavel DOUBEK. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-420-2
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ, Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 4. vydání. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-746-1
- RABOCH, Jiří, Petr HERLE a kolektiv. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství DR. Josef Raabe, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-87553-27-5
- ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kolektiv. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE A Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. *Psychiatrická péče 2018*. Praha: ÚZIS ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychik*. 3. Vydání. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
- WILLIAMS, Margaret. *Self-Concept: Perceptions, Cultural Influences and Gender Differences*. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2017. ISBN 978-1-53610-473-8
- Internetové zdroje:
- Centrum Anabell*, 2002 - 2020 [online]. Centrum Anabell, z. ú. [cit. 16. 3 . 2020]. dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
- Centrum Anabell*, 2015[online]. E -clinic, z. ú. [cit. 16. 3 . 2020]. dostupné z: <http://www.ecinstitut.cz/>
- E -clinic*, 2015 [online]. E -clinic, z. ú. [cit. 27. 3 . 2020]. dostupné z: <http://www.ecinstitut.cz/24-novinky/76-1-celosvetovy-den-poruch-prijmu-potravy>
- Harvard T.H. school of public health*, 2020[online]. The President and Fellowsof Harvard College. [cit. 14. 3 . 2020]. Dostupné z: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/team/franko/>

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2020 [online]. Český statistický ústav. [cit. 3 . 1 . 2020]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2020 [online]. Český statistický ústav. [cit. 3 . 1 . 2020]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

*Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2020* [online]. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta. [cit. 22. 4 . 2020]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/pomuze-lecbe-poruch-prijmu-potravy-reforma-psychiatrie>

*WikiSkripta*, 2020 [online]. WikiSkripta, projekt 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy. [cit. 24. 4 . 2020]. Dostupné z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Rozd%C4%9Blen%C3%AD\\_d%C4%9Btsk%C3%A9ho\\_v%C4%9Bku](https://www.wikiskripta.eu/w/Rozd%C4%9Blen%C3%AD_d%C4%9Btsk%C3%A9ho_v%C4%9Bku)

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Propuknutí nemoci u respondentů .....	33
Tabulka 2 Propuknutí nemoci dle autorů .....	33
Tabulka 3 Restrikce potravy u respondentů .....	34
Tabulka 4 Restrikce potravy dle autorů.....	34
Tabulka 5 Zvýšení fyzické aktivity .....	35
Tabulka 6 Sociální kontakty .....	36
Tabulka 7 Typ výchovy u respondentů .....	37
Tabulka 8 Typ výchovy dle autorů.....	37
Tabulka 9 Techniky skrývání u respondentů.....	38
Tabulka 10 Techniky skrývání dle autorů .....	38

## PŘÍLOHY

### PŘÍLOHA 1: TAZATELSKÉ SCHÉMA

1. Jaký/á jsi byl/a před rozvinutím nemoci? Měl/a jsi hodně přátel? Měl/a jsi v té době přítelkyni/přítele?
2. Z jakého rodinného prostředí pocházíš? S kým jsi bydlel/a ve společné domácnosti?
3. Jak vypadal tvůj běžný den před nemocí?
4. Věděl/a jsi o existenci onemocnění MA ještě předtím, než jsi se s ní sám/sama osobně setkal/a?
5. Kdy se ti nemoc začala projevovat? Uvědomuješ si nějaký moment ve svém životě, který by mohl být spouštěčem tohoto onemocnění?
6. Jak vypadal tvůj běžný den v průběhu rozvíjející se nemoci? Co se ti honilo hlavou? S kým jsi se pravidelně stýkal/a? Měl/a jsi v té době přítelkyni/přítele?
7. Připadal/a jsi si někdy osamělý/á?
8. Jak vypadal tvůj jídelníček?
9. Všiml si někdo změn ve tvém stravování?
10. Skrýval/a jsi to nebo jsi naopak svoji hubenost dával/a více najevo?
11. Jak na tvůj stav reagovalo tvoje okolí? Lidé ve škole?
12. Kdo a kdy si poprvé všiml, že jsi nemocný/á?
13. Kdy jsi si ty sám/sama přiznal/a, že jsi nemocný/á?
14. Co bylo pro tebe během nemoci nejhorší?
15. Co tě přimělo začít se léčit?
16. Kdo ti byl během léčby největší oporou?
17. Jak je to teď dlouho od ukončení léčby?
18. Jak velký je teď tvůj okruh přátel? Máš nyní přítelkyni/přítele?

