

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

MENTÁLNÍ ANOREXIE U MUŽŮ

ANOREXIA NERVOSA IN MALES



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Kristýna Macháčová**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2021

Děkuji vedoucí své práce PhDr. Evě Aigelové, PhD., za její vedení, rady a trpělivost.

Děkuji členům své rodiny za to, že mě vždy podrželi a nezlomili nade mnou hůl.

Děkuji kamarádce Nikol, že tu pro mě byla v každou denní i noční dobu, a vždycky mě dokázala povzbudit a postrčit správným směrem.

V neposlední řadě děkuji lidem, kteří byli ochotni se podělit o svůj příběh a umožnili tak vzniknout této práci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Mentální anorexie u mužů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2021

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Poruchy příjmu potravy.....	7
1.1 Mentální anorexie	8
1.2 Mentální bulimie.....	9
1.3 Psychogenní přejídání	10
1.4 Další poruchy příjmu potravy	11
2 Mentální anorexie.....	13
2.1 Body image	15
2.2 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj.....	16
2.3 Komorbidita.....	19
2.4 Dopady na celkové zdraví jedince	21
2.4.1 Fyzické příznaky.....	22
2.4.2 Psychické dopady.....	23
2.5 Léčba a prevence	23
2.5.1 Prevence	24
3 Specifika mentální anorexie u mužů	26
3.1 Rizikové faktory.....	27
3.2 Mezipohlavní rozdíly	29
3.3 Terapie.....	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	32
4 Výzkumný problém	33
4.1 Cíl výzkumu	33
4.2 Výzkumné otázky	33
5 Metodologie výzkumu.....	34
5.1 Výzkumný soubor	34
5.2 Metoda sběru dat.....	35
5.3 Zpracování dat.....	36
5.4 Etika výzkumu.....	37
6 Analýza získaných dat	38
6.1 Vlastní sebereflexe	39
6.2 Popis jednotlivých respondentů a jejich případů	40
6.2.1 Jindřich	40
6.2.2 Kryštof	41
6.2.3 Lukáš.....	42
6.2.4 Milan.....	44
6.2.5 Ondřej.....	45

6.2.6	Pavel	46
6.2.7	Richard	48
6.3	Společná témata	49
6.3.1	Pozvolný rozvoj	49
6.3.2	Sociální akceptace a udržování.....	50
6.3.3	Kontrola	51
6.3.4	Střet s realitou	52
6.3.5	Přijetí terapeutem	53
7	Zodpovězení výzkumných otázek.....	54
8	Diskuze	57
9	Závěr	60
10	Souhrn	61
LITERATURA		64
PŘÍLOHY		71

ÚVOD

Jako téma této diplomové magisterské práce jsem si vybrala fenomén mentální anorexie na mužské populaci. Jedná se o téma, kterému se v poslední době dostává více pozornosti, než tomu bylo dříve. Poruchy příjmu potravy, mezi které řadíme i mentální anorexii, jsou považovány laickou veřejností za nemoc čistě ženskou. Nicméně, ačkoliv je většina jedinců trpících mentální anorexií skutečně ženského pohlaví, tato porucha se zdaleka nevyhýbá mužům, kteří tvoří nezanedbatelné procento pacientů a je na místě věnovat svou pozornost i jim. Ačkoliv se tedy v poslední době objevují i výzkumy týkající se této skupiny, stále převažující část ostatních studií nechává hodně prostoru pro další zkoumání podobností i specifíků mentální anorexie u mužů.

V teoretické části práce je vymezena mentální anorexie nejprve v systému poruch příjmu potravy obecně a následně je jí věnována samostatná kapitola, která obsahuje všechny charakteristiky, které se s ní pojí. Prostor je věnován obecnému popisu, faktorům vzniku, fyzickým i psychickým dopadům na život jedince a okrajově i léčbě a prevenci. Poslední kapitola teoretické části se týká právě specifíků mentální anorexie u mužů, rozdílných aspektů, kterými se odlišuje průběh u jednotlivých pohlaví. Ve výzkumné části si kladu za cíl přiblížit toto téma na konkrétních příkladech mužů, kteří si prošli mentální anorexií a její léčbou. Touto formou čtenář získá bližší obraz nejen skutečného vzniku a průběhu mentální anorexie, ale i aspektů spojujících jednotlivé případy, které mohou pomoci při pochopení závažnosti a charakteru této poruchy i v jiném než ženském kontextu. Oblastmi zájmu praktické části jsou faktory vzniku onemocnění, vnímaná sociální odezva okolí, aspekty životního stylu spojeného s průběhem mentální anorexie před stanovením diagnózy a hodnocení terapie respondentem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Z hlediska lepšího ukotvení tématu považujeme za vhodné zařazení kapitoly věnující se obecně poruchám příjmu potravy, do kterých mentální anorexie podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) spadá.

Vágnerová (2014) uvádí, že u každého jedince nalezneme tělové schéma, což je představa vlastního těla, zahrnutá v identitě osoby. Je souhrnem kognitivního a emocionálního zpracování informací o sobě samém. Tyto informace získáváme v průběhu života nejen prostřednictvím našich smyslů a vlastních závěrů, ale jsou formovány i sociální odezvou okolí, vlivem srovnávání apod. Předobrazem poruch příjmu potravy je pak nezměněné tělové schéma, které zůstává rigidní i v případě objektivní fyzické proměny tělesné konstituce. Jinými slovy řečeno, člověk, jež má zafixovaný pohled na sebe z doby, kdy býval obézní a nezmění ho ani po úbytku váhy, se takový vidí i při optimální váze (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Váha je pak, zejména v naší, v kultuře vnímána jako ukazatel atraktivity. Tělesné proporce hrají důležitou sociální úlohu zejména u dospívajících jedinců a změny ve vzhledu souvisejících s fyzickým vyžíváním se stávají centrem pozornosti. Z toho může plynout pocit nespokojenosti s vlastním vzhledem a společností udávaný ideál krásy má pak za následek směřování k uniformitě, štíhlost přijímanou jako normu. Tyto sociální faktory pak mohou vést k rozvoji poruchy příjmu potravy jakožto prostředku dosažení žádoucího vzhledu (Fialová & Krch, 2012).

Jedinec trpící poruchou příjmu potravy se zpravidla nadměrně zabývá svým vzhledem a tělem, k němuž má minimálně ambivalentní, nezřídka přímo negativní vztah. Je narušen rozumový i emoční postoj k jídlu, charakterizován nezdravým vztahem k němu, který může nabývat až rozměrů obsese, ve smyslu přehnané kontroly, odměřování potravy, kalorií (Vágnerová, 2014).

Příčiny vzniku těchto poruch tak neleží pouze v sociální oblasti, ale v celém bio-psycho-socio-spirituálním spektru. Obvykle se jedná o souběžné působení více faktorů vnitřních, spolu s vnějšími vlivy (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Kategorii poruch příjmu potravy najdeme v MKN-10 (2018) pod označením F50–F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.

Tabulka 1: rozdělení poruch příjmu potravy podle MKN-10

Kód	Označení poruchy
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami (psychogenní přejídání)
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy příjmu potravy
F50.9	Porucha příjmu potravy NS

K udělení diagnózy atypické mentální anorexie či atypické mentální bulimie se přistupuje tehdy, pokud jedinec splňuje některá z kritérií pro danou poruchu, ale celkový klinický obraz neumožňuje diagnostikování samotné anorexie či bulimie. U mentální anorexie se jedná například o chybění strachu z tloustnutí, při současném výrazném úbytku váhy. U mentální bulimie to může být nepřítomnost nadměrného zájmu o vlastní váhu a vzhled těla, nebo nezaznamenaný úbytek váhy, ačkoliv je přítomno přejídání a následné dávení potravy (MKN-10, 2018).

V následujících podkapitolách je pozornost věnována nejčastěji se vyskytujícím poruchám příjmu potravy a jejich charakteristikám.

1.1 Mentální anorexie

Tato porucha je typická snahou jedince snížit svou váhu a současně ji udržovat v pásmu podváhy ($BMI^1 \leq 17,5$). K radikálnímu úbytku váhy přispívá zejména

¹ Queletův index hmotnosti těla: $BMI = \text{váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$ (Říčan, Krejčířová et al., 2006)

drastické omezení množství přijímané potravy, vedle toho také zvracení, požívání projímavých prostředků, nadměrná fyzická aktivita. Jedinec se obvykle snaží tento fakt skrývat, například nošením volného oblečení apod. (Orel, 2020).

Při anorexii je typické pokřivení náhledu na vlastní tělo, které se jedinci i přes objektivně zřetelnou vyhublost nezdá dostatečně štíhlé, má obavy z tloustnutí a pociťuje potřebu nadále snižovat svou tělesnou hmotnost (Marádová, 2007). Počátek je obvykle těžko pozorovatelný, ve stravovacích návycích se projevuje jako přesun ke zdravému stravování, což se i u okolí setkává s pozitivní odezvou. Jedná se o vynechávání energeticky bohatých jídel a nápojů, jako jsou sladkosti, limonády, tučná jídla. Tyto tendence však rychle eskalují k odmítání sacharidů, bílkovin a restrikci všeho kromě zeleniny a vody. Posledním stádiem je nulové přijímání potravy. Spolu s nadměrným fyzickým výkonem to vede k rychlému a rapidnímu úbytku váhy (Hřivnová, 2014).

Vzhledem k povaze této práce je na toto téma podrobněji zaměřená následující kapitola.

1.2 Mentální bulimie

I mentální bulimii můžeme charakterizovat nadměrnou snahou kontrolovat svou tělesnou hmotnost. V tomto případě je však jejího snižování dosahováno především vyvoláváním zvracení, které následuje po epizodě pozření nepřiměřeně velkého množství potravy. Jedinec s touto poruchou trpí pocity neovladatelného hladu, na jejichž základě zkonzumuje během krátkého časového úseku neadekvátní porci jídla, kterou následně zvrátí (Orel, 2020). Zároveň se hmotnost jedince nepohybuje pod hranici podváhy, jeho tendence tím lépe unikají pozornosti okolí (Pugnerová & Kvintová, 2016).

K diagnostickým kritériím mentální bulimie podle MKN-10 (2018, str. 150) řadíme:

- repetitivní epizody nadměrné konzumace jídla – alespoň dvakrát týdně po dobu 3 měsíců;
- nepřetržitá koncentrace pozornosti na jídlo, silná touha po jídle;
- snaha zamezit přibírání na váze v důsledku přijímání potravy, a to vyvoláním zvracení, nadužívání projímadel, léků;

- patologický strach z tloušťky.

Mentální bulimie je často doprovázena epizodami mentální anorexie či naopak. Mnozí pacienti s bulimií udávají v anamnéze anorektické počátky. Původní snaha o restrikcí jídla se po čase přemění v přejídání, spojené s pocity viny a neúspěchu, vedoucími k dávení přijatého jídla (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Kvůli opakovanému zvracení se u jedinců s mentální bulimií objevují následky v podobě tělesných obtíží jako poleptání sliznice jícnu, zubní skloviny, nebo celkového rozvratu vnitřního prostředí (Orel, 2020), chronická únava, slabost, ztráta pozornosti, závratě, bolesti hlavy, palpitace, ledvinové kameny či infekce, otoky slinných žláz a další (Papežová, 2012).

U ženské populace se roční prevalence pohybuje v rozmezí 1–1,5 %. Přesnější údaje o prevalenci u mužů nejsou známy, obecně se však počítá s výskytem 1:10, tedy jeden muž na deset žen s mentální bulimií. Většinu pacientů nalezneme v období mladé dospělosti, zejména proto, že v tomto období porucha, jež mívá nejčastěji počátek v adolescenci, eskaluje (Raboch et al., 2015).

Rizikovými faktory rozvoje mentální bulimie jsou nízké sebevědomí, deprese, úzkostná porucha, přijetí nedosažitelného ideálu krásy jako žádoucího vzhledu či obezita v dětství (Raboch et al., 2015).

1.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní neboli záchvatovité přejídání se nejčastěji rozvíjí ve středním věku, nezdědka pak nasedá na dřívější epizody mentální anorexie či bulimie (Papežová, 2012). Tento typ poruchy je často spojen s nadváhou až obezitou, nezdravými stravovacími návyky a slabou sebekontrolou. Jedinec konzumuje nadměrné množství jídla, ale bez následné kompenzační aktivity, jako zvracení či fyzická aktivita (Krch et al., 2005).

Podle MKN-10 (2018) můžeme psychogenní přejídání definovat jako přejídání vedoucí k obezitě, jako reakce na stresující události v životě jedince. Nenajdeme zde ale konkretizovaná kritéria k definici přejídání (Papežová et al., 2018). Oproti tomu v páté revizi diagnostického a statistického manuálu DSM-5 (Raboch et al., 2015), je psychogenní přejídání vymezeno jako konzumace výrazně větší porce jídla, než by za stejný časový úsek snědla většina lidí, při stejném

časovém rozpětí a dané situaci; záchvat je typický zvýšenou rychlostí konzumace, pocitem ztráty kontroly, neodolatelným nutkáním k jídlu, pokračování v jídlu i přes pocit nasycení či dokonce pocitu bolesti a přeplnění.

Psychogenní přejídání je typické neustálými pokusy držet nepřeborné množství diet, následované výkyvy váhy, dále pocity viny nad druhem či množstvím konzumovaného jídla, intruzivní myšlenky na jídlo, ztráty kontroly nad jídlem, deprese, úzkost, pocity bezcennosti ve spojení s tělesnou váhou a přesvědčení, že ztráta váhy by byla řešením všech problémů (Papežová, 2012). K fyzickým obtížím spojeným s přejídáním řadíme nadváhu až obezitu, vysoký cholesterol, gastrointestinální problémy, v krajním případě i protržení stěny žaludku (Cooper, 2014).

K rizikovým faktorům dle Papežové (2012) řadíme nadváhu, neúspěšné diety, mentální anorexii či bulimii v anamnéze, nízké sebevědomí a sebehodnocení závislé na vzhledu, deprese, maladaptivní řešení problémů. Stěžejním faktorem je pak úzkost a napětí, které mají za následek až 90 % záchvatů přejídání.

1.4 Další poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se mohou rozvinout, či mít základ i v poruchách obživného pudu. Z takových je na místě zmínit zejména bigorexii a ortorexii, které se v poslední době rozvíjí především u mužů (Orel, 2020). Tyto poruchy mohou být stejně nebezpečné jako ostatní PPP, zejména pokud se rozvinou do extrémů nebo pokud jsou podkladem pro vznik a rozvoj jiné poruchy příjmu potravy.

Bigorexii můžeme charakterizovat jako přehnaný zájem o vlastní tělo, ve smyslu potřeby zvyšování objemu svalové hmoty. Příznačné je nadměrné a intenzivní posilování, kontrolovaný příjem potravy se zvýšeným obsahem bílkovin, nezřídka i doplňků stravy, růstových hormonů nebo anabolik (Orel, 2020). Bigorexii můžeme označovat také pojmem Adonisův komplex či svalová dysmorfobie. Výše zmíněné projevy mohou vést, stejně jako u mentální anorexie či bulimie, k sociální izolaci a redukci ostatních zájmů ve prospěch zaměření se na vlastní tělo, resp. svalstvo (Papežová, 2018). Jedná se o posedlost dokonalým tělem, obvykle tak jak jej jedinec vnímá přes média. Obvykle se rozvíjí u chlapců ve věku 12–13 let, přičemž je typický plíživý nástup a zvýšená komorbidita i suicidalita (Pope, 2000; in

Papežová, 2018). Touto chorobou je postiženo přibližně 100 000 lidí na celém světě a za významnou část z nich považujeme profesionální kulturisty a další sportovce. Předpokládá se, že zhruba 10 % jedinců, kteří se věnují kulturistice, trpí bigorexíí. Vedlejším produktem bigorexie, kromě fyzických dopadů jako jsou potíže s klouby apod., se u osob se svalovou dysmorfofobií můžeme setkat s větší mírou stresu v důsledku pocitu nedostatečnosti vůči svému vytouženému vzhledu (Yeloğlu, 2018).

Pro **ortorexii** je typická nadměrná fixace na zdravou stravu. Stává se v podstatě jediným okruhem zájmu v životě jedince, přičemž obvykle eskaluje v minimalizaci přijímané potravy, ve snaze se vyhnout všemu, co by potencionálně mohlo být nezdravé (Orel, 2020). Ortorexie začíná obvykle nenápadně, jedinec postupně upravuje své stravovací návyky, tak, aby podléhaly vybranému zdravějšímu životnímu stylu, například za účelem zlepšení zdravotního stavu. Nakonec však vede k chování spojenému s posedlostí jídlem a brojením proti potravinám, jež považuje za nezdravé, nečisté, upravované. Jedinci jsou přesvědčeni o správnosti svého chování, a i navzdory zdravotním komplikacím či důkazům o podvýživě mají sklon povzbuzovat rodinu a přátele, aby dodržovali stejný životní styl (Lorenzon, Minossi, & Pegolo, 2020).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

V předcházející kapitole jsme mentální anorexii jen krátce vymezili v kontextu ostatních poruch příjmu potravy. V této kapitole se více přiblížíme jednotlivým aspektům onemocnění, které utvářejí celkový obraz pacienta s diagnózou mentální anorexie.

Mentální anorexii můžeme charakterizovat jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti, a to prostřednictvím odmítání jídla. Ačkoliv i u anorektických jedinců nalezneme tendence se vyprazdňovat neprodleně po jídle (dávením, laxativy), stejně jako u pacientů s bulimií, v popředí stojí zejména hladovění, které je primárním prostředkem k dosažení žádoucí váhy (Pugnerová & Kvintová, 2016). Typická je pokřivená sebereflexe, kdy se jedinec i při abnormální vyhublosti vnímá nepřijatelně tlustý. Snaží se udržovat aktivní život, nejen ve smyslu nadměrného cvičení, ale i zapojení do komunity, výkonu ve škole i při vykonávání vlastních zájmových činností (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Ačkoliv sami pacienti odmítají adekvátní přísun potravy, v jejich chování zájem o něj přetrvává. Zkoušejí nové recepty, vaří svým rodinám, ve svých myšlenkách se jídlem zabírají (Marádová, 2007).

