

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Diplomová práce

MULTIFAKTORIÁLNÍ VLIVY PŮSOBÍCÍ NA MENTÁLNÍ
ANOREXII U ŽEN

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Veronika Michaela Tesková, DiS.

Studijní program: Etika v sociální práci (KS)

2024

„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“

V Českých Budějovicích

.....
Bc. Veronika Michaela Tesková, DiS.

Poděkování

Tímto děkuji mé vedoucí diplomové práce Mgr. Veronice Zvánovcové, Ph.D., za její vedení, podporu, pomoc a odborné vhledy během mého psaní diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala respondentkám za jejich ochotu, otevřenost a odvahu mluvit o tomto tématu.

Obsah

Obsah	4
ÚVOD	7
1 Poruchy příjmu potravy	9
1.1 PPP jako ukazatel	9
1.2 Mentální anorexie	11
1.2.1 Historie Mentální anorexie	12
1.2.2 Diagnostika mentální anorexie	13
1.2.3 Možné příčiny vzniku	13
1.2.4 Rizika spojená s mentální anorexií	14
1.2.5 Období hladu	16
1.2.6 Stravování a rituály	16
1.2.7 Fyzická aktivita a rituály	18
1.2.8 Sebepoškozování	18
1.2.9 Intimita a sociální izolace	18
1.2.10 Anorektický hlas	19
1.3 Mentální bulimie	20
1.4 Záchvatovité přejídání	22
1.4.1 Záchvatovité přejídání a fyzická aktivita	22
1.5 Ortorexie	23
2 Faktory ovlivňující stav onemocnění mentální anorexie	25
2.1 Sociální faktory	26
2.1.1 Sociální tlak	26
2.1.2 Profesní tlak	26
2.1.3 Média a kultura	26
2.1.4 Sociální sítě	28
2.1.5 Tlak na sportovce	28
2.1.6 COVID	29

2.2	Psychologické faktory.....	30
2.2.1	Komorbidní psychická onemocnění	30
2.2.2	Vzhled a sebeobraz	30
2.2.3	Životní události a trauma	31
2.2.4	Emocionální faktory	31
2.2.5	Osobnostní rysy	32
2.2.6	Perfekcionismus.....	32
2.2.7	Psychologický vliv na psychoterapeuty	33
2.2.8	Psychologický vliv na sociální pracovníky	33
2.3	Rodinné faktory	34
2.3.1	Naučené stravovací vzorce	35
2.3.2	Rodinné očekávání.....	35
2.3.3	Potvrzení sebehodnoty	36
3	Léčba mentální anorexie	38
3.1	Komplexní přístup	39
3.2	Přístup nemocného.....	39
3.3	Sdílení	40
3.4	Hospitalizace.....	40
3.5	Možnosti pomoci	41
3.5.1	Psychoterapie.....	41
3.5.2	Rodinná psychoterapie.....	42
3.5.3	Psychiatr.....	42
3.5.4	Psycholog a klinický psycholog	43
3.5.5	Nutriční terapeut	43
3.5.6	Praktický lékař	44
3.5.7	Sociální pracovník	44
3.5.8	Peer konzultant a podpůrné skupiny	45
3.5.9	Ostatní odborníci.....	45
3.5.10	Organizace a spolky	45
3.5.11	Preventivní programy	46

4	Zkoumání vlivu sociálních, psychologických a rodinných faktorů na mentální anorexii	47
4.1	Cílová skupina a průběh výzkumu.....	48
4.2	Etika výzkumu	48
4.3	Souhrn zjištěných informací	49
5	Diskuse.....	58
	Závěr	63
	Seznam použitých zdrojů.....	64

ÚVOD

V současnosti se nacházíme v moderní době, kdy duševní onemocnění přestávají být tabuizovaným tématem, jako tomu v minulosti bývalo. Mentální anorexie je závažné duševní onemocnění, na nějž má vliv mnoho faktorů, jako jsou faktory sociální, rodinné a psychologické. Je důležité zaměřit se na tyto faktory, abychom toto onemocnění mohli pochopit a léčit komplexně. Z tohoto důvodu jsem zvolila napsat diplomovou práci zabývající se multifaktoriálními vlivy působícími na výskyt a formování mentální anorexie u žen. Ve svém okolí mám mnoho známých, kteří prochází poruchami příjmu potravy a nejčastěji zmiňovanou mentální anorexií. Když tito lidé vypráví své životní příběhy a úskalí, se kterými se v životě museli a musí potýkat, často přemýšlím o tom, co mají jejich životní příběhy společného, co odlišného a kde u nich nastal zlom, že propadli mentální anorexii. Vždy mě také zajímala duševní onemocnění a díky dostupným informacím jsem si nemohla nevšimnout, že kolika z psychických onemocnění je přidružena právě mentální anorexie. Stejně tak jako za vznikem různých duševních onemocnění stojí mnoho faktorů, není tomu jinak u mentální anorexie u žen. Věřím, že je důležité, nejen pro porozumění, ale také pro uzdravení, pochopit, co všechno může za tímto duševním onemocněním stát.

Zvolila jsem si zaměření na mentální anorexii u žen, protože jsem potřebovala zúžit a specifikovat výzkumný vzorek a podložit ho v teoretické části dostatečným množstvím informací. Také jsem chtěla, aby mi jako ženě bylo téma blízké, ne však příliš osobní.

Cílem práce je podat ucelené informace z výzkumu o mentální anorexii jako komplexním duševním onemocnění, se zvláštním zaměřením na multifaktoriální vlivy, jež mají na toto duševní onemocnění dopad. Dílčími cíli je přiblížit další poruchy příjmu potravy a popsat možnosti léčby, neboť osvěta o těchto problémech a možnostech léčby může pomoci vytvořit podporující prostředí pro jedince bojující s touto poruchou a přispět k minimalizaci rizika vzniku a průběhu těchto problémů a podpořit zdravější vztah jednotlivců k jídlu a tělu.

Diplomová práce bude rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole budou představeny nejčastější poruchy příjmu potravy, tedy mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a ortorexie. Kapitola popíše poruchy příjmu potravy jako možné ukazatele, přiblíží historii mentální anorexie, její diagnostiku, možné příčiny vzniku a rizika spojená s mentální anorexií. Bude popsáno období hladu u mentální anorexie, stravování a rituály, fyzická aktivita a rituály, sebepoškozování, intimita a sociální izolace. Dále bude vysvětlen pojem anorektický hlas. Druhá kapitola bude zaměřena na klíčové téma práce, kterým jsou faktory a jejich vliv na mentální anorexii. Bude se zabývat sociálními faktory jako je sociální tlak, profesní tlak, média a kultura, sociální sítě, tlak na sportovce a covidové období. Dále se tato kapitola bude zabývat psychologickými faktory jako jsou komorbidní psychická onemocnění, vzhled

a sebeobraz, životní události a traumata, emocionální faktory, osobnostní rysy, perfekcionismus a popíše psychologický vliv mentální anorexie na psychoterapeuty. Kapitola se bude zaměřovat také na rodinné faktory, kde budou blíže popsány naučené stravovací vzorce, rodinné očekávání a potvrzení sebehodnoty. Ve třetí kapitole bude pozornost věnována léčbě mentální anorexie. Popsán zde bude komplexní přístup, přístup nemocného, sdílení a hospitalizace. Tato kapitola se dále bude zaměřovat na možnosti pomoci, popsána bude psychoterapie, rodinná psychoterapie, úloha psychiatra, psychologa, klinického psychologa, nutričního terapeuta, praktického lékaře, sociálního pracovníka, peer konzultanta, podpůrné skupiny a také ostatních odborníků. Ve čtvrté kapitole bude prezentována metodologie získání dat, cílová skupina, etika výzkumu a průběh výzkumu, společně se souhrnem zjištěných informací. V páté kapitole bude diskuse o získaných poznatcích. V závěru bude provedeno zhodnocení dosažených cílů práce.

Pro zpracování diplomové práce budou využity relevantní odborné prameny, zejména publikace Procházkové a Sladké - Ševčíkové (Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat) a Jendruchové (Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové).

Pro diplomovou práci budou záměrně využity převážně zahraniční internetové zdroje, protože česká literatura o tématu mentální anorexie již není příliš aktuální. V práci proto budou využity informace z audio záznamů, tzv. podcastů a zahraničních článků z odborných časopisů, dostupných na internetu. Převážně se bude jednat o články z publikací *Clinical psychology and Psychotherapy* a *International Journal of Eating Disorders*.

1 Poruchy příjmu potravy

Termín porucha příjmu potravy (jinak také PPP) nejčastěji označuje mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Konkrétní diagnózu určuje psychiatr často za spolupráce s klinickým psychologem. Postupem času mohou poruchy příjmu potravy přecházet z jedné do druhé.¹

PPP označují skupinu duševních onemocnění, které spojuje fakt, že lidé, kteří těmito poruchami trpí mají nějakým způsobem narušený vztah k jídlu. Potrava tak již není zdrojem výživy a energie, ani nepřináší určitou míru emocionálního potěšení, protože při poruše příjmu potravy se tento vztah k jídlu změní tak, že dotyčné osobě v určité míře škodí. Je důležité pochopit, proč se poruchy příjmu potravy řadí mezi psychická onemocnění. Přesto, že toto onemocnění atakuje tělo, jeho jádro se nachází v psychice, protože toto onemocnění klade opravdu vysoké nároky na daného člověka.²

Na rozvoj poruch příjmu potravy má vliv mnoho faktorů – biologické, psychologické, sociální, ale také traumata, která jsme neměli možnost sdílet či zpracovat.³

Je důležité brát onemocnění komplexně, ne se soustředit pouze na fyzické problémy, ale také ty duševní, ze kterých problém vychází. Je podstatné zaměřit se na vztahy nemocného člověka, převážně na vztahy ke stravování. Když nám onemocní mozek, on sám se uzdravit nemůže, protože by šel proti sobě. Pacient si uvědomuje, že dělá něco špatně a že je důležité něco změnit, ale druhá část mozku mu dává signály, že v tomto nastavení potřebuje zůstat, protože mu to něco dává, je mu to nějakým způsobem přínosné. V jádru onemocnění všech poruch příjmu potravy se skrývá to, že jídlo je řešením něčeho jiného, než by mělo. Poruchy příjmu potravy můžou přecházet postupně jedna ve druhou nebo bývají období, kdy dotyčné trpí jednou poruchou příjmu potravy a potom zase jinou. Mentální anorexie bývá často v začátcích onemocnění, ale když dojde po této fázi k úplnému vyhladovění, onemocnění se může překloupat v záchvatovité přejídání či v bulimické záchvaty.⁴

1.1 PPP jako ukazatel

Při poruchách příjmu potravy je dobré zaměřit se na to, čeho chtěl člověk na počátku své cesty dosáhnout, co mu chybělo, že se vetřela porucha příjmu potravy a ukázala se mu

¹ Srov. VOLFOVÁ K. *Strasák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já, s. 21.*

² Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková. [online].*

³ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie), s. 10.*

⁴ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková. [online].*

jako cesta, která by mohla splnit jeho cíle. Také je nezbytné zjistit, co je pro nemocného člověka důležité, aby dostal zpět kontrolu nad životem a nemusel nechat poruchu příjmu potravy, aby ho vedla.⁵

Je dost možné, že se nám nemocní poruchou příjmu potravy snaží svým onemocněním také něco sdělit. V našem světě je jen málo pochopení pro jedinečnost a hodnotu člověka jako jednotlivce. Žijeme v blahobytu a nadbytku, a přitom se naším ideálem krásy stává více a více vyhublejší postava. Lidé prahnou po kráse, mládí, opálení, a to i za cenu sebeničení. Je těžké onemocnět poruchou příjmu potravy ve světě, kde je na nás neustále vyvíjen společenský tlak, kde nám reklamy předestírají až obsesivní myšlenky ohledně postavy, jídla, vzhledu a tomu, jak být perfektní. Posedlost po dokonalém vzhledu často jen zakrývá naši vnitřní prázdnotu, obavy, nejistotu a naše temné stránky. Mnoho příběhů nám ukazuje, že se jedná o něco více než jen o touhu po dokonalém těle. Nízká sebehodnota, sebekritika, nedostatek sebelásky, problémy s komunikací, se vztahy, příliš vysoké nároky sami na sebe, krize v rodině, ztráta blízkého člověka, touha po tom být jedineční, přijímání, milování, touha nalézt sami sebe, svoji identitu a hodnotu, neschopnost přijmout něčí pomoc i když o ni voláme, strach z opuštění, nejistota, zda nás ostatní přijmou, když nebudeme dokonalí. Všechny tyto pocity nám “pomáhá zvládat“ porucha příjmu potravy, protože veškerá naše energie a pozornost se upíná k jídlu, našemu zevnějšku, hmotnosti a kaloriím. Tyto pocity dokážeme nasytit úspěchem z toho, že jsme zhubli, ale nevydrží nám to příliš dlouho, protože naše problémy i přesto přetrvávají, i když jsou na chvíli utišeny. Fixujeme si tento nový způsob řešení problémů za pomoci jídla.⁶

Za smyslem nemoci se může skrývat také strach z tloušťky, či strach dovolit si být šťastný. Skandalizace obezity nás provází již od dětství, kde jsou malým dětem obézní osoby popisovány jako líné, hloupé, nešikovné. Často první známky diskriminace skrz obezitu provází již žáky na základní škole. V televizních pohádkách a seriálech se setkáváme s postavami hloupých, obézních lidí. Předsudky vůči obézním lidem mají také někteří lékaři a učitelé. Strach z tloušťky mnohdy také pramení z toho, že si nadváhu dáváme do spojitosti s nedostatkem sebekontroly a silné vůle. Přesto nejsme natolik přísní například na osoby závislé na nikotinu či na osoby s jinými zdravotními obtížemi způsobené nevhodnou životosprávou. Toto vše může vyvolávat strach a úzkost z obezity či samotného přibírání.⁷

Před samotným vznikem onemocnění se často objevuje frustrace, obava z tloušťky a posedlost vlastní postavou. Nemusí se jednat pouze o toto, na samotném začátku může

⁵ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 14-15.

⁶ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 33.

⁷ Srov. tamtéž, s. 38.

stát ambice po úspěchu v novém zaměstnání nebo touha po harmonii v partnerském vztahu, za kterou tkví mylná představa, že obezita negativně ovlivní budoucí vztah ženy.⁸

Naše tělo odráží často to, co se nám děje v hlavě, proto také vznikají poruchy příjmu potravy. Lze říci, že každá nemoc může být psychosomatická, protože u člověka neonemocní nikdy jen duše nebo tělo, ale celá bio-psycho-sociální jednotka.⁹

Významná je změna ve vyhodnocování rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku onemocnění poruch příjmu potravy v průběhu času. Tyto poruchy nyní postihují lidi všech věkových skupin, bez ohledu na pohlaví a etnické skupiny, což zvyšuje důležitost prevence a léčby.¹⁰

1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie (jinak také MA), latinsky anorexia nervosa, se týká převážně mladších lidí, nejvíce dívek a žen. Mohou jím ale onemocnět také chlapci a muži. Nemocní se bojí přibývání na váze a je pro ně téměř nemožné udržet si zdravou váhu. Lidé s tímto onemocněním omezují přísun potravy – hladoví a věnují se intenzivně cvičení. Někteří z nich chodí jídlo vyzvracet nebo užívají projímavé a odvodňující prostředky či dietní přípravky. K mentální anorexii bývá často přidružená nějaká psychiatrická diagnóza, nejčastěji úzkostná či depresivní porucha, ale také porucha obsedantně-kompulzivní.¹¹

Jedná se primárně o psychickou poruchu, u níž se vyskytuje obava z tloušťky. Z tohoto důvodu dotyčný odmítá potravu, naruší si svou výživu, a to může vyústit v tělesné komplikace i se smrtelnými následky. Mylně si řada lidí tuto chorobu pojí s tím, že se jedná o estetický problém.¹²

Mentální anorexie je porucha, kdy jedinec cíleně redukuje svou tělesnou váhu. Pojem “anorexie“ může mást, neboť oslabení chuti k jídlu či její ztráta jsou především vedlejšími efekty dlouhodobého hladovění, což nemusí platit pro všechny postižené. Probíhá konflikt mezi touhou po jídle a hladem, kde hledání potěšení spočívá v kontrole, samoregulaci a snižování váhy. Ženy trpící anorexií se vyhýbají jídlu, ne však z důvodu, že by na něj neměly chuť, ale protože přijímat stravu nechtějí. Jejich silná nechť k jídlu nastiňuje jejich velmi narušený vztah ke své vlastní tělesné hmotnosti a tvarům.¹³

Hladovění vyvolává různé chemické a látkové proměny v těle. Postupně klesá intenzita pocitu hladu až nakonec úplně vymizí. Lidský organismus je spíše adaptován

⁸ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 36.

⁹ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já*, s. 23.

¹⁰ Srov. KOHOUT P. *Klinická výživa*, s. 808.

¹¹ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*, s. 10.

¹² Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 35.

¹³ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 8.

na období hladovění než na období přejídání. Z tohoto důvodu může přizpůsobivě reagovat na omezení stravy po určitou dobu. U pacientů s mentální anorexií je typické, že čím více trpí tělesně, tím lépe se cítí psychicky.¹⁴

1.2.1 Historie Mentální anorexie

Lékařské záznamy o mentální anorexii sahají až do historie, a to konkrétně do roku 895, kdy nevolnice Friderada držela přísný půst potom, co se přejedla velkým množstvím jídla natolik, že z toho zvracela. Ve středověku ženy věřily, že když budou hladovět, budou tak v očích boha ctnostnější.¹⁵

První příznaky mentální anorexie byly popsány ve 2. století doktorem Galénem, nejedná se tedy o onemocnění moderní doby, jak bývá společností mylně předestíráno.¹⁶

V roce 1987 byly poruchy příjmu potravy označeny světovou zdravotnickou organizací jako významný problém celosvětového rozsahu. V České republice každou 20. mladou ženu nebo dívku postihuje toto závažné psychogenní onemocnění.¹⁷

V dějinách bylo odmítání jídla jedním z běžných příznaků somatických poruch či psychiatrických syndromů. Kdysi také bylo normální extrémní dodržování půstu, kdy se lidé například sebetrestali. Pokud docházelo k přehnanému odmítání jídla, začalo toto chování být přisuzováno v průběhu času jako známce duševní poruchy. Na počátku 19. století byla mentální anorexie považována za jeden ze symptomů žaludečních potíží než přímo za konkrétní diagnózu. První důvěryhodně popsané případy mentální anorexie se datují až do 19. století. V 19. století byla rozdělena mentální anorexie francouzským fyziologem Fleury Imbertem na gastrickou a nervovou. Gastrická anorexie byla přisuzována poruchám trávení, přičemž nervová anorexie byla přisuzována psychickému onemocnění. Mentální anorexie se do medicínského povědomí jako psychogenní nemoc dostala pomocí lékařů sira Williama Whitneyho Gulla a Ernesta-Charlese Laseguea, kteří samostatně publikovali články o anorexii, a také o ní přednášeli. Byli to lékaři, kteří popsali symptomy mentální anorexie, které jsou uznávány dodnes. Přesto, že tyto dva významní lékaři popsali symptomy mentální anorexie, ani v jejich zemích Londýn a Paříž) se nezačal odborný tisk o tyto nové syndromy příliš zajímat. Odborný lékařský tisk se o popsání těchto nových syndromů začal zajímat až o několik desetiletí později. V Itálii, USA a Německu se o tomto onemocnění začalo psát až od 20. století. Z prvopočátku mentální anorexie byla vnímána jako duševní porucha.

¹⁴ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 36.

¹⁵ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*, s. 12

¹⁶ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 35.

¹⁷ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 7.

V roce 1914 byla Hamburským patologem Morrisem Simmondsem mentální anorexie spojována se Simmondsovou chorobou. Tato mylná hypotéza byla vyvrácena až po dvaceti letech, a znovu byla identifikována jako duševní porucha v průběhu 40. let 20. století, tentokrát s využitím psychoanalýzy a psychosomatické medicíny. Objevila se tak v učebnicích psychiatrie a začal se jí dávat ucelený obraz.¹⁸

1.2.2 Diagnostika mentální anorexie

Kritérií diagnostiky mentální anorexie máme několik. Jedním z nich je udržování nezdravě nízké tělesné hmotnosti, která bývá minimálně o 15 % nižší, než jaká je předpokládaná hodnota odpovídající věku a BMI. Dalším diagnostickým kritériem je abnormální strach z tloušťky, který přetrvává i v případě, že jsou dívky podvyživené. Dalším diagnostickým kritériem může být například ztráta menstruace či ztráta zájmu o sexuální život a potence. Při diagnostikování mentální anorexie by odborníci měli brát v úvahu nutnost vyloučení přítomnosti somatické nebo psychické poruchy, která může způsobovat ztrátu chuti k jídlu a výrazně nízkou tělesnou hmotnost. Významný úbytek váhy se může objevit například u některých typů nádorových onemocnění nebo při depresivních poruchách. Anorektické rysy jsou často popisovány i u některých uživatelů drog.¹⁹

1.2.3 Možné příčiny vzniku

Příčiny vzniku mentální anorexie jsou multifaktoriální. Souhrn faktorů tak přispívá ke vzniku onemocnění nebo jeho udržení. Existují mnohé důvody, proč dochází ke vzniku mentální anorexie. Na jejím vzniku se podílí mnoho faktorů, mezi které spadají faktory biologické, psychologické a sociální.²⁰

Mezi faktory, které mohou zhoršovat symptomy mentální anorexie patří osobní nebo rodinná historie psychiatrických poruch. Perfekcionistické tendence nebo rysy obsedantně-kompulzivní osobnosti a stres, zejména v kontextu zvýšené dostupnosti potravy a tlaku na dosažení ideálního štíhlého těla.²¹

Anorexie je výsledkem mnoha problémů, které se v člověku akumulují a ničí ho. Nelze hledat pro vznik onemocnění jenom jednu příčinu, většinou se jedná o souhrn více faktorů jako jsou například: vlivy okolního prostředí, genetiky, strachy daného člověka

¹⁸ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 19, 20.

¹⁹ Srov. tamtéž, s. 8-9.

²⁰ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 36.

²¹ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*, s. 54.

a různé životní události vedoucí například k nízkému sebevědomí a nespokojenosti se svým vlastním tělem.²²

K propadnutí do mentální anorexie či jiné PPP nás často může ovlivnit něčí věta, která je velmi dobře mířená na naše slabé místo. Taková věta nám může otevřít zákoutí naší mysli a změnit nám pohled na nás samotné. Když nám někdo řekne, že jsme ošklivé, hnusné nebo tlusté, že nás nikdo nikdy s takovou postavou nebude mít rád a podobné řeči, mívá to pak dalekosáhlé důsledky. Tyto věty v nás můžou něco zanechat, zlomit a i přesto, že dotyčné mají hlad, nedokážou se skrz svůj psychický stav, kterého se to dotklo, najíst.²³

Za nemocí se může vyskytovat nenaplněná touha po uznání, lásce, potvrzení našeho nezastupitelného místa. Na naše psychické zdraví, na rozjezd onemocnění může mít vliv více drobných faktorů, které se však stávají v jejich součtu pro jedince zátěžovým prostředím. Pokud se nám něco v životě nedaří, často se zaměřujeme převážně na to. Pokud je jedinec takto zatížen, stačí například nějaká nevhodná poznámka, která může ranit natolik, že jedinec spadne do mentální anorexie, jiné poruchy příjmu potravy či jiného problému.²⁴

Vznik mentální anorexie bývá připisován tomu, že si dívka přeje stát se modelkou jaké jsou nám prezentovány v médiích, což se ukazuje jako mýtus. Skutečné příčiny leží hluboko v naší minulosti a v dospívání. Mentální anorexie pak slouží jako ventil.²⁵

1.2.4 Rizika spojená s mentální anorexií

Mentální anorexie může člověka ohrozit i na životě, jedná se o nejsmrtelnější psychické onemocnění. Zhruba 10 % lidí podle odhadů předčasně umírá v důsledku této poruchy. Může docházet k selhávání orgánů v důsledku dlouhodobého hladovění, také k úmrtí v důsledku sebevražd. Pacienti trpící mentální anorexií si neuvědomují, jak blízko smrti se nacházejí, protože si to ani při svém onemocnění uvědomit nedokážou. Nelze se tak u tohoto onemocnění vyhnout hospitalizacím, je to spíše proti vůli té nemoci, než proti vůli člověka. Mentální anorexie je nejfatálnější porucha příjmu potravy. Je obtížné představit si nějaký orgán, který by nebyl dlouhodobou podvýživou ovlivněn, narušen bývá také hormonální systém. Především je ovlivněn mozek, který je touto nemocí přímo zasažen. Poruchou dochází ke ztrátě menstruace a k narušení menstruačního cyklu, dochází k poruchám kostní tvorby. Dlouhodobé hladovění může způsobit velmi mnoho komplikací.²⁶

²² Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 23.

²³ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc*. [online].

²⁴ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 52, 53.

²⁵ Srov. *tamtéž*, s. 34.

²⁶ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [online].

S mentální anorexií se pojí také chudokrevnost, může docházet ke zvýšené únavě a k vypadávání vlasů.²⁷

Mysl těmto lidem předkládá, že jejich číslo na váze odpovídá jejich sebehodnotě. Čím nižší číslo, tím mají vyšší hodnotu. Lidé, kteří se snaží dosáhnout a udržet nízkou váhu, obětují všechno. Ztrácejí zájem o své zájmy a vztahy. Omezují jak množství jídla, tak jeho různorodost.²⁸

Také se snaží eliminovat energetickou hodnotu přijaté potravy, například vyvoláním zvracení. U mentální anorexie může jedinec zvracet, ale na rozdíl od bulimie jde spíše o malá množství jídla, není to spjato se záchvatovitým přejídáním.²⁹

Mentální anorexie může mít až smrtelné důsledky. Tato psychická porucha je spojena s odříkáním si potravy, přičemž pak tělo spotřebovává vlastní tkáň a orgány, které využívá jako zdroj náhradní energie. Tělo tak zpracovává bílkoviny, které mají v těle své speciální funkce a hlídají, aby naše tělo fungovalo tak jak má. Tyto bílkoviny se v těle nacházejí pouze v omezeném počtu. Dochází tak ke štěpení látek za současného uvolňování energie a tepla, konkrétně k tzv. katabolismu bílkovin. Když je tělo poté tímto oslabeno, i z lehkého onemocnění se může stát onemocnění závažné. Například rýma může přerůst až na zápal plic, protože organismus je podvyživený a ztrácí aminokyseliny, tím pádem dochází k úbytku svalové tkáně. Pokud se mentální anorexie neléčí, tak dochází k úmrtí.³⁰

Psychologické symptomy mohou zahrnovat depresivní náladu, sociální izolaci, podrážděnost, nespavost, snížený zájem o sex, podvýživu, obsese o jídle, touhu kontrolovat své prostředí, zneužívání léků, zneužívání látek a omezený emocionální projev. S velkou mírou sebevražedných úmrtí jsou jedinci s mentální anorexií obvykle vystaveni zvýšenému riziku sebevraždy. Jedinci diagnostikovaní s mentální anorexií by proto měli pravidelně podstupovat klinické vyšetření ohledně myšlenek na sebevraždu. Úmrtí způsobená mentální anorexií obvykle vznikají v důsledku lékařských komplikací, včetně sebevraždy. Pravděpodobnost úmrtí se zvyšuje s trváním poruchy. Úmrtnost je také vysoká kvůli srdečním komplikacím.³¹

U mentální anorexie často dochází ke ztrátě menstruace, a také ke snížení libida až nechuti k sexualitě.³²

²⁷ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já*, s. 22.

²⁸ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [online].

²⁹ Srov. tamtéž.

³⁰ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 34-35.

³¹ Srov. MANN S. E. et al. *Meta-Analysis of Anorexia Nervosa Counseling Outcome Studies From 1990 to 2015*. [online].

³² Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

1.2.5 Období hladu

Během zacyklené fáze mentální anorexie tělo dostává opravdu malé množství potravy. Tělo tak energii bere ze svých zásob, které když dojdou, není z čeho brát. Pokud nastane fáze léčby, stává se, že po půl roce až roce běžného stravování nastává období extrémního hladu. Je to takové volání těla, protože hladovělo a potřebuje dodat tu energii o kterou bylo v deficitu ochuzeno. Často tak dochází k tomu, že dotyčné konzumují větší porce a různé druhy jídla a je pro ně téměř nemožné dojít k pocitu nasycení. Trpí neustálým pocitem, že jsou stále hladové. Mají nutkání stále něco ujídat, což je pro ně psychicky velmi náročné. V této fázi mívají dotyčné často nafouklé břicho a je pro ně těžké se s tím vyrovnat, stejně jako je pro ně těžké přijmout, že se cítí dobře, když konečně zase jí. Ve fázi extrémního hladu je důležité svému tělu naslouchat a přijímat toto období, které se časem ustálí. Je důležité si v této fázi dát naprostou volnost, protože tělo to jednoduše potřebuje po tom, čím si prošlo. Je také podstatné si uvědomit, že nemocná hladověla někdy i několik let, a proto si teď tělo nějakou dobu bude říkat o větší množství potravy. Tělo si bude chtít vzít zpět to, co nedostávalo a také si bude chtít vzít něco navíc, pro případ že by došlo zase k nějakému hladovění. V této fázi je nutné dopřát tělu to, co potřebuje, protože přejídání není špatně, po tom, co tělo takovou dobu hladovělo. Dotyčná má v tomto období neustále plnou hlavu věcí a je velmi přehlcená a potýká se s výše uvedeným, ale mimo jiné také hodně řeší své sociální okolí, často se sociálně izoluje. Sociální pracovník může hrát klíčovou roli v poskytování podpory během období extrémního hladu. Jeho role zahrnuje emoční podporu pacientky i její rodiny a pomoc při vytváření plánů podpory, což přispívá k úspěšnému zvládnutí léčby a obnovení sociálního fungování. Pro léčbu je přínosné a důležité, aby byla rodina a okolí uvědoměni o této fázi hladu, ještě předtím, než nastane, aby je nezaskočilo, že dotyčná tolik jí, aby rodina neměla například obavy z bulimie. Také je důležité, aby ji neupozorňovaly na to, že teď hodně jí a jestli to je dobře, když předtím vůbec nejedla. Dotyčná ztratí kontrolu nad tím, jak málo jedla, v hlavě se to musí celé přenastavit, proto je důležitá správná podpora a přístup.³³

1.2.6 Stravování a rituály

Ženy často drží drastické diety s minimálním přísunem kalorií, které jim dokáží rozhodit metabolismus natolik, že původně štíhlá žena dokáže během roku přibrat i několik desítek kil, v případě že se snaží od drastické diety najít cestu zpátky k běžnému stravování. Tato situace je pro ženy velmi stresující, protože se musí smířit s úplně novým tělem, vizáží, s tím, že jim není jejich původní oblečení. Pro dotyčné je náročné vykonávat

³³ Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

nějakou fyzicky namáhavou aktivitu či sport, protože s tím, jak markantně přiberou můžou mít i psychický blok, který jim dává pocit, že nezvládnou žádnou fyzickou aktivitu. Můžou mít pocit nefunkčního, omezeného těla, který jim částečně může pomoci přejít to, že vyzkouší nějakou aktivitu a připustí si, že to, že přibraly tolik kilo, neznamená, že jejich tělesná schránka není již výkonná a funkční. Dotyčné mohou mít pocit, že s přebytnými kily navíc je jejich tělo mnohem více ohroženo různými nemocemi.³⁴

Dotyčné dokážou dlouhodobě přežívat například jenom na půlce čtverečku hořké čokolády denně a na 2 litrech vody. Takovéto stravování velice ovlivňuje celé jejich tělo a dochází k rapidnímu úbytku váhy. Když nemocná zhubne, tak časem přijde období, kdy už by mohla začít jíst, i přesto nechce přijímat stravu. Také se mohou několikrát denně vážit a počítat si kalorie u všeho co pozřou. Trápí je obsesivní myšlenky o vzhledu, o hmotnosti a strach z toho, že by přibraly. Často se ve své hlavě podceňují a shazují, přestože jsou velmi hubené, dokáží samy sobě říkat, jak jsou tlusté, odporné a že tlusté lidi nemá nikdo rád. Říkají si, že jsou nemilované, trpí pocitem, že lidé, kteří nejsou dostatečně hubení nemůžou být šťastní a nejsou milováni.³⁵

Při mentální anorexii je dotyčný posedlý hubnutím a držením drastických diet. Mentální anorexii mohou trpět také jedinci, na jejichž postavě není vidět, že by byli nějak hubení, protože trpí pouze mentálně. Ne vždy musí být člověk trpící mentální anorexii hubený.³⁶

Při mentální anorexii nemocné často volí různé taktiky k tomu, aby zahnalý pocit hladu, například pijí opravdu velké množství vody nebo pijí černou kávu, která umí zahnat chuť na sladké. Kromě vody a černé kávy dotyčné také kouří cigarety nebo pijí energetické nápoje.³⁷

Při mentální anorexii se stravování nezdravě propojí se sebehodnotou dané osoby. Nemocný tak prahne po co nejnižším čísle na váze a začne se držet různých omezení v jídle.³⁸

S mentální anorexii jsou také spjaty různé rituály ve stravování, například používání ke konzumaci potravy pouze malou lžičku z důvodu, že jídlo pak přijímají déle a poté ho budou déle trávit. Dalším rituálem může být porcování jídla na co nejmenší kousíčky, dotyčná jí pak třeba půl hodiny a snaží se jíst co nejpomaleji, aby to měla na dýl a neměla hned hlad. Rituály také bývají spojené s časem stravování, kdy ženy trpící mentální

³⁴ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatěmnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

³⁵ Srov. *tamtéž*.

³⁶ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já, s. 22.*

³⁷ Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

³⁸ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

anorexií striktně dodržují svůj časový harmonogram, a i když trpí ukrutným hladem, nastaví si v mysli, že si nemohou dovolit tento čas porušit a najíst se dříve.³⁹

1.2.7 Fyzická aktivita a rituály

Mentální anorexie je spojena s obsesemi nejen ohledně stravování, ale také ohledně fyzické aktivity, kde jedinci často přehnaně cvičí, jsou pohybem přímo posedlí a mají své různé cvičicí rituály, může se jednat například o opakování sérií různých cviků několikrát denně.⁴⁰

Nízkou váhu dosahují omezováním jídla a nadměrným cvičením. Dokonce i při extrémně nízké váze jsou schopni vykonávat obrovské fyzické úsilí.⁴¹

1.2.8 Sebepoškozování

Některé nemocné ženy dojdou do fáze, kdy, pokud si dovolí se něčeho najíst, mají tendenci se fyzicky potrestat, nějakým způsobem se poškodit. Dávají si také tresty za to, že nejsou dostatečně hubené. Je to takový psychologický návrat do dětství, kdy jsme něco provedli a přišel například fyzický trest. Fyzické poškození dokáže způsobit pocit úlevy, zadostiučinění a pomáhá vyventilovat negativní emoce. Podpora při tomto onemocnění hraje klíčovou roli a je důležité, jak zareaguje naše okolí, zda nám pomůže se s problémem vypořádat, zda si o pomoc jedinec řekne a bude pochopen, či zda ho okolí odsoudí. V rámci sociální práce by měla při tomto problému kooperovat rodina a nenechávat situaci náhodě, nenazývat tento problém dětskou nerozvážností či pubertálním chováním. Sociální pracovníci se zaměřují na poskytování podpory jednotlivcům a jejich rodinám při zvládání sebepoškozování, a to prostřednictvím emoční opory, informací o terapeutických možnostech a budování pevných rodinných vazeb. Spolupracují s terapeuty a dalšími odborníky na identifikaci faktorů vedoucích k sebepoškozování a vytváření individuálních plánů zvládání, aby společně s rodinou podpořili prevenci dalšího sebepoškozování a celkové uzdravování jedince.⁴²

1.2.9 Intimita a sociální izolace

Pro ženy s mentální anorexií může být jakákoliv intimita nepříjemná. V případě, že jsou nemocné ženy velmi hubené, mohou se vyhýbat například obětí, aby lépe zamaskovaly to, jak na tom jsou, pokud už si to uvědomují, a naopak ve fázi léčby se bojí,

³⁹Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

⁴⁰Srov. tamtéž.

⁴¹ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁴² Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

že po tom, co přibraly nebudou svým partnerem přijaty, nebudou se mu dostatečně líbit. Je důležité s partnerem komunikovat a sdělit mu, že například procházíme obdobím, kdy si nepřejeme fyzický kontakt a že nám jsou doteky momentálně nepříjemné, ale je to o nás, ne o nich.⁴³

Mentální anorexie si sebou často nese období sociální izolace, kdy v nejkritičtější fázi často přichází období kdy nemocné přichází o své přátele, někdy i trvale.⁴⁴

Osamělost je vnímána jako ztráta sociálního kontaktu nebo nedostatek osob k emocionálnímu a sociálnímu propojení. Je to negativní vnitřní zkušenost, která má škodlivý vliv na pohodu, fyzické i duševní zdraví. Jelikož lidé jsou sociálním druhem, spoléhají se na spolupráci a interakci pro svůj blahobyt. V dobách osamělosti jednotlivci často hledají naplnění této sociální potřeby různými způsoby zvládnání, včetně hledání vnitřního propojení se sebou samými. Existuje důkaz, že pocity osamělosti mohou být faktorem v symptomatologii poruch příjmu potravy. Ženy s PPP hlásí vyšší úroveň osamělosti než ty bez ní. Pro mnoho jedinců jsou určité aspekty jejich poruchy příjmu potravy používány k řízení a zvládnání pocitu osamělosti. U mentální anorexie se vyskytuje tzv. "anorektický hlas", který může sloužit k naplnění sociálních potřeb. Jednou z jeho vlastností je sklon nabízet názory na úmysly ostatních směrem k jedinci. Lidé s mentální anorexií často hlásí, že anorektický hlas naznačuje, že ostatní, kteří je podporují, se snaží je oklamat nebo chtějí, aby ztloustli. Chronický cyklický charakter těchto interakcí může vést k tomu, že jedinec s MA se stahuje ze sociálních vazeb kvůli strachu a přesvědčení, že ostatní jsou proti němu. Toto sociální odstoupení může vést k sociální izolovanosti jedince, což může zintenzivnit snahu o splnění jeho sociálních potřeb prostřednictvím anorektického hlasu.⁴⁵

1.2.10 Anorektický hlas

Vnitřní hlas, známý jako anorektický hlas, je vnímán jako vnitřně generovaný, přestože se odlišuje od běžných myšlenek a pociťuje se jako cizí vlastnímu já. Na rozdíl od běžných myšlenek tento hlas často poskytuje komentáře ve třetí osobě k jednáním a následkům týkajícím se jídla, váhy a tvaru těla. Dotyční uvádějí, že s hlasem mají negativní i pozitivní interakce. Podobné hlasové fenomény se vyskytují i v jiných nepsychotických poruchách, jako je obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a porucha emocionálně nestabilní osobnosti. U mentální anorexie je tento hlas často popsán jako kritický vůči tělesné velikosti a tvaru a poskytuje jednotlivci instrukce o důležitosti zapojení se do anorektických chování a vyhýbání se vnějším

⁴³ Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

⁴⁴ Srov. tamtéž.

⁴⁵ Srov. MARFFY M. J. et al. *An exploration of the relationship between loneliness, the severity of eating disorder-related symptoms and the experience of the 'anorexic voice.'* [online].

tlakům na normální stravování. Je možné, že anorektický hlas hraje klíčovou roli při udržování poruchy. Hlas se mění v závislosti na situaci – během vývoje mentální anorexie začíná jako povzbudivý, například chválí jedince za ztrátu hmotnosti, ale pak se stává naléhavějším a hrozivějším, pokud se jedinec nebo ostatní snaží poruchu překonat.⁴⁶

Neexistuje jasná odpověď na to, jak a proč vzniká anorektický hlas. Možné faktory zahrnují vnitřní internalizaci kritických zpráv v dětství, odmítání nepřijatelných myšlenek nebo emocí, pronikání dissociativních myšlenek do vědomí a účinky dlouhodobého hladovění. Evolučně lze anorektický hlas chápat jako obranný mechanismus, který pomáhá vyhybat se hrozbám mezi lidmi, včetně zahanbování nebo odmítnutí. To může vést k sebeodmítání jako strategii obrany proti dalším útokům na naši osobu. Vzhledem k složitosti léčby pacientů s mentální anorexií a nízkým úspěchem léčby je porozumění anorektickému hlasu klíčové pro terapeutický přístup.⁴⁷

1.3 Mentální bulimie

Přejídání nebylo zpočátku přisuzováno k psychickým chorobám, ale špatnému zažívání. V roce 1979 byly popsány specifické příznaky mentální bulimie. V tomto roce byl navržen termín bulimia nervosa americkým psychiatrem G. Russellem. Počátkem tohoto roku se tak datuje průzkum systematických aspektů bulimie. Tato nemoc byla nazývána nemocí 80. let. V odborném tisku se v letech 1983-1989 objevilo mnoho publikací pojednávajících o této problematice. V roce 1987 označila světová zdravotnická organizace mentální bulimii za významný lékařský problém a upozornila na výrazným až epidemický nárůst případů této mentální poruchy.⁴⁸

Mezi základní diagnostická hlediska mentální bulimie patří impulzivní přejídání se velkým množstvím jídla během chvíle. Tyto epizody se vyskytují po dobu 3 měsíců, nejméně 2x týdně. Dalším hlediskem je, že myšlenky na jídlo silně ovlivňují prožívání jedince, také pocit, že jedinec ztratil kontrolu nad jídlem. Při přejedení dochází k pocitům výrazných výčitek, deprese a pocitu selhání. Toto potom jedinec řeší například projímadly, zvracením, střídáním období hladovění. U diabetiků se může projevit vynechávání léčby inzulinem.⁴⁹

Procházení si mentální bulimií můžeme také označit za bludný kruh, kdy jakékoliv zklamání či nezdár, nás vede k záchvatu přejedení a zvracení. Tím pádem začínáme další dietu, vznikají nám deprese a pocit viny, kdy se znovu roztočí bludný kruh, kdy si říkáme,

⁴⁶ Srov. PUGH, M.; WALLER G. *Understanding the 'Anorexic Voice' in Anorexia Nervosa*. [online].

⁴⁷ Srov. tamtéž.

⁴⁸ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 9-10.

⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 10.

že jsme neschopní, nic nezvládneme, jsme odporní sami pro sebe, a to nás vede k dalšímu záchvatu.⁵⁰

U mentální bulimie se také drží diety, které často přejdou v záchvatovité přejídání, které vyvolává pocit viny a tím pádem si jedinec vyvolá zvracení. Při zvracení se často poškozuje jícen, trávicí ústrojí či zuby. Když se jedinec vyzvrací má to stejný efekt jako kdyby se vůbec nenajedl. Jedinec odmítá jídlo a následně se velmi přejí a potom jídlo vyzvrací.⁵¹

U mentální bulimie se dotyčná vyrovnává s velkými stresovými událostmi pomocí jídla a používá jídlo jako prostředek pro ovládnání svých emocí, což poukazuje na jádro problému, a to je nezdravě změněný vztah k jídlu. Stejně jako u mentální anorexie, tak u mentální bulimie bývá enormní strach z nárůstu hmotnosti. Jejich sebehodnota také stojí na tom, jaké mají číslo na váze a jaké mají tělesné proporce. U mentální bulimie na rozdíl od mentální anorexie se střídají různá období. Vyskytují se záchvaty extrémního přejídání, kdy dotyčné přijmou enormní množství jídla. Tento nadbytek kalorií, který zkonsumují, kompenzují tím, že ho jdou následně vyzvracet. Ženy trpící mentální bulimií k tomu používají také jiné strategie jako je například nadužívání léků nebo užívání projímadel. Základním znakem této poruchy je bludný kruh, kdy se dotyčná přejí a potom se snaží nějakým způsobem zkonsumovanou stravu vyloučit. Spouštěčem tohoto záchvatovitého přejídání může být více faktorů. Probíhající záchvaty u mentální bulimie bývají automatické a je to jako by dotyčná byla v transu. Spouštěčem můžou být například emočně vypjaté situace. Při terapii je důležité přetnout tento bludný kruh a předat kontrolu zpátky do rukou nemocného jedince.⁵²

Mentální bulimie a přejídání bývá často spojeno s nepříjemnými emocemi jako jsou pocity viny a sebeobviňování. Dotyčný si uvědomuje, že je něco špatně a kritizuje se. Tato vnitřní kritika může být překážkou v hledání pomoci a vstupu na cestu k uzdravení, protože dotyčný se stydí nebo se obává odsouzení.⁵³

⁵⁰ Sov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 39-40.

⁵¹ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já, s. 22.*

⁵² Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁵³ Srov. tamtéž.

1.4 Záchvatovité přejídání

Jde o střídání epizod přejídání bez hladovění nebo vyvolávání zvracení, extrémní cvičení či užívání projímadel. Při první epizodě jedinec spořádá obrovské množství jídla. Nezáleží na tom, zda mu jídlo nechutná, protože se nejedná o uspokojení chuťových buněk. Jídlem zahání například zklamání, nervozitu, osamělost či nudu.⁵⁴

Záchvatovité přejídání či jinými slovy psychogenní přejídání je jednou z nejčastějších poruch příjmu potravy. Dotyční příjmou mezi 1.500 až 4.500 kalorií. Toto přejídání se může pojít s výkyvy nálad či s držením půstu a následného přesycení. Po tomto všem následují výčitky.⁵⁵

Záchvatovité přejídání představuje významný a vážný problém, který postihuje mnoho jedinců po celém světě. Jedná se o stav, při kterém jedinec konzumuje objektivně velké množství jídla s pocitem ztráty kontroly nad svou stravou, což může vést k přejídání. Tento problém zahrnuje i prožívání úzkosti spojené s přejídáním, a to i bez následného kompenzačního chování, které je charakteristické u mentální bulimie. Ztráta kontroly nad stravováním je klíčovým prvkem záchvatovitého přejídání. Jedná se o stav, kdy jedinec není schopen ovládat to, jak se stravuje, což může mít značný dopad na jeho fyzické i duševní zdraví. Záchvatovité přejídání vyžaduje pozornost a podporu jak ze strany odborníků, tak i veřejnosti, aby se mohlo účinněji řešit a minimalizovat jeho negativní dopady na nemocné jedince. Existuje široká škála klinických projevů jedinců trpících záchvatovitým přejídáním. Někteří jedinci mohou mít tendenci nadhodnocovat svůj tvar postavy a váhu, jiní mohou vykazovat kontrolu ohledně svého těla, či pocity viny a studu spojené s jejich stravovacími návyky.⁵⁶

1.4.1 Záchvatovité přejídání a fyzická aktivita

U některých žen může problém začít, když se například chtějí vrátit ke své původní postavě po porodu. Začnou cvičit, ale nejsou se svými výsledky stále spokojené, a tak přidávají více a více cvičení, kdy cvičí třeba i několik hodin denně, například na úkor spánku. Jejich cvičení je těžko slučitelné s povinnostmi kolem rodiny, kolem práce a domu. Dostávají se tak do hektického kolotoče. Přesto, že se dotyčná může dostat k původně vysněné postavě, když k ní dojde je opět nespokojená, a tak přidává ještě více cvičení a různá jiná cvičení, například plavání. Může také udělat změnu svého jídelníčku, například přidat půst. Pro tělo tak dochází k extrémnímu zatížení. Tato fáze, která byla pro tělo velmi zatěžující a chudá na potravu se v určitý moment nebo v nějaké situaci může přehoupnout do extrémního přejídání jídlem. Žena se začne extrémně přejídat,

⁵⁴ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 11.

⁵⁵ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já*, s. 23.

⁵⁶ Srov. PERELMAN H. et al. Loss of control in binge-eating disorder: Fear and resignation. [online].

ale zároveň také zařadí ještě více fyzické aktivity. Jenomže při záchvatovitém přejídání dochází k tak výraznému množství přijatých kalorií, že ani cvičení mnohdy nedokáže vyrovnat tak obrovský příjem a dotyčná přibírá i přes velkou fyzickou námahu. Člověk přijme víc energie i přesto, že dře. Toto záchvatovité přejídání společně s aktivitou může dojít do bodu, kdy nad sebou dotyčná začne ztrácet kontrolu a není jednoduché, aby si přiznala, že to, co dělá není v pořádku a že trpí jednou z poruch příjmu potravy. Dotyčná vidí, že přibírá, protože extrémně jí, zároveň extrémně dře a tělo začíná selhávat. Při záchvatovitém přejídání jedinec sní obrovské množství potravy, často za krátký čas. Například celý chleba za 5 min nebo 10 nanuků na posezení. Nemocní jedí do chvíle, dokud nemají pocit, že mají jídlo skoro až v krku. Takové přesycení dotyčné bolí a může dojít k tomu, že pozřené jídlo půjde vyzvracet. Není ojedinělé, že se pak záchvatovité přejídání může překlenout v mentální bulimii. Závislost na fyzické aktivitě dokáže narůst do tak obřích rozměrů, že dotyčná často jde cvičit, i když má zlomený prst, žebro nebo bere antibiotika. Mnohdy neexistuje žádná překážka. Záchvatovité přejídání a fyzická aktivita se může stát závislostí podobně jako u alkoholiků a dotyčná musí být vždy obezřetná, aby do této poruchy znovu nespadla. Může se to tak stát nekonečným bojem.⁵⁷

Dotyční s touto poruchou čelí nezvladatelnosti a nekontrolovatelnosti nad záchvatem. Kdy následuje sebeobviňování a špatné pocity ze sebe samotné, přichází extrémní výčitky. Když je člověk při záchvatovitém přejídání přímo v záchvatu, tak pokračuje v jzení jen proto, aby nemusel čelit realitě, že záchvat opět nezvládl.⁵⁸

1.5 Ortorexie

Jedná se o posedlost zdravou výživou. Dotyční se na ni zaměřují a nejsou schopni zkonsumovat nic, co obsahuje cukry, konzervanty, barviva, bílou mouku nebo sůl. Také nekonzumují průmyslově zpracované potraviny. Dodržují zdravý životní styl a ustavičně přemýšlejí nad složením jídla, což jim zabírá abnormální množství času a jejich chování je až fanatické. Strach z jídla převládá nad potřebou sytosti, tudíž u těchto jedinců dochází k výrazné podváze. To, že si nemocný vybírá pouze určité potraviny, ho může i společensky izolovat.⁵⁹

Tato posedlost zdravým životním stylem se projevuje touhou být zdravý a preferovat co nejméně průmyslově zpracované potraviny. Na začátku mohou být dotyční pouze zákazníci obchodu se zdravou výživou, postupně však začínají omezovat svůj jídelníček

⁵⁷ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

⁵⁸ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁵⁹ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 11-12.

na potraviny, které si připravují jen sami, až nakonec mohou vyřadit veškeré jiné potraviny. Tento přístup často není dlouhodobě udržitelný a může vést k problémům jako je rozvíjející se mentální anorexie nebo další mentální poruchy, zejména pokud má ortorexie tendenci se rozpínat.⁶⁰

Při ortorexii dotyčný často řeší množství kalorií v daném jídle. Ortorexie bývá tak prvotním zlomem při začínající mentální anorexii. Pokud požijeme něco nezdravého, přichází vnitřní výčitky.⁶¹

Pokud už dojde k pozření jídla, dohází ke snaze zkonzumované jídlo co nejdříve vysportovat. Dále se ortorexie projevuje narušeným vnímáním vlastního těla, kdy jedinec nevnímá svou skutečnou váhu.⁶²

⁶⁰ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁶¹ Srov. VOLFOVÁ K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já,* s. 21.

⁶² Srov. LUPÍNKOVÁ M. *Toho dna se dotýkám už málo,* s.22.

2 Faktory ovlivňující stav onemocnění mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy jsou často popisovány jako onemocnění, která mají mnoho faktorů ovlivňující jejich vznik a průběh, je to takzvané multifaktoriální onemocnění. Je známo že v drtivé většině případů není možné najít pouze jednu jedinou příčinu, která spustila poruchu příjmu potravy. Pokud bychom se bavili o něčem určitém, museli bychom mluvit o takzvaném spouštěči, pro který je ale typické, že k jeho spuštění musí také vést řada různých podmínek u daného jedince. Je dobré mít nějakou představu o tom, jaké možné faktory můžou u daného jedince ovlivňovat, zda se u něj porucha příjmu potravy rozvine či ne.⁶³

Do života přicházíme s určitou genetickou výbavou a predispozicemi, které nám byly dány z rodiny. Tento základ nemůžeme příliš ovlivnit. V životě nás však formuje mnoho různých zkušeností, traumatických událostí a naše vztahové prostředí. Může hrát roli také to, jak se v naší rodině komunikuje. Nezáleží pouze na tom, jaký máme vztah k jídlu. U rodin, kde maminka byla dietářka a experimentovala s jídlem často dochází k obrovskému vlivu na její dítě. Je to však také o tom, jaké vnímání sebehodnocení si neseme za své vlastní rodiny. Toto všechno nás během života dále formuje. S touto celou výbavou a našimi zkušenostmi můžeme nebo nemusíme být náchylnější k onemocnění poruchou příjmu potravy.⁶⁴

Pro rozvoj mentální anorexie máme určité rizikovější faktory, mezi které patří například rizikový vrozený faktor ženské pohlaví. Dále to jsou rizikové osobnostní rysy, mezi které spadá nedostatečné sebevědomí, zvýšená potřeba ocenění od svého okolí, úzkostnost a perfekcionismus. Náchylní bývají také lidé, kteří nemají příliš rádi změny v životě. Když se nahromadí tyto rizikové vlastnosti, může během života přejít nějaký moment nebo krize, která bude spouštěčem poruchy příjmu potravy. Také se může v našem životě udát mnoho životních změn, které se nashromáždí. Může se například jednat o ztrátu zaměstnání, ztrátu partnera či změnu školy, což dotyčné vede k touze mít věci více pod kontrolou. Může se také stát, že se dotyčnému něco nevydaří a má nutkání stát se ještě lepším, více se zaměří na perfekcionismus. Při tomto onemocnění se také vyskytuje touha stát se dokonalou a přesně tohle mentální anorexie nabízí.⁶⁵

Mentální anorexie vzniká, protože jedinec zpočátku vnímá její přínosy. Pro úspěšné překonání je nezbytné porozumět, jaké potřeby porucha uspokojuje. Následně je klíčové naučit se tyto potřeby uspokojovat alternativními způsoby, a tak dosáhnout skutečné svobody.⁶⁶

⁶³ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁶⁴ Srov. *tamtéž.*

⁶⁵ Srov. *tamtéž.*

⁶⁶ Srov. MIDDLETON K.; SMITH J. *První kroky z poruchy příjmu potravy*, s. 28.

2.1 Sociální faktory

2.1.1 Sociální tlak

Jsme ve velkém obklopení potravinami, které nepoužíváme pouze k nasycení, ale jsou pro nás společenským rituálem, nedílnou součástí oslav, tradic a způsobem vyjádření náklonnosti. Nicméně jídlo často využíváme k zaplnění prázdnoty, zklamání, stresu nebo zmírnění smutku a k utišení dalších emocí. Toto společně se sociálním nátlakem na to, jakou bychom měli mít figuru, na nás vytváří tlak, ve kterém je těžké najít rovnováhu. Dnešní společnost posuzuje lidi často na základě množství jejich tuku, přisuzuje jim dle toho různé vlastnosti. Lidé často neberou ohled na to, že člověka můžou vnitřně ranit, a to i v případě, pokud mu jsou řečeny pozitivní komentáře ve stylu: „Svědčí ti, že si tolik zhubl.“ I taková věta může mít nedozírné následky. Společnost se často zaměřuje pouze na tělesnou schránku. Například nevhodná reklama mířená na redukci váhy může člověka dostat do poruchy příjmu potravy.⁶⁷

2.1.2 Profesní tlak

Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy jsou komplexní psychiatrické problémy, ovlivněné mnoha faktory, včetně sociálního a kulturního. Členové profesí, které vyžadují nízkou tělesnou hmotnost z estetických nebo výkonnostních důvodů, jsou často vystaveni vyššímu riziku vzniku těchto poruch (například baletní tanečníci, letušky, žokejové). Modelky jsou jednou z těchto profesí, které čelí intenzivnímu tlaku udržovat štíhlou postavu a splňovat přísně stanovené měřicí hodnoty. Tento tlak může mít vážné důsledky na jejich fyzické i duševní zdraví a může vést k rozvoji symptomů poruch příjmu potravy.⁶⁸

2.1.3 Média a kultura

Omezování stravy postupně přerůstá do morální povinnosti, náboženství a schopnost mít sebekontrolu slouží jako měřítko úspěchu. Běžné stravování a přirozený proces stárnutí zejména u žen a celebrit, se stává společenskou ostudou. Tlak médií a průmyslu krásy a dietní stravy tuto situaci ještě umocňuje.⁶⁹

⁶⁷ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

⁶⁸ Srov. BOGÁR N. et al. Frequency of disordered eating habits among fashion models. [online].

