

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**MENTÁLNÍ ANOREXIE A
SOUČASNÉ MOŽNOSTI TERAPIE**

Bakalářská práce

Kateřina Pittrová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2014-2017)

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň, 2017

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů, informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne

.....

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce paní Doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za její čas věnovaný mé práci a užitečné podněty, které mi byly velice nápomocné při jejím vytváření. Dále mé díky patří respondentům, kteří mi poskytli rozhovory nezbytné pro zpracování mého výzkumu.

Kateřina Pittrová

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

Obsah

Úvod	1
1 Teoretická část	3
1.1 Poruchy příjmu potravy.....	3
1.1.1 Pohled do historie poruch příjmu potravy.....	3
1.1.2 Mentální anorexie	4
1.1.3 Mentální bulimie	5
1.1.4 Další poruchy příjmu potravy	6
1.2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	8
1.3 Časový průběh onemocnění	11
1.4 Následky mentální anorexie a zdravotní problémy.....	12
1.4.1 Kazuistika.....	13
1.5 Možnosti léčby a terapie	14
2 Praktická část	18
2.1. Formulace cíle a dílčích úkolů	18
2.1.1 Kvalitativní výzkum.....	18
2.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	19
2.1.3 Metody sběru dat.....	19
2.2 Samotný průběh výzkumu.....	21
2.2.1 Případové studie (příběhy)	21
2.2.2 Shrnutí	29
2.3 Vyhodnocení analýzy otevřeného kódování	30
3 Závěr	32
Resumé	34
Seznam použité literatury	35
Seznam obrázků	37
Seznam příloh	38

Seznam zkratek

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
FAED	Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
PPP	Poruchy příjmu potravy

Úvod

„Anorexia is not fashion, it's a disease“!

S ideálem krásy v podobě dokonalých celebrit a na kost vyhublých modelek s mírami mnohdy menšími, než 90 – 60– 90, se setkáváme v dnešní době stále častěji v médiích všeho druhu. Všechny tyto slečny jsou na první pohled velmi šťastné, spokojené a po úpravě v programech na zdokonalení fotek vypadají jako dokonalý ideál ženské krásy. Bohužel to ale málo kdy odpovídá realitě, a spíše bychom to mohli přirovnat k naprosté póze, určené k publikaci reklamy.

Naneštěstí si mnoho děvčat v dnešní době vyvodí, že pokud se inspirojí těmito "ideálními" kráskami a budou i ony takto štíhlé a téměř dokonalé. Ve většině případů se jedná o dodržování drastické diety za účelem co nejvíce redukovat váhu a procento tuku v těle v kombinaci s nadměrným cvičením a užíváním zázračných pilulek, které mají pomoci ještě více zvýšit požadovaný finální efekt. V mnoha případech ale tento, pro tělo velmi nezdravý proces, vede ke vzniku poruch příjmu potravy a následným zdravotním a psychickým problémům.

Závažnost tohoto problému se dá přirovnat například k závislosti na alkoholu či omamných látkách. Léčba u PPP je mnohem složitější z toho důvodu, že abstinence je téměř nemožná. Samotný příjem potravy se přeci řadí mezi základní biologické potřeby každého jedince na této planetě.

Motivací k tomu, abych se při psaní své bakalářské práce zaměřila na toto velmi zajímavé a v poslední době často diskutované téma, mi byl i můj osobní příběh. S tímto onemocněním jsem se střetla tváří v tvář nejen jako oběť, ale i jako svědek u blízkých lidí v mém okolí. Z pohledu vyléčeného člověka nyní vidím, jak velmi náročné je nemocnému člověku pomoci. Problémem rovněž je, že většina jedinců pomoc odmítá a nikdo z nich si nedokáže přiznat své vlastní onemocnění. Člověk, který je zasažen touto poruchou se většinou snaží hodně mluvit o jídle. Každému tvrdí jak hodně a rád jí. Rovněž s oblibou vyjmenovává jídla, která daný den snědl a hlavně jak dlouho je jedl.

I přesto, že se toho onemocnění objevuje v 95% případech zejména u žen, či spíše dívek, rozhodla jsem se, že do svého výzkumu začlením i příběh jednoho chlapce.

Problematiku mentální anorexie jsem si zvolila převážně díky tomu, že je dle mého názoru ze všech druhů poruch příjmů potravy nejznámějším tématem a často prvotním

problémem příjmu potravy, která se postupně může lehce překlenout v mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání.

Mým hlavním záměrem při výběru tohoto tématu bylo poukázat na závažnost problému vzniku mentální anorexie a vyvrátit zlehčené informace, které se vyskytují v bulvárech a médiích. Je naprosto zdrcující, že se na internetu místo výstrah tenkosti ledu této nemoci, setkáváme spíše s tisíci různými návody, jak zaručeně zhubnout, v kombinaci s publikacemi fotografií nezdravě hubených dívek stojících nad propastí mezi životem a smrtí.

Věřím, že má bakalářská práce bude přínosem v boji proti nástrahám, které přináší široká veřejnost a dále bude sloužit jako návod na prevenci proti vzniku této nemoci. Mým záměrem je, aby se informace o této problematice dostaly k lidem, kteří pomoc nejvíce potřebují.

1 Teoretická část

1.1 Poruchy příjmu potravy

Příjem potravy se řadí mezi základní biologické potřeby. Jídlo může být zdrojem slasti nebo odměnou za úspěch, ale také trestem. Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Vyskytují se zejména u mladých dívek a žen, nicméně jejich výskyt nelze vyloučit ani u mužského pohlaví (Vágnerová, 1999, s. 34).

1.1.1 Pohled do historie poruch příjmu potravy

Nejrůznější formy poruch příjmu potravy byly popisovány již ve starověku. Jako první se o nich v 5. století před naším letopočtem zmiňuje zakladatel racionálního lékařství Hippokrates a označuje je jako **asithia**. Jejich hlavní příčinu vidí v nedostatku požitku z jídla (Papežová, 2010, s. 12). Byla známá i **ruminace** neboli navrácení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání, či **pika** - touha po bizarních látkách/jídlech, jež nejsou vhodné ke konzumaci (Krch, 2005, s. 20).

Historie mentální anorexie

S dnešním termínem **anorexie** přichází jako první v historii starověký lékař Galén. Již ve 14. století se objevuje první zmínka o dívce, která jako první zemřela dobrovolně hladem. Sv. Kateřina se starala o ženu s diagnostikou nádoru prsu a časem se jí zápach z odumírající tkáně prsu znechutil natolik, že nevěděla jak se s ním vypořádat. Napadlo ji, že zkusí setřít z tkáně hnis a vypít ho. Té noci se jí zjevil Kristus a požádal ji, aby hnis pila každý den. Den poté si řekla, že již neumí trávit jídlo a tak nemusí do konce života nic požívat. Od 16 let přežívala pouze na 3 potravinách - chlebu, čerstvé zelenině a vodě. Když snědla něco navíc, spolykala vždy čerstvé kořínky, které jí pomohly vyvolat následné zvracení.

Za takzvaného portrétistu mentální anorexie je považován anglický lékař Richard Morton. V díle „Phthisiologia“ popisuje první příznaky této choroby, kterými jsou nervový úbytek, devastace, či fyziologické a emocionální změny.

Termín **nervová anorexie** má svůj původ ve francouzské literatuře. Fyziolog Fleury Imbert stanovil dva možné druhy anorexie: gastrickou anorexii (anorexie gastrique)

a nervovou anorexií (anorexia nervosa). První typ měl příčinu v poruše trávení, při druhém pacienti odmítali jíst, protože jejich mozek nedokázal vysílat signály chuti k jídlu a pocitu hladu (Papežová, 2010, s. 21).

Historie mentální bulimie

Ve srovnání s anorexií je historických zmínek o bulimii zanedbatelné množství. Obžerství, přejídání a následné zvracení je považováno za součást života vysoké šlechty z doby antického Říma. Seneca popsal tento způsob obžerství slovy:

„Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli“ (Papežová, 2010, s. 20).

Pojmem **bolimos** označoval řecký filosof Plutarch zlého démona, který znamenal symbol nadměrného hladu. Později se však uvádí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Je jím označován tak velký hlad, že by člověk snědl až vola. V roce 1979 britský psychiatr Russel poprvé použil termín bulimia nervosa. Tuto poruchu specifikoval následovně:

„silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí“ (Papežová, 2010, s. 22).

1.1.2 Mentální anorexie

Dle MKN 10. revize je mentální anorexie (anorexia nervosa) porucha, charakterizovaná jako úmyslné zhubnutí, které si pacient sám vyvolá a dále jej udržuje. Objevuje se nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak mohou jí být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do období menopauzy (MKN, 2006)

Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, tudíž pacienti usilují stále o nižší a nižší tělesnou váhu. V mnoha případech pak předchází mentální bulimii.

