

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta



Bakalářská práce

Olomouc 2013

Veronika Straková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy

Studijní obor: Sociální pedagogika

Subjektivní vnímání příčin mentální anorexie

Bakalářská práce

Autor: Veronika Straková

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Petra Sobková

Olomouc 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Seznámila jsem se s právy a povinnostmi vztahující se k zákonu č. 121/2000 Sb., autorský zákon. Především s faktem, že Univerzita Palackého má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona.

Souhlasím s tím, aby byla má práce uložena v univerzitní knihovně a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci 21. 6. 2013

.....

Podpis autora práce

Velký dík patří mé vedoucí práce paní. Mgr. et. Mgr. Petře Sobkové. Za skvělé vedení mé práce, oprávněnou kritiku, rady a nápady, které mi byly při psaní práce inspirací.

OBSAH

Úvod	7
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 Definice poruch příjmu potravy a jejich dělení	8
1.2 Historie mentální anorexie.....	9
1.2.1 Půst, hladovění a odmítání jídla v historii	9
1.2.2 Vývoj terapie	11
1.3 Výskyt onemocnění	11
1.3.1 Prožívání a průběh onemocnění	12
1.3.2 Rozdílnost onemocnění mezi ženami a muži	14
1.4 Příčiny mentální anorexie.....	15
1.4.1 Genetika	15
1.4.2 Rodina	16
1.4.3 Prostředí	16
1.4.4 Rizikové povahové rysy	17
1.4.5 Emocionální faktory	18
1.4.6 Kultura	19
1.5 Příznaky onemocnění	20
1.5.1 První známky onemocnění	20
1.5.2 Diagnostická kritéria dle MKN.....	21
1.5.3 Fyzické příznaky.....	22
1.5.4 Psychické a sociální příznaky.....	22
1.6 Následky mentální anorexie.....	23
1.6.1 Doba trvání následků.....	24
1.6.2 Fyzické následky	24
1.6.3 Psychické a sociální následky	29
1.7 Terapie.....	30
1.7.1 Hlavní principy léčby žen s mentální anorexií	31
1.7.2 Svépomocné skupiny.....	32
1.7.3 Rodinná terapie	33
1.7.4 Kognitivně – behaviorálně terapie	33
1.7.5 Psychodynamická terapie.....	34
1.7.6 Skupinová psychoterapie	34

1.7.7 Psychosomatická terapie.....	35
1.7.8 Farmakoterapie	35
1.8 Způsoby péče o osoby s mentální anorexií	36
1.8.1 Pobytová péče neboli hospitalizace	36
1.8.2 Stacionární péče	36
1.8.3 Ambulantní péče	37
1.9 Prevence.....	37
1.9.1 Prevence návratu mentální anorexie	38
2. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	40
2.1 Úvod do výzkumné části.....	40
2.2 Metodologie výzkumu.....	40
2.2.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek.....	40
2.2.2 Metoda výzkumu.....	41
2.2.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	42
2.2.4 Metoda sběru dat.....	42
2.2.5 Otázky pro polostrukturovaný rozhovor	43
2.2.6 Organizace sběru dat	44
2.2.7 Analýza dat	45
2.2.8 Shrnutí výzkumných šetření	54
3 Diskuse	56
4 Závěr	58
5 Přílohy	60

ÚVOD

Mentální anorexie je v současnosti neustále v popředí zájmu. Ačkoliv je veřejnost dobře informována o možných následcích nemoci a také o možném riziku úmrtí, je výskyt onemocnění stále větší. Zdá se, že se s tímto nezdravým trendem vyhublosti nijak zvlášť efektivně nebojuje. Na přehlídkových molech stále vidíme dívky hubené skoro na kost. Časopisy pro mladé dívky a nejen pro ně jsou plné rad, jak zhubnout. Skoro v každém najdeme recept na nějakou „zázračnou“ dietu, reklamy v tisku i v televizi nám představují účinky „kouzelných“ hubnoucích pilulek. Masmédia nám představují jasný vzorec, že jen štíhlý člověk je šťastný, že jen štíhlý člověk je opravdu zdravý. Tento vzorec aplikuje ve svém životě stále více jedinců, kteří podléhají tlaku masmédií. Necháávají se jimi ovlivnit do té míry, že jim nakonec vše věří. Zůstává otázkou, zda vše, co masmédia produkují, je skutečně k prospěchu našeho zdraví. Mentální anorexie je onemocnění, které není věkově ohraničené. Nemocí mohou trpět jak desetileté dívky, tak i ženy nad 40 let. Mentální anorexie se nevyhýbá ani mužské populaci, ačkoliv se jedná spíše o raritu. Tyto varovné signály vybízejí ke zvýšení pozornosti vůči problematice poruch příjmu potravy. Rovněž naznačují, proč tématem i této práce je právě mentální anorexie.

Ve své bakalářské práci se věnuji ženám a dívkám v produktivním věku, které v tomto věkovém období nemocí trpěli či trpí. Cílem této práce bylo shromáždit subjektivně důležité faktory, které dívky vnímaly jako důležité v období vzniku nemoci, a těmto faktorům porozumět. Druhým cílem byla snaha zjistit, jaké hypotézy měly dívky o příčině svého onemocnění. Příběhy nemocných dívek mohou být pro nás výzvou k hlubšímu zamyšlení nad našimi hodnotami.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice poruch příjmu potravy a jejich dělení

K onemocnění poruch příjmu potravy se váže mnoho pojmů, které s onemocněním nějakým způsobem souvisí. Hlavním úkolem této kapitoly je vysvětlit, co jsou to poruchy příjmu potravy, jak se dělí, a definovat mentální anorexii a mentální bulimii.

O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. Pro člověka trpícího poruchami příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.¹

Mentální anorexie a mentální bulimie si jsou velmi podobné. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze.² Pro lepší pochopení uvedeme definici obou nemocí.

„Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dál jej udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojena se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu.“³

¹ Srov. MALONEY, Michael – KRANZ, Rachel, O poruchách příjmu potravy. 1997.

² KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

³ Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN – 10: desátá revize. 2. vyd. Praha: Bomton Agency. 2008. s. 221 ISBN – 978 – 80 – 904 259 – 0-3

Mentální bulimie je posledním typem poruch příjmu potravy. Jedná se o záchvaty přejídání, kdy člověk sní velké množství jídla, kterého se snaží vzápětí zbavit ze strachu z tloušťky. Jídla se zbavuje buď zvracením, nebo projímadly.⁴

Poruchy příjmu potravy dělíme: a) mentální anorexie
b) mentální bulimii
c) záchvatovité přejídání

1.2 Historie mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy sahají hluboko do minulosti. Následující text umožňuje nahlédnout do historie a na to, jaký postoj měli lidé k jedincům, kteří odmítali jíst. Dále nás lépe seznámí s historií vývoje terapie, s postupy a snahou lékařů pomoci těmto lidem.

1.2.1 Půst, hladovění a odmítání jídla v historii

Jako první se nemocí připomínající dnešní anorexiu zabýval starověký lékař Galén, který popsal její příznaky. Další zmínky o jevech, které dnes zařazujeme mezi symptomy anorexie, se datují k roku 895, z té doby je uváděn případ, kdy se nevolnici Frideradě znechutilo jídlo, a proto začala držet přísný půst.⁵

Ve středověku byla tloušťka známkou hříšnosti, kdežto asketické ženy byly považovány za hluboce věřící. Hladovění nebylo zapříčiněno ideálem štíhlé postavy, ale úsilím po dosažení duchovní čistoty.⁶

Postoj k nadměrnému půstu se však během století měnil. Ve 12. až 15. století, jak jsme již zmínili, byly tyto ženy považovány za světice, ale již o století později jsou pronásledovány, neboť si o nich lidé myslí, že jsou posedlé ďáblem. V následujícím století se odmítání jídla stává medicínským problémem. Britskému lékaři Richardu Mortonovi se přičítá první lékařský popis anorexie. V roce 1694 popsal případ dívky a chlapce, kteří úmyslně odmítali potravu. Avšak popis těchto případů brzy upadl v zapomnění. V 19.

⁴ Srov. MALONEY, Michael – KRANZ, Rachel, O poruchách příjmu potravy. 1997.

⁵ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 12.

⁶ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 58.

století William Gull a Charles Laseque upozornili lékařskou veřejnost na další případy extrémního vyhubnutí a nadměrné aktivity. V této době se již stalo hladovění lékařsky uznávanou nemocí. Podle obou lékařů se jedná o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u dívek a mladých žen. Ačkoliv byla mentální anorexie těmito lékaři velmi dobře popsána, nebyla jí věnována přílišná pozornost. Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie označena jako duševní porucha. Mentální anorexie se tak přesunula z interní medicíny do oblasti psychiatrie, kde se začal postupně rýsovat její širší a komplexnější obraz. V České republice bylo toto onemocnění poprvé popsáno Vratislavem Jonášem a Otakarem Janotou.⁷

Ve 20. století roku 1908 začínala být obezita zvláště u žen kritizována. Po roce 1920 byla štíhlost přijata masou žen, které chtěly ve společenském žebříčku postoupit výše. Štíhlé tělo představovalo ideál ekonomické a sexuální nezávislosti. Po druhé světové válce začali muži klást důraz na ženskou postavu tvaru přesýpacích hodin a velkých prsou.

Ačkoliv starost o vlastní váhu nikdy nezmizela, byla zahrnuta do pozadí ekonomickými a politickými záležitostmi. Je zajímavé pozorovat, že v každém desetiletí se pohled na ženu a její postavu měnil. Například v 50. letech 20. století nemusela dívka při schůzce s chlapcem sledovat, jestli není příliš. Jídlo mělo jednoznačnou funkci nasycení. Co byla v té době ideální váha, je dnes nadváha. V 60. letech přišla nová kulturní vlna, která přinesla důraz na přirozený vzhled. Také role ženy ve společnosti se změnila, byla vyžadována rovnost mezi mužem a ženou. Ženy začaly nosit kalhoty a odmítaly dřívější symboly, jako byla zaoblená ňadra, která symbolizovala mateřství. Ženy dávaly přednost spíše chlapeckým postavám, které asociovaly kompetentnost, disciplínu a výkonnost, tedy atributy, které byly do té doby spojovány pouze s muži. Své schopnosti prokázaly ženy částečně svojí postavou. 70. léta se dají nazvat ideálem superženy. Každá žena zvládá kancelář i domácnost a ke všemu je stále krásná, štíhlá, sexy a chytrá.

V polovině 80. let se trend opět poněkud pozměnil. Dříve se u žen uplatňoval chlapecký vzhled, nyní přichází zpět trend velkých prsou, ovšem požadavek štíhlosti stále trvá, což je s ideálem velkých prsou obtížně slučitelné.⁸

⁷ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 16.

⁸ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 51, 53, 54.

1.2.2 Vývoj terapie

První pokusy o léčbu nemocných se vyvíjely empiricky, na základě rostoucích poznatků z prováděné praxe. Poznatky o vývoji a výsledcích z dob dřívějších jsou i dnes velmi užitečné. První léčebné pokusy považovaly za nejdůležitější vrátit se k vhodné výživě a nepodlehnout pacientovým protestům. Tento nárok se udržel dodnes. První snahy lékařů o uzdravení nemocného však končily většinou smrtí pacienta, neboť nebyly objeveny požadované léky či potřebná terapie. Francouzský psychiatr Pierre Janet považoval za nejdůležitější vlastnosti ošetřovatelů pevnost, laskavost a takt k nemocným. Avšak ani tyto vlastnosti nestačily k uzdravení nemocného jedince. Hilda Bruchová, americká psychoanalytička, kolem roku 1862 shledala, že tradiční psychoanalýza je spíše neúčinná. Zdůraznila nutnost komplexní péče v několika oblastech, a to zejména v oblasti nárůstu váhy nemocného, v oblasti práce s rodinou, jejími postoji i potřebami. Bruchová vyvinula metodu založenou na aktivní spolupráci pacientky a terapeuta. Psychoterapie podle Bruchové je důležitým pomocníkem k tomu, aby nemocná byla schopná najít sama sebe.⁹

1.3 Výskyt onemocnění

American Anorexia and Bulimia Association odhaduje, že asi 1% dívek ve věku mezi 11 – 19 lety ročně onemocní mentální anorexií, z nichž do roka zemře až 10% z nich. Prevalence a incidence v České republice odpovídá mírně vzestupnému trendu západních zemí. Mentální anorexií u nás trpí asi 0,5% žen.¹⁰

Mentální anorexie je onemocnění, její forma má různý průběh. Jedince nemocné mentální anorexií nemůžeme zařadit do jednotné formy, neboť se jedná o velmi různorodou skupinu.

Dle některých studií je úmrtnost u mentální anorexie v rozmezí 2 až 8%. V průměru se vyléčí z mentální anorexie 50% nemocných. Z toho 20% z nich znovu upadá během

⁹ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 16,17.

¹⁰ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 12.

několika let do nemoci. V České republice postihuje mentální anorexie zhruba 1% mladých děvčat.¹¹

1.3.1 Prožívání a průběh onemocnění

V myšlení jedinců trpících mentální anorexií dominuje potrava a tělo, také emoce jsou zaměřeny na tyto obsahy. Charakteristické jsou pro nemocné pocity bezmocnosti a ujišťování se, že jednají na přání druhých. Jedinci s mentální anorexií netouží zemřít, svým onemocněním se snaží dát okolí najevo pronikající pocit nedostatečnosti a potřeby uznání a podpory. Stálý boj proti hladu navozuje postiženým iluzi autonomie. Tato iluze autonomie nestačí však k odvrácení pocitu jedince, že je stále slabý. Onemocnění ovlivňuje nejen myšlení nemocných jedinců, ale také vztahy v rodině. Nejčastějšími obsahy rozhovorů jsou jídlo, hubnutí a přibývání na váze. Snaha změnit chování nemocného, ať už kontrolou nebo rozkazy, vede většinou k agresivním konfliktům mezi nemocným jedincem a rodinou.¹²

U rodičů či partnera vzniká během nemoci pocit bezmocnosti a zoufalství. Většina rodičů popisuje období zjištění nemoci jako období plné bezmoci, kdy nevěděli, co mají dělat, jak komunikovat a na koho se mají obrátit. Tak jako je průběh nemoci u každého jiný, stejně tak je individuální pohled rodičů, kteří nemoc dcery sledují. Čas, který rodiče potřebují k přijetí, připuštění a vyrovnání se s nemocí svého potomka, je opět různě dlouhý. Nezávisí jen na dítěti, jeho věku, závažnosti a délce trvání nemoci, ale také na povaze rodičů, jejich ochotě, zkušenostech a možnostech zvládnout těžkou životní situaci společně s ním. Pokud se však léčba z nějakého důvodu nedaří a rodiče nevidí výsledky své snahy pomoci, začne hrát roli vztek. Jedná se o vztek na služby, na nefungující systém, který není schopný jejich dceři pomoci. Jeden z rodičů či dokonce oba mohou přestávat být v boji s nemocí podporující, hledají omluvy a vysvětlení pro to, proč se léčba nedaří. Vztahy s potomkem i ostatní vztahy v rodině se zhoršují a časová neohraničenost nemoci vrhá rodiče do ještě větší bezradnosti. Partnerský vztah otce a matky je díky dlouhotrvající nemoci vystaven velké zátěži. Velice často dochází ke konfliktům, které hrozí rozpadem partnerského vztahu.¹³

Zůstává otázkou jaký vliv má mentální anorexie na manželský vztah a jak tento vztah ovlivňuje průběh onemocnění. Existuje-li důležité spojení mezi výskytem mentální

¹¹ srov. MARADOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. 2007, s. 9.

¹² Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008, s. 19, 21, 23

¹³ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008, s. 23

anorexie a vlastnostmi manželského svazku, je jasné, že také s manželem musí být v léčbě počítáno. Lze se domnívat, že kvalita partnerského vztahu ovlivňuje průběh nemoci.¹⁴

Nejen rodiče se snaží vypořádat s nastalým problémem. Také partneři nemocných zažívají v mnoha ohledech stejné situace jako rodiče nemocné. Základní rozdíl je v tom, že rodič si svoji roli nevybírání, nemůže z této role odejít. V tom je situace partnera jednodušší, může si vybrat, zda zůstane nebo odejde. Tato volba znamená ovšem obrovskou zátěž při rozhodování. Pokud se tedy rozhodne ze vztahu odejít, bude mít výčitky svědomí, že partnerku opustil v pro ni těžkém období. Pokud s partnerkou zůstane a pomůže jí překonat toto těžké životní období, nemusí si plně uvědomovat, jaká rizika a jakou zátěž to pro něj bude znamenat. Hodně závisí na jeho informovanosti o nemoci. Jeho reakce nemusí být nijak dramatická. Partner bývá zpočátku optimistický, nedovede si příliš představit, co všechno onemocnění znamená. Snaží se získat co nejvíce informací, předpokládá, že když jde o nemoc, dá se vyléčit stejně jako například chřipka. Mobilizuje síly k pomoci partnerce a hledá řešení problému.¹⁵

Vliv na rozložení sil ve vztahu, na míru kontroly, na stupeň závislosti jednoho na druhém má to, jak vnímá nemoc sama partnerka a jak její partner. Nemoc vždy nějakým způsobem vztah ovlivňuje a proměňuje, ač si to partneři z počátku neuvědomují či uvědomit nechtějí. Intenzita proměny vztahu závisí také na věku partnera a na délce trvání jejich vztahu. Onemocnění partnerky je pro oba velkou zátěží, kterou partner může vyřešit tím, že partnerku opustí. Důvodem nemusí být nemoc sama, ale její následky, jako je určitá izolace od okolí, nechození do společnosti na jídlo, celkové odloučení partnerky od společnosti, časté změny nálad a s tím spojené konflikty, nekonečné rozhovory o postavě, jídle a pocitech, či naopak nechota partnerky mluvit o sobě a svých problémech. Nechut k sexu, zdravotní potíže, strach z nemožnosti počít a přivést na svět dítě. Tyto zátěžové situace mohou dovést vztah k rozpadu. Kvalita partnerského vztahu ovlivňuje průběh mentální anorexie. Čím stabilnější je a čím zralejší oba partneři jsou, tím větší mají šanci, že tyto zátěžové situace překonají.¹⁶

Zhruba 80% onemocnění má příznivý průběh, pomocí psychoterapeutického léčení je možno omezit či dokonce vyléčit jejich negativní následky. Somatické terapeutické postupy mohou úspěch léčení dodatečně zlepšit, avšak jednostranná somatická léčba

¹⁴ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008. s. 32

¹⁵ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008, s. 29, 30, 31

¹⁶ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008, s. 31, 32

průběh onemocnění nezlepšuje. V průběhu anorexie se častěji objevují afektivní poruchy, jako jsou například deprese či mánie, ale také schizofrenní psychózy nebo úzkostné poruchy. U některých pacientek či pacientů se musí počítat s tím, že bude mít poškození interního neboli vnitřního charakteru, například řidnutí kostí, amenoreu, arytmií, poškození zubů. 5 až 15% pacientů umírá na následky mentální anorexie. A asi 20% onemocnění přechází do chronického stavu.¹⁷

1.3.2 Rozdílnost onemocnění mezi ženami a muži

Mentální anorexie se u žen vyskytuje asi 10x častěji než u mužů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí, že opakovaně přijatých žen s diagnózou poruchy příjmu potravy je 1574, zatímco mužů pouze 894.¹⁸

U mužů se s anorexií či bulimií setkáváme méně často. Muži mají k onemocnění menší sklony než ženy. Samozřejmě i u nich se může objevit anorexie či bulimie, ale jedná se spíše o muže, kteří se pohybují v modelingu, herectví nebo v jiných profesích, kde tělo hraje hlavní roli.¹⁹

Skutečnou prevalenci onemocnění u mužů nelze zjistit přesně, jelikož se muži vyhýbají léčbě ze strachu před společenskou stigmatizací společnosti. Také se stydí za fakt, že mají stejné problémy jako ženy. Někteří lékaři v minulosti dokonce odmítali u mužů diagnostikovat poruchy příjmu potravy. Profese, v nichž se muži pohybují, nemusí být jediným faktorem, který zapříčiňuje vznik mentální anorexie, dalším faktorem může být obezita v adolescenci. Tato myšlenka nás dovádí k tomu, že muži jsou stejně jako ženy citliví na posměšky kvůli své váze.²⁰

¹⁷ Srov. RAHN, Ewald., - MAHNKOPF, Angela. Psychiatrie. 2002, s. 50

¹⁸ Srov. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Psychiatrická péče 2011. 2012. s. 80.

¹⁹ Srov. KRCH, František., David. Mentální anorexie. 2002, s. 57.

²⁰ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 43 – 44.

1.4 Příčiny mentální anorexie

"Poruchy mentální anorexie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů."²¹

Někteří lidé upadají do závislosti na různých látkách či formách chování v důsledku snahy vyhnout se nepříjemným pocitům, které souvisí jak s minulými, tak se současnými zážitky. Pocity studu, méněcennosti, neschopnosti, pocit, že jedinec není milován nebo že si lásku nezaslouží.²²

1.4.1 Genetika

Mezi badateli se vede dlouhá diskuse o tom, zda za vznik mentální anorexie mohou geny. Podle současných poznatků je dokázáno, že i genetika má určitý podíl na vzniku onemocnění. Genetická dispozice může být faktorem zvyšujícím riziko vzniku této poruchy. Podíl genetických dispozic na vzniku mentální anorexie je odhadován až na 50-80%. Příslušná dispozice je s největší pravděpodobností dědičná multifaktoriálním způsobem.²³

Pokud mentální anorexií trpěla v rodině matka, teta či babička, je zde možnost, že stejnou nemocí bude trpět i jejich dítě. Mentální anorexie se nevyhýbá ani sourozencům. Existují případy, kdy nemocí trpěl jeden ze sourozenců a po nějaké době se začaly projevovat známky onemocnění i u druhého. Výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci se pohybuje v rozmezí 3 až 10%. V rodinách anorektiček a bulimiček se vyskytují poruchy příjmu potravy čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci. Ačkoliv se mentální anorexie týká spíše dívek a žen, nevylučuje se možnost, že určité predispozice může mít i syn matky, která nemocí trpěla.²⁴ Genetické riziko není fatální, záleží na postojích okolí, jaké při zvýšeném riziku najdou ochranné faktory. Například dívka, u které

²¹ MARADOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha:Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 14. ISBN 978-80-86991-09-2

²² Srov. HALL, Lindsey., - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 5.

²³ Srov. ŘÍČAN. Pavel – KREJČÍŘOVÁ, Dana. Dětská klinická psychologie. 2006. s. 67

²⁴ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 15.

hrozí zvýšené riziko vzniku mentální anorexie, se vyhne rizikovému sportu, jakým je například gymnastika, tlaku na výkon a poznámkám o hmotnosti.²⁵

1.4.2 Rodina

Velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů popisuje začátek mentální anorexie v termínech různých rodinných událostí. Za významný rizikový faktor je pokládán samotný výskyt anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví.²⁶ Rodina nemocného jedince si často klade otázku, kde udělala chybu. Rodiče či partner mají pocit viny, hledají v minulosti a snaží se najít viníka. Rodina by měla říct odborníkovi vše, co považuje za důležité, obviňování sebe či druhého nevede k ničemu. Co více, hledání viníka neprospívá léčbě. To poslední, co nemocný potřebuje, je rozhádaná rodina. Důležité je, aby se blízcí spojili s odborníky a dcerou v boji proti nemoci. I tak může trvat uzdravení několik let.²⁷

I sebevíc milujícímu rodiči či partnerovi někdy uklouzne nevhodná poznámka o postavě, vzhledu na adresu potomka či partnerky. Někteří lidé tyto poznámky přecházejí mávnutím ruky. Jsou ale i tací, kterých se nevhodná poznámka dotkne a problém je na světě. Dalšími rizikovými faktory vzniku mentální anorexie mohou být hostilita vůči dítěti, postižení sourozence, přílišný tlak rodičů, nežádoucí změny ve vztahu rodičů, ztráta blízké osoby, nemoc, separace od rodiny. Sexuální zneužití se na vzniku poruch příjmu potravy podílí 15 až 25%.²⁸

1.4.3 Prostředí

Některé prostředí se může jevit jako rizikové, neboť se zde předpokládá vyšší výskyt poruch příjmu potravy. Jde o místa, kde je kladen velký důraz na výkon, kontrolu váhy a panuje zde konkurence. Většinou se jedná o určité profese, jako jsou modelky či

²⁵ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. - HANUSOVÁ, Jana. Poruchy příjmu potravy. 2012. s. 14.

²⁶ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 1999, s. 65.

²⁷ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 14, 15.