⁶⁹ Srov. PAPEŽOVÁ H., *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 8.

Emoce spojené s mentální anorexií a dalšími poruchami příjmu potravy jsou ovlivňovány i postojem společnosti a médií k ideálům krásy, duševním onemocněním, poruchám a životním hodnotám.⁷⁰

Na mnoho lidí stále více působí, že je móda ze západních zemí orientovaná na štíhlost. Velký vliv mají také média, která nám ukazují v podobě podvyživených hereček, modelek a tanečnic, jak by měla vypadat ideální postava dívky. Symbolem dokonalé hubenosti se stala hračka panenka Barbie. Štíhlost je v dnešní době prezentována jako ideál krásy a dává nám znát, zda máme dostatečnou sebekontrolu. Doléhají k nám také informace skrze sdělovací prostředky, které nám předkládají, že čím vyšší váha tím horší zdraví. Lepším ukazatelem může být například poměr boků a pasu než samotná váha. Váha se během života mění a je to zcela přirozené.⁷¹

Závažnost průběhu nemoci je spíše ovlivněna biologickými a psychologickými determinanty, zatímco vzrůstající výskyt onemocnění lze přímo přisoudit sociálním faktorům, konkrétně tlaku médií na ideu vzhledu a štíhlosti. V zemích, které přijaly západní kulturu, se projevují mentální anorexie a bulimie, i když v minulosti nebyly běžné. Média jsou často plná nekritické oslavy velmi štíhlých postav, vyhublých modelek a stigmatizace obezity s tlakem na hubnutí. Módní průmysl, televize, časopis a internet podporují myšlenku, že dokonce i mírná nadváha je škodlivá pro zdraví a že štíhlost je klíčovým prvkem atraktivity a úspěchu. Současný přehnaný zájem o tělesnou hmotnost se stal prominentní společenskou normou, v níž je ideálem ne tolik optimální váha, nýbrž extrémní štíhlost. Tato prezentovaná sociokulturní dynamika však nesouzní s biologickou variabilitou a přirozenými parametry lidského těla. Tyto trendy zavádějí nereálné cíle a nevhodné vzory, což představuje zásadní rozpor s biologickým kontextem. V důsledku toho dochází k oslabení sebedůvěry, neboť tyto ideály jsou pro většinovou populaci nepřístupné, což vede k výrazné nespokojenosti s vlastním tělem a zároveň podněcuje deformované vnímání tělesného obrazu.⁷²

Jako odezva na rozšířenou nespokojenost se projevuje tendence snižovat váhu, omezovat stravování, projevovat obavy z nadváhy a uchýlit se k nezdravému chování jako je vyvolávání zvracení. Dosáhnou-li dívky snížení váhy, což vede k tělesným proporcím odpovídajícím aktuálnímu ideálu krásy, dává jim to pocit vlastní hodnoty, čímž si kompenzují nedostatek sebevědomí. Mezi sociální rizikové faktory při rozvoji mentální anorexie spadají profese či příprava na ně spojená s fyzickým vzhledem, kde je nezbytné mít pro předpoklad kariéry štíhlou postavu.⁷³

⁷⁰ Srov. PAPEŽOVÁ H., *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 14.

⁷¹ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*, s. 13.

⁷² Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČIKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 16.

⁷³ Srov. tamtéž, s. 16.

2.1.4 Sociální sítě

Sociální sítě zrcadlí naši společenskou představu o těle a zdůrazňují kult dokonalosti těla, který je v současné době tak výrazný. Tyto platformy mají obrovský vliv a reflektují naše postoje k tělu a jeho vnímání. Díky sociálním sítím je pro jednotlivce snadnější srovnávat se s ostatními a mít s tímto porovnáváním problémy ve vztahu k sobě. Porovnávání se s ostatními často může vést k nízké sebedůvěře nebo negativnímu vnímání vlastního těla, což může posilovat nebo zvýšit riziko vývoje poruchy. Na sociálních sítích lze také najít komunity, takzvané pro-anorektické, které se podporují ve svém onemocnění. Vytvářejí si komunitu, kterou jinak při svém onemocnění ve své izolovanosti nemají. Sociální sítě nemají však jen škodlivý dopad, ale svým dosahem mohou také výrazně přispět, protože přes sociální sítě také lze šířit osvětu a připomínat si, že tělo je naším chrámem a měli bychom se o něj starat a přijímat ho takové, jaké je. Je důležité budovat si kritické myšlení a umět na sociálních sítích vyčlenit profily, které mě negativně ovlivňují, a naopak zaměřit se na ty, které mě ovlivňují pozitivně.⁷⁴

Sociální sítě se stávají stále významnějším rizikovým faktorem, kdy mladí lidé hledají informace, vzory a doporučení. Nicméně často jsou negativně ovlivněni virtuální realitou, která prezentuje štíhlé postavy a různé aplikace, jež formují jejich vnímání hodnot, cílů, vzhledu, stravovacích návyků, kalorického příjmu a pohybové aktivity.⁷⁵

2.1.5 Tlak na sportovce

Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy jsou stále častější a závažnější problém, který postihuje lidi po celém světě. Zejména sportovci se zdají být vystaveni vyššímu riziku než ti, kteří se sportovních aktivit neúčastní. Tato porucha může mít vážné důsledky nejen na fyzické zdraví, ale také na výkonnost sportovců, což může ovlivnit jejich kariéru a životní styl.⁷⁶

U sportovců si lidé často myslí, že kolem nich nebývají předsudky, co se týká jejich tělesné hmotnosti a jejich vzhledu. Ve skutečnosti tohle ale není úplně pravda, i na sportovce je vyvíjen nátlak, že by měli zhubnout a neměli by mít kila navíc. Sportovci se také můžou, bez ohledu na to, jak mají náročné tréninky, setkat s větami typu: „Ty už prosím tě nežer. Nedávej si další večeři.“ Tělo takovýto nápor bez dostatku příjmu potravy nemůže vydržet. Tlak na sportovce bývá opravdu obrovský a není jim poskytováno dostatečné množství informací o tom, jak by se měli stravovat a jak najít balanc mezi sportem a jídlem. Často tak u sportovců dochází k vynechávání potravy.

⁷⁴ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁷⁵ Srov. KOHOUT P. *Klimická výživa*, s. 809.

⁷⁶ Srov. HILLING J. J.; ROBERTSON C. *A review of the nutritional guidance for athletes to prevent eating disorders.* [online].

Sportovci občas například sahají i po projímadlech, aby ze sebe přijatou stravu vyloučili a drželi si figuru, přitom k tomuto sebepoškozování nebyly žádné důvody, jen k tomu sportovce vede silný tlak okolí. Tento nátlak se často vyskytuje i mezi kolegy v nějakém sportovním družstvu, kde jsou schopni si mezi sebou říkat, že mají více zhubnout nebo že si nenajdou žádného partnera. Tento tlak okolí často vede sportovce k tomu, že si o sobě myslí že jsou tlustí, i když to není pravda. Mnoho sportovkyň později se sportovní kariérou skončí, mají zničené zažívání a zhuntované tělo a v neposlední řadě trpí poruchou příjmu potravy. Dochází u nich také ke vzniku štítné žlázy a k rozházeným hormonům. Mají problémy s trávením, kdy jejich tělo dobře nereaguje na potravu, protože mají poškozené zažívání často po dlouhodobém užívání projímadel. Jsou sportovkyně, kterým se z toho postupem času podaří dostat, jiné trpí poruchou příjmu potravy dlouhodobě. Pro každého je to jiné, každý má jinou psychiku a každému tělu trvá jinak dlouho, než nám odpustí jeho pustošení. Ne každý má psychiku na to, aby přešel tlak a peprné připomínky okolí. Mnohdy nezáleží na tom, jakou má dotyčná postavu, může být velmi hubená a stejně se také často potýká s podobnými narážkami na její váhu. Narážky na váhu se můžou ženy, která má sklony k perfekcionismu hluboce dotknout a může to ovlivnit její smýšlení. Sama tak může dojít k tomu, že by třeba skutečně na sobě měla zapracovat a něco zhubnout. Ženy to také může přivést do studu, co se týká jejich vzhledu a hmotnosti. Zlé připomínky mohou ovlivnit často ženy, které mají nízké sebevědomí a neumí si říct, že jsou spokojené takové, jaké jsou. Často je to dovede do bodu, kdy nesnáší své vlastní tělo.⁷⁷

2.1.6 COVID

Období covidu bylo také spouštěcím faktorem mentální anorexie u mnohých jedinců. Lidé zůstali sami doma s jídlem, ubyly možnosti vyrovnávání se se stresem, zvýšila se izolace a jednalo se o stresovou situaci, která brala kontrolu, a to dotyčné velmi negativně ovlivnilo. Někteří pacienti, kteří se začínali zlepšovat se opět zhoršili. Byly však zaznamenány případy, kdy měla covidová situace na pacientky pozitivní dopad. Například v případě, kdy byly uzavřeny školy a pro jednu z pacientek byla škola stresovým prostředím, v domácím prostředí se jí začalo dařit lépe a posunula se směrem k uzdravování.⁷⁸

Pandemie onemocnění covid-19, která se rozšířila po celém světě od svého počátečního výskytu v roce 2019, vyvolala u vlád řadu opatření ke zmírnění jejího šíření. Mezi těmito opatřeními byly období "lockdownu", během kterých bylo lidem nařizováno zůstat doma, a to v kombinaci s omezením cestování a uzavřením škol, obchodů, restaurací, barů a

⁷⁷ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

⁷⁸ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

posiloven. Současně byly zavedeny další související nařízení, jako je sociální distancování, nošení roušek, karanténní opatření a izolování se. Tato opatření sociálního a fyzického odstupu, motivovaná obavami z možných závažných komplikací spojených s nákazou covid-19, vystavila lidi několika stresorům. Mezi tyto stresory patřilo zvýšení sociální izolace, narušení běžného života, omezení pohybu a denních aktivit. Také byla omezena schopnost komunikace s rodinou a přáteli a větší vystavení zprávám o tělesné hmotnosti na sociálních médiích, byly navrženy jako potenciální faktory vysvětlující zhoršení poruch příjmu potravy a obecné psychopatologie pozorované u lidí s poruchami příjmu potravy.⁷⁹

2.2 Psychologické faktory

Mentální anorexie je komplexní porucha s hlubokými kořeny v psychologických mechanismech jednotlivce. Jedním z klíčových aspektů této poruchy je koncept, kdy se jedinec strachuje z představy, že se stane tlustým a nebude přijat. Tento strach kombinovaný s perfekcionismem a nedostatkem sebepřijetí, vede k přehnanému odmítání sama sebe.⁸⁰

2.2.1 Komorbidní psychická onemocnění

S mentální anorexií se mohou současně vyskytovat i jiná psychická onemocnění. Nejčastěji se vyskytují úzkostné a depresivní obtíže, dále se může vyskytovat obsedantně kompulzivní porucha, která se často vyskytuje u mentální anorexie, kdy si lidé tvoří své vlastní rituály ohledně stravování. Léčba může být také zaměřena na snížení těchto symptomů pomocí léků.⁸¹

2.2.2 Vzhled a sebeobraz

Obezita a nadváha společně s psychickými poruchami tvoří nedílnou část současného konceptu spektra poruch příjmu potravy. Zaznamenáváme vzrůstající prevalence anorexie a bulimie u dětí, předcházející obezitou, nebo vyrůstajících v rodinách s výskytem obezity a nadváhy. S přibývajícím obezitou v populaci, vzrůstá též problém s narůstajícím strachem z nadměrné váhy, fobií spojenou s normálním rozložením tělesného tuku a nespokojeností s vlastním vzhledem u dětí, které mají normální hmotnost.⁸²

⁷⁹ Srov. GRAVE R. D. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive cognitive behavioral therapy outcomes in patients with anorexia nervosa—A cohort study. [online].

⁸⁰ Srov. MUNRO C. et al. An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. [online].

⁸¹ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

⁸² Srov. PAPEŽOVÁ H., *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 8.

2.2.3 Životní události a trauma

Poruchy příjmu potravy jsou sice spjaty s psychiatrickou diagnózou, avšak dotyční je využívají k vyrovnávání se s jejich nelehkou životní situací či jako řešení svých potíží při jejich začátku. O lidech potýkajících se s poruchou příjmu potravy bychom neměli převážně uvažovat jako o nemocných. Slovo nemoc souvisí s bezmocností a pasivitou. Na poruchy příjmu potravy lze pohlížet jako na vyrovnávací techniku či strategii, kterou se postižení snaží v životě něčeho dosáhnout. Lidé se dostávají do okamžiků, kdy není v jejich silách nastatou životní situaci řešit, proto sahají k těmto taktikám, ve kterých právě dotyční vidí řešení. Tato zvolená strategie vypadá zpočátku velmi slibně a dává dojem, že povede k větší spokojenosti a sebevědomí prostřednictvím zdravého způsobů jako je například zdravé stravování a pohyb. Při dosahování cíle touto taktikou jsou však na člověka kladeny vyšší a vyšší nároky, které postupně dotyčnému začnou ovládat život, ať již ve vztahu s blízkými, v práci nebo způsobem trávení volného času. Člověk si ztráty kontroly nad svým životem zprvu nevšimne, myslí si, že dělá věci, které přispívají k jeho lepšímu životu nebo k dosažení cíle.⁸³

Pro hlubší pochopení povahy mentální anorexie a dalších poruch příjmu potravy je klíčové zkoumat psychologické procesy, které toto chování a myšlenkové vzorce ovlivňují. Bylo zjištěno, že PPP jsou častější u jedinců, kteří zažili trauma, a zdá se, že existuje spojitost mezi závažností těchto traumatických událostí a vážností poruchy příjmu potravy. Na druhou stranu by psychologické faktory mohly být blíže spojeny s projevy PPP, které vysvětlují vztah mezi traumatickými událostmi a závažností těchto poruch.⁸⁴

2.2.4 Emocionální faktory

Patologický vztah k stravování, ovlivňuje jedince prostřednictvím patologického jídelního chování, emocionálních změn a postižení kognitivních funkcí. Patologické stravovací vzory, které zahrnují jak hladovění, tak přejídání, jsou často odpovědí na snahu regulovat emocionální stav (úzkosti, deprese, nízké sebevědomí, hněv, životní ztráty, ale i nudu či citovou prázdnotu). Vzorce stravování spojené s vyhýbavým chováním a regulací zdánlivě nekontrolovatelných emocí, jsou výrazné zejména u anorexie. Tyto vzorce souvisejí s omezenou schopností adaptivně zpracovávat negativní emoce (včetně pocitu ponížení, studu, znechucení či záchvatu nevolnosti). Neschopnost účinně řešit emoční stavy je výraznější u jedinců, kteří trpí komorbidními poruchami, poruchami osobnosti a projevují úzkostně laděné rysy již před vznikem anorexie. Pocit zdánlivého

⁸³ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psychologičky Elišky Nehybkové*, s. 12-14.

⁸⁴ Srov. MARFFY M. J. et al. *An exploration of the relationship between loneliness, the severity of eating disorder-related symptoms and the experience of the 'anorexic voice.'* [online].

zlepšení emocionální regulace, který se na začátku objevuje, postupně ustupuje afektivní labilitě, depresivním a úzkostným projevům. Tyto symptomy postupně narůstají s pokračující ztrátou sebejistoty, sebeúcty a rozvíjejícími se pocity studu a viny. Emoční a afektivní proměny spojené s mentální anorexií a dalšími poruchami příjmu potravy, mohou postihovat nejen nemocné jedince, ale také ovlivňovat celou rodinu, okolí a spolupracovníky pacientů.⁸⁵

Během onemocnění a léčby dochází k proměnám v emocionálním prožívání. Intenzivní emoce spojené s nemocí ovlivňují i profesionální zdravotníky specializující se v této oblasti, což může ovlivnit jejich postoj k pacientů a samotnému léčebnému procesu.⁸⁶

Jídlo může být často užíváno jako lék na stres. Bývá také užíváno jako prostředek ke kompenzaci nejistoty a úzkosti. Čím větší přichází stresová situace, tím větší bývá nutkání pořádně se přejíst a tím uspokojit naše vnitřní obavy a nejistoty. Stres nám také narušuje spánek a ve chvíli kdy nemůžeme spát a pocítujeme obavy a úzkosti, tak máme nutkání dát si něco k jídlu, dokud se nebudeme cítit vnitřně klidní. Toto uklidnění bohužel trvá jen poměrně krátkou dobu, potom ze sebe člověku bývá často špatně. Dotyčné často nemají tolik vůle na to, aby s tímto jídelním rituálem přestaly. Můžou si tak přát, aby trpěly nějakou nemocí, například mononukleózou, aby měly striktně předepsáno, že musí omezit potravu či vyloučit nezdravou stravu.⁸⁷

2.2.5 Osobnostní rysy

V kontextu vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy výzkumníci poukazují na specifické osobnostní rysy a psychické charakteristiky, jež se projevují již před vypuknutím onemocnění a mohou představovat rizikové faktory pro jeho rozvoj. U mentální anorexie může být jedním z těchto aspektů například intenzivní zaměření na dosažení úspěchu, a to převážně v akademickém prostředí ve spojitosti s podceňováním se a pocitem, že nedokáží či nezvládnou úkol.⁸⁸

2.2.6 Perfekcionismus

Mentální anorexií předchází řada rizikových faktorů spojených s osobnostními vlastnostmi jako je úzkost, deprese a perfekcionismus. Perfekcionismus, v této souvislosti, představuje tendenci klást na sebe a na ostatní extrémně vysoké, nebo dokonce bezchybné standardy výkonu, které přesahují požadavky situace.

⁸⁵ Srov. PAPEŽOVÁ H., IX. *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 13-14.

⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 14.

⁸⁷ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

⁸⁸ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 14-15.

Perfekcionismus je spojen s mentální anorexií jako rizikový a udržovací faktor. Mnoho žen trpících touto poruchou mělo matky s vysokým stupněm perfekcionismu, což naznačuje, že rodinné prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal, může hrát klíčovou roli v rozvoji této poruchy. Porozumění vztahu mezi perfekcionismem a mentální anorexií je klíčové pro lepší identifikaci, léčbu a prevenci této závažné poruchy.⁸⁹

2.2.7 Psychologický vliv na psychoterapeuty

Terapeuti často čelí obavám spojeným s významnou úmrtností onemocnění (včetně sebevražd a srdečního selhání), vysokou únavou, frustrací a smutkem. Někteří z nich také můžou prožívat změny ve svém původním vztahu k jídlu, kde někteří hovoří o zlepšení a jiní o zhoršení. Je jisté že si mezi pacientkami trpícími poruchou příjmu potravy začínají více všimnout sami sebe a svého zevnějšku, což se stává předmětem kritiky ze strany samotných pacientů.⁹⁰

Pro udržení profesionálního postoje je nezbytné:

1. účast na pravidelných supervizích pro všechny odborníky,
2. být pokorní, protože ne každému pacientovi může terapeut pomoci,
3. práce v interdisciplinárním týmu, kde je možné regulovat počet pacientů v terapeutickém procesu,
4. neustálá snaha o vzdělávání se,
5. brát na vědomí úmrtnost,
6. využívání vnější sociální podpory a péče o sebe,
7. udržování rovnováhy mezi terapeutickými výzvami a zátěží spojenou s nemocí.⁹¹

Během onemocnění a léčby dochází k proměnám v emocionálním prožívání. Intenzivní emoce spojené s nemocí ovlivňují i profesionální zdravotníky specializující se v této oblasti, což může ovlivnit jejich postoj k pacientům a samotnému léčebnému procesu.⁹²

2.2.8 Psychologický vliv na sociální pracovníky

U sociálních pracovníků při práci s klientem trpícím mentální anorexií může dojít k syndromu vyhoření. Tento syndrom je důležité zahrnout do psychologických faktorů, neboť jeho přítomnost může vést k negativnímu vnímání těla a tlaku na dosažení určitého tělesného ideálu u samotných pracovníků, což přispívá k jejich emocionálnímu vyčerpání

⁸⁹ Srov. LONGO, P. et al. Perfectionism in anorexia nervosa: Associations with clinical picture and personality traits. [online].

⁹⁰ Srov. PAPEŽOVÁ H., *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 8.

⁹¹ Srov. tamtéž, s. 8.

⁹² Srov. tamtéž, s. 14.

a vyhoření. Syndrom vyhoření je komplexní stav, který zahrnuje emoční vyčerpání, emoční distanc a pokles osobní výkonnosti. Tento syndrom se stal vážným problémem moderní doby, souvisejícím s narůstajícími sociálními a sociologickými procesy, jako je individualizace. Současný stav vzdělávání v sociální práci často nepřipravuje pracovníky na rychle se měnící podmínky ve společnosti, což může zvyšovat riziko syndromu vyhoření. Pracovníci v pomáhajících profesích jsou vystaveni zvýšenému mentálnímu zatížení a často se snaží poskytnout podporu svým klientům za cenu vlastní vyčerpanosti. Klientova situace, zejména v případě traumatu či chronických problémů, může mít značný dopad na sociální pracovníky a jejich emoční stabilitu, což může vést k tomuto syndromu. Je důležité, aby byli sociální pracovníci schopni rozpoznat tyto příznaky u sebe samých a vyhledali podporu a pomoc, když ji potřebují.⁹³

2.3 Rodinné faktory

Výzkumné studie potvrzují zvýšené riziko poruch příjmu potravy u dětí matek trpících mentální anorexií. Matky, které soustavně sledují svou váhu a postavu mohou ovlivňovat své dítě již během období kojení a postupně přenášet různé negativní postoje ke stravování v průběhu dalšího vývoje dítěte.⁹⁴

Rodina sehrává klíčovou úlohu při formování našich představ o úspěchu, kráse a vlastním těle. Současně ovlivňuje naše stravovací návyky, životní styl a aktivitu. Nesmírně důležitá je také v utváření našeho smýšlení o důležitosti osobní angažovanosti při řešení vlastního osudu a problémů. Příliš vysoké nároky, kritičnost rodičů, zanedbávání a nedostatečná empatie mohou souviset s rozvojem mentální anorexie a dalších poruch příjmu potravy.⁹⁵

V rodinách s přítomností mentální anorexie často dochází k narušeným vztahům, kde se často projevuje neschopnost odloučit se od matky. Konflikty mezi rodiči a dcerou často předcházejí vypuknutí nemoci, a to za doprovodu sociálního, mediálního a dalšího nátlaku na mladé ženy, aby dosáhly extrémní štíhlosti. K tomu přispívá také šikana ve škole, dostatečně nevyzrálá osobnost a bohužel i traumatické události z minulosti, jako jsou například incesty. Dospívání, dosažení dospělosti a sexuální zralosti představují vnitřní problémy. V samotném procesu tohoto spočívají často vnitřní problémy. Mentální anorexie se častěji vyskytuje ve vyšších socioekonomických vrstvách, zasahuje především nemocné v rozmezí 12–25 let.⁹⁶

⁹³ Srov. ELIHOVÁ M. *Sociální práce: Aktuální otázky*, s. 112-113.

⁹⁴ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*, s. 50.

⁹⁵ Srov. Healthy and Free, *Rizikové faktory*. [online].

⁹⁶ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jidlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 36-37.

Začátek onemocnění se některým klientkám například objevil v období, kdy byly odloučeny od rodiny. Například cestou do zahraničí či odstěhováním se.⁹⁷

Některé klientky se cestou mentální anorexie snaží získat pozornost svých rodičů, jiným mentální anorexie dává pocit, že jsou sami sebou a mají kontrolu nad svým životem.⁹⁸

Jsou rodiny, které se zdají být bezproblémové a harmonické, ale skutečnost je často odlišná. Uvnitř těchto rodin může docházet k popírání problémů a potlačování emocí, což může vést k vážným následkům, včetně mentální anorexie.⁹⁹

2.3.1 Naučené stravovací vzorce

Narušené stravování můžeme často spatřovat v rodině, kdy například jeden z rodičů trpí cukrovkou a přenáší na nás svoje vzorce chování, kdy jsme vnímali, jak on sám bojoval s chutí na něco sladkého. Takový rodič nás mohl žádat o to, aby přesto, že nás požádá, abychom mu něco přinesli nebo něco nezdravého koupili, abychom to nedělali. Když jsme se drželi jeho pokynů, stejně náš rodič k nám mohl zaujímat podrážděný postoj, že jsme mu něco nezdravého odepřeli. Později to může u samotného dítěte spustit závislost na jídle. Tuto závislost na jídle můžeme mnohdy v první řadě pozorovat na našem vzhledu, kdy začínáme přibírat a mít ze sebe špatný pocit. Tato estetická změna dotyčné vede k tomu, že bys tím chtěly něco dělat, ale proti této závislosti je velice těžké bojovat.¹⁰⁰

Jedinci vyrůstající v prostředí s patologickým jídelním chováním a negativními postoji k výživě u svých rodičů mohou vykazovat časně nespecifické symptomy poruch příjmu potravy.¹⁰¹

2.3.2 Rodinné očekávání

Tlak na tělesnou hmotnost nemusí přicházet pouze ze vzdálenějšího okolí, ale často se s takovým tlakem můžeme setkat přímo v naší rodině. Můžeme mít například matku, která si denně stoupá na váhu kontrolující, zda nepřibrala. Toto může velmi narušit náš vztah k jídlu. V rodině můžeme poslouchat, že máme být štíhlejší, přestože netrpíme nadváhou. Také se můžeme setkat s poznámkami ohledně našeho vzhledu, například, že máme moc velké břicho. Tento rodinný tlak na nás vyvíjený, nás může dovést k tomu, že si začneme myslet, že je nutné, abychom zhubli. Tento přístup může ovlivnit náš vztah

⁹⁷ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 15.

⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 35.

⁹⁹ Srov. PUGNEROVÁ M.; KVINTOVÁ J. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 135.

¹⁰⁰ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

¹⁰¹ Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*, s. 54.

ke stravování, může nás dohnat ke zkoušení různých diet nebo například k nutkání jídlo vyzvracet a jeho vyzvracení. To vede často k tomu, že můžeme jíst více, protože víme, že potravu poté vyzvrácíme. Mnohdy se dotyčné přejídají už jenom proto, aby se vyzvracely, aby ze sebe dostaly pocit znechucení, pocit nesebelásky k vlastnímu tělu a neschopností se smířit sama se sebou. Dotyčná své problémy v rodině, která ji ještě takto ovlivnila, nesdílí a uzavírá se do sebe, trpí depresemi a obrovským smutkem.¹⁰²

Jsou rodiny, které kladou důraz na výkon a úspěch, a to nejen u dospělých, ale i u jejich dětí. Tyto rodiny často kladou velký tlak na své potomky, aby dosáhli vysokých standardů a očekávání stanovených rodiči. Pro děti v takových rodinách může být tento tlak příliš velký a může se projevit různými způsoby, včetně mentální anorexie. Mentální anorexie může být vnímána jako forma vzpoury, která se projevuje v oblasti stravování. Jedinec s touto poruchou může cítit potřebu uniknout z tlaku a očekávání okolí, a jedním způsobem, jak to udělat, může být ovládnutí své stravy a jídla. Tato forma kontroly je často jedním z mála aspektů, který je jedinec schopen ovládat ve svém životě, což může vést k prohlubování mentální anorexie. Je důležité si uvědomit, že mentální anorexie není pouze otázkou stravy, ale může být také výrazem hlubších emocionálních problémů a nedostatku sebedůvěry. Rodiny, které se soustředí na výkon a úspěch, by měly být vnímavé k potřebám svých dětí a poskytnout jim podporu a porozumění, aby se zabránilo rozvoji mentálních poruch jako je anorexie.¹⁰³

2.3.3 Potvrzení sebehodnoty

Lze říci, že potřeba sebehodnoty a uznání je jednou z hlavních potřeb člověka. Touha být pro někoho dostatečně dobrý je v nás zakotvena již od dětství. Pokud se nám zdá že toto nenaplnujeme, začneme na sebe mít vyšší nároky a snažíme se být výjimeční. Nejedná se tedy o to, že bychom chtěli být lepší sami pro sebe a rozvíjet se, nýbrž o naplnění potřeby být pro ostatní dost dobrý. Již od útlého věku je pro nás důležité dostávat potvrzení své vlastní hodnoty, je pro nás důležité, jak se k nám ostatní chovají a staví. Každá připomínka na naši osobu utváří náš pohled na sebe sama. Náš sebe pokřivený obraz je pak těžké napravit, proto pro nás naše rodina a blízcí hrají v našem životě tak významnou roli zvláště v období dospívání. Nezáleží přímo o jakou osobu se jedná, ale na tom, zda nám předala pozitivní pohled na naše sebepojetí. Když je naše sebepojetí pokřivené, hledáme uznání a pocit výjimečnosti či pozornost například prostřednictvím poruchy příjmu potravy. Ne vždy však tato strategie zabírá, přesto se jí nemocný jedinec nadále drží a místo aby viděl že je nefunkční a nějak s ní

¹⁰² Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatěmnit mozek a přerůst v nemoc.* [online].