Diagnostická kritéria MA:

- udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI váha (kg)/výška (m²) nižší než 17,5)

- úmyslné snižování váhy dietami, užíváním diuretik, anorektik, vyprovokovaným zvracením či excesivním cvičením
- specifická psychopatologie - přetrvávající strach z tloušťky, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé myšlenky na udržení podváhy (MKN 10 / Papežová – spektrum poruch příjmu potravy)
- endokrinní porucha hypotalamo – pituitární – gonádové osy - u žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu
- porucha menstruačního cyklu u žen, kterým nejsou podávány hormonální přípravky (Krch, 2005, s. 30)

Atypická mentální anorexie

Porucha, která splňuje určitá kritéria mentální anorexie, avšak celkový klinický obraz neodpovídá této diagnóze. Na rozdíl od mentální anorexie zde nejsou přítomny příznaky strachu ze ztloustnutí nebo amenorea. Objevuje se zde:

- výrazný váhový úbytek
- chování, které směřuje k redukci váhy

1.1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie (bulimia nervosa) je charakterizována jako opakované záchvatovité přejídání a přehnaná kontrola své tělesné váhy, po které následuje zvracení často vyvolané požitím projímadel. V anamnéze pacienta je často uvedena předchozí mentální anorexie, která trvala od několika měsíců až po mnoho let.

Mezi diagnostická kritéria patří:

- Zabývání se jídlem, touha po velkém množství pokrmů, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha o potlačení kalorického účinku jedním nebo více způsoby - hladovkami, vyprovokovaným zvracením, užíváním laxativ nebo diuretik.
- Specifická psychopatologie – touha po štíhlé postavě, pozorování svého tvaru těla, chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než optimální váha (Papežová, 2010, s. 45).

Atypická mentální bulimie

Dle MKN 10. revize se jedná o poruchu příjmu potravy, splňující některá kritéria bulimie, ale celkový klinický obraz neodpovídá této diagnóze. Mohou se zde objevit recidivující záchvaty přejídání a nadměrné používání laxativ bez markantní změny váhy, nebo nemusí být přítomny typické příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou váhu a tvar těla (MKN, 2006).

1.1.4 Další poruchy příjmu potravy

Zde jsou uvedeny další možné poruchy příjmu potravy, které se objevují jak u dětí, tak u starších jedinců.

1) Psychogenní přejídání

Často se podílí na problému narůstající obezity v dnešní populaci. Pacient se přehnaně zabývá jídlem, typický je „**craving**“ neboli bažení po jídle, podobné touze po drogách a „**binge eating**“ neboli přejídání.

Diagnostická kritéria:

- Chorobné zabývání se jídlem, touha po něm.
- Specifická psychopatologie tkví v chorobném strachu ze ztloustnutí.
- Problematická snaha po dosažení nereálné/nezdravé váhy.
- Záchvaty jsou spojeny s maladaptivním zpracováním stresové situace (Papežová, 2010, s. 36).

2) Syndrom nočního přejídání (NES – night eating syndrom)

Nemocní, zejména ženy, konzumují v průměru o 500 kalorií více než normální jedinec. Obezita se vyskytuje u 10 procent případů, morbidní obezita až ve 27 procentech případů. Onemocnění je dobře diagnostikované i léčitelné, avšak lékaři často opomíjené.

Diagnostická kritéria:

- Denní jídelní režim, který narůstá s příjmem potravy večer/ v noci.
- Nejméně 25% konzumace jídla je po večeři.
- Vyskytují se zde nejméně 2 probuzení během noci v týdnu spojená s konzumací jídla.

3) Infantilní porucha

Chování anorektického charakteru (před nástupem adolescence), často se objevuje u deprivovaných nebo mentálně postižených dětí, ale může mít i organickou příčinu (reflux, gastritida, ezofagitida) (Papežová, 2010, s. 38).

4) Restriktivní porucha příjmu potravy

Téměř každé dítě bývá vybíravé a mnohdy zkouší trpělivost svých rodičů. Je ale třeba se zamyslet nad tím, do jaké míry by se volba mezi jídly měla tolerovat. K ohrožení dítěte by došlo tehdy, když by bylo ochotné přijímat pouze jeden druh potravy (př. sušenky, bonbóny).

5) Syndrom pervazivního odmítání

Dítě s odporem odmítá cokoli přijmout nebo dělat ať už se jedná o pohyb, mluvení jídlo nebo pití.

6) Ruminace

Jedná se o poruchu, kdy jedinec navrací již rozkousanou potravu do úst určenou k opětovnému žvýkání (Krch, 1999, s. 41).

7) Infantilní AN

Dochází k ní ve věku od 6 měsíců do 3 let, provází ji poruchy separace, kdy matka svou úzkost přenáší na dítě. To vyžaduje své potřeby v rovině jídla, jako je noční dokrmování a další jídelní rituály (Papežová, 2010, s. 39).

1.2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Na vzniku PPP, konkrétně mentální anorexie se podílí celá řada různých faktorů. Mezi nimi hraje velký vliv skutečnost, která souvisí s držetím různých diet. Ty začnou nejčastěji dívky držet v důsledku nevhodných narážek blízkého okolí týkajících se jejich postavy.

Všechny jsou na začátku normální, zdravé a hezké. Stačí jediný podnět a stanou se z nich vychrtlé trosky, které se bojí pozřít sousto a lžou svému okolí. Dokáží se naprosto změnit a samy si to neuvědomují (Papežová, 2010, s. 12).

Časté příčiny:

- heredita (dědičnost) k takovému chování,
- porodní trauma,
- pohlavní zneužívání,
- separace,
- obavy z dospívání,
- snaha zviditelnění se,
- snaha prosadit se, uplatnit se,
- protestní chování, rizikové zájmy a profese,
- trestání sebe sama apod. (Krch, 1999, s. 47).

Biologické faktory

Už jen tím, že žena je ženou, je velký rizikový faktor pro vznik mentální anorexie. Ženské tělo a vzhled pro ni hraje naprosto jinou roli než pro pána tvorstva - muže. Nejcitlivějším obdobím pro vznik MA je bezesporu adolescence a dospívání.

V důsledku vstupu do dospívání dochází u žen ke změnám zejména v oblasti hmotnosti a objevuje se u nich první menarche. Dívky mají často problém své tělo přijmout a tak začínají s různými dietami. Na rozdíl od mužů mají mnohem větší tendenci k nabírání hmotnosti (Krch, 1999, s. 22).

Psychosociální rizikové faktory

Mezi hlavní tři rizikové faktory patří:

1) Pohlaví

Jedná se o silný rizikový faktor. Častěji onemocní poruchami příjmu potravy ženy než muži a to v 95% případech. Anorexií pak 10x častěji. Muži, kteří onemocní poruchou příjmu potravy, jsou většinou homosexuálně nebo bisexuálně orientovaní.

2) Etnický původ

Anorexie je vnímána jako nemoc “bílých“ dívek. Výzkumy ukazují, že Afroameričanky bývají se svými tělesnými proporcemi spokojenější než “bílé“ dívky, avšak otázka, do jaké míry je etnický původ rizikovým faktorem, zůstává nezodpovězena. Více než o samotnou etnickou příslušnost se jedná o působícím vlivu západního ideálu ženské krásy.

3) Věk

Období adolescence a časně dospělosti je nejrizikovější pro onemocnění PPP. Na rozdíl od předchozích faktorů podléhá změně a je proměnlivým znakem (Papežová, 2010, s. 31).

Sociální a kulturní faktory

1) Módní ideál

Značně ovlivňuje mladé adolescenty, kteří jsou v tomto věku velmi citliví a zranitelní.

2) Vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění

Ženy si musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se co nejrychleji přizpůsobit požadavkům profesionálního úspěchu a výkonu (modeling, balet, tanec, gymnastika).

Emoce

Emoce – nejstarší psychické jevy (funkce), které jsou problematické, těžko ovlivnitelné, rudimentární, regulovány pravou mozkovou hemisférou. Neodreagované emoce často způsobují stres a vedou ke vzniku řady chorob (rakovina, infarkt, mentální

anorexie). U pacientů s mentální anorexií často najdeme výskyt úzkostných a depresivních stavů. Nejčastěji vznikají s obavou o svoji postavu a ztrátou tělesné hmotnosti (Krch, 2005, s. 30).

Rodinné okolnosti a genetika

Častým předpokladem pro vznik mentální anorexie jedince, je výskyt anorexie u jejich nejbližších příbuzných. Theander (1970) uvádí, že 6,6% sourozenců 94 sledovaných anorektiček, trpělo MA. Anorektické matky jsou často popisovány jako ohrožující a dominantní. Příčinou ale může být i otec, který je pasivní, slabý a udržuje si emoční odstup. Nebezpečí vzniku mentální anorexie se objevuje i v situacích, kdy děti opouští domov-separace (Krch, 2005, s. 65-69).

Mentální anorexie u mužů

Byla popsána Mortonem v roce 1694 a vyskytuje se podstatně méně než u žen. V ohrožení bývají muži homosexuálně orientovaní, kteří bývají méně spokojeni se svým tělem a často dodržují diety za účelem snížení váhy. Studie spokojenosti se svým vlastním tělem u gayů ukazuje, že mívají větší obavu o svůj vzhled. Často dochází ke vzniku MA v případech vykonávání profesí, jako je modeling, balet atp. (Krch, 2005, s. 43).