### PŘÍLOHA 2: KAZUISTIKY

Pro větší přehlednost jsou uvedeny případové studie, kazuistiky. Tyto kazuistiky byly vytvořeny na podkladě polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, kteří se účastnili výzkumu.

**KAZUISTIKA Č. 1**

První respondentkou, se kterou jsem provedla rozhovor, byla paní Renata. Renatě je nyní 48 let. Od ukončení léčby uběhlo 30 let. Od té doby zvládla vystudovat vysokou školu humanitního oboru. V současné době podniká v oboru, který studovala. Renata má dva syny. Nyní žije s manželem a mladším synem v bytě na okraji města. Hodně svého času tráví prací, která je zároveň i jejím koníčkem. Volný čas ráda tráví se svojí rodinou nebo sportem. Renata je velice příjemná společnice, sama o sobě skromně tvrdí, že již není tolik uzavřená a „upejpavá“ jako kdysi. Její okruh přátel je v současné době větší, než kdy býval.

Mentální anorexie se u Renaty projevila v 17-ti letech. Tehdy navštěvovala střední školu gymnaziálního typu. Svůj čas přizpůsobovala hlavně škole. Dopoledne trávila ve škole, po ní se věnovala koníčkům, mezi které patřil běh a čas trávený s kamarády a ve večerních hodinách se připravovala na další den školy.

V době probíhající nemoci bydlela Renata se svými rodiči a o tři roky mladším bratrem. Hlavou rodiny je matka, která rozhoduje o většině rodinných záležitostí. Otec se stará především o technický chod domácnosti. Na výchově dětí se podíleli oba rodiče, ovšem matka z větší části. Rodinné vztahy jsou dobré. Renata uvedla, že pochází z příjemného rodinného zázemí, kde je zajištěn stálý denní režim a řád. Stravovací návyky rodiny jsou v pořádku, scházejí se u společné večeře a o víkendech i u oběda.

Ve 3. ročníku gymnázia začala Renata pociťovat jisté změny. Její kamarádky začaly mít přítele, po kterém ona sama také toužila. Byla ale silnější postavy a začala se za sebe stydět. Proto se rozhodla zhubnout. *„V červnu ve 3. ročníku na gymnáziu jsem si nechala dát akupunkturu na snížení chuti, která však nepůsobila, a tak jsem nasadila svoji první životní dietu na 14 dní, při které se mi podařilo zhubnout prvních 5 kg.“* Pomocí různých diet, omezování ve stravování a častého cvičení Renata zhubla za dva a půl měsíce 22 kg. Většinu kil shodila během letních prázdnin, které převážnou částí trávila na brigádě v jižních Čechách. Tento „úspěch“ ji motivoval v setrvání svého nového životního stylu a postupně se dostala na svoji nejnižší váhu 54 kg při výšce 168 cm.