¹⁰³ Srov. PUGNEROVÁ M.; KVINTOVÁ J. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 135.

bojoval, tak na sebe ještě přitvrdí. Tím pádem nad jedincem převezme plnou kontrolu porucha příjmu potravy.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením* psycholožky Elišky Nehybkové, s. 53-55.

3 Léčba mentální anorexie

Mentální anorexie neovlivňuje negativně pouze tělo, ale také mysl, emoce a naše vztahy, což je důležité zohlednit také v průběhu léčby. Mezi lékařské i nelékařské odborníky zabývající se těmito poruchami se řadí zejména: psychiatr, psycholog, psychoterapeut, praktický lékař, sociální pracovník a nutriční terapeut.¹⁰⁵

Cílem je pomoci jedinci co nejdříve dosáhnout zdravé váhy, avšak je nutné vzít v úvahu, že se jedná o psychickou nemoc. Pokud se podíváme na chování spojené s mentální anorexií, můžeme vidět, že mentální aspekt této poruchy vede jedince k fixaci na dosažení co nejnižší váhy a extrémní štíhlosti jako hlavního cíle života.¹⁰⁶

Navigace v možnostech léčby a nalezení správných odborníků může být složitá. Je ale důležité neodkládat návštěvu specialisty. Specialisté by měli být schopni pomoci pacientovi sestavit mezioborový tým odborníků, který bude schopen poskytnout komplexní péči a podporu.¹⁰⁷

Cest k uzdravení může být několik, člověk si k tomu může dojít sám, zajde-li to s ním příliš daleko, což pro každého může znamenat něco jiného. Také to může řešit tím, že dochází na terapie, k psychiatrovi, bere antidepresiva nebo je léčený ve specializovaných centrech zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy. Může také navštěvovat nutričního terapeuta, hledat uzdravení skrze různé metody osobního růstu a rozvoje, zúčastnit se psychoterapeutického výcviku nebo kombinací ze zmiňovaného, či zvolit samoléčbu. Při léčbě onemocnění by se nemělo zaměřovat pouze na vyléčení symptomů spojených s narušeným stravováním či na patologické naučené vzorce chování, ale na komplexní léčbu celé osobnosti člověka.¹⁰⁸

Psychosomatická problematika vyžaduje interdisciplinární znalosti a spolupráci lékařů v oblasti poruch příjmu potravy. Celosvětově klesá zájem lékařů o tuto problematiku, což je ovlivněno obtížnou léčbou a odmítáním symptomů ze strany pacientů a jejich rodin. Otálení v poskytování psychiatricko-psychologické intervence může být způsobeno také nesouhlasem lékařů jiných oborů, kteří se snaží chránit pacienty, před stigmatizací spojenou s psychiatrií.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Srov. LUPÍNKOVÁ M. Toho dna se dotýkám už málo, s. 28.

¹⁰⁶ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

¹⁰⁷ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení.* [online].

¹⁰⁸ Srov. LUPÍNKOVÁ M. Toho dna se dotýkám už málo, s. 28-30.

¹⁰⁹ Srov. PAPEŽOVÁ H., *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 8.

3.1 Komplexní přístup

Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy jsou výsledkem komplexní interakce různých faktorů, je důležité je léčit komplexně.¹¹⁰

Pro účinnou léčbu je důležité brát v úvahu tuto komplexnost a sestavit multidisciplinární tým odborníků z různých oborů, kteří společně pomohou rozklíčovat složitost problému a začít ho řešit.¹¹¹

Profesionální pomoci je zapotřebí už od praktického lékaře, sociálního pracovníka, psychiatra či psychologa. Existují také takzvané svépomocné skupiny, které mohou pacienty výrazně podpořit. Do procesu léčby se mohou zapojit také rodinní příslušníci, kteří hrají nemalou úlohu při pomoci danému pacientovi onemocnění zvládnout. Významný vliv na zvládnání onemocnění mají také vrstevníci se stejným problémem. Nemocný člověk se často izoluje, cítí se osaměle, což vede ke zhoršení celkového zdravotního stavu.¹¹²

V případě že pacient nebo jeho rodina nevyhledají pomoc v kritické fázi mentální anorexie, může být zachráněn například díky zásahu praktického lékaře nebo urgentního příjmu, na který se díky své nemoci dostane, pokud dojde k fatálním komplikacím. Systém poté může pacienta navigovat k další léčbě a pomoci.¹¹³

Člověku je nutné ukázat, že je více než jeho problém. Při tomto onemocnění je často zapotřebí odborné pomoci, protože se většinou jedná o dlouhodobý a obtížný proces. Lékaři mohou posílit tělo, psychologové nastínit možné cesty a alternativy, jak dosáhnout cílů jiným způsobem, než jak si dotyčný zvolil. Psychoterapeuti můžou pomoci nahlédnout do svého nitra a rozvíjet zdravou osobnost dotyčného. Rodinný příslušníci a sociální prostředí mohou člověku ukázat, že je důležitý sám o sobě a že má své nenahraditelné místo.¹¹⁴

3.2 Přístup nemocného

Záludnost této nemoci se projevuje tím, že jedinci odmítají přijmout svou diagnózu, nejsou vnímaví k vlastnímu stavu a postrádají schopnost "náhledu" na svou situaci. Často se zdají být spolupracující s lékařem, ale ve skutečnosti se snaží získat prostor pro své patologické chování. Jejich typickým projevem je skrývání a odvracení pozornosti, aby bylo jejich anorektické chování co nejméně patrné. Manipulace s okolím je dalším

¹¹⁰ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

¹¹¹ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení.* [online].

¹¹² Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*, s. 11.

¹¹³ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

¹¹⁴ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 14, 15.

běžným znakem, přičemž lidé často důvěřují spíše nemocné osobě než lékařům a odborníkům.¹¹⁵

Není možné jednice s mentální anorexií vyléčit, pokud on sám nebude chtít a vnitřně se na to nenastaví. Do procesu uzdravování totiž v tomto případě patří vůle žít a uzdravit se. U tohoto onemocnění může dojít k tomu, že budeme-li nemocnému nabízet léčbu, bude se kvůli své nemoci mylně domnívat, že nám jde pouze o to, aby byl tlustý.¹¹⁶

Výsledek vždy ovlivní dotyčný člověk, pokud nebude chtít změnit svoji dosavadní taktiku a rozhodne se zůstat být i nadále nemocný, či zda si dovolí nechat dát nový náhled na věc.¹¹⁷

3.3 Sdílení

Mentální anorexie může dotyčné dovést až do fáze, kdy se od všeho odstříhnou, často odstříhnou svoje kontakty nejen v rodině ale i s přáteli. Dotyčným by mohlo pomoci, kdyby své zážitky a trápení sdíleli s někým blízkým a nebyly na to tak sami. O těchto problémech se často nebavíme ani s našimi nejbližšími přáteli. Pro dotyčné je však velice těžké začít si o tomto problému povídat sama od sebe. Nemocné se o tom problému potřebují bavit, ale je to pro ně velmi náročné a nechce se jim ten samotným problém otvírat.¹¹⁸

Když má náš blízký mentální anorexiu je v první řadě důležité projevit o něj zájem a nehovořit hned o tom, jaké kroky by měl podnikat. Je důležité neodsuzovat a dát najevo, že nám skutečně na tom jedinci záleží. Dát dotyčnému najevo, že jsme tam pro něj, že nás zajímá, čím si právě prochází a že na to není sám, že jsme v tom s ním. Můžeme říct, že i přesto, že si nedokážeme představit čím si prochází tak vidíme, že trpí a nabídnout mu naši pomoc.¹¹⁹ Prvotní je neodkládat pomoc.¹²⁰

3.4 Hospitalizace

Extrémně závažné případy mentální anorexie představují složitou výzvu pro zdravotnické pracovníky, neboť mnozí pacienti odmítají léčbu této závažné poruchy. V některých případech je nezbytná okamžitá hospitalizace, která může chránit před ohrožením života a zhoršením kvality života. Přestože je takový krok nezbytný pro ochranu pacienta, vyvolává to mnoho etických a právních otázek. Je však důležité, aby zdravotnický

¹¹⁵ Srov. PUGNEROVÁ M.; KVINTOVÁ J. *Přehled poruch psychického vývoje*, s. 133.

¹¹⁶ Srov. LUPÍNKOVÁ M. *Toho dna se dotýkám už málo*, s. 29.

¹¹⁷ Srov. JENDRUCHOVÁ M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*, s. 15.

¹¹⁸ Srov. AHMEDOVÁ R. *Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatěmnit mozek a přerůst v nemoc*. [online].

¹¹⁹ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [online].

¹²⁰ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

personál nejen reagoval na akutní hrozbu, ale také zohlednil dlouhodobé vyhlídky na zlepšení postojů pacientů k léčbě. Mnozí pacienti vyžadující péči kvůli závažné formě mentální anorexie mohou v průběhu času přijmout léčbu a začít se účinněji zapojovat do terapeutického procesu.¹²¹

Mentální anorexie může vést k přesvědčení, že čím více se jedinec omezí v jídle a dostane se pod určitou úroveň podvýživy, tím je lepší. Nemocní mají pocit, že jsou lepší než ostatní, protože dokážou odolat pokušení jíst. Toto přesvědčení je podporováno samotnou nemocí, i když je jasné že může vést k vážným zdravotním komplikacím, a dokonce až k smrti. Způsoby práce s těmito jedinci a způsob komunikace s nimi jsou klíčové v péči o ně. V mnoha případech je možné navázat dialog a posilovat účast, ale v některých případech může být nutná hospitalizace. Při onemocnění mentální anorexií si dotyční procházejí různými fázemi, a pokud je jedinec vážně podvyživený, jeho zdravotní stav je ohrožen a potřebujeme zabránit nenávratným změnám, je často nezbytná hospitalizace. Cílem je zachránit život a stabilizovat pacienta. Někdy je to jediný způsob, jak začít dávat do mozku pacienta signál, že je vše v pořádku. Někdy je nutná hospitalizace, protože boj s nemocí je příliš náročný a jedinec není schopný uzdravit se sám.¹²²

3.5 Možnosti pomoci

3.5.1 Psychoterapie

Psychoterapeutická péče je zásadní v každém stádiu onemocnění. Založena je na vztahu mezi klientem a psychoterapeutem, který je obohacen důvěrou, autenticitou a skutečným zájmem. Psychoterapeut aktivně podporuje klientův růst a uzdravení, respektuje jeho individuální tempo a potřeby. Během terapie se zaměřuje na témata, která jsou v danou chvíli pro klienta relevantní. Psychoterapeutem může být psycholog, psychiatr, lékař jiné specializace nebo sociální pracovník, který absolvoval specializovaný dlouhodobý psychoterapeutický výcvik.¹²³

Psychoterapie nám může pomoci naučit vnímat realitu tak, jaká ve skutečnosti je, ať je jakkoli těžká. V neposlední řadě je důležité najít a připustit si naše naprogramované, stále se opakující vzorce chování a začít je přeměňovat. Umět si určit hranice a držet se jich. Pracovat na sebelásce, dát si sama sebe na první místo. Brát na sebe ohled a být k sobě laskavá.¹²⁴

¹²¹ Srov. ABRY F. et al. *Longitudinal investigation of patients receiving involuntary treatment for extremely severe anorexia nervosa*. [online].

¹²² Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [online].

¹²³ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

¹²⁴ Srov. LUPÍNKOVÁ M. *Toho dna se dotýkám už málo*, s.23.

Terapeutický přístup, který posiluje sebevědomí a rozvíjí schopnost tolerovat a akceptovat vlastní já, může vést k hluboké transformaci postojů a chování jedince. Je třeba zdůraznit, že léčba pacientů s mentální anorexií by měla být delší, než je běžná klinická praxe. Důkladné a individuálně přizpůsobené terapeutické intervence jsou nezbytné k narušení vzorců myšlení a chování spojených s touto poruchou. Zvýšená péče a podpora během léčby mohou přispět k dlouhodobému zotavení a zlepšení kvality života jedince nemocného mentální anorexií.¹²⁵

Psychoterapeut by měl být pro pacienta v těchto obtížných fázích oporou a pomáhat mu zvládnout nutné kroky k uzdravení a zachování života, ale je také důležité s pacientem mluvit. Postupem času, když se pacient stabilizuje, by měla psychoterapie být zaměřena na individuální potřeby pacienta, jeho příběh, příčiny nemoci, pomáhat mu překonat nemoc a zabránit jí návratu.¹²⁶

3.5.2 Rodinná psychoterapie

Přínosná při léčbě bývá rodinná terapie, v čím dřívějším věku je zahájena, tím lépe. Zahájení terapie v mladším věku může být klíčové pro prevenci a řešení problémů jako je mentální anorexie. Rodinná podpora a možnost včasného rozpoznání potenciálních rizik mohou vést k včasné intervenci a poskytnutí potřebné pomoci a podpory jedinci, což může zmírnit negativní dopady mentálních poruch a podpořit celkové duševní zdraví. Důležitá je také edukace rodiny, aby věděli, jak podpořit svého blízkého, jak s ním komunikovat a jak zvládat situace, které jsou náročné.¹²⁷

V rodinné psychoterapii jsou klíčové vztahy a komunikace mezi členy rodiny. Rodinný psychoterapeut se zaměřuje na zdravý vývoj rodiny a podporuje vzájemné porozumění. Tato forma terapie se často doplňuje s individuální psychoterapií, která poskytuje prostor pro léčbu jednotlivce s poruchou příjmu potravy. Rodinný psychoterapeut má stejnou úroveň odbornosti jako individuální psychoterapeut a ideálně má specializaci v práci s rodinami.¹²⁸

3.5.3 Psychiatr

Psychiatr disponuje dobrou znalostí možných zdravotních komplikací spojených s mentální anorexií. Jeho setkání se zaměřují na tělesné aspekty a reakci těla na poskytovanou pomoc, včetně stravování. Je rovněž klíčovým bodem pro řešení přidružených problémů, jako jsou depresivní nebo úzkostné stavy. Psychiatr je lékař s atestací v oboru psychiatrie, který provádí diagnostiku a může předepisovat

¹²⁵ Srov. MUNRO C. et al. *An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa*. [online].

¹²⁶ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [online].

¹²⁷ Srov. tamtéž.

¹²⁸ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

léky-psychofarmaka. Může také poskytovat psychoterapii, má-li k tomu potřebný výcvik.¹²⁹

3.5.4 Psycholog a klinický psycholog

V rámci psychologické léčby mentální anorexie je klíčovým prvkem zaměření na pocity pacienta a podporu prožívání přijetí a důvěry.¹³⁰

Psycholog je označení pro absolventa humanitní vysoké školy v oboru psychologie, který následně může rozvíjet svou kariéru v různých oblastech. Klinický psycholog je odborník v oblasti psychologie, který se po absolvování vysokoškolského studia specializuje na práci ve zdravotnictví a získává atestaci v oboru klinická psychologie. Hraje klíčovou roli v detekci poruch příjmu potravy a provádí diagnostiku, čímž pomáhá pacientům získat potřebnou péči. Může také pracovat jako psychoterapeut, pokud prošel odpovídajícím psychoterapeutickým výcvikem.¹³¹

Psycholog a klinický psycholog hrají klíčovou roli v léčbě mentální anorexie. Pomáhají pacientům identifikovat a změnit myšlenkové vzorce a chování spojené s poruchou stravování. Provádějí terapeutická sezení a podporují pacienty a jejich rodiny pravidelnými setkáními a monitorováním pokroku v léčbě. Vedle toho vzdělávají pacienty a jejich blízké o prevenci a podpoře psychického zdraví. Spolupracují také s dalšími zdravotnickými pracovníky pro koordinaci komplexní péče. Celkově jejich práce přispívá k úspěšnému zvládnutí mentální anorexie a obnově zdravého životního stylu.¹³²

3.5.5 Nutriční terapeut

Nutriční terapeut je odborník specializující se na oblast výživy, jehož hlavním cílem je poskytovat doporučení vedoucí k zachování a optimalizaci výživy těla a postupné obnově zdravého vztahu k jídlu. Pracuje buď v soukromých poradnách nebo přímo ve zdravotnických zařízeních ve spolupráci s lékaři a jinými zdravotnickými pracovníky. Pro práci jako nutriční terapeut je nezbytné absolvovat studium v oboru nutriční terapeutiky nebo nutričního specialisty na vysoké škole nebo vyšší odborné škole. Na rozdíl od nutričních terapeutů není pro výživové poradce vyžadováno formální studium, jejich kvalifikace se může lišit v závislosti na absolvovaných kurzech. Jejich práce je obvykle zaměřena na zdravé jedince a zahrnuje například úpravy životosprávy.¹³³

¹²⁹ Srov. tamtéž.

¹³⁰ Srov. MUNRO C. et al. *An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa*. [online].

¹³¹ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

¹³² Srov. tamtéž.

¹³³ Srov. tamtéž.

3.5.6 Praktický lékař

Praktičtí lékaři hrají klíčovou roli v zachycování příznaků mentální anorexie a dalšími PPP, protože mají dlouhodobý vztah s pacienty a mohou si všimnout například rychlých změn hmotnosti nebo jiných známek neprospívání. Díky svému vztahu s pacienty mohou být tito lékaři důvěryhodnou osobou, které se pacienti mohou svěřit se svými psychickými obtížemi a získat doporučení ke specialistům. Během léčby monitorují tito lékaři tělesné funkce a ideálně spolupracují s dalšími členy multidisciplinárního týmu. V případě potřeby mohou doporučit vyšetření ke specialistům, jako jsou internisté, endokrinologové, gastroenterologové, nefrologové, nutriční a metaboličtí specialisté, ale také gynekologové, zubní lékaři nebo oční lékaři. U pacientů s dlouhodobou podvýživou může být důležité provést vyšetření hustoty kostí pomocí denzitometrie.¹³⁴

3.5.7 Sociální pracovník

Sociální pracovníci hrají klíčovou úlohu v poskytování péče o jedince trpící mentální anorexií. Jejich role zahrnuje nejen poskytování podpory během léčby, ale také prevenci, edukaci a podporu rodin a komunit. Sociální pracovníci využívají poznatky získané studiem mentální anorexie k identifikaci sociálních faktorů ovlivňujících vznik a průběh této poruchy, vypracovávají plán podpory klienta a provázejí klienta tímto nelehkým obdobím. Aktivně pracují na prevenci a vzdělávají veřejnost o důležitosti pozitivního tělesného obrazu, zdravého vztahu k jídlu a emočního zdraví. Díky pochopení psychologických aspektů spojených s mentální anorexií mohou sociální pracovníci poskytovat individuální podporu a terapeutické intervence přizpůsobené potřebám každého jednotlivce. To zahrnuje emoční podporu, řešení osobních konfliktů, traumat a poskytování dovedností potřebných k řešení této poruchy. Sociální pracovníci se také zaměřují na minimalizaci dopadů onemocnění na různé oblasti života, jako je školní a pracovní prostředí, a zároveň se starají o rodinné a finanční zázemí pacientů.¹³⁵

Sociální pracovníci také hrají klíčovou roli v koordinaci péče a spolupráci s ostatními odborníky, včetně lékařů, psychologů a terapeutů. Spolupracují na zajištění přístupu ke komplexnímu léčebnému plánu, který zahrnuje léčbu na fyzické, psychologické a sociální úrovni, a pracují v týmu pro optimální podporu pacienta trpícího mentální anorexií.¹³⁶

¹³⁴ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

¹³⁵ Srov. *tamtéž*.

¹³⁶ Srov. *Anabell*. [online].

3.5.8 Peer konzultant a podpůrné skupiny

Peer mentor neboli peer konzultant, je osoba, která má vlastní zkušenosti s psychickým onemocněním, která poskytuje pomoc a podporu lidem s PPP sdílením svých zkušeností a schopností vcítit se do jejich situace.¹³⁷

Podpůrné skupiny pro lidi s různými obtížemi jsou rozšířené po celém světě a mohou poskytnout cennou podporu jak pro nemocné, tak pro jejich rodinné příslušníky. Obvykle jsou vedeny jednotlivci, kteří sami zažili problémy s poruchou příjmu potravy a dokázali se z nich vyléčit, což jim dává relevantní zkušenosti a dovednosti, které mohou předávat dál. Tyto skupiny také symbolizují naději na zotavení.¹³⁸

3.5.9 Ostatní odborníci

Primární tým péče o pacienty s mentální anorexií a jinými poruchami příjmu potravy může být individuálně rozšířen o další specialisty podle potřeb každého jednotlivce. Kromě lékařů somatických oborů mohou být do týmu zapojeni i další odborníci. Fyzioterapeuti mohou pomoci pacientům navázat pozitivnější vztah s vlastním tělem prostřednictvím terapeutických cvičení a technik. Tímto způsobem je poskytována komplexní péče, která se snaží zohlednit všechny aspekty života pacienta a jeho potřeby.¹³⁹

3.5.10 Organizace a spolky

Centrum Anabell, z. ú. je uznávaná nezisková organizace založena v roce 2022, specializující se na podporu lidí trpících poruchami příjmu potravy, jako je mentální anorexie, bulimie a další. Jejím hlavním cílem je poskytovat informace, podporu a pomoc nejen pacientům samotným, ale i jejich rodinám a blízkým. Díky své dlouholeté práci a rozsáhlému portfoliu aktivit patří Anabell mezi přední organizace v oblasti podpory osob s poruchami příjmu potravy v České republice. Tato nezisková organizace má sídlo v Brně, působí také v Praze a v Ostravě a své služby poskytuje prostřednictvím týmu složeného z odborníků různých oborů. Jako registrovaný poskytovatel sociálních služeb je Anabell dostupná pro všechny, kteří hledají pomoc a podporu v oblasti poruch příjmu potravy a souvisejících psychických obtíží.¹⁴⁰

Organizace *3pe* nabízí poradenství například pro blízké, jak komunikovat s nemocnou osobou, ale také šíří osvětu skrze informování influencerů na sociálních sítích, což je nápomocné převážně u těch, co mají vysoký dosah v rámci počtu sledujících na internetu. Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy se dají vyléčit, záleží však

¹³⁷ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

¹³⁸ Srov. MIDDLETON K.; SMITH J. *První kroky z poruchy příjmu potravy*, .s. 47.

¹³⁹ Srov. *3pe, Cesta k uzdravení*. [online].

¹⁴⁰ Srov. Anabell. [online].

na úhlu pohledu, jak vnímáme termín uzdravení. Záleží také na tom, s kým se o tomto termínu bavíme, protože když se budeme bavit s lékařem, tak se bude zaměřovat na tělesnou rovinu daného jedince, když se budeme bavit s psychoterapeutem bude se zaměřovat na celkovou psychickou pohodu. Lepší období se nám střídají s těmi těžšími, to se děje nám všem, u člověka, který si prošel poruchou příjmu potravy se může stát, že se v kritičtějším období daný jedinec více může zaměřovat na to, že má tendenci začít více si kontrolovat jídlo. Je důležité, aby člověk tento okamžik nevnímal jako zpětný krok, ale spíše jako významnou zprávu o sobě samém, která mu může naznačovat, že je nyní možná v situaci, kdy potřebuje pro sebe něco udělat. Je to jakýsi signál, že možná je čas na trochu péče o sebe. Je na každém, jak tuto myšlenku přijme. Může si říct, že přesto, že k němu přichází takováto myšlenka, není to překážka v tom, že je zdravý. Může si uvědomit, že uzdravení není o tom, že se člověk cítí perfektně po celou dobu, ale o tom, že se naučí lépe se starat o sebe a překonat obtíže, které přicházejí.¹⁴¹

Spolky a organizace zaměřené na problémy s jídlem jsou často velmi užitečné, protože často zaměstnávají lidi, kteří sami bojovali s tímto problémem a dokáží porozumět vašim současným obtížím. Mnoho z těchto organizací poskytuje nejen telefonickou podporu, ale také další služby, jako jsou kontakty na poradenská centra nebo možnost vypůjčení užitečné literatury. Připojení se k takové organizaci je skvělý způsob, jak se seznámit s lidmi, kteří procházejí podobnými situacemi.¹⁴²

3.5.11 Preventivní programy

Preventivní programy mají za cíl vyvažovat rostoucí tlaky spojené s anorexií a komerčními dietními trendy. Webový portál www.healthyandfree.cz poskytuje odborné i populárně-naučné články, užitečné manuály a informace o léčbě. Obsahuje zásady pro výběr preventivních programů a efektivní psychoedukaci pro nemocné a jejich rodinu, kteří se vyhýbají jiným formám intervence z důvodu obav ze stigmatizace.¹⁴³

¹⁴¹ Srov. MAKOVÁ T. *Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková.* [online].

¹⁴² Srov. MIDDLETON K.; SMITH J. *První kroky z poruchy příjmu potravy*, s. 46.

¹⁴³ KOHOUT P. *Klinická výživa*, s. 809.

4 Zkoumání vlivu sociálních, psychologických a rodinných faktorů na mentální anorexii

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak sociální, psychologické a rodinné faktory přispívají k výskytu a formování průběhu mentální anorexie u žen s mentální anorexií.

Pro zjištění výzkumného cíle jsem si stanovila 3 výzkumné otázky:

1. Jak sociální faktory ovlivňují mentální anorexii u žen?
2. Jak psychologické faktory ovlivňují mentální anorexii u žen?
3. Jak rodinné faktory ovlivňují mentální anorexii u žen?

Pro naplnění výzkumného cíle jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Kvalitativní výzkum je metodou zaměřenou na pochopení sociálních nebo lidských problémů prostřednictvím různých zkoumacích postupů. V průběhu tohoto procesu výzkumník vytváří komplexní obraz dané problematiky, analyzuje texty, zkoumá názory respondentů a provádí detailní zkoumání. V počáteční fázi kvalitativního výzkumu se stanovuje téma a formulují se základní výzkumné otázky, které mohou být v průběhu sběru a analýzy dat upravovány a přizpůsobovány. Díky této adaptabilitě je kvalitativní výzkum považován za flexibilní metodu. Úkolem výzkumníka je hledat a analyzovat veškeré dostupné informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek. Výzkumník navazuje kontakty s novými osobami a pracuje v terénu. Sběr dat obvykle trvá delší časové období. Výzkumník shromažďuje data, jež následně analyzuje. Na základě výsledků rozhoduje, která data jsou relevantní pro analýzu, a v případě potřeby provádí další sběr informací. Celý proces sběru dat a jejich analýzy může být opakovaně prováděn, což umožňuje opakované zkoumání domněnek a názorů.¹⁴⁴

Polostrukturovaný rozhovor umožňuje výzkumníkovi flexibilitu v konverzaci, což zahrnuje možnost měnit styl, tempo a pořadí položených otázek. Tímto způsobem je účastníkovi poskytnut prostor odpovídat přirozeným způsobem a vyjadřovat se podle svého vlastního uvážení. I přesto, že se do polostrukturovaného rozhovoru zapojuje menší počet účastníků, otázky směřují hlouběji a jsou zaměřeny na odhalení vzájemných souvislostí a vztahů.¹⁴⁵

¹⁴⁴ Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, s. 46.

¹⁴⁵ Srov. MIŠOVIČ, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 80.

Dotazované jsou označovány jako respondentky. Srov. HENDL J., *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*, s. 46.

4.1 Cílová skupina a průběh výzkumu

Pro uskutečnění výzkumu byly vybrány 4 ženy, které si prošly či procházejí mentální anorexií. Věk žen se pohyboval mezi 21-31 lety. Tyto ženy byly vybrány metodou příležitostného a záměrného výběru. Při použití principu příležitostného výběru jsou účastníci výzkumného šetření získáváni prostřednictvím příležitostí, které se nabízejí během průběhu šetření.¹⁴⁶ Naopak, při záměrném (účelovém) výběru jsou účastníci vybíráni cíleně na základě stanovených kritérií.¹⁴⁷ Respondentkám byla ponechána anonymita a pro účely výzkumu byly nazvány R1, R2, R3 a R4.