Životní události

Každý člověk prožívá ve svém životě nespočet situací, z nichž některé pro něj mohou být velice obtížné a těžce zvládnutelné. Často bývají prvopočátkem vzniku mentální anorexie (Krch, 1999, s. 44).

Příklady:

- špatné dětství
- odchod z domova
- pracovní příležitost
- sexuální obtěžování
- nátlak ze strany partnera
- nemoc, špatné rodinné vztahy, prožité trauma

1.3 Časový průběh onemocnění

„Hubená jako tyčka, štíhlá jako laň, lehká jako pířko, tenká jako proutek, chápete?“

Jak bylo již zmíněno v úvodu, média stále více zkreslují realitu, ve které jsou krásné modelky a celebrity ukazovány buď jako štíhlé od přírody a tudíž nerepresentující realitu, nebo nepřirozeně štíhlé jako produkt úsilí k dosažení extrémně štíhlé postavy.

Obsahová analýza ukazuje, že až 22% časopisů v západních společnostech je určeno ženám a nabádají je ke snižování váhy. Doprovodné fotografie a články sdělují informace, že nejlépe toho dosáhnou tak, že nakoupí značkové kosmetické přípravky, zhubnou a budou dodržovat návody na to, jak ulovit a udržet si správného muže. Často při popisu anorektických dívek nepřímo vyzdvihují jejich rysy a přednosti a proto se s nimi čtenářky dokáží dokonale ztotožnit (Novák, 2010, s. 21).

Nemoc se vyvíjí nevinně a v mnoha případech velmi pozvolna. Typickým příznakem je **změna jídelníčku**, ze kterého postupně mizí nezdravá, či příliš vydatná jídla. Dále vynechávání sladkostí a tučných jídel, bílého pečiva, knedlíků nebo masa.

Obrázek 1: Zmenšování porcí jídla



Zdroj: <http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-jak-zhubnout-hubnuti/415591/chcete-zhubnout-zmensete-porce-vyzkousejte-osvedcene-triky.html>

Mění se **režim jídla**. Nemocný nepozře nic, co by mohlo být „navíc“. Na jídlo nemá čas ani chuť, přibývají výmluvy a podvody kolem jídla. Hodně je jídlo nahrazováno žvýkačkami a cigaretami.

Nastává také změna v **jídelním tempu**. Ta se projevuje tzv. nimráním se v jídle a dlouhým prohlížením talíře. Potraviny jsou rozděleny na miniaturní kousky a nemocní dokáží ujídat jeden malý jogurt i půl hodiny (Krch, 2002, s. 15).

Často **vzrůstá jejich aktivita**, mají neustále potřebu něco dělat a zpotit se. Když sní jednu housku, cvičí například dvě hodiny, aby ji okamžitě vypotili.

První zhubnutí je spojeno s růstem sebevědomí a zlepšením nálady. Později se ale uzavírají do sebe, vyhýbají se blízkým a zhoršuje se jejich nálada.

Objevují se také **zdravotní potíže** jako zácpa, porucha menstruace a zimomřivost. Častý je výskyt jemných chloupků a kazivost pleti. Na nabízené jídlo jedinci reagují **kategorickým odporem**. Emočně vydírají své okolí a dokáží mluvit několik hodin o tom, co kdy kde snědli a jak se cítí nafouklí.

Obrázek 1: Dívka se zkreslenou představou o své postavě



Zdroj: <http://www.ladycarehealth.com/effective-treatment-for-anorexia-nervosa/>

1.4 Následky mentální anorexie a zdravotní problémy

Mentální anorexie může způsobit mnoho zdravotních komplikací, jež zvyšují úmrtnost. Ze všech uvedených PPP je mentální anorexie z hlediska nebezpečí cesty ke smrti nejčastější. Téměř u 90% postižených se v průběhu nemoci vyskytují **kardiovaskulární komplikace** jako sinusová bradykardie (zpomalení tepové frekvence), srdeční arytmie či nízký tlak (hypotenze). Je důležité sledovat krevní tlak jak ve stoje, tak vleže a provádět častou kontrolou EKG u všech anorektických pacientek, které mají výraznou podváhu.

Dále např.:

- **renální potíže** jako časté poškození ledvin nebo zvýšená hladina urey v krvi. Mezi gastrointestinální komplikace můžeme zařadit záněty jícnu či vředy.
- **kosterní a endokrinní komplikace** – osteoporóza, netraumatické zlomeniny, amenorea (vynechání menstruace), infertilita (nemožnost těhotenství), nemoci spojené se štítnou žlázou.
- **neurologické komplikace** – akutní zmatenost, časté křeče, migrény, ztráta vědomí, příznaky přechodné ischemie mozku, bolest hlavy, ztráta vědomí.
- **metabolické komplikace** – špatná regulace tělesné teploty, poruchy spánku (nespavost).

1.4.1 Kazuistika

Asi nejsledovanější dívkou, která trpěla mentální anorexií a následně na ní zemřela, byla modelka Isabelle Caro. Pózovala se svým vyhublým nahým tělem na fotografiích Oliviera Toscaniho. Ty měly upozornit všechny mladé dívky a chlapce na nebezpečí mentální anorexie. Mnoho lidí její kampaň proti PPP velmi ocenilo, jiní ji odsoudili a považovali za krutou. Isabelle chtěla světu ukázat jak nebezpečně hubená je a že se chce vyléčit. V jednom z rozhovorů řekla:

„Jsem kostra. V zrcadle vidím kostru. Ale takovou, která je na cestě se vyléčit.“

Její příběh začal ve třinácti letech. Spouštěcím faktorem bylo nejspíše rodinné prostředí a odraz situace z dětství. Její matka se potýkala s velkými depresemi, otec byl stále někde na cestách. Prožila bolestné dětství plné samoty. I přes dlouhý boj, touhu a odhodlanost vyléčit se nakonec anorexií podlehla (Caro, 2001, s. 22-29).

Obrázek 2: Modelka Isabelle Caro



Zdroj: [http://www.cbsnews.com/news/isabelle-caro-photos-nude-anorexia-picturesshocked world/](http://www.cbsnews.com/news/isabelle-caro-photos-nude-anorexia-picturesshocked-world/)

1.5 Možnosti léčby a terapie

Tato kapitola se týká možných způsobů léčby či terapie mentální anorexie. Jedním z klíčových faktorů ovlivňujících přesvědčení pacienta k léčbě je čas. Průběh této nemoci je u každého jedince individuální. Nelze stanovit přesný postup, jak se této nemoci bránit. Prvním krokem k vyhledání pomoci je uvědomit si vážnost této nemoci a její dopady, které se odrazí jak na zdravotním tak i duševním stavu pacienta. Důležitá je i podpora blízkého okolí a role motivace.

Hospitalizace

Mnohdy je u dětských pacientů pro rodiče velice obtížné souhlasit a vyrovnat se s tím, že jejich dítě musí podstoupit léčbu v nemocnici. Je tedy na odbornících, aby jasně a citlivě vysvětlili důvody potřeby léčby hospitalizace a vyslechli si názory obou rodičů.

Obecná vodítka při rozhodování o hospitalizaci:

- Nezbytnost návratu k normální hmotnosti/ přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů.
- Přerušování záchvatů přejídání, zvracení/zneužívání projímadel.
- Zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží.
- Léčba přidružených stavů (těžká deprese, riziko sebepoškozování, zneužívání psychoaktivních látek).

Hospitalizace je doporučována v případě, že:

- došlo k hmotnostnímu úbytku o více než 20%
- dehydratování organismu
- známky selhávání oběhového systému
- zvracení a nevolnosti
- výskyt suicidálního chování

Hospitalizaci je ale nutno zvážit v každé fázi terapie. Pacientův stav je nutno po celou dobu sledovat až do jeho stabilizace.

Ambulantní lékařská péče

Doporučuje se u pacientů, kteří se již v minulosti léčili různými formami terapie, avšak pokaždé to nezvládli a myslí si, že již nemají šanci na úspěšnou léčbu. Záměrem není překonání mentální anorexie jako takové, ale jedná se pouze o navrácení daného jedince do stavu somatické a psychické stability. Jedná se o individuální či skupinové týdenní konzultace vedené pod lékařským dohledem (Krch, 2005, s. 126).

Pomoc pro rodiče a rodinná terapie

První volba léčby u mladých pacientů, kde vstupují do popředí rodinné konflikty. Doporučuje se ji zařadit jako doplňkovou léčbu k terapii individuální. Nejde v ní o základní způsob léčby, ale je zde důležité porozumět specifickým důležitým problémům. Mentální anorexie může v mnoha případech odrážet určité dysfunkční role, spojenectví nebo vyvolané konflikty. Rodinní příslušníci se často chytají za hlavu, jak je možné, že jejich dceři jsou najednou vidět ošklivým způsobem žebra a že má propadlé nezdravé tváře. Také často kolísají mezi zoufalými pokusy bez úspěchu o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice spojené s příjmem potravy (Krch, 2005, s. 127).