²⁸ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 17.

tanečnice, zejména baletky. Ze sportovního odvětví jsou ohroženi atleti, gymnasté, krasobruslaři, plavci a hráči volejbalu.²⁹

Vrstevníci jsou další skupinou, ve které se jedinec pohybuje a která ho do jisté míry utváří a formuje. Jejich vliv je jedním z faktorů, který přispívá ke vzniku poruch příjmu potravy. Dospívající dívky si osvojují jisté postoje a chování od svých vrstevnic. Tyto postoje a chování přejímají na základě povzbuzování či výsměchu, který pramení z nedodržení vrstevnických norem.³⁰

Vliv médií na to, jak se vnímají samotné ženy, je obrovský. Televize, film, časopisy, noviny, poutače neustále posilují pojetí ženy jako sexuálního objektu, neboť společnosti tlumočí názor, podle něž by žena měla být štíhlá, hezká, svůdná a smyslná.³¹ Naznačují, že by žena měla být zahanbena a úzkostná ze svého fyzického vzhledu. Někteří žurnalisté vznesli obvinění, že prodejci používají k propagaci svých produktů nezdravě štíhlé modelky. Tím zpětně posilují vliv štíhlých modelek, jejichž fyzický vliv slouží jako standard krásy pro ostatní ženy. Média jsou nejčastěji pranýřována za to, že zkreslují realitu. Ovšem realita zobrazovaná v médiích ani zdaleka neodpovídá skutečnosti. Obsahová analýza ukázala, že 22% časopisů určených pro ženy a vydávaných v západních společnostech nabádá ke snižování váhy. Ve většině časopisů určených ženám najdeme velké množství reklam propagujících diety, rady na správné cvičení a na kosmetickou chirurgii. Poselství prezentované v médiích neútočí jen na peněženky konzumentek, ale prostřednictvím těchto návodů a rad dávají najevo, že kontrolovat svoji váhu je nejen běžné, ale i žádoucí.³²

1.4.4 Rizikové povahové rysy

Někteří autoři definují povahové rysy osobnosti, které mohou zvyšovat riziko vzniku anorexie. Typickou anorektičkou je dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, ovšem zatížená negativním sebehodnocením. Více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a dodržují etické

²⁹ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 72.

³⁰ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 18.

³¹ Srov. HALL, Lindsey, - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 13 – 14.

³² Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 78, 59, 63.

normy. Dívky, u nichž se může projevit mentální anorexie, jsou častěji neurotické, introvertní a úzkostné.³³

Osobnost člověka je specifíkem jedince samotného. Každý jsme jiný a to nás dělá v jistém smyslu originálními. Některé rysy jsou nám již dané, jednoduše se s nimi narodíme, další se nám vyvíjejí během dětství. Také na nás působí vliv okolí. Zvláště rodina nás svým způsobem formuje a utváří. Některé rysy osobnosti však mohou zvýšit náchylnost ke vzniku onemocnění. Mezi tyto rysy patří perfekcionismus, kdy se dívky snaží o naprostou dokonalost a utišení nízkého sebevědomí. Puritánstvím a asketizmem se pokoušejí překonat vlastní potřeby. Takové konání považují za morální a očištné. Sebetrestat se mohou za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří tomu, že kdyby byly perfektní, neměly by žádný problém a vše by měly pod kontrolou.³⁴

V sebekontrolě spatřují určité východisko, dokázat se ovládat a poručit si. Lidé trpící poruchami příjmu potravy mají narušené sebevědomí, sebeorganizaci, seberegulaci, ztrácí kontrolu nad sebou samými. Pacientka s mentální anorexií dosáhne částečného emocionálního uspokojení tím, že se vyhýbá potravě a hubne. Zažívá tak pocit pýchy a nadřazenosti nad tím, že dokáže čelit hladu. To je pro ni motivací, aby pokračovala v hubnutí. Toto falešné sebeovládání formou kontroly vlastního těla ústí do naprosté závislosti.³⁵

1.4.5 Emocionální faktory

U pacientek s mentální anorexií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky, které splňují kritéria velké depresivní poruchy. Většina těchto příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Ani nebezpečí smrti nevede některé pacientky k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování.³⁶ U individuálních rizikových determinantů se předpokládá, že vedou k rozvoji poruch příjmu potravy. Některé z nich vycházejí z osobnosti člověka nebo zahrnují osobní zkušenost, např.: kritické životní události zahrnují zneužití, trauma a posměch. Pacientky uvádějí více stresu a životních obtíží. Trpí nízkou sebeúctou, depresivní náladou, pocitu úzkosti a dráždivostí.

³³ Srov. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 1999, s. 72.

³⁴ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 15.

³⁵ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 19.

³⁶ Srov. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 1999, s. 69, 70.

Tyto pocity jsou jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících dietní chování, rozvoj a udržování mentální anorexie.

Sebeúcta u dívek velmi úzce souvisí s oceňováním fyzického vzhledu. Ženy, jimž chybí pocit sebeúcty, se přestávají vnímat jako subjekt s vlastními pocity, přáními a právy. Prázdnost po chybějící sebeúctě nahrazuje kritika, která zachovává negativní vědomí existence. Ženy a muži trpícími depresemi nejsou se svými těly spokojeni a pokládají se za méně atraktivní.³⁷

Regulace příjmu potravy je prostředkem zvládnání silných emocí a citů nejrůznějšího druhu, vzteku, strachu, negativních prožitků spojených s odmítnutím, samotou, obavami z lásky. Jídlo umožňuje vyhnout se situacím, které hrozí konfliktem.³⁸

1.4.6 Kultura

Kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale hlavně oslabují sebedůvěru mladých žen a dívek. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem. Mentální anorexie je považována za kulturně podmíněný syndrom, což znamená, že porucha nemůže být pochopena mimo svůj specifický kulturní kontext.³⁹ Vliv západní kultury na ostatní společnost je velký. Příkladem mohou být řecké dívky, které přiznávají, že usilovně pracují na tom, aby se co nejvíce podobaly obrazům štíhlosti importovaným ze Západu. Ukázalo se také, že v Řecku jsou ženy se svým tělem nejvíce nespokojeny, kdežto nejméně znepokojeny jsou ženy v Irsku. Tyto případy dosvědčují mocný vliv západních hodnot a ideálů štíhlosti v kontaktu s odlišnými kulturami.⁴⁰

Kultura a společnost jsou jedním z faktorů, které ovlivňují mladé ženy a dívky v tom, jak se stravují a jak na sebe pohlížejí. Je kladen přílišný důraz na fyzický výkon, sebekontrolu a soutěživost.⁴¹

Socializace ženy má svůj zvláštní průběh. Ženy se učí vytvářet vztahy a chovat se tak, jak je to v naší kultuře zvykem. I přes pokrok dnešní doby panuje ve společnosti

³⁷ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 18,20.

³⁸ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulímií. 2003, s. 25.

³⁹ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 1999, s. 59, 61.

⁴⁰ Srov. NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 2010, s. 36.

⁴¹ Srov. KRCH, František., David. Mentální anorexie. 2010, s. 38.

několik nebezpečných pravidel, které mohou velkou měrou přispět ke vzniku mentální anorexie. Mezi tato pravidla například patří, že ženy by neměly věřit svým spontánním reakcím a své energii, ba přímo naopak by měly být více obezřetné a nepřeceňovat své schopnosti. Dalším pravidlem je, že ženy by neměly mít mnoho potřeb, dokonce by měly upřednostňovat potřeby druhých a na své trpělivě čekat. Ženy by měly druhým ustupovat, vzdát se svých názorů a zaujmout podřízenou pozici. Ženy by měly dbát o to, jak vypadají, protože podle toho je budou druzí posuzovat.⁴²

1.5 Příznaky onemocnění

Primárních příznaků onemocnění může být mnoho. Ne vždy je však člověk včas zaregistruje. Faktu, že jedinec není v pořádku, si většinou všimneme ve chvíli, kdy je například často unavený, podrážděný, má náhlé změny nálad. Odmítá jídlo pod stále bizarnějšími výmluvami.

1.5.1 První známky onemocnění

Prvotními příznaky onemocnění mohou být změna jídelníčku, nadměrná pohybová aktivita, odpor k jídlu či změna jídelního tempa a chování při společném jídle.

Změny v jídelníčku

Nemocní mentální anorexií mají tendenci postupně ze svého jídelníčku vynechávat jídla, která se jim zdají energeticky vydatná nebo "nezdravá". Postupem času tento zákaz rozšiřují na stále se zvětšující množství potravin.

Změny ve stravovacím režimu

Tyto změny se projevují tím, že nemocní si až úzkostlivě hlídají každé sousto, které snědí. Nesní nic, co by bylo "navíc". Pod různými záminkami, které postupem času nabývají na rafinovanosti, se vyhýbají hlavnímu jídlu.

⁴²

Srov. HALL, Lindsey., - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 10.

Změna jídelního tempa a chování u stolu

Zdravý člověk sní jogurt během pěti minut, člověk nemocný mentální anorexií je schopný jíst jeden jogurt až dvacet minut. Lidé nemocní mentální anorexií konzumují jídlo velice pomalu, nimrají se v něm, srovnávají se s ostatními. Vyžadují, aby měli co nejmenší porce.

Projevy kategorického odporu proti jídlu

Chce-li blízké okolí donutit anorektika k tomu, aby jedl, setká se s odporem, výhrůžkami. Anorektici jsou schopni přejít i k emočnímu vydírání a na každý argument mají svůj protiargument. Pokud jsou okolím donuceni k jídlu, snaží se podvádět, také proto, aby "uklidnili" své nejbližší.

Zvýšená pohybová aktivita

Lidé s mentální anorexií spatřují ve zvýšené pohybové aktivitě další možnost, jak se zbavit "přebytečných" kil. Mají potřebu neustále někde pobíhat, něco dělat, cvičit a zpotit se. Nedokážou se uvolnit a relaxovat. S rostoucí podvýživou se snaha o zvýšení pohybové aktivity snižuje v důsledku únavy, apatie a vyčerpanosti.⁴³

1.5.2 Diagnostická kritéria dle MKN

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí těchto sedm kritérií, která slouží k diagnostice mentální anorexie.

- 1) Váhový úbytek, u dětí chybějící přibývání hmotnosti, který vede k váze pod 15% normálu nebo váze neodpovídající věku a tělesné výšce.
- 2) Ztráta hmotnosti je následkem vyhýbání se jídlům, po nichž se „tvoří tuk“.
- 3) Vnímání sebe sama jako „příliš tlustého“ je spojeno se stále se vnucující obavou z přílišného tloustnutí. Postižení si sami pro sebe stanovují velmi nízký limit hmotnosti.
- 4) Rozsáhlá endokrinní porucha osy hypothalamus – hypofýza – gonády se u žen projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta zájmu o sexualitu a ztráta potence.

⁴³ Srov. MARADOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy, 2007, s. 11,12.

Výjimku představuje vaginální krvácení u anorektických žen, které mají hormonální substituci (převážně antikoncepci).

5) Kritéria 1. a 2. neplatí pro bulimia nervosa (mentální bulimii – tedy záchvatovité přejídání a následné zvracení snědeného jídla).

6) Následující symptomy mohou diagnózu potvrdit, například: vyvolávání zvracení, užívání projímadel, nadměrná tělesná aktivita a užívání anorektik nebo diuretik.

7) Začátek onemocnění před pubertou má za následek prodloužení nebo opoždění pubertálního vývoje (zástava růstu, primární amenorea a váznutí vývoje prsů u dívek, u chlapců přetrvává infantilní vzhled). Po zvládnutí nemoci je pubertální vývoj s opožděnou menarche často normálně dokončen.⁴⁴

1.5.3 Fyzické příznaky

Mentální anorexie je těžká porucha, která může způsobit vážné zdravotní problémy či dokonce i smrt pacientky. Pacientky trpí závratěmi, omdlávají z podvýživy, z nedostatku vitamínů a minerálů v těle jim selhávají orgány. Přesto stále tvrdí, že jsou v pořádku. Pacientky trpí poruchami koncentrace, nespavostí, sníženou citlivostí v rukou a nohou, jakékoliv rány a infekce se špatně hojí. Velice snadno se jim tvoří podlitiny, neboť kosti nejsou obaleny tukem, a proto se mnohem snáz dělají modřiny. Pacientky mají nízký tlak a nepravidelný srdeční tep, může dojít až k selhání srdce. Trpí dehydratací často posílenou různými diuretiky, aby se odvodnily. Tím jsou ovšem poškozovány ledviny, pro které představuje dehydratace obrovský nápor, a zároveň se projevuje i nedostatek draslíku, který se ztrácí vlivem hladovění.⁴⁵

1.5.4 Psychické a sociální příznaky

Zpočátku bývají anorektičky velmi aktivní a živé. S postupující vyhublostí je jejich nálada pokleslá, depresivní a podrážděná. Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Některé pacientky jsou natolik dobrými herečkami, že před svým

⁴⁴ Srov. ŘÍČAN, Pavel, - KREJČÍŘOVÁ, Dana, Dětská klinická psychologie. 2006, s. 251,252.

⁴⁵ Srov. MALONEY, Michael, - KRANZ, Rachel, O poruchách příjmu potravy. 1997, s. 65.

okolím předstírají, jak jsou šťastné, a na veřejnosti ukazují svoji „normální“ tvář. Pod touto maskou však nosí strašné tajemství, o které se bojí, že bude prozrazeno. Odhalení nemoci je v rozporu s jejich zájmy. To, že pacientky své chování a problémy zakrývají a před ostatními tají, může situaci ještě více zhoršit. Ve chvíli, kdy již nejsou schopny se dále takto přetvařovat, se stahují do sebe a izolují se od okolí. O to více se však soustředí na svoji chorobu. Potřeba úzkostné sebekontroly se přenáší z jídla i na ostatní oblasti života. Pacientky se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně tak pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy, dokonce i malé problémy se zdají neřešitelné. Zhoršuje se celková intelektová výkonnost.⁴⁶

Mentální anorexie významným způsobem narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného. Nemocný přestává mít postupně zájem o své okolí, o své přátele a rodinu. Zájmy a koníčky nemocného ustupují do pozadí, stará se pouze o jídlo, o cvičení, o to, jak ještě více zhubnout. U mentální anorexie je většina depresivních příznaků nějakým způsobem spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. Pacientky ztrácí zájem o své okolí, o své přátele, stále více se uzavírají do sebe, do svého světa. Nakonec se odcizují i vlastní rodině. Důvody tohoto odcizení mohou být různé, pacientka má utkvělou představu, že si nezaslouží lásku svého okolí, že jí není hodna, neboť ona je ta špatná. Lidé s mentální anorexií trpí sebenenávistí, sebeodmítáním či dokonce sebepoškozováním. Dalším možným důvodem odcizení od druhých je, že pacientka jednoduše nemá dostatek energie, aby podnikala různé akce se svými přáteli. Přestává se stále více starat o to, jaký dopad bude mít její chování na okolí. Toto podivné chování ji odcizuje od rodiny a přátel. Dokazuje sama sobě a svému okolí, že si zaslouží naprosté odcizení a pohrdání ostatních. Potřebuje být odmítána, aby si utvrdila svůj pocit méněcennosti.⁴⁷

1.6 Následky mentální anorexie

Mentální anorexie může mít nedozírné následky. Ať už ve fyzické, psychické či sociální podobě. Nejhorším následkem je samozřejmě smrt pacienta. Jak dlouho budou následky trvat a jak velkého rozsahu budou, záleží na jedinci, který mentální anorexií trpí.

⁴⁶ Srov. KRCH, František., David. Mentální anorexie. 2010, s. 212.

⁴⁷ Srov. CLAUDE – PIERRE, Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. 2001, s. 116-117.

Zpravidla platí, že čím déle jedinec mentální anorexií trpí, tím větší a horší budou následky.

1.6.1 Doba trvání následků

Doba trvání následků onemocnění je u každého jedince individuální. Některé vymizí během pár týdnů, jiné se léčí měsíce až roky. Některým pacientkám zůstává po zvládnutí léčby „šrám na duši“. I přes zvládnutou léčbu mají stále tendence kontrolovat svoji váhu, příjem energie. Mají pocit viny, že zklamaly své okolí, svoji rodinu. Ani okolí nemocného není již takové, jaké bývalo před nemocí. Byť by si to vroucně přálo. Rodina si není jistá, zda jedinec do nemoci neupadne znovu, v tom si není jistý ani jedinec sám. Nikdo neví, kdy si bude moci v klidu vydechnout a říci: „Je to za mnou“.

1.6.2 Fyzické následky

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací. Mezi nimi jsou takové, které se dají relativně dobře vyléčit, ale i takové, které přispívají ke zvýšené úmrtnosti. Mentální anorexie je onemocněním, které vede nejčastěji ke smrti. Většina fyzických komplikací s narůstající hmotností dříve či později vymizí. Některé následky jsou však trvalé a nedají se změnit. Může se například stát, že žena již nebude moci mít děti.

Pacientky s anorexií je nutné hospitalizovat, neboť toto onemocnění končí často letálně, tedy 5 až 20% pacientek umírá v důsledku komplikací, které s sebou onemocnění přináší.⁴⁸

1.6.2.1 Kardiovaskulární komplikace

Tyto komplikace se vyskytují až u 90% postižených, nejčastější z nich je bradykardie neboli zpomalení srdečního rytmu, kdy srdce tepe pouze 50krát za minutu. Průměrná tepová frekvence je přitom 60 – 90 tepů za minutu. Bradykardie je způsobena

⁴⁸ Srov. HALL, Lindsey., - COHN, Leigh., Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 25.

snížením metabolismu z důvodu úspory energie. Další častou komplikací je hypotenze neboli nízký krevní tlak, který je způsoben chronickým snížením objemu tělních tekutin může vést k závratím a náhlé ztrátě vědomí. Nadužívání diuretik a projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy, čímž je vyvolána srdeční arytmie. V tomto případě hrozí riziko náhlé, smrtelné srdeční zástavě.⁴⁹

Arytmie vzniká nerovnováhou mezi ionty draslíku, chlóru a sodíku, právě tyto prvky hrají důležitou roli v regulaci srdečního rytmu.⁵⁰

Kardiovaskulární onemocnění při rozvoji maligní arytmie či akutního srdečního selhání zodpovídá za třetinu úmrtí těchto pacientek. Vyšší riziko úmrtí je spojeno s předchozím výrazným úbytkem hmotnosti a při zvýšené fyzické aktivitě.⁵¹

1.6.2.2 Renální komplikace

Renální komplikace spojené s mentální anorexií zahrnují především metabolické odchylky, které jsou spojeny s nadužíváním diuretik a laxativ.⁵² Renální neboli ledvinové komplikace se mohou objevit až u dvou třetin anorektiček. Dehydratace, nízký výdej moči a nadužívání projímadel a diuretik mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. To ovšem nejsou jediná rizika, kterým se anorektičky vystavují. Mezi život ohrožující patří například hypoproteinemie spojená s hypovolémií, mezi komplikace dále patří hypokalemie což je stav, kdy je snížena hladina draslíku v krvi.⁵³

1.6.2.3 Gastrointestinální komplikace

Mentální anorexie ovlivňuje celý trávicí systém. Komplikace se týkají úst, slinných žláz, jícnu, žaludku, tenkého a tlustého střeva. U zvracejících anorektiček se mohou projevit eroze zubní skloviny a zuboviny. Dále je v důsledku zvýšeného zvracení ohrožen jícen, na němž se mohou začít dělat vředy, záněty a eroze. To vše je způsobeno v důsledku zvýšeného vystavení žaludečních šťáv. Tím, že žaludek dostává minimum potravy, je jeho proces vyprazdňování zpomalen, a tak vzniká klinický pocit plnosti a nadmutosti i po konzumaci malého množství jídla. Komplikace v oblasti tlustého střeva se týkají kromě

⁴⁹ Srov. KRCH, František, David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 94.

⁵⁰ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 27.

⁵¹ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. 2010, s. 170.

⁵² Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. 2010, s. 279.

⁵³ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 95.

zácpy, která souvisí s nadužíváním projímadel, také nevolnosti, zvracení a střídání zácpy a průjmu. Tyto problémy mohou vést až k poruše vstřebávání bílkovin a nespecifické zánětlivé změny a krvácení do tlustého střeva.⁵⁴

V případě mentální anorexie dochází k určitým symptomům, které se zhoršují či udržují. Objevuje se především hypomotilita, častá je ztráta dávicího reflexu, závažnou komplikací je akutní dilatace žaludku, ke které dochází při náhlém nárůstu množství přijímaného jídla po dlouhodobém hladovění. Je proto velice důležité obnovovat přísun potravy formou postupně se zvyšujících dávek. K úpravě motility dochází do dvou týdnů od postupného navyšování množství potravy.⁵⁵

1.6.2.4 Kosterní komplikace

Důsledkem podvýživy s nedostatečným příjmem bílkovin v potravě u pacientů s mentální anorexií je útlum kostní novotvorby s následným úbytkem kostní hmoty a zvýšeným rizikem zlomenin. V důsledku adaptace organismu na nízký energetický příjem se rozvíjí řada neuroendokrinních abnormalit, které dále přispívají k úbytku kostní hmoty. Rozsah postižení skeletu u pacientů s mentální anorexií závisí na věku a růstovém období pacienta. Růst kosti i její modelace jsou energeticky velmi náročné procesy a nedostatek energie se proto projeví významným útlumem těchto procesů.⁵⁶

Pacientky, jež trpí mentální anorexií v pubertě, jsou o něco menší než jejich vrstevnice. Vyzrání kostí se v období anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, ve chvíli, kdy kvůli hmotnostnímu úbytku dojde k zástavě menstruace. U mentální anorexie je nejčastějším postižením osteoporóza neboli úbytek kostní hmoty, tzv. „řídnutí kostí“. Ta vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie.⁵⁷

1.6.2.5 Endokrinní komplikace

Komplikace se žlázami s vnitřním vyměšováním jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea neboli absence menstruace u ženy v reprodukčním věku, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti. I po návratu k normální tělesné hmotnosti může amenorea ještě nějakou dobu

⁵⁴ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy 2005, s. 96.

⁵⁵ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy., Interdisciplinární přístup. 2010, s. 229.

⁵⁶ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. 2010, s. 235.

⁵⁷ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 97.

přetrvávat. U velmi podvyživených pacientek se jako ochranný mechanismus objevuje infertilita neboli neschopnost otěhotnět, snižuje se bazální metabolismus.⁵⁸

1.6.2.6 Sexualita a plodnost

Vztah mezi sexuálními problémy, neplodností a poruchami příjmu potravy je velmi komplexní. Asexuálnost nebo zástava ve vývoji vede v dospělosti k rezervovanosti a vyhýbání se důvěrným vztahům. Existuje shoda v tom, že u většiny žen se během aktivní fáze mentální anorexie v důsledku vyhublosti a s ní spojené snížené činnosti pohlavního systému projevuje výrazně snížený zájem o sex. Pacientky mohou být pomalejší v psychosexuálním vývoji a jsou také více nespokojené v sexuální oblasti. Těhotenství je u pacientek s mentální anorexií bráno jako ohrožující pro obraz svého těla, kontrolu hmotnosti a pro sebeúctu. Většina žen v populaci se snaží během těhotenství moc nepřibrat, přitom průměrný váhový přírůstek od početí do porodu je 12,5 kg. Po uzdravení se plodnost žen neliší od žen v běžné populaci. Některé uzdravené anorektičky však raději volí život bez dětí.⁵⁹

Pokud se žena rozhodne mít i přes nemoc dítě, je možné, že bude menší, výskyt vrozených vad není u anorektiček vyšší. Nedostatečná výživa a převážně negativní prožívání jsou nezdravé jak pro matku, tak i pro dítě. Pokud jsou ženy již v lékařské péči, mohou užívat antidepresiva. O užívání jakýchkoliv léků by se měly vždy poradit s lékařem. Příchod dítěte na svět s sebou přináší mnoho nových, emočně významných otázek. Mezi ty hlavní patří vztah matky a dítěte, dále jak mentální anorexie ovlivní zvládnání rodičovské role, sexuální život, objevuje se také obava, která se týká správného krmení dítěte.⁶⁰

1.6.2.7 Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich klinická závažnost roste tím více, čím méně pacientky váží. Biopsie kostní dřeně u pacientek ukazuje charakteristickou hypoplazii s nekrózou buněk.

⁵⁸ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 98, 99.

⁵⁹ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 103, 106.

⁶⁰ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 28 – 29.