Renatin jídelníček se během nemoci značně omezil na maximálně tři jídla denně. Z jídelníčku vyloučila téměř všechny cukry, veškeré přílohy a obecně nezdravé věci. *„Často jsem vynechávala obědy, ke snídani jsem měla často jen jogurt a k večeři jablko.“* Některé

dny měla k jídlu pouze jablko ke snídani, jablko k obědu a opět jablko k večeři, vzpomíná Renata. Přiznává, že celé dny myslela jen na jídlo a měla chuť ho připravovat pro druhé. Hodně času trávila vařením a pečením jídel, které ale sama nikdy nejedla. V té době už se téměř s nikým nesetkávala. Myslela pouze na jídlo a na nic jiného už jí nezbýval čas ani energie. *„Připadala jsem si osamělá, ale když jsem se s někým potkala, neměla jsem sílu si o něčem povídat a vlastně ani nebylo o čem, protože jsem stále myslela jen na jídlo a svou váhu.“*

Jako první zaznamenali u Renaty změny tělesných proporcí její rodiče, už během letních prázdnin, ve dnech, které trávila doma a odmítala společné večeře a obědy. Právě rodiče byli ti, kdo Renatu během nemoci hodně podpořili. Jejího velkého váhového úbytku si ostatní všimli při návratu do školy. Změny zaznamenali především učitelé a snažili se na to nějak reagovat. *„Kdy mě například učitelé vrátili z bramborové brigády, protože jsem neunesla kýbl s bramborami.“*, popisuje Renata. Z těch dob si pamatuje hlavně šok ze strany okolí. Několik málo jedinců ji oceňovalo za její úsilí, ale většina lidí si uvědomovala, že je něco v nepořádku a neuznávala její způsob ztráty váhy. Proto začala Renata svoji hubenost skrývat, *„Aby mi to nikdo nezakazoval.“*, říká.

Hlavním důvodem, proč se Renata rozhodla zahájit léčbu, byl strach, že by jednou nemohla mít děti. *„Ve chvíli, kdy jsem ztratila menstruaci (vlivem nemoci) a musela jsem navštívit gynekologa. To už jsem věděla, že je vážně zle.“* Právě zmíněný lékař Renatě vysvětlil všechny negativní dopady nemoci a pomohl jí zahájit léčbu formou svépomoci. Díky podpoře ze strany svých nejbližších a radám poskytovaných gynekologem Renata zvládla proces vyléčení sama za podpory rodiny. Nemusela být nikde hospitalizována, ani nedocházela na pravidelné sezení s odborníkem.

## **KAZUISTIKA Č. 2**

Respondentce Veronice je nyní 33 let, od ukončení léčby uplynulo již 17 let. Veronika má vystudovanou vysokou školu humanitního oboru a v současné době pracuje jako asistentka ředitele společnosti. Nyní žije se svým novým přítelem, se kterým je už 8 let. Veronika se příteli se vším svěřila a řekla mu o své prodělané nemoci. *„Přítel ví, čím jsem si prošla, v problémových situacích je mi velikou oporou. Hodně se stará o to, abych byla v pohodě a znovu tomu nepropadla.“* Sama se aktivně snaží udržovat pravidelné dobré vztahy s několika nejbližšími kamarádkami. Nyní o sobě tvrdí, že je více společenská

a snaží se vycházet téměř s každým. „Nesmím už být tolik uzavřená, jako jsem byla dřív. Kvůli tomu jsem byla hodně osamělá, a to už nechci.“

U Veroniky se začala projevovat mentální anorexie v 16-ti letech na začátku 1. ročníku střední školy. Veronika věděla o existenci onemocnění mentální anorexie, ale nikdy ji nenapadlo, že by také ona sama mohla někdy onemocnět. Ve škole měli jednu besedu o poruchách příjmu potravy a následně si o tom povídali v hodině přírodovědy. „To bylo tak rok před tím, než jsem onemocněla. Vůbec jsem nechápala, jak to ty lidi dokážou, že vůbec neví a co je k tomu vlastně vede.“ Dopoledne Veronika trávila ve škole, kde se bavila se svými dvěma kamarádkami nebo tehdejším přítelem z vedlejší třídy. Odpoledne trávila rovněž s nimi procházením se venku, nakupováním, sportovními aktivitami nebo relaxováním na jejich zahradě.