Individuální terapie

Volí se jako vhodný prostředek při léčbě dětí s MA nebo emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu (FAED). Je zde veden dialog s terapeutem o důležitých otázkách, které poté zaznívají i při kontaktu s rodiči. Může si to tak vyzkoušet nanečisto. O této terapii by se mělo uvažovat v případě, kdy není úspěšná terapie rodinná. Mohou zde vyplynout na

povrch citlivá témata (např. násilí, pohlavní zneužívání). Další infekcí je deprese, obsedantně – kompulzivní porucha nebo specifické emoční poruchy (strach z polykání/ udušení).

Skupinová psychoterapie

Zaměřuje se zejména na rozvoj pacientovy sebeúcty. Je součástí mnoha léčebných programů pro pacienty s PPP. Liší se podle toho, zda je zaměřena na osvětu a úpravu základních příznaků (kontrola jídelního chování), nebo více na interpersonální a emocionální problémy pacientů (Krch, 2005, s. 122).

Edukativní skupiny

Smyslem je poskytnout pacientovi informace o poruchách příjmu potravy a doporučit mu, jak nejlépe zvládnout základní příznaky. Sezení mívají skupinový charakter nebo se mohou uskutečnit ve formě přednášky. Jedná se o edukaci – dialog, jehož se pacienti aktivně účastní. Všechny jejich připomínky či dotazy jsou zapisovány. Do této skupiny jsou voleni pacienti s dostatečným intelektem a schopností spolupráce (Krch, 2005, s. 122).

Jídelní skupiny

Slouží jako edukativní – nácvikový charakter. Jsou zaměřeny na postoje a chování spojené s jídlem, dotyčný se lépe orientuje v nutričních aspektech MA nebo si může prakticky vyzkoušet situace, které jsou spojeny s přípravou a konzumací jídla. Sezení jsou strukturována s ohledem na konkrétní problémy, jako jsou například nákupy, skladování potravin či stolování. Jídelní skupiny nejsou vhodnou volbou pro pacienty v první polovině léčby, kteří jsou vyhublí a bez nadhledu. Jídelní chování není vhodné bezprostředně komentovat. K tomu slouží skupinové sezení po jídle k vyjádření úzkosti napětí a dalších nepříjemných pocitů spojených především s jídlem (Krch, 2005, s. 122).

Svépomocné skupiny

Jsou velmi užitečné. Společnými znaky je jejich společný problém a spoléhání se na pomoc podobně postižených nebo sebe samého. Společný problém by měl nemocným umožnit lepší vzájemné porozumění a vést ke vzájemné pomoci při zvládnutí tohoto problému. Cíle jsou orientovat se v dané problematice a seznámit se s problémy a řešením někoho jiného, získat základní informace o poruše/příznacích a možnostech intervence,

překonat svou osamocenost a získat sociální kontakty a impulzy k životu. Vedení této skupiny může být různé (vyléčený pacient, školený laický terapeut i profesionál), který skupině navrhne možný léčebný program. Chodí sem po propuštění z léčby. Svépomocné skupiny anorektikům umožňují překonat izolaci, být v blízkosti případné pomoci a naučit se žít s anorexií. Svépomocné hnutí je také aktivní na internetu (v ČR pppinfo.cz, anabell.cz). Nebezpečné jsou ale stránky jako „StarvingForPerfection“, ve kterých se návštěvníci podporují a vytváří komunitu, která oslavuje tělesnou formu, hladovění/ sebekontrolu. Často obsahují návody jak se propracovat k anorexii nebo jak se naučit zvracet (Krch, 2005, s. 123).

Medikace

V dětství bývá tato možnost léčby volena velmi zřídka. U pacientek, které trpí obsedantně – kompulsivní chorobou, by se dalo uvažovat o nasazení antidepresiv. Mělo by se o ní uvažovat jako o doplňku k jiným terapiím, zejména v případě, kdy může zvýšit účinnost jiných terapeutických postupů. Neměla by se používat bez současného nasazení dalších způsobů léčby.

Psychodynamická terapie

Tato terapie se dělí na dvě školy. První z nich odmítá názor tradiční dynamické terapie, která spočívá ve změně při léčbě mentální anorexie. Druhá se naopak přiklání k potřebě užití modifikace dynamické terapie, kvůli osobním potřebám jedinců, zasažených touto poruchou. Aplikace této terapie je doporučována v případech pohlavního zneužívání (Krch, 2005, s. 45).

2 Praktická část

2.1. Formulace cíle a dílčích úkolů

Ve výzkumné části mé práce se budu snažit co nejlépe popsat svůj záměr, cíle, přístupy a metody. Získaná data zakomponuji do případových studií, jež jsem vytvořila na základě informací ve formě výpovědí od jednotlivých respondentů. Téma, které mě zaujalo, jsou dnešní možnosti terapie a jejich účinnost v léčbě pacienta. V obsahu teoretické části byly vymezeny následující termíny: Poruchy příjmu potravy – jak již napovídá název této práce, zejména pojem mentální anorexie, který bude obsahem i v rámci praktické části. Závěrem se pokusím zanalyzovat výpovědi mých respondentů a vyzdvihnout zajímavé poznatky, které se týkají terapie a léčby této poruchy.

Metoda sněhové koule

Respondenty, kteří se budou účastnit mého výzkumu, jsem získala převážně na doporučení lidí z mého blízkého okolí. Díky nim jsem se pak dostala ke kontaktům na další osoby zasažené touto nemocí. Využila jsem tedy metodu sněhové koule (*snowball technique*) (Sedláková, 2014, s. 102). Pomocí této techniky jsem získala kontakty na všechny jedince, kteří se účastnili mého výzkumu.

2.1.1 Kvalitativní výzkum

Často je tento druh výzkumu doporučován pouze jako kombinace ke kvalitativnímu bádání. Je zde ale veliký přínos v možnosti prozkoumat jednotlivá data do hloubky. Zakládá se na poznání a porozumění problému daného jedince, s kterým je člověk většinou v osobním kontaktu. Náplní člověka, jenž jedince zkoumá je pokusit se získat co nejvíce informací z vybrané oblasti a následně je co nejlépe zanalyzovat. Výsledkem jsou závěry vyvozené z osobní úvahy. Je u něj doporučováno dlouhodobé zkoumání a práce s vybranými účastníky. Nemělo by pak docházet k unáhleným závěrům. Hlavním záměrem je zprostředkování informací o životě lidí – jak vypadá jejich každodenní život, atp.

Hlavní výzkumné cíle

Hlavním záměrem bylo apelovat na nebezpečí tohoto onemocnění, jež se nazývá mentální anorexie a zjistit, do jaké míry jsou možnosti léčby účinné a jak se k tomu staví jednotliví účastníci mého výzkumu. Nechtěla jsem čerpat pouze z literatury, ale zajímaly mě

reálné příběhy, ze kterých budu moci vycházet. Jedná se o příběhy čtyř mladých žen a jednoho muže, kteří si nemocí prošli nebo stále procházejí. U jednoho z nich se v důsledku anorexie objevila mentální bulimie.

Dílčí cíle

Vedle terapie a léčby mě velmi zajímaly příčiny vzniku tohoto onemocnění. Chtěla jsem především zjistit, jaké jsou hlavní faktory jeho vzniku a v rámci jaké situace respondenti začali hubnout.

2.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

- U každého se projevilo onemocnění, které odpovídalo diagnostice mentální anorexie dle MKN, 10. revize.
- Věkové rozmezí se pohybuje od 15-30 let.
- Jsou zde uvedeni zástupci obou pohlaví.
- Jedinci trpěli či stále trpí anorexií nebo jinou PPP.
- Způsob léčby probíhal pod dohledem lékařů ve specializovaném zařízení nebo pravidelným docházením na terapii.

Vybraní respondenti budou uvedeni pod smyšlenými jmény v důsledku zachování jejich anonymity a respektování soukromí. Dále nebudou uváděny žádné názvy zařízení či konkrétní jména lékařů.

2.1.3 Metody sběru dat

Případová studie

Detailní studium jednoho či více případů. Oproti statistickému šetření, kde dochází ke shromáždění omezeného množství dat od mnoha jedinců, zde dochází ke sběru detailních informací od několika málo jedinců. Důležité je zachycení složitosti případů a popis vztahů v jejich celistvosti. V sociálně vědním výzkumu se velmi podobá mikroskopu, protože je velmi důležité, jak moc je zaostřená.

Dělení:

- Osobní případová studie
- Studie komunity
- Studium sociálních skupin
- Studium organizací a institucí
- Zkoumání událostí, rolí a vztahů

Osobní případová studie

Jedná se o výzkum určitého jevu vyskytujícího u konkrétního jedince. Tato studie zkoumá např. děje z minulosti a postoje, které předcházely určitým událostem (alkoholismus, rozvod, užívání návykových látek). Hledají se různé příčiny, determinanty, zkušenosti a procesy, které k ní měly vztah (Hendl, 2005, s. 104-105). V případové studii bylo použito metody psychologického interview, a to formou narativního a polostrukturovaného rozhovoru.