K diagnostickým kritériím, používaným k rozpoznání a určení mentální anorexie, patří podle DSM-5 (Raboch et al., 2015, str. 357–358) následující:

- výrazně nízká tělesná hmotnost, která neodpovídá normám pro danou věkovou skupinu, pohlaví, vývojové fázi a duševnímu zdraví;
- i přes výrazně nízkou hmotnost přetrvávající obavy z příbytku váhy, tloustnutí;
- neadekvátní vnímání vlastních proporcí, sebevědomí jedince závislé na tělesné hmotnosti, nedostatek objektivního náhledu na aktuální nízkou váhu.

Pro diagnostiku musí jedinec splňovat všechna diagnostická kritéria. Pokud nejsou přítomny všechny, při současném typickém klinickém projevu, podle MKN-10 je diagnostikována atypická mentální anorexie (MKN-10, 2018).

Mentální anorexii můžeme dále rozdělit na dva podtypy, restriktivní a purgativní. **Restriktivní** typ je charakteristický zejména omezováním příjmu potravy, selekce potravin na přijatelné a nepřijatelné, obecně se snaží dosáhnout úbytku tělesné hmotnosti redukcí přísunu jídla a nadměrným cvičením. Naproti tomu **purgativní** typ má blíže k mentální bulimii, nakolik se jedinec vedle omezení potravy a cvičení snaží svou váhu redukovat dávením pozřeného jídla, případně užíváním laxativ (Papežová et al., 2018).

V DSM-5 (Raboch et al., 2015) kromě tohoto dělení nalezneme i rozdělení podle stupně závažnosti, který se opírá o hodnotu BMI u pacienta, nicméně vedle toho je možné s ním operovat v rámci potřeby i s ohledem na klinické symptomy, stupeň funkčního postižení a potřeby udržovat nad pacientem dohled.

- MA mírná: BMI 17 kg/m²
- MA průměrná: BMI 16.16,99 kg/m²
- MA těžká: BMI 15-15,99 kg/m²
- MA extrémně těžká: BMI <15 kg/m²

Největší koncentraci pacientů s tímto onemocněním nalezneme u dívek v pubescentním období, konkrétněji v období mezi 13.–14. rokem, druhý vrchol nastává mezi 17.–18. lety (Říčan, Krejčířová et al., 2006). V současné době se však prvotní výskyt posunuje směrem ke stále mladším pacientům, kde je označujeme jako poruchy s raným začátkem (tzn. pacienti pod 12 let). Ve skupině dětí mladších 12 let se vyskytuje přibližně 5 % pacientů. Současně lze říci, že zatímco v dospělém věku je poměr žen a mužů 10:1, koncentrace chlapců coby pacientů se zvyšuje se snižujícím se věkem (Kocourková & Koutek, 2018). Prevalence mentální anorexie se obvykle udává u ženské populace s tím, že výskyt u mužů je přibližně desetkrát nižší. Studie udávají celoživotní prevalenci v evropských zemích 0,5–2,2 % u žen, prevalenci u mužů se věnovaly americké či švédské studie s obdobným výsledkem 0,3 % (Papežová et al., 2018).

Jak se snižuje věk nástupu prvotních příznaků mentální anorexie, identifikace dětí, kteří jí trpí, se nyní stává problémem, přesunujícím se do ordinací pediatrií. Možná anorexie je v tomto ohledu však často přehlížena, vzhledem k nízkému věku pacientů, přitom příznaky splňující diagnostická kritéria mentální anorexie se

vyskytují u 5–8 % chlapců a 9–14 % dívek navštěvujících základní školu (Berksoy, Özyurt, Anıl, Üzüm, & Appak, 2018).

2.1 Body image

Spolu s obavami z obezity koresponduje narušené vnímání vlastního těla, přehlížení a negace závažnosti svého stavu spojeného s nízkou tělesnou hmotností. Postoj k vlastnímu tělu (body image) zahrnuje chápání a hodnocení tělesných proporcí, představu o ideální postavě, váze apod. (Marádová, 2007). Základními složkami tělesného sebepojetí jedince jsou vzhled, zdatnost a zdraví. Vzhled je chápán jako atraktivita vytvářená na základě současného ideálu krásy, vzhledu vrstevníků a požadavků opačného pohlaví. Zdatnost odpovídá funkčnosti a výkonnosti těla. Zdraví v sobě zahrnuje jak psychickou, tak fyzickou stránku, jedná se o celkový pocit tělesné pohody (Fialová & Krch, 2012).

Body image je jednou z prvních charakteristik, které dítě včleňuje do svého self-konceptu. Děti se velmi brzy učí, jak jsou které tělesné proporce hodnoceny společností, a již od čtyř let věku jsou schopny v tomto směru posuzovat nejen sebe, ale i ostatní děti (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003). Hodnocení vlastního těla a spokojenost s ním je důležitým aspektem nejen sebehodnocení a psychického zdraví, ale je i základem vztahu k ostatním členům společnosti, stejně jako chování s ním spojené (Šrajnochrová, 2009). Lidé s negativním body image jsou citlivější na vyobrazování lidí štíhlejších, atraktivnějších, než jsou oni sami, například v reklamách (Novák, 2010). Podle Fialové a Krcha (2012) jsou ženy obecně kritičtější k vlastnímu tělu oproti mužům. Rozdíly ve vnímání svého těla najdeme i u jednotlivých kategorií rozdělených podle míry aktivity životního stylu (například sportovci bývají spokojenější ve všech ohledech hodnocení svého body image) nebo na základě věku (v dětství orientace na výkon, soutěživost, v dospívání nabývá na významu atraktivita, klesá spokojenost).

Body image můžeme chápat v dvojím smyslu, jako tělesné schéma a citový vztah k němu. Z tohoto hlediska je tělesné schéma kognitivním konstruktem, znalostmi, které má člověk o svém těle. Citový vztah odpovídá úrovni spokojenosti s vlastním tělem. Je zároveň vyjádřen podobností mezi tím, jak člověk vnímá své tělo a tím, jaké tělo by chtěl mít. Čím podobnější jsou si tyto dva předobrazy, tím

spokojenější je člověk. Mentální anorexii pak lze diagnostikovat, pokud je body image narušen (Kostecka, Kordyńska, Murawiec, & Kucharska, 2019).

2.2 Faktory ovlivňující vznik a rozvoj

Mentální anorexie není jednodimenzionálním problémem, nýbrž multifaktoriálním komplexním onemocněním. Existují mnohé faktory, které se podílejí jak na vzniku, tak následném rozvoji a udržování poruchy. Z toho to hlediska můžeme faktory rozdělit na predispoziční, spouštěcí a udržující (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Predispoziční faktory jsou okolnosti působící na jedince ještě před vznikem anorexie. Zahrnujeme sem sociokulturní kontext, rodinné fungování a vývoj osobnosti (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Co se týká sociokulturního kontextu, poruchy příjmu potravy se častěji vyskytují v zemích západního světa, kde jsou hodnoty společnosti nastaveny na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání. V této souvislosti je výrazný kult štíhlosti, kdy je štíhlá postava znakem mládí, zdraví, úspěšnosti (Říčan, Krejčířová et al., 2006). V období před vznikem samotné poruchy tak téměř vždy nalezneme pocity frustrace a nespokojenosti týkající se podoby vlastního těla, strach z tloušťky, jakožto faktorů haticího dosažení kýženého úspěchu ať už v oblasti profesní nebo partnerské (Pugnerová & Kvintová, 2016).

K faktorům působícím v rodině řadíme zejména komunikaci. V anamnéze anorektiků lze často pozorovat rigidní, uzavřené rodiny s přední orientací na perfekcionismus a výkon (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Anorexie pak vzniká jako odezva obav z nedostatečného plnění přání a představ rodičů, případně jako následek nepřiměřeného a negativního srovnávání se sourozenci (Pugnerová & Kvintová, 2016). Nepříznivými vlivy v rodině může být taky již existující redukční dieta, u někoho z rodičů či sourozenců, zejména pokud je tímto jídlo neustále komentováno a probírá se, co je správné a co nesprávné jíst (Marádová, 2007).

Vývoj osobnosti bývá typický zvýšenou sebekontrolou a odpovědností k druhým, příkladným chováním, mírnou emoční oploštělostí (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Spouštěcím faktorem je v první řadě samotné adolescentní období a jeho vývojové požadavky a úkoly, jako separačně-individuační procesy, upevňování

vlastní identity či sexuality. Dalšími spouštěči může být dysbalance v rodinné homeostáze nebo somatické onemocnění (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Významným tématem je i prožité trauma, studie ve Spojených státech a Velké Británii ukazují, že u 15–25 % případů poruch příjmu potravy bylo spouštěčem sexuální zneužití (Novák, 2010).

Udržujícími faktory mohou podobné aspekty jako v případě jiných onemocnění. Kromě sekundárního zisku z nemoci či iatrogenních faktorů sem však řadíme i oslabené ego-fungování nebo změny v endokrinní oblasti pacienta (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Faktory ovlivňující celkový průběh mentální anorexie můžeme rozdělit i v rámci bio-psycho-sociálního pojetí, viz tabulka 2 (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Tabulka 2: přehled a rozdělení jednotlivých faktorů

Biologické faktory	Psychologické faktory	Sociální faktory
Chromozomy 1, 2, 13	Osobnostní rysy (perfekcionismus, rigidita)	Kulturní vlivy
Abnormality neurotransmitterů	Nízké sebevědomí	Rodinné vlivy
Hormonální abnormality	Problémy s autonomií	Vliv vrstevníků
Rodinné studie (vyšší míra u potomků osob s MA)	Obavy z dospělosti	Držení diet
Studie dvojčat	Komorbidní psychiatrické poruchy	Stresory (studium, šikana, úmrtí v rodině apod.)

Zdroj: Moskowitz & Weiselberg, 2017, str. 72

Biologické faktory

Z biologického hlediska lze říci, že vznik poruch příjmu potravy je z velké míry podmíněn genetickou informací. Předpokládá se, že genetická zátěž zvyšuje riziko rozvoje anorexie až o 48–74 % (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019). Například mentální anorexie se spíše vyskytne souběžně u jednovaječných dvojčat než u běžných sourozenců. Rovněž je větší riziko vzniku MA u dětí matek, které v těhotenství trpěly touto poruchou příjmu potravy. Zde je však na místě zmínit obtížně rozpoznatelný vliv genetiky a environmentálního prostředí. U studií zkoumajících restriktivní podtyp MA byla zjištěna souvislost rozvoje onemocnění s částí chromozomu 1, při dalším hledání příčin touhy po hubenosti a obsese s ní spojenou, se opět ukázala spojitost s chromozomem 1, dále chromozomem 2 a 13 (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Určité abnormality u jedinců s mentální anorexií lze nalézt také u neurotransmiterů, například sníženou aktivitu 5HT_{2A}² v cingulátu a dalších oblastech. Dále u těchto pacientů můžeme zjišťovat abnormality delta opioidního receptoru, serotoninu a dopaminu (Moskowitz & Weiselberg, 2017). Souvislost rozvoje mentální anorexie můžeme nalézt také s hormonálními změnami v pubertě, zejména u dívek. Zatímco u chlapců zůstává pravděpodobnost vzniku MA stejná, u dívek se s nastupující pubertou rapidně zvedá, čímž poukazuje na potenciální roli estrogenu v počátcích MA (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019).

Psychologické faktory

Za rizikový faktor pro rozvoj mentální anorexie z psychologického hlediska můžeme považovat impulzivitu, perfekcionismus nebo obsedantně-kompulzivní sklony či negativní emocionalitu (Papežová, 2010). Právě vysoká míra negativní emocionality má za následek hojnější prožívání nespokojenosti s vlastním tělem u dívek, a snahou zlepšit si postavu u chlapců. Podobné důsledky mají depresivní sklony, kvůli kterým se muži i ženy považují za méně atraktivní (Novák, 2010). K dalším osobnostním rysům typickým pro jedince s mentální anorexií patří konformita, svědomitost, zaměření na výkon, nejistota, introverze a senzitivita (Vágnerová, 2014).

² 5HT_{2A} je serotoninový receptor (Moskowitz & Weiselberg, 2017)

Dalším aspektem ovlivňujícím rozvoj mentální anorexie v psychologické oblasti je sebevědomí. Podle Nováka (2010) má vyšší sebevědomí protektivní charakter, kdežto snížené vede k přecitlivělosti na kritiku vlastní osoby a labilitě nálad.

Obecně lze říct, že psychologické faktory leží na úrovni silných zásahů do osobnosti jedince, zejména v období dospívání. Může se jednat o dysfunkci v rodině, šikanu zažívanou ve škole či traumata, která vedou k obavám z dospívání a dospělosti, sexuálního života. Mentální anorexie také může být důsledkem neschopnosti se odpoutat od mateřské figury (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Sociální faktory

Sociální faktor vzniku mentální anorexie je zvláště silný u příslušníků rizikových skupin, jakými mohou být sportovci, profesionální tanečníci, lidé ve světě modelingu apod. Ke zjištění, že společenský tlak hraje významnou roli obecně při rozvoji poruch příjmu potravy, přispěly výsledky studií provedených na profesionálních tanečnicích a modelkách. Ve studiích, které uvádí Krch (2005) bylo zjištěno, že narušené postoje k jídlu se objevují u více než třetiny z nich, totéž bylo zjištěno u studentek baletu. Některé studie ukazují, že adolescenti, kteří drží restriktivní diety za účelem přiblížení se ideálu krásy dané společnosti, mají osmnáctkrát vyšší riziko rozvoje poruchy příjmu potravy (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Dalším silným faktorem je samotné pohlaví jedince. U žen je riziko vzniku onemocnění mnohonásobně vyšší, obecně se uvádí, že přibližně 90 % pacientů jsou ženy. Hlavním důvodem se jeví kulturní předobraz žádoucího vzhledu. Zatímco chlapci při dospívání nabírají svalovou hmotu a více se tak přibližují tomu, jak chtějí vypadat, dívky se fyzickým dospíváním naopak vzdalují od médií udávaných vzorů (Krch, 2004).

2.3 Komorbidita

Mentální anorexie, jako poruchy příjmu potravy obecně, ne vždy stojí samy, což je problém v životě postiženého člověka. Můžeme pozorovat komorbidní diagnózy, ať už vzniku PPP předcházely, vnikly spolu s ní, na jejím podkladě nebo v jejím

důsledku. Přehled nejčastějších komorbidních poruch je souhrnně zobrazen v tabulce 3.

Tabulka 3: komorbidní psychiatrické diagnózy k PPP

Komorbidní porucha	Výskyt v %
Spektrum úzkostných poruch	69
Sociální a jiné fobie	44
Posttraumatická stresová porucha	28
Specifické úzkostné poruchy	28
Poruchy osobnosti	69
Afektivní poruchy	49
Spektrum závislostí	22
Autismus	20
ADHD	17

Zdroj: Papežová et al., 2018, str. 132

Častou komorbiditou je u poruch příjmu potravy nějaká forma **závislostní poruchy**. Kromě alkoholové závislosti se můžeme nejčastěji setkat s nadužíváním metamfetaminu (Riegel, Kalina, & Pěč, 2020). Daná závislost může s poruchou příjmu potravy koexistovat, vznikat před jejím rozvojem i při léčení. Drogy plní kompenzační funkci k chuti na jídlo, jsou prostředkem úlevy při náročném snášení omezení přísunu potravy (Papežová, 2010). Až polovina pacientů s poruchami příjmu potravy uvádí souběžnou existenci abúzu drog a alkoholu (Torrens et al., 2017). Mentální anorexie se zdá být silně propojena s nadužíváním léků podporujících hubnutí, to znamená anorektik či laxativ. K užívání jiných drog mají větší tendence pacienti s mentální bulimií. V závislosti na typu PPP se prevalence komorbidního užívání alkoholu a návykových látek pohybuje v rozmezí 17–46 %. Jedná se o podstatný problém, protože u jedinců s poruchami příjmu potravy hrozí metabolický rozvrat, epilepsie, selhání krevního oběhu, rozvoj deprese či psychózy. Zároveň jsou více ohroženi rizikem předávkování (Chládková & Miovský, 2017). Podle studie Kaska et al. (2017), provedené na údajích o 609 mužích s mentální anorexií, při srovnání s běžnou populací vykazuje tato skupina pacientů s MA a souběžnou závislostí na alkoholu a dalších návykových látkách nadměrnou úmrtnost.

Další komorbidní diagnózou při mentální anorexii je **porucha autistického spektra**. Tato duální diagnóza znamená často obtížně překonatelné komplikace

nejen v diagnostice, ale i při terapii. Rizikem je například přehlížení rysů autistického spektra, při Aspergerově syndromu, u dívek s mentální anorexií, což znesnadňuje terapii celkově (Kocourková, Dudová, & Koutek, 2016). Klíčovým aspektem pro terapeutické působení je nalezení a porozumění vztahu mezi PAS a mentální anorexií, protože jde o komorbiditu zhoršující průběh a prognózu onemocnění MA. Přítomnost této vývojové poruchy může mít za následek zvýšenou rigiditu symptomů a behaviorálních projevů, jedinci s poruchou autistického spektra hůře reagují na psychologickou léčbu, vyžadují přizpůsobený a cílený program a zkušenosti terapeuta s tímto typem komorbidit (Kinnaird, Norton, & Tchanturia, 2017). Podle studie Rhind et al. (2014) má přibližně jedna pětina dospívajících s mentální anorexií autistické rysy.