Při prvotním vyšetření je velmi důležité, aby byl vyšetřen celý krevní obraz. Při návratu k normální tělesné hmotnosti dochází k rychlé úpravě všech hematologických změn.⁶¹

1.6.2.8 Neurologické komplikace

Neurologické komplikace se týkají nervového systému. Porušením elektrolytové rovnováhy může dojít k tonicko – klonickým křečím, kdy pacient trpí opakovanými svalovými záškuby a ztuhlým svalstvem. Dále může docházet ke stavům akutní zmatenosti, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů. Mezi méně časté komplikace patří bolest hlavy, náhlá ztráta vědomí, dvojité vidění a poruchy hybnosti.⁶²

1.6.2.9 Metabolické komplikace

Pacientky s mentální anorexií mají zhoršenou regulaci tělesné teploty. Při vystavení chladu u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty, ani ke stabilizaci tělesné teploty či ke třesu. Pacientky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší. Budí se většinou brzy ráno. Při návratu k normální tělesné hmotnosti poruchy spánku mizí.

1.6.2.10 Dermatologické komplikace

Příčiny kožních změn u mentální anorexie vyplývají z poruch výživy a hladovění, z užívání léčiv a z průvodních psychiatrických poruch. Změny můžeme pozorovat na kůži, ochlupení, nehtech i ústech. Častým projevem u ústních změn jsou bolestivé červené praskající ústní koutky, na sliznici se mohou objevit afty. Nehty jsou lámavé, křehké s nerovnostmi nehtové ploténky. Velmi častým příznakem je zvýšené tzv. lanuginózní ochlupení s jemnými, krátkými chmýřovitými stvoly, které jsou patrné na zádech, břichu a obličeji.⁶³

Dermatologické neboli kožní komplikace mají řadu důvodů. Například suchá, šupinatá kůže a lanugo jsou důsledkem nedostatečné výživy. Modřiny a mozoly na hřbetech rukou jsou výsledkem úmyslného zvracení. Kožní vyrážka může být výsledkem

⁶¹ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 99.

⁶² Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 100.

⁶³ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. 2010, s. 251,252,253.

užívání projímadel a diuretik, některé vyrážky vznikají působením léků, které pacientky užívají, aby snížily svou hmotnost.⁶⁴

1.6.3 Psychické a sociální následky

Mozek a duševní pochody jsou také ovlivněny hladověním. Soustředění, pozornost, paměť, učení a řešení problémů se postupem nemoci stává skoro nemožným. Veškeré problémy spojené s nemožností se plně soustředit či řešit nějaký problém postupem léčby zmizí. Ovšem obnovení funkce mozku může být pomalé. Mentální anorexie má jako další následek ztrátu přátel a kamarádů. Zaujetí jídlem omezuje schopnost účastnit se společenského života. Zda je tato ztráta dočasná či stálá závisí již na každém člověku zvlášť.⁶⁵

Rodiče mladých dívek si často kladou za vinu, že selhali ve výchově, že se své dceři dostatečně nevěnovali. Nakonec obviňují z tohoto selhání jeden druhého. Tomuto vzájemnému obviňování se snaží terapeut předejít. Partner či rodiče si samozřejmě během nemoci přejí, aby se jejich partnerka či dcera uzdravila co nejdříve a vrátila se do normálního zdravého stavu. Někteří si přejí, aby byl vztah mezi nimi takový jako před nemocí. To už však bohužel není možné. Neuvědomují si, že se nelze vrátit do stejného stavu jako před vypuknutím nemocí, vzhledem k prožité zkušenosti s těžkou nemocí, která více či méně změny v dalším životě přináší. Rodiče či partner mohou dceru/partnerku sledovat na její cestě k náhledu na její vlastní chování související s poruchou příjmu potravy. A také společně za podpory terapeuta mohou objevovat komunikační a vztahové stereotypy, které ovlivňovali onemocnění dcery či partnerky.

Partner nemocné může mít s přijetím změn v chování a postojů větší obtíže než rodiče nemocné. Jeho potíže mohou pramenit z toho, že se s partnerkou seznámil v době, kdy nemocí už trpěla. Neboť proměna partnerky je o to výraznější. Je to způsobeno také tím, že během nemoci byl partner tím, kdo většinou rozhodoval. A pokud měl se svoji partnerkou nějaký konflikt, obyčejně se týkal nemoci. Díky nemoci neměli partneři čas vytvářet kompromisy, neměli čas se naučit společně žít, nedocházelo k vyladování zásadních představ o životě. Po uzdravení partnerky dochází k novému rozvržení sil ve vztahu. Partnerka již nechce být závislá, chce o svém životě rozhodovat sama, bez kontroly

⁶⁴ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 100-101.

⁶⁵ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 2000, s. 46.

partnera. Úvahy o rozchodu a samotný rozchod mohou být oddalovány partnerkou z vděčnosti za to, co pro ni partner v době její nemoci udělal. Výjimkou jsou páry, které se znaly ještě před vypuknutím nemoci a společně nemoc překonaly, často svůj vztah ještě upevní a přeformulují na zkušenostech, které jim oběma nemoc přinesla.

Strach z budoucnosti a návratu nemoci má každý, nejen nemocný sám, ale i jeho blízcí. Zpočátku může být partner či rodiče nedůvěřiví k ukončení léčby. Mají pro to své důvody. Opakovaná zkušenost s neúčinnou či nedokončenou léčbou je vede k opatrnosti a nedůvěře. Strach z návratu onemocnění může být jedním z jejích opětovných spouštěčů. Nadměrná opatrnost ze strany partnera či rodičů může nemocnou zatížit a přispět k pochybám o ní samotné. Úměrně s délkou onemocnění je třeba také delší čas, aby se vztah normalizoval a osvobodil od nemoci. Zvláště v období bezprostředně po vyléčení a stabilizaci jídelního chování i postojů k sobě samému a druhým dívky či ženy vyléčené z poruch příjmu potravy je velmi důležité, aby ona i její blízcí nadále komunikovali o svých potřebách, vyjasňovali si očekávání, aby nedocházelo k nedorozuměním, která mohou přispět k návratu onemocnění.

Pokud dojde i přes všechna možná opatření k návratu nemoci, k tzv. represi, nelze za to dceru či partnerku vinit. Je třeba podívat se na celou situaci návratu onemocnění z nadhledu a zjistit, za jakých okolností k návratu došlo. Pokud se nedaří návrat nemoci zvládnout samostatně, je žádoucí znovu oslovit odbornou pomoc. Nejlépe odborníka, se kterým dcera či partnerka už spolupracovala. Ve spolupráci se stejným odborníkem je snazší znovunavázat terapeutický vztah plný důvěry ve schopnost odborníka dceři či partnerce.⁶⁶

1.7 Terapie

V posledních deseti letech se nabídka terapie zejména psychoterapeutických přístupů značně rozšířila. Vedle rostoucího počtu specializovaných forem léčby byly upraveny i hlavní psychoterapeutické přístupy. Terapie bere ohled na klinické rysy pacienta a jeho reakce na zvolenou léčbu.⁶⁷ Mentální anorexie je vyčerpávajícím onemocněním. Odsoudit tyto pacienty jako sebestředné, marnivé a rozmazlené znamená

⁶⁶ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008. s. 36, 39.

⁶⁷ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 123.

znevažovat jejich pocity a prohlubovat v nich tak pocit studu. Mentální anorexie totiž není pouze problémem jídla. Cílem léčby je dosáhnout toho, aby pacientky mohly a chtěly přijímat adekvátní množství potravy, tedy aby si osvojily zdravé stravovací návyky.⁶⁸

K posouzení diagnózy, zdravotních rizik, následků onemocnění a k zabezpečení adekvátní následné péče dochází nejčastěji v primární péči.⁶⁹

1.7.1 Hlavní principy léčby žen s mentální anorexií

Terapie mentální anorexie se zabývá třemi hlavními oblastmi, a to typickým chováním osobnosti s mentální anorexií, myšlenkovými procesy, které toto chování udržují, a emocemi, jež jsou v pozadí.⁷⁰ Celkově je v léčbě nutná komplexní péče s nárůstem váhy, práce s rodinou či partnerem jejími postoji a potřebami. Jako neúčinné se ukázaly extrémní postoje, tedy pouhé zaměření na váhu nebo pouze na psychoterapii.⁷¹

Nejčastější metodou volby je hospitalizace. Některé pacientky se dostanou do léčby tak vyhublé, že prvořadým cílem je udržet je při životě. Pacientce je třeba dát najevo, že je akceptována, ale nelze akceptovat její sebedestruktivní chování. Cílem léčby není jen zaměření na tělesný stav a váhový přírůstek, ale také na změnu v prožívání a vztazích pacientek. Léčba poruch příjmu potravy je kombinací různých opatření integrovaných do celkového plánu léčby.⁷² Psychoterapie ovšem nemůže být účinná v době nejhorší podvýživy pacientky, neboť ohrožení života podvýživou mění schopnost pracovat s novými informacemi a má za následek změněné chování.⁷³

U pacientek s poruchami příjmu potravy je nezbytná psychoterapeutická práce s rodiči, protože rodina, na jejímž pozadí onemocnění vzniká, může sama v průběhu onemocnění podpořit nebo ztížit proces uzdravení u pacientky. Terapeutické doprovázení stálou vztahovou osobou je důležité a z hlediska kontinuity ambulantní a hospitalizační péče také potřebné. Pacientky s poruchami příjmu potravy ze začátku léčby nedůvěřují nebo téměř neočekávají úspěch. Mnohé pacientky mají až úzkostný strach z nekontrolovatelného přibývání na váze. Bojí se toho, že budou „vykrmovány“. Tím, že

⁶⁸ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 9, 25.

⁶⁹ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup. 2010, s. 148.

⁷⁰ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 100.

⁷¹ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana. – HANUSOVÁ, Jana. Poruchy příjmu potravy, Příručka pro pomáhající profese, 2012. s. 24.

⁷² Srov. HERETIK, Anton. Klinická psychológia, 2007, s. 201.

⁷³ Srov. PAPEŽOVÁ, Hana – HANUSOVÁ, Jana. Poruchy příjmu potravy, Příručka pro pomáhající profese. 2012. s. 24

terapeut poskytne pacientce informace o léčbě, pomáhá tyto obavy a pochybnosti omezit. Pojmenováním cílů léčby se strategie stane přehlednější. Dohoda o cílové hmotnosti nevede pouze k přibývání hmotnosti, nýbrž má chránit nemocnou před obavou nekontrolovatelného přírůstku hmotnosti.

Zdůraznění vlastní zodpovědnosti slouží k posílení autonomie. Zde terapeutovi často hrozí, že se dostane do paradoxní situace. Pacientka je velmi často ohrožena na životě, a pokud jí má terapeut pomoci, musí jednat proti její vůli. Pro řadu pacientek znamená souhlas s terapií podrobení se vůli někoho jiného. A to je právě to, co nechtějí, s čím začaly pomoci nejedení bojovat. Bojují o vlastní autonomii. Pacientky mají tendenci ke skryté rebelii. Zacházení s kontrolou je důležité, ale také nejobtížnější téma v terapii, zvláště v počáteční fázi léčení. Terapeutický přístup k pacientkám vyžaduje optimální skloubení terapeutických metod v rámci individuálního terapeutického plánu. Z psychoterapeutických technik je užívána léčba prostředím s režimovými prvky a rekreačními aktivitami, skupinová psychoterapie pro pacienty a jejich rodiče či partnery, individuální psychoterapie, rodinná terapie, kognitivně – behaviorální psychoterapie. Farmakoterapie může být zahájena zejména v případech, kdy jedinec trpí dalšími psychickými nemocemi, například depresemi.⁷⁴

Spolupráce při terapii je náročná, neboť pacientky se snaží navzájem terapeuty rozeštvát. Velmi často se stává, že zatím co jeden terapeut je chválen, druhý je naopak haněn. Toto černobílé vidění je chápáno jako sklon pacientek rozdělovat vztahové osoby na „dobré“ a „špatné“. Při léčbě je důležité, aby byl ošetřující lékař k dispozici, trpělivý a rozhodný.⁷⁵

1.7.2 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny tvoří pacientky, které mají relativně mírné příznaky onemocnění a u kterých může dojít ke zlepšení či úplnému uzdravení na základě svépomoci. Ačkoliv svépomocné skupiny nejsou pro většinu pacientek jediným způsobem léčby, existuje významná podskupina, která má z této intervence užitek. Svépomocné skupiny jsou spíše doporučovány pacientkám, které mají méně závažné příznaky mentální

⁷⁴ Srov. HERETIK, Anton. Klinická psychológia. 2007, s. 202.

⁷⁵ Srov. TRESS, Wolfgang., - KRUSSE, Johannes., - OTT, Jurgen. Základní psychosomatická péče. 2008, s. 140.

anorexie. V České republice lze najít svépomocné skupiny pod občanským držením Anabell, které má svoji pobočku v Praze, Brně, Zlíně, Ostravě a Plzni. Z psychiatrických léčeben poskytuje tuto formu terapie psychiatrická léčebna Bohnice v Praze.⁷⁶

1.7.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie je oblastí, která se zabývá rodinnými problémy a snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování celé rodiny, pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou a přistupuje ke každému pacientovi tak, že na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny.⁷⁷

Rodinná terapie je první léčebnou volbou u mladých pacientů a u pacientů, kteří žijí s rodinou. Ačkoli rodinná terapie nespadá pod hlavní léčebné terapie, její přínos je i tak důležitý. Neboť podrobné rodinné vyšetření může být velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi. Rodinní terapeuti jsou toho názoru, že mentální anorexie může odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Nejen nemocný sám, ale i členové rodiny potřebují pomoc a radu, jak zacházet s pacientem, který trpí mentální anorexií. Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu. Může se také ukázat jako cenný doplněk individuální terapie v případě práce s traumatem, jako je například pohlavní zneužití v rámci rodiny.⁷⁸

Rodinná terapie ve spojení s nácvikem asertivity může být nesmírně prospěšná. Někteří terapeuti vyžadují, aby byla v péči celá rodina. Je dobré, když se všichni členové rodiny zavážou, že se pokusí zlepšit vzájemné vztahy.⁷⁹

1.7.4 Kognitivně – behaviorálně terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je přístup, který má ve srovnání s kognitivní a behaviorální terapií zcela specifické rysy. V tomto typu léčby terapeut pomáhá pacientovi,

⁷⁶ Srov. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 126, 127.

⁷⁷ Srov. KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: směry, metody, výzkumy. 2000. s. 261.

⁷⁸ Srov. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 126, 127.

⁷⁹ Srov. HALL, Lindsey - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 97.

aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Důležitou součástí je systematické řešení problémů. Terapie je časově omezena a směřuje k dosažení předem dohodnutých konkrétních cílů.⁸⁰

Tento přístup je užitečný v tom, že pacientkám pomáhá zvyšovat sebekontrolu ve stravovacích návycích. Je zaměřen hlavně na vedení záznamů o jídle, vážení, změnách ve stravovacím chování, změny v navyknutých způsobech myšlení. Při anorexii se kognitivní intervence zaměřuje více na osobní a interpersonální oblasti. Poruchy příjmu potravy se v tomto smyslu interpretují jako kontra fobické chování. Všechny strategie podle tohoto přístupu směřují k pozitivnímu posílení normálních stravovacích návyků. Terapeutické programy obsahují většinou vlastní pozorování stravovacího chování, informace o nemoci, trénink sebejistoty a psychosociálními konfliktními situacemi.⁸¹

1.7.5 Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie je založena na koncepci dynamického působení nevědomí.⁸² Může být doporučena v situacích, kdy jiná krátkodobá terapie nezabírá. Psychodynamická terapie zahrnuje psychodrama a transakční analýzu.⁸³ Dynamická psychoterapie zkoumá interpersonální vztahy a současné aktuální konflikty pacienta, v nichž lze často odhalit důsledky malaadaptivního sociálního chování pacienta, který si tímto chováním konflikty spoluvytváří, zhoršuje nebo opakuje.⁸⁴

1.7.6 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tedy vztahy a interakce mezi členy skupiny.⁸⁵

Základem skupinové terapie je, aby si jednotliví členové skupiny navzájem pomáhali a podporovali se.⁸⁶ Skupinová terapie je součástí mnoha léčebných programů pro pacienty s mentální anorexií. Nejčastěji je používána v rámci denních stacionářů. Skupinová terapie

⁸⁰ Srov. KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: směry, metody, výzkumy. 2000. s. 76.

⁸¹ Srov. HERETIK, Anton. Klinická psychológia. 2007, s. 35.

⁸² Srov. BENSON, C. Nigel, - LOON van Borin. Seznamte se... Psychoterapie. 2005. s. 49.

⁸³ Srov. BENSON, C. Nigel, - LOON van Borin, Seznamte se... Psychoterapie. 2005, s. 117.

⁸⁴ Srov. KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: směry, metody, výzkumy. 2000. s. 41.

⁸⁵ Srov. KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: směry, metody, výzkumy. 2000. s. 228.

⁸⁶ Srov. BENSON, C. Nigel, - LOON van Borin. Seznamte se... Psychoterapie. 2005, s. 117.

se liší podle toho, zda je zaměřena na osvětu a kontrolu jídelního chování nebo na interpersonální a emocionální problémy pacientů.⁸⁷

1.7.7 Psychosomatická terapie

Psychosomatická léčba znamená nahlížení na celistvost léčené osoby, rehabilitace a revitalizace jejího mentálního vzorce vztahování se k sobě a ke světu ve vzájemné souhře, podpoře a respektování ozdravných procesů organismu. Psychosomatická léčba by měla splňovat tato kritéria, jako první je nutné určit vitální tělesné ohrožení v důsledku nedostatečné výživy. Tento výživový deficit musí být diagnostikován a léčen. Stacionární interní terapii je nutné zahájit, je-li tělesná hmotnost nižší než 75%, vyskytuje-li se zvracení, pokud ambulantní léčba ve svém úkolu selhává. Rozvijí-li se u pacientky těžká deprese se sebevražednými sklony. Dojde-li k těžké recidivě onemocnění. Je nutné, aby o postupu a průběhu léčby byla informována jak pacientka, tak její nejbližší. Je vhodné, aby psychosomatická terapie byla kombinována s dalšími psychoterapeutickými metodami. Motivace ze strany terapeuta je velice důležitá, přesto musí mít na paměti, že jak pacientka, tak i rodina může trpět pocity viny a studu. V případě, že onemocnění nedospělo do chronického stádia a pacientky trpí pouze mírnou podváhou, lze zvážit ambulantní psychoterapii. V rámci této terapie by měla být pacientka poučena o možných fyzických následcích, zdravotních rizicích a o zdravé výživě. Lékař by měl s pacientkami otevřeně hovořit o jejich tendencích lhát a podvádět a tyto tendence chápat jako součást onemocnění.⁸⁸

1.7.8 Farmakoterapie

Farmakoterapie je léčení pomocí léků a infuzních roztoků. I ti největší zastánci farmakoterapie nedoporučují léčbu založenou výhradně na lécích. Neexistuje žádná „kouzelná“ pilulka, která by vyřešila emoční a duchovní problémy, které leží v pozadí mentální anorexie.⁸⁹ Vliv farmakoterapie u pacientek s mentální anorexií je poněkud

⁸⁷ Srov. KRCH, František David, kol. Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie. 1999, s. 186.

⁸⁸ Srov. TRESS, Wolfgang., - KRUSSE, Johannes., - OTT, Jurgens., Základní psychosomatická péče. 2008, s. 139, 140.

⁸⁹ Srov. HALL, Lindsey. - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 39.

omezený a farmakoterapie jako taková by měla sloužit jako vedlejší léčba. Nikdy by neměla být jediným způsobem léčby. Riziko relapsu snižují antidepresiva, jejichž účinek byl prokázán.⁹⁰

Farmakoterapie mentální anorexie má tyto úkoly: regulaci příjmu potravy a úpravu tělesné hmotnosti, zaměření se na léčbu komorbidních psychických poruch, především depresí, odstranit tělesné potíže zapříčiněné mentální anorexií.⁹¹

1.8 Způsoby péče o osoby s mentální anorexií

Způsobů poskytování péče osobám s mentální anorexií je několik. Nemocné dívky či ženy si mohou v některých případech vybrat, který způsob léčby si zvolí. Mohou navštěvovat stacionární zařízení, kde je o ně pečováno během dne, mohou docházet na ambulantní péči, kde své problémy proberou s odborníkem. Dalším možným způsobem léčby je pobytová péče neboli hospitalizace, tento způsob léčby si pacientka nevolí, nýbrž je k němu okolnostmi donucena.

1.8.1 Pobytová péče neboli hospitalizace

Důvodem, proč jsou pacientky s mentální anorexií často hospitalizovány, je potřeba jejich lékařské stabilizace. Hospitalizace v nemocnici je součástí procesu uzdravení a není zaměřena pouze na fyzickou stránku nemoci. Získat pacientku pro aktivní spoluúčast je velmi náročné a vyžaduje to velké úsilí ve všech stádiích léčebného procesu. Není-li pacientka přímo v ohrožení života, je pro ni výhodnější takzvaná částečná hospitalizace, která nemocné nabízí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí.⁹²

1.8.2 Stacionární péče

V České republice existuje jediný stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy v rámci Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a lékařské fakulty Univerzity

⁹⁰ Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy, Praha. Grada, 2005, s. 130, 131.

⁹¹ Srov. KRCH, František., David. kol., Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie. 1999, s. 157.

⁹² Srov. KRCH, František., David. Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 125.

Karlovy v Praze (dále jen VFN a LF UK). Psychiatrická klinika VFN a LF UK poskytuje denní stacionář pro pacientky od 17 let s Body mass indexem vyšším než 16, dále poskytuje lůžkové oddělení pro pacientky od 18 let s poruchami příjmu potravy a ambulantní léčbu. Délka léčby ve stacionáři je maximálně 3 měsíce. Nemocná přichází do stacionáře ráno a přes den absolvuje individuální i skupinovou terapii s dalšími nemocnými, večer odchází domů, kde se pokouší upevnit nové návyky získané ve stacionáři. Účast na tomto typu léčby předpokládá, že pacientka má alespoň částečně nemoc zvládnutou. Finanční spoluúčast na léčbě je zhruba asi 50 Kč za den jako příspěvek na jídlo.⁹³

1.8.3 Ambulantní péče

Ambulantní péče se poskytuje u pacientek, které nemají tak výraznou podváhu či nejsou v ohrožení života. Je také poskytována pacientkám, které již prošly během let několika léčbami, avšak bez úspěchu. Tato péče se nezaměřuje na vyřešení problému, ale snaží se o to, aby se pacientka navrátila do stavu somatické a psychické stability. Ambulantní péče může být prováděna jak individuálně, tak ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Je-li péče poskytována ve skupině, mohou mít pacientky další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti stejně nemocných.⁹⁴

1.9 Prevence

Prevence je preventivní péče – předcházení nemocem a jejich následkům. Primární prevence je soubor preventivních opatření, která vedou k odvrácení nemoci či poruch. Sekundární prevence je soubor léčebných opatření, kterými se snažíme předcházet komplikacím nemoci a zhoršení projevů nemoci. Terciální prevence se snaží o předcházení následkům nemoci.⁹⁵

V souvislosti s nárůstem poruch příjmu potravy a jejich sociální citlivostí vzrůstá i význam primární prevence. Předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků je obvykle snazší než je zpětně měnit. Z hlediska primární prevence poruch příjmu potravy je jedním

⁹³ Srov. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. 2008. s. 57

⁹⁴ Srov. KRCH, František, David., Poruchy příjmu potravy. 2005, s. 126.

⁹⁵ Srov. <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html> 8. 5. 2013

z nejdůležitějších směrů osvětová činnost v oblasti přiměřené redukce nadváhy a zdravé výživy.⁹⁶

Principy prevence stresu a psychogenních poruch a chorob jsou vytváření stále nových kompetencí. Zde je důležitá odvaha k otevřenosti, vystavování se novým situacím a tím tvorba nových zkušeností. Dalším principem je pěstování schopnosti získat psychosociální podporu od okolí, jak zacházet s určitou zátěžovou situací, dokázat si přiznat příslušnou potřebnost pomoci od lidí a před lidmi. Posledním principem je víra či vize, jež pomůže snášet i to, co jedinci nejde okamžitě změnit.⁹⁷

Informace o tom, jak zdravě jíst a varování před riziky spojenými s držením diety by měly být součástí osnov základních i středních škol. Vzdělávat by se ovšem neměli pouze děti, ale také jejich rodiče, učitelé, lékaři, duchovní a v neposlední řadě také média. Všichni tito lidé by měli poznat začínající symptomy onemocnění, jeho následky a také by měli vědět, jak správně zasáhnout. Aby prevence opravdu fungovala, musí být dlouhodobá a systematická. Má-li být opravdu účinná, musí se stát součástí života každého jedince a musí být začleněna do všech oblastí naší kultury.⁹⁸

1.9.1 Prevence návratu mentální anorexie

Relaps znamená opětovné objevení se příznaků po uzdravení se z mentální anorexie. Uzdravení se není vždy zcela absolutní a některé vzorce chování a postoje přetrvávají i po nemoci. Byť v menší míře. Nemocnému neusnadňuje situaci ani společnost, v níž je silně zakořeněno držení diet a pozornost zaměřená na vzhled a hmotnost. Proto je návrat k nemoci celkem častým jevem, a to až u poloviny případů. Relaps nemusí nutně znamenat návrat k nemoci jako takové, většinou se objevuje pouze v několika příznacích. Je součástí léčby a je dobré, připraví-li se na něj nemocný a rodiny během terapie. Úspěšná léčba předpokládá zvládnutí relapsu, pokud se dostaví, nebo jeho předcházení.⁹⁹

Předejít návratu onemocnění lze nárůstem a udržením optimální hmotnosti, přiměřeným a pravidelným jídelním režimem, přiměřeným pohybem, terapií narušeného vnímání svého těla, naučit se mít rád sebe sama. Naučit se žít sama se sebou. Nevzdávat se,

⁹⁶ Srov. HALL, Lindsey. – COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003. s. 70.