Narativní rozhovor (interview)

Liší se od strukturovaného rozhovoru tím, že zde nejsou získávány informace pomocí klasického schématu **otázka – odpověď**, ale formou volného vyprávění. Díky této výhodě nám může jedinec odkrýt i fakta z jeho života, která by se při cíleném dotazování neobjevila.

Samotný rozhovor se dělí na čtyři fáze: 1) stimulace

2) vyprávění

3) kladení otázek pro vyjasnění nejasností

4) zobecňující otázky

Polostrukturovaný rozhovor

Tento druh rozhovoru se používá v kvantitativním i kvalitativním výzkumu. Jedná se o jakési interview spojené s otevřenými otázkami. Všechny jsou navrženy tak, aby na ně respondenti pečlivě odpovídali. Jeho výhoda spočívá při srovnání získaných výpovědí. Je zde minimalizován efekt tazatele na kvalitu rozhovoru.

Otevřené kódování

Výsledky tohoto výzkumu byly zpracovány formou otevřeného kódování. Jeho využití je vhodné při prvním pročitání získaných informací, kdy daný výzkumník nachází nejkritičtější místa a témata vzniklá v jednotlivých výpovědích. Jednotlivé kategorie pak může mezi sebou porovnávat, analyzovat či slučovat do větších celků. Náročnějším úkolem tohoto kódování je porozumění a rozšifrování textu aneb zjistit, co tím chtěl vlastně básník říct. Dále si může sám určit, jak velkým celkům se bude při tomto typu kódování věnovat – zdali to budou slovíčka, jednotlivé věty, odstavce či celkové případy (Hendl, 2005, s. 132).

2.2 Samotný průběh výzkumu

Byla jsem překvapena, že všichni respondenti o svém příběhu dokáží mluvit otevřeně. Měla jsem obavy, abych získala dostatečné množství informací, ale jelikož s každým jsem spolupracovala půl roku, vyšly mi vcelku obsáhlé studie. Ve sběru dat jsem použila narativní interview v kombinaci s doptáváním v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Všechny rozhovory byly nahrávány na záznamník a následně přepisovány. Mohla jsem se tak soustředit na obsah celého rozhovoru a samotného respondenta bez rušivých elementů. Při opakovaném poslechu se mi vždy vybavila celková atmosféra a pocity, které proběhly při našem sezení, až mě z toho mrazilo po zádech.

2.2.1 Případové studie (příběhy)

Zde budou představeny jednotlivé příběhy vybraných respondentů. Pro přehlednost a úvodní seznámení jsou v tabulce níže uvedeny jejich základní údaje.

Tabulka 1: Údaje o respondentech

Jméno	Současný věk	Věk - onemocnění	Nejnižší váha/výška	Doba trvání nemoci	Úspěšné vyléčení
Leoš	25	19	50kg/185cm	3 roky	ANO
Monika	21	17	43kg/171cm	1 rok	ČÁSTEČNĚ
Julie	22	14	37kg/159cm	5 let	ANO
Gabriela	30	15	40kg/160cm	dodnes	NE
Zuzana	21	16	45kg/170cm	3,5 roku	ČÁSTEČNĚ

Zdroj: vlastní zpracování

Případová studie č. 1: Leoš

Leoš se narodil před pětadvaceti lety. Pochází z 3 sourozenců, má mladší sestru a staršího bratra. Je homosexuálně orientovaný a dnes žije se svým přítelem v rodinném domku. Vyrůstal v harmonickém rodinném prostředí, rodiče se nikdy nehádali a nikdy nedali na své děti dopustit. *„Dětství jsem měl normální, krásný, rodiče se ke mně chovali vždy slušně, vztah s nimi i svou sestrou a bratrem mám dodnes dobrý, vždy mě podporovali a podrželi...mám je velmi rád...i mou homosexuální orientaci přijali dobře“.*

Ve škole patřil Leoš mezi průměrné žáky a kvůli jeho sexuální orientaci byl často vrstevníky zavrhován. To mu ale nevadilo, jelikož byl velmi dobrý v basketbalu, jeho velkém koníčku a vynikal v této oblasti a tam si ho také každý vážil. Sám také říká: *„Od malička se věnuji sportu, respektive basketbalu, byl jsem 6 x v reprezentaci a basketbal miluju. Je mi naprosto jedno, co si o mě kdo povídá, byl jsem kapitán týmu a měl radost z každého střeleného koše.“*

Po základní škole nastoupil na elektrotechnické učiliště a po absolvování maturity se odebral do Německa, kde pracoval jako elektrikář. Sám ale říká, že tato možnost studia pro něj nebyla vhodnou volbou. Dnes studuje na lékařské fakultě a přeje si být lékařem, nejlépe na dětském onkologickém oddělení.

První známky hubnutí se u něj objevily v 19 letech, kdy dostal příležitost pracovat pro modelingovou agenturu. *„Kdyby mi někdo někdy řekl, že budu anorexií trpět tak bych*

mu nikdy nevěřil, ale rychle se to změnilo od té doby, co jsem dostal nabídku práce v modelingové agentuře...začal jsem cítit tlak, že musím zhubnout. Atmosféra na pracovišti nebyla příjemná, oni všichni stále řešili svoji váhu a vzhled. Vyhlídl si mě návrhář, po čase jsem pochopil, že to není kvůli mým schopnostem, ale protože se mnou chce navázat sexuální vztah. Později došlo k obtěžování, nucení k provozování sexuálních praktik a následnému vydírání, že pokud nebudu dělat co chce, tak mě vyhodí... omlouvám se, ale nerad bych zabíhal do detailů, jelikož je to pro mě stále velice citlivé téma“ ...

Tento proces trval dlouhé 2 roky a Leoš nakonec skončil zneužívaný a jedl pouze jedno jablko denně v kombinaci s pojidáním vaty. Pokud snědl cokoliv navíc, šel okamžitě zvracet...Vyhýbal se i kontaktu s rodinou a zásadně odmítal chodit na společné obědy a večere. Jeho nejnižší váha byla 50 kg při výšce 185 cm. Po čase u sebe začal pozorovat častý třas rukou a celého těla. „*Nejhorší bylo, když si toho všímali už ostatní, cítil jsem se stále více vyčerpaný... touha být hubený ale stále vítězila... Často jsem omdlával, několikrát jsem byl hospitalizován a napojen na umělou výživu...“*

Co se týká změny v osobních vztazích, ukázalo se, kteří lidé za to opravdu stojí. Jeho bývalý přítel ho místo pomoci označil za blázna a pomluvil všude, kde se dalo, rodina se naopak semknula a snažila se mu pomoci. I přesto jakoukoliv pomoc odmítal a nechtěl nic slyšet. Nakonec mu pomohla jeho nejlepší kamarádka. „*Když mě moje nejlepší kamarádka vzala do onkologického ústavu, kde dlouhodobě ležely děti s leukémií, došlo mi to...chodili jsme je často navštěvovat a po čase jsem si uvědomil, že oni bojují o život a já se sám dobrovolně zabijím... Vyhledal jsem potom odbornou pomoc psychiatra...Byla mi nařízena hospitalizace, kde jsem vydržel 14 dní, ale hrozně jsem se za sebe styděl před ostatními, tak jsem se nastěhoval k našim a docházel pouze na terapii...celkem rychle jsem se stabilizoval a začal mít i trochu radost ze života...*

Dnes vypadá jako zdravý, hezký muž, který má sen být lékařem. I přesto ale říká, že má občas myšlenky na hubnutí nebo si vybaví časy zneužívání a depresí. „*Nikdy nebudu asi v pohodě jako dřív. Šrám na duši nějaký je a asi bude. Mám teď velkou podporu lidí, co se na mě nevykašlali a také nového přítele se kterým budujeme nový život...Nejvíc mi pomohla moje rodina a kamarádka a taky paní psycholožka, ke které docházím dodnes“*

Případová studie č. 2: Monika

Monice nedávno bylo 21 let. Pochází z Ústí nad Labem, ale v současné době bydlí na koleji v Praze, kde studuje vysokou školu ekonomickou (VŠE). Současně chodí do práce na částečný úvazek do jedné malé firmy, která se zabývá vývojem strojírenských technologií, kde pracuje jako asistentka a spravuje webové stránky. Mezi její koníčky patří tancování, badminton, plavání a čas strávený s přáteli. Je jedináčkem a od malička vyrůstala v úplné rodině, z níž má nejbližší ke svojí babičce. Sama o své rodině říká:

„No, vyrůstala jsem v baráku s rodiči a prarodiči. Děda umřel když mi byly 3 roky a většinu dětství jsem trávila jenom s babičkou. Babička je pro mě nejúžasnější člověk na světě a mám jí moc ráda. Mamka vždycky hodně pracovala, jeden čas měla dokonce i tři zaměstnání najednou. Táta je pohodář a je s ním sranda. No, ale s mamkou je to složitější. Je hodně chytrá a cílevědomá. Vždy na mě byly kladeny vysoké nároky, už kvůli tomu, že jsem jedináček. Přijde mi, že jsem si nikdy nemohla pořádně vybrat, co bych chtěla, ať už se jednalo o koníček, nebo školu. Vše mi mamka vždycky určila a musela jsem to splnit. Prospěch jsem musela mít samozřejmě výborný a mít hodně aktivit, třeba jako zpívání ve sboru, hraní na flétnu a jiné. S tátou je to fajn, nikdy nic moc neřeší a do ničeho mě nenutí.“

Ve škole byla zvyklá vždy vynikat, měla samé jedničky, když domů přinesla horší známku, moc se to mamince nelíbilo. Často jí tedy bylo smutno a připadalo jí, že za nic nestojí. První známky hubnutí se u ní projevily zřejmě kolem 17 let.

