Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ POLITIKA

Autor: Nela Melkesová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Hana Konečná, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *„Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi“* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2017 **……**

Nela Melkesová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Haně Konečné, Ph.D. za vynaložený čas, odbornou pomoc a cenné rady při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům, kteří mi ochotně poskytli rozhovor.

Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi

Abstrakt

Praktická část bakalářské práce si klade za úkol naplnění dvou cílů. Prvním cílem bylo zmapovat, zda zvládnutý boj s mentální anorexií se nějak promítá do života vyléčených žen, a pokud ano, pak jak. Druhým cílem bylo zjistit u cílové populace názory na možnosti využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života. Pro dosažení cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí? Jak může sociální pracovník podpořit pacienty v remisi při začlenění do běžného života?

Pro realizaci výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. K získání dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s dospělými ženami, které překonaly akutní fázi anorexie, jsou v remisi a začleňují se do běžného života. Rozhovor byl veden „tváří v tvář." Další metodou získávání dat bylo pozorování. Zkoumanou skupinou bylo pět žen. Jednotlivé rozhovory s nimi byly vedeny v zimě 2016.

Metodou zpracování dat byla tvorba biografií a dále kvalitativní obsahová analýza dle Zakotvené teorie (grounded theory). Výsledky prezentuji dvojím způsobem, první část jsou příběhy žen, druhá část jsou odpovědi na výzkumné otázky.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že mentální anorexie ve většině případů neovlivňuje nijak významně život vyléčených žen. Z výpovědí vyplývá, že tyto ženy pomoc sociálního pracovníka nežádají, a to zejména ze dvou důvodů. Ženy nevěděly, kde takovouto pomoc hledat, a také nebyly schopny přijmout pomoc od cizích lidí.

Moje bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro sociální pracovníky a pro odborníky v oblasti poruch příjmu potravy.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy; mentální anorexie; léčba; prevence; trvalé následky

Health and psychosocial aspects of mental anorexia patients with remission

Abstract

The practical part of the bachelor thesis is focused on two goals. The first one is to map if the fight with mental anorexia influences the real life of healed women and if yes – find out how. The second goal is to map the opinions of chosen population on use of methods and techniques of social work with support their inclusion to normal life. After reaching goals research questions were set up: How mental anorexia influenced current life of women who had this illness? How can social worker support patients in remitted with inclusion to normal life?

The research strategy is quantity research. To get the data, method of semi-structured interview with grown up women who went successfully through anorexia and are currently getting to normal life. The interview was lead „face to face." Another method of getting data was observation. Examined group were five women. Individual interviews with them were finished in winter 2016.

Method of data processing was to make biographies, the second one was quality content analysis according to grounded theory. The results are presented with double ways. The first one is answers of women, the second one is their stories.

From research results we can say that mental anorexia does not influence life of healed women in the vast majority of cases. From the answers we can say that these women does not want help from social workers, especially for two reasons. Women did not know where to seek for this kind of help and they would not be able to accept help from foreign people.

My bachelor thesis could serve as a source of material for social workers and professionals in the field of eating disorder.

Key words

eating disorders; Mental anorexia; therapy; prevention; permanent consequences

Obsah

Obsah 6
Úvod 8
1 Současný stav 10
1.1 Mentální anorexie 10
1.1.1 Nebulimický (restriktivní) typ 12
1.1.2 Bulimický (purgativní) typ 12
1.2 Chronická mentální anorexie 12
1.3 Historie mentální anorexie 13
1.4 Spouštěče a příčiny mentální anorexie 13
1.4.1 Udržující faktory 15
1.5 Příznaky a důsledky onemocnění 15
1.5.1 Fyzické změny 16
1.5.2 Psychické změny 16
1.5.3 Změny v chování 17
1.6 Léčba 17
1.6.1 Motivace k léčbě 19
1.6.2 Odborná ambulantní léčba 20
1.6.3 Hospitalizace 20
1.6.4 Svépomoc, svépomocné podpůrné skupiny a jiné organizace 20
1.6.5 Nutricionista 21
1.6.6 Mentální anorexie a linka důvěry 21
1.6.7 Mentální anorexie a krizové centrum 22
1.6.8 Nejčastější psychoterapeutické přístupy 22
1.7 Prevence 24
1.8 Život po anorexii, trvalé následky 25
1.9 Body mass index (BMI) 26
2 Cíl práce 27
2.1 Výzkumné otázky 27
2.2 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce 27
3 Metodika výzkumu 28
3.1 Použité metody a techniky výzkumu 28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 29

3.3 Realizace výzkumu 29
4 Výsledky 31
4.1 Příběhy 31
4.1.1 Příběh I 31
4.1.2 Příběh II 34
4.1.3 Příběh III 38
4.1.4 Příběh IV 41
4.1.5 Příběh V 45
4.2 Odpovědi na výzkumné otázky 48
4.2.1 Jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí? 49
4.2.2 Jak může sociální pracovník podpořit pacientky v remisi při začleňování do běžného života? 50
5 Diskuse 53
Závěr 57
Použitá literatura 59
Seznam příloh 63
Seznam zkratek 64

Úvod

Téma mé bakalářské práce je Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi.

Poruchy příjmu potravy jsou v současné době ve středu zájmu odborníků. Málo se ale ví o životě těch, kteří boj s nemocí úspěšně zvládli a žijí „běžný“ život bez kontaktu s odborníky, přestože se nemoc považuje za nemoc z okruhu závislostí, tedy za problém celoživotní. Málo kterého člověka neovlivní vážná nemoc do budoucna. Anorexie patří mezi nemoci, které nelze zcela vyléčit. Pořád se může kdykoliv v jejich životě znovu objevit.

Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi jsem si vybrala proto, že moje kamarádka trpěla touto nemocí, a tak jsem se o toto téma začala více zajímat. Již na střední škole jsem psala svoji závěrečnou práci o poruchách příjmu potravy. Viděla jsem, jaké následky zanechává neléčená mentální anorexie na nemocné, rodině a jejím blízkém okolí, a jak těžké je bojovat s touto nemocí. Také jsem měla možnost pozorovat, jak se dívka chová po překonání akutní mentální anorexie, tedy v remisi.

Myslím si, že problém poruch příjmu potravy je velmi aktuální, a svojí prací bych na něj chtěla upozornit. Především na to, že tato nemoc není chvilkovou záležitostí, ale že se ve většině případů s dívkami, resp. ženami táhne až do konce jejich života. Sice ne přímo v podobě „vychrtlých“ těl, ale jako celoživotní „strašák“ v hlavě, na kterého nejde zapomenout. Na mentální anorexii jsem se zaměřila proto, že si myslím, že to je nejznámější, nejvíce mediálně probíraná a nejčastěji se vyskytující porucha příjmu potravy, společně s mentální bulimií. Celá moje práce se tedy skládá z teoretické části a praktické části.

V teoretické části se zabývám tím, co je to vůbec mentální anorexie, jaké jsou příčiny a příznaky nemoci, průběh nemoci, jaká existuje léčba, co prožívají dívky po vyléčení akutní mentální anorexie, co nutí dívky hladovět a také jaká je historie této nemoci.

V praktické části jsem si dala za cíl zmapovat, zda vyhraný boj nad touto nemocí ovlivňuje nějakým způsobem život vyléčených žen, a pokud ano, tak jak. Mým druhým cílem bylo zjistit, zda by ženám v jejich boji s mentální anorexií mohlo pomoci využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života.

Pro získání potřebných dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor zaměřený

na důležité informace ohledně této nemoci. Zkoumanou skupinou bylo pět dospělých žen, které překonaly akutní fázi mentální anorexie, jsou v remisi a snaží se žít „normální“ život. S těmito ženami jsem se setkala osobně, a tak jsem si mohla udělat i osobní obrázek o tom, jak po prodělání nemoci vypadají a jak se chovají.

Moje bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro plánování aktivit sociálních pracovníků a pro odborníky v oblasti poruch příjmu potravy. Také by mohla napomoci k odhalení způsobu, jak by mohl sociální pracovník lidem trpícím mentální anorexií a lidem v remisi poskytnout určitou podporu a pomoc.

1 Současný stav

Mentální anorexie patří mezi takzvané poruchy příjmu potravy (Krch, 2000). Tyto poruchy jsou nejčastějším a pro svůj chronický průběh i nejzávažnějším onemocněním u dospívajících dívek a mladých žen (Krch et al., 2005). *Poruchy příjmu potravy patří k jedněm z nejzáhadnějších a nejhůře uchopitelných psychiatrických diagnóz* (Novák, 2010, s. 7). Dívky se závažnými a trvalými poruchami příjmu potravy mohou představovat specifickou skupinu, tyto pacientky mají kombinaci závažných symptomů a dlouhodobých onemocnění a mohou mít i vážné chronické, fyzické a psychické následky (Robinson, 2014). Společně s mentální bulimií patří mentální anorexie mezi nejznámější a nejvíce vyskytované poruchy příjmu potravy (Vodáčková et al., 2012). Život je stále více ovládán starostmi o jídlo, tvar a váhu postavy, a tak i pozornost je zaměřena na to vše, což zkresluje jeho jednotlivé proporce (Krch, 2000). Každodenním cílem anorektiček je půst, většina z nich musí neustále bojovat, aby zahnaly pocit hladu a chuť k jídlu (Ladishová, 2006).

Krch (2000) uvádí, že nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví, prý stačí být ženou a riziko výskytu mentální anorexie je nejméně desetkrát vyšší. *„Anorexie je vedlejším produktem společnosti, která si štíhlosti cení nadevše“ tato široce rozšířená teorie vysvětluje anorexii jako poruchu, částečně způsobenou tím, že naše společnost oceňuje spíše vnější vzhled člověka než jeho vnitřní kvality a ženu dokáže ocenit pouze tehdy, je-li štíhlá* (Claude-Pierre, 2001, s. 80).

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexie nervosa) je duševní porucha, která nejčastěji přichází během období dospívání (Boehm et al., 2016). Podle zkušeností však může mentální anorexie vzniknout v jakémkoli věku člověka (Faltus, 1979). *Řadí se pod hlavičku psychogenních poruch příjmu potravy a definuje se jako spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy (*Fraňková et al., 2003, s. 196). Nemoc postihuje především ženy, hlavně s celoživotní prevalencí kolem 1 %, která může být chronická (Bou Khalil et al., 2017). Mentální anorexie častěji postihuje dívky a mladé ženy, nejrizikovější skupinou jsou dospívající dívky nejčastěji ve věku 12-20 let, v dětském či dospělém věku je tato nemoc vzácnější, muži a chlapci tvoří 5-10 % všech pacientů s poruchami příjmu potravy (Vodáčková et al., 2012).

V posledních letech počet případů stoupá a to nejen kvůli zlepšené diagnostice, ale i kvůli kampaním proti obezitě a za štíhlou linii, zde hrají velkou roli módní přehlídky, soutěže krásy, kde vystupují velmi štíhlé ženy (Dušek et al., 2010). *Akutní mentální anorexie začíná nejčastěji v průběhu puberty, chronická forma se může vyvinout v každém věku* (Leibold, 1995, s. 39). Je to závažná psychiatrická porucha (Kask et al., 2017) vedoucí k podstatné morbiditě a úmrtnosti (Egger et al., 2016). O mentální anorexii můžeme hovořit tehdy, když tělesná hmotnost je minimálně 15 % pod optimální úrovní, tato úroveň je posuzována podle indexu BMI (body mass index) (Nývltová, 2008).

Paradox této nemoci je ten, že kde zdravý člověk nachází slast a relaxaci (jídlo, odpočinek, sex), tam nemocné dívky prožívají ohrožení, úzkost, strach a těmto pocitům se brání tím, že zesilují kontrolu a zdrženlivé chování (Kocourková et al., 1997). Pro anorexii je typické intenzivní úsilí o dodržení štíhlosti fyzickou hyperaktivitou a extrémním snížením příjmu potravy (Krch, 2002), zkreslená představa o své postavě, nespokojenost se svojí postavou, užívání léků na odvodnění a projímadla (Krch et al., 2003). Také užívají prášky na hubnutí, ty sice ovlivní příjem potravy, avšak zanechají řadu tělesných i psychických vedlejších účinků a mnohé z nich jsou návykové (Cooper, 2014).

Název „anorexie“, tedy nechutenství, ztráta chuti k jídlu, není úplně přesný, protože nechutenství je v podstatě až dlouhodobým důsledkem této nemoci (Fraňková et al., 2000). Anorektičky často trpí strachem z nárůstu každého kilogramu, mnohdy až úzkostlivě hlídají svoji váhu, dochází u nich ke zkreslenému vnímání vlastního těla, ve skutečnosti mají podváhu, ale připadají si vždy silnější, než jsou (Svánovský, 2007). Zásadním omylem, se kterým se setkáváme u lidí, kteří trpí mentální anorexií, je to, že se mylně domnívají, že přijímání či nepřijímání potravy budou mít vždy pod kontrolou a že mohou hladovění a držení diet kdykoliv svojí vůlí ukončit (Nývltová, 2008). Opak je však pravdou, rozjede-li se patologický fyziologický mechanizmus, pak celý proces již nelze vůlí ovlivnit ani zastavit a jedinec pak musí přejít do péče lékařů (Nývltová, 2008).

Anorexie úzce souvisí s mentální bulimií. Obě poruchy mohou přecházet jedna v druhou, nebo se prolínat, častější je průběh, kdy se u jedince objeví nejprve mentální anorexie, která po určité době přejde v mentální bulimii a pak se střídá epizoda mentální bulimie s epizodou mentální anorexie (Nývltová, 2008).

1.1.1 Nebulimický (restriktivní) typ

U pacientek během nemoci nedochází k záchvatům přejídání, ovládají svůj hlad a touhu po jídle (Krch et al., 2005). Zcela zde chybí úmyslné vyvolávání zvracení a užívaní projímadel a léků na odvodnění (Kukla et al., 2016).

1.1.2 Bulimický (purgativní) typ

Během mentální anorexie dochází u pacientek k opakovaným záchvatům přejídaní, nejsou schopny vydržet hladovět a podléhají touze po jídlu, avšak špatné myšlenky z toho, co udělaly, je donutí jídlo vyzvracet (Krch et al., 2005). Dívky s tímto typem mentální anorexie kromě úmyslného zvracení také využívají různá projímadla a léky na hubnutí, které snižují chuť k jídlu (Kukla et al., 2016). U tohoto typu mentální anorexie je větší impulzivita a emoční labilita, je časté, že se u těchto jedinců setkáme se sebevražednými pokusy a sebepoškozováním a také tím, že tito lidé užívají alkohol a drogy (Hainer et al., 2011).

1.2 Chronická mentální anorexie

Mentální anorexie může mít kromě akutní fáze i fázi chronickou, tato fáze mentální anorexie přechází asi na třetinu nemocných pacientek (Leibold, 1997). I přes opakované léčby může mentální anorexie trvat mnoho let nebo až do konce života dívky, který je však ovlivněn dlouhodobým a bolestným strádáním (Krch, 2002). Avšak důslednou terapií a přísným režimem se může život dívek upravit do „normálu“ bez následků (Dušek et al., 2010).

Dívky na léčbě většinou přiberou na váze a začnou více jíst, avšak postupem času se zase vrací na své navyklé rituály, jídlo jí jen v tak velkém množství, aby přežily, nadměrně cvičí, a vrací se ke své nízké váze a s tím spojeným zdravotním a psychickým obtížím (Krch, 2002). Zcela se mentální anorexii přizpůsobí, zvykají si na svoji vyhublost, na nízký příjem stravy, nadměrné cvičení, na samotu s anorexií spojenou, ale také na svého terapeuta a časté pobyty v nemocnici (Krch, 2002).

Neznamená to, že by mentální anorexie byla vyléčena, je to jen jakýsi kompromis mezi úplným odmítáním potravy a pochopením toho, že k životu je jídlo potřeba a že jen určité množství potravy je může zachránit před nucenou léčbou nebo dokonce smrtí (Leibold 1997). Lidé trpící mentální anorexií chtějí být něčím zvláštní, a proto se snaží udržet určitou pro ně vyměřenou tělesnou hmotnost, která je vyšší než podváha, avšak stále nižší než normální hmotnost zdravého člověka (Leibold, 1997). Celý svůj život

nemocní zasvětí tomu, aby si tuto váhu, kterou si stanovili, udrželi co nejpřesněji, pokud se jim to podaří, nevyvíjí na ně ani okolí nátlak s léčbou (Leibold, 1997).

Některé dívky s chronickou anorexií časem zjistí, že se cítí lépe, když trochu rozšíří svůj jídelníček, je to způsobeno tím, že s rostoucím věkem už tolik nezáleží na vzhledu, avšak omezování se v jídle a nadměrné cvičení se staly stylem jejich života (Krch, 2002). *Nikdy ale není pozdě a je lepší o chronicitě příliš nemluvit, protože termín „chronicita" vytváří dojem, že se nedá nic dělat* (Krch, 2002, s. 232).

1.3 Historie mentální anorexie

Z poruch příjmu potravy má anorexie nejdelší historii (Papežová, 2012). Nelze vyloučit, že by se mentální anorexie nevyskytovala již dříve pod jinými názvy, avšak pojem anorexia nervosa se datuje teprve od sedmdesátých let dvacátého století (Krch et al., 2005). Podle Papežové (2000) se jako první o anorexii zmiňuje a nejdokonaleji ji popisuje Richard Morton v roce 1694. Richard Morton je ve světové literatuře veden jako první portrétista mentální anorexie (Papežová, 2010).

V české odborné literatuře popsali první případy poruch příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946) (Papežová, 2000, s. 16). Mentální anorexie byla za pomoci psychosomatické medicíny a psychoanalýzy ve čtyřicátých letech 20. století zapsána mezi duševní poruchy (Papežová, 2012). K významnému zviditelnění pojmu mentální anorexie došlo na přelomu 60. a 70. let minulého století v souvislosti se změnou ženské módy tedy i krásy ženského těla, kdy skoro každá žena začala kontrolovat svou hmotnost, tvar postavy a občas držela nějakou tu dietu (Nývltová, 2008). Ze vzácné a málo známé nemoci se stala během desetiletí „módní" porucha, která má za následek to, že dívky chtějí dosáhnout extrémní štíhlosti a zkresleně vnímají obraz svého těla (Krch et al., 2005). Rozdílem proti minulosti je pouze to, že dnes je širší veřejnost s poruchami příjmu potravy již více obeznámena, a tak je možné předejít tragickému konci, ke kterému může mentální anorexie dospět (Nývltová, 2008).