⁹⁷ Srov. PONĚŠICKÝ, Jan. Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění. 2011, s. 14.

⁹⁸ Srov. HALL, Lindsey, - COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 2003, s. 51.

⁹⁹ Srov. POLANSKÁ Michaela.,- ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, Jana., - ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. 2008, s. 4.

nejde-li léčba podle plánů, nebo tak, jak si nemocný či rodina představovala. Naučit se reagovat na stres a umět se s ním vypořádat jinak než za pomoci jídla. Mít na paměti, že léčba mentální anorexie může trvat i několik let, a člověk by neměl mít strach začít znovu.¹⁰⁰

K návratu mentální anorexie dochází nejčastěji ve stresových obdobích, proto je důležité, aby se nemocný naučil vypořádat se stresem nebo ještě lépe - jak stresu předcházet. Předcházet stresu lze poznáním sebe sama, umět se přijmout taková, jaká jsem, přijmout jak své klady, tak své zápory, nepotlačovat a neskrývat své pocity, pokud se mi něco nelíbí nebo mám nějaký problém nebát se s ním otevřeně svěřit. Naučit se odpočívat, dodržovat jídelní a pohybový režim, nedělat vše dokonale, za každou cenu. Pravděpodobně nejtěžším pro dívky trpící mentální anorexií je začít znovu normálně jíst. Nejdůležitějšími pravidly, na kterých by měli spolupracovat se svým terapeutem, jsou: zapomenout na počítání kilojoulů, vážení potravin a držení diet, stolovat v klidu a zapomenout na černé myšlenky a výčitky svědomí.¹⁰¹

Pro uzdravující se pacienty existuje tzv. Desatero uzdravujících se, které jim pomáhá přijmout se taková, jaká jsem.

1. Jsem jedinečná bytost a jsem dokonalá taková, jaká jsem.
2. Mám se ráda.
3. Mám ráda lidi kolem sebe.
4. To, co si o mně myslí druzí, je jejich problém.
5. Mám právo vyjádřit svůj vlastní názor.
6. Mám právo na odpočinek a nic nedělání.
7. Mám právo svobodné volby.
8. Mám právo na odbornou péči.
9. Mám právo říct „nic se neděje“, když se nedaří.
10. Jsem zodpovědná za své zdraví.¹⁰²

¹⁰⁰ Srov. POLANSKÁ Michaela., - ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, Jana., - ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. 2008, s. 4.

¹⁰¹ Srov. POLANSKÁ Michaela., - ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, Jana., - ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. 2008, s. 5.

¹⁰² Srov. POLANSKÁ Michaela., - ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, Jana., - ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. 2008, s. 5.

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Úvod do výzkumné části

V teoretické části jsme popisovali historii mentální anorexie, její příčiny a příznaky onemocnění, průběh a prožívání nemoci nejen z pohledu nemocné, ale také z pohledu blízkých. Následky nemoci a její komplikace, způsob léčby, možná léčebná zařízení a prevenci onemocnění. Tato teoretická část je důležitá pro pochopení části následující – výzkumné.

2.2 Metodologie výzkumu

Metodologie výzkumu zahrnuje stanovení cíle výzkumu, formulaci výzkumných otázek, pokračuje volbou metody výzkumu, výběrem respondentů, volbou metody sběru dat až po analýzu zjištěných dat.

2.2.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Pro svůj výzkum jsme zvolili dva cíle. Prvním cílem bylo shromáždit subjektivně důležité faktory, které dívky vnímaly jako důležité v období vzniku nemoci, a těmito faktorům porozumět. Druhým cílem byla snaha zjistit, jaké hypotézy měly dívky o příčině svého onemocnění.

Pro tento výzkum jsme zvolili kvalitativní strategii, metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor se skládá z 21 otázek, ve kterých zjišťujeme subjektivní příčiny mentální anorexie. Co vedlo ženy a dívky k tomu, že začaly držet diety, v čem ony samy spatřují příčinu onemocnění, jak se staví ke svému onemocnění a zda jej vůbec za nemoc považují. Jaké kroky podnikají, aby se z této nemoci vyléčily. Jak vycházejí se svým blízkým okolím. Na základě těchto výzkumných cílů jsme zvolili následující výzkumné otázky, které jsou rozpracovány do otázek pro informanty. Tyto výzkumné otázky napomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky, které korespondují se stanovenými cíli.¹⁰³

¹⁰³ Srov. ŠVARŤÍČEK, Roman a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2007. s. 69.

1. Které příčiny vnímaly ženy jako důležité v období vzniku nemoci?
2. Jaké hypotézy měly/mají ženy o příčině onemocnění?

2.2.2 Metoda výzkumu

Základní orientace našeho výzkumu je kvalitativní. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“¹⁰⁴

V případě našeho výzkumu jsme použili metodu zakotvené teorie, která je induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který ji reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřená systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali, ale začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.¹⁰⁵

Zakotvená teorie má tři základní prvky, jimiž jsou koncepty, kategorie a propozice.

Koncepty jsou základní jednotky analýzy, protože teorie se navrhuje pomocí konceptualizace dat, ne přímo z dat.

Kategorie jsou generovány stejným analytickým procesem porovnávání, aby se ukázaly podobnosti a rozdíly. Jsou prostředkem, pomocí něhož se může teorie integrovat.

Propozice formulují zobecněné vztahy mezi kategoriemi a koncepty a mezi kategoriemi. Propozice zahrnují konceptuální vztahy.¹⁰⁶

Na základě uvedených prvků jsme použili metodu zakotvené teorie, jejíž základní procedury zahrnuje kódování otevřené, axiální a selektivní. Na naši práci jsme aplikovali postupy s využitím otevřeného a axiálního kódování, bez využití selektivního kódování,

¹⁰⁴ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. s. 50. ISBN 80-7367-040-2

¹⁰⁵ Srov. STRAUSS, Anselm L., - CORBIN, Juliet., Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. 1999, s. 14.

¹⁰⁶ Srov. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace. 2005. s. 244, 245.

protože tato práce nemá za cíl vytvořit konkrétní teorii, ale zjistit subjektivní vnímání příčin mentální anorexie.¹⁰⁷

Na základě otevřeného kódování vznikají tyto kategorie:

1. Kategorie: Základní údaje
2. Kategorie: Příčiny potíží v minulosti a současnosti
3. Kategorie: Potíže v oblasti myšlení, osobního přesvědčení, chování a těla
4. Kategorie: Vnímání svých potíží
5. Kategorie: Pokusy zvládnout potíže

2.2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinu našeho výzkumu tvoří ženy, které trpěly či trpí mentální anorexií. V případě našeho výzkumu se jedná o účelový výběr výzkumného vzorku. Tento způsob výběru se používá v případech, kdy nejde o příliš velký výběrový soubor.

2.2.4 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, neboť polostrukturované dotazování se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací. Výhodou této metody je možnost navázání osobního kontaktu s informantem, což přispívá k hlubšímu proniknutí do motivů a postojů informanta. Aby byl rozhovor úspěšný, je potřeba navázat s informantem tzv. rapport neboli příjemnou atmosféru mezi výzkumníkem a informantem. Tato uvolněnější atmosféra pomáhá vytvořit vzájemně příjemný a uvolněný vztah.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Srov. STRAUUS, Anselm L., - CORBIN, Juliet., Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. 1999, s. 25.

¹⁰⁸ Srov. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. s. 164.

2.2.5 Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

V rámci jednotlivých okruhů jsme formulovali následující otázky, které byly definovány jako otevřené otázky. Typ těchto otázek umožňuje informantům podrobnější vysvětlení vlastních názorů, postojů, způsobů chování a jednání.¹⁰⁹

1. Mohla byste mi říct pár vět o sobě, kolik je Vám let, jaké je vaše povolání, kde bydlíte?
2. Jaké máte koníčky, co Vás baví?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Kdy jste poprvé začala mít problémy s jídlem, dietami, hubnutím?
5. Co Vás vedlo k tomu, že jste se začala omezovat v jídle?
6. Kolik jste nejmíň vážila v době nemoci a kolik vážíte dnes a kolik byste chtěla vážit?
7. Proč právě tolik?
8. Jaká si myslíte, že je ideální hmotnost podle názorů reklamy, tisku, médií všeobecně?
9. Kdybyste měla popsat příčiny toho, že jste měla problémy s jídlem, jaké příčiny by to byly?
10. Vyskytovaly se ve Vaší rodině nějaké závažnější problémy, které by podle Vás souvisely s vaší snahou být hubená?
11. Co se dělo kolem Vás, když jste začala hubnout?
12. Jak na Vás blízcí reagovali, když jste začala hubnout?
13. Jak jste si ty jejich reakce vysvětlovala tenkrát a jaký na ně máte pohled teď?
14. Vidíte nějakou souvislost mezi svým hubnutím a tím, co se dělo ve Vaší rodině, mezi Vašimi blízkými, přáteli?
15. Když jste se dostala do sporu s ostatními kvůli jídlu, jak jste ten spor vyřešila?

¹⁰⁹ Srov. FERJENČÍK, Jan. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. 2000. s. 177.

16. Kdo nebo co bylo prvotním impulsem k tomu, že jste se začala léčit?
17. Kdo z Vašich blízkých Vám nejvíce pomáhá?
18. Přemýšlela jste někdy nad budoucností, čeho byste chtěla dosáhnout, co je Vaším snem?
19. Kdybyste mohla něco ve svém životě změnit, co by to bylo?
20. Čím je pro Vás jídlo. Nyní a dříve?
21. Chtěla byste se ještě vrátit k některé otázce?

2.2.6 Organizace sběru dat

Jednotlivé účastníky výzkumu jsme oslovili s pomocí paní psychologky, která se v léčebně věnuje skupinové i individuální psychoterapii včetně arteterapie. Další dvě účastnice výzkumu jsem oslovila pomocí společných přátel, které mi své kamarádky navrhly jako možné adeptky na rozhovor o tomto tématu. Dále jsem s účastnicemi výzkumu již komunikovala sama, výjimku tvořila paní z psychiatrické léčebny, zde sloužila jako komunikační prostředník paní psychologka Sklenářová. Přes kterou byla schůzka domluvena. Při schůzkách jsem účastnice ubezpečila, že jejich informace budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce. Vysvětlila jsem jim smysl a cíl mého rozhovoru. Okruh otázek si mohly v klidu přečíst a zamyslet se nad odpověďmi. Pro zajištění anonymity informantů jsou jejich jména kódována pouze písmeny. Během schůzek jsem průběh rozhovorů zaznamenávala jako audiozáznam – mp3. Samozřejmě se svolením účastnic. Atmosféra byla vždy příjemná a uvolněná. Rozhovory trvaly pokaždé zhruba devadesát minut. Některé účastnice byly dokonce tak sdílné, že se zapovídaly a zapomněly, u které byly otázky. Tomuto nedostatku se však dalo předejít citlivým usměrněním k uvedeným otázkám rozhovoru.

2.2.7 Analýza dat

Kategorie první: Fyzické údaje, studium, zaměstnání, zájmy

Tuto kategorii jsem zaměřila na informantky samotné. Na to, abych o nich zjistila bližší informace, kolik váží, kolik by chtěly vážit, kolik jim je let. Věkové rozmezí informantek je 22 let (Z. X.), 25 let (A. X.) a 57 let (M. X.). Chtěli jsme zjistit, zda věkový rozdíl nějakým způsobem ovlivňuje pohled na sebe, pohled na mentální anorexii. Dle zjištěných informací usuzuji, že věk v tomto onemocnění nehraje důležitou roli.

Další částí jsou zájmy a volný čas informantek. Zajímalo nás, co dělají ve svém volném čase, neboť i nevhodné trávení volného času může mít neblahé důsledky. Všechny tři informantky mají raději klidné zájmy, kde se nevyskytuje mnoho lidí. M. X. spatřuje ve svých zájmech dokonce možnost jak hubnout. ... *„jediným mým zájmem bylo jídlo, na které jsem se soustředila natolik, že na ostatní věci mi nezbyval čas. Jediný koníček, který mám, jsou procházky se psem, ale i ty podnikám pod vidinou toho, že pohybem spalují kalorie. A že jediné potom se můžu najíst.“* (M.X.) ... *„dříve jsem ráda četla, bavily mně ruční práce, sebevzdělávání. Nyní vlivem mateřství mi na zájmy nezbyvá čas“* (Z. X.).

... *„Baví mě vaření, kreslení a čtení.“* (A. X.)

Co studují a kde pracují. *„Pracovala jsem jako učitelka v mateřské škole, nyní jsem již 17 let v invalidním důchodu.“* (M. X.), druhé dvě dívky, studují či by chtěly ve studiu pokračovat... *„Vystudovala jsem střední odborné učiliště s maturitou, nyní se hlásím na vysokou školu.“* (Z. X.)... *„Studuji vysokou školu, prvním rokem magistra.“* (A. X.)

Všechny tři informantky o sobě tvrdí, že jsou perfekcionistky. Buď takové jsou, nebo jim toto chování vštíplily rodiče... *„můj velký vzor je Victoria Beckham, ne pro postavu, ale pro to, jaká je perfekcionistka. A já taky, kvůli té nemoci, musím být ve všem perfektní. Když nemám doma uklizeno, malá mi nespí, tak já propadám těžkým depresím a vadí mi to.“* (Z. X.) ... *„Já jsem se naučila takovou formulku, protože jsem vždy jela ve všem nadoraz, protože jsem byla vychovaná jako perfekcionistka, všechno perfektně.“* (M. X.)

V otázce týkající se hmotnosti všechny tři uvedly, že by si přály svoji váhu snížit ... *„Chtěla bych vážit 37 kg, ale spokojila bych se i s 40 kg. Ale těch 37 kg považuji za ideál.“* (M. X.) Nyní váží 42 kg při 165 cm, což je dle hodnot BMI 15,8 podváha ohrožující zdraví jedince. *„Chtěla bych vážit 50 až 55 kg, což považuji za optimální váhu ke své výšce“* (Z. X.) nyní váží 62 kg při výšce 162 cm, což je dle hodnot BMI 24,2 normální hmotnost.

I třetí informantka (A. X.) by si přála vážit méně, ačkoli už nyní je její váha nezdravá. Při výšce 169 cm váží 50kg. Což je dle hodnot BMI 17,5.

Kategorie druhá: Příčiny potíží v minulosti a současnosti

Tato kategorie se dá nazvat kategorií stěžejní, neboť zde informantky uvádějí své subjektivní příčiny. Je zaměřena na období, kdy se informantkám jejich stav zhoršil, na první příčiny v minulosti a na problémy, které jejich stav podporují i v současnosti.

Hovoří zde o tom, co podle nich stálo za vznikem mentální anorexie. Všechny tři uvádějí konflikty a špatné vztahy v rodině. ... „*S jídlem jsem začala mít problémy v 15 letech, důvodem byla dominantní a autoritativní matka. Matka mi nedovolila rozvinout svoji osobnost, nedokázala jsem se vzepřít, a tak se stalo jídlo jediným prostředkem, kde jsem mohla rozhodovat sama.*“ (M. X). Další informantka uvádí kromě hádek rodičů, za které si kladla vinu i poznámky a posměch okolí. ... „*Já jsem měla ve 12 letech nadváhu, kvůli které jsem začala držet diety. A taky jsem měla dost toho, jak vypadám a že se mi všichni posmívají. Zhubla jsem na 39 kg a byla hospitalizována pro zkolabování. Další „vlna“ přišla v 15 letech, kdy jsem začala chodit se starším klukem, který mně ponižoval a vytvořil ve mně pocit, že vše je má vina, e nemůžu být nikdy šťastná. Doba tohoto onemocnění trvala zhruba do 17 let. Ale úplně první impulz, ten, jsem si tak vzpomněla, to mi bylo tak osm let a všichni doktoři to řešili antibiotiky, takže mi téma antibiotikama jakoby vyžrali játra, jo. Mě přestala fungovat játra a já jsem ztratila pocit hladu. Já jsem prostě neměla hlad. A když se podívám na ty fotky, kdy jsem byla fakt chodící mrtvola, tak můžu říct, že tam se mi líbila ta myšlenka, jako že nemusím jíst a přitom jako žiju, jo. Ale tam jsem asi začala vnímat to tělo, že se mi líbilo to, že mi jdou vidět žebra. Já, i kdybych zhubla, tak mě se stejně líbí spíš ta vychrtlost než ta hubenost.*“ (Z. X.) Tatáž informantka spatřuje jistou příčinu onemocnění v dědičnosti, neboť mentální anorexií trpěla i její matka...., „*Vlastně maminka byla anorektička. Ona měla taky problém, že zdělila takovou postavu, takovou ramenatou, pevnější. Takže to řešila tím, že nejedla. Takže možná nějaké ty sklony jsem k tomu měla.*“ Třetí informantka udává jako důvod svého začátku onemocnění špatné rodinné prostředí...., „*Kvůli špatnému rodinnému prostředí a problémům z nich vyplývajících jsem se začala omezovat v jídle.*“ (A. X.)

V současné době jsou sice informantky v pořádku či se nachází v péči odborníků, přesto všechny tři uvádějí, že se necítí zcela vyléčeny. Informantka M. X. se vyléčit ani nechce, ... „*Už měsíc jsem tady (psychiatrická léčebna), kvůli sebevražedným myšlenkám. Jím, protože musím, ale jakmile budu propuštěna domů, tak to zase shodím, tu váhu.*“. U informantky A. X. se objevily staronové potíže „*Nyní se u mě objevily staronové*

problémy, mezi něž patří bohužel konflikty v rodině, které znovu řeším tím, že se omezují v jídle.“ I třetí informantka si není stoprocentně jistá tím, že je vyléčena, co více - přepadávají ji myšlenky s hubnutím znovu začít... „Nyní se u mě objevilo opět nutkání být nemocná. Z toho důvodu, aby mě lidé litovali, nadávali, že jsem ta špatná, myslím si, že bych se v tom cítila dobře. Na druhou stranu si uvědomuji, že to není možné, neboť mám nyní vlastní rodinu, dům a nemůžu si dovolit, aby se veškerá pozornost soustředila na mně, když mám roční dceru.“ Všechny tři informantky věří, že své hubnutí dokážou držet pod kontrolou a jakmile dosáhnou vytyčeného cíle, vrátí se k normálnímu stravování. Informantka Z. X. uvádí své plány a svůj vztah sobě samé , ... „měla jsem takový plán, chtěla bych zase vyhladovět, protože jsem si navykla v tom těhotenství zase strašně jíst. A teď je pro mě těžké držet jakoukoliv dietu. Říkala jsem si, že bych tak zase jen 14 dní jedla jenom jablka a pila vodu s pepřem, protože to je hrozný humus, který tě - po tom bud jdeš zvracet nebo to vydržíš. Ten pepř tě jako detoxikuje, ale je to hnusný. Takže bych pila tady tu vodu a vydržela to 14 dní, aby se ten žaludek zase smrskl a pak bych postupně třeba přidávala jídlo. Bojím se toho, že kdybych to těch 14 dní vydržela a viděla nějaké výsledky, tak bych do toho určitě zase spadla. Já jsem hrozná, já chci být ve všem perfektní, ale vím, že to tělo není perfektní a vím, že mě má Mirek rád, takovou, jaká jsem, ale já tomu nevěřím. A to je právě to, že se nemám ráda. i když řekne, že je to teď lepší, že teď vypadám jako ženská, že je to v pořádku, ale i tak se nemám ráda a potom to odnáší ten osobní život. ... Uvědomuji si, že nejsem úplně vyléčená, ale jsem přesvědčena, že své hubnutí dokážu mít pod kontrolou.“

Druhá informantka (M. X.) své hubnutí přirovnává k závislosti na alkoholu, ... „Já si myslím, že kdo je hubený, tak já jsem proti němu tlustá a proto chci zhubnout, ale k tomu jsem chtěla dojít, že když já si doma navážím 39,8 kg tak to je jako když alkoholik si dá jednu skleničku a rozpije se a já si řeknu, tak když je to pod těch 40, tak to zkusím pod těch 39, 38, 37 prostě potom už jedu. A samozřejmě to nejde vydržet, takže mívám bulimické stavy, s tím, že to není bulimie v pravém slova smyslu, nezvracím, ale druhý den nejím a beru si projímadla.“

Kategorie třetí: Potíže v oblastech myšlení, osobního přesvědčení, chování a těla

Tato kategorie se zaměřuje na potíže, které nějakým způsobem souvisely s jídlem. Jednalo se o tyto oblasti. Oblast myšlení, kde informantky uváděly, co pro ně jídlo vlastně znamená. Pro všechny tři bylo či je jídlo spíše nutností, se kterou se snaží vyrovnat. Pro některé z nich je otázka jídla stále velmi citlivá ... „*otázka jídla a váhy je pro mě Achillovou patou*“. (M. X.), druhá informantka, ale například tvrdí, že *dříve bylo pro mě jídlo peklem, trestem, dnes je pro mě jídlo potěšením*“...(A. X.) Třetí informantka uvádí, že...*“Jídlo je pro mně start do nového dne, protože je náročný, na druhou stranu, je pro mne nepřítel, protože jsem se během těhotenství projedla skoro ke 100 kg*“...(Z. X.) Osobní přesvědčení informantek bylo další oblastí, kterou jsme se rozhodli zkoumat. Odpovědi se vesměs spolu shodovaly, všechny tři uvedly, že díky jídlu měly pocit kontroly nad sebou a také to, že mají tajemství, o kterém nikdo neví, jen ony samy. ... „*Tím, že se omezují, mám pocit, že mám nad něčím kontrolu, že mi do toho ostatní nemohou mluvit, že nemohou nijak zasáhnout*“. (A. X.)... „*Libil se mi ten pocit kontroly, že můžu své tělo ovládat*“ ... (Z. X.) Třetí informantka v hubnutí spatřovala možnost jak na sebe upozornit ...*“Hubnutím jsem na sebe upoutávala pozornost*“ ... *“jídlo bylo jediné, kde vše bylo podle mých představ*“... (M. X.)

Potíže v oblasti chování a těla dávají nahlédnout, nakolik jsou informantky spokojené se svým tělem a čeho všeho jsou schopny pro jeho změnu. Ani jedna z dívek není se svým tělem spokojená, přesto některé z nich zůstávají nohama pevně na zemi ... „*Nejsem spokojená s tím, jak vypadám, ale teď je pro mě těžké držet jakoukoliv dietu. Bojím se toho, že kdybych zhubla a viděla ty výsledky, tak bych do toho určitě znovu spadla.*“ ... (Z. X.) Druhá informantka má o svém těle poněkud zkreslené představy a až s přehnanou péčí sleduje některé své partie.... „*Když není vyhnutí a musím si vzít jednu tyčinku, tak si připadám po jejím sněžení jako koule na dvou nohách... Jsem také chorobně zatížena na břicho, jsem schopna se na něj během dne podívat i 20x, při každé možné příležitosti*“(M.X.). tady se vám ten monogram rozdělil – správně by to asi mělo být bez mezer, aby se tohle nestalo - ale to byste pak musel opravit úplně všude – tak možná bude jen menší „kosmetická“ vada, když to tady dáte bez mezery – bude to vypadat líp než rozděleně, na dalším řádku :-)

Poslední oblastí, ve které mohou nastat potíže, je oblast sociálních kontaktů. ... „*nemám moc ráda společnost kolem sebe, ani nedokážu moc jíst před lidmi, spíš se tak zavírám,*

dělá mi problém jíst i před manželem. (...)Ve škole jsem jíst nemohla, protože jsem se před ostatními styděla, nemám to ráda“.(Z. X.) „Jídlo mě vlastně vyřadilo ze společenského života, protože já mám určité rituály. Které nemůžu dodržovat, když jsem v cizím prostředí a nerada chodím do společnosti kvůli tomu, že jsem kvůli tomu jídlu středem pozornosti. (...) K těm rituálům: než jsem něco snědla, tak jsem si říkala, že to musím poznat všemi smysly, takže jsem si říkala, jestli jsem se na to podívala, jestli jsem to slyšela, třeba perník, když rozbaluju, jestli jsem si k tomu čichla, jak to vonělo, jestli jsem si to ohmatala, nekoupila bych si třeba perník, který byl otláčený, musela ta věc mít pěkný tvar, a potom jako chutí, já jsem jedla strašně pomalu a jídlo jsem si vychutnávala. A počítala jsem si ty sousta, když třeba zvonil telefon, když někdo zvonil, já jsem prostě nevstala, abych si to jídlo vychutnala, rodina to věděla, takže tam to bylo v pořádku, já i když jsem teď tady, tak počítám si ty sousta, nenechám se tím rozhodit“.(M. X.)