V době pomalu propukající nemoci bydlela Veronika v rodinném domě společně se svými rodiči a o dva roky starším bratrem. S otcem měla vždy výborný vztah a hodně se mu svěřovala. Domácnost ovšem řídila dominantní matka, která rozhodovala o výchově dětí. S matkou i bratrem Veronika vycházela dobře. Rodinné zázemí Veronika nikdy nepociťovala moc pevné. „Po materiální stránce mi nikdy nic nechybělo, ale občas jsem během dospívání měla pocit, jako by každý u nás doma žil samostatný život a jen jako náhodou jsme bydleli v jednom domě.“ Přes týden se všichni členové domácnosti stravovali ve škole či v práci, doma měli pouze snídaně a večeře, které si každý připravoval sám v různou dobu. Proto si dlouho rodina nevšimla Veroničiných zvláštních zvyků při stolování. O víkendech mívali snahu o společné obědy, ty ovšem mnohdy nedopadly a každý si bral jídlo do svého pokoje. Ve Veroničině životě chyběl jistý řád a dohlížení na dodržování správných stravovacích návyků.

Veronika dává rozvoj své nemoci do souvislosti s klimatem ve třídě. „Štvalo mě, že si holky ze třídy o mně pořád něco špitají a smějí se mi. Myslela jsem si, že když si jich nebudu všímat a budu nenápadná, tak mi daj pokoj. Takhle zpětně vím, že mě i šikanovaly, ale to jsem tehdy neviděla.“ V době, kdy začala Veronika hodně ztrácet na váze, už chodila téměř jen do školy, do fitness centra, na brusle nebo do bazénu. „Nechodila jsem tam proto, abych zhubla, ale proto, že jsem se tam cítila dobře, ne jako ve škole.“ Kamarádky její touhu po sportu tolik neshdílely, zato její přítel ano a ve sportu ji hodně podporoval.

Díky časté fyzické aktivitě se Veronika postupně dostala na nejnižší váhu 47 kg při své výšce 166 cm.

Veronika uvedla, že nikdy nejedla moc a vždy se snažila jíst zdravě. V době nastupující nemoci mnohdy vynechávala snídaně, ke svačině měla většinou jen jablko nebo jiné ovoce. Obědy měla ve škole, ale moc z nich nejedla. Většinou se v nich jen tak štourala a snědla vždy jen hodně málo. *„Postupem času jsem se naučila jídlo na talíři různě přeskládat, tak aby vypadalo, jako že jsem něco snědla, i když to nebyla pravda.“* Po odpoledním sportování si dala proteinový nápoj nebo jen banán. Ve dnech, kdy trávila odpoledne doma, měla ke svačině jogurt. Večere měla téměř neměnné. Vždy se jednalo o vajíčka v různé podobě. Většinou snědla jedno nebo dvě.

Snížení množství jídla a časté vynechávání snídaní a postupně i obědů si v rodině dlouho nikdo nevšiml. Na počátku se ještě dlouho nechali oklamat výmluvami, že jedla hodně ve škole a teď už nemá hlad, nebo dokonce, že jí je po jídle špatně. Veroniky máma si začala myslet, že trpí nějakými žaludečními problémy. A proto se snažila vařit jídla, která jí nebudou dráždit žaludek. *„Pokud jsem doma řekla, že nějaké jídlo vynechám, protože mi není dobře, nikdo mě nenutil jíst.“* Na rozdíl od rodičů, její přítel ji do jídla nutil. Snažil se jí pomoci, aby něco přibrala a nebyla tak vyhublá. *„Nejdřív jsem si neuvědomila, že nějak víc hubnu. Nikdy to nebylo mým cílem.“* Jako první si toho všiml její přítel, který jí řekl, že se mu to nelíbí, proto se začala Veronika oblékat tak, aby její hubenost nebyla tolik vidět. Jako další si nějakých změn všiml Verončin otec. Bylo mu divné, že už Veroniku nenavštěvují kamarádky a že už o nich ani tolik nemluví. Všiml si, že většinu času trávila sama doma, což se jí vůbec nepodobalo. Zároveň si všiml, že doma už téměř nejí. *„Hodně se mi ptal, co jsem ten den jedla a co jsem celý den dělala.“* Jinak nikdo jiný ve Verončině okolí její změny nijak nekomentoval, nejspíš si jich nikdo ani nevšiml.