1.4 Spouštěče a příčiny mentální anorexie

Dívky, které tato nemoc postihuje, jsou inteligentní, mladé, atraktivní, mají dobré chování (Ladishová, 2006). Jsou hodnoceny jako úspěšné jak v oblasti školní, tak i mimoškolní, odpovědné, přizpůsobivé a vyhovující (Kocourková et al., 1997). Mentální anorexie se většinou spouští po tom, co osoba čelí těžkému životnímu období – traumatu, ztrátě někoho blízkého, prudké změně v životě (Ladishová, 2006).

Spouštěčem také může být nová situace v životě dívky, se kterou se neumí vypořádat (Burda et al., 2015). Někdy jsou příčiny mentální anorexie zakořeněny již z dětství (Fraňková, 2003). *Kromě „dobrých důvodů k dietě" hraje významnou roli i nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy (zejména některé sporty „vyžadující" nízkou tělesnou hmotnost nebo modeling), zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině, ale i nešťastná náhoda* (Krch, 2003, s. 14).

Mentální anorexie se vyskytuje u lidí s malou sebeúctou, u nejistých lidí, u těch, co prahnou po dokonalosti, kteří se snaží získat respekt a obdiv svého okolí, často tito lidé mají potíže s vyjádřením vlastních pocitů, u osob které si myslí, že nesplňují nároky, které jsou na ně kladeny okolím (Ladishová, 2006). Při spuštění této nemoci jsou narušeny tři hlavní oblasti psychologických funkcí:

1. **Porucha hodnocení vlastních tělesných proporcí („body image")** – dívky často trpí zkreslenou až bludnou představou o tom, co je normální, nepřipouští si to, že by byly hubené, a stále se vidí jako tlusté (Fraňková et al., 2003).
2. **Porucha vnímání pocitů vlastního organismu** – špatná interpretace toho, co vnitřní orgány potřebují, často se zde projevuje nelogické jídelní chování, ve kterém může být skryta symbolika (Fraňková et al., 2003).
3. **Chybí identifikace s vlastním tělem** – tělo je vnímáno jako něco cizího, dochází k odloučení mezi „já" a vlastním tělem, toto tělo je vnímáno jako „ne – já", nedostatkem potravy má být tělo trestáno (Fraňková et al., 2003).

Existuje mnoho faktorů, které mohou zapříčinit vznik mentální anorexie. Tyto faktory můžeme rozdělit do několika skupin (Vodáčková et al., 2012).

Biologické faktory

Hladovění může změnit biologické mechanizmy v mozku tak, že způsobí pocity euforie a klidu, a je možné, že přináší dočasné potlačení nepříjemných emočních pocitů (Vodáčková et al., 2012).

Psychologické faktory

Často proti sobě dívky obracejí agresi, hladoví, sebepoškozují se, mají sebevražedné myšlenky, také se u nich objevuje nutkavé (obsedantní) chování, svoji identitu mají postavenou na úspěchu, dobrém výkonu a tom, že ve všem musí být první, vše vidí pouze černobíle – buď je to dobré, nebo špatné, nic mezi tím pro ně neexistuje (Vodáčková et al., 2012).

Rodinné faktory

Členové rodiny jsou přehnaně pečující, ochraňující, neznají osobní hranice, rodiny nepřizpůsobující se vývojovým změnám, uzavřené, s pocitem ohrožení, rodiny neumí vyjadřovat své emoce, matky v rodině figurují dominantně a otcové naopak nevýznamně (Vodáčková et al., 2012).

Sociální faktory

Zde velkou roli hrají sdělovací prostředky, dívky jsou ze všech stran obklopeny představou dokonalé postavy a krásy, ze všech novin a časopisů na ně koukají vzory „krásy“ a „ideální“ postavy, které jsou za pomoci moderní techniky vyretušované a ve skutečnosti nevypadají tak, jak na obrázku (Vodáčková et al., 2012).

Pro to, aby se tyto faktory setkaly a spustily mentální anorexii, stačí lehká zátěžová situace, připomínka spolužáků či okolí na větší zadek, špatné zkušenosti z prvního sexuálního zážitku, odchod na internát, rozvod rodičů (Vodáčková et al., 2012). V období dospívání mají dívky pocit, že jejich tělo a jídlo je to jediné, co mohou ve svém životě kontrolovat a hlídat, *pozornost upřená na váhu a diety pak zakryje ostatní problémy a potlačení emoce s nimi spojené* (Vodáčková et al., 2012, s. 452).

Neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie, jejímž odstraněním by se dívka vyléčila, většina psychických problémů, kterými anorektičky trpí, nejsou příznakem, ale následkem nedostatečné výživy, vyhublosti a neuspokojivé kvality života (Krch et al., 2003).

1.4.1 Udržující faktory

Nemocnému tato nemoc přináší kromě potíží i určité výhody a zisky, ty pak nemoc podporují a udržují nemocného v přesvědčení, že je to, co dělá, správné (Vodáčková et al., 2012). Anorektičky si díky své nemoci zajišťují pozornost svých rodičů, příbuzných a svého okolí, ovlivňují tak i chování všech okolo sebe (Vodáčková et al., 2012). Tím, že nepřejímají potravu, protestují a vzdorují proti autoritě rodičů, se také anorexie stává prostředkem komunikace mezi nemocnými a rodiči, což zajišťuje novou nezdravou rovnováhu jedince i rodiny (Vodáčková et al., 2012).

1.5 Příznaky a důsledky onemocnění

Většinou trvá velmi dlouho, než někdo v okolí nemocné zjistí, že se něco děje, je to způsobeno tím, že anorektičky skrývají to, že hladoví, nebo se anorexie vyvíjí pomalu, téměř bez jakýchkoli známek, které by prozradily okolí, že je něco v nepořádku (Maloney et al., 1997). Součástí anorexie je tajemnost, lži a izolace, které způsobí,

že se na nemoc přijde až v pokročilém stádiu (Maloney et al., 1997). Neléčená anorexie může vést až ke smrti jedince, i přesto si dívky trpící touto nemocí nic nepřipouští a popírají jakékoliv své problémy (Maloney et al., 1997). Při této nemoci dochází k celé řadě psychických a fyzických změn a také ke změně v chování (Vodáčková et al., 2012).

1.5.1 Fyzické změny

Nejviditelnější fyzický příznak mentální anorexie je nízká hmotnost, dívky ztratí 15 a více procent z normální tělesné váhy, velmi častým příznakem této nemoci je také ztráta menstruace, s níž souvisí i problémy s otěhotněním v budoucnosti (Maloney et al., 1997). Při onemocnění před pubertou jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (Krch et al, 2003). Mezi další časté příznaky také patří padání vlasů, kožní problémy, kazivost zubů, bolesti dásní, otok slinných žláz (Vodáčková et al., 2012), nárůst jemného ochlupení na těle (hlavně na zádech a obličeji), extrémní citlivost na chlad (horší oběh krve v rukou a nohou, stále je nemocným zima, nebezpečí prochlazení), zácpa (ta je zapříčiněná pomalým pohybem střev), zeslabení kostí z nedostatku příjmu vápníku (může to vést ke zlomeninám), anémie, náchylnost k různým infekcím (tělo je tak oslabeno, že se nedokáže bránit ani banálním infekcím), pomalý pulz, nízký krevní tlak (dívky často omdlévají), slabý močový měchýř, žaludeční vředy (tento příznak může přetrvávat i po vyléčení), „scvrklý“ žaludek (i při menším množství jídla nepříjemné pocity, bolesti břicha, křeče v žaludku), poruchy spánku (Papežová, 2012).

Dále se u anorexie setkáváme se zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi, celkovou únavou a slabostí, častými a intenzivními křečemi v břiše (ty bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadměrného používaní projímadel), u žen i mužů dochází v důsledku anorexie ke snížení činnosti pohlavního systému a oslabenému zájmu o sex (Krch, 2002). Velmi častým problémem je i jednostranná výživa, nedostatek minerálů a vitamínů (Krch, 2002).

1.5.2 Psychické změny

Dívky trpící touto nemocí postihuje přecitlivělost, plačtivost, netrpělivost, podrážděnost, poruchy nálad, nízké sebevědomí, velice časté úzkostné stavy, neustálý strach z přibývání na váze, strach z jídla, z přijatých kalorií, uzavřenost, nemocné se často vyhýbají svému okolí, přátelům a později i rodině, mohou se objevovat

i sebevražedné myšlenky, snížená pozornost, únava, která je způsobena nedostatkem energie, velmi často mají anorektičky emoční výkyvy (Vodáčková et al., 2012).

Strach z tloušťky souvisí s narušeným vnímáním vlastního těla, s tímto faktem souvisí i závažnost popírání nízké tělesné hmotnosti (Krch et al., 2003). Snížený zájem o vše, co se bezprostředně netýká jídla, nárůst konfliktů s okolím, zhoršení koncentrace pozornosti, ubývá pracovní tempo a schopnost chápat komplexní problémy (Krch et al., 1998). Vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, ta se přenáší z jídla i na jiné oblasti v životě anorektičky (Krch, 2002).

1.5.3 Změny v chování

Dívky často změní jídelníček (nejprve mizí jídla s vysokou energetickou hodnotou, mizí „nezdravá“ jídla, zákaz je postupně rozšiřován, až zůstanou jen dietní potraviny, které nakonec také vymizí z jídelníčku, jídlo je bráno jako nepřítel), změní zcela jídelní režim (nenápadné vynechávání jídel, ze začátku to jsou snídaně, večeře, polévky u oběda, až nakonec vynechají i hlavní chod – vždy jsou schopné odůvodnit, proč tak učinily a z jakých důvodů nejí), při konzumaci jídla se úzkostlivě srovnávají s ostatními strávníky, často anorektičky nadměrně žvýkají žvýkačku, kouří a pijí hodně kávy – pomáhá jim to zahnat pocity hladu, změnu vidíme i v jídelním tempu (jí velmi pomalu, jídlo si vychutnávají, dlouho jej žvýkají, potraviny si dělí na miniaturní kousky, ve kterých se nakonec jen „povrtají“), změna probíhá i v jejich chuti (některé nadměrně používají sůl a cukr ze svého jídelníčku vynechávají úplně), vyhýbají se stravování ve společnosti, když jedí vypadají napjatě, strnule, vyděšeně, unaveně a snadno se cítí přejedené, často vzrůstá jejich aktivita, která jim pomáhá získat kontrolu nad jejich tělem (nadměrně cvičí, chodí, potřebují se pořád hýbat, vydávají více energie než přijmou) (Krch, 2002).

Často navštěvují lékárny, kde si kupují různé léky, které jim pomáhají v jejich touze po štíhlé postavě (léky na hubnutí, projímadla, léky na odvodnění), často si prohlížejí svoje tělo před zrcadlem, s rodinou konzumují většinou zeleninu nebo potraviny s nízkou energetickou hodnotou a to proto, aby nevzbudily podezření a rodiče viděli, že něco snědly (Papežová, 2000).

1.6 Léčba

Léčba této nemoci je velice náročná, úspěšné uzdravení záleží především na dívkách, které se s touto nemocí potýkají (Bosáková, 2010). Dívky musí samy udělat první krok a rozhodnout se, že se chtějí léčit (Krch et al., 1998). Velmi často se stává, že

pokud mentální anorexií trpí dítě nebo dospívající dívka, nepřichází na léčbu dobrovolně, což je výhoda ze strany dřívější péče, avšak nevýhodou je malá motivace pro léčbu (Kukla et al., 2016).

Léčení musí probíhat vždy celkově, tedy na úrovni psychické i tělesné, aby mohly být vyléčeny všechny příčiny a následky anorexie (Leibold, 1995). Čím dříve bude mentální anorexie odhalena, tím větší a lepší jsou vyhlídky na vyléčení poruchy i zdravotních následků, které jsou s touto nemocí spojeny, *čím déle porucha přetrvává, tím více je užívána jako způsob zvládání úzkosti, hněvu a jiných emocí, a tím je obtížnější se jí vzdát - o to závažnější jsou zdravotní následky* (Maloney et al., 1997, s. 109).

Dívky často bývají tvrdohlavé a nechtějí si připustit, že by nějaký problém měly, a proto odmítají pomoc odborníků, nebo pomoc svého okolí, říká se, že léčba mentální anorexie je stejně komplikovaná jako léčba závislosti na alkoholu nebo drogách (Bosáková, 2010). S dívkami trpícími mentální anorexií je velice těžké navázat spolupráci, často lžou a podvádějí (Machová et al., 2015). V těžkých případech mentální anorexie je potřeba hospitalizace a s tím spojený pobyt na klinice, při akutním ohrožení života dívky může být dokonce hospitalizována proti její vůli, protože ona sama není schopna rozumně uvažovat (Leibold, 1995).

Mentální anorexie je dlouhodobé onemocnění, které významně ovlivňuje osobní i sociální život dívek, a proto neexistuje jednoduché a bezbolestné léčení (Krch et al., 1998). Jelikož se nemocné dívky k léčbě dostanou až v době, kdy jsou na svoji nemoc „zvyklé“, je léčebný proces o to těžší (Krch et al., 1998). Rozvoj mentální anorexie bývá pozvolný, i když váha někdy klesá rychle, tak má nemoc často tendenci přecházet do chronického onemocnění (Faltus, 1979). Kromě chronického průběhu mívá tato nemoc také recidivující průběh, důslednou terapií a režimem se ale lze vrátit zpět do „normálního“ života (Dušek et al., 2010). Zbavit se mentální anorexie znamená zcela změnit zavedené rituály a přístupy k jídlu, nejen o tom mluvit a občas sníst nějaké jídlo, nejvhodnějším způsobem, jak začít, je stanovit si konkrétní, srozumitelné kroky a postupně se propracovávat k těm složitějším a vzdálenějším věcem (Krch et al., 2003).

První kontakt s nemocnými dívkami mají zpravidla lékaři primární péče, ti léčí většinou tělesnou problematiku a také doporučují pacientkám další léčebné kroky (Papežová In: Hosák et al., 2015). Léčení zde spočívá především v rychlé první pomoci pacientkám v akutním stadiu nemoci, prvořadým úkolem lékaře je úprava základních životních funkcí (Faltus, 1979). Pro léčbu mentální anorexie je kromě odborného léčení

těla také potřebná psychoterapie, a to buď skupinová, rodinná nebo individuální a také režimový přístup (Machová et al., 2015). Léčba mentální anorexie může probíhat buď ambulantní formou anebo přímo hospitalizací nemocné, v obou případech je prvním krokem snaha vybudovat motivaci k léčbě (Kukla et al., 2016). Aby měla nemocná dostatečnou motivaci, je důležité podpořit její sebedůvěru a trpělivost (Machová et al., 2015).

Velmi často je nutné kromě psychoterapie poskytnout i léčbu těla, proto je nejvhodnější umístit nemocnou na nějaký čas na kliniku, kde ji podrobí celkové léčbě, psychické i tělesné (Leibold, 1995). Do léčby by se měli zapojit nutriční terapeut, psycholog, psychiatr a další lékaři podle potřeby zdravotního stavu dívky jako například gynekolog, stomatolog, dermatolog a další odborníci, kteří by měli společně spolupracovat na uzdravení nemocné (Fraňková et al., 2003). Anorexie je vážná choroba, která může vést k těžkým tělesným poruchám a v nejhorších případech končit smrtí pacientky (Faltus, 1979).

1.6.1 Motivace k léčbě

Bez motivace nelze v životě ničeho dosáhnout, ani žádné změny, poskytnout pomoc těmto lidem, aby změnili své zavedené chování, není vůbec lehké (Papežová, 2012). Lidé přicházející k léčbě jsou často ve stádiu rozjímání a úvah, avšak nejsou si jistí, zda mohou nebo chtějí ve svém životě něco změnit (Papežová, 2012). Tuto motivaci ke změně můžeme rozdělit do pěti stádií:

Popření: je to počáteční stádium, dotyčná si neuvědomuje, že je něco v nepořádku, nepřipouští si, že by měla nějaké problémy, které by měla řešit, a proto nechce nic měnit (Papežová, 2000).

Úvahy: dívky si začínají uvědomovat, že něco není v pořádku, začínají si všímat potíží spojených s jídlem, chováním, připouští, že by se něco mělo změnit, ale stále jsou nerozhodné a neudělají žádné aktivní kroky, které by vedly ke změně (Papežová, 2000).

Příprava: postižené si mohou přát změnu a pomoc, ale nejsou si jisté, kam by to všechno vedlo, když by začaly jíst jinak nebo více, významnou roli tu mohou hrát faktory, které ztěžují změnu (Papežová, 2000).

Akce: postižené se rozhodnou pro změnu, začnou měnit své chování, jídelní návyky, věří, že přestanou s dietami a že budou schopny vydržet (Papežová, 2000).

Udržení: dále se snaží vydržet v tom, co začaly, snaží se pokračovat v uzdravování a vyhýbat se opakování nemoci (Papežová, 2000).

Cesta ke změně, přerušení anorektického způsobu života, je zdlouhavá a namáhavá a často je třeba mnoho pokusů, než se jí skutečně dosáhne (Papežová, 2012, s. 27). Tato nemoc se často vrací, může se znovu objevit i za 2 až 3 roky po úspěšné léčbě, a to zvláště po stresujícím zážitku, po porodu nebo ze stresu při péči o dítě (Papežová, 2000).

1.6.2 Odborná ambulantní léčba

Této léčbě se dává vždy přednost, avšak není ve všech případech možná, zde probíhá léčba pouze lehčích forem mentální anorexie (Kukla et al., 2016). Je zde potřeba monitorovat úspěšnost léčby a váhu, a to nejméně jednou týdně či častěji (Papežová In: Hosák et al., 2015). Při této léčbě se předpokládá, že pacientka je schopná a ochotná chodit na pravidelné schůzky a aktivně spolupracovat (Leibold, 1995).

1.6.3 Hospitalizace

Zde jsou umístěny pacientky s výraznou podváhou při nízkém BMI a fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti, pacientky se sebevražednými sklony, při somatických komplikacích ohrožujících život (Papežová In: Hosák et al., 2015). Dále jsou hospitalizovány dívky, které i přes ambulantní léčbu mají další úbytek na váze, a také dívky, které mají doma těžké rodinné konflikty (Kukla et al. 2016).