Kategorie čtvrtá: Vnímání svých potíží

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak oslovené dívky vnímají své potíže, zda je vůbec za potíže považují. Všechny tři informantky o svých potížích vědí, ví, že jejich stravovací návyky nejsou v pořádku, ale každá se k jejich řešení staví jinak.

Paní M. X. odpověděla „*můj ideál je, že by chtěla vypadat jako kostřička. Nedělám to kvůli okolí, je mi jedno, co si o mě lidé myslí, dělám to pro svůj vnitřní pocit. ...Svoji osobu rozdělují na dvě „já“, první „já“ je, když je vše v pořádku, druhé „já“ je, když mám deprese nebo potíže s jídlem. Svě potíže si uvědomuji, přesto bych na své minulosti nic neměnila, v současnosti také ne. S depresemi jsem se smířila a snažím se naučit s nimi žít. A anorexii, tu chci mít.*“ Také stravovací návyky nejsou u této informantky nejzdravější. Její způsob zásobování vybranými potravinami je až patologický... „*Já jsem křečkovala, já jsem měla zásobu sladkostí, protože když mě chytil ten můj vlčí hlad, tak já jsem byla schopna jak nějaký feťák, třeba vedle byla cukrárna a já jsem byla schopna jít a tu výlohu rozbít a ty sladkosti si vzít, když mě chytil ten vlčí hlad.*“ ... „*hrozně se stydím před maminkou, protože křečkuji i tak, i když mi to nemá kdo sebrat, tak já mám plné skříně dobrot. I když vím, že to nepojím, ale pro ty případy, kdyby mě chytil ten vlčí hlad. Když jdu nakupovat, tak se převážně pohybuji v úsecích s mléčnými výrobky a sladkostmi. Jsem schopna tam utratit 500 až 700 Kč a už to nemám ani kam dávat. Pokud jdu do obchodu, tak si neberu větší obnos peněz, protože jsem schopna je za tyto věci utratit.*“ (M. X.)

I druhá informantka se zamýšlí nad svými potížemi ... „*Takže, já jsem nikdy nechtěla být takhle nemocná. Jednou jsem měla takový záchvat světlý, kdy jsem se podívala do zrcadla a teď jsem viděla, jak vypadám, že nemám žádná prsa, že mi jdou na zádech vidět žebra zepředu i zezadu a obratle. Že jsem byla fakt hnusná, jo jako to jsem se fakt sama sobě nelíbila. Anorektička, která už ztratila měsíčky a nemůže mít děti. Když mi řekli, že nebudu moct mít děti a že budu muset jít na umělé oplodnění, což mi pojišťovna neuhradí, protože jsem moc mladá, což mě teda mrzelo, protože jsem chtěla mimčo. Ale tak nakonec se to povedlo. A chtělo to asi být fakt psychicky v pohodě. ... O svých potížích vím. Jsem vděčná rodičům, že to se mnou vydrželi, protože mi došlo, jak strašné to je. Uvědomuji si, že nejsem úplně vyléčená, ale jsem přesvědčena, že své hubnutí dokážu mít pod kontrolou.*“ (Z. X.)

I třetí informantka si je svých potíží vědoma a co více, je na to svým okolím upozorňována „*Svůj zdravotní a psychický stav považuji za nemoc, vím, že dělám něco, co není normální. Také proto, že mě na to již několikrát upozorňovalo okolí.*“ (A. X.)

Kategorie pátá: Pokusy zvládnout potíže

Touto kategorií jsem chtěla zjistit, zda se během své nemoci pokusily informantky o léčbu. Jako pozitivní shledávám fakt, že všechny vyhledaly odbornou pomoc. Ať už samy od sebe či na nátlak blízkých. Ačkoli jsou některé z dívek v léčení, ne vždy to znamená, že se vyléčit opravdu chtějí, důkazem je toho paní M. X. ... „*Jde to stále dokola, já jsem v PL už asi podvacáté. Nemám ale problém pouze s mentální anorexií, já mám také maniodepresivní psychózu, kterou jsem řešila alkoholem, nyní jsem abstinující alkoholička. (...) Sama vím, že nejsem vyléčená. V PL jsem proto, že to vyžaduje má psycholožka. Nikdy jsem se neléčila kvůli rodině, blízkým či kvůli vnučce, abych byla fungující babička.*“ Jak jsme již naznačili, u některých žen byli pro léčbu jejich blízcí než ony samy. To je i případ paní Z. X. „*u prvních pokusů o léčbu stáli mí rodiče, protože jsem byla nezletilá. V dospělosti jsem sama dobrovolně skončila s dietami, neboť mi hrozilo, že nebudu mít moct děti, což mě mrzelo, protože jsem děti chtěla. (...) Velkou oporu mám ve svém manželovi, který mi nic nevyčítá, do ničeho mě nenutí a díky tomu jsem se začala cítit dobře.*“ Přesto má Z. X. k úplnému vyléčení poněkud skeptický názor (...) „*Stejně si myslím, že se ta nemoc nedá nikdy úplně vyléčit, protože opravdu stačí jen blbá poznámka od někoho cizího a zase ti to začne v hlavě šrotovat, zase vypadáš blbě.*“ Ačkoliv si Z. X. věří, že by další onemocnění dokázala držet pod kontrolou, tak stoprocentně jistá si tím není. Velkou roli zde hraje také její manžel, který jí je psychickou oporou. Třetí informantku vedl k pokusu o léčbu poněkud jiný důvod než rodina „*S hubnutím jsem chtěla přestat ve chvíli, kdy při vyhledávání pomoci se ke mně lékařka chovala jako k mentálně zaostalé a nesvéprávné osobě. (...) Důvodem toho, že jsem se rozhodla se svým stavem něco udělat je, že mi tento stav překáží ve štěstí, ztratilo to na významu. Snažím se pravidelně navštěvovat středisko Anabell, kam docházím na skupinové terapie.*“ (A. X.)

Jak jsem již zmiňovala výše, všechny informantky se pokusily během své nemoci bojovat se svými potížemi. Některé úspěšně, některé poněkud méně. Přesto zůstává kladnou věcí, že se všechny, až na paní A. X., rozhodly se svým stavem něco dělat, ať už proto, že nemoc pro ně ztratila význam či proto, že je svým způsobem omezovala v každodenním životě. A ony se tak nemohly plně věnovat svým blízkým. Výjimku tvoří paní A. X. ... „*No, já vlastně nejsem vyléčena., Já to dělám, protože to po mě vyžaduje paní doktorka a paní primárka, ony jsou takovým tím impulsem. Já to pak dám zase dolů, to je vyložené jako přechodné. Vždycky jsem se ocitla v léčebně na popud lékaře, nikdy jsem nebyla v PL kvůli rodině či blízkým, ani ta vnučka mě k tomu nepřinutila.*“

2.2.8 Shrnutí výzkumných šetření

Ve výzkumné části jsme pracovali se třemi ženami, ve věku 22, 25 a 57 let. Bohužel muže pro rozhovor se mi nepodařilo nalézt. Což může být ovlivněno tím, že mentální anorexie je u mužů méně rozšířená. V této kapitole si shrneme příčiny, které ženy považovaly za důležité při vzniku svého onemocnění a také jaké hypotézy mají či měly o příčině svého onemocnění.

U všech žen se projeví první problémy se stravováním v pubertálním věku. U jedné z nich se nemoc rozvinula do chronického stavu a anorexii bere jako součást svého života. Druhá dívka je přesvědčena, že své hubnutí dokáže mít pod kontrolou, ačkoliv má nutkání znovu „upadnout“ do nemoci, je si vědoma toho, že to není možné, protože tu musí být pro dceru, která vyžaduje její pozornost a péči. Třetí dívka se snaží vyléčit se, neboť jak sama tvrdí, mentální anorexie ztratila na významu. Již v ní nespátřuje smysl.

Jako příčinu svého onemocnění uvádí respondentky nejčastěji svoji rodinu, její životní styl, konflikty v rodině, špatné vztahy s rodiči, zasahování do osobního života ze strany rodičů a blízkého okolí. Podle dívek hraje jídlo ve vztahu k rodičům, důležitou roli. Vidí v něm určitou revoltu, boj proti rodičům a jejich chování vůči dívkám. Dívky si hubnutím dokazují, že nejsou zcela odkázány na rodiče, dokazují si tak určitou samostatnost. Informantky se shodují v tom, že na dietách je příjemné to, že si samy sobě dokazují, že mají nad něčím kontrolu, že mohou něco ovládat a ostatní jim do toho nemohou mluvit. Nemohou jim nic přikazovat. A i když se o to okolí pokusí, málokdy vyhraje. Což v informantkách vyvolává pocit vítězství.

Druhou nejčastější příčinu spatřují v nevhodných poznámkách okolí na svoji osobu (ve vztahu k hmotnosti). Tyto poznámky vyvolávají v dívkách pocit zklamání, smutku, ale také zlosti vůči těmto osobám. Právě jim se snaží dívky dokázat, že i ony mohou být hubené.

Hypotézy o příčinách onemocnění má každá informantka jiné, M. X. spojuje své onemocnění a jeho vznik s problematickým vztahem ke své matce. Ta jí podle jejích slov nedovolila rozvinout osobnost.

Informantka Z. X. se domnívá, že za její nemoci stojí snaha být vychtrlá, neboť tato fáze vyhublosti se jí líbí natolik, že jí chce dosáhnout. Další spojitost vidí v nezdravém vztahu k sobě samé, který u ní vytvořili její předešní partneři. Třetí informantka A. X. spojuje své onemocnění a jeho vznik s rodinou a jejími konflikty, které na ni měly negativní dopad a se kterými se snažila vypořádat tím, že nejedla.

Pro všechny tři informantky je vztah k jídlu stále nevyrovnaný. Nedokážou jej brát jako přirozenou součást dne. Berou jej jako nutné zlo, které potřebují, aby byly schopny fungovat. Dalším společným rysem je domnělý pocit kontroly nad svým tělem, nad tím, že dokážou vzdorovat pocitu hladu. Svě tělo vnímají zkresleně, představují si, že i po snědení malého množství jídla musí zákonitě vypadat jako koule. Také vztah k sobě samé je u těchto informantek narušen, ani jedna z nich není se svým tělem spokojená. Většinou se jedná o břišní patrie těla. Z toho jasně vyplývá další příčina a také to, že se dívky nedokážou přijmout takové, jaké jsou, nedokážou přijmout sebe sama. Ačkoliv dívkám přijde představa jejich postavy reálná, okolí to vnímá jinak. Dívky se stále vidí tlusté, ač jsou hubené až vychtrlé a mají podváhu. Domnívají se, že pokud by byly „tlusté“, neměl by je nikdo rád, nezasloužily by si již lásku druhých.

Všechny tři informantky si jsou vědomy toho, že jejich počínání není normální a že si mohou také nenávratně poškodit organismus. Přesto dále užívají laxativa či drží několika denní půsty ve snaze zmenšit svůj žaludek, kdy se neudrželi a snědli větší množství jídla. Tímto několika denním půstem se trestají za to, že byly slabé, že nad sebou ztratily domnělou kontrolu.

Každá z informantek se alespoň jednou za život ocitla v péči odborníků, ať už v rukou lékařů či psychologů, ambulantní či pobytové služby. Pouze jedna z informantek vyhledala pomoc sama, ostatní dvě k tomu byly donuceny na nátlak rodičů či svých doktorů. Přesto se každá z nich během své nemoci pokoušela vrátit do režimu normálního stravování a neřešit množství snědeného jídla v souvislosti se svojí váhou. Bohužel, ani jedna z informantek tuto snahu nedovedla do konce. Každá z nich si přeje vážit méně než je jejich momentální hmotnost, a to i v případě, že již nyní mají podváhu ohrožující život jedince.

3 Diskuse

Podle dostupné literatury o poruchách příjmu potravy se u většiny dívek první problémy se stravováním objevují v pubertálním věku – ve shodě s tím byly i výsledky našeho výzkumu.

Podle našeho výzkumu mezi hlavní příčiny mentální anorexie ze subjektivního pohledu žen patří rodina, její výchova a prostředí, ve kterém dívky vyrůstají. Tyto výsledky odpovídají příčinám, které popisuje H. Papežová (2000). Autorka tvrdí, že i rodina nese na vzniku onemocnění určitý podíl. Příčinou mohou být nejen negativní události, které se v rodině odehrávají, ale také výchovný styl rodičů a jejich chování vůči dětem. Těmto příčinám odpovídá domněnka informantky A. X., která spojuje své onemocnění a jeho vznik s rodinou a jejími konflikty, které na ni měly negativní dopad a se kterými se snažila vypořádat tím, že nejedla.

Některé ženy našeho výzkumu nebyly rodiči milovány tak, jak by si přály. Chyběl jim pocit porozumění, tolerance a snaha o pochopení jejich identity. Stejného názoru je i R. Rahn a A. Mahnkopf (2000). Podle těchto autorů hluboké potřeby, citová pohnutí a individualita těchto žen mohla být narušena nedostatečným pochopením a nátlakem ze strany rodiny a okolí. Určitou spojitost mezi svým onemocněním a jeho vznikem vidí informantka Z. X. nátlak svých bývalých partnerů, kteří se k ní nechovali nejlépe a vytvořili u ní pocit, že vše, co udělá, je špatně.

V některých případech příčin onemocnění, jak je popisují informantky výzkumu, sehrávají velkou roli matky a jejich životní styl a chování. Avšak i otcové bývají mnohdy příčinou onemocnění, například nevhodnou poznámkou o dceřiné postavě. Nemyslí ji třeba zcela vážně, ale dcery se dotkne natolik, že začne hubnout. Podobného názoru je i H. Papežová (2000), která tvrdí, že většina pacientek s mentální anorexií uvádí svou matku jako tu dominantní v rodičovském páru – až obtěžující. Zato otec bývá popisován jako pasivní, slabý, udržující si emoční odstup. Jindy bývá otec naopak popisován jako velmi dominantní. Těmto příčinám odpovídá i domněnka informantky M. X., která spojuje své onemocnění a jeho vznik s problematickým vztahem ke své matce. Ta jí podle jejích slov nedovolila rozvinout osobnost.

Mezi námi zjištěné příčiny patří také vnější prostředí, v němž se dívky pohybují. Ve shodě s tím jsou i poznatky F. D. Krcha (2005). Autor uvádí, že jádro problému příčin poruch příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Významnou roli dále připisuje zejména negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují falešnou představu, že „všechno je možné“, velice snadné a hlavně bezpečné, což už není tak pravdivé. Mezi další důvody onemocnění uvádí F. D. Krch (2005) sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti, které jsou v rozporu nejen s přirozeností lidského těla, ale hlavně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají nevhodné vzory. Tyto postoje pak snadno vyústí v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti. Na ženy je také zvyšován tlak v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Mezi další možné příčiny onemocnění řadí F. D. Krch (2005) tělesnou hmotnost. Neboť s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá u žen nespokojenost s tělem a roste nebezpečí redukčních diet a mentální anorexie.

Mezi další příčiny patří, že dívky se vidí stále tlusté, nesnáší své dospívající tělo a pomocí hubnutí se snaží tento vývoj zpomalit až zastavit. Nejsou schopné se přijmout takové, jaké jsou. S tím souhlasí i E. Rahn a A. Mahnkopf (2000), když tvrdí, že tělesné parametry jsou jedním z příčinných faktorů poruchy příjmu potravy.

I. Sládková a Z. Vybíral (2008) se shodují v tom, že dívky, u nichž se rozvine porucha příjmu potravy, potřebují mít pocit kontroly a že je u nich patrný perfekcionismus. Ke stejnému výsledku dospěl i výzkum této absolventské práce.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název „Subjektivní vnímání příčin mentální anorexie“. Cílem práce bylo přijít na to, v čem samotné ženy a dívky vidí příčinu svého onemocnění.

Otázka po příčinách neúměrného hubnutí provází lidstvo po celá staletí. V dávném starověku tomuto jevu sice málokdo věnoval pozornost, ale již např. starověký lékař Galén popsal příčiny onemocnění. Postoj k odmítání jídla (a rovněž odpovědi na otázku, proč se lidé neúměrně postí) se během času měnil. Ve 12. až 15. století považovali lidé asketické jedince za svěťce. O století později je považovali za posedlé d'áblem. V následujících letech se stalo odmítání jídla znovu medicínským problémem. Richardu Mortonovi se přičítá vůbec první popsání mentální anorexie. V 19. století se pak odmítání jídla stalo lékařsky uznávanou nemocí.

Podle současných poznatků je pro mentální anorexii charakteristické vědomé odmítání jídla spojené s omezováním energetického příjmu, zvyšování energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu i váze.

Příznaky onemocnění jsou snadno rozpoznatelné, zvláště tehdy, kdy dívka trpí mentální anorexií již delší dobu. Mezi příznaky patří vyhublost, častá únava, podrážděnost, amenorea, náhlé změny nálad, vyhýbání se chození do společnosti.

Následky hubnutí se projevují v oblasti fyzické, psychické i sociální. Mentální anorexie způsobuje řadu komplikací, například srdeční, trávicího ústrojí, metabolismu, termoregulace, kosterní komplikace. Terapie mentální anorexie je velmi náročná. A nikdo, ani pacient sám, nikdy přesně neví, zda nad touto nemocí skutečně vyhrál.

Ve výzkumu jsme použili metodu zakotvené teorie. Informantky jsem získala přes psychiatrickou léčebnu v Kroměříži a s pomocí svých známých, kteří tyto ženy znají a dali mi na ně kontakt. Výzkum této bakalářské práce se zabývá otázkami, které příčiny vnímaly ženy jako důležité v období vzniku nemoci. A jaké hypotézy měly či mají o příčině onemocnění. Mezi důležitými příčinami, které měly vliv na vznik onemocnění, spatřují ženy fakt, že mentální anorexií trpěly již v pubertálním věku a také narušené vztahy v rodině. Další důležitou příčinou je nespokojenost se svým tělem. Hypotézy o příčinách onemocnění má každá informantka jiné, M. X. spojuje své onemocnění a jeho vznik se svojí matkou, která jí. Podle jejich slov nedovolila v patnácti letech rozvinout svoji osobnost. Informantka Z. X. se domnívá, že za její nemocí stojí snaha být vychrtlá, neboť

tato fáze vyhublosti se jí líbí natolik, že jí chce dosáhnout. Další domnělou příčinou je její nezdravý vztah k sobě samé, který u ní vytvořili její předešní partneři. Třetí informantka A.X. spojuje své onemocnění a jeho vznik s rodinou a konflikty v ní, které na ni měly negativní dopad a se kterými se snažila vypořádat tím, že nejedla.

Co vede dospělé ženy a dívky k tomu, aby začaly neúměrně hubnout? Ze subjektivního pohledu žen, které nemocí trpí či trpěly, jsme odhalili následující příčiny vzniku mentální anorexie.

Nejčastější příčinou vzniku mentální anorexie je podle dívek rodina, její prostředí, styl výchovy, konflikty v ní a chování vůči dívkám.

Druhou nejčastější příčinou jsou podle dívek příčinou nevhodné poznámky okolí směřující na jejich osobu (ve vztahu k hmotnosti).

Další příčinou je snaha nedospět – dívky se nedokážou vyrovnat se svým dospívajícím tělem, nedokážou přijmout sebe sama. Informantky se domnívají, že pokud by byly „tlusté“, ztratily by lásku svého okolí.

Výsledky výzkumu jsou ve shodě s tím, co tvrdí autoři zabývající se diagnostikou i léčbou poruch příjmu potravy (např. H. Papežová, E. Rahn, A. Mahnkopf a F. D. Krch).

Celá práce, jak teoretická, tak i výzkumná část měla upozornit na zvyšující se procento nemocných. Jak dokládá diskuze, naše výsledky se shodují s tvrzeními ostatních autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Naše práce je prospěšná tím, že snaží o zjištění subjektivních příčin u žen v produktivním věku. Tedy ve věku, kdy mentální anorexie není až tak běžná.

Náš výzkum zdůraznil závažnost tohoto onemocnění, jehož četnost je rok od roku vyšší. Dokazuje také, že onemocnění se netýká pouze dívek v pubertálním věku, ale také i žen ve věku produktivním.

5 PŘÍLOHY

Přepis rozhovoru s pí. M.

1. Mohla byste mi říct pár vět o sobě, kolik je Vám let, jaké je Vaše povolání, kde bydlíte?

Je mi 57 let, původním povoláním jsem učitelka v mateřské škole, a nyní jsem již 17 let v invalidním důchodě. A bydlím ve Veselí na Moravě, okres Hodonín.

2. Jaké máte koníčky, co Vás baví?

Vlastně, jídlo bylo, by se dalo vlastně pomalu označit jako můj koníček, já jsem na něj soustředila natolik, že mi na ostatní věci nezbýval čas. Jediné co mě baví, tak jsou procházky s psíkem podél Moravy, ale ty dělám hlavně kvůli tomu, že mám takovou představu o tom, že se můžu najíst teprve tehdy, když to zase ze sebe vytřepu, že to potřebuji vyjít.

To jídlo mě vlastně vyřadilo ze společenského života, protože já mám s tím jídlem určité svoje rituály. Které nemůžu dodržovat, když jsem v cizím prostředí a nerada jsou do společnosti kvůli tomu, že jsem kvůli tomu jídlu středem pozornosti. A já, co se týká těch mých takových rituálu, tak prostě u jídla mě nesmí nikdo rušit, protože já mám, počítám sousta které, jako pozru. Já jsem si vždycky odvažovala jídlo, které smím sníst. A když se náhodou dostanu někam jinam a nemůžu si to zvážit tak vím, že když sním třeba z oběda 35 soust tak je to ta moje dávka, nebo že když vypiju 26 hltů, že to je deci. Takže to jsem měla jako takový sichr, že když se dostanu někam jinam tak mám to tímto pádem pod kontrolou.

3. Jaké je Vaše vzdělání?

Vystudovala jsem střední školu, předškolní pedagogika.

4. Kdy jste poprvé začala mít problémy s jídlem, dietami, hubnutím?

S jídlem jsem začala mít problémy od svých 15 let, tuto otázku jsem řešila s mnoha psychology, proč jsem s tím teda začala a došli jsme k tomu, že měla jsem autoritativní matku, a to byla pravděpodobně příčina toho, proč jsem začala hubnout. Protože jsem

nikdy nebyla nijak silná a ani v rodině se tento problém neobjevoval. Maminka mi nedovolila v té pubertě rozvinout svoji osobnost, já jsem se jí nedokázala vzepřít a tak vlastně to jídlo bylo jediné, kde jsem mohla rozhodovat, prostě sama.

5. Co Vás vedlo k tomu, že jste se začala omezovat v jídle?

Nikdo v rodině není silný ani já jsem neměla dispozice být silná. Jak jsem řekla, to jídlo bylo jediné, kde jsem mohla rozhodovat, prostě sama. Já jsem ze začátku vynechávala večeře, potom jsem se zaměřila na to, že jsem začala omezovat jídlo i u snídaní i u obědů, jedla jsem sice pravidelně, to jsem si hlídala, ale jedla jsem dětské porce. Když jsem byla na interním vyšetření, když jsem vážila 33 kg, tak prostě pan doktor se divil, že mám všechno v pořádku. Já jsem nikdy nedržela nějaké jednostranné diety, já jsem se nikdy nezajímala o to, co má kolik kalorií, ale záleželo to vyloženě na množství toho jídla. Takže jsem vlastně ten přísun všelijakých těch vitamínů, minerálů do sebe dostala v takovém množství, takže vlastně tomu tělu to stačilo

6. Kolik jste nejmíň vážila v době nemoci a kolik vážíte dnes a kolik byste chtěla vážit?

Já měřím 165 cm, a když jsem vážila těch 33 kg tak to jsem skončila na kapačkách v nemocnici. A teď vážím 43 kg, a jsem tady měsíc v PL, přišla jsem a vážila jsem 42, sním všechno, co dostanu, přibrala jsem kilo, což mě překvapilo, protože jím daleko víc než doma, je tady nade mnou kontrola. Váživali mě 3x týdně, ale když vidí, že jako opravdu jím, tak se vážím pouze 1x týdně tak jako ostatní. Já ale nejsem spokojená s tou váhou, kterou mám, já bych tak chtěla vážit 37 kg, které mám vytetované tady na hrudi. Protože se mnou prováděli hypnózu a chtěli docílit toho, abych se rozjedla, já jsem do toho šla s tím, že musím ubírat, a samozřejmě to mělo opačný efekt, takže jsem hubla, hubla. Až jsem docílila těch 37 kg.