Častými komorbidními diagnózami jsou rovněž **deprese a úzkost**. Je třeba poznamenat, že příznaky deprese a úzkosti mohou často existovat sekundárně k MA a může být obtížné rozlišit primární depresivní a úzkostné poruchy od depresivních a úzkostných symptomů v důsledku podvýživy, jelikož se příznaky překrývají. Například zvýšená únavnost, psychomotorický neklid, podrážděnost, špatná koncentrace a špatná nálada mohou být narušeny depresí, úzkostí i mentální anorexií (Moskowitz & Weiselberg, 2017). Z výsledků studie Kaye et al. (2004) vyplývá, že lidé s poruchami příjmu potravy trpí úzkostnými poruchami o více než 30 % častěji než lidé z neklinické populace. Vzhledem k tomu, že podle dostupných výsledků provedené studie je úzkostná porucha prediktorem touhy po snižování tělesné hmotnosti, se ukazuje, že spíše než důsledkem, jsou úzkostné stavy příčinou rozvoje mentální anorexie (Sala & Levinson, 2016).

Charakteristický je také rozvoj **obsedantně-kompulzivní poruchy**, zejména v souvislosti s perfekcionismem, jakožto častým osobnostním rysem anorektiků. Typickým projevem je neovladatelné nutkání ke cvičení, kdy jedinec už vědomě nechce sám od sebe pokračovat, ale je to jediný způsob, jak ulevit kompulzivním tendencím (Kocourková & Koutek, 2018).

2.4 Dopady na celkové zdraví jedince

Co se týče prognóz u pacientů s PPP, přibližně polovina se jich úspěšně vyléčí, třetina se alespoň zlepší a zbylých 20 % setrvá ve svém stavu nebo se zhorší (Krch, 2004).

Můžeme říct, že PPP má poměrně velkou úmrtnost, která se pohybuje až k 20 % případů (Říčan, Krejčířová et al., 2006), riziko smrti je tak přibližně šestnáctkrát větší než u běžné populace (Papežová, 2012). Pokud bychom se podívali samostatně na mentální anorexii, mortalita je až 8 % (Krch, 2004). Velkou roli v tomto hrají i suicidální myšlenky, nakolik studie ukazují, že 27 % úmrtí s mentální anorexií je výsledkem sebevraždy (Moskowitz & Weiselberg, 2017). Jedinci s mentální anorexií se dožívají průměrně 33 let, do tohoto věku zemře přibližně 5–6 % postižených (Navrátilová & Kalendová, 2019). To potvrzuje i závěr z longitudiální studie, která sledovala pacienty s mentální anorexií propuštěné po léčbě (Gueguen, 2012).

2.4.1 Fyzické příznaky

Jedná se o endokrinní poruchu, která se u žen projevuje amenoreou³, u mužů pak ztrátou sexuálního zájmu a potence. Abnormality mohou vykazovat i hladiny růstových hormonů, kortizolu či vylučování inzulínu (Říčan, Krejčířová et al., 2006).

Mentální anorexie a s ní spojené ubývání tělesné hmotnosti má enormní dopad na fyzické zdraví jedince. Spolu s klesající váhou se objevují potíže ve všech oblastech, anorexie se dotýká každého aspektu zdraví a života jedince. V důsledku snížené hmotnosti je anorektik více citlivý na chlad, zhoršuje se oběh krve v končetinách, což vede k zimnici, promodrání koncových míst těla. Celková cirkulace krve je narušená, zpomaluje se pulz, krevní tlak je nízký, vedoucí k malátnosti a častým synkopám. Projevuje se také osteoporóza, kosti jsou v důsledku oslabení náchylnější ke zlomeninám. V souvislosti s oslabením kostí dochází rovněž k narušení funkce kostní dřeně, která v nedostatečné míře tvoří červené i bílé krvinky, což je příčinou anemických stavů. Problémy se týkají i gastrointestinálního traktu, který je přímo postižen nedostatkem zpracovávané potravy – žaludek se zmenšuje, tvoří se žaludeční vředy, které často přetrvávají i po rekonvalescenci. Také se objevují střevní potíže, v důsledku pomalé peristaltiky pacienti trpí zácpou. Játra z nedostatku výživy přestanou tvořit tělesné proteiny (Marádová, 2007; Papežová, 2012).

³ Oslabení a ztráta menstruačního cyklu (Říčan, Krejčířová et al., 2006)

Přítomnost mentální anorexie vede k opoždění projevu sekundárních pohlavních znaků a opoždění nástupu puberty (Řičan, Krejčířová et al., 2006).

2.4.2 Psychické dopady

Ačkoliv počátky anorektického snažení doprovází často zvýšení sebevědomí, spojené s žádoucím úbytkem váhy, při pokračování se v čím dál větší míře objevuje nejistota a úzkosti, rovněž přibývají depresivní příznaky (Marádová, 2007). Přílišné hladovění negativně ovlivňuje soustředění, pozornost, paměťové procesy, učení (Papežová, 2012), i schopnost účinně chápat a řešit problémy, koncentrace pozornosti se zhoršuje (Marádová, 2007). Změny v psychice jedince mohou vést až k automutilaci a suicidálním myšlenkám i pokusům. Úzkostná porucha je přítomna u více než dvou třetin pacientů s mentální anorexií a obsedantně kompulzivní porucha je přítomna ve více než 40 %. Depresivní poruchy jsou také u pacientů s MA velmi časté (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Jedinci s mentální anorexií mají při akutní fázi onemocnění potíže s neurokognitivním fungováním, což může souviset s klinickým projevem, ale tento stav přetrvává i po zotavení a úpravě hmotnosti. Mezi nejčastěji uváděné přetrvávající deficity patří kognitivní nepružnost, kterou můžeme popsat jako rys zranitelnosti nebo „neuropsychologická jizva“ odrážející škodlivý účinek dlouhodobého hladovění, zejména pokud se jedná o pacienty s dlouholetou historií mentální anorexie (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019). Jak se ukázalo ve studii Kucharske et al. (2019), po absolvování dvanáctitýdenní integrativní terapie⁴ tento dopad mentální anorexie vymizí, je tedy většinou reverzibilní.

2.5 Léčba a prevence

Vzhledem k celkovému ohrožení jedince trpícího mentální anorexií je jeho léčba založena na několika na sebe navazujících krocích. V první řadě je zapotřebí jedince stabilizovat po fyzické stránce, zejména pokud se jedná o silnou podvýživu a je v akutním ohrožení života. Stabilizace je základním krokem k úspěšné léčbě. Pokud je pacient ochoten k psychoterapii, je zde primárním zájmem mu pomoci

⁴ Prvky systémové rodinné terapie, skupinové terapie, arteterapie, psychoedukace, individuální terapie a sociálně kognitivního tréninku ve spojení s kognitivní nápravnou terapií k dosažení efektivnějšího výsledku (Kucharska & et al, 2019)

nahlédnout na příčiny onemocnění a pochopit je. Na to nasedá psychoterapie, která jedinci pomůže změnit jeho zavedené maladaptivní stravovací návyky a celkový životní styl (Marádová, 2007).

Terapie pacientů s mentální anorexií bývá obtížná, vzhledem k tomu, že minimálně na počátku terapie se sami necítí být nemocnými. Prvotním kontaktem je obvykle hospitalizace v důsledku podvýživy. Důležitá je terapie i s rodinou, zejména u mladších pacientů, jelikož je rodina faktorem, který v ideálním případě usnadňuje léčbu a rehabilitaci, bez intervence by ji však mohla zhoršit (Říčan, Krejčířová et al., 2006). Výzkum provedený Pedagem et al. (2018) prokázal pozitivní účinek skupinové kognitivně-behaviorální terapie u skupiny pacientů do 18 let věku. Absolvování programu vedlo u pětiny k okamžité remisi, u dalších 30 % k remisi v následném období.

Primární volbou léčby mentální anorexie je režimová terapie, nutriční poradenství a psychoterapie. Farmakoterapie je přínosná pouze v případě, že pacient navíc trpí úzkostí, depresí či obsedantně-kompulzivní poruchou, jako prostředky tlumení těchto symptomů. Nízké dávky antipsychotik mohou být také účinné pro jedince v akutní fázi anorexie (Čerešňáková, Mareš, Albrecht, Anders, & Papežová, 2018).

Je možné také využít služeb občanského sdružení Anabell, které se zabývá pomocí a podporou jedincům s celým spektrem poruch příjmu potravy i jejich blízkým. Poskytují sociální i terapeutické služby, a to jak ambulantně, tak terénně. Ve sdružení se setkává odborná psychologická pomoc s tou lékařskou a s nutričním poradenstvím (Centrum Anabell, 2021).

2.5.1 Prevence

Preventivním opatřením proti vzniku PPP by se měli věnovat zejména rodiče, jejichž zodpovědností je vhodné působení na dítě zejména v předškolním věku, kdy se vytvářejí základní postoje a hodnoty. Důležité je především pojetí jídelních návyků, podpora zdravého rozvoje sebevědomí, které by nemělo být založeno na váze a vzhledu dítěte. K odhalení již vznikající poruchy by rovněž mělo dojít v rodinném prostředí, kde jsou nejnápadnější projevy jako náhlé změny v chování, jídelníčku, vyšší fyzická aktivita, pokles hmotnosti, koncentrace pozornosti pouze na jídlo a vzhled apod. (Papežová et al., 2018).

Vhodným preventivním působením jsou i programy zaměřené na zdravý životní styl ve škole. Zde by měli žáci získat přehled o příčinách a důsledcích PPP, podpořit je v žádoucích stravovacích návycích, a především vytvoření bezpečného a pozitivního sociálního klimatu ve škole. Základním aspektem preventivního působení je zamezení vzniku strachu z tloušťky (Marádová, 2007).

Podle Papežové (2010) tak můžeme prevenci rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární prevencí jsou výše zmíněné postupy, zejména působení výchovou ke zdravému životnímu stylu v rodině a osvěta ve školství. Sekundární prevence spočívá ve vyhledávání a následnému pozitivnímu ovlivňování jedinců patřících k rizikovým skupinám. Těmi se myslí například lidé trpící obezitou nebo členové skupin sportovců, tanečníků a jiných. Za terciární prevenci považujeme působení na jedince s již projevenou mentální anorexií, a to směrem k jeho úzdravě a zabránění relapsům.

3 SPECIFIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE U MUŽŮ

Poruchy příjmu potravy a zejména mentální anorexii, považujeme za těžké duševní onemocnění, které je obtížně léčitelné. Právě z tohoto důvodu je klíčové pochopení genetického základu, neurobiologie i psychických aspektů této poruchy, aby bylo možno informace stále posouvat kupředu možnosti cílené a účinné léčby (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019). Nicméně velké množství literatury a výzkumů je v souvislosti s poruchami příjmu potravy zaměřeno na ženskou populaci. Tyto poruchy se však nevyhýbají ani mužům, přibližně 10 % pacientů s PPP jsou právě muži (Pugnerová & Kvintová, 2016). Ačkoli i u mentální anorexie se klasicky uvádí desetiprocentní podíl mužů mezi pacienty, některé studie tento údaj zvedají až na 25 % (Wooldridge & Lytle, 2012). Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (Poruchy příjmu potravy, 2018) bylo v roce 2017 v České republice ambulantně léčeno 358 mužů s diagnózou mentální anorexie, v lůžkových zařízeních na psychiatrických pracovištích jich pak bylo hospitalizováno 16, ve věkovém rozmezí 10–64 let.

Z Bjørnstrøma a Göttestamova (2004) šetření provedeného na vzorku 953 chlapců ve věkovém rozmezí 14–15 let vyplývá, že pro tuto věkovou kategorii je prevalence mentální anorexie 0,2 %. Nagata et al. (2017) odhaduje celoživotní prevalenci mentální anorexie u mužské populace na 0,3 %. Reálná prevalence v mužské populaci se však určuje obtížněji, než je tomu u opačného pohlaví, protože muži se méně často dostanou k lékařské pomoci, zejména kvůli studu a strachu ze stigmatizace. Mnoho současných vědců má za to, že postupně zvyšující se čísla mužů s mentální anorexií jsou jen zlomkem toho, kolik jich doopravdy je. Muži byli vynecháni z většiny výzkumů, současně se MA neseťkala s včasným rozpoznáním ze strany nejbližšího okolí a ani profesionálů, kvůli předpojatosti vůči výskytu tohoto onemocnění u mužů. Současně se mužům nedostávalo pomoci ani v centrech léčby poruch příjmu potravy, a to z hlediska většinově čistě ženských skupin a programů zaměřených na ženy. Už samotné prostředí středisek léčby a medializace mentální anorexie jsou cílené na ženy (např.

růžová či květinová výzdoba, chybějící mužské fotky, obrázky v propagačních materiálech apod.). I samotná diagnostická kritéria byla genderově předpojatá, což vedlo ke ztížení diagnostiky mužů (Muhlheim, 2020).

Právě předsudky týkající se mentální anorexie a pohlaví mají za následek inhibici zahájení léčby mezi muži, čímž se pod lékařský dohled dostávají po delší době působení nemoci. Opožděná intervence má za následek horší výsledky (Matthews, Peterson, & Mitan, 2019). Muži také častěji, než ženy, umírají v důsledku mentální anorexie, protože snáze a rychleji ztrácejí tělesný tuk a mají tendenci být diagnostikováni později. Existuje také riziko sebevraždy u chlapců, kteří současně trpí depresemi a jinými psychickými problémy (Frank, nedat.).

Z mnohých zdrojů zaznívá informace o tom, jak moc jsou ženy ovlivňovány vzory krásy a ideality zobrazovanými v médiích. Méně už se však mluví o tom, jak tytéž média působí na mužskou populaci. Je pravdou, že zatímco ženské vzory cílí zejména na štíhlost, ty mužské zobrazují více maskulinní hodnoty, větší objem svalstva. I to ovšem může vést k rozvoji poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie. V uplynulých letech se zvýšil počet časopisů zdůrazňujících žádoucí vzhled mužského těla, najdeme tyto odkazy v popkultuře, reklamách, a i akční postavy pro děti se staly svalnatějšími (Wooldridge & Lytle, 2012). Prvotní upravování stravovacích návyků ve snaze zvýšit příjem bílkovin a omezit ostatní výživové komponenty, spolu s nadměrným cvičením, se může lehce přehoupnout do restriktivních diet vedoucích ke ztrátě hmotnosti (Nagata et al., 2019). Z výzkumu vyplývá, že stejně jako značný počet mladých dívek, se i chlapci se nadměrně zajímají o svou tělesnou hmotnost, přičemž více než 70 % dívek a více než 60 % chlapců, kteří se považovali za obézní, mají podváhu nebo normální váhu (Bjørnstrøm & Götestam, 2004).

3.1 Rizikové faktory

Nejsilnějším faktorem rozvoje mentální anorexie u mužů je **nespokojenost s vlastním tělem**. To můžeme definovat jako výrazné rozdíly mezi skutečným vzhledem a ideálním obrazem těla. Přibližně 50 % mužské populace je nespokojeno se svým tělem, přičemž silná fixace na existující rozdíly vede k prvotní ztrátě kontroly nad jídlem a následné restrikcí v příjmu potravy (Dakanalis et al., 2014). To souvisí s faktorem **svalové dysmorfie**, což je přesvědčení, že postava není

dostatečně štíhlá nebo svalnatá, což je právě rozšířeno zejména u mužů, kteří často touží po velkém objemu svalstva spolu s minimálním obsahem tuku. Touha po takovém těle, které je často nedosažitelné, má za následek změny ve stravování vedoucích až k mentální anorexii (Sangha, Oliffe, Kelly, & McCuaig, 2019).

Rizikovými faktory rozvoje u mužů jsou především **fyzická aktivita**, sporty spojené s regulací tělesné hmotnosti, jako například atletika, tanec, krasobruslení, koňské dostihy. U chlapců se projevuje až fyzická hyperaktivita, intenzivní silový trénink (Fortineau, 2016; Wooldridge & Lytle, 2012).

Ukazuje se rovněž, že významným faktorem je **premorbidní obezita**, ať už současná či přítomná během dospívání. Oproti ženám, které se snaží o redukci váhy z důvodů porušeného body image, muži mají v anamnéze častěji skutečný případ nadváhy či obezity (Novák, 2010). U mužů je přítomna snaha nejen se zbavit přebytečných kil, ale zároveň vytvarovat své tělo, aby odpovídalo maskulinnímu ideálu (Fortineau, 2016). Právě přítomnost objektivní nadváhy dále ztěžuje detekování mentální anorexie, nakolik se váha zdá být adekvátní, ne tak ale prostředky jejího dosažení. Tak nejsou i přes významné úbytky hmotnosti diagnostikováni, až dokud nedojde k projevení zdravotních komplikací a následné, mnohdy urgentní, hospitalizaci (Matthews, Peterson, & Mitan, 2019).

Jedním z faktorů rizika rozvoje by mohla být i **sexuální orientace**. Podle některých studií až polovina mužů pochybuje o své maskulinitě i sociální identitě, přičemž tíhne k homosexuální orientaci (Novák, 2010). Procento homosexuálů v populaci anorektiků je až dvakrát vyšší než v běžné populaci. Wooldridge a Lytle (2012) uvádí, že u příslušníků sexuálních menšin je zvýšené riziko sexuálního zneužívání a mentální anorexie se pak rozvíjí jako copingový mechanismus. Ve studii provedené ve Velké Británii na skupině čtrnáctiletých chlapců se ukázalo, že homosexuální a bisexuální orientace byla spojena s prokazatelně vyšší nespokojeností s vlastním tělem než u heterosexuálních chlapců z kontrolní skupiny. Současně s tím pak členové sexuální menšiny zaznamenávali vyšší koncentraci dysfunkčního stravovacího chování se znaky poruchy příjmu potravy (Gorell & Murray, 2019).