*„Nejhorší pro mě bylo asi to, že jsem musela lhát svému tátovi.“* Díky těmto nepříjemným pocitům se Veronika odhodlala a se vším se otci svěřila. Hodně jí pomohl v přesvědčení, že by měla vyhledat odbornou pomoc. Největší podporou v době nemoci byl Veronice právě její otec. *„Byl skvělejší. Chodil se mnou na všechny schůzky k doktorce a normálně se o tom se mnou bavil, ne jako zbytek rodiny, který na mě koukal najednou jinak.“* Veronika téměř rok pravidelně navštěvovala psychologa, který jí pomohl změnit vnímání vlastního těla a poskytl jí základní pohled na zdravý životní styl, ten se nyní snaží



dodržovat. Během léčení se rozešla s jejím tehdejším přítelem. „Už si moc nepamatuju, proč jsme se vlastně rozešli. Ale pamatuju si, že mi to vlastně bylo jedno. V té době jsem už nedokázala prožívat nějaký emoce a na ničem mi nezáleželo.“ Postupně Veronika zjistila, že opora kamarádů a přátel je pro ni v životě hodně důležitá. A věnovala čas tomu, aby si znovu vytvořila nový okruh přátel.

### KAZUISTIKA Č. 3

Poslední z respondentů, na rozdíl od prvních dvou již zmíněných, je muž. Honzovi je nyní 42 let a dnes je to 27 let od ukončení jeho léčby. Mentální anorexií onemocněl v 16-ti letech ve 2. ročníku střední školy. Kvůli hospitalizaci v důsledku své nemoci musel Honza opakovat 3. ročník střední školy. I přes prožité odloučení ho jeho kamarádi podpořili a s dokončením školy mu pomohli, díky nim také úspěšně odmaturoval. V současné době je spolujednatel úspěšné firmy. Honza má rád sport a nachází v něm zábavu a uvolnění, ale jak sám říká, už to není jeho jediný smysl života jako kdysi. Honza byl vždy veselý, komunikativní, společenský a díky tomu měl hodně přátel. Po ukončení léčby si uvědomil, že přátelství není o váze, ale o budování vztahů. V době nemoci mu byla největší oporou jeho tehdejší spolužačka a budoucí manželka. Právě kvůli ní se chtěl začít léčit a znovu začít normálně fungovat. Nyní spolu mají dvě děti. Nakonec se po 20 letech manželství rozvedli, kvůli rozdílným názorům na výchovu jejich dětí. Honza je veliký extrovert, který má široký okruh přátel, jak v osobním, tak i v pracovním životě.

V době, kdy respondent Honza onemocněl mentální, nic o této nemoci nevěděl. V té době nebyla prezentována do takové míry jako je tomu dnes. Honza měl hodně koníčků, mezi které patřil i vrcholový sport. Jako spouštěč onemocnění Honza zmiňuje ukončení provozování aktivního sportu, kvůli opakovaným zlomeninám dolních končetin. „Na sportu jsem byl závislý, byl jsem zvyklý mít 2x denně tréninky a mému tělu to nyní chybělo.“ Jeho běžný den se před rozvinutím nemoci točil jen kolem sportu. Ráno měl trénink, ze kterého chodil rovnou do školy a po škole opět na trénink. Po odpoledním tréninku měl volný program s kamarády, ten byl často ve sportovním duchu.