Dva rozhovory probíhaly formou videohovorů přes aplikaci Google meet, další dva probíhaly přes hovor na mobilním telefonu. Respondentky souhlasily s pořízením zvukového záznamu a s jeho zpracováním pro účely výzkumu. Jeden z telefonátů a videohovory se uskutečnily 22. 2. 2024 a druhý telefonát se uskutečnil 24. 2. 2024. Respondentkám byly zaslány otázky dopředu, aby měly čas se s nimi seznámit a případně se na něco doptat. Hovory a videohovory trvaly mezi 22–40 minutami.

4.2 Etika výzkumu

Při provádění studie jsem dbala na řadu opatření, která zajistila etický přístup ke všem aspektům výzkumu. Prvním krokem bylo zajištění anonymity respondentek. Každá účastnice byla ujistěna, že její identita zůstane utajena a veškeré údaje budou použity pouze pro účely výzkumu. Tento krok byl zásadní pro zachování důvěrnosti a ochrany soukromí respondentek, což je zvláště důležité v případě citlivého tématu jako je mentální anorexie. Dále jsem se ujistila, že jsem získala informovaný souhlas od každé respondentky před provedením rozhovoru. Respondentkám byly představeny cíle a metodologie výzkumu, a bylo jim dáno dostatek času k zvážení jejich účasti a k vyjádření případných obav. Pouze po získání jejich explicitního souhlasu byl výzkum prováděn.

Během rozhovorů jsem se snažila vytvořit příjemnou a podporující atmosféru, která by respondentkám umožnila otevřeně hovořit o jejich zkušenostech a pocitech. Byla jsem citlivá k jejich emocionálnímu stavu a reagovala jsem s porozuměním na jejich příběhy a projevy. Celkově jsem se snažila dodržovat etické normy a principy výzkumného procesu, abych zajistila respekt k účastnicím a kvalitu získaných dat.

¹⁴⁶ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup*, s. 133.

¹⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 135.

4.3 Souhrn zjištěných informací

1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?

Všechny respondentky vnímají vysoký tlak ze strany společnosti ohledně vzhledu a tělesné hmotnosti.¹⁴⁸ R1 konstatuje, že tento tlak přichází jak ze sociálního okolí, tak z médií a sociálních sítí. Zdůrazňuje, že tento tlak může být negativní a mít opačný účinek, než se zamýšlelo, což ilustruje slovy: „*Když mi řeknou, že jsem vychrtlá (...) tak to působí úplný opak a já se třeba v tu chvíli jako, že poplácám po rameni.*“¹⁴⁹ Jedna z respondentek upozorňuje na vliv pracovního prostředí a sociálního okolí na vnímání vzhledu a na tlak, který to může vyvolat: „*Myslím si, že co se týká práce nebo tak, tak ne úplně přímo, na druhou stranu, přijde mi, že třeba lidi s nižší hmotností nebo co celkově nemají problémy s nadváhou, a tak, tak jsou obecně považováni třeba za hezčí a tak dále, a tím pádem třeba dostanou i lepší pracovní nabídky.*“¹⁵⁰

Všechny respondentky se shodují v tom, že se v minulosti nebo v určitém období porovnávaly se svými vrstevníky nebo lidmi z médií.¹⁵¹ R3 uvádí, že porovnávání s ostatními může vést ke zkreslenému vnímání vlastního vzhledu a tělesného obrazu. Říká: „*Člověk to hodně v tomto stavu vnímá a má tendence se porovnávat.*“¹⁵²

Všechny respondentky hovoří o vlivu sociálních a mediálních norem na vnímání vzhledu a tělesného obrazu.¹⁵³ Respondentky také hovoří o změnách v trendech vzhledu a tlaku společnosti v průběhu času: „*Myslím si, že dneska už je to lepší, že určitě mi ten tlak nepříjde zase tak velký, ale dřív to bylo jiné.*“ „*Nejvíc teda musím říct na mladší jedince, čím starší člověk je, tím kolikrát i míň se s tím setkává (...).*“¹⁵⁴

Respondentky se shodly v tom, že vnímání společenského tlaku ohledně vzhledu se může měnit v průběhu času.¹⁵⁵ Jedna z respondentek uvádí, že vnímání tlaku na dosažení určitého standardu se může lišit v různých životních fázích: „*Přijde mi minimální, buď jsem se nějak vymanila z toho špatného okruhu lidí nebo už to od dospělých neslychám tolik.*“¹⁵⁶

¹⁴⁸ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁴⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁵⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

¹⁵¹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁵² Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁵³ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁵⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2, R4.

¹⁵⁵ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁵⁶ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?

Všechny respondentky zdůrazňují, že sociální média způsobují zvýšený tlak na dosažení dokonalého těla a vzhledu.¹⁵⁷ Jedna z respondentek poukazuje na to, že sociální média jsou zaměřena na krásu a stravování a že nedosažení tohoto ideálu může vést k negativním emocím: Ta sociální média jsou hlavně nastavená tak, že dneska je to o té postavě. Je to o té stravě.¹⁵⁸

Dále se respondentky shodují, že se porovnávají se svými vrstevníky na sociálních sítích.¹⁵⁹ Některé respondentky uvádějí, že toto porovnávání může vést k závistí a negativním emocím.¹⁶⁰ Jedna z respondentek zmiňuje, že se často porovnává s ideály prezentovanými na sociálních médiích: „*Ted ta různá videa, co běží na Instagramu (...). Vě skutečnosti ten jídelníček má dohromady já nevím 900 kalorií, což není pro normálního člověka dlouhodobě udržitelné.*“¹⁶¹

Respondentky uvádějí, že sociální média mohou ovlivnit jejich stravovací návyky.¹⁶² Jedna z respondentek zdůrazňuje, že prezentace zdravých jídel a stravovacích návyků na sociálních médiích může vést k přehnanému omezování jídla a vytváření negativního vztahu k jídlu.¹⁶³ Bylo zmíněno, že vidění příspěvků o zdravých jídlech a životním stylu mělo vliv na její pohled na svůj vlastní životní styl a stravovací návyky.¹⁶⁴

Jedna z respondentek poznamenala, že sociální sítě jsou považovány za autentičtější než reklamy, což může zvýšit jejich vliv na vnímání tělesného obrazu.¹⁶⁵ Byl vyjádřen souhlas s tím, že sociální média představují realističtější obrázek, což může ovlivnit, jak lidé vnímají své těla a stravovací návyky.¹⁶⁶

3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?

Respondentky zaznamenaly omezení svých sociálních aktivit v důsledku mentální anorexie.¹⁶⁷ Některé se vyhýbaly společenským událostem, jako jsou večere nebo párty, kvůli obavám spojeným s jídlem.¹⁶⁸ Tento strach z jídla byl významným faktorem

¹⁵⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁵⁸ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁵⁹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁶⁰ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R3.

¹⁶¹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁶² Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁶³ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁶⁴ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁶⁵ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

¹⁶⁶ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁶⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁶⁸ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3.

ovlivňujícím jejich sociální interakce: „*Sednout si na jídlo, tak tomu jsem se vždycky vymezovala, že prostě šla nějaká parta a já jsem s nimi nešla.*“¹⁶⁹

Většina respondentek se setkala se sociální izolací. Některé ztratily zájem o vztahy s přáteli a cíleně se od nich izolovali. Tento stav izolace byl také způsoben nedostatkem energie a sníženou schopností zapojit se do sociálních aktivit kvůli mentálnímu stavu spojenému s anorexií.¹⁷⁰

Respondentky také pozorovaly omezení kontaktů s přáteli kvůli nedostatku energie, ale také kvůli obavám spojeným s jídlem. Uváděly, že vyhledávaly spíše činnosti, které nezahrnovaly jídlo s přáteli, jako sport nebo procházky a vyhýbaly se setkáním, která by mohla zahrnovat konzumaci jídla.¹⁷¹

Některé respondentky zaznamenaly ztrátu přátelství kvůli své mentální anorexii. Tato ztráta byla způsobena jednak omezením kontaktů a sociální izolací, ale také tím, že se jejich přátelé začali přizpůsobovat novým situacím a našli si nové vztahy.¹⁷² „*Ano, přišla jsem o kamarády ze základní školy, se kterými jsem se bavila i v prváku a druháku na střední škole.*“¹⁷³

Některé respondentky popsaly, jak mentální anorexie posílila jejich tendenci k perfekcionismu i v jiných oblastech života, což vedlo k další sociální izolaci. Cílené omezení kontaktů a aktivit s přáteli bylo způsobeno snahou udržet kontrolu nad stravou a tělesnou hmotností.¹⁷⁴

Některé respondentky se potýkaly s neschopností vyjádřit svou potřebu pomoci a podpory ze strany přátel. Často se vyhýbaly otevřené komunikaci o svém stavu a preferovaly zůstat izolovaní.¹⁷⁵

4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?

Respondentky popisují zkreslené a negativní vnímání vlastního těla.¹⁷⁶ Jedna z respondentek uvedla: „*Vlastně se vidím úplně jinak, než ve skutečnosti vypadám. Vidím se tlustě a ošklivě.*“¹⁷⁷ Respondentky popisují, jak jejich emocionální stav ovlivňuje jejich chování ohledně jídla.¹⁷⁸ Například uvádí „*Když jsem ve stresu, tak první věc, co dělám, je že omezují sama sebe.*“¹⁷⁹ Další dodává: „*Myšlenky jsou černé, kdy má člověk třeba*

¹⁶⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁷⁰ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R2, R3, R4.

¹⁷¹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁷² Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R2, R4.

¹⁷³ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁷⁴ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R4.

¹⁷⁵ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R4.

¹⁷⁶ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁷⁷ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁷⁸ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁷⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

chut' si až jako ublížit, když se třeba nají i přesto, že to je z domucení, že se prostě nevymluvil nebo něco a měla jsem třeba tendenci mít na sobě něco, třeba nějaký náramek, který mi měl připomínat, proč nejím. ¹⁸⁰

Tento cyklus stresu a omezování se u respondentek někdy projevuje jako formy sebepoškozování, jako je vyvolávání zvracení nebo držení půstu.¹⁸¹

Respondentky také popisují, jak jsou jejich myšlenky neustále zaměřeny na jídlo, kalorie a stravování. Tento neustálý mentální tlak spojený s jídlem u nich přispívá k úzkosti a negativním emocím.¹⁸²

Byla zmíněna snaha o sebelásku: *„Sebeláska jako taková u mě bude boj na dlouhou trať, protože je to strašně náročné.* ¹⁸³

Nedosažitelné ideály krásy jsou také zmiňovány jako zdroj vyčerpání a frustrace.: *„Nejhorší v té anorexii je, že nikdy nedosáhnete toho cíle, tam není vysněná postava a pořád člověk potřebuje víc a víc, i když už to nevypadá hezky. Tam je to prostě něco nedosažitelného. Tam konečná podoba je opravdu ta smrt.*“ Tyto nedosažitelné ideály krásy přispívají k cyklu negativních myšlenek a chování spojených s jídlem.¹⁸⁴

5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?

Respondentky říkají, že emocionální stav ovlivňuje jejich snahu o omezení jídla.¹⁸⁵ Bylo popsáno, že v dobách stresu nebo deprese se vyskytuje snaha minimalizovat příjem potravy, aby nedošlo k přibírání na váze: *„Tak já tím, že jsem měla ty deprese diagnostikované, tak to šlo ruku v ruce s tím nejedním, že někdo třeba když má stres nebo depku, tak jakoby to zajídá ten stres. U mě to bylo úplně naopak, já jsem prostě, čím větší stres nebo čím větší depka, tak tím spíš jsem do sebe nic nedostala.”*¹⁸⁶ Tento vzorec se shoduje u všech přítomných, které vidí omezování jídla jako způsob kontroly svého těla v obdobích emocionální nestability.¹⁸⁷ Bylo řečeno: *„Čím větší stres nebo čím větší depka, tak tím spíš jsem do sebe nic nedostala.”*¹⁸⁸ Dále bylo sděleno: *„Když je mi strašně, tak prostě nejím a nemůžu.”*¹⁸⁹ K tomuto tématu bylo také uvedeno: *„Když jsem byla už*

¹⁸⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁸¹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R2, R4.

¹⁸² Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁸³ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁸⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁸⁵ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁸⁶ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁸⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁸⁸ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁸⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

*nešťastná, byla jsem třeba vyčerpaná, chtělo se mi brečet, tak v tu chvíli se člověk stejně pořád tak nějak drží a říká si, že teď ne, teď se nenajím (...).*¹⁹⁰

Jiná respondentka uvedla: *„Ty špatné stavy omezovaly ty stravovací návyky a čím miň energie jsem měla, tím horší stavy jsem měla emoční a tím víc to přecházelo do toho, že bych se měla omezovat.“*¹⁹¹

6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?

Respondentky ukazují, že u nich osobní zkušenosti a traumata hrají klíčovou roli ve vývoji mentální anorexie. Respondentky sdílejí různé zkušenosti se vztahy a traumaty, která ovlivnila jejich mentální stav.¹⁹²

Jednu z respondentek ovlivnil její romantický vztah, když se její přítel jevil jako hubenější než ona. Také si prošla v dětství šikanováním kvůli vzhledu, včetně nevhodných poznámek na účet oblečení a barvy vlasů. Opakovaně si procházela zesměšňování ze strany strýce, který jí nazýval "tlust'ochu" od 3 do 13 let.¹⁹³

Respondentku R2 traumatizoval rozchod s její 1. láskou, což spustilo snahu být lepší a vedlo k mentální anorexii: *„Bylo to tím, že nějak v 15 letech jsem měla první takovou jako lásku a ten kluk mi zlomil srdce. Pak člověk chtěl být asi jako lepší, nejlepší, a tak nějak jsem se do toho zamotala.“*¹⁹⁴ Další respondentka byla ovlivněna vnějšími tlaky na hubnutí skrze sociální média a modeling.¹⁹⁵ Jedna z respondentek si nese trauma z dětství spojená s neustálou kritikou a ponižováním ohledně vzhledu a váhy, především ze strany otce. Prošla si také fyzickými tresty.¹⁹⁶

Respondentky uvádějí, že negativní emocionální stavy, jako je stres, deprese a úzkost, mohou vést k omezení jídla.¹⁹⁷ Ukázalo se, že pozitivní emoce mohou mít také pozitivní vliv na to nejíst: *„Když jsme se rozešli, tak já jsem 3 dny nejedla, nemohla jsem jíst, což člověk má nějak prostě psychicky, ale vlastně mi v tom bylo dobře.“*¹⁹⁸

Externí faktory, jako je tlak okolí nebo média, mohou hrát klíčovou roli ve vzniku mentální anorexie. Jedna z respondentek to demonstrovala takto: *„Tak trochu je to spojené s těmi sociálními sítěmi, že člověk chce něčeho dosáhnout, tak jde nějakou cestou a většinou ta cesta k hubnutí je tím, že přestaneš jíst, což je ta anorexie.“* Také zmínila,

¹⁹⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁹¹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁹² Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁹³ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

¹⁹⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

¹⁹⁵ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

¹⁹⁶ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

¹⁹⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

¹⁹⁸ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

že požadavky průmyslu módy ji přiměly k zamyšlení nad svým vzhledem a dovedlo ji to k mentální anorexii.¹⁹⁹

Byl zmíněn vliv rodinného prostředí na mentální stav respondentky, která také sdílela svá traumata z dětství: „*Do teď si pamatuji ten den a ty slova co mi řekl rodič. Do toho všeho naše výchova doma byla hodně založená na fyzických trestech a na neustálém ponižování, jak už v úspěších a takhle.*“²⁰⁰

7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?

Respondentky ukazují rozmanité pohledy na očekávání ohledně tělesného obrazu ve svých rodinách.²⁰¹ Respondentka k tomu řekla: „*Rodina nedokáže pochopit, že existuje mentální anorexie a že to není pouze něco, co má člověk ve své mysli a dokáže to ovlivnit nebo s tím dokáže přestat.*“²⁰² Některé respondentky zdůrazňují, že v jejich rodinách není podpora pro přijetí různých tělesných typů.²⁰³ Jedna z respondentek vypráví: „*(...) byly ty požadavky na to, abych teda byla hubenější, vysportovanější.*“ Také vypráví o tlaku z pobízení k přibírání, který zažívala.²⁰⁴ Očekávání ohledně tělesného obrazu v rodině bylo u jedné z respondentek takové, že se očekávalo, že člověk nebude oplácáný. Doma neměli žádné sladké jídlo, pokud ano, tak pouze málo a hodně se hlídala jeho konzumace: „*Máma byla vždycky dietářka, tak si myslím, že to na mě mělo také velký vliv i to, že se jí to nikdy úspěšně nepodařilo. Já jsem nikdy nechtěla být obézní, tak si myslím, že to asi měla velký vliv.*“²⁰⁵ Respondentky dále sdílejí své osobní zkušenosti a traumata spojená s rodinnými očekáváními ohledně tělesného obrazu.²⁰⁶ Bylo zmíněno, že komentáře babičky jedné z respondentek dotyčné uškodily a poslaly jí zpátky do nemoci.²⁰⁷ Respondentky reagovaly na rodinná očekávání a trauma odlišně.²⁰⁸ Jedna z respondentek se uzavírala do sebe a omezila kontakty s rodinnými členy: „*Já jsem takhle třeba omezila úplně kontakty s babičkami a s pár lidmi, (...).*“²⁰⁹ Respondentka R4 se vyrovnávala s tlakem omezováním stravy.²¹⁰ U jedné z respondentek žádné očekávání ohledně tělesného

¹⁹⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²⁰⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

²⁰¹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

²⁰² Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²⁰³ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R2, R4.

²⁰⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

²⁰⁵ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

²⁰⁶ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R3, R4.

²⁰⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²⁰⁸ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R4.

²⁰⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²¹⁰ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

obrazu v rodině nebyla, všichni se brali takoví, jací jsou. Avšak se u ní doma neuznávala mentální anorexie.²¹¹

8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?

Respondentky uvádějí, že konflikty v rodině, zejména ty spojené s jídlem, mohou ovlivnit jejich stravovací chování a vedou k rozvoji problematických stravovacích vzorců.²¹² Konflikty u nich vznikly z různých důvodů, jako je neshoda v jídelních preferencích, obtíže s přijímáním nových stravovacích režimů nebo tlak na dosažení určitých stravovacích standardů.²¹³ „Většinou ty konflikty byly právě kvůli tomu jídlu, takže když to byly konflikty tady se mnou, tak tohle byl vždycky důvod, že jsem nejedla.“²¹⁴ A také bylo uvedeno: „(...) jsme měli hodně konflikty, že jím pořád jen zeleninu, že je to drahé. Přitom když si to člověk přepočítá, tak ty ostatní věci jsou také drahé, když člověk jí hodně. Tak to byl velký konflikt i to, že rodiče nejedli moc zdravě.“²¹⁵

Respondentky vyjadřují negativní emocionální reakce vůči konfliktům spojeným s jídlem v rodině, včetně vzteku, smutku a frustrace.²¹⁶ „Mně už kolikrát přetekly nervy, tak jsem odešla od stolu, od oběda a šla jsem brečet někam do místnosti, protože mi vadilo, že mě neustále někdo kontroluje, co si nabírám za jídlo a mluví mi do toho.“²¹⁷ Také bylo řečeno: „Když přišla hádka, tak přišly automaticky výčitky, protože tam padly určitý nářky, ať už na vzhled, na chování, na studium nebo jestli jsem je nějak zklamala a do toho přicházely ty špatné stavy v hlavě, které ovlivňovaly můj vztah k jídlu negativně.“²¹⁸

Jedna z respondentek uvedla: „Čím víc na mě tlačí, tím spíš já se seknu. Takže když vyloženě to bylo jako, že dělej tady si sedneš a prostě to sníš, tak tím spíš já to prostě nesnědla. Když pak třeba to zkusí po dobrém, jako, že – tak pojď zkus aspoň něco sníst za chvíli zkusíš třeba znova, jako postupně, tak tam je šance, že něco třeba do sebe dostanu, ale když to jde takhle na sílu tak se prostě zaseknu.“²¹⁹

Jedna z respondentek se snaží najít pozitivní stránku a používá konflikty jako motivaci ke zlepšení svého stravování a zvýšení povědomí o vlivu stravy na její zdraví: „Negativně mě to neovlivnilo nijak, spíš jsem začala nad sebou trochu víc přemýšlet a

²¹¹ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²¹² Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R4.

²¹³ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

²¹⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²¹⁵ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

²¹⁶ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

²¹⁷ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²¹⁸ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

²¹⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

taky nad svým zdravím obecně, že takhle mám málo energie a vůbec člověk takhle nedokáže žít dlouhodobě. ²²⁰

9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?

Respondentka R1 zdůrazňuje pozitivní roli svého otce v procesu léčby mentální anorexie. Otcova podpora pro ni byla klíčová, zvláště při transportu do léčebného zařízení: *„Podpora tam byla z jedné strany určitě, z tátovy strany. Z té druhé strany ani tak moc ne.“* Dále respondentka R1 uvedla, že její bratr hrál významnou roli v podpoře ohledně sociální integrace a zvyšování sebevědomí po léčbě. Postupně ji zavedl do různých společenských situací, což pomohlo překonat sociální bariéry: *„Tam hodně zapracoval brácha starší s tím, že on se mě vlastně snažil z toho nejhoršího dostat už po té léčebně (...).“* ²²¹

U jedné z respondentek rodina vliv na podporu na její cestě s mentální anorexií moc velký neměla, pomohla jí pouze podpora od jejího současného manžela: *„Vždycky mi říkal, jak mi to sluší, tak to mi pomohlo hodně a myslím si, že kdybych ho neměla a byla sama, tak nevím, jestli to zvládnu.“* ²²²

Byla zmíněna nedostatečná podpora rodiny, která byla spojena s nepochopením vážnosti nemoci. Rodina přijímala nevhodné přístupy, jako například vytváření nátlaku na zvýšení příjmu potravy: *„Moje rodina to, že mám anorexií soudila špatně (...) Neustále někde říkali: podívejte se na ní, jak je hubená a měla by se najíst.“* ²²³

Respondentka R4 popisuje, že i přes snahu matky o podporu se jednalo spíše o citové vydírání a absence empatie. Otec naopak neposkytoval žádnou podporu a spíše se dopouštěl výsměchu: *„Samozřejmě mamka se mě hodně snažila podporovat, ale spíš si myslím, že aniž by to dělala vědomě, tak to bylo spíše citové vydírání. Plakala a hodně často mi říkala, že jí to mrzí (...).“* ²²⁴

10) Jak byste vylepšily vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexií?

Byla zdůrazněna důležitost podpory a vhodného prostředí pro uzdravení. ²²⁵ Bylo zmíněno, že volba správné skupiny lidí kolem sebe, kteří nabízejí pozitivní a podporující

²²⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²²¹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²²² Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

²²³ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²²⁴ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

²²⁵ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkami R1, R2, R3, R4.

prostředí, je klíčová pro úspěšnou cestu k uzdravení: „*Vybírat si určitě jinou skupinu lidí kolem sebe (...)*.“²²⁶

Byla vyjádřena potřeba větší osvěty o mentálním zdraví a jeho důsledcích, zejména pokud jde o poruchy příjmu potravy. Osvěta by měla zahrnovat informace o důležitosti menstruačního cyklu, vztahu mezi stravou a zdravím a varováních před nebezpečnými stravovacími vzorci.²²⁷ Bylo řečeno: „*Myslím si, že dneska už je daleko větší osvěta o tom, že když holka nemá menstruaci, tak je to vážně problém. Kdyby k tomu byly třeba nějaké kampaně, myslím, že by to bylo super.*“²²⁸

Důraz na budoucnost a osobní cíle, jako je rodina, kariéra a koníčky, může pomoci překonat obsese se stravou a tělem: „*Cestu bych vylepšila tím, že bych neřešila tolik to jídlo, zaměřovala bych se na jiné věci.*“²²⁹

Vztahy s rodinou a terapeutky hrají klíčovou roli v cestě k uzdravení. Podpora ze strany rodiny, zejména respektování individuálních potřeb a emocionální podpora, může být užitečná. Naopak nedostatečná empatie a nepochopení ze strany terapeutů může vést k dalšímu stresu a zhoršení stavu: „*V rámci té podpory, si myslím, že ten systém dost selhává (...)* Neříkám, že všichni psychologové, ale z mojí strany, z mojí zkušenosti jsem nezažila ani jednoho, který by byl nějakým způsobem empatický vůči mojí situaci. „*Abych do toho vůbec nepadla, tak by to nejvíce ovlivnilo, kdybych měla normální dětství a dobré vztahy s rodiči, to totiž dělá hodně moc.*“²³⁰

²²⁶ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R1.

²²⁷ Srov. Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

²²⁸ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R2.

²²⁹ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R3.

²³⁰ Příloha II – Rozhovor s respondentkou R4.

5 Diskuse

Prostřednictvím uskutečněných polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami jsem vytvořila hlubší vhled do vztahu mezi sociálními, psychologickými a rodinnými faktory a mentální anorexií u žen. Studie byla zaměřena na zjištění odpovědí na tři základní výzkumné otázky:

1) Jak sociální faktory ovlivňují mentální anorexiu u žen?

Sociální faktory ovlivňují mentální anorexiu u respondentek prostřednictvím vnějších tlaků, norem a očekávání společnosti ohledně tělesného vzhledu a stravovacích návyků. Tato očekávání a ideály krásy, často propagované médii a sociálními sítěmi, u nich vedou k neustálému srovnávání sebe sama s nedosažitelnými standardy, což vede k negativnímu vnímání jejich těla.²³¹ Z odborné literatury (názor Papežové) vyplynulo, že sociální média mají významný vliv na naše vnímání tělesného obrazu a ideál krásy, kdy je štíhlost prezentována jako její symbol.²³²

Sociální média zesilují tento tlak a vytvářejí atmosféru perfekcionismu, která může vést k porovnávání se s ostatními a k nepřiměřenému omezení jídla. Tento stav může negativně ovlivnit stravovací návyky a zhoršit vztah k jídlu, což má dlouhodobě nepříznivý dopad na fyzické i psychické zdraví jednotlivce.²³³

Dále sociální faktory zahrnují tlak ze strany rodiny, přátel nebo partnerů, aby dosáhly určitých tělesných ideálů, což může vést k emocionálnímu stresu a snaze o omezení jídla. To vytváří cyklus negativních emocí a chování spojených s jídlem, který může vést k rozvoji mentální anorexie. Zároveň mohou sociální faktory jako například stigmatizace těch, kteří nevyhovují společenským standardům krásy, a nedostatek porozumění a podpory ve společnosti, přispět k udržování této poruchy. Celkově lze říci, že sociální faktory hrají klíčovou roli ve formování prostředí, ve kterém mentální anorexie prosperuje a ovlivňuje postižené jedince.²³⁴

Mentální anorexie také výrazně ovlivňuje interakce s přáteli. Respondentky popisují omezení sociálních aktivit a tendenci k sociální izolaci z důvodu obav spojených s jídlem. To znamená vyhýbání se společenským událostem, kde je přítomno jídlo, a

²³¹ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²³² Srov. PAPEŽOVÁ H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří trpí nemocí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*, s.13.

²³³ Viz. Kapitola 2.1.4 Média a kultura

²³⁴ Srov. PROCHÁZKOVÁ L.; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*, s. 16.

postupné ztrácení zájmu o vztahy s přáteli. Tento stav může vést k emočním potížím a zhoršit kvalitu života jedince.²³⁵

Urbánková popisuje, že během kritických fází mentální anorexie často dochází k obdobím sociální izolace, která může vést k ztrátě přátelství, někdy i trvale.²³⁶

V pracovním prostředí mohou ženy s mentální anorexií čelit dodatečnému tlaku a stresu, zejména pokud vnímají, že vyšší tělesná hmotnost může negativně ovlivnit jejich profesní postavení a možnosti kariérního postupu.

Bogár zmiňuje, že osoby pracující v oborech, kde je vyžadována nízká tělesná hmotnost z důvodů estetických či výkonnostních, často čelí zvýšenému riziku vzniku poruchy příjmu potravy.²³⁷

2) Jak psychologické faktory ovlivňují mentální anorexii u žen?

Bylo zjištěno, že psychologické faktory ovlivňují mentální anorexii u respondentek prostřednictvím zkresleného vnímání vlastního těla a negativního emocionálního prožívání spojeného s jídlem.²³⁸ Emoční stavy jako stres, deprese a úzkost jsou spojovány se sklonem k omezování stravovacích návyků, což přispívá k rozvoji této poruchy.