Rizikové faktory nalezneme i v **rodinném vlivu**. Chlapci a muži mají zvýšenou pravděpodobnost výskytu mentální anorexie v případě, že žijí pouze

s jedním rodičem, konkrétně matkou. Podle uskutečněných studií žijí otcové těchto chlapců častěji odděleně nebo zemřeli. Matky se pak ukazují jako příliš kontrolující a ochránářské, v důsledku čehož mají chlapci potíže zvládat požadavky vývojového stádia dospívání a hrozí riziko rozvoje MA (Wooldridge & Lytle, 2012).

3.2 Mezipohlavní rozdíly

Spolu s nedostatkem empirického výzkumu věnovaného výhradně mužské populaci mnoho klinických studií v plném rozsahu nadále vylučuje pacienty mužského pohlaví kvůli jejich předpokládané atypičnosti. I když je množství kvalitativně odlišných znaků mentální anorexie u mužů, stále existuje nedostatečná citlivost při detekování a kvalifikaci projevů této poruchy (Gorell & Murray, 2019). V důsledku toho, že jsou výzkumy tradičně většinově zaměřené na ženy, do značné míry jsou tyto rozdíly ignorovány. Přitom by mohly ovlivnit rozvoj nemoci, léčbu i její účinnost. Ačkoliv je i velké množství příznaků mentální anorexie shodné pro muže i ženy, bez dostatečného zkoumání nelze určit, zda právě ty odlišnosti nejsou klíčem k úspěšnější léčbě MA u mužské populace. Navíc výzkum pohlavních rozdílů naznačuje, že i když muži a ženy vykazují stejné příznaky a příznaky mentální anorexie, cesta k jejímu rozvoji se může u jednotlivých pohlaví lišit (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019).

Jedním z rozdílů v průběhu mentální anorexie mezi muži a ženami je věk vzniku onemocnění. U chlapců ve větší míře nalezneme mentální anorexii s raným začátkem, i před desátým rokem věku. Na druhou stranu, pokud se nemoc neobjeví v dětství, mají muži vyšší riziko rozvoje i v pozdějším věku (Coelho et al., 2018). Gueguen et al. (2012) uvádí jako jeden z rozdílů mezi muži a ženami také délku hospitalizace při léčbě mentální anorexie, která se ukázala být významně kratší u mužů, a to o téměř dvacet dní i při doprovodném terapeutickém programu. Zároveň méně často uváděli probíhající romantický vztah a celkově nižší míru sociální opory.

Menší rozdíly můžeme najít i u některých fyzických projevů a obtíží. Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, mentální anorexie má za následek osteoporózu a zvýšenou lomivost kostí. Avšak zatímco u žen je toto riziko stejné napříč věkovými skupinami, u mužů se projevuje až po čtyřicátém roku věku. I místa největšího oslabení kostí se liší podle pohlaví. U žen se zlomeniny objevují po celém těle, se

zvýšenou koncentrací na kyčle. Muži nejvíce trpí na fraktury obratlů, což má za následek ztíženou hybnost, často i po vyléčení (Nagata, Golden, Leonard, Copelovitch, & Denburg, 2017). Mentální anorexie vede rovněž ke značným poruchám v endokrinním systému. Zatímco u žen se projevuje amenoreou, u mužů klesá hladina testosteronu a způsobuje impotenci a neplodnost. Tento stav navíc může přetrvávat i po opětovném zvýšení hmotnosti (Wooldridge & Lytle, 2012).

Oproti dívkám, které často vypadají nezdravě a mentální anorexie je zjevnější, u chlapců je obtížnější tento stav rozpoznat. Na venek působí zdravěji, navíc chování spojované s úbytkem váhy, v podobě cvičení, byť nadměrného, je pro muže společensky ceněné (Frank, nedat.). Mnoho mužů s mentální anorexií nemusí splňovat kritérium podváhy tak, jak si veřejnost představuje u člověka s MA. Podle Coelho et al. (2018) mohou muži i při ztrátě pětiny své váhy a současných klinických projevech mentální anorexie stále vykazovat BMI v normě vzhledem k výšce, zejména pokud mají v anamnéze premorbidní nadváhu až obezitu. Jak již bylo zmíněno, místo touhy po nadměrné vyhublosti se u mužů s mentální anorexií častěji setkáváme s dietními restrikcemi v zájmu vyrysování svalstva. V souvislosti s tím nalezneme u adolescentních mužů spíše než přání plochého břicha touhu po viditelných břišních svalech (Gorell & Murray, 2019).

3.3 Terapie

Většina programů zaměřených na poruchy příjmu potravy se zaměřuje na dívky, díky nimž se chlapci mohou cítit nevhodně. Existují programy pouze pro muže a doufá se, že s rostoucím povědomím a snižováním stigmat jich bude ještě více. Spíše než zásadní změny v léčbě či přístupu k mužům, jde o to vytvořit pro mužské pacienty přátelské prostředí, ve kterém by se cítili pohodlně a bezpečně během léčby. Studie ukazují, že muži vnímají při terapii dominující ženský prvek, což přispívá k pocitům ostrakizace a odlišnosti. Také informace jim podávané mají ženský charakter a citelně chybí specifické informace pro muže. I obecná stránka dostupných materiálů mluví převážně o ženách a muže zahrnuje do specifické vlastní sekce. To má za následek posilování vnímání mentální anorexie jako ženské choroby, a naopak vymezování mužských pacientů jako atypických a neobvyklých (Kinnaird et al., 2019).

Úskalím léčby mentální anorexie u mužů může být závislost na fyzické aktivitě. Jak již bylo řečeno, u mužů je více než u žen s touto poruchou zaměření na cvičení, posilování, sportovní výkony obecně. I po hospitalizaci a terapii tak u pacientů s MA přetrvává fyzická hyperaktivita, byť na nižší úrovni než předtím, nicméně stále hrozí riziko opětovného rozvoje nemoci (Serneck, Mrevlje, Čarapič, Weber, & Zalar, 2015).

Zdá se, že u mužů je obecně horší prognóza úplné remise z dlouhodobého časového hlediska. Při posouzení výsledků léčby po 8–9 letech byl dobrý stav sledován u 20 % mužů, středně dobrý stav (částečná remise) u 30 % a špatný výsledek (setrvání nebo zhoršení stavu) u celých 50 % mužů. U žen se tato tendence ukazuje být opačnou. Úmrtnost v souvislosti s mentální anorexií byla v dlouhodobé studii zaznamenána vyšší u mužů. Oproti ženám byla mortalita větší o 16 % (Strobel et al., 2018). Výzkum u dospělých nasvědčuje tomu, že muži s MA a komorbidní poruchou mají větší riziko suicidia než ženy. Paralelně k tomu u dospívajících chlapců je MA spojena s častějšími pokusy o sebevraždu, ve srovnání s dívkami, u kterých převažují spíše suicidiální myšlenky (Timko, Defilipp, & Dakanalis, 2019).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Předmětem této magisterské práce je méně prozkoumaná oblast poruch příjmu potravy, konkrétně průběh mentální anorexie u mužů, jelikož velké množství výzkumů se tradičně zaměřuje na ženskou populaci, přičemž poznatky mohou být globalizovány bez ohledu na specifika průběhu onemocnění u mužů.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu této diplomové práce bylo přiblížení problematiky mentální anorexie z pohledu mužů, kterým byla diagnostikována. Konkrétně jsme se zaměřili na klíčové okamžiky rozvoje a průběhu onemocnění a jejího vnímání samotným respondentem. Cílem bylo popsat specifika průběhu onemocnění a terapie mentální anorexie.

4.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cílem výzkumu byly položeny čtyři výzkumné otázky:

VO₁: Jaké faktory se podílely na vzniku onemocnění?

Tato otázka se zaměřuje na porozumění okolnostem vzniku poruchy tak, jak to vnímal respondent.

VO₂: Jakým životním stylem se vyznačovalo období před stanovením diagnózy?

Touto otázkou cílíme na přiblížení průběhu mentální anorexie a jejího zasahování do života jedince.

VO₃: Jakou sociální odezvu vyvolávala přítomnost mentální anorexie?

Účelem otázky je zjistit, jak reagovalo sociální okolí respondenta na přítomnost onemocnění a jak to zpětnovazebně on sám vnímal.

VO₄: Jak respondent hodnotil terapeutické působení?

Otázkou zjišťujeme postoj respondenta k prodělané terapii a jeho zhodnocení přístupu odborníků.

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, metodou sběru bylo polostrukturované interview se zpracováním dat interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA). Tento způsob byl zvolen pro lepší vhled do dané problematiky, nakolik podrobná analýza jednotlivých případů může přinést více informací a kvalitnější porozumění než šetření kvantitativního typu (Hendl, 2016).

5.1 Výzkumný soubor

Jak bylo naznačeno v teoretické části práce, populace mužů s diagnózou mentální anorexie není příliš početná. Vzhledem k tomuto faktu, cílům práce a metody zpracování dat, byla zvolena metoda samovýběru pro získání respondentů, kombinovaná s metodou záměrného výběru. Samovýběr je z principu založen na dobrovolném přihlášení probandů do výzkumu, na základě nabídky uvedené výzkumníkem. Při záměrném výběru se jedná o cílené vyhledávání respondentů, kteří splňují stanovená kritéria pro zkoumanou populaci a jsou zároveň ochotni se zapojit do výzkumu (Miovský, 2009).

Vyhledávání vyhovujících respondentů tedy probíhalo dvojí cestou, nejprve výběrem a následným oslovením pracovišť⁵, s potenciálním výskytem respondentů relevantních k účelům této práce. Touto formou bylo osloveno 86 pracovníků prostřednictvím emailu. V kontaktní zprávě byly zaslány základní informace s představením osoby výzkumníka, důvodem kontaktu, výzkumný problém a požadované charakteristiky potencionálních respondentů. Závěrem byla žádost o komunikování možnosti zapojení se do výzkumu klientům, k čemuž sloužil i přiložený informativní letáček (viz příloha 5) s obecnými informacemi a kontaktními údaji. Tímtéž způsobem bylo kontaktováno i občanské sdružení Anabell. Stejný letáček byl posléze vyvěšen na sociálních sítích, konkrétně na stránkách

⁵ Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice u sv Anny v Brně, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Psychiatrická nemocnice Jihlava, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův brod, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Psychiatrická nemocnice v Opavě, Psychoterapie Anděl Praha, Psychologická poradna Tomanová

s tematikou relevantní tématu práce, ve skupinách předpokládaného výskytu možných probandů.

Spolupráce v podobě předání informací klientům byla přislíbena šesti pracovníky oslovených zařízení. Zbylé odpovědi byly negativní z důvodu raritní povahy zkoumané skupiny, oslovení se v praxi nesečkali s žádným případem vyhovujícím uvedeným kritériím.

Kritérii pro zařazení respondentů do výzkumu byla plnoletost, stanovená diagnóza mentální anorexie dle MKN-10 a stabilizovaný stav po ukončení léčby, terapie. Kritérium plnoletosti bylo zařazeno z důvodu předejití možným etickým překážkám. Lékařem diagnostikovaná mentální anorexie byla vyžadována z důvodu homogenity souboru a omezení zahrnutí předpokládaného nebo mylného předpokladu přítomnosti MA. Stabilizovaný stav byl určen pro eliminaci respondentů v akutní fázi či s rizikem retraumatizace a následného relapsu. Z povahy práce bylo stanoveno i kritérium mužského pohlaví probandů.

Odezva byla zaznamenána od devíti dobrovolníků, nicméně dva byli z výzkumu vyřazeni pro nesplnění kritéria diagnostikované mentální anorexie. Výzkumný soubor nakonec tvořilo sedm respondentů, ve věkovém rozmezí 22–32 let. Bližší charakteristik výzkumného souboru uvádí tabulka 4.

Tabulka 4: charakteristika respondentů

Jméno	Věk	Věk vzniku MA
Jindřich	31	17
Kryštof	30	13
Lukáš	22	16
Milan	26	19
Ondřej	29	13
Pavel	32	24
Richard	28	20

5.2 Metoda sběru dat

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, k vypracování výzkumné části práce byla zvolena technika kvalitativního výzkumu. Podle Miovského (2009, str. 18) jej

můžeme v rámci psychologického šetření charakterizovat jako „přístup využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“.

Za účelem naplnění tématu a na něj vázaných výzkumných otázek byl ke sběru dat použit polostrukturovaný rozhovor. V kvalitativním výzkumu se jedná o jednu z nejčastěji využívaných metod. Výzkumníkem jsou určena témata, kterými se chce zabývat a k nim přiřazené okruhy otázek. Ty však nemají pevné pořadí, to je upravováno podle situace a v návaznosti na přirozenost a plynulost rozhovoru (Miovský, 2009). V tomto výzkumu byly stanoveny okruhy otázek odpovídající výzkumným otázkám položeným v úvodu kapitoly (viz příloha 4). Po předchozí domluvě s respondenty probíhal sběr dat online za využití aplikace Skype, která umožňuje jak zvukový, tak obrazový přenos informací. Délka rozhovorů se pohybovala přibližně v rozmezí 45–60 minut. Po udělení poučeného souhlasu byly rozhovory nahrávány, za účelem následného přepisu.

Rozhovor začínal vždy sběrem základních demografických informací, dále podle předem rozvrženého schématu otázek. Po získání všech informací následovaly otázky na zdroj, odkud se respondent o výzkumu dozvěděl a proč se rozhodl zapojit. Každý účastník měl možnost doplnění toho, co podle něj v rozhovoru chybělo, co by chtěl dodat. Všem byla také nabídnuta možnost dalšího spojení, pokud by se chtěli k tématu vyjádřit dále nebo chtěli něco přidat ke své výpovědi. Tohoto však žádný z respondentů nevyužil.

5.3 Zpracování dat

Interpretativní fenomenologická analýza se snaží o co nejlepší porozumění zkušenosti, kterou nám poskytuje respondent svou výpovědí a nechává nás nahlédnout do problematiky svými očima. V tomto výzkumu bylo přistupováno ke každé výpovědi zvlášť, u každé docházelo k samostatné identifikaci témat, čímž byla zachována individualita přístupu (Řiháček, Čermák, Hytych et al., 2013).

Smith, Flowers a Larkin (2009) udávají obecný postup při analýze jednotlivých případů, kterého jsme se při vyhodnocování získaných dat rovněž přidrželi. Jedná se o šestibodový seznam kroků.

1. **Reflexe výzkumníka** – slouží k uvědomění si vlastní motivace a prekonceptů k danému výzkumu, zajištění transparentnosti, zkušenosti s tématem.
2. **Čtení přepisu rozhovoru** – opakované čtení pomáhá vcítit se do respondentova postavení, pochopení jeho pohledu na problematiku, sžítí se s materiály.
3. **Prvotní poznámky** – otevřenost vůči všem informacím a datům vyplývajícím z analýzy, zachycení zajímavých a podstatných částí.
4. **Rozvíjení témat** – objevení základních témat, očištění od nepotřebných poznámek, pojmenovávání rodících se témat.
5. **Hledání souvislostí napříč tématy** – hledání vzájemného propojení jednotlivých témat, vytváření skupin sdružených témat na základě vzájemného vztahu a vztahu k výzkumným otázkám.
6. **Hledání souvislostí napříč případy** – poslední částí analýzy dat je nalezení společných témat napříč všemi případy.

5.4 Etika výzkumu

Respondentům byl v úvodu setkání dostatečně vysvětlen cíl práce i samotného výzkumu, způsob, jakým bude nakládáno s daty. Už předem jim byl zaslán informovaný souhlas, který byl následně na začátku rozhovoru podepsaný a naskenovaný odeslán zpátky výzkumníkovi. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě podaných informací, zajištění anonymity i při prezentaci výsledků (změna jména, neuvádění bydliště apod.), o možnosti nezodpovědět otázku a kdykoliv rozhovor v jeho průběhu ukončit, případně dodatečně zamezit využití získaných údajů. Této možnosti žádný respondent nevyužil.

Všichni respondenti se výzkumu účastnili dobrovolně, s poučeným souhlasem a pochopením náležitostí výzkumu a využití získaných dat.

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

K analýze dat docházelo podle výše zmíněné osnovy. Všechny rozhovory byly po přepisu a opětovném poslechu nahrávky vytisknuty, s dostatkem místa na vpisování poznámek. Každý rozhovor jsem následně četla opakovaně a zvýrazňovala pasáže, které se zdály být klíčové. K těm jsem na levou stranu papíru připisovala poznámky, zkrácené vyjádření vystihující podstatu sdělení. Po této fázi jsem své poznámky, při současné kontrole skutečného vyjádření respondenta (k zabránění desinterpretace) pojmenovávala obecnějšími pojmy. Ty jsem opatřila každý jinou barvou a sledovala, jak se vynořuje jejich četnost. Poté jsem všechna témata vypsala na odlišný arch papíru a snažila se je seskupit do tematicky podobných okruhů. Při tomto postupu jsem u jednotlivých rozhovorů našla skupinu témat a případně jejich podtémat, spadajících jako podřazené do dané kategorie.

Stejný postup jsem zopakovala u všech výpovědí. Výsledkem bylo pět témat společných pro jednotlivé případy a jedno stěžejní specifické téma pro každého respondenta zvlášť.