1.6.4 Svépomoc, svépomocné podpůrné skupiny a jiné organizace

Člověk si může sám pomoci pouze ve zjevně lehkých případech, stejně jako tělo disponuje samohojivými silami, tak i psychika může nemoc překonat, pokud ji správně aktivujeme (Leibold, 1997). Tato pomoc je vhodná, pokud ještě nedošlo k těžkým tělesným následkům a nemocná si je vědoma závažnosti nemoci, ve většině případů se však používá spíše jako doprovodná terapie (Leibold, 1997). Svépomoc je vhodná u chronické závislosti na hubnutí, vždy se doporučuje alespoň na začátku léčby pomoc odborníka (Leibold, 1997). Některé organizace věnující se poruchám příjmu potravy poskytují pouze informace, jiné provádějí i poradenství (Maloney et al., 1997). V těchto organizacích jsou schopni poskytnout možnost pohovořit si o problémech, pomáhají smířit se s pocity, které nejsou dívkám příjemné, umožňují nový nadhled na otázky, se kterými si dívky neví rady, pomáhají dívkám přijmout se takové, jaké jsou, a změnit dosavadní situaci v životě (Maloney et al., 1997).

1.6.5 Nutricionista

Nutriční poradenství je velice významné v boji s mentální anorexií, pomáhá nemocným lépe přijmout nabízené jídlo (Papežová In: Hosák, et al., 2015). Nutriční terapie je pro vyléčení této nemoci nezbytná, avšak sama o sobě nestačí k uzdravení (Papežová, 2012). Tato terapie by neměla nahrazovat psychologickou ani psychiatrickou léčbu a diagnostiku, i když to často pacientky vyžadují z důvodu obav ze stigmatizace při psychiatrické léčbě (Papežová, 2012).

Nutricionista může zjistit alergie na potraviny, chutě, nedostatek vitamínů, hypoglykemii a další nutriční problémy, které mohou přispívat k poruchám příjmu potravy nebo je doprovázet (Maloney et al., 1997, s. 121). Vypracovává individuální jídelní plány, které vyhovují nemocným dívkám, a zároveň jim pomáhá vyřešit problémy, které vznikly v důsledku hladovění (Maloney, 1997).

1.6.6 Mentální anorexie a linka důvěry

Pracoviště linky důvěry je možné kontaktovat telefonicky, pracují zde terapeuti profesionálové, tzn. že zde můžete hovořit s psychologem, lékařem, sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou nebo s jinými lidmi s podobným odborným zaměřením, nebo zde pracují i vyškolení laici, kteří prošli důkladným školením pro práci na lince důvěry (Maloney et al., 1997). Linka důvěry je anonymní, nemusí se zde uvádět jméno ani adresa.

Ačkoliv nemůže pracovník linky důvěry nemocného léčit či navrhovat detailní terapeutická řešení, je pro volající tato linka důvěry velice důležitá (Vodáčková et al., 2012). Pracovník může nemocnému trpícímu mentální anorexií podat informace, může ho podporovat a povzbuzovat, také mu může dát doporučení, kde hledat pomoc, a snaží se dívky motivovat k další léčbě (Vodáčková et al., 2012). Většinou na tuto linku důvěry volají příbuzní, rodiče nebo přátelé nemocného, klienti trpící mentální anorexií volají jen zřídka, protože si sami ještě neuvědomují nebo nepřipouštějí, že by mohli trpět touto nemocí (Vodáčková et al., 2012).

Pracovník linky důvěry se vždy pomocí základních otázek ujistí, zda se opravdu jedná o poruchu příjmu potravy, rodičům zdůrazňuje, že se jedná o nemoc, vysvětlí jim vše ohledně této nemoci a snaží se s nimi najít způsob, jak by obnovili normální komunikaci mezi rodičem a dítětem a jak vyjádřit dítěti zájem o jeho problémy s dospíváním (Vodáčková et al., 2012). Pokud není váhový úbytek nemocného alarmující, navrhují pracovníci rodinou terapii, k této terapii jsou dívky trpící anorexií

přístupnější, ale pokud je nemoc již v pokročilejším stádiu a rodič není schopen kontroly výživy dítěte, doporučí pracovník linky důvěry nahradit kontrolu výživy jinou institucí, například terapeutem či hospitalizací nemocného (Vodáčková et al., 2012).

1.6.7 Mentální anorexie a krizové centrum

Pracoviště krizové centrum se zaměřuje na pomoc lidem v naléhavých životních situacích, provoz tohoto zařízení bývá nepřetržitý, pracovníci tohoto zařízení jsou zkušení psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, zdravotní sestry, jsou to psychoterapeutové, kteří jsou vyškoleni pro práci s klienty (Maloney et al., 1997).

Díky dostupnosti krizových center navštěvují klientky trpící mentální anorexií toto zařízení velice často. V tomto zařízení platí stejná pravidla přístupu pro tyto klientky jako pro ostatní klienty hledajících pomoc v krizi, přesto však existují specifické postoje, které si musí pracovník v krizovém centru uvědomovat (Vodáčková et al., 2012). Nejdůležitějšími z nich jsou citlivý přístup, nepodléhat „záchranářskému přeludu“ a motivovat klienta k léčbě u odborníka, pokud se jedná o poruchu příjmu potravy spojenou s krizí dospívání, pomoci vyřešit ostatní problémy, které dívka má, a odvést tak její pozornost od problému s jídlem, zjistit, zda dívka zná všechna rizika této nemoci, zda má ještě přehled o normálních stravovacích návycích, pokud se pracovník cítí po kontaktu jinak než obvykle, měl by požádat o intenzivní supervizi, a jestliže se pracovník častěji setkává s klientkami trpícími poruchami příjmu potravy, měl by se přihlásit na speciální výcvikový kurz, přejde se tak rozčarování a vyčerpání pracovníka z bezmoci (Vodáčková et al., 2012).

Linky důvěry a krizová centra jsou důležitá místa prvého kontaktu, na nichž záleží, zda budou klienti k další léčbě dostatečně motivováni (Vodáčková et al., 2012, s. 456).

1.6.8 Nejčastější psychoterapeutické přístupy

Psychoterapie je zaměřena na změnu patologických jídelních návyků, na změnu vnímání sebe samé, poruch sebehodnocení, zmírnění perfekcionistických nároků, pocitů viny a studu a na prožívání interpersonálních vztahů (Machová et al., 2015, s. 202). Tato léčba je dlouhodobější, může trvat i několik měsíců, vše záleží na spolupráci pacientek a stádiu nemoci (Leibold, 1995). Od nemocného se v psychoterapii vyžaduje motivace ke změně, aktivní účast, sebepozorování a aktivní sdělování vlastních postojů, reakcí, prožitků a emocí, reálné posouzení svých osobních a vztahových hodnot, hledání nových způsobů řešení problémů (Papežová, 2012).

Rodinná terapie je první volbou léčby u mladých pacientek žijících se svojí rodinou, a i když není rodinná terapie základním způsobem léčby, může hrát podrobné rodinné vyšetření důležitou roli pro porozumění některým problémům (Krch et al., 2005). Terapeuti jsou přesvědčeni, že mentální anorexie může odrážet určité dysfunkční role v rodině nebo konflikty (Krch et al., 2005). Terapie spočívá v tom, že pacientka sedí společně s rodiči a sourozenci a na prvním sezení, které trvá 2 – 3 hodiny, terapeut pozoruje vzorec chování rodiny a členy rodiny, kteří toto chování podporují (Kocourková et al., 1997). Terapeut může pomoci všem členům rodiny tak, že jim pomůže vyjádřit jejich frustrace a najít způsob řešení problému, také může pomoci každému členu rodiny najít vztah k rodině, který bude uspokojivější pro všechny členy rodiny (Maloney et al., 1997).

Skupinová terapie je vhodná pro většinu adolescentů (Kocourková et al., 1997). *Skupiny tvoří zmenšený obraz společnosti a podporují proto nácvik vhodných sociálních způsobů chování, které později ve všedním životě pomáhají zvládat nevyhnutelné konflikty a problémy* (Leibold, 1997, s. 112). Terapie probíhá ve skupince, kde je 6 – 12 lidí, ti se scházejí několikrát do týdne u terapeuta v ordinaci, kde se vypovídají o svých problémech, úlohou terapeuta je udržet v chodu skupinovou terapii a podle potřeby ji řídit (Leibold, 1997). Důležitou roli zde hraje i to, že pacientky zde vidí, že nejsou osamocené se svým bojem, mohou si zde předávat zkušenosti, jak bojovat proti této nemoci, a také úspěchy s touto nemocí (Leibold, 1997). Skupinová psychoterapie se u léčby mentální anorexie osvědčila samostatně a také v kombinaci s jinou léčbou (Leibold, 1997). V této terapii je vhodné využití neverbálních technik jako jsou arteterapie, muzikoterapie a práce s tělem (Kocourková et al, 1997).

Kognitivně – behaviorální terapie je doporučována pacientkám, pro které není vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až závažné příznaky nemoci (Krch et al., 2005). *Terapie nepátrá dlouze po podvědomých příčinách chorobné závislosti, nýbrž začíná ihned s jednoduchým odnaučováním nesprávných a výuce správných jídelních návyků, k tomu se dosazují různé relaxační techniky* (Leibold, 1995, s. 110). Při této terapii se nejprve pacientka učí novým postojům k jídlu a až poté nastává změna chování v určitých oblastech života (Leibold, 1995).

Kognitivní přístup v psychoterapii vychází z přesvědčení, že patologické prožívání a chování je odvozeno od patologického myšlenkového procesu a že primárním cílem terapie je tento proces změnit (Kocourková et al., 1997, s. 103). Zvýšení váhy pacientky, pozitivně podmiňované například návštěvou rodiny, vycházkou mimo

oddělení, kontaktem s původním prostředím, je hlavním cílem této terapie (Kocourková et al., 1997).

1.7 Prevence

V kritickém období nastupující puberty lze vhodným výchovným působením předcházet vzniku všech poruch příjmu potravy (Krch et al., 2003). V širším slova smyslu je prevencí zdravý životní styl rodiny, ve kterém není uspěchanost, honba za úspěchem a najde se zde tolerance a soudržnost (Machová et al., 2015). Při získávání správných stravovacích návyků má významnou roli matka, tato výchova začíná již v útlém věku dítěte, strava by měla být chutná, hezky upravená, podávána v příjemném a klidném prostředí (Machová et al., 2015).

Svoji roli v prevenci proti mentální anorexii má i škola (Machová et al., 2015). Je jisté, že základ musí dívky získat v rodině, ale i škola může pomoci předcházet vzniku mentální anorexie a to v rámci programu výchova ke zdravému životnímu stylu, kde může poskytnout žákům správné informace o výskytu, příčinách a důsledcích této nemoci, může vést žáky ke zdravým stravovacím návykům, podporovat dobré sociální klima ve škole a učit žáky posilovat jejich sebedůvěru a vytvářet jim podmínky pro jejich osobní rozvoj a snažit se vytvářet vzájemnou důvěru a toleranci (Krch et al., 2003).

Dále může škola žákům ve správnou dobu poskytovat informace o tělesných, psychických a sociálních změnách v období dospívání, které z dítěte dělají dospělého člověka, je také potřeba upozornit *na vývoj druhotných pohlavních znaků a zaoblování těla dívky jako přirozené součásti jejího sexuálního dozrávání* (Machová et al., 2015, s. 203). K lepšímu porozumění tělesným rozměrům může škola využít BMI, které slouží ke správnému pochopení optimální tělesné hmotnosti a k vybudování realistického pohledu na vlastní tělo (Machová et al., 2015).

Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární (Papežová, 2010). Primární prevence spočívá ve výchově v rodině, působení společenských vlivů, ve stylu stravovaní a v kultuře, v sekundární prevenci jde hlavně o ovlivňování ohrožených skupin, patří sem například děti, které se zabývají aktivitami s kontrolou váhy a vzhledu jako je tanec, modeling, gymnastika, a děti léčené pro obezitu, terciární prevence se hlavně zabývá prevencí relapsu, obnovení plného zdraví a zamezení přenosu stravovací poruchy na další generace (Papežová, 2010).

1.8 Život po anorexii, trvalé následky

I když nemocná začne přijímat potravu a její váha se vrátí zpět k normálu, po řadu let, někdy i po celý život, mohou přetrvávat některé tělesné problémy (Nývltová, 2008). Převážně po návratu zpět k normální váze se většina zdravotních problémů upraví, hlavními faktory, na kterých toto závisí, je věk nemocné a délka doby, po jakou trpěla mentální anorexií (Papežová, 2012). Avšak i přesto trvá velice dlouho, než se organizmus a psychika po této nemoci zcela zotaví (Nývltová, 2008). *U třetiny až poloviny postižených přetrvávají některé potíže, i když dosáhnou optimální váhy* (Papežová, 2012, s. 65).

Vyskytne-li se mentální anorexie v době před pubertou, většinou se pak pubertální změny pozastavují nebo se zastaví zcela úplně, u dívek se jedná o vývoj prsou, nenastává menstruace a zastavuje se růst, ačkoliv po uzdravení z mentální anorexie dochází k dokončení pubertálního vývoje, některé následky si však dívka může nést až do konce svého života (Nývltová, 2008). Může se nevratným způsobem porušit růst postavy, hustota kostí a sekundární pohlavní rozvoj a také reprodukční schopnosti (Papežová, 2012). Velmi často mají ženy po prodělání této nemoci problémy s otěhotněním, problémy během těhotenství, vyskytuje se u nich zvýšený počet spontánních potratů, někdy je potřeba si k početí dítěte projít hormonální léčbou (Papežová, 2012).

Při delším období onemocnění mentální anorexií se snižuje pravděpodobnost úplného uzdravení, pevnost a hustota kostí nemusí být úplná, potom při větší zátěži hrozí zlomenina, poškození obratlů vede k nenávratné ztrátě dynamiky páteře, která může směřovat k dlouhodobým bolestem a také k nezvratné ztrátě výšky (Papežová, 2012).

Dodnes není znám dlouhodobý vliv nemoci na oběhovou soustavu a srdce, po uzdravení mohou přetrvávat střevní obtíže, střeva zůstávají „dráždivá“ s častými průjmy nebo zácpou, pálení žáhy, žaludeční vředy, bolesti žaludku, často se také stává, že z nedostatku potravy dojde k porušení ledvin, nejsou však známy následky vysokého cholesterolu, který dívky získají se svojí nízkou vahou (Papežová, 2012).

Když mentální anorexie proběhne v době dospívání, které je důležité pro řadu životních změn, objevování kontaktů s vrstevníky, experimentování v uvolňování se od rodiny, hledání vlastní nezávislé identity a vlastních životních cílů, může se nemocný stále vracet k poruše příjmu potravy jen poroto, že neví, co bez nemoci má dělat (Papežová, 2000).

1.9 Body mass index (BMI)

Česky index tělesné hmotnosti je nejrozšířenějším indexem pro posouzení tělesné hmotnosti, který vyjadřuje poměr tělesné váhy a výšky (Krch, 2000). *Vypočítáme ho jako podíl hmotnosti těla v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech* (Fialová, 2006 s. 37). Podle hodnot, které nám vyjdou z výpočtů BMI, můžeme zjistit, zda tyto hodnoty odpovídají nadváze nebo naopak podváze (Hronek, et al., 2013). Za normální hodnoty BMI je považováno rozmezí mezi 20 – 24, hodnoty pod 18,5 jsou považovány za podvýživu (Fialová, 2006).

Tento index byl vytvořen v polovině 19. století belgickým matematikem Adolphem Queteletem, proto je někdy označován jako Queteletův index (Hronek et al., 2013).

Stupně BMI a s nimi spojené riziko komplikací jsou dány takto: podváha méně než 18,5, zde je riziko komplikací velmi vysoké; normální váha 18,5 – 24,9, zde je riziko komplikací průměrné; nadváha 25 – 29,9, zde se vyskytuje mírné riziko spojené s komplikacemi; obezita I. stupně 30 – 34,9, zde je riziko výskytu komplikací střední; obezita II. stupně 35 – 39,9, zde je riziko vysoké; obezita III stupně neboli morbidní obezita více než 40, zde je riziko komplikací velmi vysoké (Fialová, 2006).

Podle Ladishové (2006) je ideální hmotnost taková, kdy člověk má dostatek sil a energie ke každodenním činnostem a úkonům, současně se cítí zdravý a i psychicky je v pořádku, lépe než tabulkám je důležité důvěřovat tělesným a duševním pocitům.

2 Cíl práce

V mé bakalářské práci byly vytyčeny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, zda zvládnutý boj s mentální anorexií se nějak projevuje v životech vyléčených žen, a pokud ano, pak jak. Jako druhý cíl jsem si stanovila zjistit u cílové populace názory na možnosti využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života.

2.1 Výzkumné otázky

V souvislosti s danými cíli byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí?
2. Jak může sociální pracovník podpořit pacientky v remisi při začleňování do běžného života?

2.2 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

Zdravotní a psychosociální následky mentální anorexie: Pokud se mentální anorexie u člověka vyskytuje delší dobu, nebo se objevila již v období puberty, zvyšuje se tím pravděpodobnost a riziko, že po vyléčení mohou přetrvávat zdravotní i psychosociální problémy s touto nemocí spojené. S těmito problémy se daný jedinec musí potýkat někdy až do konce svého života. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké následky se objevují u žen po vyléčení nemoci.

Období remise: Je to takové období, kdy se osoby vrátí zpět do stavu, ve kterém byly, než vypukla nemoc. Svůj boj s mentální anorexií sice vyhrály, avšak nelze zcela říct, že se této nemoci zbavily napořád, kdykoliv se tato nemoc může vrátit zpět. Je to období, kdy se u osoby nevyskytují žádné příznaky mentální anorexie. Po tomto období často přichází návrat příznaků a nemoci, u některých osob se tato nemoc nedá zcela vyléčit, a tak je pro ně úspěch i dlouhé období remise (Preiss et al., 2006).

Metody a techniky sociální práce: Zaměřují se více na klienta, sociální pracovník je používá, aby prostřednictvím nich mohl klientovi pomoci vyřešit jeho problémy. Existuje několik metod a technik sociální práce, avšak většinou se tyto techniky a metody navzájem prolínají. Pro tuto oblast byla stanovena otázka, zda si ženy myslí, že by jim v jejich boji po léčbě mohly nějak pomoci metody a techniky sociální práce.

3 Metodika výzkumu

Pro realizaci své praktické části jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Je to nejefektivnější způsob, jak zjistit potřebné informace (Hendl, 2016). Jedná se o *nematematický analytický postup, který umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají* (Kutnohorská, 2009, s. 22). Tento výzkum si klade za cíl hlubší pochopení daného problému, a proto je realizován s malým počtem osob, nevýhodou tohoto výzkumu je, že jeho závěry nelze zobecňovat, a to právě proto, že je prováděn na malém vzorku, kvůli tomu také nelze s jistotou říct, že co zjistíme pomoci kvalitativního výzkumu od pěti respondentů, je stejné s tím, co se děje u celého zbytku cílové skupiny (Hanzelková et al., 2009).