7. Proč právě tolik?

Protože na těch 37 kg bych byla spokojena sama se sebou. Ale těch 37 kg je opravdu, to už musím držet hodně velkou dietu, takže by mě stačilo to sundat na těch 40 kg, až přijdu domu. A vím, že to půjde, když si zase uberu toho jídla a že večer budu jíst pouze ovoce nebo mléčné výrobky.

8. Jaká si myslíte, že je ideální hmotnost podle názorů reklamy, tisku, médií všeobecně.

Já myslím, že co se týká tady toho, tak mě to nijak... No, vlastně ovlivňuje mě to, protože jsem úplně fanaticky zaměřená na břicho. Protože když přiberu tak vypadám jak černoušek z Biasri, jde mi to do toho břicha. Kdyby mě to šlo na zadek tak by mě tak nevadilo, ale mě hrozně vadí jako břicho. Já když jdu po ulici, tak se dívám ostatním na břicho a když vidím, že někdo ho má ploché tak mě to doslova irituje, mě to přímo vytáčí a ohlízím se za každým kdo je jako vyloženě hubený a říkám si, že jsem proti němu jako silná a že musím hubnout, a tlačí mě to k tomu, abych hubla ještě víc.

9. Kdybyste měla popsat příčiny toho, že jste měla problémy s jídlem, jaké příčiny by to byly?

Já si myslím, že kdo je hubený tak já jsem proti němu tlustá a proto chci zhubnout, ale k tomu jsem chtěla dojít, že když já si doma navážím 39,8 kg tak to je jako když alkoholik si dá jednu skleničku a rozpije se a já si řeknu tak když je to pod těch 40 tak to zkusím pod těch 39, 38, 37 prostě potom už jedu. A samozřejmě to nejde vydržet, takže mívám bulimické stavy, s tím že to není bulimie v pravém slova smyslu, nezvracím, ale druhý den nejím a beru si projímadla a stalo se mi asi tak před 3 lety, že jsme místo předepsaných 2 tablet snědla 5 najednou. Měla jsem hrozné průjmy a bylo mi hrozně zle, že jsem myslela, že budu volat záchranku, jak jsem byla dehydratovaná. Ale nakonec jsem se díky pudu sebezáchovy z toho dostala, protože jsem hodně pila. Já, když než jsem měla děti tak já jsem měla váhu 42- 43 kg, kterou jsem si tak nějak držela. A protože jsem chtěla mít rodinu tak jsem se skřípěním zubů přibrála na 50 kg, když jsem byla hubená, tak jsem měla menstruaci jen 2x do roka. Abych mohla mít rodinu tak mi dávali injekci, musela jsem si měřit bazální teplotu a když jsem teda měla zvýšenou tu teplotu, těch 37, tak jsme se s manželem pokoušeli, abych přišla do jiného stavu. To se mi vždy podařilo, to první dítě jsem potratila v 5 měsíci, a další dvě těhotenství už proběhli bez komplikací a mám dvě dcery ve věku 34 a 33 let. Ta mladší je vdaná a má dceru, takže jsem babička.

10. Vyskytovaly se ve vaší rodině nějaké závažnější problémy, které by podle Vás souvisely s Vaší snahou být hubená?

Já myslím, že ani ne. Všichni věděli, že prostě málo jím a kromě mého pošramocené vztahu s maminkou se nijak závažné problémy v rodině nevyskytovali. Já jsem jednu dobu jedla pouze suchý chleba, který jsem si nakrájela na tenké plátky a nechala ho oschnout tak aby vážil 50 gramů a když nevážil tak jsem z něj odkrajovala kousky kůrečky, aby ta váha byla přesná. Když se ještě vrátím k těm bulimickým stavům, tak já jsem zkoušela i zvracet, ale mě to nikdy nešlo, jakoby to co to tělo již přijalo, už nechtělo vydat. Když děti viděli, že se obkládám mléčnými výrobky, čokoládami, různým sladkým jídlem. Nikdy jsem neměla chuť na slané, vždy jen na to sladké a mléčné výrobky. A když děti viděli, že se takto obkládám tím jídlem tak stáli a plakali a říkali, maminko nejez, protože věděli, že já další tři dny nebudu schopna vylézt z postele. Já jsem přesně věděla, kolik jsem toho snědla a já si to vlastně rozplánovala na dny, a já si to spočítala, kolik dnů jsem se vlastně předjela, většinou to byly tři dny, které jsem teda jako opravdu prospala a nebyla jsem vůbec schopna vylézt, jen jsem docházela na záchod, propotila jsem 3 noční košile, jak se to tělo pralo s tím náparem toho sněženého jídla, ležela jsem v embryonální poloze, přikrytá peřinou i přes hlavu. A prostě trávila jsem jak had. Pak jsem si ještě dala ty projímadla, a pak to působilo tak, že jsem měla ještě o kilo míň, než když jsem se jako přejedla. To mě trvá, s tím se potýkám do teď.

11. Co se dělo kolem Vás, když jste začala hubnout?

Já jsem křečkovala, já jsem měla zásobu sladkostí, protože když mě chytil ten můj vlčí hlad tak já jsem byla schopna jak nějaký feťák, třeba vedle byla cukrárna a já jsem byla schopna jít a tu výlohu rozbít a ty sladkosti si vzít, když mě chytil ten vlčí hlad. A tak já jsem měla zásoby těchto sladkostí a ze začátku to děti brali tak, že jim nedopřeju. Já jsem se vlastně až po revoluci dozvěděla, že mám mentální anorexii, protože předtím se o tom nějak nemluvilo. Oni všichni doma věděli, že jako málo jím. Maminka mě hubovala, plakala, ale bez účelu a ani manžel mi po svatbě nevtloukal do hlavy, že málo jím. A protože mi maminka pořád, říkala, že vypadám jak kostra což mě jako lichotilo a nosívala jsem hodně volné oblečení, aby to nebylo vidět, že jsem taková hubená a teď v poslední době mi to nevádí, že je to vidět, takže si kupuji elastické rifle, úplá trička, tílka. úplé věci na sebe.

Hrozně se stydím, já jsem se před 12 lety rozvedla, jak prostě děti odešli z domu tak začali s manželem hádky. Tak jsme si s manželem řekli, že se rozejdeme. Já jsem bydlela u Karlových Varů. Manžel si našel přítelkyni, ten tam zůstal, já jsem se vrátila zpátky do Veselí, tatínek mezitím umřel, takže žiji s maminkou, která má 86 let. A hrozně se stydím

před ní, protože křečkuji i tak, i když mi to nemá kdo sebrat, tak já mám plné skříně dobrot. I když vím, že to nepojím, ale pro ty případy, kdyby mě chytl ten vlčí hlad. Když jdu nakupovat tak se převážně pohybuji v úsecích s mléčnými výrobky a sladkostmi. A i když vím, že mám doma 5 těch velkých Milek, tak si koupím další zvlášť když jsou např. v akci. Tak jsem schopna tam utratit 500 až 700 Kč a už to nemám ani kam dávat. Potom tam mám třeba z roku 2010 věci, ale já si je nevezmu. Pokud jdu do obchodu tak si neberu větší obnos peněz, protože jsem schopna je za tyto věci utratit.

Uklidňuje vás to, ta myšlenka, že ty věci v té skříní máte? Jste klidnější?

Ano, hrozně nerada se s někým dělím, kdyby třeba maminka mi řekla "prosím tě nemáš tam nějakou čokoládu, tak já bych jí tu čokoládu raději doběhla koupit, než bych jí dala z těch svých zásob. A když jí to dávám, tak s velice nepříjemným pocitem. Maminka to o mně ví, tak to bere tak jak to je. Ale přesto mám v tomto vůči ní takový nepříjemný pocit.

Když jsem byla na internátě a přejedla jsem se večer, tak jsem si ve zlosti rozškubala stravenky na celý týden, ze zlosti, že jsem to neudržela. A že jsem se najedla, nebo vždy když jsem přišla do nemocnice tak jsem přibrala 3 - 5 kg, a byla jsem v takové euforii, že jsem všem odkývala, že už budu jíst a když jsem dojela domů tak jsem si říkala "ták mařeno, ty sis dovolila přibrat, ty sis dovolila jen myšlenku, že bys mohla být silnější, tak to teda ne!" a začala jsem to radikálně řešit hladovkami. Tu váhu dolů. A tak to jde stále dokola, já jsem v PL asi už po 20. Já ale nemám pouze problém s mentální anorexií, já mám schizoafektivní psychózu, já trpím maniodepresivní psychózou, takže mívám deprese. Které řeším alkoholem, tedy 10 let mám problém s alkoholem, ale já jsem abstinující alkoholička, ale na protialkoholní oddělení mě kvůli těm mým stavům nemůžou dát, protože bych tam ten režim nezvládla.

Já jednou když jsem byla hospitalizovaná, a pak jsem tu váhu opět začala strhávat, tak jsem se tak zamyslela, to bylo asi v r. 1999, že jsem si položila otázku "co já jsem v životě vlastně dokázala."já jsem si pouze vypracovala ty své rituály a to bylo jako všechno, že za mnou vlastně nic nezůstane. Já jsem viděla v PL v Ostrově fotky J. Saudka a napsala jsem mu krátký dopis, kdo jsem, vážím tolik a tolik, takovou dobu jsem mentální anorektičkou. A pokud má zájem o fotografii mého vyhublého těla tak ať se mi ozve. Za týden mi přišla odpověď, že má zájem. Domluvily jsme si schůzku, já jsem přijela do Prahy, pohovořila si se Sárrou, on si mě vyfotil a řekl, že si mě ještě pozve. To bylo v březnu a v prosinci mě

pozval znovu a fotila jsem s jednou dívčinou, která jako byla krev a mlíko a fotil nás, mělo to být ke knížce „Hrozny hněvu“. A bylo to v pozici, že mě ta dívka drží u prsu a dává mi napít. Já si s panem Saudkem dopisuji, tak 2x do roka, tak jako informativně. v době toho focení jsem měla těch 33 kg. Já jsem byla ráda, že mě zachytil v té mé největší hubenosti a já když jsem chodila k panu doktorovi Beranovi tak mi řekl, že se s men. anorexií ještě nikdy nesetkal a že neví, jak mě má léčit a napsal do zařízení v Praze, to mi 45 let a přišlo mu v odpověď, že tam mají plno, že tam mají dívky u kterých je pravděpodobnost vyléčení. A že když já to mám tak dlouhou dobu, tak ta náprava bude asi velmi obtížná. Že mně dávají do pořádku, ale že by mě vzali pouze v případě ohrožení života.

Já jsem v r. 2003 měla 37 kg, v noci jsem se budila hlady, chodila jsem chroupat jablka a mrkev a říkala jsem si, já s tím skončuju. Já jsem začala neovladatelně žrát, byla jsem schopná v noci stát a sníst celý pekáč buchet, já jsem se stále přejídala a během 4 měsíců jsem přibrala o 20 kg, měla jsem 58 kg, to byla má největší váha, kterou jsem vážila. A maminka mi říkala, přiber, bude to pro tebe lepší, nebudou ti ani tak haprovat nervy. Ale pro mě to bylo naopak, já jsem se nenáviděla, byla jsem pořád ještě štíhlá, ale já jsem si připadala hrozně tlustá. A potom jak jsem měla těch 58 kg tak to tělo náparem té stravy začalo otékat, a já jsem si řekla "tak tohle teda ne" mě to nepřináší to, co si maminka představuje, naopak mi to ještě přitěžuje, tak jsem tu váhu zase strhla dolů. A já ani teď, já nechci, aby mě někdo pomáhal, já jsem introvert, takže mi ta společnost ani tak moc nechybí, ale já abych pravdu řekla, kdybych měla těch 37 kg tak bych si v tom jako lebedila. To bych měla pocit opravdového uspokojení. Můj ideál je, že já chci vypadat jako kostřička, a já to nedělám kvůli okolí, mě je jedno co si okolí myslí, já to dělám pro svůj vnitřní pocit. A kdyby mě někdo nutil nebo nabízel pomoc a různé kontakty, tak bych se asi bud cukala a různě vymlouvala, nebo bych na oko souhlasila, že se pokusím o nápravu.

Má mladší dcera v 17 letech začala dělat to co já, přestala jíst, uzavírala se do sebe, nevycházela z domu, přestala hodit i do školy a samozřejmě hubla, objevila se u ní i bulimie, plakala, říkala "maminko, jak ty to děláš, že tu hladovku dokážeš vydržet. A já jsem měla známého lékaře v Praze na psychiatrii, kterému jsem volala, jestli by mě nemohl zkontaktovat s paní primářkou Papežovou, která se touto problematikou zabývala. Tak jsem tam s tou Lenkou a manželem jeli. A ta paní primářka si vzala Lenku sebou na hodinový pohovor, s námi vůbec nemluvila, Lenka potom vyšla, neříkala vůbec nic, vůbec s námi paní primářka nehovořila, tak jsme tedy jeli domů a dcera jediné co nám řekla, bylo "maminko, já jsem, ráda, že mám zdravé ruce a nohy. A od té doby začala zdravě jíst,

začala cvičit a bylo po mentální anorexii. Udržovala si postavu tady tím. Zkrátka nestala se z ní anorektička.

Byla jste ráda?

Ano byla, byla jsem hodně ráda, že do toho nespada. Ta starší dcera je naopak bohém, ta si dopřeje všeho a nějaké omezování v čemkoli nepřipadá v úvahu.

Děti ve mně měli odstrašující příklad, když chodili do školy tak se jim děti posmívali, jakou mají maminku, prostě vychrtlou. Ve 4. třídě měla dcera napsat povídání o mamince, tak napsala takové hezké povídání o tom, jak maminka chroupe tvrdý chleba. Mrzí mě, že jsem si to nenechala, protože mě tam jako dítě vystihla. Hrozně nerada jsem měla oslavy, protože jsem je měla spojené s jídlem a mě vůbec řeči co se týká jídla, nedělají dobře. A dcerky nás v 5 třídě chtěly překvapit, že nám udělají večeři. Mě tedy nachystali tvrdý chleba a trojúhelníček sýru a manželovy to co měl rád, ale tak jako, mě to samozřejmě, já jsem byla spokojená, že před nimi nemusím sníst např. dvě kolečka tlačenky a 2 krajíce chleba, že mi to naservírovali podle mého, ale

K rituálům: než jsem něco snědla, tak jsem si říkala, že to musím poznat všemi smysly, takže jsem si říkala, jestli jsem se na to podívala, jestli jsem to slyšela, třeba perník, když rozbaluju, jestli jsem si k tomu čichla, jak to vonělo, jestli jsem si to ohmatala, nekoupila bych si třeba perník, který byl otlačený, musela ta věc mít pěkný tvar, a potom jako chutí, já jsem jedla strašně pomalu a jídlo jsem si vychutnávala. A počítala jsem si ty sousta, když třeba zvonil telefon, když někdo zvonil, já jsem prostě nevstala, abych si to jídlo vychutnala, rodina to věděla, takže tam to bylo v pořádku, já i když jsem teď tady, tak počítá si ty sousta, nenechám se tím rozhodit, já už jsem tady měsíc a přišla jsem sem včas. Já jsem sem přišla se sebevražednými myšlenkami, se silnými depresi. To jsem podchytila hned na začátku a za ten měsíc tady se už cítím dobře, dokonce jedu teď o víkendu domů. A já jsem to pojala tak, že jsem tady na dovolené a tím pádem si toho jídla můžu dovolit víc, s tím, že si to jídlo doma zase srovnám. Což nemůžu paní doktorce říct, protože ta by mě teda dala. Takže jsem si takhle postavila, takže si užívám, ale já kdybych měla těch 44 nebo 45 kg, teď jsem v klidu, protože to je jako v normě, ale kdyby to bylo víc, tak by to nebylo dobrý, to bych byla psychicky rozhozená. A já nevím, co bych dělala, asi se začala v tom jídle omezovat. Ale naštěstí paní primářka i psychologka považují za štěstí, když mám těch 4.3 kg, že je to přijatelné, a že je to úspěch že si tu váhu držím. Víte, já to poznám, i když mám jen o půl kila víc, já to poznám, hlavně na tom břichu, že mě ty kosti tak netrčí, takže já se sleduju, já se na to břicho podívám i 50 x denně, to teď

přeháním, ale při každé příležitosti se na to břicho podívám. Já jsem na to břicho až chorobně zatížená.

12. Jak na Vás blízcí reagovali, když jste začala hubnout?

Tak maminka to se mnou zkoušela po dobrém, tou domluvou potom i tím pláčem. Co se týká manžela, ten byl hodně překvapený, když jsem dostala tu diagnózu mentální anorexie, protože vlastně si uvědomil, že si mě bral už nemocnou, což jako tenkrát se o mentální anorexii nemluvilo tak to ho hodně zaskočilo, on mě ani nijak nepřemlouval, abych přibrala, protože víte, on byl hodně zatížený na sex a po této stránce jsem mu vyhovovala, po této stránce jsme neměli problémy, takže to mu stačilo. A i jemu říkali, smáli se, že mi nedá najíst, takže jako manžel mi to jenom sdělil, netlačil na mě, nechal mě, ať si dělám, co chci. Můj manžel pocházel z citově slabé rodiny, a my jsme v tom manželství tak spíše žili vedle sebe než spolu. On byl taky těžký introvert, on neměl kamaráda, já žádnou kamarádku, neměli žádné přátelé. Takže já jsem se nimrala v tom jídle, on se odreagoval tím, že chodil pracovat na zahradu. On byl u policie a už předtím než si mě bral tak mi oznámil, že se o jeho práci nebudeme bavit, takže to nebylo jako v ostatních RODINÁCH, kde se probírá co nového v práci, byl hrozný pedant. Tak jako jsem se v dětství bála matky tak v to manželství mi to pokračovalo. On byl dominanta a já jsem byla v závěsu. Asi mně to vyhovovala, když jsem s ním byla těch 35 roků, on když přišel z práce, podíval se do skříní, a když to nebylo po vojensky srovnané, tak šup vše vyházel na zem mě i dětem a museli jsme to přerovnávat. Nebo když byly děti malé a nechali si něco postaveného a muž se vrátil domů tak křičel, proč to není uklizené. Nedokázal se vžít do těch dětí a samozřejmě děti ráno plakali, kde mají to, co si večer postavili. Byla to moje chyba, že jsem se proti tomu nepostavila, nedokázala jsem to prostě obhájit, ale to říkám, až teď zpětně, když si to jako teď promítám.

Já bych se nechtěla vrátit do žádného okamžiku svého minulého života. Já jsem v 40 letech, když jsem byla na léčení v těch ostrovech, tak tam byla skupina narkomanů, kteří byly na léčení já jsem se zamilovala, do 25 kluka, do Dana, do dnes největší láska mého života, on byl jako bohém, měl své charisma, měl dlouhé havraní vlasy, hrál na kytaru, zpíval, kreslil, chodil v černém, sympatie byly vzájemné, rok jsme spolu žili, skončilo to tím, že mi jednoho dne představil dívku, také Marušku, já jsem pochopila, že je konec. Já jsem mu nechala volnost, protože jsem věděla, že to nemá budoucnost. Zůstali jsme

přátelé, jak jsem doma zažila to pedantství, tak teprve tam jsem zažila tu volnost, a tu pubertu jsem si zažila, jako sním. Já jsem měl a5 let černého období, kdy jsem veškeré své oblečení naházela do duhy černé, chodila jsem v černé i v praném létu, prostě jsem měla šatičky. A všechno hodně rozevláté a to mě vydrželo, nosila jsem sichrlajsky, korálky, nehty na černo. Já bych řekla, že jsem si tam odžila tu svoji pubertu, že jsem tam tak nějak revoltovala.

13. Jak jste si ty jejich reakce vysvětlovala tenkrát a jaký na ně máte pohled teď?

Jejda tak na to, když se tak zamýšlím, čím víc oni na mě tlačili, ať přiberu, tím víc jsem já stávkovala, no. A nyní, tak musím jim dát za pravdu, všem i lékařům, psychologům, mým známým. Já jsem si myslela, že aspoň to, když budu mít vnučku, tak abych byla fungující babička tak by to chtělo pár těch kil nahoru. Já mám teda dceru v Dubaji provdanou, já tu vnučku vídám tak 2x do roka. Já jsem tam byla, měla jsem 41 kg. Se svoji maminkou máme společné snídaně i obědy a já jsem se už těšila, že až tam budu, tak tam nebude ta maminka a já zase zhubnu na těch 37 kg. Během těch 14 dnů jsem jedla jednu zakysanou smetanu za den, jeden pomeranč a jeden banán. Já jsem na těch 37 kg teda zhubla, ale opravdu kdyby mi ji tam dcera nechala o pár dní déle tak bych to asi nezvládla. Byla jsem tedy u druhé dcery v Praze. Tam jsem tu vnučku hlídala. A děším se sama sebe, že já se na sebe dívám jako z venku, zpětně si říkám, ježíš, jak to mohlo jako dopadnout špatně, kdybych se zhroutila. Té vnučce byl rok a půl, to jsem ji nemohla spustit z očí. A potom jsem se vrátila domů a měla jsem zajímavé období, že jsem jedla samé mléčné výrobky. Na nic slané, pouze mléčné výrobky, tvarohy, jogurty, zakysaném smetany, to jsem jedla 14 dnů. Tak jsem nabrala na těch 40 kg, potom na 41 kg a to už se mi začala sypat ta psychika, víte, já mám ty endogenní deprese. Nemají příčinu, v rodině je všechno v pořádku, já nemám příčinu, že když někdo někomu zemře, nebo přišel o práci, nebo se rozvádí, u mě je všechno v pořádku a přesto ty deprese mívám s těma sebevražednými myšlenkami. Mě láká vlak, kolikrát jsem stála na kolejích a to jsem si vzpomněla na tu vnučku, že by neměla babičku, tak jsem utíkala za tím psychiatrem, že mě to zase bere. Už jsem tam šla se sbalenou taškou, takže on mi okamžitě zavolal sanitku a odvezli mě sem. A já, to je takový stav, když se na sebe zpětně dívám tak se jakoby dívám na svoje druhé já, které je jiné. Když jsem v tom stavu, když mám ty deprese nebo potíže s jídlem tak to je mé druhé já, teď když jsem v pohodě to je mé jedno já. Než jsem odjela sem tak jsem se

pohádal se svoji maminkou, že jsem jí 14 dní říkala, že se necítím dobře, že mám sebevražedné myšlenky a ona vůbec nereagovala. Nebo slovy "no, tak začni žít normálně, začni něco dělat." že jsem v ní neměla tu oporu. Když jsem jí donesla brožúrku ke čtení tak mi odpověděla, prosím tě, vždyť mám před sebou tebe, podvyživenou, to mi stačí, já o tom vím všechno, na co bych ještě něco pročetla. Takže už se o nic nesnažím, když maminka nejeví zájem, zaujala k tomu takový lhostejný postoj.

Po 12 letech jsem vyměnila psycholožku a psychiatra, ne že bych s nimi byla nespokojená, ale měla jsem potřebu jít k někomu jinému. Nyní jsem u paní psycholožky v Kyjově. A jsem spokojená.

Já jsem se naučila takovou formulku, protože jsem vždy jela ve všem nadoraz, protože jsem byla vychována jako perfekcionistka, všechno perfektně.

Já Marie J., to jsem si říkala na záchodě, protože jsem nechtěla být rušena a potřebovala jsem kolem sebe malý prostor. A řekla jsem si já Marie J. narozena 4.10.19XX se pokorně skláním a respektuji zákonitosti přírody, jsem osobnost se všemi velkými písmeny, a plynu prostorem v čase a mám kolem sebe vajíčko. Teď jsem vyšla, jako pevné já, to vajíčko si držím i tady, to odpovídá i tomu, že jsem se naučila odmítat.

14. Vidíte nějakou souvislost mezi svým hubnutím a tím co se dělo ve Vaší rodině, mezi Vašimi blízkými, přáteli?

Upoutával jsem na sebe pozornost, tím že jsem hubla, protože mi tak maminka nedovolila rozvinout moji osobnost a to jídlo bylo jediné, kde jsem si to mohla dirigovat já a bylo to podle mého.