„Nevím přesně hlavní příčinu, byla jsem hodně ve stresu. Začalo to na střední škole, když jsem ještě neměla přítele. Byla jsem hodně sama, možná i proto je pro mě teď vztah s kamarády důležitý. Doma se ode mě furt něco čekalo. Když jsem zhubla, všichni mě začali obdivovat...říkali, jak mi to sluší a každý se semnou chtěl bavit, to mě motivovalo snižovat váhu čím dál víc. Máma si toho doma asi ani nevšimla, pro tu bylo pořád důležitý, abych ji někde nedělala ostudu.... až jednou mi řekla, že konečně nevypadám jako bečka...“

Stejně jako u většiny takových případů začala Monika zprvu vyřazovat ze svého jídelníčku těžká a nezdravá jídla.

„Nejdřív jsem vynechávala hodně sladkosti a smažená jídla a taky jsem hodně cvičila...potom jsem jedla jenom oříšky a pila Coca Colu. Když jsem přišla domů, nandala jsem si vždy na talíř jídlo, se kterým jsem odešla do pokoje a následně ho šla vyhodit.“

Monika zhubla 20 kg za půl roku a po čase začala být velmi vyčerpaná. Z hezké slečny se pomalu stávala troska s propadlými tvářemi. Jí se ale líbilo, jak vypadá, a s hubnutím nechtěla přestat. Naplňovalo ji to a viděla, že na sebe může být v něčem pyšná. Postupem času se samozřejmě začaly objevovat zdravotní komplikace.

„No to si pamatuju, že mi začaly vypadávat vlasy a tmavnout chlupy. Taky mi byla často zima a byla jsem nepříjemná a často nemocná. Taky mi po čase zmizely měsíčky. Mám dodnes problém s menstruací a doktorka říkala, že budu muset brát i hormony až budu chtít mít děti...taky беру stále antidepressiva, měla jsem hrozné úzkosti...“

V létě se jí naskytlá příležitost brigády hlídání dětí. Pravidelně docházela do jedné rodiny, kde se starala o ročního chlapečka a pětiletou holčičku. Tato životní šance nebo možná osud byl pro ní záchranným bodem. Děti si zamilovala a má s nimi dodnes krásný vztah. Naštěstí v tu dobu nastal zlom. : *„Tehdy jsem byla na brigádě a hlídala děti... často mi všichni říkali, že pokud se nezačnu léčit tak umřu a děti a svojí rodinu mít nikdy nebudu...rozbřečela jsem se a přemýšlela o tom.... já musím mít děti, jsem ženská jako všechny ostatní, potom mě babička odvedla do nemocnice a tam mě okamžitě hospitalizovali...celkem jsem tam byla třikrát...docházím stále taky na rodinnou terapii.“*

Případová studie č. 3: Zuzana

Mladé slečně Zuzaně je 21 let a studuje Právnickou fakultu v Plzni obor Veřejná správa, avšak nebyl to její sen, vždy chtěla jít na Fakultu tělesné výchovy a sportu (FTVS). Jejím smyslem života je sport. Sama říká: *„Mým smyslem života už od malička je sport i přes to, že jsem byla jako dítě obézní, vůbec mě to neodradilo. I při mé vysoké nadváze jsem kdysi hrála fotbal. Po maturitě jsem začala hodně cvičit a zajímat se o fitness a tím žiji dodnes.“*

Pochází z úplné rodiny a má bratra, který hraje fotbal za Spartu, rodiče do něj vkládají obrovské naděje, někdy i nad jeho úkor. Vyrůstala v rodinném domě na okraji Prahy. Když nastoupila na základní školu, začala trpět nadváhou. Postupem času se tento problém stále stupňoval: *„Ve 14 letech jsem vážila 90kg, potom mě rodiče poslali na hubnoucí pobyt, kde jsem zhubla asi 7 kilo...když jsem přijela, zase jsem všechno nabrala zpátky. Byla jsem taková velká kulička...“*

Zuzky vztah s rodiči je dobrý a podle ní uvažuje jinak než většina jejích vrstevníků. Připouští si, že rodiče tu nebudou navždy a tak se s nimi snaží trávit více času. Má ale pocit,

že bratr je doma více upřednostňovaný. *Snažím se mu to nezávidět a spíš mu to přát, ale stejně je mi to v některých chvílích líto.*“

Mentální anorexie se u ní objevila někdy v 16 letech. „*Začalo to v době, kdy se se mnou rozešel můj první přítel, kvůli holce, která byla tak poloviční než já. Došlo mi, že je se mnou něco špatně, tak jsem radikálně omezila stravu. Dopadlo to tak, že jsem jedla jogurt, zeleninu a křehké plátky, jinak nic.*“

Postupem času se u ní začala objevovat velká nervozita a častá únava v kombinaci s velkými bolestmi hlavy. Často se jí dělalo nevoľno v dopravních prostředcích a několikrát omdlela. I přes to, že nejedla, jí rodiče stále opakovali, že je silná a kdykoliv jí viděli s jídlem, říkali jí, že drží přeci dietu. Naštěstí její přítel, se kterým začala chodit v průběhu nemoci poznal, že s ní není něco v pořádku. Snažil se jí pomoci, jak nejvíc mohl. „*Každý večer mi vařil a byl schopný nade mnou sedět, dokud jsem jídlo nesnědla.*“

Zlom v uvědomování si svého problému přišel v tu chvíli, kdy s ní její přítel nechtěl udržovat intimní vztah, v důsledku toho jak byla hubená. Měla to pro ní být jakási motivace. Nakonec nabrala na stabilní váhu a sama si myslí, že z anorexie je venku. Ovšem nastal další problém, začala se přejídat. „*Mým novým problémem je záchvatové přejídání s následným zvracením. Bohužel si myslím, že se nikdy, ať jednoho tak druhého psychického problému nikdy nezabavím, protože se fáze mého života stále střídají – jednou jsem tlustá, potom hubená, potom se přejídám a pláču.*“

I když jejím snem je mít fitness postavu, nedokáže snést pocit, že je jí oblečení malé, i přes to, že jí rostou svaly. Cítí se bezradná a věří, že jednou přijde den, kdy se to zlomí...

Případová studie č. 4: Julie

Předposlední příběh je o Julii, které je 22 let a bydlí v Plzni. V současné době studuje na Západočeské univerzitě, obor strojní inženýrství. Ve škole nikdy neměla problém s učením, patřila mezi lepší žáky. Její náplní života je sport – konkrétně závodní plavání, kterému se věnuje již 12 let. Vyrůstala v úplné rodině společně se svými rodiči a bratrem.

„*Co si pamatuji tak dětství bylo hezké, pořád jsme podnikali nějaké rodinné výlety a bylo co dělat. Hodně času jsem trávila na plavání a o víkendech se jezdilo na závody po celé republice.*“

Co se týká vztahů v rodině, tak říká, že s otcem si rozumí více než s matkou, jelikož se s ní nikdy nedalo pořádně bavit. Cítila, že je pro ni někdo cizí. Od jejích 14 let se začaly

u nich doma objevovat časté hádky s vulgárními nadávkami. I to bylo poté jedním z faktorů, proč začala hubnout. Hubnutí u ní odstartovala ale hlavně nemoc, díky které zhubla první přebytečná kila.

„Pamatuji si, že jsem asi v květnu onemocněla a v důsledku slabosti a nechuti k jídlu jsem nemohla jíst a zhubla jsem prvních 6 kilo...potom začaly prázdniny a všichni mě chválili, jak mi to sluší, ale že by mi to slušelo ještě víc kdybych trošku ještě zhubla zadek...v září začala škola a pravidelné tréninky v plavání...vím, že jsem přestala chodit do jídelny na obědy a nosila jsem si připravené jídlo v krabičkách z domova...už tehdy jsem se začala hodně hlídat, jelikož jsem viděla, že váha jde dolů a že hubnu i stehna, která jsem měla vždy silná.“ Nakonec během půl roku zhubla 25 kilogramů. Líbilo se jí, jak váha jde dolů s každým týdnem. *„Měla jsem svůj zaběhnutý jídelníček, při kterém šlo hubnutí jedna báseň. Ráno jsem si dala Bebe sušenky s jogurtem, v poledne pár těstovin nebo kousek housky a večer ovoce s bílým jogurtem. Každý den jsem chodila na dvouhodinové tréninky, takže kila mizely pořád.“*

Postupem času si porce jídel neustále zmenšovala a dokázala nad jedním malým jogurtem sedět třeba hodinu. Všechno několikrát rozkousala, než se odhodlala sousto spolknout. Bála se jíst cokoliiv nezdravého a tak si vždy odnesla doma jídlo do pokoje a dělala, že všechno snědla. Když se rodiče dívali na televizi, šla jídlo spláchnout do záchodu. Začala se u ní objevovat také stále větší nervozita, nedokázala komunikovat se svým okolím bez negativního přístupu a byla jí stále zima. Nakonec ztratila menstruaci a často se u ní objevovala srdeční arytmie.