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Pro získání dat byla zvolena metoda dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru. To znamená, že byly předem stanoveny oblasti a určeny otázky nebo informace, které během rozhovoru mají být zodpovězeny a zjištěny (Amstrong et al, 2015). Nejprve jsem si připravila deset otázek, tyto otázky jsou uvedeny v příloze č. 1. *Tento přístup umožňuje tazateli klást otázky a měnit jejich pořadí tak, aby průběh rozhovoru vyhovoval specifickým charakteristikám každého dotazovaného* (Amstrong et al., 2015, s. 650). Rozhovory byly vedeny s dospělými ženami „tváří v tvář." Na rozhovoru je velmi příznivé, že informace jsou získávány přímo od osob, které jsou cílovou skupinou pro danou práci, čímž dochází k hlubšímu poznání a pochopení dané problematiky (Amstrong et al., 2015). Podle Miovského (2006, s. 159) *jde o nejrozšířenější podobu rozhovoru*. Během výzkumu pro mě bylo důležité i pozorování vyléčených žen.

Pro zpracování rozhovorů byla použita kvalitativní analýza obsahu zapsaných rozhovorů. *Často bývá obsahová analýza brána jako kvantitativní postup, avšak nutným předpokladem jejího kvantitativního využití je její primárně kvalitativní aplikace, jejím prostřednictvím jsou hledány, identifikovány a formulovány prvky a fenomény, které až teprve potom je možné kvantifikovat* (Reichel, 2009, s. 127). Takže *obsahová analýza může mít formu kvantitativní i kvalitativní výzkumné studie* (Gulová et al., 2013, s. 140). *Kvalitativní obsahová analýza směřuje k porozumění výpovědím v kontextu a procesuálním vývoji* (Gulová et al., 2013, s. 141).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výběr zkoumané skupiny jsem využila techniku účelového výběru. Účastníci jsou cíleně vyhledáváni podle určitých vlastností a kritérií, také záleží na tom, zda jsou ochotni se do daného výzkumu zapojit (Miovský, 2006). Při této technice se musí předem jasně, otevřeně a přesně definovat osoby, které budou vzorek představovat (Disman, 2011).

S pěti respondenty, kteří si prošli mentální anorexií a dnes jsou ve fázi remise, byl proveden polostrukturovaný rozhovor „tváří v tvář." Všichni tito respondenti byli ženského pohlaví. Kritériem výběru bylo, že trpěli mentální anorexií, dnes jsou v remisi a jsou dospělí.

3.3 Realizace výzkumu

Podařilo se mi zkontaktovat pět dospělých žen, které splňovaly má kritéria pro cílový soubor a byly ochotné o své nemoci hovořit. Nejprve jsem respondenty písemně oslovila, kde jsem se představila, vysvětlila, co studuji za školu, stručně popsala, o co se jedná, seznámila je s přesným tématem mé bakalářské práce. Následně jsem se s nimi domluvila na osobní schůzce, kde mi poskytli rozhovor.

Respondenty jsem vyhledávala na internetu a ve svém okolí. Na internetu jsem hledala pomocí facebooku, kde jsem na stránkách města Třebíč, města Náměšť nad Oslavou a na stránce Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích napsala krátký příspěvek o tom, koho hledám a proč. Přes tyto stránky se mi ozvaly pouze dvě ženy. Rozhovor byl nakonec uskutečněn jen s jednou z nich. Tato žena mi ještě poskytla kontakt na svoji kamarádku, se kterou jsem se také později sešla. Druhá žena nesplňovala podmínky výběru pro moji bakalářskou práci. Dále jsem oslovila deset žen z internetové diskuze na téma mentální anorexie. Z oslovených žen se ozvaly pouze tři, z čehož jedna odmítla spolupráci, neboť toto téma pro ni bylo velmi osobní. S dalšími dvěma ženami byl proveden rozhovor. Poslední respondentku jsem oslovila ze svého okolí, již dříve mi pomáhala s mojí závěrečnou prací na střední škole na téma mentální anorexie. Zajímavé bylo pozorovat, jak se žena změnila od posledního setkání. Jako jediná respondentka porodila dítě i přes prodělání této nemoci.

Všechny rozhovory proběhly v období zimy 2016. Vždy jsem se s danou respondentkou domluvila na místě setkání, které vyhovovalo oběma. U všech žen byla zachována anonymita pro zajištění větší otevřenosti při rozhovoru. U každé respondentky rozhovor trval přibližně hodinu. Během tohoto času mi každá z žen

odvyprávěla svůj životní příběh, kde vylíčila průběh svého života od začátku nemoci až do současnosti. Mluvily o tom, jak se v jednotlivých obdobích vnímaly, jak na ně působilo okolí, jaký postoj mají k nemoci v současnosti. Při setkáních jsem využila své předem připravené otázky, jiným způsobem jsem tok hovoru nijak neovlivňovala. Při rozhovoru jsem si dělala detailní poznámky o důležitých informacích a po skončení schůzky jsem vždy sepsala základní body příběhu. Bylo-li třeba, respondentky jsem znovu kontaktovala a doptávala se jich na další detaily. Výsledné příběhy prezentuji očíslované od římské 1 po římskou 5.

4 Výsledky

Výsledky své práce uvádím ve dvou formách, jako příběhy a jako hlavní kategorie popisující odpovědi na mé výzkumné otázky.

4.1 Příběhy

Po přípravě základních bodů příběhu, které jsem sepsala po prvním setkání se ženami, jsem opětovně některé ženy kontaktovala a kladla jsem další doplňující otázky, které jsem považovala za podstatné k dokreslení situace a hledání odpovědí na mé výzkumné otázky, přičemž v prvním rozhovoru nebyly zodpovězeny. Dalšími takto získanými informacemi jsem příběh dotvářela do podoby, v níž jej zde prezentuji.

4.1.1 Příběh I

U této ženy se mentální anorexie projevila v jejích 14 letech. Než žena onemocněla, byla její váha 47 kg a výška 158 cm. Kvůli anorexii se dostala její váha na pouhých 34 kg, toto byla její nejnižší váha. Nemoc se u ženy objevila tehdy, když se snažila vyrovnat vzhledem postavy některým lidem ve svém okolí. Tito lidé byli hubení a pro ženu tehdy vzorem dokonalosti a krásy. Na začátku chtěla žena zhubnout jen pár kilogramů, čehož dosáhla díky omezování se ve stravě. Když se jí podařilo tohoto cíle dosáhnout, rozhodla se hubnout dále, byla přesvědčena o tom, že další kilogramy, které zhubne, jí přidají na kráse.

A právě tím se odstartovala posedlost po hubnutí, čím více se její váha snižovala, tím více žena toužila zhubnout ještě pár gramů. Kila šla dobře dolů, jelikož se žena musela vypořádávat se stresem, který zavládl v rodině kvůli zrovna odehrávající se těžké rodinné situaci. Žena také uvádí, že už byla na hubnutí tak závislá, že i kdyby zhubla 20 kg, nebylo by to pro ni dost dobré a necítila by se spokojená a chtěla by hubnout stále více a více. Od té doby myslela jen na hubnutí, kalorie v jídle a cvičení dnem i nocí.

Speciální dietu žena nedržela, začala omezovat pouze jídlo, které během dne jedla. Ze začátku se rozhodla jíst obědy, které jí vařila maminka, k večeři si vzala vždy jen něco malého a hlavně málo kalorického. Postupem času se množství jídla začalo tak snižovat, až se mu spíše vyhýbala. Velmi často se stávalo, že žena během celého dne snědla jedno jablko nebo sušenku.

Během pár týdnů, kdy místo jídla pila vodu, už ani nepociťovala hlad. Potom, co žena přestala jíst úplně, se rozhodla jídlo různě schovávat a vyhazovat, aby nikdo nepojal podezření a nezjistil, co se s ní děje. Avšak z opakovaného lhaní, nepřijímání

potravy, schovávání a vyhazování jídla byla tak unavená, že jí už bylo vlastně jedno, zda to někdo zjistí nebo ne, ani se nesnažila svůj postoj k jídlu nějak schovávat či ho obhajovat. Sama dobře věděla, že pokud ji k jídlu bude někdo nutit nebo ji dokonce krmit, udělá vše proto, aby dané jídlo nemusela polknout.

To, že žena nejedla, byla jen jedna z metod, kterou používala ke snižování své váhy. Žena začala také nadměrně cvičit. Začínala hned ráno před odchodem do školy, po příchodu ze školy cvičila znovu, potom opět před večeří a nakonec ještě před spaním. Také během dne vyhledávala další možnosti pohybu, ve škole zásadně nepoužívala výtah, na toalety chodila vždy na jiné patro, jen aby měla dobrý pocit z toho, že spálila pár kalorií, od autobusové zastávky domů se snažila chodit tou nejdelší cestou.

Cvičení se pro ženu stalo stejnou posedlostí jako snižování váhy. Ze cvičení si udělala rituál, který každý den musela opakovat přesně v danou hodinu a v přesném pořadí, pokud se tomu nestalo, měla nepříjemné pocity, byla na sebe naštvaná. Také vztahy s okolím se během nemoci zásadně změnily. Nejprve to nastalo u přátel, vztahy s nimi začala omezovat, až je nakonec úplně vypustila ze svého života, nezajímali ji žádní přátelé ani spolužáci, jen cvičení a to, kolik toho za den snědla. Vše se točilo kolem jídla a cvičení, jediné vztahy, které byla schopna udržovat, byly vztahy s rodiči, na těch byla občas až tak závislá, že si připadala jako malé dítě, které bez jejich pomoci nic nezvládne.

Na začátku, kdy žena zhubla prvních pár kilogramů, to nikomu nebylo podezřelé, ba naopak ji každý chválil, jak jí to sluší, že je krásná, ale při dalším a dalším úbytku na váze vše vycházelo na světlo. Jak sama říká: „*Není možné, abyste tolik zhubly, když byste normálně jedly*.“ A tak ženu všichni začali více sledovat a hlídat ji.

Žena uvádí, že pojem mentální anorexie znala, věděla, že jde o nemoc, která se projevuje nepřijímáním potravy, nadměrným cvičením a až drastickým hubnutím. I přesto si nepřipouštěla, že by se to mohlo týkat zrovna jí. O této nemoci se žena dozvěděla z internetu a časopisů, avšak zakročit musela její maminka, která si nemoci všimla brzy a zasáhla. Žena jí je za to dodnes velice vděčná, protože nebýt její maminky, netuší, kde by teď byla.

Po zásahu své matky si žena začala uvědomovat závažnost nemoci, největším impulsem pro boj s touto nemocí však pro ni byl děda. Dlouhou dobu nechtěla přijímat potravu, přestože věděla, že je nemocná. Její dědeček už to jednoho dne nevydržel a rozbrečel se, řekl jí, ať si třeba umře, když nechce jíst. Toto ženě otevřelo oči.

Uvědomila si, že zde nejde už jen o obyčejné zdravé hubnutí, ale o závažnou nemoc, se kterou se musí léčit, protože ona přeci nechce umřít. Dalším impulsem k motivaci jít se léčit bylo pro ženu i to, že pochopila, že neubližuje pouze sama sobě, ale trápí svým hubnutím především celou svoji rodinu, která se jí snažila pomoci a měla o ni strach.

Po roce a půl, tedy někdy okolo 16tého roku věku, se rozhodla pro léčbu. Sama si uvědomovala, že nemoc je tak „rozjetá“, že bez pomoci někoho jiného by ji nedokázala překonat. S odstartováním léčby jí pomohl obvodní lékař, kterého vyhledala po tom, co se rozhodla se uzdravit. Ten ženu vyšetřil, informoval ji o průběhu léčby a doporučil jí návštěvu psychiatrie, kam začala taky ambulantně docházet.

Během této nemoci potkalo ženu několik zdravotních problémů. Největším zděšením pro ni bylo vypadávání vlasů, které byly vždy její chloubou. Další zdravotní problémy, které se u ní objevily, byly bolesti kloubů, neustálý pocit chladu, scvrklý a bolavý žaludek, zácpy, únava, podrážděnost. Toto vše se po uzdravení vrátilo do normálu, avšak jeden následek nemoci si nese sebou do teď. Kvůli nedostatečné a nevyvážené stravě se ženě odvápnily zuby, velmi rychle se jí nyní kazí. Hrozí jí, že ve velmi nízkém věku si bude muset nechat nahradit svoje nezdravé zuby umělou zubní náhradou.

Když jsem se ženy zeptala, zda si myslí, že by jí mohl pomoci se zvládnutím této nemoci nebo vyrovnáváním se s obdobím po léčbě sociální pracovník, žena odpověděla takto: „*Nemyslím si to, v době, kdy jsem byla nemocná, jsem k sobě nechtěla pouštět nikoho blízkého natož někoho cizího, při zahájení léčby jsem si vytvořila dobrý vztah pouze ke svému psychiatrovi, který mi pomáhal nemoc zvládnout a léčbu úspěšně dokončit.*“ Říká, že po léčbě už nepotřebovala další pomoc odborníků.

Dnes je ženě 23 let a při výšce 160 cm odhaduje svoji váhu na 49 kg. Neváží se, na váhu stoupá jen tehdy, pokud to vyžaduje lékařská prohlídka. Svůj jídelníček nijak neomezuje, jí vše, na co má chuť. Místo vynechávání jídla se stravuje pětkrát denně v menších porcích, k večeři si dává lehčí jídla. Sportu se věnuje spíše rekreačně, občas zajde do posilovny. Místo rutinního cvičení vyrazí raději na procházku do přírody.

Po ukončení léčby a úspěšném vyléčení se žena strachovala, že se nemoc vrátí. Myšlenky na to, že by ji anorexie zase ovládla, pro ni byly děsivé. Ihned po tom, co se dostala na přijatelnou váhu a tedy mohla sama sebe považovat za vyléčenou, u ní stále přetrvávaly obavy a nepříjemné pocity při stolování s větším počtem lidí. Znervóznit ji dokázalo i se stravovat před úplně cizími lidmi. První roky po anorexii byly pro ženu složitější, přestože byla vyléčená, nějakou dobu jí trvalo vrátit se do

normálního běhu života. To vše se změnilo po seznámení s přítelem, jejichž vztah stále trvá. Díky němu se postupem času vše vrátilo do „normálu“ a žila zase život jako před nemocí. Nechtěla, aby se její přítel za ni styděl, chtěla být jako ostatní ženy, které žijí „normální“ zdravý život. Zajímavé je, že její přítel netuší, že žena bojovala s touto nebezpečnou nemocí. Fotky, kde žena byla „vychrtlá“, sama vyhodila a o této nemoci se nikomu nezmiňuje. Se starými přáteli z dob, kdy trpěla touto nemocí, se nestýká a novým přátelům o svém boji s anorexií nevypráví, také doma se o tomto nemluví.

O anorexii se nerada baví a k celému tomuto období svého života se nerada vrací. Na anorexii se s odstupem času žena dívá jako na něco, co jí úplně všechno vzalo, kvalitní zdraví, přátele, chuť do života, jakýkoliv zájem o okolí, koníčky, školu, bezstarostné dětství a mládí. Vše se točilo jen okolo toho být hubená, nadměrně cvičit, nevybočit z každodenního rituálu, který si nastavila. Za svoji nemoc se stydí a dosud nedokáže pochopit, jak to mohla nechat zajít až tak daleko, chtěla přece jen zhubnout pár kilo. Když žena vidí ve svém okolí mladé dívky, které se snaží zhubnout, být krásné a štíhlé, drží kvůli tomu různé diety a nadměrně cvičí, lituje je, protože už teď sama dobře ví, že tím vším ubližují hlavně sobě a také lidem v jejich okolí a že být krásná neznamená být „vychrtlá“.

Žena po 9 letech, které uběhly od propuknutí její nemoci, tvrdí, že je zcela vyléčená, váhu si nehlídá, nesportuje a ani ji nenapadají špatné myšlenky o vzhledu její postavy. Snaží se žít život a na mentální anorexii a vše, co s ní bylo spojené, zapomenout.

4.1.2 Příběh II

Tato žena mentální anorexií trpěla ve svých 15 letech. Nemoc propukla v dubnu 2012, v říjnu téhož roku byl stav ženy tak drastický a vážný, že se do toho musela vložit její maminka. Té se jako první otevřely oči a uvědomila si, že se již nejedná o nevinné hubnutí, které je pro člověka zdravé, ale že je to něco vážnějšího. *„Celý rok 2013 byl nepříjemný a zdlouhavý, pocity ve mně se praly, na jednu stranu jsem věděla, že mé hubnutí není už zdravé, a na stranu druhou se mi líbilo mé vyhublé tělo, nakonec jsem ale vyhrála.“* vypráví žena.

Při výšce 175 cm se žena v průběhu nemoci dostala až na váhu 50,5 kg. Před nemocí byla její váha kolem 65 kg. Prvotním impulsem, proč žena začala hubnout, bylo to, že se jí spolužáci začali posmívat kvůli velkému pozadí. Neustálé úšklebky a posměšky a také to, že sama žena se sebou nebyla spokojená, odstartovalo počátek

nemoci. Na začátku jenom jedla zdravě a sportovala. Vše začalo nevinně. Kila šla postupně dolů, postava se stávala vyhublejší, pevnější a vypracovanější. Její okolí ji chválilo za výsledky a tak žena dostala další motivaci k tomu, aby hubla stále více a více. Spustil se tedy kolotoč hlídání si množství jídla, počítaní kalorií a cvičení.

Žena nikdy nepřestala jíst úplně, jídlo postupně snižovala, až skončila u opravdu malých porcí. Snažila se jíst pouze zdravě, vypustila ze svého jídelníčku všechny „nezdravé" věci jako jsou omáčky, bílé pečivo, sladkosti, tučná jídla a smažené věci. Jedla hodně zeleniny, která se z velké části objevovala v každém jejím jídle, a pila velké množství tekutin. Ráno se vždy vydatně nasnídala, na svačinu si dala ovoce, později svačiny vynechávala, k obědu měla velmi malou porci, kterou však celou snědla, a večeřela jen něco malého, například bílý nízkotučný jogurt. Jedla pravidelně každé tři až čtyři hodiny malé porce, proto nikdy nepociťovala hlad. Dokonce si sama pekla všelijaké zdravé dezerty a buchty, samozřejmě však bez cukru a bílé mouky, tyto ingredience považovala za velmi nezdravé. Protože její maminka podle ní vařila jen samá nezdravá jídla, začala si dívka vařit i hlavní jídla sama. Mamince se to sice nelíbilo, že vaří zbytečně druhé jídlo, ale neřešila to, aspoň ne ze začátku.