V té době bydlel Honza se svými rodiči a o pět let starší sestrou v bytě nedaleko centra města. Rodinu řídila matka, která se o všechny pečlivě starala. A právě od ní se dostávalo Honzovi v průběhu nemoci velké podpory, což dokázal ocenit až s odstupem času. „V té době jsem to neviděl, ale teď vím, že nejvíc mi pomohla rodina, hlavně máma.“

Se všemi členy rodiny měl Honza dobrý vztah, ale nikdy se nikomu příliš nesvěřoval. V domácnosti fungoval pevný denní režim už od dob, kdy se Honza i jeho sestra začali aktivně věnovat sportu na vyšší úrovni. Stravovací návyky v rodině jsou dobré a díky nim měl Honza přehled o zdravých a nezdravých potravinách.

Honza se nedokázal odpoutat od myšlenky, že jeho tělo nic nedělá, jen strádá a deformuje se v důsledku absence aktivního sportování. *„Začal jsem běhat velké vzdálenosti, abych měl pocit, že moje tělo něco dělá.“* Přestože byl Honza, družný, ztratil o své kamarády zájem. *„Neměl jsem jim co nabídnout. Neměl jsem žádné téma k hovoru s nimi a za to jsem se styděl.“* Honza neustále myslel na to, kolik toho snědl a kolik kilometrů bude muset uběhnout, aby to tělo zvládlo zpracovat. Postupně se Honza dostal pomocí tohoto způsobu života na pouhých 50 kg při výšce 190 cm.

*„Normálně jsem jedl k obědu dvanáct knedlíků, tenkrát jsem to hodně omezil, a to pouze na dva a víc se začal zaobírat sebou.“* Obecně Honza snížil své porce jídel na jednu pětinu (často i méně) oproti minulosti. Večeře vynechával a jídlo se mnohdy snažil nahradit tekutinami (např. šťávou z kompotu). *„Hodně jsem lhal, že jsem jedl. Lhal jsem svému okolí, ale i sám sobě.“* Vymlouvat se musel především ze početných večeří, což bylo podezřelé jeho matce.

Jako první si změn probíhajících u Honzy všimla jeho rodina, kteří se mu snažili nadměrné běhání rozmluvit. Honza býval vždy hubený, vysportovaný. Postupně se ale stával vyzáblým a toho si začalo všimát i jeho okolí, které mu to začalo vymlouvat. Ze všech stran byl Honza upozorňován, že jeho přílišná hubenost není v pořádku a že by měl víc jíst. Ovšem Honza si nemyslel, že je na tom něco špatného. Byl přesvědčený, že kvůli absenci sportu musí ubrat na jídle a že takovéto chování je pro něj nejlepší. Svoji hubenost proto nijak neskrýval. Svě okolí, ale i sebe neustále přesvědčovat, že jedná správně.

Honzovy nemoci jako takové si poprvé všimla jeho matka. *„Hlavně díky tomu, že neprokoukla moje lhaní ohledně příjmu potravy a byla svědkem mého pravidelného intenzivního běhání a úbytku váhy.“* Sám si Honza dlouho neuvědomoval, že by ho takové chování mohlo nějak poškozovat. V důsledku absence připuštění si nemoci a neschopnosti vnímat nebezpečí s ní spojená se Honzův zdravotní stav rapidně zhoršil. Musel podstoupit nucenou hospitalizaci v nemocničním zařízení, protože už nezvládal běžné životní úkony. Byl stále více unavený. *„Jednou ráno jsem nedokázal sám vstát z postele a musel jsem*

*zavolat tátu, aby mi pomohl.“ Toho dne odpoledne Honzu hospitalizovali. „Měl jsem problém i s běžnou chůzí a při přecházení silnice jsem upadl mezi auty a nedokázal se sám zvednout.“ Rodiče Honzu umístili na psychiatrii, ani tam si Honza neuvědomoval, že je jeho stav až takhle vážný. „Věděl jsem, že to budu muset nějak řešit, ale myslel jsem si, že to zvládnou sám. Ani ve snu by mě nenapadlo, že budu muset několik týdnů zůstat v nemocnici na kapačkách.“*