15. Když jste se dostala do sporu s ostatními kvůli jídlu, jak jste ten spor vyřešila?

Uzavřela jsem se do sebe, nechodila jsem ven, jen jsem se zavřela doma a byla jsem sama s tou otázkou jídla a váhy. Sama doma, žádné srazy spolužáků, oslavy, všemožně jsem se snažila z toho vysoukat. Tak jsem to řešila únikem, jako že jsem se toho nezúčastňovala.

16. Kdo nebo co bylo prvotním motivem či impulzem k tomu, že jste se začala léčit?

No, já vlastně nejsem vyléčena.

Ale jste tady.

No, jsem tady ale....

Jste tu sama za sebe, že Vy jste chtěla?

Ne, já to dělám, protože to po mě vyžaduje paní doktorka a paní primářka, ony jsou takovým tím impulsem. Já to pak dám zase dolů, to je vyložené jako přechodné. Vždycky jsem se ocitla v léčebně na popud lékaře, nikdy jsem nebyla v PL kvůli rodině či blízkým, ani ta vnučka mě k tomu nepřinutila.

17. Kdo z Vašich blízkých Vám nyní nejvíce pomáhá?

Tak, mám jednu kamarádku, která je o 10 let straší než já a tam můžu kdykoliv přijít i o půlnoci když mám problém, to se spíše týká problémů s depresí a nedobrého vztahu s maminkou, ale co se týká jídla tak to ne. Já když jsem u ní, si musí vzít jeden rohlíček nebo když si musím jednu slanou tyčinku tak si připadám jako koule na dvou nohou. Mě to tak žere, že to nebylo v tom mém jídle během té snídaně, obědu nebo večeře, já se všemožně kroutím, já raději řeknu, že mám žlučník nebo prostě cokoli abych si nemusela vzít.

18. Přemýšlela jste někdy nad budoucností, čeho byste chtěla dosáhnout, co je Vaším snem?

Já bych řekla, že do budoucnosti bych chtěla fungovat jako babička, to je asi to, abych byla oporou svým dcerám. Mým snem je stále vážit těch 37 kg, kdyby mě někdo řekl, že mě splní tři přání, tak na první místo jsem si dala, že bych nechtěla být nemocná, na druhém místě abych mohla jíst cokoli, kdykoliv v jakémkoliv množství, ale abych měla stále těch 37 kg.

19. Kdybyste mohla něco ve svém životě změnit, co by to bylo?

Já jsem byla vychovávána jako katolička, jsem pokřtěná, biřmovaná, ale až jsem si udělala vlastní názor, tak jsem ateista, já si myslím, že tak jak nebylo nic před narozením tak nebude nic po smrti. Že prostě jako je to můj názor, ta přítelkyně je ze silně katolické rodiny a přesto si rozumíme. Bude-li to jinak tak to tak bude, já to mám postavené tak. Můj sen, já tomu nechávám volný průběh. Na své minulosti bych neměla nic, v současnosti také

ne, hold mám ty deprese, já jsem se tím smířila, snažím se naučit s tím žít. Tu nemoc mám, to mi nikdy neodpáře. No a tu anorexii tu chci mít.

20. Čím je pro Vás jídlo. Nyní a dříve?

Achillova pata. Otázka jídla a váhy je pro mě Achillova pata, vážím se každé ráno. Když bych měla 40,3 a druhý den 40,4 už jsem nervózní, už mně to vadí.

Já to teoreticky všechno vím, teoreticky to mám všechno jasné, ale ta praxe, co vám můžu povídat Achillova pata.

21. Chtěla byste se ještě vrátit k některé otázce?

Myslím, že ne.

Přepis rozhovoru s paní Z.

1. Mohla byste mi říct pár vět o sobě, kolik je Vám let, jaké je Vaše povolání, kde bydlíte?

Takže je mi 22 let, no tak povolání nemám žádné, protože jsem na mateřské a předtím jsem vystřídala tolik povolání jako pokladní v supermarketu, cukrářka, takže takové samé, samé takové ne na stálo práce, bydlím v Lukovečku, v rodinném domě, takže v malinké obci což je možná ještě horší, protože se tam každý o každého zajímá, takže i s tím jak člověk vypadá, jo že, jsem se teď nedávno dozvěděla o sobě, že jsem po druhé těhotná. Takže mi to na tom sebevědomí moc nedodá. Jsem hodně upovídaná, hodně upřímná, ještě docela zakomplexovaná, i když teď mě trochu brzdí ta dcera, která jako mi nedá čas na sebe takhle negativně myslet, protože má rok, takže to jsou takové hefty, že jako člověk hned přijde do pozitivní nálady.

2. Jaké mám koníčky?

Vlivem mateřství teď naprosto žádné, ale dřív, dřív, ruční práce mě bavily, spíš takové sedavé věci mě bavily což se moc neslučuje s tím, s tou nemocí, že. Protože jako, spíš takové koníčky, které jsou v uzavřeném prostoru, které nejsou moc mezi lidmi, nemám moc ráda společnost kolem sebe, ani nedokážu moc jíst před lidmi spíš se tak zavírám i třeba večer když manžel spí, mám celkem takové problémy, večer je deset, já vyjím půl ledničky a pak se divím, že to nejde dolů ta váha. (smích) mezi koníčky, hodně mě baví čtení, a sebevzdělávání, to je takový paradox, že jsem nerada ve společnosti a chci se přesto víc vzdělávat, možná, i proto ta vysoká škola, proto jsem se přihlásila do Olomouce že tam mě nikdo nezná, je veliký, nikdo se o mě zajímat nebude a budu moct začít s čistým štítem. Protože ti co mají, znají, tak jako, je to takový rozporuplný, jsem hodně náladová, takže, to bude asi tím, že přes den nic nejím, večer se najím, tak pak jsem dobrá. Jenže o půlnoci si chce málokdo povídat, že.

3. Jaké máte vzdělání?

Takže mám střední odborné učiliště s maturitou. A doufám, že dá-li pán bůh tak budu i bakalář. Když to vyjde.

4. Kdy jste poprvé začala mít problémy s jídlem, dietami, hubnutím?

To bylo tak v těch 12 - 13 bylo to zhruba, začalo to zhruba tak, že jsme byla celkem silná, já jsem měla asi tak na 145 cm a 62kg, byla jsem jako hodně obézní a protože se to doktorka nesnažila nijak jakoby řešit, tak já jsem se potom zamilovala do jednoho staršího spolužáka a samozřejmě jak jsem mu to řekla tak se začali všichni smát, jo. Takže jsem začala, přečetla jsem si v nějakém časopise nějakou detoxikační třídní kůru, kdy se jí jenom jablka, tak jsem si to protáhla na měsíc. Pila jsem snad jenom deci vody a snědla za den jedno jablko denně, ale postupně jsme to snižovala, protože jsem byla zvyklá dost jest. No a koupila jsem si psa, abych nemusela trávit čas doma. Takže vždycky když jsem měla hlad tak jsem s ním šla ven. A postupně se mi podařilo shodit za ten měsíc asi 22kg. takže to jsme na nějakých 42 kg,

5. Co Vás vedlo k tomu, že jste se začala omezovat v jídle?

Takže mě k tomu hlavně vedlo to, že jsem měla dost toho, jak vypadám. Aby si mi neposmívali. Takže jsem potom nejmíň vážila 39 kg, a to jsem už potom zkolabovala ve škole, ono to nikdo nevěděl ve škole, ani doma, protože jak jsem zručná v ručních pracích tak jsem si ušila vycpaný břicho jako polštář, který krásně imitoval břicho, takže na mě to nebylo poznat, já jsem nosila dlouhé svetry a ani v létě jsme se nikdy předtím moc nekoupala, takže jsem chodila furt jenom ve svetrech, až když mě začaly hrozně odstávat uši a měla jsem vystouplé lící kosti, tak už to bylo hodně vidět. To už i naši prokoukli, já jsem vyhazovala svačiny, nikdy jsem, jako nezvracela, na to jsem nikdy neměla, protože nemám dávicí reflex, spíš si pamatuju, že když jsem měla problémy tak jsem se začala trestat. Když jsem něco snědla tak jsem se začala řezat žiletkami různě po těle, protože měla jsem spolužačku na základce, která byla bulimička, ale tuším zhubla dokonce na nějakých 29 kg, byla na tom hůř a doteďka, teď jsem jí potkala, nemůže mít děti, už to došlo tak daleko, ale zatím si to asi nijak nepřipouští, že je mladá, pak bude litovat. Já jsem měla to štěstí, mě taky řekli, že nebudu moct mít děti a pak se to spravilo. Takže jsem takhle blba, samozřejmě se o to začala zajímat škola, že jo a psychologové a psychiatři, proč jsem se začala sebepoškozovat. A protože mám takového rázného tatínka, který nemá rád, když se mu moc někdo zajímá o soukromí, právě ten psycholog napsal zprávu, že to vzniklo všechno ze špatných psychických problémů v rodině, že se naši hádali, takže to tatínek absolutně odmítl. Takže jsem potom už na ty sezení nechodila, on mi to vlastně zakázal, takže jsem se léčila ambulantně., chodila jsem se vážit k doktorce a měla jsem potom i nějaké sezení s ostatními anorektičkami. Kde nás bylo třeba 5 holek, jsme si měli

jako nachystat jak jsme se k tomu dostali a kreslily jsme si různé obrázky a tak. To mě bavilo, potom to bylo i lepší, začala jsem se ale hrozně pozorovat, měla jsem vystouplé pánevní kosti, to se tak zhruba táhlo až do té devítky jako s pauzami, pak jsem měla asi 48 kg to bylo dobrý, už mě nikde nehonily, já jsem si v klidu žila, ve 14 - 15 jsem začala zajímat o kluky, takže jsem si našla přítele, který byl na vysoké škole a ten mě začal poprvé ponižovat, takové, takové i divné nároky co se týká sexu a tak, takže já jsem v sobě vytvořila takový pocit, že nikdy nemůžu být šťastná, jo že, že všechno bude vždycky moje vina, taková frustrovaná. No a vlastně pak se to zase rozjelo, no. A to se táhlo zhruba tak do těch 17, potom ještě jsem s tím měla problémy první rok na škole, protože ten učňák vyžadoval taky fyzičku, že když se tam dělalo s dřevem, to jsem taky zkolabovala, protože to jsem byla taky hodně hubená, ale kolik jsem měla to už vážně nevím. To jsem se s tím klukem rozešla, ale pořád tam byl takový ten vztah, - když jsem si našla někoho hodného tak jsem po něm vyžadovala, aby byl na mě zlý, protože jsem si myslela, že je to tak správně. Takže je to takový, že i teď v manželství se snažím hubnout a vyžadují po manželovi, aby byl na mě takový rázný a taky trochu sprostý, ale to on nechce, protože je hrozně hodný, takže jsem za to i celkem ráda, protože mě celkem drží.

6. Kolik jste nejmíň vážila v době nemoci a kolik vážíte dnes a kolik byste chtěla vážit?

Nejmíň jsem vážila 39 kg, dnes vážím 61 kg a chtěla bych vážit asi těch 55 kg.

7. Proč právě tolik?

Protože mi to přijde k mé výšce takové akorát. Jako byla bych šťastnější, kdyby to bylo těch 50, ale i těch 55 by bylo fajn.

A nemyslíš, že na tebe nechce být hnusný, protože se bojí, že by si do toho znovu spadla, že ta hranice je přece jen malá.

Je to zvláštní, protože přece jen mám teď nutkání být zase nemocná, aby mě lidi litovali a aby mně nadávali, že jsem jako špatná, že bych se v tom cítila asi dobře. Všichni moji partneři se mě pokoušeli převychovat k obrazu svému, já jsem strašně manipulativní, když mi někdo řekne, ať si dám vlasy na zeleno, tak já to udělám, jen abych se zavděčila. Takže se jako moc nemám ráda, a to mi vadí, protože mi dost komplikuje i teď manželský život.

ty nároky jsou teď jiný, mám vlastní rodinu, vlastní dům, a nemůžu si dovolit být zase nemocná, aby se všechna pozornost soustředila na mě, když mám dceru a mělo by to být právě naopak. Řekla bych, že jsem taková i celkem sobecká bych řekla. Takže se mnou se to takhle táhlo pořád a teď po porodu jsem zase začala mít takový nutkání že, já jsem za rok shodila 35 kilo a vadí mi, to, že nemám kontrolu nad svým tělem. Že nemám vystouplé pánevní kosti, že mám po porodu povislé břicho a dokonce teď půjdu i na plastiku břicha, protože jako nejde to jako nijak srovnat, cvičením nebo tak. Takže mě čeká plastika a vím, že jako, že to nebude ono. Protože kdybych zhubla na 55 kg což je takové optimum na 160 cm, tak mi to teda řekli, protože jsem v kontaktu s výživovou poradkyní. Jsem si řekla, že to chce zkusit změnit jídelníček, ale nevydržím to moc dlouho, protože je toho na mě moc, no. Za ten den vařit zvlášť pro malou, zvlášť pro manžela, zvlášť pro mě, to bych asi nestihala. Takže jídelníček upravit jo, ale já jím tak dvakrát za den a hlavně večer, kdy už mám na jídlo klid a nikdo mě nevidí, ani manžel. Je to takový těžký. To jsem, ale potom schopna vyjít ledničku, takže to řeším tak, že když se hodně najím tak vypiju celý projímadlo, aby to všechno šlo ze mě ven. Takže, nemám na to zvracet, takže to řeším těmi projímadly, což se na mě určitě taky za chvíli podepíše.

Když se vrátím do toho prváku, tak jsem se nešťastně zamilovala do jednoho učitele a on nás učil odborný výcvik a protože ty city i z jeho strany nebyly chladné, tak jsme si řekli, že to zkusíme. Jenže bohužel se to provalilo, a každý ve třídě kromě dvou holek mě začali všichni nenávidět, protože si mysleli, že mám jedničky, že mám maturitu v kapse, když mám vztah s učitelem. Což nebyla pravda, já jsem nemohla nikde chodit, přestěhovala jsem se z intru, denně jsem vstávala ve tři hodiny a dojížděla do školy do Tovačova, protože jsem už nemohla být na intru, protože mě už všichni pronásledovali, dokonce moje spolubydlící na mě poslala novináře do školy. Z toho byl strašný skandál, takže mě chtěli vyhodit, my jsme to samozřejmě popírali, já jsem se nechovala provokativně ve škole, normálně jsem mu vykala, jenomže postupně mě to ničilo, jo a on byl takový metrosexuál. Hodně mu záleželo na vzhledu, takže si mě docela taky hlídal, takže jsem do toho zase spadla a protože bylo toho všeho moc, toho učení a všeho, tak jsem si řekla, že by nebyl k zahzení nějaký životabudič a začala jsem brát pervitin. No a jednou jsem to přepískla tak, že mi začalo krváčet z nosu a strašně se mi zvýšil jako tlak, srdce mi začalo silně bušit, to jsem opravdu hodně lekla, že to už ne. Tak jsem se toho dobrovolně vzdala. Jenže na mě se to taky podepsalo, za tu dobu co jsem to brala, brala jsem to asi půl roku, tak jsem si zničila nosní chrupavku, jak jsem měla v sobě zafixovanou tu bolest tak jsem si nechal

obličej propíchat všude pircingama. jo, takže jsem si zničila jazyk, takže necítím chuť, slané, sladké, kyselé, hořké. Mám to hodně omezené, takže mi vlastně ani jídlo nechutná, protože nevím jak chutná, takže to je ještě takový na nic. A takže v tom prváku to bylo dost zlé. Potom mně celkem hodně podrželi ty dvě spolužačky, protože mi ukázali, že jsou i horší věci, že to jedna z nich také nemá zrovna lehké. Jsem si řekla, že zbytečně možná fňukám nad kravinami, že můžu být ráda za to, jak vypadám. Do maturity to potom bylo všechno v pohodě. Poté maturitě jsme se s tím přítelem rozešli, protože už ten vztah, šel do kytek, když v té škole to bylo tak špatné. Takže jsem pak byla sama, pak jsem potkala manžela, který měl rád knížky, četl, což bylo úplně úžasný a choval se ke mně velice pěkně.

Takže bych měla být relativně spokojená, což jsem. . A úplně nejlepší období v mém životě bylo těhotenství, protože jsem se mohla nezřízeně cpát a svést to na dítě. Takže to bylo pro mě, jako pro anorektičku, která hladověla a nemohla se najíst, jako úžasná omluva. Jako měla jsem třeba na pokoji na intru vylepené takové slogany, typu. "hodné holky nejí,"jo, nebo musím dokázat svému tělu, že mám nadvládu nad svým hladem.

8. Jaká si myslíte, že je ideální hmotnost podle názorů reklamy, tisku, médií všeobecně.

Ale je to těžký, určitě i skrz média, protože je toho spousta v televizi a časopisech, i teď jak to vidím na dceři, že si hraje s panenkami, ty barbíny a všechno. Je tak strašně frustrující. Jako takové abnormální, dokonalé těla a to jak jsem teď matka tak si říkám, že člověk musí přemýšlet nad tím, jestli chce opravdu děti a přivést je do takové světa, protože z pohledu mě, kdyby začala Claudie takhle blbnout s jídlem tak já nevím co bych dělala. Jsem vděčná rodičům, že to se mnou vydrželi a že se to jako takhle nějak přežilo. Že jsem teď v pořádku, ale vůbec nevím, co bych teď dělala já, protože mi dochází jak strašný to jako je.

9. Kdybyste měla popsat příčiny toho, že jste měla problémy s jídlem, jaké příčiny by to byly?

Ale úplně první impulz ten jsem si tak vzpomněla, to mi bylo tak osm let a všichni doktoři to řešili antibiotiky, takže mi těma antibiotikama jakoby vyžrali játra jo. Mě přestala fungovat játra a já jsem ztratila pocit hladu. Já jsem tenkrát byla asi rok zavřená v nemocnici, byla jsem na kapačkách, protože jsem nejedla, ale nebyla to moje vina. Já jsem prostě neměla hlad. A řekli rodičům, že jako umřu, protože nevěděli co se mnou je. Pak

můj otec měl nějakého spolupracovníka, který znal nějakého léčitele, a tam jsme teda jeli a on mě začal léčit nějakýma bylinkami a začala jsem znova jíst, jo. A když se podívám na ty fotky, kdy jsem byla fakt chodící mrtvola tak můžu říct, že tam se mi líbila ta myšlenka, jako že nemusím jíst a přitom jako žiju, jo. To jsem musela opakovat druhou třídu, protože jsem byla z toho roku asi jen dva dny ve škole. A bylo to takový složitý, ale tam jsem asi začala vnímat to tělo, že se mi líbilo to, že mi jdou vidět žebra. Já, i kdybych zhubla, tak mě se stejně líbí spíš ta vychrtlost než ta hubenost. Ale říká mi to teď spousta lidí, že teď konečně vypadám normálně. Že by to tak mělo zůstat.

10. Vyskytly se ve vaší rodině nějaké závažnější rodinné problémy?

Tak já mám pocit, že u nás se tak nějak jako dědí rakovina, což není moc příjemné, ale mám takovou pozitivní babičku z mamčiny strany, která mi řekla, že rakovina se u nás dědí ob generaci, takže má dcera bude v pořádku, ale já na ni umřu. Takže u nás se hodně vyskytuje rakovina a taky cukrovka, a taky z manželovy strany jsou všichni cukrovkáři. A vlastně maminka ta byla anorektička. I když tenkrát se to takhle moc asi neřešili, nebyly ty prostředky, takže oni to nijak moc říkala, neřešili. Možná tu nemoc v té době ani moc neznali, nebo se to nějak moc neléčilo. Takže ona říkala, že zkolabovala ve škole. Ona měla taky problém, že zdělila takovou postavu, takovou ramenatou, pevnější, takže i jako dítě byla silnější. Takže to řešila taky tím, že nejedla, ale to se přiznala teprve před nedávnem. Takže možná nějaké ty sklony jsem k tomu měla. Ale určitě to byl větší vliv z těch médií a reklam, protože když se třeba podíváš Eliška Bučková 45 kg a 175 cm, tož to jako. A strašně jako co časopis to dieta. Já si kupuju samý bulvár, na internetu to sjíždím, abych věděla co je In, jo. Ještě musím říct, jako je to i módou jo. Ve Zlíně se snad neprodává větší číslo jak 34. Já mám 38 a připadám si blbě, což by měla být taková normální konfekční velikost.

Ale můj velký vzor, vždycky byla Victoria Beckham, ale pro postavu ani ne, protože to už je moc, ale spíš pro to jaká je perfekcionalistka. A já taky kvůli té nemoci, to mě štve, že musím být ve všem perfektní. Když nemám doma uklizeno, malá mi nespí tak já propadám těžkým depresím a vadí mi to, že dcera třeba vidí, jak hystericky lítám po baráku a brečím, že nic nestíhám, vztekám se a rozbíjím talířky, protože ona začala být teď taky vzteklá a to mě štve, protože já nechci, aby se vztekala, když něco nejde. Ale je to, je to strašně hloupá doba a ty média to propagují a je to jako špatně. Protože to učí ty děcka jenom nemít se

rád, shazovat se. Moc ambiciózní mi všechno přijde. Určitě hodně dělá tady ten módní průmysl, měli by se asi trochu krotit.

11. Co se dělo kolem vás, když jste začala hubnout.

Velký poprask, nevím. Naši to třeba řešili fyzickými trestama, když nevěděli co se mnou, táta mě fackoval. Strašně se vztekal, ale to bylo asi nejhorší, co mohl udělat, protože to se ta holka ještě víc zatvrdí v tom, že ne.

12. Jak na Vás blízcí reagovali, když jste začala hubnout? Měla jsi i přes fyzické tresty pocit vítězství?

Jo, jo, měla, protože ono to v tobě je. Aj si myslím, že i v normálním trestání když dáš děcku facku, že něco udělalo špatně tak ono odejde s potutelným úsměvem, jako jo vystresoval jsem tu matku. Tedy je to jiné s tím jídlem než s tím děckem, tady je to těžší, protože ta anorexie začíná tak, jo když je člověk hodně malý, hlavně ta puberta a ty rodiče jsou bezmocní, to už jde vidět, a ještě těžší to je u někoho kdo má třeba obézní oba rodiče. A ty stravovací návyky a ta domácí kuchyně, to je jako těžší. Spíš jsem kolem sebe strhla strašně moc lidí aj tím, že jsem začala blbnout s váhou. Protože vím, jak jsem odešla ze školy tak se po mě strhla taková vlna, že mě i učitelé začaly nenávidět. Všichni chtěli být hubení a věděli, že to jde. Takže jsem sebou strhla hodně lidí a i na internetu je toho hodně. Různé ty pro ana blogy, já jsem teď na to tak dívala a ty holky tam normálně radí jak hubnout. Když si dáš vygooglit jak se stát anorektičkou, tak ti vyjede tolik metod, že to je děs. Já nevím s tím asi nic jiného nedá dělat, než tu holku zavřít mezi sobě rovné a léčit ji, nevím, myslím si, že je potřeba něčím oponovat, když je toho všude tak plno kolem. Tam je asi základ naučit se mít rád, mě radili psychiatři, že se mám smířit s tím jak vypadám. Asi je to největší blbost, protože to jako nejde jo. Když je člověk frustrovaný.

To ti jen tak poradili, nebo to bylo v rámci nějaké skupinové terapie?

To mi řekli a potom když jsem byla v tom Brně, tak tam to fungovalo tak, že nás bylo třeba na pokoji pět a měly jsme jen plastové nádoby, abychom si nemohly ublížit. Protože tam byly holky, které to dělaly. Tam to bylo tak, že tys směla mít návštěvy, podle toho kolik jídla jsi snědla, takže když byly třeba knedlíky a někdo to nesnědl tak nemohl vidět rodiče a většina holek se teda zpravila, jo, ale přišli domů a zase to začalo. Já jsem ale nikdy

nechtěla být nemocná tak, abych nemohla mít děti, protože naši mě celkem vychovávali tak že od 12 let jsem se učila vařit, učili mě, že prostě tak nějak bude potom ženská pečovat o toho manžela a taky abych byla trochu připravená na ten samostatný život. Takže já jsem nikdy nechtěla být nikdy takhle nemocná. Anorektička, která už ztratila měsíčky a nemůže mít děti. Jednou jsem měla takový záchvat světlý, kdy jsem se podívala do zrcadla a teď jsem viděla, jak vypadám, že nemám žádná prsa, že mi jdou vidět žebra zepředu i zezadu a obratle. Že jsem byla fakt hnusná, jo jako to jsem se fakt sama sobě nelíbila.