Díky cvičení několikrát denně šla její váha rychle dolů. Žena byla schopná cvičit ráno před odchodem do školy, ve škole, když měli tělocvik, po příchodu ze školy, po večeři a naposledy před tím, než šla spát. Dlouhými procházkami v rychlejším tempu a malými porcemi jídla šla váha dolů, aniž by musela přestat jíst úplně. Z toho měla žena radost a motivovalo jí to ke stále vyšším výkonům ve cvičení.

Na úbytku váhy se také podepsal stres, který zažívala ve škole a i v rodině. „*Zpočátku mi rodiče říkali, že mi to sluší, že jsem hubená.*" vzpomíná žena. Postupem času rodiče změnili názor a začali ji podezírat, že nejí a že až moc času tráví cvičením, že je něco v nepořádku. Maminka při hledání řešení a chyb, co udělala špatně, probrečela někdy i hodiny denně. Když si maminka všimla, že je dcera hodně vyhublá, chtěla, aby jedla jídlo, které uvařila ona. Žena však nechtěla opustit zdravou stravu, tak si nosila jídlo, které uvařila matka do svého pokoje, kde nikdo neviděl, kolik a co snědla. Snažila si nabírat jen málo jídla nebo takové množství, jaké „měla dovoleno". Jídlo většinou schovala a druhý den při cestě do školy je vyhodila do popelnice.

S „akutní anorexií" na vlastní kůži žena bojovala 2 roky. Celé dva roky trvalo, než se vrátila její zdravá váha a začala jíst normální porce jídla. Sama si je ovšem vědoma toho, že je to boj na dlouhou trať, tudíž je možné, že až do konce jejího života.

Sama říká: „*Každou vyléčenou anorektičku někdy sžírají ty dotěrné pocity, že toho snědla moc, výčitky svědomí*…“

Vztahy s okolím nebyly vždy příjemné a hezké, byla protivná, věčně uzavřená do sebe, unavená, vyčerpaná z neustálého cvičení, nikdo z okolí ji nezajímal, jediným zájmem bylo zdravé jídlo a cvičení. Nechtěla s nikým mluvit a ani nikam chodit, lidem se spíše vyhýbala. Kdykoliv začala komunikovat s kamarády nebo známými, vždy došlo na téma jídlo, to jí akorát zkazilo náladu, proto neměla potřebu vyhledávat kontakt s lidmi.

Moment, kdy si uvědomila, že není něco v pořádku a že se musí začít léčit, že už nejde jen o zdravé hubnutí, nastal zhruba dva měsíce od prvního zásahu matky. „*Já jí opravdu chtěla udělat radost a víc jíst, ale copak to šlo*?“ vypráví žena. V okamžiku, kdy se chtěla normálně najíst, už její tělo nebylo schopno stravu přijmout. Sama začala tušit, že je něco špatně. Uvědomovala si, že nejspíš trpí mentální anorexií, avšak nikomu to neodsouhlasila. *„Přece vím, co dělám!“* říkala si žena. Vždy se také uklidňovala tím, že má vše pod kontrolou a že je to stále ještě v pohodě. Příznaky a podrobné informace o této nemoci zjistila z internetových stránek, kde četla mnoho blogů, článků a diskuzí na toto téma. Tím, že studovala střední zdravotnickou školu, slyšela o této nemoci mnohokrát i ve vyučovacích hodinách.

Maminka ji nakonec donutila vyhledat pomoc u její praktické lékařky. Ta ji vyšetřila a doporučila najít odbornou pomoc. A tak žena navštívila psychologa, u kterého však byla pouze jednou. Podle jejího názoru jí psychiku akorát zhoršil, než aby jí pomohl. K tomu, aby se žena začala opravdu léčit, ji přiměla skutečnost, že ji matka chtěla poslat do léčebny pro takto nemocné a tím přerušit její studium na střední škole. To pro ženu nepřipadalo v žádném případě v úvahu, protože pro ni bylo učení vše, tak jako cvičení a zdravé stravování. Tímto impulsem začal boj o to, aby se vrátila zpět na „zdravou“ váhu. Žena se léčila doma sama s pomocí maminky a ostatních dívek, které trpěly také touto nemocí. S těmito dívkami si denně psala emaily, občas si i telefonovaly a navzájem se podporovaly ve svém boji s nemocí.

Dnes je ženě 19 let, odhaduje svoji váhu na 70 kg (od svého boje s mentální anorexií se neváží), její výška je 178 cm. Plně se věnuje dokončení střední odborné školy. Vztahy mezi ní a okolím jsou dnes po překonání nemoci skvělé. Ti, co mají porovnání, jsou rádi za změnu, kterou si žena prošla a vrátila se do „normálního“ stavu před nemocí. S těmi, co ji poznali až nyní po nemoci, také vychází v pořádku. Podle jejího názoru jí nemoc její život nezměnila, dnes si váží všeho, co má, a díky anorexii

je vděčná i za maličkosti, které se odehrávají v jejím životě. V období, kdy trpěla nemocí, bylo samozřejmě ovlivněno vše. Měla špatné zdraví, bolesti kloubů, svalů, celkovou únavu, vypadávaly jí vlasy, neustále jí byla zima, její pleť vypadala nezdravě, byla celá pupínková a vysušená. Naštěstí s odchodem nemoci odešly i zdravotní problémy a dnes se cítí skvěle.

Kvůli mentální anorexii ztratila menstruaci a dodnes není zcela jasné, zda bude moci v budoucnu mít někdy vlastní děti. Jinak je vše, dle jejích slov, teď už v pořádku, co se zdravotního stavu týká. Jí pravidelně a pestře, už si jídlo nehlídá tak jako dřív, ale snaží se jíst vyváženou a zdravou stravu. Má ráda sladké, čokoládu a bonbóny, vše ale konzumuje s mírou.

Chodí na dlouhé procházky, občas zajde do posilovny, spíše ale výjimečně. Dnes je šťastná, váží si všeho, co má, jídlo si s radostí vychutnává. Její současný přítel je o nemoci informován a je rád, že se mu se svým příběhem svěřila. Svému okolí o své nemoci neříká. Když se jí však někdo zeptá, svůj příběh sdělí, ovšem na potkání jej nevypráví. Před novými kamarády tuto její etapu života vynechává.

Za svou nemoc se nestydí, podle ní ji anorexie hodně naučila. Přestože je mentální anorexie „tvrdá" nemoc, je ráda, že se s ní mohla poprat a zvítězit nad ní. Díky tomu také může ostatním, kteří se stejnou nemocí bojují, pomáhat. „*Občas mi proběhne hlavou myšlenka, že jsem tlustá, i když dobře vím, že nejsem. Ale jsem ženská, ne?*" říká dívka. Na otázku, zda zná někoho, kdo trpí anorexií, žena odpověděla, že ano. „*Přijde mi, že těchto holek rapidně přibývá. Když jsem se začala léčit, všimla jsem si, jak jsou všude kolem mě. Bylo mi z toho špatně a je dodnes. Ty holky od normálních prostě poznám a vždy se snažím jim nějak pomoci.*" Dnes už se žena nesnaží tolik jako před rokem, sama si tím prošla a ví, že pokud nemocná nechce, nikdo jí nepomůže.

Tato žena si troufá říct, že je vyléčená už přes rok. Na nemoc si vzpomene jen tehdy, když vidí ostatní vyhublé holky, jak hnusně vypadají, jinak moc ne. Na otázku, zda si myslí, že by jí mohl pomoci s jejím bojem a se vším, co je spojené s touto nemocí, nebo dokonce se začleňováním zpět do kolektivu sociální pracovník, odpověděla takto: „*Upřímně chci být doktorkou, ale žádným z těchto humanistických doktorů* (myšleno podle dívky psycholog, psychiatr atp.) *nevěřím – já mám raději pomoc od svých blízkých, na které se mohu kdykoliv spolehnout."* To se taky ukázalo, neboť žena boj s anorexií vyhrála i bez pomoci odborníků pouze se svými blízkými a dívkami, které měly stejné problémy jako ona.

4.1.3 Příběh III

U ženy se mentální anorexie objevila v pozdějším věku, když jí bylo 21 let. Tehdy začala studovat na vysoké škole. Před vypuknutím vážila žena 73 kilogramů, což byla normální váha k její výšce 170 cm. Během této nemoci zhubla 31 kilogramů ze své původní váhy, její nejnižší hmotnost, které během nemoci dosáhla, byla 42 kg.

Vše začalo rozhovorem s kamarádkou, při kterém se dozvěděla, že díky kalorickým tabulkám na internetu kamarádka zhubla pár kilogramů. Jediné, co je při tom potřeba, je dodržovat příjem kalorií, které tabulky vypočítají. Žena nikdy žádné diety nedržela, na střední hrála házenou, takže měla vždy vysportovanou postavu, přesto se rozhodla, že tyto kalorické tabulky vyzkouší, protože s přestupem na vysokou školu hrát házenou přestala. Nebyl na to čas a jí se zdálo, že pár kilogramů od té doby přibrala. Dalším impulzem k vyzkoušení kalorických tabulek bylo to, že přeci nebude její kamarádka hubenější než ona. A tak se pustila do hubnutí. Z nevinného hlídání si kalorií se stala přímo posedlost.

Jídlo a jeho obsah kalorií se stal pro ženu jídelním rituálem. Jedla 5krát denně, vždy malé porce, nijak necvičila ani nesportovala, pouze dodržovala příjem kalorií podle tabulek. Každý večer si vypsala příjem kalorií a potraviny, které může sníst. Snědla i „normální“ jídla doma, vždy však jen malé porce, hodně jedla zeleninu, light výrobky, bramborové pečivo a pila vodu. Příjem kalorií se pořád snižoval a snižoval, až skončila na pouhých 700 kaloriích za den. Nejnižší doporučovaný příjem je 1000 kalorií za den, při nižším příjmu kalorií tělo nezdravě hubne. Počítání kalorií ji tak zaměstnávalo, že nepociťovala vůbec hlad, když se někdy pocit hladu objevil, zapálila si cigaretu nebo se více napila vody. Váha klesala a klesala, ale ženě to vůbec nepřipadalo, pořád se cítila a viděla tlustá. Sama se zmínila o tom, že když už byla hodně hubená a její váha velmi nízká, cítila, jak jí to ovlivňuje i myšlení. Možná v hloubi duše věděla, že je hubená, ale už bylo pozdě. Pro ni bylo mnohem snazší hubnout dál a dál, než se starat o to, jak si získanou váhu udržet a dál nehubnout. Žena se dostala do fáze, kdy nepřijímala žádné tekutiny, aby se její nezvyšovala váha.

Ze začátku to doma nikomu nebylo podezřelé, všichni členové rodiny věděli, že žena chce trochu zhubnout, proto ji v její snaze ještě podporovali. Vždy jedla, nikdy nepřestala jíst úplně, nikdy proto nikoho nenapadlo, že by mohla být nemocná. Až postupem času, když už byla vyhublá a stále si v jídle vybírala a vymýšlela, že to nesmí, že to obsahuje moc kalorií, pojala rodina první podezření.

Vztahy v období, kdy trpěla mentální anorexií, byly mezi ženou a jejím okolím napjaté. Probíhaly neustále dohady a neshody ohledně jídla. Dívka byla z nedostatku potravy protivná, podrážděná, plačtivá, často měla stavy, kdy jen hodiny a hodiny ležela v posteli a nic jí nezajímalo, občas takhle proležela i půlku dne, trpěla nespavostí, což jí na psychické pohodě také moc nepřidalo. Když už s někým začala hovor, byl na téma jídlo a kalorie. I lidé v jejím okolí, s nimiž se stýkala, si všimli, že není něco v pořádku, avšak nikdo nikdy nic neřekl nahlas, nebo jen tak v narážkách.

U ženy se objevily i některé fyzické následky anorexie, začaly jí padat vlasy, její pleť se během tohoto období zhoršila, byla suchá a našedlá, lámaly se jí nehty, často ženu bolely klouby, pocit chladu ji doprovázel na každém kroku, také si všimla, že se jí začaly třást ruce. Často se stávalo, že i při malém bouchnutí se jí dělaly modřiny a každé zranění se hojilo strašně dlouho.

První, kdo začal tuto situaci řešit, byli její rodiče. Mamka ji nechtěla takto vyhublou pustit zpět do školy a na kolej, což byl prvotní impuls. Také její nejlepší kamarádka jí říkala, že by měla vyhledat odbornou pomoc, že toto už není zdravé. V této době si však žena ještě nepřipouštěla, že by mohla být nemocná a trpět mentální anorexií. Přestože o této nemoci dobře věděla, vůbec ji ani nenapadlo, že by se jí to mohlo týkat. Uklidňovala se tím, že každá dívka v jejím věku řeší, co sní a jak vypadá. A tak nad tím mávla rukou a dále se věnovala svým kalorickým tabulkám.

Až později si sama uvědomila, že situace je vážná a že se nejedná jen o hezky hubené tělo. Na internetu si prohlížela stránky s tématikou mentální anorexie, mentální bulimie a celkově se zajímala o poruchy příjmu potravy. Při prohlížení těchto stránek si všimla, jak moc jsou jí ty dívky z fotek podobné, že i ona je takto vyhublá. Mnoho věcí, co si zde přečetla, bylo až moc podobných těm, které sama prožívala. A tak odstartoval boj s mentální anorexií.

V jejím boji jí pomáhali nejen rodiče, ale také její nejlepší kamarádka. Nejprve žena navštívila svého obvodního lékaře, kterému se svěřila, co ji trápí, ten ji poslal k psychiatrovi. Kromě psychiatra navštěvovala žena i psychoterapeuta, ale toho jen chvíli. Jakmile se jí váha zvedla, přestala s návštěvami. Během svého boje se setkala i s recidivou. V okamžiku, kdy se její váha za pomoci psychiatra a psychoterapeuta zvýšila na 50 kilogramů, byla dívka přesvědčená o tom, že už je po všem, že je zcela vyléčená a tuto váhu si už udrží. Bohužel, opak byl pravdou. Během několika týdnů po ukončení léčby se žena vrátila zpět k počítání kalorií a omezování se v jídle. A začalo druhé kolo léčby.

Dnes jsou to tři roky od období, kdy žena trpěla mentální anorexií. Sama říká, že na první pohled se sice může zdát, že je vyléčená a její tělo není „vychrtlé“. Snaží se udržet si pořád stejnou váhu, pro její okolí je tedy v pořádku hubená. Sama ale ví, že opak je pravdou. Myslí si, že z anorexie se nelze zcela vyléčit. *„Já osobně bych řekla, že ve mně anorexie spí.“* tvrdí žena. Na chvilku jí prý dala pokoj, ale v hlavě pořád má toho červíčka, který ji hlodá, zda toho nesnědla moc, že dnes měla velice tučné jídlo, co že to vlastně za celý den všechno snědla atd. Každý den pak s těmito myšlenkami bojuje. *„Ale proti období, kdy jsem měla akutní anorexii, je to podstatně utlumené.*“ říká žena. Podle jejího názoru se člověk anorexie úplně nezbaví, jen se naučí myšlenky o váze eliminovat na minimum. Doufá v to, že tato strašná nemoc se v ní už nikdy neprobudí a že bude dostatečně silná, aby ji udržela spát až do konce jejího života, a ona už nebude muset znovu prožít tu hrůzu, kterou si musela projít, než se této nemoci zbavila.

Po vyléčení akutní fáze se vztahy ženy s okolím vrátily do normálu, žádné hádky s rodiči ani kamarády. Ona sama se cítí po psychické stránce mnohem lépe, občas má „depku“ ze školy (i přes mentální anorexii zvládla dokončit bakalářské studium a nyní studuje navazující magisterské studium) nebo jen tak, že se špatně vyspala. Podle ní je mnohem lepší, že už neprobíhají žádné dlouhé debaty a přednášky ohledně jídla.

Po fyzické stránce by žena měla být také zdravá. Obvodní lékař jí udělal krevní testy, které vyšly v pořádku. Občas má problémy se žaludkem, bolí ji, a i když si myslí, že toho snědla málo, má pocit přecpanosti a nafouklosti. Kvůli tomu, že jí během nemoci padaly vlasy, jich má teď méně a její pleť je náchylnější k pupínkům. Jinak se cítí skvěle.

Dnes žena měří 170 cm a snaží si udržet váhu mezi 55 a 57 kilogramy, kvůli tomu se váží jednou za měsíc, víckrát ne, nechce, aby se na vážení stala závislá. Stravuje se zdravě, jí hodně zeleniny, snaží se, aby vždy měla vyvážený jídelníček, který bude obsahovat vše, co potřebuje její tělo. Občas sní i nějaké to „nezdravé“ jídlo. Začala se věnovat sportu, chodí do fitness centra, které navštěvuje hodinu třikrát týdně. Její život po anorexii probíhá zcela normálně, chodí do školy, na brigádu, cestuje s přítelem, chodí do restaurací, žije život jako dřív.

Její okolí a blízcí vědí, čím si žena prošla, avšak novým přátelům, se kterými se seznámila až po prodělání anorexie, se o této nemoci nezmiňuje, protože to není její aktuální stav. Její přítel o této nemoci také ví, prošel si s ní recidivou. A i díky jeho podpoře to zvládla a dnes je tam, kde je.

I když je aktuálně zdravá, stále má obavy z toho, že se nemoc může vrátit. Občas, když sní tučné jídlo nebo více jídla, než by měla, vzpomene si na anorexii, na to, jaké to bylo, co se s ní dělo a tak dále. Tyto myšlenky se však snaží minimalizovat, stejně jako myšlenky, že je tlustá. Chvílemi jí hlavou tyto myšlenky proběhnou, zejména když si oblékne vyprané rifle nebo před menstruací. Pokud má někdy tyto negativní myšlenky, jde je prostě zajíst dobrým jídlem, prý jí to vždy pomáhá. Díky nemoci se seznámila i s jinými dívkami, které trpěly poruchami příjmu potravy. Často jí tyto dívky pomáhaly a podporovaly ji při její léčbě.