Hodně se v tu dobu ukázalo, kdo za to stojí a kdo jí má opravdu rád. Rodina a podpora okolí je pro ní jeden z nejdůležitějších faktorů, které v životě potřebuje. *„Nikoho jsem ze začátku neposlouchala, nechtěla jsem slyšet ani vidět, že už je to moc a lezou mi kosti. Naši se na mě pořád zlobili, že jsem hubená, ať se jdu zvážit...že už se na to nemůžou koukat, jak se jim ztrácím před očima...jsem ale hrozně ráda, že rodinu mám a musím zaklepat, mám také hodně velké štěstí na správné lidi kolem sebe...“*

To se ukázalo i v situaci, kdy nastal zlom v uvědomění si problému, že je až moc hubená.

„To jsem byla na plaveckých závodech v Jihlavě a nedoplavala jsem závod. Moje kamarádka se se mnou přestala bavit a řekla mi, že už to se mnou nejde, ať se vzpamatuju, že ničím sama“

sebe...vím, že jsem se ten večer potom hrozně přejedla a bylo mi šíleně...další týden jsem jí zavolala a ona se mnou zašla do nemocnice...tam mě okamžitě hospitalizovali...uvědomovala jsem si, že se z toho chci dostat a začít zase normálně žít a plavat... odešly mi všechny svaly...ještě nějaký čas potom jsem docházela k psychologovi, který mi velmi pomohl...a takovým druhým psychologem mi byla právě moje nejlepší kamarádka, která je něco jako moje sestra...celý život se mě snaží motivovat a dělat věci správně... každému bych přála najít tak super člověka, který vám pomůže v těch nejtěžších chvílích.“

Co se týče jejího pohledu na úspěšnost léčby a terapie tak v první řadě uvedla, že nikdo s takovým jedincem nehne a nedonutí ho se začít léčit, pokud si to sám v sobě neuvědomí. „*Anorektici se vidí pořád jako tlustí a je těžké jim to vymluvit. Myslím, že když má člověk ty správné lidi kolem sebe, tak tě dokážou přesvědčit se jít léčit. Každý ale musí v sobě najít sebeuvědomění a přijít sám na to, že je s ním něco špatně. Hospitalizace vás dovede vrátit do stabilizačního stavu, ale šrámy na duši v důsledku tohoto traumatu už člověk bude mít celý život. Myslím si, že hodně účinná je skupinová terapie, kdy svůj problém řešíte s lidmi, kteří si tím také prošli a sdílejí stejné zážitky a pocity. Více než pobyt v nemocnici je pro mě ale opora a pomoc blízkého okolí. Bez nich nevím, co bych dělala.“*

Na závěr uvádí, že z anorexie je již vyléčená, ale nějakou dobu po navrácení do stabilizačního stavu se u ní začaly objevovat známky záchvatovitého přejídání, kdy snědla za večer např. 5 velkých čokolád, poté začala mít výčitky a celou noc probrečela. Jak sama ale říká, tak všechno chce svůj čas a za pomoci její psycholožky a blízkého okolí se ze všeho dostala.

Případová studie č. 5: Gabriela

Poslední příběh se týká dnes již třicetileté ženy Gabriely, která trpí mentální anorexií bohužel dodnes. Vystudovala střední školu zdravotnickou a v současné době pracuje jako trenérka plavání a prodává oblečení v obchodě. Bydlí se svým otcem a pejskem v malém domku nedaleko Prahy. Gabriela má mnoho zájmů a koníčků, avšak její nemoc ji velmi často omezuje a bývá mnohdy slabá.

Co se týče jejího dětství, bývala velmi často osamocena. Sama říká:

„Dětství jsem měla složité. Moji rodiče se v mých 12 letech rozešli a na mě to mělo velmi špatný dopad. Stresové situace, které byly u nás doma každý den, jsem řešila

schováním se do ústraní a také tím, že jsem skoro vůbec nic nejedla. Svoji matku jsem měla ráda, ale tím jak se od nás odstěhovala, náš kontakt se zmenšil na minimum. Myslím si, že o kontakt ani neměla zájem. Samozřejmě z mojí strany jsem také cítila určitou křivdu, takže jsem se do kontaktu také moc nehrnula. S tátou mám velice dobrý vztah."

Hubnutí se u ní objevilo někdy v 15 letech.

„To se mi prostě začaly líbit vyhublé postavy. Úplně se mi všechno převrátilo v hlavě a začala jsem hubnout. Trvá to dodnes, to přeci vidíš. Nevím co byla hlavní příčina.. určitě moje máma, strach z toho že si nikoho nenajdu a taky u mě došlo k znásilnění.. to bychom tady byly hodiny... U Gabriely mentální anorexie bohužel trvá již 15 let a nemá konce..

„Nevím, zlom k tomu jít se léčit, ten asi nenastane nikdy, jelikož anorexií trpím již 15 let...mám v sobě nějaký blok a prostě ho nedokážu překonat...Ještě jsem nenašla podnět k tomu, abych se dokázala začít léčit."

Mnohokrát již podstoupila hospitalizaci, avšak bez velkého úspěchu. Byla jí tedy doporučena ambulantní lékařská péče.

„Pro mě nemá samotná léčba asi žádný význam...věřím tomu, že rodinná terapie hodně pomáhá... já docházím pouze na ambulantní léčení, jelikož už mám jen těžko šanci na úspěšnou léčbu...Já z toho nebudu venku nikdy... i přesto bych si moc přála najít odvalu se začít léčit."

2.2.2 Shrnutí

Ve všech příbězích v uvedených případových studiích jsem se snažila co nejvýstižněji předat nejdůležitější a nejzásadnější informace, získané od vybraných respondentů. Každý z nás je originál, takže i každý z příběhů má svoji originalitu a průběh. Ráda bych poukázala na fakt, že i přes shodu či různorodost vedou k podobným závěrům a většinou i celkem šťastným koncům až na Gabrielu, která anorexií trpí celý život a Zuzanu, u níž teď přetrvává záchvatovité přejídání a mentální bulimie. Často se vyskytoval jako spouštěč, či pomoc v ovlivnění léčby faktor **rodiny** a blízkých. Rodinné vazby a vliv blízkého okolí mohou mentální anorexií vyvolat či uklidnit. Všichni respondenti byli ochotni si se mnou popovídat a podělit se o svůj příběh.

2.3 Vyhodnocení analýzy otevřeného kódování

Z nasbíraných dat jsem zanalyzovala informace, týkající se tématu léčby. Tyto výsledky však nelze zobecnit pro všechny pacienty s mentální anorexií. V rámci zvoleného otevřeného kódování na téma **léčba a terapie** vznikly tato témata: **motivace** vedoucí k zahájení léčby, faktor **rodinných příslušníků**, pomoc **blízkého okolí** a **úspěšnost hospitalizace**.

Ze všech příběhů vyplývá, že se jedinci začali léčit až tehdy, když si svůj problém sami uvědomili. Nejdůležitějším faktorem je motivace, a u každého byla odlišná. Vybraní respondenti uvedli jako motivátor touhu být normální a získat šanci k založení vlastní rodiny, uvědomění si, že zabíjejí dobrovolně sami sebe, nebo že trápí jejich blízké okolí. Pro příklad je zde uvedena výpověď Julie:

„Moje kamarádka se semnou přestala bavit a řekla mi, že už to se mnou nejde, ať se vzpamatuju, že ničím sama sebe...vím, že jsem se ten večer potom hrozně přejedla a bylo mi šíleně...další týden jsem jí zavolala a ona se mnou zašla do nemocnice...tam mě okamžitě hospitalizovali...uvědomovala jsem si, že se z toho chci dostat a začít zase normálně žít a plavat... odešly mi všechny svaly...ještě nějaký čas potom jsem docházela k psychologovi, který mi velmi pomohl...a takovým druhým psychologem mi byla právě moje nejlepší kamarádka, která je něco jako moje sestra...celý život se mě snaží motivovat a dělat věci správně... každému bych přála najít tak super člověka, který vám pomůže v těch nejtěžších chvílích.“

Také téma **rodinných příslušníků** bylo dalším často zmíněným faktorem v dosažení úspěšné léčby, či v nastartování onemocnění. Gabriela uvádí: *„Začala jsem hubnout, když nás máma opustila. Cítila jsem se opravdu moc špatně a neměla jsem chuť do života. Jediné co mě začalo těšit je to, že nemusím jíst a že na sobě vidím pokrok. Schovávala jsem se v ústraní a nejedla. Hodně mě ranilo to, že o mě maminka neměla zájem.“*