Tak jsem pak třeba začala trochu víc jíst. Ale vadilo mi, nebylo kde, jo. Ve škole jsem jíst nemohla, protože jsem se před ostatními styděla, nemám to ráda, teď učitel, se kterým jsem chodila, byl strašně lakomý, takže oni ani žádné jídlo doma neměli. Oni jedli jen suché rohlíky s kakaem, takže z toho se fakt nedalo vyžít. Sem tam sem si zašla třeba k těm Vietnamcům na nějaké nudle, protože to mám ráda, ale zase jsem to musela jíst někde zavřená, takže když jsem třeba čekala na vlak tak jsem si zašla na veřejné záchody a tam jsem to snědla a šla jsem na vlak, no.

Když mi řekli, že nebudu moct mít děti a že budu muset jít na umělé oplodnění, což mi pojišťovna neuhradí, protože jsem moc mladá což mě teda mrzelo, protože jsem chtěla mimčo. Ale tak nakonec se to povedlo. A chtělo to asi být fakt psychicky v pohodě.

13. Jak jste si ty jejich reakce vysvětlovala tenkrát a jaký na ně máte pohled teď?

Mám štěstí, že manžel po mě nikdy nic nechtěl, nikdy mi nevyčítal, nikdy mi neříkal, co mám jak dělat, jak bych měla vypadat. Spíš až moc je laxní, kdybych si na sebe narazila kastrol tak on řekne, že je to dobrý, ale nikdy mě do ničeho nenutil, že jsem se začala cítit tak jako dobře, nic jsem si nemusela vyčítat. Takže štěstí, že jsem ho potkala. Ale stejně si myslím, že se ta nemoc nedá nikdy úplně vyléčit, protože opravdu stačí jen blbá poznámka od někoho úplně cizího a zase ti to začne v hlavě šrotovat, zase vypadáš blbě.

A manželovy je kolik?

Manželovi je 29, takže je mladý, akorát má jednu nevýhodu, že je strašně hubený, a má rychlé spalování takže on může sníst úplně všechno a má rád fastfoody. A je hrozně urýpaný v jídle on kromě brambor a kuřete nejí nic jiného, takže já kdybych chtěla být anorektička tak klidně, můžu, protože u nás se nic jiného nenajde než brambory a kuře a i toho se člověk přejí. Manžel mě v tomhle podporuje, abych byla takhle fajn. Mám takové

šťěstí, že bydlím v rodinném domě, akorát pod námi bydlí tchyně. Takže je to takový složitý, protože když si mě Mirek přinesl domů, tak okamžitý alarm na moje oči, protože jsem v té době vážila nějakých 48 kg a jak jsem si potrpěla na takové to tiptop tak jsem byla i celkem zlíčená, a líbilo se mi, že mi Mirek všechno dovolí. Na svatbu jsem chtěla mít dlouhé vlasy, a protože jsem je neměla tak jsem si je nechala prodloužit. Když se ale podívám, na ty fotky, když jsem byla hubená tak mi chybí i ty pohledy.

Vlastně manžel mě poznal jako hubenou blondýnu a já jsem měla ráda boty na podpatku a byla jsem vždycky pěkně upravená a samozřejmě se za mnou chlapi otáčeli a mě to dělalo dobře, já jsem si říkala, super, jsem kočka, a on pak řekl, že se mu to nelíbí, že chce, abych byla obyčejná, tak jsem se nechala obarvit na hnědo, a vyměnila jsem podpatky za tenisky a začala jsem nosit takové sportovní oblečení a už se po mě neotáčeli a asi mi to i chybí, víš. Ted jak mám malou tak jsem jen pořád pračka, žehlička a vařím a mám takové domácí práce na celý den, chtěla bych si připadat jako taková míň zbytečná. Jako říkám si, že se mi to jednou určitě vrátí, až malá povyroste a začne mi to vracet, ale teď opravdu, jsem z toho mateřství trochu zklamaná, já jsem si možná myslela, že to bude jednodušší a nebude to tak frustrující. Už rok jsem doma, tak si říkám, že buď se z toho zblázním nebo se dostanu na školu a bude to dobře, ale měla jsem takové plán, chtěla bych zase vyhladovět, protože jsem si navykla v tom těhotenství zase strašně jíst. A teď je pro mě těžké držet jakoukoliv dietu. Říkala jsem si, že bych tak zase jen 14 dní jedla jenom jablka a pila vodu s pepřem, protože to je hrozný humus, který tě, po tom buď jdeš zvracet nebo to vydržíš. Ten pepř tě jako detoxikuje, ale je to hnusný. Takže bych pila tady tu vodu a vydržela to 14 dní, aby se ten žaludek zase smrskl a pak bych postupně třeba přidávala jídlo. Bojím se toho, že kdybych to těch 14 dní vydržela a viděla nějaké výsledky tak bych do toho určitě zase spadla. Já jsem hrozná, já chci být ve všem perfektní, ale vím, že to tělo není perfektní a vím, že mě má Mirek rád, takovou jaká jsem, ale já tomu nevěřím. A to je právě to, že se nemám ráda. i když řekne, že je to teď lepší, že teď vypadám jako ženská, že je to v pořádku, ale i tak se nemám ráda a potom to odnáší ten osobní život a i ten intimní, protože anorektička a zakomplexovaná ženská si nemůže užívat třeba sex. Když místo toho, aby si užívala ten pocit tak myslí jen na to, jak při tom vypadá. To víš, že se to odráží na tom manželství, protože člověk to potřebuje a já jsem teď protivná a nechce se mi. Rok jsem si na sebe nic nekoupila, protože si říkám nakoupila jsem si teď spoustu hader velikosti 36, abych zhubla a vešla se do toho. Jako motivaci. Takže já mám potřebu trochu nakopnout k tomu, abych začala se sebou něco dělat. Takže teď jsem se zbláznila do kryptolýzi, zmrazení buněk, je to ambulantní. Funguje to, že ti zmrazí oblast, kterou si vybereš. Je tam

úbytek v pase až 7 cm, já jsem teda měla míň, ale může se to dělat jen jednou za měsíc, protože to odnáší ledviny samozřejmě. Nejsem stavěná na to cvičit a nemám ráda cvičení, takže se snažím hledat metody, který jsou rychlý a efektivní. A které vedou k té dokonalé vychrtlosti, která vlastně není pěkná, ale když bych byla vychrtlá tak můžu jít do restaurace a jíst před lidma, protože vím, že si to můžu dovolit. Ale teď ještě ne, protože svoje starý džíny sepnu tak 5 cm nad kolena takže to ještě není dobrý. A i alarmující je to, že nenasadím svůj snubák, takže je potřeba s tím něco dělat. Je to moje chyba, že jsem v tom těhotenství nabrala tolik, ale pro anorektičku je jako droga, vědět, že může jíst a schovat to za něco. A pořád si ta holka hledá jenom výmluvy, dávám vinu manželovi, že jsem taková, přitom je to jen moje vina, že jsem taková. Ale nemám na to, kvůli té malé na to teď tak blbnout, protože mě potřebuje zdravou a nosit taky každý na sobě deset kilo to je docela zátěž takže nemůžu být únava a navíc to potom odnáší ona, když člověk nejí je protivný, chce se mu spát a ta malá jí nezajímá, že máš tisíc dalších oblastí, chce, abys byla pořád s ní, takže je to těžké. Teď jsem taková zodpovědnější, ale určitě nejsem úplně vyléčená. Taky jsem začala hodně číst právě takové příběhy o anorektičkách, ta nejznámější Isabella Caro, nechala se fotit na billboardech, ona snad měla 25 kilo, to bylo už moc. Tohle se mi třeba nelíbí, moje hranice té vychrtlosti je třeba ta Beckhemka, ale jako určitě ne takový ty už potažené kůží, takové ty koncentrákové typy.

Sobě říkám, že bych si měla vážít toho, že jsem zdravá. Kromě toho, že mám tři chlupy na hlavě, drolí se mi nehty a hlavně co mi anorexie vzala je imunita, mě stačí být chvíli v chladu a já z toho mám hned zápal plic. Jsem pořád nemocná, nemám žádnou imunitu. A asi se to nedá nijak vrátit, mám špatnou krev, jsem chudokrevná, nemám žádné živiny v těle. Ale aspoň zaplat' pánbůh za to, že můžu mít děti. Ale, jeden psychiatr v Brně řekl takovou dobrou věc, že anorexie je nemoc, jako když si koupíš auto na leasing. Ty si koupíš auto na leasing a zaplatíš nějakou částku a máš hned auto, to je jak s tím hubnutím, jo. Já teď hubnu, ale ty následky pak splácíš 30x tolik jak mourovaná. Než abys šetřila a počkala si. A ta anorexie je to samé, že vlastně ty následky toho, jak moc jsem tomu tělu ublížila, budou stejně vidět i za deset let. Takže se bojím, co přijde. Ale určitě to zanechává následky a hlavně je to psychická nemoc. Že si člověk zničí tělo, o to moc nejde, jde o to, jak se s tím psychicky vyrovná. I třeba když po deseti letech se potkáš s kámoškou a budeš jí otravovat tak asi nebude moc ráda. Takže nechci být protivná a zakomplexovaná, a trápit s tím ostatní lidi, takže chci hubnout s mírou, ale bohužel se mi nelíbí ty hubené holky, ale ty vychrtlé. Je to takový těžký.

A zase jsem o toho, že je to v těch médiích, protože i to mateřství vidíš v televizi ty dokonalé matky, kterým děcko furt jenom spí a pak má každá druhá v šesti nedělích depky, protože to tak vůbec není. A jako myslím si, že do toho zase spadnu, ale myslím si, že z toho dokážu vyjít rychle ven se dostat, protože to je jojo efekt. Já jsem byla vždycky schopna udržet si tu váhu s příbytkem jednoho, dvou kila navíc. Vždycky jsem si to nějak držela, samozřejmě to bylo i omezování. Ale do takové té dokonalé vychrtlosti jsem nikdy nezhubla, protože jakmile jsem něco přijala tak si to tělo okamžitě udělalo zásobu. Když jsem se rozhodla hubnout s rozumem a začala pravidelně cvičit, tak jsem vydržela chodit do fitka rok a prošla jsem si analýzou, tak mi vyšlo, že to tělo požívá samo sebe, že já nemám žádnou svalovou hmotu a měla jsem v sobě jen tuk a vodu. Anorektička když chce sportovat, tak jí strašně dlouho trvá, strašně dlouho než ty výsledky jdou vidět než u zdravého člověka.

14. Vidíte nějakou souvislost mezi svým hubnutím a tím co se dělo ve Vaší rodině, mezi Vašimi blízkými, přáteli?

Asi to byl ten start, i když mám doteďka úplnou rodinu tak to nikdy nebylo ideální. Že i když spolu zůstali tak se věčně hádali, takže hádky byly na denním pořádku. A taky jsem si to třeba dávala za vinu, chtěla jsem se potrestat za to všechno.

Jsi jedináček nebo máš sourozence?

Mám ještě brácha a ten byl o osm let starší. Ten věčně nebyl doma už v té době. Takže, teď paradoxně já jsem byla první, která se odstěhovala. Ale spíš to všechno v té naší rodině stmeloval právě brácha, protože je takový nekonfliktní.

15. Když jste se dostala do sporu s ostatními kvůli jídlu, jak jste ten spor vyřešila?

Do sporu kvůli jídlu se s ostatními dostávám do teď, protože přes den moc nejím, jím spíš večer, dělá mi to problémy jíst mezi ostatními. Takže jsem se kvůli tomu doma hádala pořád. Protože jsem za celý den vzala jedno jablko, a když do mě nacpali oběd tak jsem si hned vzala projímadlo. Takže, pak jsem zase seděla dva dny na záchodě. Takže na to nevzpomínám s moc dobrým pocitem.

16. Kdo nebo co bylo prvotním motivem či impulzem k tomu, že jste se začala léčit?

Já jsem se vlastně nikdy dobrovolně neléčila, já jsem byla vždycky dokopaná rodiči, že jako nezletilá a potom, když už mi bylo těch 18, tak jsem nikdy tu léčbu nepotřebovala ani ambulantně, protože jsem věděla, že mám na to dostat ty kila pod kontrolu a potom zase začít jíst. Pak byl třeba půl roku klid a pak jsem zase začala blbnout a byla jsem moc hubená, pak jsem zase přibrala. Protože jsem chtěla být perfektní tak když jsem nejedla tak jsem měla i horší prospěch a já jsem chtěla mít samý jedničky, takže jsem i jedla proto, že jsem chtěla nějak tu školu dokončit dobře.

17. Kdo z Vašich blízkých Vám nyní nejvíce pomáhá?

Tak teď mi nejvíce pomáhá manžel, i když moje váha není anorektická, protože teď mám 62 kg, takže je to teď dobré, podařilo se mi hodně rychle shodit deset kilo a to bylo právě tím, že hubnu s nějakýma koktejly proteinovýma od Herbalifu, je to nějaká známá firma. Ale taky mi to přijde spíš takový jojo efekt na ošizení těla. Když mám jíst tak jím jen slané tyčinky nebo jen takové slané blbosti, nejím vůbec teplé jídlo. Kromě kafe za den tak nic. Protože si myslím, že teplé jídlo je hodně kalorické, takže se živým saláty, mám hrozně ráda čokoládu, což jsem si nedokázala odpustit, ani když jsem byla anorektička, tak jsem prostě musela jíst čokoládu. Já jsem asi fanatik, ale sladké jsem vždycky musela mít. Ale protože to doma nikdo nejí, malá čokolády nejí, manžel taky ne, tak jsme, teď tak přeorientování na slané. Ale zase takové ty smažené chipsy a to mě moc nechutná. Takže když to nemám doma tak mě to neláká. Jenže teď každý nosí malé nějakou čokoládu a ona to nemůže tak to je potom těžký, jako. Já myslím, že se to ve mně zlomilo skrz tu rodinu, že mám vlastní rodinu i sebe musím mít ráda, aby i Claudie viděla, že to není správný, když člověk takhle to své tělo týrá hlady a není to řešení. Byla bych ráda, kdybych ji vychovala tak, že se nebude muset omezovat a bude cvičit, bude se hýbat, tak že nikdy nebude muset takhle blbnout jak její maminka.

18. Přemýšlela jste někdy nad budoucností, čeho byste chtěla dosáhnout, co je Vaším snem?

Ted' mám takový plán do budoucna dostat se na školu a zhubnout alespoň na tu váhu co jsem měla před těhotenstvím, takže to je nějakých 51 -52 kg, což mě přijde ještě takové normální. Není to moc a ani málo. Tak uvidíme, ještě mi k tomu zbývá deset kilo.

19. Kdybyste mohla něco ve svém životě změnit, co by to bylo?

Kdybych mohla ve svém životě něco změnit tak asi to, že bych to vrátila, to té doby těch 14 let bych nepotkala toho chlapa, který to všechno způsobil a nastartoval. Tu anorexii bych ani nechtěla vrátit, to že se mi líbila ta kontrola, jsem takový člověk posedlý kontrolou ale asi bych chtěla vymazat to, abych se měla ráda, víš. Jako abych byla vychtrlá, ale nebyl atak zakomplexovaná. Což asi nejde, ale ráda bych dosáhla toho být normální, hubená, mladá mamina a ne dívat se na ostatní holky možná s trochou závisti a zaobírat se takovýma cizíma životama jako je Victoria Beckham, která má sice 4 dětí, ale má na to chuť, takže denně cvičí tři hodiny, má na to čas a asi taky není tak perfektní jak vypadá. Trochu si uvědomit, že všechny tady ty mediálně známe osobnosti, než se vyfotí tak jsou za tím hodiny práce, vizážistek a tak, takže jsou to vlastně úplně obyčejní lidé, asi bych se chtěla odprostit ,starat se o jiné a žít svůj vlastní život a ne pořád podle někoho.

20. Čím je pro Vás jídlo? Nyní a dříve.

Tak je pro mě start do nového dne, protože je ten den náročný a tak trochu nepřítel, protože jsem se projedla skoro ke sto kilům, takže to, není dobrý. A navykla jsem si jíst takové blbosti fastfoody, Mcdonald to bylo každý den, a taky ty věci co se asi jenom ukládají v těle a jsou v nich samé éčka. Odvykla jsem si jíst zeleninu a takové ty věci, takže kdybych se zase naučila normálně jíst, tak bych se asi i cítila líp, no. Jsem taky frustrovaná a unavená z toho, že prostě nemám energii, no.

Určitě si myslím, že ta hranice je hodně tenká a pohled na sebe, a asi to tak je protože já se v zrcadle vidím silnější než sem. Udělala jsem si doma celou zrcadlovou stěnu, protože to prostě musím mít. Jsem posedlá svým vzhledem a musím říct, že někdy mám takový okamžiky, kdy si řeknu, že už skoro žádné břicho nemám, že po tom co to bylo je to úplná pohádka. Ale určitě se vidím zkresleně. Když ráno vstanu a vidím se, že jsem tlustá tak i to je takový spouštěcí mechanismus. Když to jdu třeba do supermarketu nakupovat a ted' se na mě třeba náhodou zadívá nějaký chlap, tak si říkám, aha tak ten se na mě dívá, protože si říká, že jsem tlustá. A ono to tak asi není. A i když jsem byla anorektička a šla jsem do

dvoudílných plavek, uznala jsem za vhodné, že teda na to mám, teď jsem viděla, jak se na mě všichni začaly dívat tak jsem si říkala, že si určitě říkají, že to snad nemyslím vážně, že jsem se oblékla do plavek. Přitom si říkali, asi pane bože to snad ne, protože na mě nebylo nic kromě těch lícních kostí a těch plavek. Když vidím ty fotky tak jsem si tenkrát připadala tlustá, ale dnes bych si připadala jako hnusná, odpudivá.

Myslím si, že hodně anorektiček nemá ani partnery, protože není na to čas, víš. Člověk ztratí chuť ke všemu a nějaký sex to je pro anorektičky úplně tabu. Protože jednak při tom musí být svlečená což je jako, to nejde. Hlavně si myslím, že je to srovnatelné s těmi dnešními nemocemi, jak je třeba cukrovka, protože si myslím, že je toho čím dál víc. Čím dál víc ty malé holčičky přemýšlí nad tím, jak vypadají, to je docela smutný. Já to nezměním tohle to, já se, můžu jen modlit, aby dcera neměla takové móresy jak já.

21. Chtěla byste se ještě vrátit k některé otázce?

Jako stydím se za to, asi toho i lituju, protože všichni kolem mě umírají a je to takové blbé období. Říkám si, že fakt i ta hranice života a té smrti je strašně tenká. Že nikdy nevíš, kdy ti to tělo vrátí. A můžeš zkolabovat a už se neprobereš.

Přepis rozhovoru se slečnou A.

- 1. Mohla byste mi říct pár vět o sobě, kolik je Vám let, jaké je Vaše povolání, kde bydlíte?**

Je mi 25 roků, studuji vysokou školu, prvním rokem magistra, pocházím z vesnice. Ale bydlím na privátě.

- 2. Jaké máte koníčky, co Vás baví?**

Ráda vařím, kreslím, čtu si.

- 3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Jak jsem již řekla, studuji prvním rokem magistra, ve Zlíně.

- 4. Kdy jste poprvé začala mít problémy s jídlem, dietami, hubnutím? Co Vás vedlo k tomu, že jste se začala omezovat v jídle?**

Asi, když mi bylo 11. Rodinné prostředí nebylo zrovna nejvstřícnější.

- 5. Co Vás vedlo k tomu, že jste se začala omezovat v jídle?**

Bohužel, řešila jsem tak problémy.

- 6. Kolik jste nejmíň vážila v době nemoci a kolik vážíte dnes a kolik byste chtěla vážit?**

Nejmíň nyní vážím 50 kg. Kolik bych chtěla, nevím, míň.

- 7. Proč právě tolik?**

Já nevím, prostě nejsem spokojená.

- 8. Jaká je myslíte, že je ideální hmotnost podle názorů reklamy, tisku, médií všeobecně.**

Ideální hmotnost podle médií, nevím, ale málo. Asi 40 kg.

- 9. Kdybyste měla popsat příčiny toho, že jste měla problémy s jídlem, jaké příčiny by to byly?**

V čem vidím onu příčinu toho, že mám anorexií. Tak určitě by to bylo rodinné prostředí a má osobnost.

- 10. Vyskytovaly se ve Vaší rodině nějaké závažnější problémy, které by podle Vás souvisely s Vaší snahou být hubená?**

Tak nejzávažnějším problémem byly ty konflikty doma, taky kvůli mé složité osobnosti.

11. Co se dělo kolem Vás, když jste začala hubnout?

Já už moc přesně nevím. Veselé to nebylo.

12. Jak na Vás blízcí reagovali, když jste začala hubnout?

Nadšení z toho rozhodně nebyly. Moc nechápali, jako o co se snažím.

13. Jak jste si ty jejich reakce vysvětlovala tenkrát a jaký na ně máte pohled teď?

Tak tenkrát jsem to brala jako snahu vzít mi i to poslední nad čím mám svoji kontrolu. Dneska, nevím, asi stejný.

14. Vidíte nějakou souvislost mezi svým hubnutím a tím co se dělo ve Vaší rodině, mezi Vašimi blízkými, přáteli?

Ano, měla jsem pocit, že mi do toho nemůžou zasahovat.

15. Když jste se dostala do sporu s ostatními kvůli jídlu, jak jste ten spor vyřešila?

Omlouvám se, ale už nevím. Asi útekem, že jsem z tama pokaždé odešla.

16. Kdo nebo co bylo prvotním motivem či impulzem k tomu, že jste se začala léčit?

Tak překáží mi to ve štěstí, už to nějak ztratilo význam. První impulz, asi tehdy, když se ke mně doktorka chovala jako k blbě a nesvéprávné. A taky jsem si uvědomovala, že to co dělám, není normální a okolí mě na to mnohokrát upozorňovalo.

17. Kdo z Vašich blízkých Vám nyní nejvíce pomáhá?

Z blízkých, třeba rodiny nikdo. Ani bych to asi ani nechtěla. Nevím.

18. Přemýšlela jste někdy nad budoucností, čeho byste chtěla dosáhnout, co je Vaším snem?

Jo, nad budoucností jsem přemýšlela. Nevím, tak asi dodělat školu, najít s i nějakou slušnou práci.

19. Kdybyste mohla něco ve svém životě změnit, co by to bylo?

To je těžký. Nevím. Asi bych neměnila nic.

20. Čím je pro Vás jídlo. Nyní a dříve?

Dnes je pro mě jídlo nutností, Předtím pro mě bylo potěšením a peklem zároveň.

21. Chtěla byste se ještě vrátit k některé otázce?

Ne.

Seznam literatury a elektronických zdrojů

1. BENSON, NIGEL, C., - LOON VAN, B., *Seznamte se... Psychoterapie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 176 s. ISBN 80-7367-005-4.
2. CLAUDE - PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1.vyd. Praha: Pragma, 2001, 257 s. ISBN 80-7205-818-5
3. ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 2. vyd. Praha: O. s. Anabell. 2008. 76 s.
4. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
5. HALL, Lindsey - COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA, 2003, 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
7. HERETIK, Anton. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof. 2007. 600 s. ISBN 978-80-89322-00-8
8. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie: směry, metody, výzkum*. 3.vyd. Praha: Portál, 2000, 392 s. ISBN 80- 7178-414-1
9. KRCH, František., David. a kol., *Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
10. KRCH, František., David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
11. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

12. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
13. MALONEY, Michael, - KRANZ, Rachel., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: Lidové noviny, 1997, 150 s., ISBN 80-7106-248-0
14. MARADOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 14. ISBN 978-80-86991-09-2
15. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN – 10: desátá revize. 2. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3
16. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010, 105 s., ISBN 978-80-7204-657-7
17. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 424 s., ISBN 978-80-247-2425-6
18. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
19. PAPEŽOVÁ, Hana. – HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy, Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Togga, 2012. 49 s. ISBN 978-80-87258-98-2
20. POLANSKÁ, Michaela., - ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ Jana., - ŠVEDOVÁ, Jarmila. *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. Praha: O. s. Anabell, 2008, 11 s.
21. PONĚŠICKÝ, Jan. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011, 116 s. ISBN 978-80-7387-518-3

22. TRESS, Wolfgang., - KRUSSE, Johannes., - OTT, Jurgen., *Základní psychosomatická péče*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7967-309-3
23. RAHN, Ewald, - MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie*. Praha: Grada Publishing. 2002. 500s. ISBN 80-7169-964-0
24. ŘÍČAN, Pavel. - KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Grada Publishing. 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-
25. STRAUSS, Anselm L. – CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert. 1999. 196 s- ISBN 80-85834-60-X
26. ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
27. VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Pojmy, Umíme porozumět pojmům o zdraví a prevenci? [online]. [cit. 2013-5-8] Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>
28. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ. *Psychiatrická péče 2011: Zdravotnická statistika*. Praha. 2012. 136 s. ISBN 978-80-7472-027-7