Tabulka 5: ukázka tvorby témat

Nárůst sportovních aktivit.	<i>...tak jsem cvičil, no, hodně. Jakože jsem zkoušel všechno, co mi přišlo pod ruku, byl jsem jak blázen. Nejvíc jsem běhal, to mě vždycky bavilo, ale přidal jsem i fitko, cvičení doma, online lekce...A po každém cvičení jsem honem koukal do zrcadla, jestli už je to jako na mě vidět. Fakt jsem měl pocit že jo, že jsem silnější a hezčí. Tak jsem si každou chvilku dokazoval, že to zvládnu ještě líp a výsledek bude ještě lepší.</i>	Závislost
Po cvičení jsem hezčí.		Iluze úspěchu
Dokážu to lépe.		Kontrola

Tabulka 6: ukázka slučování témat

Lichotky	Sociální akceptace
Nalezení nových přátel	
Pozitivní poznámky a narážky	

6.1 Vlastní sebereflexe

Před charakteristikou jednotlivých případů a témat, jež vyvstala díky jejich analýze je na místě uvést vlastní sebereflexi. Smith, Flowers a Larkin (2009) uvádějí, že reflexe osobní zkušenosti a motivace výzkumníka s daným tématem přispívá ke zvýšení kvality výzkumu, nakolik se jedná o důležitou součást analytického procesu.

Ve svém životě jsem se nespočetněkrát setkala s názorem, že mentální anorexie, potažmo poruchy příjmu potravy jako takové, jsou čistě ženskou záležitostí. Za svůj život jsem se setkala s několika ženami trpícími mentální anorexií, ale žádným mužem. Přitom při bližším pohledu jsem však zjistila, že stejné potíže ukrývají za životním stylem tvořeným z nekonečného sledu diet a fyzické aktivity. Přesto však, kde je žena označena za anorektičku, je muž označen za sportovce.

Pokud se jedná o společenské posuzování tělesné konstituce, vnímala jsem rozdíly v přístupu společnosti. Zatímco u žen, jež se zdály být nezdravě hubené, či vykazující známky mentální anorexie, se lidé ptali po příčinách, strachovali se a zjišťovali, zda jim není pomoci, podobný zájem jsem nepostřehla u mužů se stejnými projevy.

V posledních letech jsem se setkala s označením „manorexie“, jakožto jakési mužské obdoby tohoto onemocnění. Vnímala jsem to rozdělení negativně, protože z mého pohledu potvrzuje mínění, že anorexie je ženská porucha a pokud se nějakým nedopatřením vyskytne u muže, jedná se o jiný poddruh, něco, co potřebuje vlastní název. Z tohoto titulu jsem se začala více zajímat o danou problematiku a překvapilo mě, jak málo bylo ve skutečnosti na toto téma zaměřeno výzkumů. V posledních letech jich násobně přibývá, jako odezva na zvyšující se počty anorektiků v ordinacích lékařů i psychologů, což bývá zejména v médiích označováno za nový fenomén.

Z tohoto popudu jsem svou práci zaměřila tímto směrem, z nemalé části také ze zvědavosti, co se mohu dozvědět přímo od respondentů, jaký je jejich pohled na věc, jakými specifiky a zda se vůbec anorexie u mužů odlišuje od té u žen.

6.2 Popis jednotlivých respondentů a jejich případů

V následující části práce jsou popsány jednotlivé případy respondentů, spolu s jedinečnými tématy, která byla identifikována jen v jejich konkrétní výpovědi. Témata společná pro všechny rozhovory jsou předmětem další podkapitoly.

6.2.1 Jindřich

Jindřichovi je 31 let, v současné době žije se spolubydlícími ve sdíleném bytě. Mentální anorexie se u něj začala rozvíjet v období dospívání, během studia na střední škole, přibližně ve věku 17 let. Zprvu chtěl zhubnout jen pár kilo, aby se nestyděl před přáteli. V té době měl dle svých slov pár kilo navíc. První úspěchy se setkaly s pozitivní odezvou z okolí. Povzbuzen těmito úspěchy, ve spojitosti s celkovou náročností období, kdy řešil maturitní zkoušky a nástup na vysokou školu, se více ponořil do snahy o další hubnutí. *„Omezoval jsem se, co můžu jíst a co ne, všechno jsem si vážil, začal jako šílený počítat kalorie, a v tu chvíli jsem na nic jiného nemyslel a nemusel řešit všechny ty blbiny ve škole. Stal se z toho koníček vlastně, bavilo mě to, zkusit se tlačit dál, jako ještě trochu zhubnout, a ještě trochu přidat ve cvičení, aby to bylo ono.“*

Pocítoval hrdost, že se mu daří hodně cvičit, a přitom se zbavovat kil. Dalším podpořením byl fakt, že si našel přítelkyni, která jeho postavu obdivovala a společně se věnovali dalším fitness tréninkům a podobně. Rozchod byl pak pro něj signálem, že by se měl ještě více snažit a propadl nekonečnému kolotoči cvičení a počítání kalorií.

Svůj problém si nepřipouštěl do doby, než jej rodiče přinutí jít do nemocnice, kde byl posléze diagnostikován nejen s mentální anorexií, ale i s depresí. Po tělesné stabilizaci přistoupil na psychoterapii, ve které si našel cestu k uzdravení. *„Měl jsem úžasného psychoterapeuta, ten to se mnou uměl a já slyšel hlavně na jeho*

nenucený tón, a to, jak mi uměl přiblížit všechno co se mi může stát. Postupně jsem začal vidět co jsem se sebou dělal a dostal jsem se z toho.“

Stud

Z Jindřichova projevu bylo jasné, že velkou roli v průběhu anorexie hrál stud. Nejprve se jednalo o popud k hubnutí, kdy měl dojem, že se za své tělo musí stydět před přáteli. Ačkoliv neměl v té době nadváhu, připadalo mu, že oproti ostatním chlapcům působí měkce a nesportovně.

Stejně tak poté, co začal jíst podle striktního jídelníčku a nekonečně cvičit, styděl se toto chování přiznat. Příčinu svého úbytku váhy schovával za vymyšlené zdravotní diety a vegetariánství. *„Když už se mě pak všichni nepříjemně vyptávali, jak to, že pořád hubnu, tak jsem jenom krčil rameny, že asi rostu a k tomu občas nějaká dieta. [...] Nechtěl jsem pak už, aby věděli, co přesně za tím je, když mi kdekdo říkal, ať začnu pořádně jíst.“*

6.2.2 Kryštof

Kryštof je třicetiletý muž, který žije se svým přítelem a jejich psem. Počátky poruchy příjmu potravy na sobě začal pociťovat brzy, přibližně ve třinácti letech. V té době vlivem úrazu a následné dočasné nepohyblivosti přibral, což nesl nelibě jak on, tak jeho matka, která vždy dbala na zdravou stravu a hodně pohybu. *„Jenže máma hneda, že ze mě bude tloušťák a za chvíli se neunesu. To mě dost mrzelo, taky jsem viděl že teda nevypadám přesně jako předtím.“* Následovala epizoda nadměrného cvičení a restrikcí v jídle, vynechávání obědů apod. To trvalo až do konce základní školy, přičemž v tomto životním stylu setrval zejména kvůli pozitivní pozornosti, kterou mu to přinášelo od přátel i rodičů.

Na střední škole pak došlo k útlumu tendencí ke cvičení a hubnutí celkově, Kryštof se začal intenzivně věnovat učení a škole. Výsledkem bylo přijetí na vysokou školu. Při ní si našel brigádu, kde se na jeho osobu po nějaké době vynořila otázka, jestli nepřibral. To spustilo návyky získané v dětství. Začal se zase intenzivně zabývat svým vzhledem, což vedlo až k rozchodu s tehdejšími přítelem. *„Začal jsem to zase řešit a přítele to přestalo bavit, tak se semnou rozešel. No a já to samozřejmě tehdy viděl, jakože jsem tak přibral, že už mě nechce.“*

Skončil i s prací, a volný čas vyplnil výhradně cvičením. To hrálo nejdůležitější roli, sledoval i příjem kalorií a velikost porcí, ale i když si čas od času dovolil narušit rutinu a snědl „něco co neměl“, ve cvičení nepolevil, a ještě více si kompenzoval tento prohřešek. „Hubnul jsem rychle a pořád posouval svoje mety – jako ještě kilo, ještě dvě, a tak pořád dokola.“ Tou dobou mu začalo vypovídat službu tělo, cítil se unavený, motala se mu hlava, třásla s ním zimnice.

Odbornou pomoc mu pomohla vyhledat kamarádka, která o něj projevila starost, a nakonec mu pomohla najít terapii. I když musel terapeuta vystřídat, podařilo se mu najít takového, který mu vyhovoval. Docházel k němu několik let, v současné době jej už nenavštěvuje.

Spouštěč v rodině

Kryštof oproti ostatním respondentům hledal spouštěč svého onemocnění v rodině. Částečnou vinu podle něj nese jeho matka, která své děti, Kryštofa a jeho sestru, hlídala v jídle, zakazovala jim sladkosti a nelibě nesla každé porušení, kterého se jako děti dopustily. Zřejmě zde byl položen základní kámen pozdějšího nezdravého vztahu k jídlu, které Kryštof vnímal jako nepřítele. „U nás se žilo zdravě, máma nechtěla, abychom se cpali nějakýma hnusama, takže největší odměna bylo sušený ovoce, místo sladkostí a podobně.“

Zároveň v době, kdy trochu přibral, se mu dostalo okamžité kritiky z matčiny strany, která podnítila zájem o nadměrný pohyb, s úmyslem co nejrychleji se zbavit příčiny konfliktů v rodině – nadbytečného tuku.

6.2.3 Lukáš

Lukášovi je 22 let a s anorexií se začal potýkat před šesti lety, během studia na střední škole. Chodil na převážně chlapeckou školu, a tak měl podle svých slov spoustu příležitostí ke srovnávání. Přibližně v šestnácti letech mu při hodině tělocviku přišlo na mysl, že zatímco ostatní kluci jsou „chlapi“, vysportovaní a štíhlí, on se vedle nich cítil jako oplácané dítě. Spolu s nejlepším kamarádem se tak rozhodli pro dietu, ve které by se vzájemně podporovali a díky které by shodili přebytečný tuk. „Měl jsem kamaráda, mám kamaráda, co na tom byl podobně, tak jsme si řekli, že ve dvou nám to líp půjde a dohodli se, že teda začneme hubnout. Moc se nám nechtělo do nějakého extra cvičení, tak že jako nejdřív začneme

s *dietou*.“ Po pátrání na internetu vybrali styl čistého stravování (nejí se nic zpracovávaného, jen primární potraviny). Zatímco kamaráda to po pár týdnech přestalo bavit, pořád se hlídat a chystat si vlastní jídlo, Lukáš vytrval, a nakonec si neuměl představit svůj život bez ustavičného hlídání stravy.

Jeho matka se snažila udržet klasickou stravu na jeho jídelníčku, ale Lukáš všechno její jídlo vyhazoval. Postupně se omezoval čím dál víc, až se příjem potravin smrskl na vodu, čisté maso a zeleninu. Tato dieta začala být vidět i na jeho postavě a on si užíval pozornost a lichotky, které mu to přinášelo ze strany spolužáků.

Posléze se rozhodl, že ze svého jídelníčku vyřadí i maso. Tou dobou se začal cítit vyčerpaný a hladový. I přes neustávající pocit hladu cítil potřebu neustále se kontrolovat. Rodiče se jej snažili přinutit ke konzumaci jídla, což vedlo k nekonečným hádkám a hodinám stráveným u jídelního stolu s plným talířem, ze kterého nebyl schopný pozřít ani sousto. *„To se nelíbilo našim, hlavně mamce, tak mi chystala svoje jídlo, ale to jsem házel do koše. [...] Doma už tak nadšení nebyli, mamka vyšilovala, snažila se mě donutit jíst, kolikrát jsem seděl u plného talíře, dokud jí nedošly nervy.“*

Nedostatek živin vedl k celkovému selhání psychiky i organismu. Když už mu bylo nejhůře, sebral odvahu a svěřil se otci. Rodiče ho obratem vzali k lékaři, odkud se dostal s diagnostikovanou mentální anorexií na psychoterapii. Spolu s poruchou příjmu potravy mu byla diagnostikována i deprese. S tou mu pomohla farmaka, na terapii stále dochází k překonání starých stravovacích návyků. Po sérii relapsů se nyní cítí kompetentní k zabránění dalšímu.

Podcasty o zdravém stravování

Inspiraci a návody ke zlepšení jídelníčku hledal Lukáš na internetu, zejména v nejrůznějších podcastech o zdravém stravování. *„[...] pak jsem přestal jíst všechno, co jsem někde našel označené za škodlivé. Sledoval jsem tisíc a jeden podcast o zdravém životním stylu, čistém stravování. Pil jsem jenom vodu, jedl maso, zeleninu nebo sušené ovoce.“* Problémem podle něj je nejen to, že je jich nepřeborné množství, přičemž každý říká a zakazuje něco jiného, ale i to, že se v nich lidé staví ke svému životnímu stylu nekompromisně. To znamená, že pokud je něco, co nedoporučují, zároveň to démonizují, jako něco naprosto nepřijatelného.

Pro Lukáše se tímto způsobem stalo nepříjemných příliš mnoho věcí, což vedlo k nadměrným restrikcím v jídle. Podle něj by se tak potravinoví guru a jiní měli zaměřit i na normalizaci toho, co zrovna není jádrem jejich životního stylu, nebo alespoň předcházeli vyvolávání pocitu viny v někom, kdo je sleduje a nedaří se mu vše 100 % dodržovat.

6.2.4 Milan

Milan je dvacetišestiletý student, kterému se mentální anorexie projevila v devatenácti letech, po prodělání depresivní epizody. Během ní ztratil chuť k jídlu, jenže to pokračovalo i po jejím překonání. Rodiče doufali, že se jedná jen o přechodné období. Milan v té době nastoupil na vysokou školu daleko od svého bydliště, čímž se poprvé v životě ocitl bez rodiny, na vysokoškolských kolejích. Domů jezdil jen málo, a tak rodiče nevěděli, v jakém je stavu. Nejprve se týdny bez jídla projeví „pozitivně“, zvýšeným zájmem přátel a přívalem pochval na adresu jeho postavy. Nikdo netušil, že se za tím skrývá rozvoj poruchy příjmu potravy. *„Nebylo to o tom hubnutí, jenom jsem neměl chuť k jídlu. Moc jsem to neřešil, dokud mi nedošlo, jak často mi lidi říkají, jak mi to sluší.“* Milan se zároveň začal propadat do deprese úměrně s tím, jak málo jedl. Nakonec jeho tělo trápil ohromný hlad, který ale mohl zahnat, protože žaludek po měsících bez adekvátního příjmu stravy stávkoval, po každé konzumaci jídla bylo Milanovi hůř, žaludek se mu obracel naruby a dělalo mu potíže v sobě jídlo udržet a nezvrátit. K tomu se přidaly další fyzické projevy, jako zimnice, bolesti hlavy, třes celého těla či únava. *„Měl jsem hlad a chtěl si aspoň něco dát, ale žaludek jsem měl citlivý a hrozně to bolelo, tak jsem toho radši nechal.“*

Milan se cítil bezmocný, protože mu docházelo, že takto žít dlouho nevydrží, ale dle svých slov nevěděl, kam a na koho se obrátit. Naštěstí pro něj prolomila mlčení jeho kamarádka, která mu pomoc přímo nabídla. Společně našli podpůrnou svépomocnou skupinu pro lidi s mentální anorexií. Tam také začal docházet, byť mu bylo nepříjemné, že je tam jediný muž. *„Hanba mě fackovala, jak jsem tam seděl mezi těma holkama, ale vydržel jsem to a ještě že tak, protože mi to hrozně pomohlo.“* Po pár sezeních, kdy si nebyl jistý, zda je schopný to zvládnout jen s takovou podporou, vyhledal pomoc psychologa. Bohužel si příliš neporozuměli, což vedlo k prohloubení pocitu bezmoci. Po čase si však našel nového, se kterým

dokázal navázat bezpečný vztah a začít budovat mechanismy k překonání svých potíží.

Pocit bezmoci

Milanovým příspěvkem rezonoval pocit bezmoci, který pociťoval od chvíle, kdy si uvědomil, že potřebuje pomoc. Neviděl ale východisko, kam se obrátit a zda bude brán vážně. *„Nevěděl jsem co dělat, jak to mám zastavit. Bylo to jako být v místnosti bez dveří, ať jsem udělal cokoliv, mrsklo mě to zpátky a já už to nechtěl zažívat, ten hlad a strach a bolesti celého těla.“* Měl dojem, že se nedá nic dělat, což vedlo až k suicidálním myšlenkám. I po pokusu o nalezení podpory ze strany psychologa narazil na překážku ve formě nepochopení, a to jej utvrdilo v tom, že se mu nedostane pomoci ani od odborníků, že je ztracený.

6.2.5 Ondřej

Ondřejovi je dvacet devět let a problémy s jídlem začal mít brzy, okolo třinácti let. V dětství trpěl nadváhou, a ve škole se mu proto posmívali. Právě v průběhu sedmé třídy šikana vygradovala ve fyzické násilí, v důsledku čehož jej rodiče přesunuli na jinou školu. Ondřej se v tu dobu zařekl, že přestane jíst, aby se mu už na nové škole nikdo neposmíval. *„Už jsem jim nechtěl dávat záminku. Jasně, tyhle lidi jsem neznal, ale proč by měli být jiní. Tak jsem už preventivně začal urychleně hubnout, abych to nemusel prožívat znova.“* V tu dobu se nevyhnul společným večeřím doma, o víkendů i obědům. Protože neměl, jak se z toho vykroutit, kompenzoval si to naprostým vynecháním všech ostatních jídel. I přesto, že začal hubnout, nešlo to z jeho pohledu dost rychle, tak začal jezdit na kole a přemluvil rodiče k fotbalovému kroužku. Vlivem omezení stravy spolu s pravidelným pohybem začala váha ubývat rychleji, a Ondřej měl konečně pocit, že se mu díky tomu daří ve všech ohledech. Na fotbale si našel kamarády, a když zhubnul ještě víc, začal chodit se svou první láskou. *„A konečně jsem měl dojem, že vím, kam patřím, protože tohle jsem nezažil, ty přátele a dokonce holku! Cítil jsem se jako v nebi, a to jenom proto, že jsem přestal jíst.“*

Po pár týdnech se však rozešli a Ondřej se ponořil více do cvičení. Cvičil, běhal a do tréninků dával všechno. Spolu s tím odmítal jíst jídla, která se podávala doma, což ale vedlo ke konfliktům zejména s matkou, tak začal postupně jídlo schovávat a následně vyhazovat. Tou dobou už hubnul opravdu rychle a objevovaly

se potíže s dechem a výdrží, které ho donutily přestat aktivně hrát fotbal. *„Už jsem klukům nestačil a bylo mi trapně. Rodičům jsem řekl, že už tam nechci chodit a myslím, že jim to začalo být podezřelé, protože jsem tam dřív chodil rád.“*

Rodiče se rozhodli, že je načas vyhledat odbornou pomoc a Ondřeje vzali k lékaři, který je odkázal ke klinickému psychologovi. S tím si rozuměli na první dobrou, dokázal se na Ondřeje efektivně napojit a tím mu pomoci prolomit škodlivé návyky, které si osvojil.