Tato zjištění se shodují s teoretickými poznatky prezentovanými v diplomové práci. Např. v podkapitole 2.2.4 byl popsán dle Papežové patologický vztah k stravování, který ovlivňuje jedince prostřednictvím nezdravých stravovacích vzorců, emocionálních změn a postižení kognitivních funkcí. Také uvedla, že tyto vzorce, jako je hladovění či přejídání, často slouží jako způsob regulace emocionálního stavu, včetně úzkosti, deprese a nízkého sebevědomí.²³⁹ Ukázalo se, že zkušenosti a traumata, včetně šikanování, domácího násilí, rozchodu nebo traumatických událostí, mají významný vliv na mentální stav a vnímání vlastního těla postižených jedinců. Kromě toho sociální tlak a média posilují tyto negativní vlivy a přispívají k rozvoji mentální anorexie.²⁴⁰

Toto zjištění je v souladu s názorem Marffyho, který uvedl, že poruchy příjmu potravy jsou častější u jedinců, kteří si prošli traumatem, a je zjevné, že čím závažnější bylo trauma, tím vážnější je i porucha příjmu potravy.²⁴¹

²³⁵ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²³⁶ Srov. URBÁNKOVÁ E. *V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [online].

²³⁷ Srov. BOGÁR N. et al. *Frequency of disordered eating habits among fashion models*. [online].

²³⁸ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²³⁹ Srov. PAPEŽOVÁ H., IX. *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, s. 13-14.

²⁴⁰ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²⁴¹ Srov. MARFFY M. J. et al. *An exploration of the relationship between loneliness, the severity of eating disorder-related symptoms and the experience of the 'anorexic voice.'* [online].

Celkově lze říci, že psychologické faktory ovlivňují mentální anorexii u žen prostřednictvím emocionálního stavu, osobních zkušeností a vnějších tlaků, což vyvolává a udržuje tento problém.

3) Jak rodinné faktory ovlivňují mentální anorexii u žen?

Rodinné faktory mají vliv na mentální anorexii u žen z různých úhlů pohledu.²⁴² V první řadě se rodinné očekávání ohledně tělesného obrazu a chování ukázaly jako významný determinant. Respondentky popisují různé tlaky a očekávání ve svých rodinách, které mohou mít negativní dopad na jejich vnímání vlastního těla a stravovacího chování. Konkrétně jsou zmíněny situace, kdy rodina podporuje přísné normy týkající se tělesného vzhledu a diety, což může vést k rozvoji mentální anorexie. Zároveň jsou uvedeny příklady rodinných konfliktů spojených s jídlem, které způsobují negativní emocionální reakce a mohou přispět k udržení nebo prohlubování této poruchy. Dále je zmiňována role rodinné podpory v procesu léčby mentální anorexie. Zde jsou rozdíly v tom, jak jednotlivé respondentky vnímají podporu svých rodin. Některé uvádějí pozitivní příklady, kde rodina poskytovala podporu během léčby a sociální reintegrace, což mělo pozitivní dopad na proces zotavení. Oproti tomu jiné respondentky popisují nedostatečnou podporu nebo dokonce negativní reakce ze strany rodiny, což může komplikovat léčbu a vést k dalšímu zhoršování stavu.²⁴³

Celkově lze tedy říci, že rodinné faktory hrají v mentální anorexii u žen významnou roli, a to jak prostřednictvím očekávání a konfliktů ve vztahu k jídlu a tělesnému obrazu, tak prostřednictvím podpory či nedostatku ní.²⁴⁴

Během polostrukturovaného rozhovoru vyvstala také otázka, kterou mi přišlo důležité uvést, týkající se vylepšení cesty s mentální anorexií. V rámci níž bylo dalším zjištěním, že pro lepší zvládnutí a nepropadnutí mentální anorexii v procesu uzdravování osob s mentální anorexií hraje klíčovou roli podpora a vhodné prostředí. Respondentky zdůrazňují, že volba správné skupiny lidí kolem sebe, kteří nabízejí pozitivní a podporující prostředí, je nezbytná pro úspěšnou cestu k uzdravení. Podpora ze strany blízkých lidí je zásadní pro zlepšení emocionální pohody a zmírnění stresu spojeného s léčbou. Dalším důležitým aspektem je osvěta o mentálním zdraví a poruchách příjmu potravy. Respondenti vyjadřují potřebu širšího povědomí o těchto problémech a důsledcích, zejména co se týče poruch příjmu potravy. Osvěta by měla zahrnovat informace o důležitosti menstruačního cyklu, vztahu mezi stravou a zdravím a varováních před nebezpečnými stravovacími vzorci. Zároveň je důležité, aby jedinci pracovali na budování pozitivního vztahu k sobě samým a aktivně hledali zájmy a aktivity mimo

²⁴² Viz. Kapitola 2.3 Rodinné faktory.

²⁴³ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²⁴⁴ Viz. Kapitola 2.3 Rodinné faktory.

stravování. Důraz na budoucnost a osobní cíle, jako je rodina, kariéra a koníčky, může pomoci překonat obsese se stravou a tělem. Tímto způsobem mohou jedinci nalézt rovnováhu a pocit naplnění i mimo svůj vztah k jídlu. Klíčovou rolí v procesu uzdravování mají vztahy s rodinou a terapeuty. Podpora ze strany rodiny, zejména respektování individuálních potřeb a emocionální podpora, může být nedoceníitelná. Naopak nedostatečná empatie a nepochopení ze strany terapeutů může vést k dalšímu stresu a zhoršení stavu. Je důležité, aby terapeuti projevovali porozumění a empatii k situaci pacientů, a aktivně je podporovali v jejich cestě k uzdravení.²⁴⁵

Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy mohou být komplexní a zároveň citlivé téma, je nezbytné, aby veškerá opatření a podpora byly zaměřeny na celkové blaho jedince a jeho postupné uzdravování.²⁴⁶

Během výzkumu jsem přišla na etická dilemata, která bych ráda zhodnotila. Etika ve vnímání poruchy přináší do výzkumu a práce s jednotlivci trpícími mentální anorexií hluboké reflexe a náročná dilemata. Je důležité si uvědomit, že práce s touto poruchou se dotýká nejen fyzického zdraví, ale také emocionálních a psychologických aspektů pacientů i těch, kteří se s nimi zabývají.²⁴⁷ Tím vzniká etická otázka – Jak si udržet profesionální postoj při práci s klientem, když nás jeho problém ovlivňuje?

Pro mnoho klientek může otevřený rozhovor o jejich zkušenostech s mentální anorexií být emocionálně náročným procesem. Přináší to na povrch bolestné vzpomínky, pocity viny, hanby nebo beznaděje spojené s jejich onemocněním. Zároveň může být pro ně těžké vyjádřit své pocity a myšlenky, protože se mohou obávat odsuzování nebo nepochopení ze strany okolí.²⁴⁸

Je klíčové respektovat a chránit jejich psychickou a emocionální pohodu. To znamená, že je důležité vytvořit prostředí, ve kterém se cítí bezpečně a respektovány, a kde mají možnost sdílet své zkušenosti bez obav. Zároveň je nutné dodržovat etické standardy a ochranná opatření, jako je zajištění anonymity a důvěrnosti dat, a poskytnout klientkám možnost odmítnout účast nebo ukončit rozhovor kdykoliv, pokud se cítí nepohodlně.

Při výzkumu se objevila zásadní etická dilemata týkající se nedostatku porozumění a podpory ze strany rodiny, role terapeutů a nedostatku empatie a očekávání tělesného obrazu v rodinném prostředí.

Nedostatek porozumění a podpory ze strany rodiny může být pro ženy trpící mentální anorexií zdrojem psychického tlaku a může vést k dalšímu zhoršení jejich stavu. Toto

²⁴⁵ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²⁴⁶ Viz. Kapitola 3.1 Komplexní přístup.

²⁴⁷ Viz. Kapitoly 2.2.7 Psychologický vliv na psychoterapeuty, 2.2.8 Psychologický vliv na sociální pracovníky

²⁴⁸ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

etické dilema klade otázku na to, zda je rodina schopna a povinná poskytnout odpovídající podporu a péči o své členy, kteří se potýkají s touto poruchou.

Respondentky popisovaly negativní vliv svých blízkých, jako je například nepřítomnost podpory ze strany matky. Matky při poruše mentální anorexie u svých dcer často nespolupracují, stává se, že si do svých dcer promítají své nenaplněné touhy a představy o ideální postavě, zatímco otcové k tomuto převážně tendence nemají.²⁴⁹

Toto dilema vede k otázkám ohledně vhodnosti intervencí a podpory, kterou je možné poskytnout nemocnému jedinci, a jak vyvážit potřeby jednotlivce s potřebami rodiny jako celku. Také zde vyvstává etické dilema, zda a jak zahrnout rodinného člena (např. matku) do léčebného procesu, přestože se neprojevuje podpora nebo spolupráce.

Dilematem je také role terapeutů a jejich nedostatečná empatie vůči pacientům s mentální anorexií.²⁵⁰ Nedostatek porozumění a empatie ze strany terapeutů může negativně ovlivnit proces léčby a uzdravení pacientů. Zde se klade otázka, jakým způsobem by terapeuti měli jednat, aby poskytli odpovídající podporu a péči o své pacienty, respektující jejich individuální potřeby a hodnoty.

Dalším etickým dilematem je očekávání tělesného obrazu v rodině. Tlak vyvíjený rodinnými očekáváními ohledně tělesného vzhledu může mít negativní dopad na psychické zdraví žen trpících mentální anorexií.²⁵¹ Zde se klade otázka, zda je správné očekávat od členů rodiny, aby splňovali určité standardy tělesného vzhledu, a jakým způsobem by měla rodina jednat, aby maximalizovala podporu a péči o své členy, zároveň respektující jejich individuální potřeby a hodnoty.

Vyvstávají zde etická dilemata, jak rodina a terapeuti mohou nejen poskytnout podporu a péči o ty, kteří trpí mentální anorexií, ale také respektovat jejich autonomii a důstojnost. Je zde napětí mezi potřebou poskytnout podporu a zároveň respektovat individuální rozhodnutí a hodnoty pacientů.

²⁴⁹ Srov. Příloha II – *Rozhovory s respondentkami*.

²⁵⁰ Příloha II – *Rozhovor s respondentkou R4*.

²⁵¹ Viz. Kapitola 2.3.2 *Rodinné očekávání*.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo podat ucelené informace z výzkumu o mentální anorexii jako komplexním duševním onemocnění, se zvláštním zaměřením na multifaktoriální vlivy, jež mají na toto duševní onemocnění dopad.

Pro zpracování diplomové jsem využila relevantní odborné prameny. Převážně jsem vycházela z internetových zdrojů, protože česká literatura o tématu mentální anorexie již není příliš aktuální. V práci jsem také využívala informace z audio záznamů, tzv. podcastů a zahraničních článků z odborných časopisů, dostupných na internetu. Na základě studia těchto odborných zdrojů jsem v práci popsala poruchy příjmu potravy, multifaktoriální vlivy působící na mentální anorexii a možnosti léčby této poruchy.

Pro výzkumné šetření jsem využila polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami k zodpovězení výzkumných otázek. Analyzovala jsem odpovědi 4 respondentek trpících mentální anorexií. Tyto ženy byly vybrány metodou příležitostného a záměrného výběru. Vyhodnocením dat, jež jsem nasbírala během výzkumného šetření, jsem úspěšně odpověděla na stanovené výzkumné cíle.

Díky pečlivé analýze výsledků z výzkumného šetření a komplexnímu studiu odborných zdrojů jsem úspěšně splnila cíl mé práce. Sociální, psychologické a rodinné faktory mají klíčový vliv na mentální anorexii u žen. Externí tlaky a ideály krásy propagované médii zvyšují neustálé srovnávání sebe sama s nedosažitelnými standardy, což negativně ovlivňuje vztah k jídlu. Psychologické faktory, jako jsou stres, deprese a traumata, dále zhoršují situaci a posilují negativní vlivy sociálních tlaků. Rodinné faktory přispívají k formování vnímání tělesného obrazu a chování v rodině, ať už prostřednictvím podpory nebo konfliktů spojených s jídlem. Celkově lze říci, že tyto faktory hrají zásadní roli ve vzniku, průběhu a léčbě mentální anorexie u nemocných jedinců.

Proces léčby a porozumění této poruše je zásadní pro zlepšení stavu těch, kteří s ní bojují, a pro prevenci dalšího šíření tohoto zdravotního problému. Je třeba si uvědomit, že léčba této poruchy vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup, který zahrnuje terapii, lékařskou a odbornou péči, podporu rodiny a přátel. Pouze tímto způsobem můžeme pomoci jednotlivcům trpícím mentální anorexií získat zpět kontrolu nad svými životy a dosáhnout trvalého uzdravení. Naděje na budoucnost spočívá v tom, že lékaři, psychologové, sociální pracovníci a rodinní příslušníci budou pracovat společně na vytváření prostředí porozumění, podpory a prevence, které umožní jednotlivcům bojujícím s mentální anorexií nalézt cestu k uzdravení a plnohodnotnému životu.

Myslím si, že je na čase přestat mentální anorexii vnímat pouze jako poruchu příjmu potravy, ale začít ji vnímat také jako sdělování stavu naší duše.

Seznam použitých zdrojů

EHLICHOVÁ M. *Sociální práce: Aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

HENDL J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JENDRUCHOVÁ, M. *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0296-9.

KOHOUT P. et al. *Klinická výživa*. Praha: Galén, 2021. ISBN 978-80-7492-555-9.

LUPÍNKOVÁ, M. *Toho dna se dotýkám už málo*. Praha: Wo-men, 2022. ISBN 978-80-907641-8-7.

MIDDLETON, K; SMITH J. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-115-2.

MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 2. aktualiz. vyd. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. ISBN 978-80-87142-34-9.

PAPEŽOVÁ et al. *Psychiatrie pro praxi - IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*. Olomouc: Solen, 2013. ISBN: 978-80-7471-019-3.

PROCHÁZKOVÁ, L; SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

PUGNEROVÁ, M.; KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

VOLFOVÁ, K. *Strašák jménem jídlo: zaměřeno na strach z jídla a na přístup k vlastnímu já*. Praha: Pointa, 2021. ISBN 978-80-7650-132-4.

Elektronické zdroje

ABRY C. et al. *European Eating Disorders Review* [online]. Longitudinal investigation of patients receiving involuntary treatment for extremely severe anorexia nervosa, posl. úpravy 10. 09. 2023 [cit. 2024 -01-10].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.3033>.

AHMEDOVÁ R. *Sádlo. Cvičit i se zlomeninami a ládovat se, dokud nezvracíš. Touha po dokonalém těle může zatemnit mozek a přerůst v nemoc*. [Zvuková nahrávka na Internetu]. MujRozhlas. Publikováno 18. 2. 2021 [cit. 20. 01. 2024].

Dostupné na WWW: <https://www.mujrozhlas.cz/sadlo/cvicit-i-se-zlomeninami-ladovat-se-dokud-nezvracis-touha-po-dokonalem-tele-muze-zatemnit>.

Anabell. [online]. [cit. 05. 12. 2023]. Dostupné na WWW: <http://www.anabell.cz/>.

BOGÁR N. et al. *European Eating Disorders Review* [online]. Frequency of disordered eating habits among fashion models, posl. úpravy 26. 04. 2022 [cit. 2024-02-10].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2912>.

GRAVE R. D. et al. *International Journal of Eating Disorders* [online]. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive cognitive behavioral therapy outcomes in patients with anorexia nervosa—A cohort study, posl. úpravy 25. 06. 2022 [cit. 2023 -10-10]. Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23765>.

MUNRO C. et al. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. *An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa*, posl. úpravy 13. 10. 2016 [cit. 2024 -01-05].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2047#>.

Healthy and Free, Rizikové faktory. [online]. [cit. 15. 12. 2023]. Dostupné na WWW: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/rizikove-faktory>

HILLING J. J.; ROBERTSON C. *European Eating Disorders Review* [online]. A review of the nutritional guidance for athletes to prevent eating disorders, posl. úpravy 05. 09. 2023 [cit. 2023-12-10].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.3029>.

LONGO, P. et al. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. Perfectionism in anorexia nervosa: Associations with clinical picture and personality traits, posl. úpravy 16. 11. 2023 [cit. 29. 11. 2023]. Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2931>.

MAKOVÁ T. in *Loono podcast. 82: Mentální anorexie je nejsmrtelnější psychické onemocnění, ale i další poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné, říká Mgr. Tereza Maková*. [Zvuková nahrávka na Internetu]. Spotify. Publikováno 21. 9. 2021 [cit. 20. 01. 2024].

Dostupné na WWW: <https://open.spotify.com/episode/7owWAw8AaV09RVUyuSZdc>.

MANN S. E. et al. *Journal of Counseling & Development* [online]. Meta-Analysis of Anorexia Nervosa Counseling Outcome Studies From 1990 to 2015, posl. úpravy 04. 01. 2018 [cit. 2023 -11-23].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcad.12176>.

MARFFY M. J. et al. *Psychology and Psychotherapy* [online]. An exploration of the relationship between loneliness, the severity of eating disorder-related symptoms and the experience of the ‘anorexic voice’, posl. úpravy 06. 09. 2023 [cit. 02. 12. 2023]. Dostupné na WWW: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papt.12502>.

PERELMAN H. et al. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Loss of control in binge-eating disorder: Fear and resignation, posl. úpravy 15. 03. 2023 [cit. 2023 -12-10]. Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23929>.

PUGH, M.; WALLER G. *Clinical psychology and Psychotherapy* [online]. Understanding the ‘Anorexic Voice’ in Anorexia Nervosa, posl. úpravy 20. 07. 2016 [cit. 27. 11. 2023].

Dostupné na WWW: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2034>.

URBÁNKOVÁ E. *Emma v hlavě. #5: V hlavě anorektičky//Bořím mýty o poruchách příjmu potravy, co jste o Mentální anorexii nevěděli!* [Zvuková nahrávka na Internetu]. Podtail. Publikováno 13. 11. 2021 [cit. 13. 12. 2023].

Dostupné na: <https://podtail.com/podcast/emma-v-hlav/-5-v-hlav-anorekti-ky-bo-im-myty-o-poruchach-p-ijm/>.

3pe, Cesta k uzdravení. [online]. [cit. 10. 12. 2023]. Dostupné na WWW: <https://www.3pe.online/cesta-k-uzdraveni>.

Seznam použitých zkratk

- PPP -Poruchy příjmu potravy
BMI -Měřitko tělesné hmotnosti
MA -Mentální anorexie
Tzv. -Takzvaně
z. ú. -Zapsaný ústav

Seznam příloh

- I. Soubor otázek²⁵²
- II. Rozhovory s respondentkami²⁵³

²⁵² Vlastní výzkum.

²⁵³ Vlastní výzkum.

Příloha I – Soubor otázek

Soubor otázek pro ženy trpící mentální anorexií

- 1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?
- 2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?
- 3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?
- 4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?
- 5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?
- 6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?
- 7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?
- 8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?
- 9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?
- 10) Jak byste vylepšily vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexií?

Příloha II – Rozhovory s respondentkami

Rozhovor s respondentkou R1

1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?

„Hodně a negativně, protože tlak na vzhled, ať už na sítích nebo od mého blízkého okolí je velký. Když někdo anorexii má, a to okolí to ví, ať si to jenom myslí nebo to prostě ví, tak pořád má tendenci to komentovat. Pořád mají tendenci říkat takové ty věty, které nepomůžou, spíše naopak – tak se najež, vždyť jsi hubená, vždyť jsi vychrtlá. A ten tlak prostě je veliký. A s tím, že to okolí nebo i ty sociální sítě mají tendenci to komentovat. Když mi řeknou, že jsem vychrtlá, moc hubená nebo něco v tomhle smyslu, co oni myslí špatně a myslí si tím, že mě donutí se tím najíst, tak tím udělají úplný opak, protože v té hlavě to mám nastavené tak, že to chci slyšet, že chci být ta hodně hubená, že chci, aby oni mě vlastně brali. Takže tím že mi tohle říkají, tak to působí úplný opak a já se třeba v tu chvíli poplácám po rameni, že to je dobře nebo něco v tomto smyslu. Je to spíš kompliment.“

Společenský tlak na tělesnou hmotnost a na vzhled, jsi vnímala ještě předtím, než jsi měla anorexii?

„To ne. U mě to myslím začalo, to bylo asi víc takových jako náhod, za prvé jsem si začala všimnout, jak se v té pubertě tělo začne měnit, to tělo se začne zakulacovat, ať chce nebo nechce a já jsem v tu dobu chodila s klukem, který byl hubenější než já. To jsem nikdy nebyla vyloženě tlustá, a to si myslím, že v té pubertě úplně nepomohlo, že předtím jsem to nějak neřešila, ale v momentě když jsem měla toho blízkého pro mě, v tu dobu nejbližšího člověka a ten byl hubenější, než já, tak já jsem si pak začala připadat blbě a potom se to tak jako celé nastartovalo.“

2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?

„Ohromný. Ta sociální média jsou hlavně nastavená tak, že dneska je to o té postavě. Je to o té stravě. Je to vlastně o té kráse, dejme tomu a když to ten člověk nemá, když nemá tu dokonalost, tak si to hrozně bere a snaží se přiblížit nějakému tomu vzoru na těch sociálních sítích. A dneska tam každá druhá ukazuje, jak zdravě vaří, jak zdravě hubne, hlavně teď, když je únor že jo, takže od ledna všichni začali hubnout. A je to spíš takové, že to může hnát k tomu hubnutí, k tomu nějakým způsobem jako nejedení než to, jak to oni třeba zamýšlejí, jako aby ty lidi začali zdravě jíst. Třeba u mě to vyvolá spíš opak.“

A co vliv sociálních médií na stravovací návyky?

„No tam třeba hraje roli i to, že ta lepší strava něco stojí, ta, po které se nepřibírá. A když člověk třeba nemá ty finanční možnosti, na to si dělat takovou stravu, tak je prostě jednodušší nejíst, když to řeknu blbě, aby docílil toho hubnutí, tam to vlastně pak spadá do té anorexie. Sociální sítě jsou teď hodně velký faktor, protože na nich všichni i ty mladé holky, které jsou zdravé a s ničím se neléčí, neustále vidí někoho v plavkách, jak má strašně vysportovanou, krásnou, hubenou postavu. Má na tom 20.000 lajků, spousta krásných komentářů. My si to tímhle děláme sami, jako čím víc lajků na té fotce, tím víc jí to pak ta holka může závidět, že by to také chtěla, protože ona má na své fotce lajky jenom 2. Ona by také toužila být taková, za kterou se otáčí. Tak začne tím, že také zkusí mít takovou postavu. Myslím si, že dneska už s tím začínají holky dřív, třeba v 10, 12 letech. Ta holka nemůže mít vysportovanou postavu, to se jim začíná teprve všechno formovat.“

3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?

„Já, když to vlastně začalo, tak jsem měla nejlepší kamarádku spolužačku, která se mě snažila donutit jíst, abych do toho nějakým způsobem nespadla. Já jsem si samozřejmě nepřiznávala, že tento problém mám, protože u té anorexie je strašně zkreslené vnímání té postavy. Já jsem si myslela, že ne, ale vlastně když jsem pak třeba viděla fotky před léčením a po léčení, tak je to opravdu jako šílený rozdíl. Ale člověk to prostě nevnímá a ta moje kamarádka právě se mě snažila donutit jíst tím stylem, že říkala - tak se najez, vždyť jsi hubená, a to právě mělo ten opačný efekt, ale vlastně to skončilo až tak, že ona tuším se nějak se mnou přestala bavit, že to nepřekousla.“

A ostatní přátelé? Narušilo to nějak tvoje vztahy s přáteli, že jsi se kvůli této poruše uzavřela do sebe?

„Málokdy je čistě jenom anorexie, ona to většinou provází deprese a nevím co všechno. Vlastně ty ostatní přátelé, oni byli takový opatrní, báli se se mnou mluvit, báli se mě na něco zeptat, báli se, aby vlastně neřekli něco špatně, když já jsem byla jakoby uzavřená v sobě a cíleně jsem ten kontakt s nimi nevyhledávala. Já jsem prostě měla tu jednu kamarádku a víc jsem nepotřebovala a nevyhledávala jsem ani jako okolí, a když už se mnou jako to okolí mluvilo, tak se snažilo strašně opatrně, protože se báli.“

Takže ten kontakt s těmi přáteli spíš opadl ještě víc, než předtím?

Ano.

Izolovala jsi se nějak od lidí?

„Jo já jsem nechtěla, určitě ne do velkých kolektivů. Prostě ten velký kolektiv není pro mě a radši třeba skupinka dvou, tři lidí jako maximálně, ale i tak, když bych prostě dostala nabídku, že někam půjdeme si večer sednout, tak já bych tam nešla. Prostě bych radši byla sama a hlavně, když to třeba bylo pozvání do restaurace nebo tak něco, kde bych čelila tomu jídlu.“

A proč 3 lidi nevadí, ale víc lidí vadí?

„Těžko říct, ty 3 lidi jsou jakoby málo, že to jsou takoví ti bližší lidi. Málokdy mám tolik blízkých lidí, které bych chtěla mít u sebe, když není člověku třeba nějak psychicky dobře.“

4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?

„Je tam ten zkreslený pohled určitě, vidím se úplně jinak, než ve skutečnosti vypadám. Vidím se tlustě a ošklivě. Zatímco třeba opak nebo že realita je úplně jinde. A pocity s tou anorexií, to je všechno takové právě ruku v ruce třeba s tou depresí. A jak je člověk vyhublý, tak mu je pořád zima, padají mu vlasy, co zase nepomůže té psychice, že bude jako pomalu bez vlasů, lámou se kosti, tomu tělu všechno chybí. Přestala jsem menstruovat, což je další věc, která může té ženě vadit. Myšlenky jsou černé, kdy má člověk třeba chuť si až jako ublížit, když se třeba nají i přesto, že to je z domucení, že se prostě nevymluvil nebo něco a měla jsem třeba tendenci mít na sobě něco, třeba nějaký náramek, který mi měl připomínat, proč nejím.“

A co myšlenky a pocity spojené s jídlem?

„Tak ze začátku člověk na to jídlo myslí, protože je to fyziologický, má hlad, to tělo se brání tomu nejedení, ale časem si i to tělo zvykne, takže já jsem fakt přestala mít úplně pocit hladu i potom, když jsem se snažila, tak to nešlo a pak to tělo přestane tu stravu přijímat. Když už jsem se třeba začala snažit jíst, že bych se z toho chtěla dostat, tak to tělo to vlastně vůbec nepřijímalo. Bylo mi z toho zle, měla jsem třeba příjmy z toho jídla, nepřibírala jsem i když jsem jedla. Vůbec to nefungovalo, jak by mělo, až jsem se vlastně dopracovala i díky tomu k bezlepkové dietě, protože to tělo bylo natolik zhuntované, že vůbec nešel přijímat ten lepek.“

5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?

„Tak já tím, že jsem měla ty deprese diagnostikované, tak to šlo ruku v ruce s tím nejedním, že někdo třeba když má stres nebo depku, tak jakoby to zajídá ten stres. U mě to bylo úplně naopak, já jsem prostě, čím větší stres nebo čím větší depka, tak tím spíš jsem do sebe nic nedostala.“

A když ti bylo dobře?

„To bylo málo okamžiků, ale jedla jsem prostě tak nějak jako něco furt, ale bylo to stylem, jakože suché rýžové chlebičky, ze kterých jsem věděla, že prostě z nich nepřiberu nebo žvýkačky a tohle všechno. Takže já i když jsem měla tu světlejší chvíli, tak pít něco, všechno a nějaký rodinný oběd, co byl jako povinný, tak jsem prostě zvládla, ale jen tak aby se neřeklo. Prostě ne-li jedna brambora a kousek masa jako abych náhodou z toho moc nepřibrála a nejlépe se jít hned potom jako zvážit.“

6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?