S odstupem času se žena dívá na mentální anorexii jako na tvrdý a těžký boj, kterým si musela projít, ale zároveň tento boj vyhrála, za což je hrdá. *„Ne každé se to povede.“* říká žena. Za svoji nemoc se nestydí, každý má prý něco, někdo pije alkohol, někdo bere drogy, ona prostě nadměrně hubla. Pokud se někdo na její nemoc zeptá, odpoví mu, případně odvypráví svůj příběh, avšak sama od sebe o této nemoci nikomu neříká.

Při otázce, zda si myslí, že by jí v jejím boji, nebo později po vyléčení akutní anorexie mohl nějak pomoci sociální pracovník, se žena na chvíli zamyslela. Poté odpověděla, že neví, že nezáleží ani tak na lidech okolo jako na tom, aby se nemocný chtěl vyléčit sám. Jinak mu nemůže nikdo, i kdyby sebe víc chtěl, pomoct. A že ani vlastně netuší, jak by jí takový člověk mohl s jejím problémem pomoci. A kdyby od něj pomoc chtěla, tak neví, kde by jej vlastně měla hledat.

4.1.4 Příběh IV

U této ženy propukla nemoc již ve 13 letech. Její výška v té době byla 160 cm a váha před nemocí 64 kilogramů. Během této nemoci se se svojí váhou dostala až na 43 kg, což odpovídá zhruba dvěma třetinám její původní váhy.

Zajímavé na tomto příběhu je, že žena nezačala hubnout ze své vlastní iniciativy ani kvůli tomu, že by se jí někdo smál či jí říkal, že je tlustá. Vše to začalo kvůli její komplikované nemoci. Žena onemocněla těžkým zápalem plic. Tato nemoc byla tak závažná, že strávila celé dva měsíce v nemocnici. Faktory jako nemocniční strava, změna prostředí a stres z toho, že nemůže jít domů za rodiči, způsobily rychlé hubnutí. Její váha po odchodu z nemocnice byla 55 kg. To se ženě zalíbilo, již dříve se jí zdálo, že je trochu oplácaná, ale nechtělo se jí s tím nic dělat. Nyní byla ráda, že šla kila sama dolů, aniž by si musela hlídat stravu a cvičit.

Po návratu domů se vrátila zpět k normální stravě, dopřávala si i sladkosti. Váha šla zpět nahoru, čehož se zalekla a začala se více v jídle kontrolovat a omezovat. Protože se jí omezování stravy zdálo jako malé řešení, začala k tomu ještě sportovat. Úspěch se dostavil, kila šla opět zase rychle dolů. Přehnanou sportovní aktivitou si však žena způsobila tříselnou kýlu.

Po zápalu plic měla nastoupit do lázní, které jí byly doporučeny lékařem. V lázních žena nakonec strávila celé tři měsíce. Opět zde zapracoval stres a změna stravy. Žena zhubla, aniž by musela cvičit. Během stejného roku prodělala ještě operaci slepého střeva. Kvůli všem těmto zdravotním peripetiím šla její váha rapidně dolů, zastavila se až na 43 kg, které se žena snažila si udržet.

Podle ženy za její nemocí stojí hlavně stres a samota v nemocnici a v lázních. Přece jen třináctiletý člověk je ještě dítě, které vyžaduje společnost blízké osoby. Také si myslí, že tam byly i jiné příčiny, kdyby ne, tak by přece po příjezdu domů normálně nabrala na váze a neřešila by to. To se však nestalo, jí se líbil se její štíhlejší vzhled a postava. Další popud k hubnutí dali příbuzní, kteří ji po příjezdu z nemocnice chválili, že takto jí to mnohem více sluší.

Po tom, co se rozhodla hlídat si váhu i doma, se začala omezovat hlavně v jídle. Nejprve vyřadila sladké a nezdravá jídla, jedla hodně ovoce a zeleniny. V hubnutí jí hodně pomohlo počítaní kalorií, přesně si spočítala příjem kalorií za den a výdej energie. Vše měla důkladně rozpočítané, sepsala si, co musí udělat, aby všechny přijaté kalorie za den spálila, plus ještě něco navíc, aby její tělo hublo. Pak už bylo jejím úkolem na celý den dodržet tento harmonogram, který si vždy den předem sestavila. Přestože žena jedla pětkrát denně, její váha šla stále dolů kvůli malým porcím, nízkému příjmu kalorií a následnému sportování.

Pokud ženu trápil pocit hladu, pila více vody nebo neslazeného čaje. Měla také hodně sportovních aktivit, přes den se vždy snažila něco dělat, aby nemusela myslet na to, že má hlad. Večer chodila brzy spát, aby pocit hladu zaspala. Sport jí zabíral asi 70% jejího volného času, a protože její nejhorší období mentální anorexie probíhalo v době velkých prázdnin, měla dostatek času. Jezdila na kolečkových bruslích, na kole, cvičila posilovací cviky, chodila na dlouhé procházky, jezdila na koni, všechno měla přesně rozplánované na hodiny a na množství kalorií, které sportem spálí. Pokud jí její harmonogram někdo přerušil jinými plány, byla z toho nervózní a vykolejená. Žena uvedla i jeden příklad takové situace: původně měla naplánováno jezdit hodinu na kole,

avšak její maminka si s ní chtěla povídat, žena, aby alespoň spálila nějaké kalorie, zatínala v průběhu celé konverzace s maminkou svaly na zadku.

I její okolí si všimlo, že není vše v pořádku. Často se jí lidé ptali, co dělá, že je tak hubená, ale protože to bylo chvíli po nemoci, přisuzovali to především pobytu v nemocnici a prodělanému onemocnění. Nikdo nevěděl o jejím přehnaném sportování, a protože jedla, nikdo nepojal žádné podezření. Zpětně se rodiče přiznali k tomu, že jim bylo do breku, když viděli dceru takto vyhublou, ale věděli, že čím víc ji nutí k jídlu, tím víc je zatvrzelejší.

S kamarády se žena setkávala málokdy, zpětně si vybavuje, že musela působit divně, když se snažila hrát, že se nic neděje. Všichni museli vidět její vyhublé tělo. I doma se snažila hrát divadlo, že je vše pořádku a že to, že začala víc sportovat, neznamená, že je nemocná. Často se stávalo, že trpěla špatnou náladou, byla protivná a nervózní. Se spolužáky se přes prázdniny nestýkala, v lázních ji nikdo neznal, tak nevěděl, jak vypadala předtím. Všem tvrdila, že má rychlé spalovaní a že takto vypadá odjakživa.

Žena věděla, že nemoc mentální anorexie existuje, jaký má průběh a následky, ale přesvědčovala se o tom, že přeci ona jí, nezvrací a jen sportuje, proto to nebude její případ. Až mnohem později si začala uvědomovat, že už situace není v pořádku. Ani jí samotné se již nelíbilo, jak vypadá, ale nemohla s tím nic dělat, jen stále počítala kalorie a cvičila. To, že je něco špatně, si uvědomila i tím, že zatínala svaly kdykoliv nemohla jít sportovat, aby alespoň nějaké kalorie spálila a nepromarnila tak žádný čas. Prvotní impulsy k tomu, aby se začala léčit, přišly, když si vymýšlela různé výmluvy, proč nemůže jít s kamarádkami ven, když jí lidé začali říkat, že nevypadá dobře, že je moc vyhublá, a když začaly z obavy z toho, co se bude dít po návratu do školy, když bude vypadat takto.

Žena bojovala s mentální anorexií asi dva roky. Rozhodla se, že tento boj zvládne sama a i rodiče ji nenutili vyhledat odbornou pomoc. Začala tedy jíst zdravě, normální porce, sportovat zcela nepřestala, neboť sport je její koníček, pouze ho omezila na normální množství. Zdravou váhu získala po pár měsících, kdy začala s léčbou, avšak dodnes svoji váhu řeší. Ale spíše tak běžně, jako každá žena. Myšlenky, zda není tlustá nebo zda toho moc nesnědla, ji trápily ještě dlouhá léta poté, co se vyléčila. Sama říká, že někde vzadu v hlavě to tam pořád je.

Vztahy s okolím se po vyléčení nemoci vrátily zpět do normálu. Nemoc jí nezanechala žádné fyzické následky, ani během nemoci nepociťovala žena velké změny

ve svém zdravotním stavu, pouze se jí zhoršila pleť, měla problémy s nepravidelnou menstruací, občas problémy s trávením a řidší vlasy. Vše přisuzuje tomu, že nepřestala jíst úplně a že její vyhublost nebyla až tak drastická, aby se na ní podepsala i po vyléčení.

Přestože je anorexie těžká a zlá nemoc, je žena ráda, že si jí prošla. Od té doby se na svět dívá zcela jinak a díky získaným zkušenostem se snaží pomáhat ostatním v podobné situaci a promluvit si s nimi. Zpětně se žena na anorexii dívá jako na složitou nemoc, která nemá určitě jen jeden spouštěč, ale jako na velký test osobnosti, kterým projdou jen ti nejsilnější. Také si myslí, že je to nemoc, kde je nejdůležitější, aby si člověk uvědomil, že má problém a chtěl ho vyřešit. Podle ní je to běh na dlouhou trať, je zde velice důležité, aby nemocný věděl, že má podporu v rodině. Jen on sám si ale musí uvědomit, že musí začít jíst. „*Mně osobně řeči o tom, že mám jíst, a nucení k jídlu nepomáhaly, pomáhalo mi vědomí, že tu rodina je pro mě, a když to nebudu zvládat sama, a poprosím je o pomoc, pomůžou mi.*“ říká žena.

Dnes ve svých 24 letech je schopná o této nemoci mluvit téměř s kýmkoliv, při své výšce 178 cm váží 74 kilogramů, váhu se snaží si udržet, občas se stane, že pár kilogramů přibere a pár kilogramů zhubne. Váží se pravidelně jednou za měsíc, aby měla přehled o své váze. Stravuje se normálně, jídlo si nehlídá, když pár kilogramů přibere, cítí se méně pěkná, ale sama říká, že je to v mezích normálu jakéhokoliv člověka. „*Nějaké to kilo mě nemůže rozházet.*“ tvrdí žena.

Její přítel o nemoci ví, sama mu o ní vyprávěla, nechtěla, aby se to dozvěděl od někoho jiného. Okolí, které ženu znalo v době nemoci, také ví, čím si musela projít, že se jednalo o mentální anorexii. Novým kamarádům a lidem, které potkala až po nemoci, to ale nevypráví. Někdy se stane, že se někdo zeptá, když vidí její fotku z toho období, tak mu o své nemoci řekne. Bere to jako něco, co se stalo a co ve svém životě nezmění, a musí žít s tím, že tuto nemoc prodělala. Po tom, co se ona sama vyléčila, se objevila mentální anorexie u její kamarádky. Snažila se jí dát potřebnou pomoc, kterou i ona sama jednou vyžadovala. Tehdy si uvědomila, jak moc absurdní její nemoc byla, že byla hloupá, že si myslela, že být krásná znamená být vyhublá až na kost. Částečně se za svoji nemoc stydí, ale nedokáže přesně popsat a vysvětlit proč.

Toho, že by se mohla anorexie vrátit, se žena sice bojí, ale věří, že teď už je natolik silná, aby byla schopna bojovat dříve nebo vůbec nepřipustit, aby takový stav opět nastal. Někdy jí hlavou proběhnou myšlenky na anorexii, ale dává si na to pozor,

protože je přesvědčena o tom, že člověk, který si jednou touto nemocí prošel, je opatrnější a daleko více si hlídá, aby to opět nezašlo za danou hranici.

Při otázce, zda by jí v jejím boji nebo později se začleňováním do běžného života mohl pomoc sociální pracovník nebo metody a techniky sociální práce, odpověděla žena takto: „*Vůbec jsem ve svém věku nevěděla, kdo to je sociální pracovník a kde bych měla takového člověka hledat.“* A i teď zpětně si není jistá, jak by to mohl udělat. Ona sama se rozhodla vyléčit doma, bez pomoci jakéhokoliv odborníka, protože podle ní její nemoc nebyla tak závažná, aby to nezvládla doma za pomoci rodiny. Tato žena vlastně i teď, když už je starší, by nevěděla, kam se má obrátit, aby tohoto pracovníka našla a on ji mohl poskytnout potřebnou pomoc.

4.1.5 Příběh V

U ženy se mentální anorexie objevila v 16 letech během prvního ročníku na střední škole, při výšce 166 cm vážila před vypuknutím anorexie 50 kilogramů. Prvotním impulsem pro to, aby začala hubnout, bylo kritizování otce, když byl někdo silnější. Také spolužáci si ve třídě všímali jen hubených holek a ostatní holky pouze kritizovali a pomlouvali. Sama žena říká, že byla lehce oplácaná, ale nebylo to nic drastického.

Po narážkách jejího otce na to, že je oplácaná, se žena rozhodla s tím něco udělat, nejprve změnila životosprávu a začala cvičit 2krát až 3krát týdně doma večer před spaním. Její váha však šla velice pomalu dolů, proto začala cvičit každý den minimálně hodinu, další hodinu točila obručí nebo tancovala. Pokud se dalo jít ven, chodila běhat nebo na velmi dlouhé procházky. Také začala omezovat večeře, jedla většinou jen zeleninu nebo jogurt, postupem času vynechávala i svačiny ve škole. Místo svačiny snědla celý oběd, polévku i hlavní chod, a k večeři měla nějakou zeleninu nebo nic. Doma nikomu nepřišlo divné, že nevečeří, ze školy se totiž vracela až večer, protože dojížděla do školy do města. Vždy se vymluvila na to, že si něco koupila tam. Přestala úplně jíst sladkosti, smažené věci, uzeniny, to vše nahradila ovocem a zeleninou.

Během jednoho roku zhubla žena 11 kilogramů a dostala se až na váhu 38 kilogramů. V době nejnižší váhy za celý den snědla jen půlku ovoce nebo zeleniny a obědy ve školní jídelně. Ze začátku ji trápil pocit hladu. Když se to nedalo vydržet, napila se více vody, také hodně žvýkala žvýkačky, které ji proti pocitu hladu pomáhaly, cítila se, jako by něco snědla, ale bez výčitek svědomí. Postupem času se pocit hladu zcela vytratil, když snědla celý oběd, mívala z toho křeče v břiše, jak už byl žaludek stažený.

Do školy si připravovala svačiny sama a vždy tak, aby byly co nejlevnější, dobře věděla, že je vyhodí. Ale chystat si je musela, protože by to bylo rodičům divné. Už ani nevečeřela, když náhodu musela něco sníst, snědla jen něco lehkého a pak šla hned cvičit. Nejhorší pro ženu byly víkendy, to se musela přemoci a něco málo sníst, aby rodiče neměli podezření. Přes víkend vždy nějaké to kilo přibrala a přes týden je zase zhubla díky vynechání stravy. Když musela jíst jídlo, které nechtěla, dala si pár lžic před rodiči a pak si ho odnesla do pokoje pod záminkou, že má spoustu práce do školy. Tam ho schovala a pak vyhodila do popelnice.

Ze začátku nikomu nepřišlo podezřelé, že zhubla, ještě ji chválili, jak jí to sluší, že úplně prokoukla. Až mnohem později, když na ní viselo i upnuté oblečení, pojali rodiče podezření, že se něco děje. Ze začátku se to žena snažila maskovat volným oblečením a několika vrstvami na sobě, ale ani to postupem času nepomáhalo. *„Při váze 38 kg bylo hned patrné, že se něco děje i přesto, že jsem se snažila, aby to nikdo neviděl.“* říká žena. Když hubla a trpěla mentální anorexií, nepřipouštěla si, že zrovna ji by tato nemoc mohla postihnout. To až o mnoho let později, když se o tom bavila s nejlepší kamarádkou, si uvědomila, že si vlastně prošla touto nemocí.

Během tohoto onemocnění se u ženy objevily i nějaké zdravotní potíže, kromě bolesti žaludku, které měla při pozření většího množství jídla, ji také trápilo vypadávaní vlasů, suchá pleť, bolesti svalů, pocit chladu, únava a nespavost. Často se stávalo, že byla žena podrážděná, nevrlá, hádala se se svými rodiči, hlavně kvůli jídlu.

Podle ženy se rozhodla vyléčit z této nemoci sama. Zvítězila chuť na sladké, jednou viděla svoji mamku, jak u televize jí oplatky, tak si také jeden vzala, snědla ho celý. Potom šla sice hned cvičit, ale další dny už si dala zase něco sladkého nebo slaného a postupně u ní zvítězila chuť nad výčitkami svědomí. Také to, že se rozhodla vrátit zpět k normálnímu stravování, ovlivnila situace v rodině, kdy se kvůli ženě všichni hádali a svalovali vinu jeden na druhého.

Žena se léčila doma sama bez pomoci odborníků, původně ji sice chtěla obvodní lékařka poslat do nemocnice, ale to se nakonec nestalo, protože začala přibírat na váze. Postupně začala zase pomalu jíst, nejdříve ovoce a zeleninu, jogurty a tvaroh, pak i zbytek potravin. Cvičení omezila na přijatelné množství. Ze začátku to šlo velmi pomalu, nebylo vůbec poznat, že už normálně jí. Asi po půl roce se její váha začala vracet do normálu, žena se chtěla začít ovládat a jíst normálně, přestat se přejídat, jenže to už nešlo, byla navyklá na to, že mohla sníst cokoliv a kdykoliv v jakémkoli množství. Během dvou let se z váhy 38 kg dostala na váhu 62 kg, což byla její nejvyšší váha,

kterou za život vážila. A tak začal nový kolotoč výčitek a počítání kalorií. Žena se sice vždy najedla, ale po snězení jídla šla zase cvičit. Rozhodla se, že zase zhubne, ale už to nešlo, už nedokázala přestat jíst úplně. Střídavě přibírala a pak zase hubla, toto trvalo celé dva roky, až se jí nakonec podařilo váhu ustálit. Přes léto váží žena méně, protože má větší možnosti pohybu a také má větší přísun zeleniny a ovoce z vlastní zahrady, přes zimu vždy nějaké to kilo nabere.

Ženě po nemoci nezůstaly žádné zdravotní problémy, vše se vrátilo do normálu. Za anorexii se nestydí, prý není jediná, která si touto nemocí musela projít, je to psychická porucha, za niž si sice mohla sama, ale velký podíl na tom měl i vliv a tlak jejího okolí, kvůli kterému se rozhodla začít hubnout.

Všichni, kdo ženu znali v období před anorexií, vědí, že si prošla touto nemocí, vztahy, které kvůli anorexii byly napjaté, se vrátily do normálu. Občas ženu napadnou špatné myšlenky, třeba když jí nezdravé jídlo, ale tvrdí, že chuť je silnější, a taky ví, že když si dá nezdravé jídlo k obědu, výčitky z toho mít nebude. Kdyby si nezdravé jídlo dala k večeři, potom by z toho měla špatný pocit. Když si dá nezdravé jídlo, tak většinou druhý den sní více zeleniny nebo o to delší dobu běhá na pásu v posilovně.