Sám Ondřej říká, že velkou zásluhu na jeho uzdravení má jeho rodina, která jej podporovala a nevyčlenila ho jako „nemocného“ z každodenního života. *„Nenašlapovali kolem mě jako kolem umírajícího, a tak jsem se tak nemusel ani cítit.“*

Šikana jako spouštěč

V Ondřejově případě lze v podstatě určit téměř jednoznačný počátek mentální anorexie, a to v podobě šikany na základní škole. Ta zůstala i ze strany pedagogů neřešená až do posledního stádia, kdy nezbývalo příliš mnoha možností řešení. V Ondřejovi se tak zakořenila neochvějná jistota, že kila navíc jsou příčinou všeho utrpení. *„Nadávali mi všelijak, co vás napadne, předváděli, jak chodím, jak se na mně co kde třese. [...] a já to nenáviděl, nesnášel jsem je, sebe i svoje špeky.“* Držel se mentální anorexie jako jediného východiska, které nevedlo k ponížení či napadání ze strany vrstevníků.

6.2.6 Pavel

Pavlovi je 32 let, oproti ostatním respondentům se u něj projevila mentální anorexie později, po studiu na vysoké škole, když mu bylo 24. Konec školy pro něj byl obdobím nejistoty, nemohl sehnat práci a náhle se ocitl v mezidobí, kdy mu další jednání už neurčovala škola, jak to bylo doposud a měl pocit, že ztrácí kontrolu. *„Byla to taková ironie. Nevěděl jsem, co si počít se životem, ale věděl jsem přesně – teď si dám kousek masa se zeleninou. A teď už nic. Teď můžu nízkotučný jogurt. A teď nebudu jíst ani ten. A měl jsem dobrý pocit, protože jsem to úspěšně plnil.“* Právě tento pocit, pocit nedostatku kontroly, u něj vedl k rozvoji anorexie. Podle svých slov chtěl mít pocit, že alespoň něco ve svém životě může ovlivnit a mít nad tím moc. Zároveň se musel nastěhovat ke svým rodičům, se kterými nemá příliš

dobré vztahy. I z tohoto pramenil pocit frustrace, který přebíjel nejen přísnějšími restrikcemi v jídle, ale i nadměrným cvičením. Nejprve začal běhat, a následně si v nedalekém fitness centru zajistil členství a chodil na většinu dostupných kurzů, jen aby se nepřestal hýbat. *„Někdy jsem ráno vyběhl z domu a vrátil se až po obědě. Mělo to několik výhod – nemusel jsem doma sedět s otcem, cítil jsem se pak líp, a ještě šla dolů nějaká kila.“*

Váha rychle ubývala a Pavel měl ze sebe dobrý pocit, cítil se ve své kůži a silný. Rád obdivoval své tělo v zrcadlech a měl radost při vážení, když viděl, jak je číslo na ní pokaždé nižší.

Když ale dosáhl kritického bodu, kdy se přátelé začali zajímat, zda je v pořádku a jemu samotnému začalo být hůř a sport už mu nepřinášel radost, ale bolest, vyhledal pomoc, terapeutku. Ta se bohužel do té doby s mužem s mentální anorexií nesešla a nedokázala mu účinně pomoci. *„Vůbec nevěděla, co se mnou, mám dojem, že ani nezvažovala anorexii nebo co. Vypadnul jsem odtamtud a měl jsem v hlavě větší zmatek než předtím.“* Pavel pokračoval ve svých návycích, cvičení a omezování jídla, až nakonec skončil v nemocnici s nasogastrickou sondou. S nalezenou diagnózou přijal své potíže lépe, když je uměl pojmenovat. I přes to, že po propuštění z nemocnice a hledání nového terapeuta došlo k několika relapsům, Pavel našel terapeuta, se kterým se dodnes setkává a podle svých slov našel pozitivní vztah k jídlu i svému tělu.

Pocit nepatřičnosti

V Pavlovi se velmi dlouho držel zahořklý pocit vůči první osobě, u které se rozhodl hledat odbornou pomoc. Ačkoliv mentální anorexie u mužů není tak běžným jevem v psychologických ordinacích, její odmítání a snaha zlehčit jeho problém jej v té době zmátla, rozhodila a znejistila v tom, zda opravdu pomoc potřebuje, zpětně ji vnímá spíše jako neprofesionální a nejen neadekvátní, ale i život ohrožující. Kvůli této zkušenosti mu trvalo o to déle se dalším terapeutům otevřít, což vedlo ke zmíněným relapsům a protahování doby terapie. *„I když jsem pak chodil jinam, tak jsem měl dojem, že jsem nějaký nenormální, když si i psychologka myslela, že nemůžu mít anorexii. To mi bránilo se pořádně opřít do té terapie, strach že budu za podivína a zmatek, jestli teda skutečně něčím trpím nebo si to nalhávám.“*

6.2.7 Richard

Richardovi je 28 let a s anorexií začal bojovat při studiu na univerzitě. Během prvního ročníku našel partu kamarádů, se kterými chodil na všechny akce, které se poblíž vyskytly. Alkohol, občasné braní drog a neadekvátní stravovací návyky vedly k samovolné ztrátě váhy. To mu vysloužilo uznání a obdiv přátel i dívek v barech, takže se z nevědomého hubnutí stalo něco, na co zaměřil všechnu svou pozornost ve snaze být ještě přitažlivější. Začal cvičit a hlídat si, co jí, aby nepřekročil přísun kalorií, který si určil. Přiznává, že si uvědomoval, že to není zdravé, ale nevěděl, jak jinak si udržet postavu a za žádnou cenu nechtěl ztloustnout. *„Když jsem jednou začal, nemohl jsem toho nechat. Byl jsem jak křeček v kolečku, chycený. Jídlo, sport, jídlo, sport. Pořád dokola.“*

Během pár měsíců ztratil spoustu váhy. Přátelé i rodina si toho všimli a ptali se, proč pořádně nejí, snažili se ho donutit přestat cvičit. *„Byl to boj, každá návštěva byla o tom samém – jak jím, co jím, jestli spím, proč ještě cvičím, proč víc nejím, jestli se nevidím, jak vypadám. Měl jsem toho akorát plné zuby.“* Richard se ale nenechal odradit, a raději začal nosit volné oblečení, ve snaze zakrýt úbytek váhy a přerušil většinu kontaktů s přáteli, omezil i návštěvy rodiny.

Podvyživený, s permanentní zimnicí, vypadáváním vlasů, jednoho dne ve škole zkolaboval. Probudil se v nemocnici, připojený na hadičky. Lékaři mu řekli, že se k nim dostal za pět minut dvanáct. Takové sdělení mu otevřelo oči a začal se zajímat o možnosti terapie. Měl dojem, že jako muže s mentální anorexií ho nikdo nebude brát vážně nebo mu to nebudou věřit. *„Sám jsem se nebral vážně, tak jak by mohl někdo jiný. Ale nakonec to nebylo tak hrozné a já mohl setřepat ten hloupý pocit.“* Naštěstí pro něj našel vhodného terapeuta a svépomocnou skupinu, kde se mu podařilo osvojit zdravější návyky a vyvarovat se relapsů.

Strach z odsouzení

Důvod toho, proč Richard odkládal i po kolapsu začátek terapie byl ten, že se bál odsouzení. Měl pocit, že anorexie je čistě ženská nemoc, a v důsledku toho jej budou považovat za divného, nebo podezřívát z toho, že na sebe chce pouze strhnout pozornost. *„Já jsem teda nikdy neslyšel, že by měl chlap anorexii. Před očima jsem viděl jenom ty holky jak tyčky a neuměl jsem se do toho napasovat. Bylo*

to *absurdní*.“ Zároveň vnímal neobvyklost svého chování, a proto se nechtěl nikomu svěřovat, aby nebyl ostatními tvrdě souzen.

6.3 Společná témata

Náplní této kapitoly je výsledná syntéza témat, která se objevila v provedených rozhovorech. Analýzou výpovědí respondentů bylo zjištěno pět hlavních témat, která jsou společná pro všechny výše uvedené případy a poskytují tak celkový náhled na danou problematiku. Jednotlivá témata jsou uvedena na konkrétních příkladech výpovědí respondentů, některá s dalšími podtématy, která dovysvětlují charakter tématu.

6.3.1 Pozvolný rozvoj

Když jsem se u respondentů ptala po počátečních fázích rozvoje mentální anorexie, shodně zmínili nenápadný, plíživý rozvoj, kdy se zdálo téměř nemožné jednoznačné určení zlomového bodu. Jak bylo výše zmíněno v jednotlivých případech, každý nakonec našel větší či menší milník, od kterého lze datovat své onemocnění. Zároveň ale zůstává faktem, že tento bod mohou odhalit až při zpětném pohledu. V reálném čase se anorexie stávala součástí jejich běžného života postupně a nepozorovaně.

Milan: *„[...] jak jsem nejedl už docela dlouho předtím, tak jsem v tom jenom pokračoval a nebyla to pro mě změna, že třeba od TED přestávám jíst.“*

Richard: *„Bylo to samo od sebe. Moc jsem se o sebe nestaral a najednou jsem byl lehčí a hubenější.“*

Z podstaty tohoto onemocnění se nově získané návyky vázané s abnormálním úbytkem váhy stávaly novým pojetím **normality** v respondentově životě. Anorexie se postupně včleňovala do osobnostních charakteristik jedince, až bylo pro něj nemožné diferencovat odlišnosti od života před nástupem onemocnění.

Jindřich: *„...mě to nijak jinak ani nepřišlo. Prostě jsem cvičil a hlídal si jídlo, ne že bych musel, ale protože to tak bylo správně, a nepřišlo mi to nějak divné.“*

V některých případech lze dokonce pohnutky k hubnutí označit za **racionální počátek**. Ať byly okolnosti jakékoliv, respondent nehodlal začít duševní poruchu, ale upravit svou váhu, která byla objektivně, byť nepříliš, vyšší než běžná v poměru

k výšce. Tento rozumem zdůvodněný impuls se však záhy překlopil do stavu ohrožujícího zdraví.

Kryštof: „[...] protože jak jsem těch pár týdnů jenom seděl a jedl, tak to šlo vidět, no, tak jsem si říkal, že to půjde dolů tak, abych vypadal tak jak předtím.“

Zároveň lze mentální anorexii považovat za jakýsi **copingový mechanismus** v životě jedince. Tímto způsobem vlivem učení se upnutí na stravovací návyky stává účinným únikem z všední reality a jejích problémů.

Ondřej: „Řešilo to všechny problém, jak jsem to tehdy viděl. Stačilo nejíst a začít se hýbat, mohl jsem se tomu věnovat a ještě jsem tím získával popularitu.“

Pavel: „Nechtěl jsem se upínat k tomu, co se mi dělo v životě, bylo toho nad hlavu a já nevěděl, za který konec potáhnout, aby se to zlepšilo. A když jsem se začal věnovat jídlu a posilování, zjistil jsem, že na nic jiného tolik nemyslím. Byl jsem nadšený, jak lehce jsem z hlavy dostal všechno ostatní.“

6.3.2 Sociální akceptace a udržování

Velkým tématem ve všech rozhovorech byla společenská stránka anorexie. Zatímco někde mohl být spouštěčem sociální tlak buď ze strany vrstevníků či sociálních médií a jejím prostřednictvím prezentace ideálu mužské krásy, ve všech případech shodně vedl úbytek váhy ke zvýšení akceptace ve společenském kruhu. Počáteční stádia hubnutí se setkávala s kladnou odezvou ze širokého okolí, která utvrzovala respondenty ve správnosti jejich počínání. I poté, co se přehoupili do pásma podváhy se stále od přátel, méně pak od rodiny, dozvídali, jak je jejich proměna úžasná a žádoucí.

Jindřich: „Všichni kolem mě měli taky radost, a taky to bývalo to první, co mi řekli – ty jo, vypadáš teď skvěle! V tu chvíli jsem vždycky vyrostl o půl metru, byl jsem na sebe pyšný, že taky vidí všechnu tu dřinu a že se jim to líbí.“

Milan: „Přátelé si toho taky všimli (pozn. hubnutí) a někteří byli nadšení, ostatní měli zase starost, protože já byl docela tenký i předtím a teď jsem byl ještě víc.“

Některá vyjádření měla i konkrétní podoby, označující předchozí vzhled za nelichotivý apod, což vedlo k vytvoření **iluze úspěchu**. V tomto smyslu byla štíhlá

postava ztotožňována s úspěchem a přijetím ve společnosti. Jedinec si touto formou udržoval anorektické návyky jako obranu před návratem do „neúspěšné“ podoby. Spolu s tím se pak každá kritika či nežádoucí změna a událost v životě spojila s pocitem, že ztráta váhy bude účinným řešením.

Kryštof: *„...mě se zas líbilo, že vypadám jinak než ostatní kluci, užíval jsem si tu pozornost. Myslel jsem, že mě mají rádi pro to, jak vypadám.“*

Lukáš: *„Ale i tak jsem pokračoval, a vážil si všechno, koukal do zrcadla, jestli mám pořád ploché břicho, protože jsem měl v hlavě tu část, co pořád říkala, že jestli přiberu, jak budu jako koule a že když budu hubený, bude to lepší a budu se líbit.“*

6.3.3 Kontrola

Onemocnění se ukázalo jako příčina i důsledek kontroly. Na straně příčiny se jedná o snahu uchopit pevně alespoň jeden konkrétní aspekt života, pokud měl jedinec pocit, že v jiných oblastech se mu to nedaří. Zaměření na jídlo, ve smyslu počítání příjmu kalorií, omezování škodlivých a nežádoucích potravin, stejně jako orientace na cvičení, je pak důsledkem přehnané touhy dokázat, že má daný aspekt pevně ve svých rukách. Anorexie je pak zpětnovazebně i důsledkem kontroly, protože po nějaké době už zaběhnuté návyky nedovolí jedinci prolomit kruh nekonečného cvičení a omezování stravy, který si sám nastavil a nedokáže přestat kontrolovat cokoli co je s tím spjato, protože to pociťuje jako selhání.

Pavel: *„Měl jsem naprosto přesně nastavené pravidla. Nejenom jídla, ale i pohybu. Dělal jsem si rozpisy, dokud mi to nepřešlo do krve a já to neznal i z paměti. Pořád jsem to upravoval a pokaždé, když jsem to nějak vylepšil, to nebyl důvod k radosti, ale ke změně těch pravidel. Pak jsem už se nemohl vrátit, protože bych to porušil a neuspěl.“*

Při nastavování pravidel, kterými se jedinec s mentální anorexií řídí, vzniká určitá **závislost**. Z výpovědí opakovaně vyplynulo, že zejména cvičení postupně získávalo charakter závislosti, kdy si respondenti již nedokázali odepřít fyzickou aktivitu, bez ní psychicky strádali. Typická byla také gradace až k absurdnímu počtu hodin strávených nejčastěji během či jinými druhy sportovních činností, nebo vyplňování doslova každé volné chvíle alespoň dílčími cviky.

Jindřich: *„To nebylo jenom o cvičení někde ve fitku, jak byl čas, tak jsem udělal pár dřepů nebo kliků, místo chůze jsem neustále běhal a popobíhal.“*

Kryštof: *„Skončil jsem s brigádou, abych měl víc času, a pak jsem cvičil a cvičil a cvičil, dokonce jsem přestal chodit ven s přáteli.“*

6.3.4 Střet s realitou

V důsledku toho, že se jednotlivé aspekty onemocnění stávaly postupně každodenní realitou, jedinec si většinou dopady svého chování vůbec nepřipouštěl. Jakékoliv posuzování ze strany okolí, přátel či rodiny, které se neslučovalo s jeho subjektivním názorem pak buď ignoroval nebo přijímal jako kritiku, snahu o jeho devaluaci či považoval za následek nepochopení jeho životního stylu.

Richard: *„[...] nechápal jsem, kde to v nich bere. Mě bylo fajn, proč to tak řešili. Nerozuměl jsem tomu a jenom mě to štvalo.“*

K příslovečnému otevření očí pak docházelo ve dvou případech, a to buď zhoršením fyzických dopadů na zdraví jedince, jako vypadávání vlasů, třas, zimnice, bolesti kloubů, zad, hlavy, impotence, závratě a další, nebo přímým kontaktem s lékařem po nástupu do nemocnice.

Kryštof: *„Pak mi začalo být zle. Myslím celkově, ale hlavně se mi pořád motala hlava, byl jsem unavený, nezahřál jsem se ani pod několika vrstvama oblečení.“*

Lukáš: *„Cítil jsem se hrozně a pak jsem se z toho složil, jako psychicky. Byla mi zima, byl jsem unavený, měl jsem špatnou pleť a měl jsem toho po krk, tak jsem šel za tátou a rozbřečel se...“*

Sdělení, jak blízko k úmrtí se nacházel pak dokázalo změnit nazírání na sebe i nemoc v dostatečné míře na to, aby jedinec vyhledal další odbornou pomoc.