„No, tak roli to hraje určitě velkou. Tam jak jsem třeba i mluvila o tom, že ten přítel byl hubenější, tak to je taky taková jako dejme tomu zkušenost, že to prohloubí tu anorexii, když to tak řeknu. Trauma byly z toho, že když si člověk jako dovoli se najíst, že jako v té hlavě je takový pocit, že když si člověk dá rohlík s máslem, tak, že za ten jeden rohlík s máslem musí mít zákonitě dvacet kilo nahoře. A takhle to v té hlavě prostě funguje. Já, když se jednou normálně najím, kdyby to tělo jako bylo schopný se normálně najíst, což není, ale kdybych snědla prostě celou porci oběda, tak přijdou výčitky, přijdou deprese a úplně jako schýza z toho, že za ten jeden oběd prostě přiberu dvacet kilo.“

A přiznáš nějaké trauma, které by zapříčinilo vznik té mentální anorexie? Třeba nějakou šikanu v dětství nebo něco? Může to být i věta nebo chování rodičů.

„Všechno se vším si myslím, šikana tam byla taky. Já si myslím takhle jako když se nad tím zamyslím, tak já, když jsem byla malá, nevím 3-4 roky, když mi byly, tak jsem byla taková tlustoučka. Prostě ty děti jsou, nevidím v tom nic špatného, ale vím, že v tu dobu můj strejda mi říkal tlustouchu a říkal mi to až třeba do nějakých 13 let, když jsme se viděli, pak jsme se přestali vidět. A myslím si, že tohle je jedna z věcí, která tu hlavu dokáže ovlivnit už takhle od mala, to by se asi klidně dalo říct. A pak, my jsme ty rodinné vztahy neměli úplně dobré a myslím si, že tím nejudením jsem trošku volala o pozornost.“

Ještě mě tam napadlo skrz tu šikanu, to bylo někdy na základní škole a šlo o váhu?

„Ne, o váhu nešlo.“

Takže nic ve spojitosti se vzhledem a váhou?

„Se vzhledem ano, ale s váhou ne. Ono to ovlivní díky tomuhle všemu, co popisuji. Myslím si, že díky tomu mám potřebu být dokonalá. Na základce mě šikanovali, protože prostě jsem měla špatnou barvu vlasů, neměla jsem značkový oblečení a tyhle všechny věci, tak já pak potřebovala mít všechno dokonalé. Úplně jsem se hroutila, když se mi udělal

pupínek na nose, když jsem neměla nevím čisté triko něco prostě takového. Potřebovala jsem mít všechno dokonalé.“

7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?

„V mojí rodině to očekávání mají jako že si myslí, že je to strašně jednoduché. Vlastně vůbec nedokážou pochopit, že je to opravdu nemoc, oni si všichni myslí že to je - tak se najež a bude to jako hotový, jako vyřešený, když přibereš a vlastně si vůbec neuvědomí, že i po té léčbě co jsem třeba poodstoupila, takže je to jako furt strašně citlivé a že to, že člověk když má váhu, kterou podle nějakého BMI má mít, tak, že to neznamena že je zdravý. Já jsem takhle třeba omezila úplně kontakty s babičkami a s pár lidmi, protože babičky to asi dělají normálně, ale když jsem tam přijela, tak byla v řečena věta: „No už ses konečně spravila“, a to člověku, který se léčí s anorexií fakt nepomůže, naopak to uškodí a mě to vlastně pak pošle úplně zpátky, protože to, jak mi dělalo dobře, když mi někdo řekl, že jsem vychrtlá, tak to když mi někdo řekne, že jsem se konečně spravila způsobí úplně opak, což je logické.“

Jaký byl postoj v rodině k váze? Očekávalo se u vás, že budete nějácí nebo se zavrhovala obezita?

„To ne jenom to, jak jsem říkala že strejda říkal to thust'ochu a takové, ale jinak my jsme jako vyloženě někoho obézního v rodině nikdy nikoho neměli a ani k tomu asi nemáme předpoklady. Tak nějak vím, že máma ta furt jako fitko, furt cvičit a brácha to samé, takže jakoby nějaký ten vzor jakoby té vysportovanosti tam asi je.“

Jak chování tvého strýce ovlivnilo tvé chování?

„Tak on to říkal fakt od mala, tak ze začátku na to to dítě neumí reagovat, neřeší to. Pak, když už mi bylo víc kolem těch 10-12 let, tak jsem se snažila nějak ohradit, ale on to nebral, říkal, že vždyť je to sranda ale vlastně on si jako neuvědomuje, co by to mohlo způsobit. Když se pak dozvěděl oficiálně, že mám anorexií, tak vůbec nevím, jestli na to nějak reagoval.“

8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?

„Většinou ty konflikty byly právě kvůli tomu jídlu, takže když to byly konflikty tady se mnou, tak tohle byl vždycky důvod, že jsem nejedla. Takové ty konflikty jako když má někdo třeba rodiče hádající se mezi sebou a já jsem ta třetí, tak stejně jsem si jako furt vztahovala, že je to stejně kvůli mně, že se oni hádají, protože já nejím.“

A jak to ovlivnilo tvoje stravovací chování?

„Čím víc na mě tlačí, tím spíš já se seknu. Takže když vyloženě to bylo jako, že dělej tady si sedneš a prostě to sníš, tak tím spíš já to prostě nesnědla. Když pak třeba to zkusí po dobrém, jako, že – tak pojď zkus aspoň něco sníst za chvíli zkusíš třeba znova, jako postupně, tak tam je šance, že něco třeba do sebe dostanu, ale když to jde takhle na sílu tak se prostě zaseknu.“

Takže to ten problém prohlubovalo?

„Ano.“

9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?

„Podpora tam byla z jedné strany určitě, z tátovy strany. Z té druhé strany ani tak moc ne. Ale tak podpora tam byla určitě důležitá s tím, že v momentě, kdy jsem byla v té léčebně, tak mě tam dovezl táta, takže tam chvíli byla taková ta jako, že nenávisť, ten vztek, ale pak jako když si tam člověk zvykne, tak já jsem to začala docela brát, a naopak jsem se bála odtamtud odejít, že pak to pojede na novo. Ale ta podpora tam byla a bylo to důležité.“

Takže měla pozitivní vliv na tvé uzdravení?

„Ano.“

A třeba vliv na smýšlení sama o sobě, že se ti třeba snažili zvýšit sebevědomí nebo tě podpořit jinak, to tam bylo?

„Jo, tam hodně zapracoval brácha starší s tím, že on se mě vlastně snažil z toho nejhoršího dostat už po té léčebně, s tím, že já jsem právě jak jsme říkali tu skupinku lidí, jak jsem prostě vůbec ty lidi nedávala, jít takhle někam, takhle do baru nebo tak, tak on mě bral, že jsme chodili na kávu a na karty. Nejdřív jsem chodila jenom s ním do takové hospody a vždycky jsme šli sami, když to bylo dobré, že jsem to v tom cizím prostředí zvládla, tak vzal jednoho svého kamaráda, kterého já jsem znala. Když to bylo dobré, tak vzal dalšího, už byli 2 a takhle to postupně navyšoval, až pak se to jako dostalo už do fáze, kdy mi to už přestalo vadit.“

Takže ti pomohl podpořit tě v tom sociálním kontaktu?

„Ano.“

10) Jak byste vylepšili vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexií?

„Vybrat si určitě jinou skupinu lidí kolem sebe, protože jsem si vybírala kolem sebe lidi, kteří sami měli problém sami se sebou, takže to bylo spíš takové podporování v depresích. Měl to jeden, měl to druhý, měli to tři, to jsme se spíš bavili o tom, kdo má ten den větší

depku. A jak to zlepšit? Mohlo se to řešit asi dřív, než to došlo do té léčebny. Za tu léčebnu jsem ráda, protože ta mě nějakým způsobem částečně posunula, ale mohlo to přijít asi dřív. Nemuselo to dojít až úplně takhle daleko. Je to hodně o výběru lidí kolem sebe.“

Jakým způsobem tě může někdo podpořit, tak aby ti neprohloubil tvůj problém?

„Když jsem měla mentální anorexii, tak jsem byla v situaci, kdy bych chtěla obejmout a nic neříkat. Ono to oběti je hodně vše říkající, vše vypovídající. Objetí je pro mě náznak podpory, že je tam někdo, kdo stojí nohama pevně na zemi a já se o něj můžu opřít. Tohle téma je hodně ošemetné, je to hodně individuální. O jídle, o pití, o váze, to se mluvit prostě nesmí. Když mi někdo řekne, že vypadám dobře, jsem hubená, tak pro mě je to prohloubení, já se pochválím. Když někdo řekne, že je to hrozné, jak jsem hubená, tak je to zase urážka pro mě. Vyjádřit podporu slovně je strašně těžké, spíš jít na to nenápadně, jako to udělal můj bratr, že se mnou šel na kávu, karty. To mě vytrhul z té reality, kdy jsem myslela na to, že se musím učit, musím něco připravit na zítra, musím zase do školy, doma se mě pořád ptali na jídlo. Bratr na to šel tak, že do ničeho netlačil, nemutil.“

Rozhovor s respondentkou R2

1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?

„Myslím si, že co se týká práce nebo tak, tak ne úplně přímo, na druhou stranu, přijde mi, že třeba lidi s nižší hmotností nebo co celkově nemají problémy s nadváhou, a tak, tak jsou obecně považováni třeba za hezčí a tak dále, a tím pádem třeba dostanou i lepší pracovní nabídky. Prostě obecně, že hezčí lidi dostávají jako lepší nabídky a tak. A co se týká sociálního okolí, tak mi to přijde, že hlavně třeba z nějakých reklam nebo marketingu anebo, když člověk je někde na veřejnosti a třeba v plavkách nebo někdo udělá nějakou nevhodnou poznámku, tak určitě tam nějaký je.“

Máš pocit, že společnost tlačí například na nějaký standard ve smyslu vzhledu?

„Myslím si, že dneska už je to lepší, že určitě mi ten tlak nepříjde zase tak velký, ale dřív to bylo jiné. Přijde mi, že tak asi před 10 lety i ten trend byl takový, že bylo víc těch hubenějších holek, žen, a to teď není. Teď jsou i ty plnější tvary víc v módě, takže ne tolik.“

2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?

„To určitě velký, sleduji i nějaké účty a trochu si porovnávám, jak třeba někdo jí nebo nejí a tak, ale na druhou stranu, třeba i když vím, že někdo jí víc, nebo tak, tak nikdy se nechci dostat nebo nezvládnout se dostat na to, abych jedla víc nebo tak, ale třeba mě baví se na to koukat nebo se srovnávat a zkoušet i nové věci nebo něco takového, tak to určitě vliv má.“

A třeba nějaké reklamy nebo celkově ve filmu, jak vypadají ty slečny, má to na tebe nějaký vliv?

„Reklamy ani tak ne že, mi přijde, že ty sociální sítě jsou přeci jenom takové víc jako autentičtější. A co se týče třeba seriálů a filmů, tak jo, tak určitě, když člověk kouká, tak vidí jen hubené holky, tak si úplně říká ty jo, no že to je takový standard, že ů takhle lidi jako vypadají, když tam vidí jenom hubené lidi, takže to určitě vliv má.“

3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?

„Hodně, protože ta nemoc pak je důležitější než třeba nějaké ty přátelské věci. Já se vždycky snažím s těmi kamarády nějakým způsobem vycházet nebo chodit i ven a tak, ale není to vždycky úplně jednoduché v tom smyslu, že je to jako hrozný stres pro mě, protože vím, že třeba když někde jedu na víkend, tak musím promýšlet, co se tam bude jíst nebo jak budu jíst potom, a to je dost hrozný. Potom taky, že spoustu věcí odřeknu, protože bych“

třeba nemohla jít běhat nebo nemohla bych cvičit, nemohla bych dodržet ten režim, který chci dodržet. No, takže to má jako vliv určitě.“

A izolovala jsi se kvůli tomu sociálně?

„Jo určitě, to jako hodně, že jsem ani neměla tu potřebu. Třeba jsem odjela do zahraničí jeden rok, byla jsem rok v Německu a vlastně jsem vůbec neměla potřebu chodit ven na nějaké párty nebo tak. Všichni chodili na párty a na večírky, nudili se a já jsem to nechápala, byla jsem doma, zaběhala jsem si těch svých x kilometrů, které jsem potřebovala, snědla jsem si to dovolené jídlo, které jsem si mohla sníst a ve zbytku času jsem se věnovala nějakým věcem. Mně přijde, že ona ta anorexie člověka dožene do perfekcionismu jako v jiných životních oblastech, až na ty sociální kontakty mi přijde, že třeba jsem se jako hodně, hodně učila nebo jsem četla různé klasické věci a tak, i když vlastně paradoxně na to člověk nemá moc mentální kapacitu, protože má hlad a je strašně unavený, ale dělá tyto věci, protože mu také trvají déle, než když mu funguje normálně mozek. Takže to jsem se izolovala jako určitě hodně.“

Přišla jsi kvůli tomu o nějaké přátele? Že jsi s nimi například nechtěla řešit svůj problém nebo vadilo ti, že něco říkají?

„Ne, mně spíš vadilo, když někdo něco říkal za mými zády. To mi vadilo hodně, protože on to ten člověk opravdu neví, že je nemocný, do té doby, než si to připustí, že má nějaký problém. Já jsem se pak dostala do takového stavu, jako třeba na začátku té anorexie, to bylo fakt, že jsem se vážila každý den a věděla jsem, že hubnu a tak, ale pak třeba, když jsem se odstěhovala do zahraničí, neměla jsem tam tu váhu a spadla jsem do toho zase z jiných důvodů. Já jsem se ani nevážila, ani jsem neměla pořádně nějaké velké zrcadlo, takže já jsem strašně zhubla a nevěděla jsem to. Nevěděla jsem, jak vypadám. Všimla jsem si, že mám volnější kalhoty, ale já jsem neviděla samu sebe, jak vypadám a bylo to takové strašné. Měla jsem třeba 43 kilo a měřím 174 cm, takže jsem byla fakt hodně hubená a mně to nepřišlo. Věděla jsem, že jsem hubená, ale nějak jsem to nevnímala. Fakt mě štválo, když mi to někdo neřekl, protože on to člověk potřebuje slyšet, ale zároveň je to hrozně těžké, jak to říct, jak to neříct. Ale o nikoho jsem nepřišla, ne. Možná jako o přítele, to je jako možné, ale tam byly třeba jiné věci, které nefungovaly. Myslím si, že pro ty chlapy obecně to není pak moc atraktivní, prokouknou, že ta holka není úplně v pohodě. Já už jsem pak byla v takové fázi, že už člověk ani necítí, že mu to je jedno. Vlastně já jsem jako hrozně dlouho nebyla, potom co jsem se rozešla, tedy s tím jedním přítelem, tak jsem měla nějaký vztahy, ale já jsem hrozně dlouho nebyla zamilovaná, že to trvalo nějakou dobu, než jsem třeba trošku přibrála a mohla se zamilovat, protože já jsem na to neměla mentální kapacitu. Je to jakoby další komplikace ten vztah a nějaké emoce a tyto věci v tu chvíli člověk nechce řešit. Chce jenom běhat a jíst brokolici.“

4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?

„To je hodně těžké, protože tam je to úplně přímo propojené. Když jsem si dala něco k jídlu, nějakou věc, kterou už jsem normálně nejedla, tak jsem měla okamžitě pocit, že přibírám. Což je kravina nebo možná jako jasně, když člověk sní toho víc, tak asi trochu přibere, ten kalorický příjem je vyšší. Tohle ale bylo dost hrozné. A vlastně tam se mi i párkrát objevily nějaké epizody zvracení nebo něčeho takového, protože ono zvláště, když se člověk snaží dát do kupy, tak ho přepadají tyto hrozné návaly hladu, které jsou přirozené a které nemůže člověk ovládat a myslím si, že je možná dobré na nějakou dobu si to dovolit, že třeba jí člověk dvakrát tolik. Prostě vidí obrovské porce, ale zase to není třeba přejídání jo, to jako nikdy nebylo, ale nevím, že jsem si místo 2 kopečků rýže dala třeba 3 nebo 4 kopečky, což je hodně, ale není to zase - prostě jsem fakt měla velký hlad. Občas jsem měla nebo mám takové ty tendence právě to jít vyzvracet nebo naopak jako vyběhat, vychodit nebo se spíš potrestat tím, že další den nebudu nic jíst. A nejhorší to bylo, když jsem zkoušela nějaké půsty, to bylo asi to nejhorší, co jsem v životě zkusila. To mi vůbec nevyhovovalo, že jsem hodně půstovala a hodně jsem s tím experimentovala. Třebajsem jedla až od 11:00, pak poslední jídlo až v 16:00 nebo v 17:00. To bylo strašné, já jsem byla strašně nafouklá a bylo to hrozné, vlastně jsem to dělala kvůli tomu, abych mohla jíst co největší porce, protože když jíte 2 jídla denně, tak můžou být větší, než když si to člověk rozdělí na těch 5 porcí. Já jsem na to měla úplně jiný pohled než třeba někdo, kdo to dělá kvůli těm zdravotním benefitům nebo tak. Ale právě proto si myslím, že třeba nějaké půstování nebo tyto věci jsou pro člověka, co si tím prošel nebezpečné nebo to snáší hůř. Když jsem byla v kabině a zkoušela jsem si džíny, a ještě jsem nebyla tak hubená, ale prostě se to ve mně ještě nějak rozjízďelo na začátku, tak jsem nejedla a myslím si, že celé se to rozjelo zčásti i kvůli tomu, že jsem fakt chtěla být hubená. Jasně, určitě to mělo nějaké psychologické kořeny, že jsem chtěla být dokonalá, perfektní, něco. Hodně, hodně se člověk takhle trestal.“

Takže pocity, že se musíš trestat to se dá říct?

„Ano.“

5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?

„Obrovský, když je mi strašně, tak prostě nejím a nemůžu. Člověk si v nějakých fázích uvědomuje, že už je fakt hubený a že musí jíst, ale prostě to nejde. Já si třeba myslím, že jsou 2 druhy lidí – ti, co mají nějaké problémy a jí a pak ti, co mají problémy a naopak nejí. A myslím si, že třeba ty, co jí, tak mají naopak sklony k emočnímu jedení nebo bulimii a těmto věcem než právě třeba ty, co nejí.“

6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?

„Já si myslím, že u mě to vždycky byly hodně ty vztahy, protože ta mentální anorexie se u mě rozjela v 16, což není zas tak brzo si myslím, někdy je to i daleko dřív. Bylo to tím, že nějak v 15 letech jsem měla první takovou jako lásku a ten kluk mi zlomil srdce. Pak člověk chtěl být asi jako lepší, nejlepší, a tak nějak jsem se do toho zamotala. Já si pamatuji, když jsme se rozešli, tak já jsem 3 dny nejedla, nemohla jsem jíst, což člověk má nějak prostě psychicky, ale vlastně mi v tom bylo dobře, no prostě jsem to nějak zvládla. Chtěla jsme mu dokázat, že jsem to nejlepší, tak jsem nejedla. Pak ten druhý stav, který byl nejhorší, tak to bylo, když mi bylo těch 21let a to bylo právě, když se se mnou rozešel taky přítel, a to už byl takový dost jako přechozený vztah, to nebylo jako vyloženě, že ...jako bolelo to, ale nebylo to tak jako v 16 letech, přece jenom první láska a tohle bylo jako trochu rozdíl, ale stejně vlastně tam vidím přímo to spojení, že jsem se pak vykašlala úplně na všechno a pak jsem prostě jenom běhala a nejedla nebo jedla co nejmiň.“

7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?

„Máma byla vždycky dietářka, tak si myslím, že to na mě mělo také velký vliv i to, že se jí to nikdy úspěšně nepodařilo. Já jsem nikdy nechtěla být obézní, tak si myslím, že to asi měla velký vliv.“

A maminka byla obézní?

„Jako vždycky byla taková trochu při těle. Ona nikdy neměla ráda sport a tak, takže jo.“

A jaké tam teda bylo očekávání v té rodině?

„Jo, hlavně aby člověk nebyl oplácáný, třeba ani vůbec moc sladké věci jsme neměli nebo málo, nebo to bylo takové, že se toho hodně hlídalo, tak to si myslím že mělo vliv.“

A měl někdy někdo poznámky na tvoji váhu?

„Ne, takhle ne. Jako potom, když jsem byla hubená, tak všichni byli zděšeni, že jsem moc hubená, ale jako, že by mě někdo mutil do toho hubnout to ne.“

Ve škole neproběhla šikana kvůli postavě?

„Jo tak asi v těch 16 letech mi někdo řekl, že mám velký zadek nebo něco takového.“

Myslíš, že tě to ovlivnilo?

„Jo myslím, že jo, ale nebyla to vyloženě šikana jako šikana, že mě někdo šikanoval kvůli zadku, ale člověku to ublíží, když mu je 16, takže ze zadku jsem měla vždycky trauma.“

8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?

„To bylo strašné, myslím si, že ty rodinné vztahy, to je vážně hrozný. Já úplně obdivuji moje rodiče nebo na druhou stranu nevím, proč s tím nic víc nedělali, ale ono to asi nešlo. Já si třeba pamatuju, kdy jsem v jednu dobu byla vegan, jako, že bych mohla jíst jenom zeleninu, ale stejně jsem měla strašný hlad pořád. Víím, že jednou jsem snědla na posezení takovou vaničku cherry rajčátek k večeři, což nic není, když si to člověk vezme kaloricky, ale na druhou stranu mu rodina nechce kupovat 10 cherry vaniček, tak kvůli tomu jsme měli hodně konflikty, že jím pořád jen zeleninu, že je to drahé. Přitom když si to člověk přepočítá, tak ty ostatní věci jsou také drahé, když člověk jí hodně. Tak to byl velký konflikt i to, že rodiče nejedli moc zdravě. Přišlo mi, že rodiče jedli takové ty věci, co já jsem moc nikdy nejedla, tak to bylo takové hodně náročné.“

A byly tam třeba i konflikty ohledně toho že třeba nechceš jíst nebo jíš málo?

„Ano, nebo jsem dělala to, že jsem hodně mizela, abych nemusela jíst doma. Pak jsem žila v zahraničí, tak už mě nemohli moc kontrolovat. Pak taky já jsem třeba hodně dělala to, že jsem jedla a pak jsem šla cvičit a máma z toho byla úplně šílená. To mělo vliv.“

A jak tě to ovlivnilo v tom tvém stravování tady ty konflikty?

„Že jsem si za tím šla ještě víc.“

Podpořilo ti to to špatné stravování?

„Jo, že mi přišli úplně strašní a nejhorší a že nic nechápou a že jsou nezdraví a tak.“

9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?

„Vlastně ne moc velkou. Když se nad tím tak zamyslím, tak já jsem si to dost musela říct sama. Ono to trvalo hrozně dlouho, abych se já našla nějakou cestu, jak z toho ven. Na začátku se máma snažila, ale pak to nějak vzdala, protože už mi bylo přes 18. Snažila se třeba i vařit nějaké věci, které jím, ale nemutila mě moc třeba jít k psychologovi nebo tak, že to už pak jako neřešila, protože si říkala, že nějakým způsobem jím a je to v pohodě. To až pak sama jsem si nějak musela v té dospělosti.“

Někdo jiný třeba babičky, dědové?

„Jo tak babička mi furt říkala, že mám prostě přibrat a pořád mi dávala nějaké jídlo.“

Jaký to na tebe mělo vliv?

„Moc mi to napomáhalo, já jsem pak akorát třeba nejedla déle nebo prostě předtím jsem si musela jít zacvičit, než jsem šla za babičkou.“

A co partneři?

„Já už jsem vlastně na konci pak byla s mým aktuálním manželem, tak já nevím, jestli mě úplně jako podporoval. Jako jo, ale spíš tak tiše nebo v tom smyslu, že byl rád, že jím normální jídla a tyto věci a vlastně nikdy mi neřikal, že jsme přibrala nebo že jsem tlustá, nebo něco. Vždycky mi říkal, jak mi to sluší, tak to mi pomohlo hodně a myslím si, že kdybych ho neměla a byla sama, tak nevím, jestli to zvládnu.“

10) Jak byste vylepšili vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexii?

„Já bych si víc dala pozor na ten cyklus, teď s těmi vědomostmi, co už mám. Myslím si, že dneska už je daleko větší osvěta o tom, že když holka nemá menstruaci, tak je to vážně problém. Kdyby se o tomhle mluvilo víc, že je to nějaký ukazatel zdraví, třeba v biologii a tak, jako, že mi přijde, že asi jsme to někdy brali, ale obecně, aby to bylo víc v tom podvědomí, tak si myslím, že bych zakročila dřív. Kdyby třeba bylo povědomí, že když hodně sportujete a nemáte cyklus, tak to není normální. Kdyby k tomu byly třeba nějaké kampaně, myslím, že by to bylo super, protože podle toho člověk hodně pozná, že není úplně v pohodě. Myslím si, že vědět to, by mi ušetřilo hodně trápení a nemusela jsem se z toho dostávat tak dlouho.“

Rozhovor s respondentkou R3

1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?

„Nemocný člověk to vnímá hrozně zkresleně, než “zdravý“ člověk, protože sám se třeba v zrcadle vidí úplně jinak, než ve skutečnosti je. Já vím že jsem se na fotkách všude jako nelíbila sama sobě, že jsem si připadala hrozně tlustá, a přitom to nebyla pravda. Co se týká ještě tohoto tématu, tak jsem se porovnávala docela s lidmi z okolí, z ulice, jakože jsem si říkala: je tamta má delší nohy a ta má hubenější nohy, ta má plošší břicho, prostě ta vypadá tak a ta zase jinak. Člověk to hodně v tomto stavu vnímá a má tendence se porovnávat. Má to takový špatný vliv, že v tom období chceš být jenom sama, někde uzavřená, nemáš náladu, ani energii se někde socializovat s lidmi. Jakákoliv změna hrozně ubijí a nemáš energii na nic.“

2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?

„Teď se o tom právě hodně mluví, co se týká sociálních sítí, a to zejména jako Instagram, kde každý dává svoje fotky a videa svých “dokonalých“ životů, jak se každý obléká, jaký má styl, co si nového koupil. Teď ta různá videa, co běží na Instagramu – Co jsem dnes jedla? Kde ukazují jídelníček, co měli na snídani k obědu a k večeři. Ve skutečnosti ten jídelníček má dohromady já nevím 900 kalorií, což není pro normálního člověka dlouhodobě udržitelné. Takže sociální média to hrozně zkreslují, a právě spousta takových holek jako já pak tomu podlehneme a říkáme si: „Jo, ta jako já míň, tak to budu jíst taky míň, abych byla jako ona“, a vlastně máš tu závist skrz ty sociální sítě.“

A ten vliv sociálních médií na vnímání tvého těla působí jak?

„No zkrátka se jako porovnáváš, chceš být jako oni v některých situacích. Je to takové bych řekla, že máš kolikrát chuť to nesledovat a sledovat nějaké holky, které jsou třeba škaredší, že tě to pak jako uklidní, že si řekneš – jo já jsem třeba hubenější, jsem hezčí – takové jako pocity no. To má každý možná různě.“

A při tomto problému vnímáš ty holčiny, které třeba sleduješ tak, že i když jsou třeba o něco silnější a jenom jinak vyrýsované, tak bys také chtěla vypadat jako ony nebo vždycky to musí být jen někdo hubenější, než jsi ty?

„Ne, vždycky jim třeba závidíš nějakou určitou část. Já třeba spouště holkám závidím jejich vlasy hezký, protože při té anorexii ti spousta vlasů vypadá, máš je řidší, jsou třeba poškozenější. Vždycky jsem pak záviděla holkám, které mají takové dlouhé, husté, zdravé

vlasý už od přírody. Já od přírody nebo geneticky nemám dobré vlasý, takže třeba jsem vždycky záviděla vlasý. Záviděla je silné slovo, jako líbilo se mi to, chtěla jsem to taky. Každá holka závidí jedna druhé něco, jako i v dobrém. Třeba vlasý se mi líbily, pak se mi líbilo, že měl někdo hezký obličej, že měl hezký nos, já jsem od malička měla vždycky takový jako divný nos. Vždycky začneš závidět určité třeba části, že od jedné vezmeš to od druhé to a začneš se porovnávat. Pak z toho vlastně výsledek je ten, že člověk je z toho takový nervózní, dělá pro to všechno, aby tak vypadal. Pak se chodí na ty různé plastiky, teď je v módě mít špičatý nos, tak jdu na plastiku si udělat špičatý nos. Člověk chce jít s dobou a zkrátka se porovnává neustále s někým.“

3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?