Podle ženy by jí v jejím boji nemohl pomoci sociální pracovník. Myslí si, že nad nemocí musí každý vyhrát sám, protože to bylo jeho rozhodnutí hubnout a nechat to zajít až tak daleko. A jen on sám musí chtít, aby se léčba povedla. Také se žena přiznala k tomu, že v době, kdy byla nemocná, nevěděla, kdo je to sociální pracovník a že zrovna on by jí mohl s tímto bojem pomoci. I dnes má spíše zafixované, že sociální pracovník odebírá děti a vyplácí dávky.

Dnes je ženě 29 let, od doby, kdy trpěla mentální anorexií, uběhla už spousta let a žena se cítí plně vyléčená, při výšce 167 cm váží v rozmezí 58 – 60 kilogramů. Váhu si udržuje, ale neváží se. Pokud přibere, pozná to na oblečení a začne více sportovat. A také když přibere, necítí se ve svém těle dobře. Sportu se věnuje dvakrát do týdne. Žádné speciální diety nedrží, pokud přibere, upraví si na nějakou dobu jídelníček, zvýší přísun zeleniny a ovoce a sníží přísun nezdravého jídla a sladkostí, aby se váha vrátila na obvyklou hmotnost. Má ráda sladké, takže se to pak snaží vyvážit zeleninou, vše však v rozumné míře, prý hladovět už by nikdy nedokázala. A taky nemá důvod, váhu si je schopna udržet i bez toho aby hladověla, jen s pomocí jídelníčku a cvičení.

O své nemoci po těch letech nikomu neříká, podle ní je to dávno minulost, jen svému manželovi přiznala, že touto nemocí trpěla, a to jen díky tomu, že na to přišla řeč při prohlížení starých fotografií. Podle ní je to nemoc jako každá jiná a tak není nutné

všem říkat, že si jí prošla. Pokud se při prohlížení starých fotografií někdo nový z jejího okolí zeptá, odpoví mu popravdě, jak to bylo.

Zajímavé na tomto příběhu je hlavně to, že se žena stala i přes tuto nemoc matkou a porodila zdravého syna. Podle ní neměla žádné obavy z toho, že by mohla mít mentální anorexie vliv na její těhotenství, nemocí si prošla před více jak 10 lety a od té doby žádné problémy ani příznaky neměla. Tuto nemoc má prý už dávno vyřešenou. A tak se ani nebála, že by těhotenství mohlo být spouštěčem této zákeřné nemoci.

Otěhotnět se ženě podařilo zcela bez problému, přirozenou cestou. Zdravotní problémy se sice v těhotenství objevily, ale ne prý kvůli tomu, že by trpěla mentální anorexií. Během těhotenství nabrala žena 15 kilogramů ke své původní váze. Žádné výčitky kvůli tomu necítila, jen jí bylo pak nepříjemně a nepohodlně ve třetím trimestru, ale to podle ní je každé ženě. Nevadila jí váha jako taková, ale spíše velké rozměry bříška a s tím spojené nepohodlí.

Během těhotenství rozumně hlídala příjem kalorií tak, aby nehladověla a měla vše, co miminko k vývoji potřebovalo. Sice si svůj jídelníček hlídala, ale vždy, co bylo doporučované jíst v těhotenství, jedla. Na začátku svého těhotenství chodila na cvičení pro těhotné, toho však musela kvůli zdravotním komplikacím v šestém měsíci nechat. Od šestého měsíce ji museli hospitalizovat. Od té doby ležela až do porodu v nemocnici a tak šla její váha rychle nahoru. „*Když se člověk nehýbe, jen jí a kouká na televizi, není se čemu divit.*“ říká žena.

Porod proběhl bez komplikací, chlapeček přišel na svět přirozenou cestou. Po porodu žena odpočívala a užívala si společnost dítěte, postavu nijak neřešila, nepřicházely ani žádné špatné myšlenky, že je tlustá. Až po třech měsících po porodu začala navštěvovat zase posilovnu, ze začátku jen na protahovací cviky, aby tělo zbytečně nezaostávalo, až postupně přidávala na tempu a na zátěži. Úplně naplno se začala cvičení věnovat, když přestala kojit, což bylo asi po sedmi měsících od porodu.

Dnes je žena šťastná a spokojená, za rok, až oslaví syn třetí narozeniny, si plánují pořídit další dítě.

4.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Výpovědi respondentek jsem opakovaně pročítala a hledala v nich odpovědi na své výzkumné otázky.

4.2.1 Jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí?

Respondentka č. 1: Několik let od vyléčení stále anorexie ovlivňovala život ženy, strachovala se z toho, že se anorexie vrátí, a stále ji doprovázely nepříjemné pocity ze stolování s více osobami. Dnes se cítí skvěle, podle ní je zcela vyléčená. Již je to devět let od propuknutí nemoci, během nich se zcela vrátila do normálního života. Svoji váhu si nijak nehlídá, jí vše, na co dostane chuť. I při konzumaci nezdravého jídla, například smaženého sýru s hranolkami a tatarkou, ji dnes už nenapadají žádné špatné myšlenky o tom, že by to jíst neměla, že bude tlustá. Na to, že si žena prošla touto nemocí, zapomněla, je to minulost, ke které se nevrací. Jediné, co jí tuto nemoc stále připomíná, jsou zdravotní následky, které i po překonání mentální anorexie přetrvaly. Nedostatkem kvalitní a vyvážené stravy během anorexie se ženě odvápnily zuby, které se teď rychle kazí. Z tohoto důvodu hrozí, že během několika let si bude muset místo svých zubů pořídit umělou zubní náhradu.

Respondentka č. 2: Dnes po čtyřech letech, kdy si žena prošla onemocněním, si myslí, že nemoc jí život nezměnila, pouze ji naučila vážit si toho, co člověk v životě má, a být vděčný i za maličkosti. Troufá si říct, že už přes rok je vyléčená. Její zdravotní stav je dnes prý v pořádku. Jediné co žena zatím stoprocentně neví, je to, zda ztráta menstruace, která se dostavila při onemocnění, neovlivní v budoucnu možnost mít vlastní děti. Díky tomu, že si prošla touto nemocí a úspěšně se vyléčila, se snaží pomoci ostatním dívkám, které s mentální anorexií bojují. Žena se stravuje zdravou a vyváženou stravou, jídlo si vychutnává, nedrží žádné diety, váhu si nehlídá, když to není nutné, tak se ani neváží. Myšlenky na to, že by byla tlustá, jí v mysli ještě občas proběhnou, i když dobře ví, že to není pravda. Sama ale tvrdí, že je to v rámci normálního ženského myšlení.

Respondentka č. 3: Od vypuknutí nemoci uplynuly tři roky, žena se na první pohled zdá vyléčená, nejeví žádné příznaky mentální anorexie a její váha je normální, snaží se si ji udržet. Avšak sama si myslí, že anorexie se nedá zcela vyléčit. Podle ženy v ní anorexie jen spí, na chvíli ji opustila, aby mohla žít běžný život, ale pochybnosti o tom, zda toho nesnědla moc, že jídlo bylo velice tučné, co všechno za den snědla, zůstaly. S těmito myšlenkami se žena potýká každý den, naštěstí proti období, kdy trpěla mentální anorexií, jsou tyto myšlenky utlumenější. Podle jejího názoru se člověk naučí tyto myšlenky snížit na minimum, ale anorexie se nikdy zcela nezbaví. Po fyzické stránce by žena měla být zcela zdravá, občas ji trápí bolesti žaludku a pocit plnosti

a nafouklosti. Občas ženu napadají myšlenky, že je tlustá a že toto jídlo by jíst neměla, ale snaží se takové negativní myšlenky potlačovat.

Respondentka č. 4: Podle této ženy jí nemoc nezanechala žádné zdravotní následky, ani během mentální anorexie nepociťovala, že by se její zdravotní stav nějak výrazně změnil. Dnes ve svých 24 letech, tedy 11 let po prodělání nemoci, se žena cítí zdravá. Stravuje se normálně, váhu se snaží udržet si stále stejnou, občas nějaké to kilo zhubne, nebo naopak přibere. Pokud žena přibere, má pocit, že je méně pěkná, ale sama tvrdí, že je to v mezích normálu jakéhokoliv člověka. Občas se přikradou i špatné myšlenky o tom, že je žena tlustá nebo zda toho za den nesnědla moc. Jediné, jak mentální anorexie ženě ovlivnila její život, je to, že se na svět teď dívá zcela jinak.

Respondentka č. 5: Od doby, kdy žena trpěla mentální anorexií, uběhlo již 13 let. Žena se cítí zcela vyléčená. Nemoc na ní nezanechala žádné fyzické ani psychické následky a podle ní ji ani nijak nezasahuje do dnešního života. Stravuje se normálně, sportu se věnuje ve zdravé míře, váhu se snaží udržet si stále stejnou. Pokud přibere, upravuje jídelníček, ale žádné diety nedrží. Občas pomyslí na to, že jídlo je sice tučnější, ale pokud si ho nedá k večeři, nemá z jeho snězení žádné výčitky. Přestože prodělala takto závažnou nemoc, porodila žena zdravé dítě. Průběh těhotenství, porod a zdraví dítěte nebyl prodělanou nemocí nijak ovlivněn. Podle ženy je mentální anorexie nemoc jako každá jiná a po vyléčení je člověk zase zdravý.

Shrnutí: Podle mého názoru každého nějak ovlivní to, že si prošel mentální anorexií. Na někom zanechá nemoc větší následky, ať už fyzické nebo psychické, na někom se podepíše jen okrajově. Je to těžký boj, ale pokud mentální anorexie nezanechala trvalé následky z prodělání této nemoci a léčba proběhla úspěšně, myslím si, že dříve či později přestane výrazně zasahovat do běžného života. Také si myslím, že mentální anorexie nejvíce ovlivňuje ženy v období po prodělání léčby, ale s postupem času (podotýkám, pokud byla léčba úspěšná) se ženy vrátí zpět do svého běžného života. Každému trvá vyrovnat se s touto nemocí různě dlouho. Jediné, co si myslím, že by mohlo ovlivňovat život po anorexii, je to, že osoby, které si touto nemocí prošly, mají větší pravděpodobnost, že se nemoc může kdykoliv vrátit.

4.2.2 Jak může sociální pracovník podpořit pacientky v remisi při začleňování do běžného života?

Respondentka č. 1: Podle této ženy by jí sociální pracovník nemohl nijak s jejím bojem s nemocí pomoci. A po úspěšné léčbě, kterou absolvovala, díky svému

psychiatrovi, s nímž si během léčby vytvořila dobrý vztah, už žádnou pomoc se začleňováním do běžného života od dalšího odborníka nepotřebovala. Po úspěšné léčbě a vrácení váhy zpět na normální se i vše ostatní vrátilo k normálu, takže začala znovu vyhledávat kontakt se svým okolím, měla opět čas a chuť se vídat se svými kamarády a známými.

Respondentka č. 2: Jelikož žena nemá důvěru v psycho odborníky (podle ní myšleno psycholog, psychiatr atp.), nemyslí si, že by jí sociální pracovník mohl jakkoliv v jejím boji s mentální anorexií a následným začleňováním zpět do běžného života pomoci. Přestože se chce jednou stát doktorkou, spoléhá se raději na pomoc blízkých osob než pomoc odborníků. Podle ní je pomoc blízkých s touto nemocí efektivnější a více nápomocná než pomoc někoho, kdo ji vůbec nezná a s kým si musí navázat nový vztah.

Respondentka č. 3: Tato žena si myslí, že ani tak nezáleží na lidech okolo jako na tom, aby se nemocný chtěl vyléčit sám a později měl chuť se i zapojit do běžného života. Jinak prý nemůže pomoci nikdo, i kdyby se sebevíc snažil. A i kdyby si myslela, že sociální pracovník by jí mohl s bojem nebo se začleněním po léčbě pomoci, nevěděla by, kde by měla tuto pomoc hledat. Vždy si myslela, že s bojem v této nemoci pomáhají psychologové, psychiatři nebo osoby odborně zaměřené na tuto nemoc, proto by ji ani nenapadlo žádat o pomoc sociálního pracovníka.

Respondentka č. 4: Tato žena v době, kdy trpěla mentální anorexií, ani po jejím vyléčení nevěděla, že by jí mohl pomoci sociální pracovník. Ve věku, kdy si procházela touto nemocí, totiž ani nevěděla, kdo je to sociální pracovník a kde by ho a jeho pomoc měla hledat. Když se žena teď zpětně zamyslí, zda by jí mohl pomoci, tak si tím není zcela jistá. Nedokáže i představit, v čem by taková pomoc spočívala. A ani dnes ve svých 24 letech netuší, kam by se měla obrátit nebo jakou organizaci navštívit, aby ji mohl sociální pracovník pomoci.

Respondentka č. 5: Než se žena vyjádřila, zda by jí mohl sociální pracovník nějak pomoci s jejím bojem nebo později se začleněním do běžného života, chvíli přemýšlela. Podle ní by bylo prý zbytečné žádat sociálního pracovníka o pomoc. Myslí si, že tento boj a vše s ním spojené si musí každý vybojovat sám. Sám se rozhodl, že bude hubnout, sám to nechal zajít až do takových extrémů a i sám musí chtít se vyléčit. I ona se sama léčila bez pomoci odborníků. Takže ne, sociální pracovník by ji nijak nemohl pomoci. Také žena přiznala, že v době, kdy trpěla mentální anorexií, pro ni byl pojem sociální

pracovník cizí. I v dnešní době by se nevydala hledat pomoc k němu, protože má v hlavě zafixované, že sociální pracovník odebírá děti a vyplácí dávky.

Shrnutí: Podle mého názoru řada osob trpících touto nemocí ani netuší, že zrovna sociální pracovník by jim mohl v jejich boji nebo později s následným začleněním zpět do společnosti nějak pomoci. Také se málo hovoří o organizacích, kde by takového sociálního pracovníka mohly najít, proto si myslím, že i kdyby ženy chtěly pomoc od sociálního pracovníka, nevěděly by, kam se mají obrátit a kde tohoto pracovníka hledat. Já osobně si myslím, že sociální pracovník jako takový je stále v podvědomí společnosti „zaškatulkován" jako člověk, který s touto nemocí nemá nic společného, proto ani nikoho nenapadne od něho potřebnou pomoc očekávat.

5 Diskuse

Na toto téma jsem se zaměřila proto, že mentální anorexie je velmi aktuálním problémem a v poslední době velice mediálně probíraným tématem, avšak spíše z oblasti akutní fáze anorexie. Nikdo už neřeší život žen, které boj s mentální anorexií vyhrály, dnes jsou v remisi a žijí „běžný“ život bez kontaktu s odborníky, přestože se nemoc považuje za nemoc z okruhu závislostí, tedy za problém celoživotní. Také jsem si toto téma vybrala proto, že moje kamarádka si touto nemocí prošla a já mohla pozorovat, jaký má nemoc průběh a jak se dívka chovala po vyléčení z této nemoci. Byla jsem svědkem toho, jaké následky dívce zůstaly po nemoci a jak nemoc ovlivňovala její život po vyléčení.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda se boj s mentální anorexií nějak promítá do života vyléčených žen, a pokud ano, tak jakým způsobem. Také jsem se snažila vyzkoumat názor respondentek na možnosti využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života. K umožnění dosažení stanovených cílů byly formulovány dvě výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí. Druhá otázka je cílená na to, zda může sociální pracovník podpořit ženy při začleňování do běžného života.

Pro výzkumné účely byla zvolena kvalitativní strategie. Data byla sbírána pomocí metody dotazování a pozorování. Dotazování probíhalo s podporou polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden „tváří v tvář“. Jelikož byl výzkum realizován s malým počtem osob, nelze jeho závěry zobecňovat a s jistotou nemůžeme ani tvrdit, že co jsme zjistili od pěti respondentek, bude stejné pro zbytek celé cílové skupiny (Hanzelková et al., 2009).

Na otázku, zda zvládnutý boj s mentální anorexií se nějak promítá do života vyléčených žen, z mého výzkumu vyplynulo, že mentální anorexie ve většině případů neovlivňuje nijak významně dnešní život vyléčených dotazovaných žen. Cílem výzkumné otázky bylo zjistit, jaké následky se převážně objevují u žen po vyléčení nemoci.

První respondentka byla nemocí sice negativně ovlivňována, ale jednalo se o období krátce po vyléčení a následně pár let po něm, kdy se obávala, že se nemoc vrátí. Dnes, po několika letech od nemoci, se žena cítí zdravá, mentální anorexie nijak nezasahuje do jejího života. Jediné, co jí nemoc stále připomíná, jsou nezdravé zuby,

které způsobila nedostatečná strava v období anorexie. Druhá respondentka žádné následky nemoci nepociťuje. Jediné, co jí anorexii v dnešním životě připomíná, je to, zda tato nemoc neovlivnila možnost mít vlastní děti v budoucnu. Dodnes totiž není zcela jasné, zda nemoc zanechala nějaké následky právě v této oblasti. Pouze třetí respondentka si myslí, že nemoc v ní bude už napořád, že se zcela nedá vyléčit, pokud jednou člověk onemocní, nikdy se jí už nezbaví, zbaví se příznaků, které anorexie doprovází, ale jinak v člověku spí až do konce života a může se kdykoliv probudit. Jediná tato žena přiznala, že nemoc stále ovlivňuje její běžný život. Je ale možné, že je to způsobeno tím, že uběhlo od jejího vyléčení pouze krátké období a její názor se může za pár let změnit. Čtvrté respondentce nemoc nijak významně neovlivňuje dnešní život. Pouze je opatrnější a hlídá si, aby cvičení a kontrola jídla nezašla opět za tu „danou" hranici. Od nemoci uběhlo již 11 let a žena se cítí zdravá a žije běžný život jako před nemocí. Žena se dnes dívá na svět zcela jinak a je ráda, že si touto zlou nemocí prošla. U páté respondentky od doby, kdy prošla nemocí, uběhlo již 13 let, prodělaná nemoc dnes nijak neovlivňuje její život. Dokonce tato žena jako jediná z dotazovaných prošla těhotenstvím a má zdravého chlapečka. Ani tuto fázi jejího života prodělaná nemoc nijak neovlivnila. Podle ní je anorexie nemoc jako každá jiná a tak jak přišla tak i odešla. Dnes je zdravá, šťastná a na to, že si prošla touto nemocí, si ani nevzpomene.