Jindřich: *„Vůbec mě nenapadlo, že bych měl nějaký problém, dokud jsem neskončil v nemocnici. [...] Postupně jsem začal vidět, co jsem se sebou dělal a dostal se z toho.“*

6.3.5 Přijetí terapeutem

Velkým milníkem v průběhu léčby mentální anorexie byl pocit přijetí ze strany osobnosti terapeuta. Pokud k němu nedošlo, byla spolupráce s tímto konkrétním odborníkem prakticky znemožněna a v zásadě byla ztížena i komunikace s někým dalším.

Milan: *„Trvalo mi týdny se odhodlat a někam zajít a pak to byla rána pod pás, když mi došlo, že mi to nepomůže. [...] No a pak mě kamarádka donutila to zkusit znova, s někým novým, a já zjistil, že to může jít a že to půjde.“*

Prvotní setkání s pomocí se neseťkalo vždy s otevřeným přístupem ani ze strany respondenta. Postupný obrat nastával po navázání vztahu a zejména při seznamování se s možnými riziky a dopady mentální anorexie na život. Jelikož v té době už byli ve fázi, kdy se chtěli sami aktivně léčit, takové informace dopadaly na úrodnou půdu. Na další setrvání v terapii měla velký vliv i sociální opora, pocíťovaná přízeň a podpora nejen rodiny, ale i přátel.

Ondřej: *„Přišel jsem k super chlapovi. Působil jako autorita, ale ne tak moc, abych se bál nebo styděl, tak akorát. Nejednal se mnou jako s děckem, i když jsem byl [...] taky jsem se k němu dostal rychle, tak to šlo ráz na ráz. Rychle jsem k němu našel cestu a on mi hodně pomohl. Za to jsem mu vděčný.“*

7 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Na základě sebraných informací, jejich analýzy a interpretace se pokusíme co nejdůležitěji odpovědět na položené výzkumné otázky.

VO₁: Jaké faktory se podílely na vzniku onemocnění?

Výsledky tohoto výzkumu poukazují na multifaktoriální základ mentální anorexie. Pro respondenty bylo obtížné určit jednoznačný faktor, který by u nich spustil rozvoj onemocnění. Silným motivátorem však bylo sociální srovnávání, ve smyslu hodnocení vlastního těla na základě hodnocení vzhledu ostatních, zejména vrstevníků. V této sociální bublině se pak sami zhodnotili jako nedostačující žadanému standardu, což vedlo k nastartování změny stravovacích návyků i zvýšení fyzické aktivity, tedy změny životního stylu obecně.

Dalším hojně zastoupeným faktorem zjištěným v tomto výzkumu byl celkově nepříznivé životní období provázené stresem, úzkostmi či depresemi. Porucha příjmu potravy se pak vyvinula jako copingový mechanismus zvládnání dané situace. Pro většinu respondentů to bylo období dospívání a s ním spojené požadavky daného vývojového období, zejména ukončení školní docházky nebo nástup na novou školu.

Můžeme také říct, že odrazovým můstkem byl v nějaké formě racionální důvod, jako objektivní mírná nadváha, touha po zdravějším životním stylu, zlepšení kondice. Tento faktor pak v téměř nezměněné formě provázel respondenty po dobu trvání mentální anorexie. Právě jeho rigidita je faktorem, který podporuje rozvoj onemocnění.

VO₂: Jakým životním stylem se vyznačovalo období před stanovením diagnózy?

Velkou roli v životě respondentů, v období rozvinuté mentální anorexie, před stanovením diagnózy a odbornou pomocí, hrála kontrola. Její přítomnost můžeme nalézt ve všech aspektech života. Rozvinula se jako důsledek výše zmíněného copingového mechanismu, respektive jako jeho prostředek. Kontrola souvisí

zejména s restrikcemi v jídle, projevuje se neustálým hlídáním velikosti porce, počítáním přijímaných kalorií a přezkoumávání vhodnosti potravin ke konzumaci.

Další oblastí, která se stala středobodem každodenní reality respondentů bylo nadměrné cvičení. To v některých případech dosahovalo forem závislosti či dokonce obsese. Fyzická aktivita přešla z frekvence několika hodin párkrát do týdne na několik hodin denně. Stala se náplní každé volné chvíle a jedinec nebyl schopný přestat i přes rostoucí unavitelnost a zvyšující se námahu potřebnou k uskutečnění této činnosti.

Při zpětném pohledu si respondenti uvědomovali odlišnosti svého tehdejšího chování, v době akutního průběhu mentální anorexie si však své chování a myšlení normalizovali, což souviselo s pozvolným nástupem poruchy. Svůj životní styl tedy považovali většinou za běžný, a ne vždy pociťovali výrazné změny oproti předchozímu stavu či při srovnání s přáteli.

VO₃: Jakou sociální odezvu vyvolávala přítomnost mentální anorexie?

Odpověď na tuto otázku je zapotřebí rozdělit do dvou období, ve kterých se reakce společnosti diametrálně odlišovaly. Počátky mentální anorexie se ve všech případech setkaly s velmi pozitivní sociální odezvou okolí. Lichotky, pochvaly a obdiv se dostavovaly nejen od přátel či členů rodiny, ale i od širšího okruhu lidí, jako spolužáci, se kterými se dříve příliš nebavili nebo od rodinných známých a podobně. Tato sociální akceptace trvala do okamžiku zjevnějšího projevení dopadů mentální anorexie, když došlo ke zřetelné vyhublosti, tělesnému třesu a dalším.

V pozdější fázi mentální anorexie se tak sociální odezva změnila spíše v konflikty s blízkými, což bylo důsledkem jejich obav a snahou donutit respondenta přehodnotit svůj životní styl. V tomto období se tak z pohledu probanda on sám setkával s nepochopením a odsuzováním. To nebylo vždy jen domnělé, jelikož právě z řad širšího okolí, které jej dříve chválilo, zněly posměšky a urážky na jeho vizáž.

VO₄: Jak respondent hodnotil terapeutické působení?

Velkou překážkou pro účinné terapeutické působení bylo časté nepochopení ze strany terapeuta. Respondenti měli potíže najít vhodného, „toho pravého“, zejména kvůli nezkušenosti daných odborníků s výskytem mentální anorexie

u mužů. To znemožňovalo vytvoření bezpečné a přátelské atmosféry nezbytné pro kvalitní pomoc. Nicméně po nalezení vhodného terapeuta jej respondenti vnímali jako nepostradatelnou část své remise a pozitivní bod svého života. Za zmínku stojí i nekonformnost s obecným zaměřením dostupných materiálů i přístupů, které cílí na ženy. Například chybějící mužský element v zařízeních specializovaných na poruchy příjmu potravy nebo v pomocných skupinách.

8 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá zkušeností mužů s diagnózou mentální anorexie, s jejím vznikem, průběhem a následnou terapií. Z provedené analýzy vyústilo pět témat, která se prolínala všemi skutečněnými rozhovory a týkala se jednotlivých aspektů poruchy v kontextu životní situace. Okruhy zájmu byly faktory vzniku, specifika životního stylu, ve smyslu jídelních restrikcí či fyzické aktivity, spojených s rozvíjející se mentální anorexií, reakce sociálního prostředí jedince a vnímané hodnocení a přínos terapie. Zjištěná témata i z nich plynoucí odpovědi na v úvodu položené výzkumné otázky lze porovnat s již provedenými výzkumy na toto téma.

Sociální srovnávání je opakovaně zjišťovaným faktorem vzniku mentální anorexie i jejího udržování. V našem výzkumu se jednalo o jeden z nejsilnějších motivátorů k zahájení restriktivních diet. Respondenti pociťovali nespokojenost ve spojení s vlastním vnímaným vzhledem při porovnávání s vrstevníky stejného pohlaví. Dearden a Mulgrew (2013) jednoznačně identifikovali stres a tlak ze strany ostatních lidí jako klíčový faktor rozvoje a upevňování stravovacích návyků v souvislosti s mentální anorexií. Stejně tak Drummond (2002) poukázal na to, že muži nejsou imunní vůči stejným kulturním představám o ideálním těle, které působí na ženy. Můžeme říct, že s tímto souvisí i faktor studu, který se ukázal být signifikantním spouštěčem u jednoho z respondentů našeho výzkumu. Stud přispívá k vnímání sebe sama jako neatraktivního v očích druhých, je spjatý se strachem z odmítnutí a negativního hodnocení. Mentální anorexie se pak rozvíjí jako důsledek defenzivního chování. Hanbu však můžeme chápat i v širším kontextu jako motivátor k udržování rigidně nastavených pravidel ve stravování a aktivním pohybu, nakolik by jejich porušení vedlo k pocitům studu z neúspěšnosti (Grabhorn, Stenner, Stangier, & Kaufhold, 2006).

Co se týče premorbidní nadváhy jako spouštěče vzniku a rozvoje mentální anorexie, Matthews, Peterson a Mittan (2019) potvrzují, že se jedná o rizikový faktor, který navíc přispívá k horšímu odhalení průběhu mentální anorexie.

Často zjišťovaným rizikovým faktorem je perfekcionismus v osobnosti jedince s mentální anorexií. Tento fakt dokládají výsledky mnoha studií, zejména

pokud se perfekcionismus spojí s nadměrným zájmem o vlastní tělo (Machado, Gonçalves, Martins, Hoek & Machado, 2014; Pike et al. 2008; Wade et al., 2008). Ve výzkumu v této práci se však podobný údaj neprokázal, žádný z respondentů nezmínil tuto vlastnost, pravděpodobně v závislosti na malém výzkumném souboru.

Nadměrnou kontrolu a přijetí mentální anorexie jako normality, jako jedny z hlavních aspektů udržování poruchy zjistil i Drummond (2002) ve své studii. Muži s touto diagnózou podle něj přijímají mentální anorexii jako součást jejich mužství, protože dokazuje, že jsou schopni si zadat i téměř nesplnitelné cíle a úspěšně je plnit. Dalším aspektem byl rozvoj mentální anorexie jako copingového mechanismu, což ve své studii popisují Pettersen, Wallin a Björk (2016). Muži přijali mentální anorexii jako alternativu ke svému životu, který shledávali chaotickým či nepříznivým. V tomto smyslu popisovali MA jako jejich „nejlepšího přítele“, se kterým šlo vše snadněji.

U respondentů se shodně ukazovala nadměrná fyzická aktivita jako součást životního stylu spojeného s mentální anorexií. Tato potřeba pohybu gradovala až ve formu závislosti, kdy si nebyli schopni představit den bez několika hodin cvičení. Jedná se o běžný důsledek mentální anorexie, který je přítomen v klinickém obrazu jak mužů, tak žen. Studie provedená na ženách s mentální anorexií autorů Achamrah, Coëffier a Déchelotte (2016) ukazuje, že 80 % pacientů s tímto typem poruchy vykazuje hyperaktivní chování, které souvisí se zvýšením hladiny úzkosti a deprese. I takové tendence je možné pozorovat v našem výzkumu, kdy většina respondentů uváděla depresivní či úzkostné stavy.

Během analýzy dat se ukázalo, že prohlubování příznaků vede obvykle mezi jedincem s MA a jeho blízkými ke konfliktům. Vzhledem k tomu, že ve většině případů přijímají své nově nabyté stravovací návyky i fyzickou aktivitu jako běžný stav, vede to k pocitům nepochopení a odmítnutí a narušení sociálních vztahů. Via et al. (2015) zjistili, že pacienti s mentální anorexií věnují zvýšenou pozornost právě negativním reakcím okolí, což zvyšuje a prohlubuje patologický stav, upevňuje přesvědčení o správnosti svého chování.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že respondenti mnohdy pociťovali nekonformnost v důsledku obecného zaměření léčby na ženy, jak v některých přístupech terapeutů, svépomocných skupin či dostupných informací. Ke stejnému zjištění

dospěli ve své studii Kinnaird, Norton, Pimblett a Stewart (2019), kteří u svých respondentů dospěli k závěru, že současné léčebné prostředí vytváří riziko vytvoření pocitu odlišnosti nebo atypičnosti kvůli spojení mentální anorexie a mužského pohlaví. U některých účastníků jejich studie to vedlo ke snížení sebevědomí, v krajním případě k negativní sebereflexi. Většina účastníků by také ocenila více mužských lékařů a mužů obecně v léčebném prostředí. Ke snížení stigmatu a obav z diagnózy u mužů by podle Woodsida (2002) mohlo přispět zvyšování povědomí o jejím výskytu u mužů. Ve studii, kterou provedli Kinnaird, Norton a Tchanturia (2017), se rovněž prokázalo, že pro pacienty může být obtížné zahájit léčbu, pokud vnímají, že lékař nerozuměl jejich potřebám. Tato studie také zdůraznila, že kliničtí lékaři, kteří nemají předchozí zkušenosti, mohou mít menší zkušenosti v přizpůsobení léčby pro muže.

Hlavním limitem výzkumu provedeného v této práci je nízký počet respondentů. Ten je sice podle Řiháčka, Čermáka, Hytycha et al. (2013) k účelům práce dostatečný, nicméně větší výzkumný soubor by přinesl výrazné obohacení získaných informací a prostor pro ukotvení získaných témat v kontextu častějšího výskytu. Ačkoliv je populace mužů s mentální anorexií méně početná, při oslovení většího množství institucí a pracovníků, kteří s nimi přicházejí do styku, a prodloužení doby získávání respondentů, by bylo možné tento nedostatek eliminovat. Dalším limitem je realizace rozhovorů online. Prezenční setkání by mohlo mít vliv na osobnější atmosféru rozhovoru a větší sdílnost respondentů, digitální spojení navíc přináší různá rizika jako opožděný zvukový výstup či nedostatečná diferenciací neverbální komunikace v důsledku nekvalitního připojení. V této práci bylo k tomuto typu spojení přistoupeno z důvodu pandemické situace, která ve fázi sběru dat odrazovala respondenty od osobního setkání.

Toto téma v tuzemských kruzích vyžaduje rozsáhlejší šetření, nakolik jsou dostupné studie zahraničního charakteru, kde se mentální anorexii u mužů výzkumy věnují již delší dobu. Vhodným rozšířením by bylo výzkumné působení na větší výzkumný soubor, k zachycení dalších významných témat a k podpoření těch současných. Další výzkumy by se také mohly soustředit odborníky, kteří s těmito muži přicházejí do styku, zejména na záchytných pracovištích a zjištění celkové informovanosti a přístupu k nim, jelikož se ukázaly mezery právě v této oblasti.

9 ZÁVĚR

Cílem práce bylo přiblížit a zmapovat rozvoj a průběh mentální anorexie u mužů, se zaměřením na faktory vzniku, specifika průběhu, sociální odezvu a hodnocení terapeutického působení při rekonvalescenci.

Z tohoto hlediska lze říci, že vznik mentální anorexie, ačkoliv podmíněn multifaktoriálně, je z velké části ovlivněn hodnocením vlastního těla ve srovnání s vrstevníky, a dopadem náročnosti zvládnání vývojových úkolů ukládaných daným vývojovým stádiem, zejména dospíváním.

Průběhem onemocnění rezonuje hlavně touha po kontrole, která se odráží ve všech aspektech života, především pak ve stravovacích návycích a fyzické aktivitě.

Sociální opora hraje důležitou roli zejména v prvotních fázích, kdy v souvislosti s akceptací a pozitivním hodnocením dosažených změn dochází k vnitřnímu zpevnování přesvědčení o správnosti vlastního jednání. V pozdějších fázích se sociální odezva mění v protipól, který nutí jedince udržovat obranný postoj a dochází k zažívání pocitu nepochopení a odsouzení.

Odbornou pomoc, i přes počáteční obtíže v nalezení správného terapeuta, vnímali respondenti kladně, jako něco, co jim pomohlo se odrazit a začít nový život. Negativně komentovali jen nezkušenost některých terapeutů s mentální anorexií u mužů a z toho plynoucí neadekvátnosti jejich přístupu a také obecnou nepatřičnost pramenící z převahy ženské energie ve všech ohledech terapie a pomoci celkově.

10 SOUHRN

Náplní diplomové magisterské práce je fenomén mentální anorexie vyskytující se u mužského pohlaví. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části se pozornost věnuje jednotlivým charakteristikám mentální anorexie, výzkumná část se zabývá provedeným zkoumáním prožívání mentální anorexie u konkrétních respondentů zapojených do výzkumu.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly, které postupují svým zaměřením od obecnějšího ukotvení tématu k užší profilaci na specifické uchopení problematiky. V první kapitole se čtenář seznámí s obecnou problematikou poruch příjmu potravy a stručnou charakteristikou jedinců, u kterých se jednotlivé podtypy vyskytují. Dále v kapitole nalezneme rozdělení poruch příjmu potravy podle MKN-10 (2018) a krátký popis nejčastěji se vyskytujících typů poruch. Je tady věnován prostor mentální bulimii, psychogennímu přejídání a v současnosti stále hojněji se objevující bigorexii a ortorexii. Mentální anorexii tato kapitola popisuje pouze v krátkosti, obecným popisem, s ohledem na téma další kapitoly, která se jí věnuje podrobněji.