„Zase tak radikálně ne, ale třeba v té oblasti, že jsme se s partou chtěli domluvit, že si půjdeme někam sednout na víno nebo na večeři zajdeme spolu a vztah k tomu jídlu nemáš, když jsi nemocná, že jo. Tak vždycky jsem to odmítala, ne že bych se vymlouvala, že nemám čas, ale že ten druh činnosti nechci, že bych se šla radši někam projít nebo bych si šla s někým radši zahrát nějaký sport, třeba na volejbal nebo něco takového. Sednout si na jídlo, tak tomu jsem se vždycky vymezovala, že prostě šla nějaká parta a já jsem s nimi nešla. Takže to mělo takový vliv, ale nebylo to negativní, spíš jsem prostě s nimi netrávila ten čas tady v té oblasti.“

Nějaká sociální izolace nepřišla potom, v nějaké fázi například?

„A tak samozřejmě já jako mně stačila být chvíle jako s lidmi pak už jsem byla unavená jako jakýkoliv komunikace a už jsem chtěla být sama hodně v tomhle období člověk chce být sám, uzavřený a v okruhu svých blízkých nebo s přítelem.“

A proč chce být sám?

„Když jsi sama, tak já jsem měla takový pocit, že mi bylo dobře, že na mě nikdo nemluví, nikdo po mně nic nechce, protože cokoli začne po tobě někdo něco chtít, tak tě to hrozně unavuje. To tělo je strašně oslabené, to souvisí jedno s druhým a já jsem neměla náladu chodit třeba na výlety někam daleko, protože jsem to už neušla, byla jsem unavená, všechno mě bolelo – nohy, záda, hlava, takže jsem nechtěla na žádné výlety chodit.“

Neovlivnilo tě nějak že jsi třeba s někým nechtěla jít ven, abys s ním třeba nemusela svůj problém řešit nebo že se tě to dotýkalo?

„Ne to ne, já ten svůj problém neříkala všem. Ono to teda šlo na mě poznat, takže i když já se o tom s nikým nebavila, tak ten dotyčný asi věděl, že třeba něčím trpím, ale nebavili jsme se o tom, když jsem o tom nezačala mluvit sama, takže s tím jsem problém neměla.“

4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?

„Já jsem to vždycky měla tak, že se člověk bojí jíst, bojí si cokoli vzít a máš neustálou potřebu někde číst kolik to má kalorií, kolik toho můžeš sníst a teď sníš trošku něčeho a hned se jdeš kouknout před zrcadlo, jestli ti nevyrostlo břicho. To jsou strašné stavy, je to hrozné. Úplně tě to ničí, jenom tady ta blbá myšlenka, která je prostě absurdní. Vůbec to tak nefunguje, že sníš já nevím tady kostičku něčeho a hned z toho ztloustneš. Takhle to nefunguje ani biologicky, než to doputuje do břicha, než se to rozloží. Člověk to v tu chvíli absolutně nevnímá.“

Jakým způsobem přemýšlíš o svém těle, když ho máš hubené, vnímáš to?

„Právě, že to člověk nevnímá, člověk si pořád připadá tlustý, ten nemocný člověk se cítí nebo vidí jinak, než ho vidí ostatní. Neustále na sobě vidíš třeba nějakou povislou kůži a myslíš si, že to je tuk. Kolikrát, když se koukám na svoje staré fotky, tak už si teď říkám, že to je prostě strašné, jak jsem vypadala, a to se pořád říká, že z té anorexie se nikdy nevyléčíš, já mám pořád myšlenky kolem jídla a tak, ale už s tím bojuju a už jím normálně. Když se zpětně na tohle takhle podívám tak si uvědomuji všechno kolem toho, jak jsem měla úplně tenké ruce, jenom kosti, to bylo hrozné, v tu dobu jsem to vůbec neviděla. Já jsem si připadala jako ostatní holky a jenom s tím, že mám pořád tu touhu zhubnout.“

Když říkáš, že pořád máš myšlenky kolem jídla, co to je za myšlenky?

„Nechci se přejídat, při každém tom jídle se nechci přejíst, protože pak mě tlačí břicho jsem taková jako přejedená, je to nepříjemný pocit, to zná každý. Říkám si, že jsem mohla z toho jídla sníst trošku míň, nehltat to do sebe tak a občas mám takové jako myšlenky, že si nedám snídani, protože jsem měla večeři a jedla jsem k ní hodně. Já třeba moc nesnídám, protože nemám hlad a pak mám takové to nepravdělné jezení a pořád to spolu souvisí, že pořád na to jídlo myslíš, že si říkáš, jestli je čas na ten oběd nebo není. Vybírám, co budu jíst, nedám si úplně jako řízek třeba. Když ho uvaří rodina tak na oběd si s rodinou ten řízek už teď dám, ale dřív to neexistovalo.“

5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?

„To je různé, závisí to od člověka. Někdo, když je nervózní nebo má z něčeho nějaký dlouhodobý stres, tak má tendence se přejídat, někdo zase má takové stavy, že má scvrklý žaludek a do sebe absolutně nic nedostane. Když jsem měla při anorexii hlad, tak v tu chvíli jsem měla takový dobrý pocit. Připadala jsem si, že jsem taková lehčí, nemám vlastně v sobě žádné jídlo. Jakmile jsem se najedla, tak jsem byla z toho taková nervózní a měla jsem potřebu ty kalorie nějak spálit, nějakým způsobem. Takovéto před jídlem a

po jídle, vždycky se ty stavy moje tak nějak různily. Člověk se bojí cokoliv si dát do pusy, pak jsem si třeba vypočítala, že budu muset udělat 10 dřepů, abych spálila tu 1 mrkev, co jsem snědla.“

Když jsi tedy v depresi nebo nešťastná, skleslá, smutná, tak to ovlivní tvoje omezování jídla?

„Ne, to nemám, že by mě to nějak ovlivňovalo. Když jsem byla už nešťastná, byla jsem třeba vyčerpaná, chtělo se mi brečet, tak v tu chvíli se člověk stejně pořád tak nějak drží a říká si, že teď ne, teď se nenajím, i kdyby mě to úplně uspokojilo a pak bych byla emočně v pohodě, tak teď se stejně nenajím a počkám ty 2 hodiny, kdy je čas na večeři. Radši jsem trpěla, než abych se nějak emočně přejídala.“

6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?

„Tak trochu je to spojené s těmi sociálními sítěmi, že člověk chce něčeho dosáhnout, tak jde nějakou cestou a většinou ta cesta k hubnutí je tím, že přestaneš jíst, což je ta anorexie.“

Nemáš například žádné trauma ze školy?

„Ne, nemůžu říct, že by mě někdo pomlouval. Někdo je třeba v dětství tlustý a ve škole se mu posmívají a má pak nějakou přezdívku a má pak z toho trauma například v dospělosti. Já ale tento problém třeba nemám, já jsem vždycky byla taková nejvyšší v té třídě, prostě vysoká a hubená. Možná trošičku za to může, když jsem šla do modelingu tak ne že by mě tam nějak vedoucí říkal, že jsem tlustá, musím zhubnout, že musím mít nějaké určité míry, ale tak nějak jsem začala trošku sledovat právě to okolí kolem toho modelingu, jaký jsou tam holky. Teď co požadují třeba na ty castingy, že tam potřebuji nějakou holku, která má maximálně velikost do... Já jsem si to úplně nebrala osobně, ale přece jenom tě to začne nějak, já nechci říct motivovat, ale začne se nad tím přemýšlet, a tak třeba do toho taky spadneš. Nebo může to být nějakým traumata z dětství ve stylu, že to nebylo doma dobré, já jsem měla ale vždycky super rodinu, žádné problémy v dětství, to určitě nebylo.“

7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?

„Tam se nikdo o nic nesnaží, tam jací jsou, tak tací jsou. Blízcí z naší rodiny jako mamka, táta, babička, děda nejsou žádní sportovci, takže nikdy nedosahovali žádných výsledků

zajímavých, aby to přenesli na mě. Jako, že by třeba po mně chtěli, abych byla nějaká sportovkyně s vysportovanou postavou, to po mně nikdo nechtěl. Chtěli prostě normální holku, abych se trochu obalila tukem, to po mně chtěli v tu chvíli, kdy jsem měla anorexii.“

8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?

„Bylo to většinou třeba u nějakého rodinného oběda, když jsem si nabrala malou porci a teď se kolem toho začala vést diskuse, že jsem si nabrala jako vrabec. Mně už kolikrát přetekly nervy, tak jsem odešla od stolu, od oběda a šla jsem brečet někam do místnosti, protože mi vadilo, že mě neustále někdo kontroluje, co si nabírám za jídlo a mluví mi do toho. To mi vadilo, vztekem jsem odešla třeba brečet, že mě neustále komandují a nenechají mě být na pokoji.“

Jak tě to ovlivnilo do budoucna s tvým stravováním?

„Negativně mě to neovlivnilo nijak, spíš jsem začala nad sebou trochu víc přemýšlet a taky nad svým zdravím obecně, že takhle mám málo energie a vůbec člověk takhle nedokáže žít dlouhodobě. Pak jsem třeba ztrácela i menstruaci a říkala jsem si, že v budoucnosti chci rodinu a mít děti a že ta cesta tady nevede, že pak nemám energii a sílu ani na to, abych normálně fungovala, abych třeba uklízela, chodila do práce a ven. Člověk je pak totálně vyčerpaný.“

Takže tě to ovlivnilo spíš pozitivně?

„Ano.“

9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?

„Moje rodina to, že mám anorexii soudila špatně. Vždycky byli ve všem takoví tolerantní a snažili se mi pomoci a tady v tomhle mi docela podkopávali nohy, než aby vyloženě řekli: jo ty seš nemocná, potřebuješ se sebou něco dělat a šli na to v dobrém. Oni mi říkali: najež se, podívej se, jak vypadáš a takové věty, co mi spíš ubližovaly. Takové poznámky, které nemysleli špatně, ale nepomáhalo mi to. Neustále někde říkali: podívejte se na ní, jak je hubená a měla by se najíst. Nutili mě si dát 2 knedlíky místo 1, neměli to pochopení, že ten člověk v té chvíli, jak je postižený, tak to prostě nedokáže. Nedokážu si vzít 2 knedlíky a ta rodina byla taková, že nechápala tuhle nemoc, že to brali, že to je – ty to máš jenom v hlavě a musíš se z toho nějak dostat. Nebylo to, že by to mysleli špatně, oni akorát nevěděli, jak mi pomoci, nějaká anorexie za nich asi nebyla nebo spíš se to neřešilo, tak si mysleli, že to je něco v hlavě toho člověka jenom. Právě ne moc pozitivní vliv, protože mi jako moc nepomáhali, já nechci říct, že mi podkopávali nohy, ale spíš mi asi jako neuměli pomoci nebo nevěděli jak. Nějak jako doufali, že se z toho dostanu a taky

to teda neuznávali, spíš tak jako si říkali – dej se dohromady, ale že by se se mnou mamka někam šla (ale taky už jsem byla dospělá že jo kam by se mnou chodila), ale bývají různé takové ty poradny psychologické. “

Jakým způsobem můžeme dát nemocné podporu, co říct, co by tobě pomohlo?

„Může nám ta osoba říct, že kdybychom chtěli s čímkoliv pomoci, takže jí můžeme cokoli říct. Rozhodně bych nezmiňovala věty typu, že zhubla ještě nebo ještě hůř, že přibrala. Když jsem se začala uzdravovat, tak moje rodina říkala, že už jsem taková oplácanější a já jsem myslela, že dostanu infarkt. “

10) Jak byste vylepšili vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexii?

„Já bych vylepšila svou cestu tím, že bych myslela na svou budoucnost, že chci mít rodinu, že chci žít spokojený život, že nechci neustále myslet na to jídlo, že si chci dát cokoli, klidně i to sladké, protože mě to potěší. Neustále se nekontrolovat v zrcadle. Cestu bych vylepšila tím, že bych neřešila tolik to jídlo, zaměřovala bych se na jiné věci, třeba na lepší práci nebo na nějakou lepší budoucnost, něčeho dosáhnout, třeba si udělat nějaký kurz v něčem nebo se zajímala o své koníčky. Mě baví třeba floristika, co se týká kytic, tak něco se o tom učít, nějak se sebevzdělávat a objevovat svět, cestovat a užívat si život a nemyslet jenom na sebe, na svoje tělo a na jídlo. “

Rozhovor s respondentkou R4

1) Jak vnímáte společenský tlak, zejména ve smyslu vzhledu a tělesné hmotnosti?

„Tak obecně, jestli teda můžu brát okolí jako třeba spolužáky ve škole nebo kamarády rodinné příslušníky i takhle jinak, tak třeba na ty požadavky slyším hodně často komentáře, které nejsou určené přímo na mě, ale když někde jdeme, tak slychávám, jak může mít na sobě tohle, když vypadá takhle atd. Tyto věci slychám hodně často už od mého dětství nebo hodnocení lidí i na sociálních sítích, prostřednictvím televize a různě a je toho hodně. Potom to člověku idealizuje nějakou myšlenku, třeba právě to, jak má vypadat, bohužel to kolikrát ani není reálné, a to je hodně velký tlak. Nejvíc teda musím říct na mladší jedince, čím starší člověk je, tím kolikrát i míň se s tím setkává, ale když jsme byly děti, tak to bylo neustále např. - už nejez, abys nebyl tlustý a takovéto různé negativní komentáře od lidí, od dětí. Jak to říct, nabrat váhu, přibrat, i když v tomto období vývoje je to normální a zdravý, tak my jsme to vnímali jako něco negativního, když jsme se o tom bavily s kamarádkami a pak se to přetransformovalo do těch poruch příjmu potravy.“

A teď v dospělosti, ten tlak toho okolí ohledně tělesné hmotnosti vnímáš jak?

„Přijde mi minimální, buď jsem se nějak vymanila z toho špatného okruhu lidí nebo už to od dospělých neslychám tolik. Je to spíš jenom ze vzpomínek, samozřejmě na sociálních sítích je to neustálá denní dávka, ale není to v tom slova smyslu, že přibrat je špatné, protože hodně lidí se potýkalo během covidu s poruchou příjmu potravy, tak teď jsou všude profily o tom, že přibrat je v pohodě, takže si myslím, že ta nejhorší doba už tak nějak je za námi v tomto, že to bylo to období před covidem. Teď už je to takové, že se lidi naopak léčí, zveřejňují to a pomáhají ostatním.“

2) Jaký je vliv sociálních médií na vaše vnímání vlastního těla a stravovacích návyků?

„Tak přesně, jak jsem to říkala, když jsem si založila sociální sítě, tak ze začátku tam toho tolik nebylo, ale pak lidé začali zveřejňovat videa typu, co jim během dne atd. Tam byly kolikrát opravdu malé porce extrémně zdravých jídel, nebylo tam nic sladkého. Tohle se objevovala na každém 2. profilu, co jsem viděla. A pro mě to bylo takové, že jsem si říkala, jestli třeba nejím špatně, jestli bych neměla jíst jinak nebo teda i vypadat jinak. Já jsem do té doby neměla ani problém s tím, jak vypadám, ale najednou jsem začala vidat profily hubených slečen nebo i dospělých žen, které říkaly, jak jsou spokojené se svým vzhledem, jak fungují, jak jedí. Tak jsem si říkala, jestli bych nebyla šťastnější, kdybych začala takhle

jíst, přehnaně sportovat a vypadat jako ony. Takže příspěvky tohoto typu na sociálních sítích měly obrovský vliv na můj stav. “

3) Jak se mění vaše interakce s přáteli v kontextu vaší mentální anorexie?

„Tohle pro mě byl asi největší úpadek, pak mě to pomalu začalo ničit, že jsem s nimi omezila kontakt a nechtěla jsem už tolik chodit ven. Jednak to bylo z nedostatku energie, protože když člověk omezí stravu v takovém měřítku, tak ta energie se rapidně sníží. Byla jsem schopná naspat až o 6 hodin navíc. Další věc byla, že když jdete s kamarády ven, tak jdete třeba na jídlo, na nějaký dezert, nebo si prostě něco koupíte a uděláte si piknik a z toho jsem byla vyděšená. Proto jsem radši vymýšlela výmluvy, proč nemohu jít ven, než vůbec padla nějaká ta myšlenka toho, že bychom šli třeba na jídlo. Styk s kamarády jsem potom omezila úplně. Většinu času jsem byla doma, cvičila, občas jsem byla i venku, ale všechno jsem dělala sama. “

Přišla jsi o nějaké kamarády úplně?

„Ano, přišla jsem o kamarády ze základní školy, se kterými jsem se bavila i v prváku a druháku na střední škole. Neříkám, že to bylo všechno kvůli mému stavu, ale myslím si, že jak jsem s nimi omezila kontakt, tak si začali zvykat na to, že už s nimi ven nechodím, našli si nové kamarády a já jsem padla do ústraní. “

4) Jaké jsou vaše pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem a jídlem?

„Tak aktuální stav je takový, že se to projevuje prostřednictvím návalů např. se člověk probudí a cítí se skvěle, těší se na jídlo, na snídani a následně přijde nějaká špatná situace nebo stres a tím se myšlení změní. Jakmile jsem ve stresu tak první věc, co dělám, je že omezují sama sebe. Ať se stane cokoliv, špatná známka ve škole atd. Hned si říkám, že se musím nějakým způsobem potrestat. Naštěstí s tím dokážu už bojovat a přemůžu to, ale někdy to přijde a řeknu si, dobrý, tak teď se nenajím a nechám to v té formě sebepoškození, naštěstí teda ne fyzického, ale mentálního. “

A co pocity a myšlenky spojené s vlastním tělem?

„Sebeláska jako taková u mě bude boj na dlouhou trať, protože je to strašně náročné, ale myslím si, že se přijímám mnohem lépe než před covidem než v tom kritickém období. Co se týká přátel, tak se vzájemně podporujeme a říkáme si pozitivní komplimenty. Takže to vnímání mého těla už není tak kritické a myslím si, že přijde ten den, kdy to bude opravdu láska a moc se na to těším. “

Když to bylo kritické, jaké jsi měla myšlenky a pocity z vlastního těla?

„Naprosté nechutenství. Nejhorší bylo že v té anorexii nikdy nedosáhnete toho cíle, tam není vysněná postava a pořád člověk potřebuje víc a víc, i když už to nevypadá hezky. Tam je to prostě něco nedosažitelného. Tam konečná podoba je opravdu ta smrt. Není to fyzické, ale je to psychické, že to zajde do stavu naprostého vyčerpání a skonání, protože do té doby, dokud to tělo ještě může, tak se člověk trestá víc a víc, jenom aby byla ta váha byla menší, tam šlo ne o fyzický vzhled, ale o to číslo na váze, a to nikdy nebylo, není a nebude ideální.“

5) Jaký je vztah mezi vaším emočním stavem a sklonem omezovat stravovací návyky?

„Tak z emočního hlediska ty špatné stavy omezovaly ty stravovací návyky a čím méně energie jsem měla, tím horší stavy jsem měla emoční a tím víc to přecházelo do toho, že bych se měla omezovat. Tam už potom nebyl žádný zdroj štěstí a radosti, jenom neustálé sklony k tomu soustředit se sama na sebe v tom fyzickém vzhledu a to, jak se sama sobě nelíbím, byl to cyklus. Pořád se to opakovalo dokola, čím méně jsem jedla, tím horší nálady byly a emoční stavy se propadaly a tím víc jsem měla potřebu nejíst.“

6) Jaké role hrají osobní zkušenosti a traumata ve vývoji vaší mentální anorexie?

„Řeknu to na rovinu, hodně lidí i psychologů mi říkalo, že ty věci, ten můj stav, nejde shazovat na ostatní, což jsem se nesnažila, ale já jsem se jim pořád dokola říkala, že za to může to, jak mě v dětství shazovali. Proto mi ta práce psychologů nepomohla. Oni mě přesvědčovali o tom, že to je něco ve mně, ale já jsem věděla, že to začalo tím, když mě můj otec jako menší už začal shazovat za to, jak vypadám. Začal mi vlastně tvrdit, že jsem třeba přibrála nebo že mi narostla prsa, zadek, ale já jsem byla v pubertě a bylo to normální. Slýchávala jsem od něj, že si toho už všimají i ostatní, že tloustnu, ale nebyla to pravda, měla jsem normální zdravou váhu. A tím vlastně začala ta myšlenka o tom, jestli nemám vypadat jinak a pak ty sociální média, ale ten startér toho všeho, byl můj otec. Do teď si pamatuji ten den a ty slova co mi řekl rodič. Do toho všeho naše výchova doma byla hodně založená na fyzických trestech a na neustálém ponižování, jak už v úspěších a takhle. Takže si myslím, že veškerý zdroj mých psychických nestabilizací nebo problémů je založený na tom kritickém dětství.“

7) Jak vnímáte očekávání ohledně tělesného obrazu ve vaší rodině a jak to ovlivňuje vaše chování?

„Tak právě předtím byly ty požadavky na to, abych teda byla hubenější, vysportovanější. V tom kritickém období to bylo zase, že mi táta furt říkal ať přiberu, ať začnu jíst, že to

vypadá odporně. Vlastně jsem buď byla nehezká, když jsem tu váhu měla a pak jsem byla nehezká, protože jsem zhubla, že tam pro ně nebyl nějaký ideál. Moje mamka, ta by si přála nejvíc, abych měla pořádnou mateřskou postavu, táta ten jako relativně tu vysportovanou, ale už taky na to změnil pohled a říkal mi, že to nebylo hezký a asi ani teď aktuálně není, i když jsem něco přibrala, tak by chtěli, abych vážila ještě víc. Naopak babička měla poznámky typu, že je to hezký, jak jsem štíhlá a takhle, když jsem byla v té kritické fázi anorexie, tak to bylo jako krásné, jak jsem štíhlá. Ta je v tom jediná taková zabudovaná, že by to měl být standard být takhle hubená.“

Jak názor tvé babičky ovlivnil tvoje chování?

„Bylo to takové štípnutí, ale nebrala jsem si to tolik, protože s babičkou naštěstí nemáme až tak aktivní stýkání a vlastně nevidáme se tolik, tudíž já ji neberu úplně jako nejbližšího člověka, ale samozřejmě to hodně bolelo a mrzelo mě to, když jsem ještě byla teda menší a říkala mi, že si mám dávat pozor na to jídlo, tak jsem z toho byla trošičku vykoledená, ale neovlivnilo mě to tolik jako to, co se dělo doma.“

Jak tvoje chování ovlivnilo to, co se dělo doma?

„Nejdřív jsem neprojevovala, že mě to mrzí, spíš jsem se uzavírala a pak už vlastně jakýkoliv poznámky k tělu ve mně okamžitě vyvolali vztek, ale až takový, že jsem byla schopná na ně začít křičet, hádat se s nimi, křičeli jsme na sebe, protože to už jsem to nezvládala, ale to způsobovalo i to omezování stravy. On člověk nemá dostatek energie, tak pak už jediný, co dokáže je být naštvaný a stěžovat si.“

8) Jaké role sehrávají rodinné konflikty ve vašem stravovacím chování?

„Když přišla hádka, tak přišly automaticky výčitky, protože tam padly určitý narážky, ať už na vzhled, na chování, na studium nebo jestli jsem je nějak zklamala a do toho přicházely ty špatné stavy v hlavě, které ovlivňovaly můj vztah k jídlu negativně.“

9) Jaký vliv měla rodinná podpora na vaši cestu s mentální anorexií?

„Tak tam to bylo hodně zvláštní, protože jsem měla kladené podmínky, že se musím začít léčit, což mi říkala mamka a já jsem věděla, doteď vím a stojím si za tím, že podpora psychologů mi nepomůže, mně nepomůže o problému mluvit, a to bylo vlastně jediné, co jsme na terapiích dělali a už jsem tam byla a říkala jsem tam, že to nefunguje. A mamka mi říká, že jestli chci být s nimi doma, fungovat s nimi, že jestli tady prostě chci ještě dál žít, tak tam musím chodit. Tak jsem přistoupila na tu podmínku, ale bylo to naprosto bez efektu. Samozřejmě mamka se mě hodně snažila podporovat, ale spíš si myslím, že aniž by to dělala vědomě, tak to bylo spíše citové vydírání. Plakala a hodně často mi říkala,

že jí to mrzí, ale že je to hrozné a brala to hodně na sebe, že jí tím ubližuji. Tak to jsem si říkala, že to je docela sobecký z její strany. Táta ten nebyl podpora. To byl spíš neustálý výsměch za to, že jsem nemocná a podobně.“

Jaký to mělo vliv na tvoje onemocnění?

„Upřímně se mi to dost zhoršilo. Pak už to kolikrát bylo vtipný nebo není to vtipné, je to smutné, ale kolikrát už jsem se omezovala i kvůli pomstě vůči nim. Pro tátu – hele chtěl mě hubenou, tak tady mě máš a ještě hubenější. Věděla jsem, že ho to štve, ale neuměl dát najevo, že ho to mrzí, akorát měl zase narážky, nedokázal se nikdy pořádně omluvit. Nedokázal přijmout, že by ta vina mohla být i na jeho straně, jako při viněni. Nebral to a doteď to nebere, že někdy něco takového fakt udělal. Kvůli mamce jsem se snažila nějakým způsobem léčit, dostat se zase zpátky, jak jsem byla dřív, ale bylo to takové hodně na sílu z její strany. Nebylo to, že bych vyloženě chtěla, ale myslela jsem, že to musím udělat.“

10) Jak byste vylepšili vaši cestu? Jakou cestu si představujete, aby se vám nestalo, že budete mít mentální anorexii?

„Abych do toho vůbec nespadla, tak by to nejvíce ovlivnilo, kdybych měla normální dětství a dobré vztahy s rodiči, to totiž dělá hodně moc. A ohledně toho léčení, já bych v tomhle měla radu pro ty psychology, vím, že dělají svou práci, ale co mám zkušenosti s holkami, které také byly nemocné nebo jsou nemocné, tak říkaly, že to nedělají dostatečně dobře. Oni se nedokážou vcítit do té role toho člověka, který v tu chvíli, kdy je nemocný, má pocit, že není řešení a oni vám říkají, že musíte, musíte, musíte, ale v tu chvíli nemusím nic, v tu chvíli, to je jenom o tom, jestli chci nebo ne. Oni by podle mě nás měli začít nejdřív podporovat, vysvětlit nám, že jsme krásné bytosti a byly jsme stvořeny k tomu, abychom tady žily a ne, abychom se trápily. Ne slyšet pořád dokola - teď začnete jíst takhle, budete chodit na vážení, budeme vás kontrolovat, když ne zavřeme vás na psychiatrickou léčebnu. To je naprosto bez efektu a byl to pro mě ještě větší stres. Pak jsem už nedokázala přijmout nic, jak jsem byla vyděšená z toho všeho. V rámci té podpory, si myslím, že ten systém dost selhává. Neříkám, že všichni psychologové, ale z její strany, z její zkušenosti jsem nezažila ani jednoho, který by byl nějakým způsobem empatický vůči její situaci.“

TESKOVÁ, V. M. Multifaktoriální vlivy působící na mentální anorexii u žen. České Budějovice 2024. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, sociální faktory, psychologické faktory, rodinné faktory, sociální média, sociální síť, porucha, psychické onemocnění, mentální anorexie, ženy, terapie, léčba, multifaktoriální vlivy.

Abstrakt

Práce se zaměřuje na problematiku mentální anorexie a multifaktoriální vlivy působící na vznik a průběh této poruchy u žen. Mentální anorexie je závažné duševní onemocnění, na nějž má vliv mnoho faktorů, jako jsou sociální, rodinné a psychologické. Analýza těchto faktorů je klíčová pro hlubší porozumění této poruše a nutným předpokladem pro navržení její adekvátní komplexní léčby. Práce se zabývá analýzou jednotlivých faktorů a prezentuje terapeutické přístupy k mentální anorexii a způsoby jejího léčení. Výzkum je uskutečněn na základě polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami s respondentkami trpícími mentální anorexií.

ABSTRACT

Multifactorial influences affecting anorexia nervosa in women.

Key Words: eating disorders, anorexia nervosa, social factors, psychological factors, family factors, social media, social networks, disorder, mental illness, women, therapy, treatment, multifactorial influences.

The thesis focuses on the issue of anorexia nervosa and multifactorial influences on the development and course of this disorder in women. Anorexia nervosa is a serious mental illness that is influenced by many factors such as social, familial and psychological. The analysis of these factors is crucial for a deeper understanding of this disorder and a prerequisite for designing adequate comprehensive treatment. This thesis analyses each of these factors and presents therapeutic approaches to anorexia nervosa and ways of treating it. The research is based on semi-structured interviews with open-ended questions with female respondents suffering from anorexia nervosa.