Předpokládala jsem, že život žen se po mentální anorexii změní, což se taky podle mého názoru stalo, nelze projít takto těžkou nemocí beze změny. Ačkoliv si tyto ženy nepřipouštěly, že by jim nemoc zasahovala do jejich běžného života, já osobně to vidím například v tom, že se některé neváží, pokud to není výslovně nutné, ba dokonce se i váze vyhýbají, případně se od dob, kdy trpěly mentální anorexií, snaží stravovat zdravě. Vše je podle mě způsobeno proděláním této nemoci. Také se většina z nich snaží udržet stále stejnou hmotnost, protože při přibrání na váze se necítí dobře a napadají je špatné myšlenky.

Dále jsem předpokládala, že nemoc ženám zanechá trvalé zdravotní následky. Toto tvrzení se z výzkumu zcela nepotvrdilo. Pouze jedné ženě zůstaly trvalé následky a to v podobě nadměrné kazivosti zubů, kterou způsobila nevyvážená strava v období nemoci. Další žena si s trvalými následky není ještě stoprocentně jista. Kvůli anorexii přišla v době nemoci o menstruaci a dodnes není zcela jasné, zda to bude mít dopad na možnost mít vlastní dítě.

Podle Nývltové (2008) mohou některé tělesné problémy přetrvávat po řadu let, někdy i po celý život. Podle Papežové (2012) se po návratu zpět k normální váze

většina zdravotních problémů upraví, hlavními faktory, na kterých to závisí, je věk nemocné a délka doby, po jakou trpěla mentální anorexií. Pokud se mentální anorexie objeví v době před pubertou, většinou se pubertální změny pozastavují nebo se zastaví zcela úplně, ačkoliv po uzdravení dochází k dokončení pubertálního vývoje, některé následky si může nemocná nést až do konce svého života (Nývltová, 2008). Papežová (2012) uvádí, že ženy mají velmi často problémy s otěhotněním, problémy během těhotenství, vyskytuje se u nich zvýšený počet spontánních potratů, někdy je potřeba si k početí dítěte projít hormonální léčbou. Při delším onemocnění se snižuje pravděpodobnost úplného uzdravení (Papežová, 2012).

Další výzkumnou otázkou bylo, zda může sociální pracovník podpořit pacientky v remisi při začleňování do běžného života. Remise je období, kdy se u osob nevyskytují žádné příznaky, osoba se vrací zpět do stavu, ve kterém byla, než nemoc vypukla (Preiss et al., 2006). Svůj boj s mentální anorexií sice nemocné vyhrály, avšak nelze zcela říct, že se této nemoci zbavily napořád, kdykoliv se tato nemoc může vrátit zpět. U některých osob se tato nemoc nedá zcela vyléčit, a tak je pro ně úspěch i dlouhé období remise (Preiss et al., 2006). Cílem této otázky bylo zjistit, zda si ženy myslí, že by jim v jejich boji po léčbě mohly nějak pomoci metody a techniky sociální práce. Z výpovědí vyplývá, že tyto ženy pomoc sociálního pracovníka nežádají. Za prvé tyto ženy nevěděly, kde takovou pomoc hledat, a za druhé nebyly schopny přijmout pomoc od cizích lidí.

První respondentka nebyla schopna kromě svého psychiatra navázat další vztahy s cizími lidmi, následně nebylo třeba hledat pomoc při začleňování se do běžného života, neboť po vyléčení se vše vrátilo do normálu. Druhá respondentka nevěřila žádným psycho odborníkům (podle ženy myšleno psycholog, psychiatr atp.), proto neměla potřebu vyhledávat ani pomoc sociálního pracovníka. Žena věřila v uzdravení pomocí blízkých osob, podle ní by bylo spíše na obtíž v takovém stavu navazovat nové vztahy s cizími lidmi. Třetí respondentka, i kdyby chtěla pomoc sociálního pracovníka, nevěděla by, kam se obrátit a kde tuto pomoc hledat. Podle této ženy není tak důležité, kdo pomoc nabízí, ale spíše ochota nemocného začít se sám léčit a podávanou pomoc přijmout. Čtvrtá respondentka ve věku, kdy prodělala mentální anorexii, ani nevěděla, že nějaká pomoc od sociálního pracovníka existuje. Vlastně ani netušila, kdo je to sociální pracovník a kde by jeho pomoc měla hledat. Pátá respondentka si myslí, že žádat o pomoc cizí osobu, ať sociálního pracovníka nebo někoho jiného, je zbytečné. Podle této ženy se každý do nemoci dostane sám a sám to nechá zajít do takového

extrému, proto i sám musí chtít se léčit a vyléčit. Také přiznala, že sociálního pracovníka má v hlavě zafixovaného jako někoho, kdo odebírá děti a vyplácí dávky, ne jako někoho, kdo by měl co dočinění s touto nemocí a mohl jí s jejím bojem pomoci.

Osobně jsem předpokládala, že metody a techniky sociální práce aplikované sociálním pracovníkem nebudou ženami vnímány jako možná pomoc s jejich bojem s touto nemocí. Vycházela jsem z vlastní zkušenosti. Dokud jsem nezačala studovat a zpracovávat tuto bakalářskou práci, sama jsem nevěděla, kde bych měla hledat pomoc od sociálního pracovníka. Ani mě, která studuji daný obor, nenapadlo, že by se ženy s touto nemocí mohly obrátit na linku důvěry nebo na krizová centra. Tato má domněnka se také z výsledku výzkumu potvrdila, neboť většina dotazovaných ani nevěděla, že by jim sociální pracovník s jejich bojem nebo později se začleněním do běžného života mohl pomoci. Myslím si, že je třeba veřejnost více informovat o existenci této možnosti pomoci. Podle mého názoru by se nemocné mohly více svěřit sociálnímu pracovníkovi než psychologovi nebo psychiatrovi, u nichž by se mohly obávat, že je okolí odsoudí za to, že jsou „blázni“ a musí se léčit u těchto odborníků.

Rozhovory s respondentkami se mi vedly dobře. Vzhledem k tomu, že jsem na toto téma psala již závěrečnou práci na střední škole, byla jsem s tématem pečlivě seznámena. Velkou roli také sehrála vlastní zkušenost, kdy jsem si anorexií prošla společně s kamarádkou. Často se mi při rozhovorech stávalo, že se příběhy žen podobaly příběhu mé kamarádky.

Myslím si, že problém mentální anorexie je velmi aktuální a touto prací bych na něj chtěla upozornit, zejména na skutečnost, že tato nemoc není chvilkovou záležitostí, ale že se ve většině případů s dívkami táhne až do konce jejich života. Nejedná se sice o podobu „vychrtlých“ těl, ale o celoživotního „strašáka“ v hlavě, na kterého nejde zapomenout.

Moje bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro sociální pracovníky a pro odborníky v oblasti poruch příjmu potravy. Také by mohla být využita pro plánování aktivit sociálních pracovníků jako pomoc k odhalení způsobu, jakým by mohl sociální pracovník lidem trpícím mentální anorexií a lidem v remisi pomoci. V neposlední řadě může být tato bakalářská práce informačním zdrojem přímo pro dívky a ženy trpící touto nemocí, mohou se zde dočíst o průběhu a příznacích nemoci, možnostech léčby a pomoci, pokud se rozhodnou tuto pomoc řešit.

Závěr

Ve své bakalářské práce s názvem Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi jsem si vytyčila dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, zda zvládnutý boj s mentální anorexií se nějak promítá do života vyléčených žen, a pokud ano, pak jakým způsobem. Dalším cílem bylo zjistit u cílové populace názory na možnosti využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života.

Celá moje práce se skládá z teoretické části a praktické části.

V teoretické části se zabývám tím, co je to vůbec mentální anorexie, jaké jsou příčiny a příznaky nemoci, průběh nemoci, jaká existuje léčba, co prožívají pacienti po vyléčení akutní fáze, co je nutí hladovět a také jaká je historie této nemoci.

V praktické části hledám odpověď na dvě výzkumné otázky, odvozené z cílů práce, za prvé *Jak ovlivnila mentální anorexie současný život žen, které trpěly touto nemocí?* a za druhé *Jak může sociální pracovník podpořit pacienty v remisi při začlenění do běžného života?* Pro naplnění cílů jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor, pro který jsem měla předem připravených deset otázek (Příloha 1). Respondentky jsem při rozhovorech také pozorovala. Metodou zpracování dat byla kvalitativní analýza obsahu zapsaných rozhovorů.

Zkoumanou skupinu tvoří pět dospělých žen, které překonaly akutní fázi mentální anorexie, jsou v remisi a začleňují se do běžného života. S nimi jsem vedla rozhovor „tváří v tvář“. Po zpracování základní kostry příběhu jsem ženy opětovně kontaktovala s dalšími dotazy. Vše, včetně mých pozorování, pak bylo východiskem pro zpracování jednotlivých příběhů. Díky anonymitě, kterou jsem ženám zaručila, byly hovorné a otevřenější. S každou ženou jsem vedla rozhovor o jejím boji s mentální anorexií a o životě po vyléčení zhruba hodinu. Ženy byly ochotné mi odpovědět na jakoukoliv otázku, případně dovysvětlit různé spojitosti s nemocí. Větší část našeho času hovořily respondentky. Většině žen nevadilo povyprávět mi svůj příběh, za což mají můj obdiv, neboť tato nemoc je velmi osobní, těžkou a citlivou záležitostí. Během rozhovoru s jednotlivými ženami jsem zjistila, že se často určité věci opakují.

Z výzkumu vyplývá, že většině žen nezasahuje nijak výrazně prodělaná nemoc do jejich současného života. Některé ženy mají na anorexii „vzpomínku“ v podobě následků po nemoci, ale žádné fyzické ani psychické následky této nemoci nejsou u žen

tak drastické, aby ovlivňovaly jejich život dnes. Dále se z výzkumu ukázalo, že žádné z dotazovaných žen by metody a techniky sociální práce, tedy ani sociální pracovník, nemohl pomoci v jejich boji s mentální anorexií, ani s následným začleňováním po vyléčení zpět do běžného života. K tomuto stanovisku dospěly zejména z důvodu, že nechtějí přijímat pomoc cizích osob a raději vyžadují pomoc blízkých, případně vůbec netušily, jak by jim sociální pracovník mohl pomoct a kde by takovou pomoc měly hledat. Zde podle mého názoru hraje důležitou roli informovanost žen.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu vlastního zájmu, neboť moje kamarádka si nemocí prošla a nyní se nachází ve fázi remise. Viděla jsem, jaké následky zanechává neléčená mentální anorexie na nemocné, rodině a jejím blízkém okolí, a jak těžké je bojovat s touto nemocí. Také jsem měla možnost pozorovat, jak se dívka chová po překonání akutní mentální anorexie, tedy v remisi. Během psaní této bakalářské práce jsem zjistila, že jsem osobami, které se potýkají s mentální anorexií nebo se nachází v období remise, obklopena více, než jsem čekala. Ne vždy je na první pohled zjevné, že se jedná o osobu, která trpí mentální anorexií, nebo o osobu, která si touto nemocí prošla.

Podle mého názoru může být tato bakalářská práce přínosem pro dívky a ženy, které si touto nemocí prošly, a také ty, které se teprve rozhodly s touto nemocí bojovat. Zde si mohou přečíst, že ačkoliv je boj s touto nemocí těžký, po uzdravení se ženám sice ihned nepodařilo na mentální anorexii zapomenout, ale postupem času je možné se vrátit zpět do běžného života.

Moje bakalářská práce by mohla sloužit také jako podklad pro plánování aktivit sociálních pracovníků a pro odborníky v oblasti poruch příjmu potravy. Mohla by být zdrojem při hledání způsobu, jak by mohl sociální pracovník lidem trpícím mentální anorexií a lidem v remisi pomoci.

Použitá literatura

1. ARMSTRONG, Michael et al., 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy: 13. vydání*. Praha: Grada Publishing. s. 650. ISBN 978-80-247-5258-7.
2. BOEHM, Ilka et al., Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* [online]. 2016, **25**(12), 1319-1326 [cit. 2017-08-03]. DOI: 10.1007/s00787-016-0854-1. ISSN 1018-8827. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/s00787-016-0854-1.
3. BOSÁKOVÁ, Karolína, 2010. *Modeling: cesta za snem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3288-6.
4. BOU KHALIL, Rami et al., The importance of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis as a therapeutic target in anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* [online]. 2017, **171**, 13-20 [cit. 2017-08-03]. DOI: 10.1016/j.physbeh.2016.12.035. ISSN 00319384. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031938416309118.
5. BURDA, Patrik et al., 2015. *Ošetřovatelská péče: pro obor ošetřovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
6. CLAUDE-PIERRE, Peggy, 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma. s. 80. ISBN 80-7205-818-5.
7. COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.
8. DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
9. DUŠEK, Karel et al., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
10. EGGER, N. et al. Cost-effectiveness of focal psychodynamic therapy and enhanced cognitive–behavioural therapy in out-patients with anorexia nervosa. Psychological Medicine [online]. 2016, 46(16), 3291-3301 [cit. 2017-08-03]. DOI: 10.1017/S0033291716002002. ISSN 0033-2917. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291716002002.

11. FALTUS, František, 1979. *Anorexia mentalis: anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba.* Praha: Zdravotnické nakladatelství Avicenum. ISBN 08-030-79.
12. FIALOVÁ, Ludmila, 2006. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada. s. 37. ISBN 80-247-1350-0.
13. FRAŇKOVÁ, Slávka et al., 2000. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ. s. 196. ISBN 80-86009-32-7.
14. FRAŇKOVÁ, Slávka et al., 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0548-1.
15. GULOVÁ, Lenka et al., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. s. 140, 141. ISBN 978-80-247-4368-4.
16. HAINER, Vojtěch et al., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
17. HANZELKOVÁ, Alena et al., 2009. *Strategický marketing: teorie pro praxi*. Praha: C.H. Beck. ISBN 978-80-7400-120-8.
18. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
19. HRONEK, Miloslav et al., 2013. *Praktická cvičení z morfologie a fyziologie pro posluchače Farmaceutické fakulty*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2293-4.
20. KASK, J. et al. Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychological Medicine* [online]. 2017, **47**(08), 1489-1499 [cit. 2017-08-03]. DOI: 10.1017/S0033291717000034. ISSN 0033-2917. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291717000034/type/journal_article.
21. KOCOURKOVÁ, Jana et al., 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. s. 103. ISBN 80-85824-51-5.
22. KRCH, František David et al., 1998. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto. ISBN 80-85872-86-2.
23. KRCH, František David, 2000. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-946-2.
24. KRCH, František David, 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. s. 232. ISBN 80-7178-598-9.

25. KRCH, František David et al., 2003. *Poruchy příjmu potravy: Výchova ke zdraví, příručka pro učitele.* Praha: VÚP ve spolupráci MŠMT ČR. s. 14. ISBN (Brož.).
26. KRCH, František David et al., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
27. KUKLA, Lubomír et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
28. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. s. 22. ISBN 978-80-247-2713-4.
29. LADISHOVÁ, Lorraine C., 2006. *Strach z jídla*. Ružombork: Epos. ISBN 80-89191-53-3.
30. LEIBOLD, Gerhard, 1995. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda. s. 39, 110, 112. ISBN 80-205-0499-0.
31. MACHOVÁ, Jitka et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. s. 202, 203. ISBN 978-80-247-5351-5.
32. MALONEY, Michael et al., 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 109, 121. ISBN 80-7106-248-0.
33. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. s. 159. ISBN 80-247-1362-4.
34. NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. s. 7. ISBN 978-80-7204-657-7.
35. NÝVLTOVÁ, Václava, 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-48-8.
36. PAPEŽOVÁ, Hana, 2000. *Anorexia Nervosa: Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátelé, partnery a některé odborníky (učitelé a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum. s. 16. ISBN 85121-32-8.
37. PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
38. PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum. s. 27, 65. ISBN 978-80-87142-18-9.
39. PAPEŽOVÁ, Hana, 2015. Poruchy příjmu potravy. In: HOSÁK. et. al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-2998-8.

40. PREISS, Marek et al., 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1460-4.
41. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. s. 127. ISBN 978-80-247-3006-6.
42. ROBINSON, P. Severe and enduring eating disorders: recognition and management. *Advances in Psychiatric Treatment* [online]. 2014, **20**(6), 392-401 [cit. 2017-08-03]. DOI: 10.1192/apt.bp.113.011841. ISSN 1355-5146. Dostupné z: http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.bp.113.011841.
43. SVÁNOVSKÝ, Miloslav, 2007. *Modelka: průvodce kariérou*. Ve vydavatelství Zoner Press 1. vyd. Brno: Zoner Press. ISBN 978-80-86815-86-2.
44. VODÁČKOVÁ, Daniela et al., 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. s. 452, 456. ISBN 978-80-262-0212-7.

Seznam příloh

Příloha 1: Otázky použité při rozhovoru s respondenty

Seznam zkratek

BMI – body mass index

Příloha 1: Otázky použité při rozhovoru s respondenty

Dobrý den,
jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a posledním rokem studuji obor Sociální práce ve veřejné správě.

Název mé práce je Zdravotní a psychosociální aspekty mentální anorexie u pacientů v remisi. Cíle mé bakalářské práce jsou dva. Zmapovat, zda zvládnutý boj s mentální anorexií se nějak promítá do života vyléčených žen, a pokud ano, pak jak. A také zmapovat u cílové populace názory na možnosti využití metod a technik sociální práce při podpoře jejich začlenění do běžného života.

Všechny respondentky s poskytnutím rozhovoru souhlasí. Pro zachování anonymity nebudou v mé práci uváděna žádná jména.

Identifikační otázky:

Pohlaví:

Věk:

1. Jsi už vyléčená nebo stále trpíš touto nemocí?
2. V jakém věku jsi trpěla mentální anorexií?
3. Co bylo spouštěčem mentální anorexie?
4. Jaké byly vztahy ve tvém okolí v době, kdy jsi trpěla mentální anorexií?
5. Jak se odstartovala tvoje léčba s touto nemocí?
6. Jaké fyzické, psychické následky ti zůstaly po mentální anorexii?
7. Jak ovlivnila mentální anorexie tvůj současný život?
8. Myslíš si, že by ti mohl sociální pracovník pomoct ve tvém boji s mentální anorexií nebo později se začleňováním do společnosti?
9. Jak se na anorexii díváš teď s odstupem času?
10. Jak se stravuješ dnes?