Druhá kapitola se tedy zabývá konkrétně mentální anorexií, popisu jejího klinického obrazu, faktorů vzniku, častých komorbidních diagnóz a okrajově i léčby a prevence. Mentální anorexie je zde vymezena v rámci definice a diagnostickými kritérii podle DSM-5 (Raboch et al., 2015). Důležitými údaji jsou hodnoty prevalence, kterou Papežová et al. (2018) udává na 0,5–2,2 % u žen a 0,3 % u mužů. Kapitola se zabývá i faktory, jež ovlivňují vznik a rozvoj, které můžeme dělit podle Říčana, Krejčířové et al. (2006) na predispoziční, spouštěcí a udržovací, či podle Moskowitzové a Weiselberga (2017) na biologické, psychologické a sociální. Pozornost je věnována i častým komorbidním diagnózám, jako jsou závislostní poruchy (Chládková & Miovský, 2017), poruchy autistického spektra (Kinnaird, Norton, & Tchanturia, 2017), deprese a úzkost (Moskowitz & Weiselberg, 2017) a obsedantně-kompulzivní poruchy (Kocourková & Koutek, 2018). V neposlední řadě mají svůj prostor i fyzické a psychické dopady mentální anorexie na život a zdraví jedince, a formy léčby a prevence.

Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na specifika mentální anorexie u mužů, kteří tvoří podle různých zdrojů 10–25 % pacientů s touto poruchou (Pugnerová & Kvintová, 2016; Wooldridge & Lytle, 2012). Obsahem kapitoly jsou tak výzkumy zaměřené na zjišťování rizikových faktorů rozvoje u mužské populace, významné rozdíly mezi pohlavími (např. věk nástupu onemocnění, fyzické projevy, mortalita), a terapii.

Výzkumná část si dává za cíl přiblížit danou problematiku z pohledu a zkušeností mužů, kterým byla mentální anorexie diagnostikována, popsat specifika jejího průběhu a terapie. V této souvislosti byly položeny čtyři výzkumné otázky, zaměřující se na faktory vzniku poruchy, životní styl doprovázející průběh mentální anorexie před kontaktem s lékařem, sociální odezvu vyvolávající přítomnost onemocnění a zhodnocení terapeutického působení. Vzhledem k povaze výzkumu jsme zvolili kvalitativní přístup, se sběrem dat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, jehož výstupy byly zpracovány interpretativní fenomenologickou analýzou.

K výběru výzkumného souboru byly využity metody samovýběru a záměrného výběru. Touto cestou se podařilo získat sedm respondentů, ve věku 22-32 let, kteří splňovali kritéria zařazení do výzkumu a to plnoletost, diagnózu mentální anorexie dle MKN-10 a stabilizovaný stav po dokončení léčby a terapie. S nimi byl proveden rozhovor, při využití předem připraveného schématu otázek, formou online setkání přes platformu Skype, s připojením jak zvukového, tak obrazového přenosu, rozhovor se po předchozí domluvě nahrával, pro účel přepisu a kvalitnějšího zpracování dat. Délka žádného rozhovoru nepřesáhla hranici jedné hodiny. Účastníkům byl předložen informovaný souhlas, který byl všemi akceptován při současném opakovaném vysvětlení náležitostí práce, výzkumu a způsobu zpracování dat.

Analýzou získaných dat bylo objeveno pět společných témat, v každém rozhovoru se také vynořilo jedno téma specifické pro daného respondenta. Tématy byl pozvolný rozvoj, sociální akceptace, kontrola, střet s realitou a přijetí terapeutem. Pozvolný rozvoj charakterizuje nenápadnost, s jakou mentální anorexie vznikala a uchycovala se v životě jedince, stávala se novým pojetím normality či copingovým mechanismem pro zvládnutí nepříznivé životní situace. Sociální akceptace znamená odezvu, jakou přinesla mentální anorexie do života

respondenta, která byla zejména zpočátku velmi pozitivní a podporovala upevňování nově získaných návyků v každodenní rutině a také zpevnění iluze úspěchu, tedy že štíhlé tělo je zárukou oblíbenosti a úspěchu. Téma kontrola popisuje přísný režim, který si respondenti ukládali k dodržování, který vedl až k závislosti podobnému chování směrem k fyzické aktivitě a stravovacím návykům. Střet s realitou je již počátkem cesty k úzdavě, kdy dosavadní problémy byly konfrontovány s fakty nedozírných dopadů mentální anorexie na zdraví jedince, což jej obvykle přimělo k rozhodnutí řešit nastalou situaci. Posledním tématem bylo přijetí terapeutem, prezentující klíčový okamžik léčby, bez kterého bylo téměř znemožněno v ní pokračovat.

Pomocí analýzy rozhovorů bylo možné odpovědět i na položené výzkumné otázky. Jako faktory vzniku byly označeny nejčastěji sociální srovnávání s vrstevníky, nepříznivé životní období a v menší míře také racionální důvody, jako nadváha. Životní styl spojený s mentální anorexií se vyznačoval restrikcemi v jídle, nadměrným cvičením, pocity normality svého chování. Na poli sociálních interakcí přinášelo onemocnění zprvu výrazně kladné reakce, následované konflikty a obavami ze strany blízkých a případně i odsuzování ze strany cizích lidí. Terapeutické působení bylo hodnoceno velmi kladně, jako klíčový zásah do vnímání situace, nicméně, než k tomuto došlo, respondenti vnímali časté nepochopení od svých prvních psychoterapeutů a chybějící mužský element v přístupu i obecných informacích, které se jim dostávaly.

LITERATURA

- Achamrah, N., Coëffier, M., & Déchelotte, P. (2016). Physical activity in patients with anorexia nervosa, *Nutrition Reviews*, 74(5), 301-311.
- Berksoy, E. A., Özyurt, G., Anıl, M., Üzüm, Ö., & Appak, Y. Ç. (2018). Can pediatricians recognize eating disorders? a case study of early-onset anorexia nervosa in male child. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 499-502.
- Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, G. K. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors*, 5(1), 13-25.
- Centrum Anabell. (2002–2021). O nás. Načteno březem 2021, z Anabell: <http://www.centrum-anabell.cz/cz/o-nas>
- Coelho, J. S. et al. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 6(40), 1-12.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: Portál.
- Čerešňáková, S., Mareš, T., Albrecht, J., Anders, M., & Papežová, H. (2018). Je transkraniální stimulace stejnosměrným proudem novou nadějí v léčbě mentální anorexie? *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(4), 164-169.
- Dakanalis, A., Timko, C., Favagrossa, L., Riva, G., Zanetti, M., & Clerici, M. (2014). Why do only a minority of men report severe levels of eating disorder symptomatology, when so many report substantial body dissatisfaction? examination of exacerbating factors. *Eating disorders*, 22(4), 292-305.
- Dearden, A & Mulgrew, K. E. (2013). Service provision for men with eating issues in Australia: an analysis of organizations, practitioners' and men's experiences, *Australian Social Work*, 66(4), 590-606.
- Drummond, M. (2002). Men, Body Image, and Eating Disorders. *International Journal of Men's Health*, 1(1), 79-93.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
- Fortineau, J. (2016). Anorexie mentale de l'adolescent: Addiction au décharnement ou distorsion du culte de la beauté ? *Perspectives Psy*, 55(3), 151-157.

- Frank, C. (nedat.). *Boys and Eating Disorders*. Načteno z Child Mind Institute: <https://childmind.org/article/boys-and-eating-disorders/>
- Fraňková, S., & Dvořáková-Janů, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.
- Gorell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4), 641-651.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: the mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 12-19.
- Gueguen, J. et al. (2012). Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *The International journal of eating disorders*, 45(4), 537-545.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Hřivnová, M. (2014). *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chládková, N., & Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), 22-32.
- Kask, J., Ramklint, M., Kolia, N., Panagiotakos, D., Ekblom, A., Ekselius, L., & Papadopulos, F. C. (2017). Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychological Medicine*, 47(8), 1489-1499.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Kinnaird, E. et al. (2019). "There's nothing there for guys". Do men with eating disorders want treatment adaptations? a qualitative study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(5), 845-852.

- Kinnaird, E., Norton, C., & Tchanturia, K. (2017). Clinicians' views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-8.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2018). Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie. *Česko-slovenská pediatrie*, 73(5), 320-323.
- Kocourková, J., Dudová, I., & Koutek, J. (2016). Souvisí poruchy příjmu potravy s poruchami autistického spektra? *Československá psychologie*, 60(1), 88-93.
- Kostecka, B., Kordyńska, K., Murawiec, S., & Kucharska, K. (2019). Distorted body image in women and men suffering from Anorexia Nervosa – a literature review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 21(1), 13-21.
- Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 14-16.
- Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Kucharska, K., & et al. (2019). The improvement in neurocognitive functioning in anorexia nervosa adolescents throughout the integrative model of psychotherapy including cognitive remediation therapy. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-11.
- Lorenzon, L. F., Minossi, P. B., & Pegolo, G. E. (2020). Ortorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes e adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(2), 117-125.
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: a portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 243-251.
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrny dětí.
- Matthews, A., Peterson, C. M., & Mitan, L. (2019). Adolescent males with atypical anorexia nervosa and premorbid obesity: three case reports. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(5), 963-937.

- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70-84.
- Muhlheim, L. (13. Listopad 2020). *Understanding Male Eating Disorders*. Načteno z Verywell Mind: <https://www.verywellmind.com/male-eating-disorders-4140606>
- Nagata, J. M. et al. (2019). Predictors of muscularity-oriented disordered eating behaviors in U.S. young adults: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1380-1388.
- Nagata, J. M., Golden, N. H., Leonard, M. B., Copelovitch, L., & Denburg, M. R. (2017). Assessment of sex differences in fracture risk among patients with anorexia nervosa: a population-based cohort study using the health improvement network: sex differences in fracture risk among patients with anorexia nervosa. *Journal of Bone and Mineral Research*, 32(5), 1082-1089.
- Navrátilová, M., & Kalendová, M. (2019). Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace, shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. *Česko-slovenská pediatrie*, 74(5), 290-300.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm.
- Orel, M. et al. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3. vyd.). Praha: Grada.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.

- Papežová, H., et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1443–1453.
- Pedago, P. et al. (2018). Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-behavioral therapy in Brazilian adolescents with anorexia nervosa. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(3), 57-60.
- Pettersen, G., Wallin, K., & Björk, T. (2016). How do males recover from eating disorders? An interview study. *BMJ Open*, 6(8), 1-8.
- Poruchy příjmu potravy*. (23. říjen 2018). Načteno z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vyznamna-temata--poruchy-prijmu-potravy>
- Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Rhind, C. et al. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Molecular Autism*, 5(1), 1-9.
- Riegel, P., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4. vyd.). Praha: Grada.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sala, M., & Levinson, C. A. (2016). The longitudinal relationship between worry and disordered eating: Is worry a precursor or consequence of disordered eating? *Eating Behaviors*, 23, 28-32.

- Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis, and Treatment. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 1-12.
- Sernec, K., Mrevlje, G. V., Čarapič, J., Weber, U., & Zalar, B. (2015). Male anorexia and bulimia nervosa: disorder symptoms and impulsive behaviour during hospital treatment and one year follow-up period. *Psychiatria Danubina*, 27(3), 242-249.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage.
- Strobel, C. et al. (2018). Short- and long-term outcome of males treated for anorexia nervosa: a review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 541-552.
- Šrajnochrová, S. (2009). Body image a stravovací zvyklosti dětí staršího školního věku. *Škola a zdraví*, 21, 169-180.
- Timko, A. C., Defilipp, L., & Dakanalis, A. (2019). Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Current psychiatry reports*, 21(1).
- Torrens, M., Mestre-Pinto, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě. Překlad publikace EMCDDA*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Via, E. et al. (2015). Abnormal social reward responses in anorexia nervosa: an fmri study. *PLOS ONE*, 10(7), 1-20.
- Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., FMedSci, Wray, N. R. et al. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 239–244.
- Woodside, D. B. (2002). Eating disorders in men: An overview. *Healthy Weight Journal*, 16, 52–55.

- Wooldridge, T., & Lytle, P. (2012). An Overview of Anorexia Nervosa in Males. *Eating disorders, 20*, 368-378.
- Yelođlu, . H. (2018). Bigorexia: diagnosis and treatment approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 28*, 324.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Seznam použitých zkratk
2. Seznam tabulek
3. Informovaný souhlas
4. Struktura otázek k rozhovoru
5. Informativní letáček
6. Abstrakt v českém jazyce
7. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 1

Seznam použitých zkratk

BMI.....body mass index

DSM-5.....diagnostický a statistický manuál, 5. revize

PAS.....poruchy autistického spektra

PPP.....poruchy příjmu potravy

MA.....mentální anorexie

MKN-10.....mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

Příloha 2

Seznam tabulek

Tabulka 1: rozdělení poruch příjmu potravy podle MKN-10	8
Tabulka 2: přehled a rozdělení jednotlivých faktorů	17
Tabulka 3: komorbidní psychiatrické diagnózy k PPP	20
Tabulka 4: charakteristika respondentů.....	35
Tabulka 5: ukázka tvorby témat.....	38
Tabulka 6: ukázka slučování témat	39

Příloha 3

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Mentální anorexie u mužů

Autor práce: Bc. Kristýna Macháčová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, PhD.

Způsob realizace: Online spojení přes platformu Skype

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti na výzkumu „Mentální anorexie u mužů“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4

Struktura otázek k rozhovoru

Obecné informace

- Věk, vzdělání, společná domácnost, zaměstnání

Fáze vzniku mentální anorexie a změny životního stylu

- V kolika letech jste se začal intenzivně zajímat o svůj vzhled?
- Jaké byly prvotní fáze, které později vedly z rozvinutí MA?
- Co bylo impulsem, spouštěčem, k hubnutí/nadměrnému cvičení?
- Vnímali jste nějaké nároky okolí (vrstevníků, rodičů) na váš vzhled?
- Co vás podporovalo, povzbuzovalo, v dalším snažení o změnu vzhledu?
- Sdílel jste s někým svůj nový životní styl (společné tréninky apod.)?

Vnímání sociální opory

- Cítil jste potřebu skrývat své návyky před okolím?
- Kdy se o vaši proměnu začala zajímat rodina/přátelé?
- Vedla nastalá situace ke konfliktům?
- Snažil se vás někdo dotlačit k jídlu, zákazu cvičení apod?
- Jaké reakce okolí vám onemocnění přineslo?
- Jak se k celé situaci stavěli přátelé/rodina?

Hodnocení lékařského/ terapeutického působení

- Kdy poprvé padl návrh k lékařskému řešení? Jaká byla vaše reakce?
- Jak probíhal první kontakt s lékařem?
- Jakou formou probíhala léčba/terapie?
- Co s odstupem času vnímáte jako pro vás nejpřínosnější?
- Čím/jakým přístupem si k vám terapeut našel cestu, navázal vztah?
- Jaký byl váš přístup k terapii v průběhu času?
- Našel jste si k terapii cestu, vztah, co vedlo ke spolupráci?
- Co vám pomáhalo v setrvání v terapii?
- Co vám napomáhala i po ukončení terapie, abyste se nevrátil do počáteční fáze?

VÝZKUM K DIPLOMOVÉ PRÁCI

MENTÁLNÍ ANOREXIE U MUŽŮ

V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE HLEDÁM
DOBROVOLNÍKY, KTEŘÍ BY BYLI OCHOTNI SE
FORMOU ROZHOVORU PODĚLIT O SVÉ
ZKUŠENOSTI.

Koho hledám?

Plnoleté muže, kteří absolvovali léčbu mentální anorexie.

O co se jedná?

Rozhovor je zaměřený na získání základních informací o průběhu
léčby a vlastních zkušenostech dobrovolníka.

Kdy a kde?

Sběr dat bude probíhat do poloviny března tohoto roku. Rozhovor
může po domluvě probíhat online formou nebo při osobním
setkání.

*

E-MAIL: [REDACTED]

TEL.: [REDACTED]

VÝZKUM JE ZCEĽA ANONYMNÍ, V SOULADU S
PŘEDPISY GDPR.

Příloha 6

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Mentální anorexie u mužů

Autor práce: Bc. Kristýna Macháčová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 67; 124 090

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 70

Abstrakt: diplomová práce se zabývá fenoménem mentální anorexie u mužů. V teoretické části ji uvádí v kontextu poruch příjmu potravy, spolu s ostatními nejčastěji se vyskytujícími se poruchami z této kategorie. Dále se zaměřuje na uchopení důležitých aspektů onemocnění, jako jsou příčiny vzniku, prevalence a dopady na zdraví a život jedince. Ve výzkumné části jsou uvedeny výsledky kvalitativního šetření provedeného na sedmi mužích, ve věkovém rozmezí 22–32 let, kteří si v životě prošli mentální anorexií a s ní spojenými obtížemi i její terapií. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy byla nalezena témata pozvolného rozvoje, sociální akceptace, kontroly, střetu s realitou a přijetí terapeutem, která se ukázala být jako hlavní při vnímané zkušenosti s mentální anorexií. V rámci výzkumu bylo také zodpovězeno na otázky nejčastěji se vyskytujících faktorů vzniku, životního stylu spojeného s průběhem onemocnění, vnímané sociální odezvy a hodnocení terapeutického působení.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, muži

Příloha 7

ABSTRACT OF THESIS

Title: Anorexia nervosa in males

Author: Bc. Kristýna Macháčová

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 67; 124 090

Number of appendices: 7

Number of references: 70

Abstract: the diploma thesis deals with the phenomenon of anorexia nervosa in males. The theoretical part presents it in the context of eating disorders, along with other most common disorders in this category. It also focuses on grasping important aspects of the anorexia nervosa, the causes, prevalence and impacts on the health and life of the men. The research part presents the results of a qualitative survey conducted on seven men, aged 22–32 years, who have experienced anorexia nervosa and the associated difficulties and its therapy. Using interpretative phenomenological analysis, the topics of gradual development, social acceptance, control, conflict with reality and acceptance by a therapist were found, which has been shown to be major in the perceived experience of anorexia nervosa. The research also answered questions about the most common factors of origin, lifestyle associated with the course of the disease, perceived social responses and evaluation of therapeutic effects.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, males