V ostatních případech byla uvedena rodina jako pozitivní a milující. Pro uzdravení je podpora rodiny jedním z dalších faktorů, vedoucích k úspěchu. Mentální anorexie a další poruchy příjmu potravy ovlivní nejen postiženého, ale má i velký dopad na chod celé rodiny. Dochází k častějším hádkám a vyostřeným situacím. Julie popisuje: *„Později jsem se bála sníst cokoliv nezdravého...vždy jsem si odnesla jídlo nahoru a pak jsem ho vyhodila do záchoda..pamatuju si, že jsem seděla v neděli nad společným obědem třeba hodinu a brečela*

jsem, že to prostě nemůžu jíst..hrozně jsme se s našima hádali. Bylo vidět, že je to hrozně trápí jak se jim ztrácím před očima a oni neví jak mi mají pomoci.“

Každý rodič by měl být svému dítěti oporou a snažit se ho vyslechnout když mu je nejhůř a chovat se tak, aby v něm měl dotýčný oporu a cítil se v bezpečí. Další kategorií je faktor **blízkého okolí**. Stejně tak jako rodina, tak i tento faktor může nemoc vyvolat, či pomoci v dosažení úspěšné léčby. Všichni respondenti až na Gabrielu popisují své blízké okolí jako faktor, bez kterého by se k léčbě nikdy neodhodlali. Každý z nich se asi u tohoto tématu rozpovídal nejvíce. Poslední vybranou kategorií je úspěšnost hospitalizace. Nejdetailněji ji popisovala asi Gabriela. Z vybraných respondentů nemocí trpí dodnes a pravidelně dochází na ambulantní léčení. Sama je velmi skeptická k tomu, že by se ještě někdy mohla uzdravit. Celkem byla hospitalizována šestkrát a z toho třikrát z léčení utekla. Uvádí, že to bylo naprosto hrozné, že nemohla vydržet přísný režim v nemocnici. Měla pocit, že je tam jen jako kus hadru a nikoho nezajímá. Bylo jí jedno, že za dodržení pravidel bude moct zavolat svým rodičům nebo se kouknout na televizi. Největší hrůzu ale měla z toho, že se musela každý den zvážit. Po odchodu domů jí připadalo, že je všechno mnohem horší než předtím „*Věřím tomu, že se hodně holek uzdravilo, já jsem si ale připadala ještě hůř, jako kus nějakýho hadru. Nebo pokusnej králik, kterýho chtějí jenom vykrmit. Kdyby mi hned na začátku přidělili nějakou paní psycholožku, určitě bych na tom byla hned ze začátku líp a i ty ostatní holky co tam se mnou byly. Chybělo mi nějaký pochopení a osobnější přístup“*. Všichni respondenti, kteří podstoupili hospitalizování, uvedli, že se v nemocnici soustředí pouze na to jak získat ztracenou váhu a aby se uzdravili po stránce fyzické. Raději by uvítaly psychoterapii, než intenzivní dohled a neustálé vážení. Leoš našel oporu ve svém nynějším příteli a dodnes dochází ke svému psychologovi, Gabriela dochází na ambulantní léčbu a skupinovou terapii, v níž vidí naději na budoucí uzdravení. Všichni se shodují v názoru, že nejdůležitější roli v léčbě hraje osoba psychoterapeuta, u kterého musí najít porozumění a cítit se u něj dobře.

Monika: „*Dojždím za svojí psycholožkou až do Prahy, jelikož se u ní cítím velice dobře. Dokáže se mnou jednat citlivě, dokáže pochopit mě i mé problémy a nemusím se před ní stydět. Povídáme si vždy nejen o jídle a mých úzkostech, ale především o tom jak se cítím, co se mi v posledním období povedlo a jaké mám další plány a cíle. Vždy odcházím plná energie a odhodlání.“*

3 Závěr

Mentální anorexie je v současné době jedním z nejčastěji vyskytujícím se duševním onemocněním, které nejčastěji postihuje mladé dívky ve věku kolem puberty. Každý rok se navýší počet případů onemocnění mentální anorexií. Věřím, že se mi v práci podařilo zpracovat tematiku týkající se mentální anorexie způsobem, který může posloužit jak lidem, kteří nemocí trpí, tak i jako jakási příručka pro jejich rodiče, studenty vysokých škol a široké veřejnosti. Zpracovat toto téma pro mě bylo velkou výzvou, jednak proto, že jsem si nemocí sama prošla, tak i proto, že jsem chtěla čtenářům zprostředkovat nejen poznatky z literatury o této nemoci, ale také tuto práci obohatit o praktické poznatky – zajímavé životní příběhy pěti lidí, kteří nemocí prošli, či stále procházejí.

Nejprve jsem vymezila základní pojmy, které se týkají této tematiky: Poruchy příjmu potravy, mezi něž se řadí mentální anorexie, mentální bulimie i mnohé další příklady spojené s tímto onemocněním. Dále jsem zde uvedla pohled do historie poruch příjmu potravy a další aspekty, které jsou s nemocemi spojeny. Příčiny, které stojí za vznikem mentální anorexie, mají biologicko psychosociální charakter a nemoc může mít mnoho variabilních příznaků a průběh (Krch, 1999, s. 20). Velice často bývají opomíjeny a nezmiňovány důsledky MA. Mnoho z nás si řekne, že danému jedinci přeci stačí v případě léčby mentální anorexie přibrat na váze a všechno je zase zalité sluncem. To je ale bohužel veliký omyl, jelikož tato problematika je mnohem složitější už jenom tím, že se u postiženého naruší jeho psychická oblast. Krajním nebezpečím neléčené mentální anorexie je smrt, ke které dochází selháním organismu důsledkem podvýživy. Dále se vyskytují různé kardiovaskulární, renální, kosterní či metabolické komplikace. V závěru teoretické části uvádím příklady možností léčby a terapie.

Výzkumná část mé práce se věnuje popisu a výsledkům kvalitativního bádání. Úspěšně jsem našla pět respondentů, kteří odpovídali mým požadavkům stanoveným pro výzkumný vzorek a byli ochotni velmi otevřeně vyprávět o své minulosti, či přítomnosti spojené s mentální anorexií. Z jednotlivých výpovědí jsem sestavila pět zajímavých a poměrně obsáhlých životních příběhů. Jako základní přístup jsem zde využila již zmíněnou osobní případovou studii. V rámci sběru dat byla zvolena metoda dvou rozhovorů – polostruktovaného a narativního. Hlavním cílem mého výzkumu bylo předat názory a životní příběhy pěti respondentů, kteří si mentální anorexií či jinou poruchu příjmu potravy „zažili na vlastní kůži“ a zjistit do jaké míry jsou možnosti léčby této nemoci účinné a jak se

k tomu jednotliví účastníci staví. Vybraní jedinci velice ochotně odpovídali na všechny otázky a poutavě vyprávěli své životní příběhy. V rámci terapie popsali, s jakými způsoby terapie se setkali v rámci vlastní léčby a následně zhodnotili jejich úspěšnost či neúspěšnost.

Názory každého z nich jsem mezi sebou porovnávala a vyhodnocovala pomocí zmíněné metody otevřeného kódování. Ze všech nasbíraných dat byly vytvořeny čtyři základní kategorie, které se týkají léčby mentální anorexie: motivátor/motivace vedoucí k zahájení léčby, faktor **rodinných příslušníků**, pomoc **blízkého okolí** a **úspěšnost hospitalizace**. Specifika každého z faktorů jsem více popsala a následně jsem porovnávala osobní názory respondentů. V úplném závěru bakalářské práce jsem shrnula poznatky o léčbě, získaných díky případovým studiím mých pěti respondentů, které v minulosti zasáhla mentální anorexie, avšak tři z nich nad ní dokázali úspěšně zvítězit. Ze zbylých dvou bohužel jeden trpí mentální bulimií a u posledního přetrvává mentální anorexie dodnes. Kéž by se podařilo zabránit již samotnému vzniku mentální anorexie nebo alespoň dosáhnout včasného a úspěšného vyléčení. Snad by bylo nejlepší, kdyby začaly být zase uplatňovány ideály krásy podobné Venuši či Marilyn Monroe.

„Čas hojí, hladí a zahlazuje skoro každé minus života, a díky perspektivě vzdálenosti činí vše minulé krásnějším“ (M. Monroe).

Doporučení pro praxi:

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako edukační materiál nejen studentům, kteří mají o tuto problematiku zájem, ale i jedincům, které tato nemoc zasáhla, jejich rodinným příslušníkům a celé široké veřejnosti.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou mentální anorexie a současnými možnostmi terapie. Cílem práce je předat názory a životní příběhy pěti respondentů, kteří trpěli či stále trpí mentální anorexií, nebo jinou poruchou příjmu potravy a zjistí, do jaké míry jsou možnosti léčby této nemoci účinné a jak se k tomu jednotliví účastníci výzkumu staví. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy a problematika související s poruchami příjmu potravy. Výzkumná část práce je zaměřena na pět případových studií. Nasbíraná data jsou analyzována pomocí metody otevřeného kódování.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, možnosti terapie

Summary

My bachelor thesis deals with anorexia nervosa and currently available possibilities of its treatment. The main goal is to present the life stories of five chosen respondents who suffered or are still suffering from anorexia nervosa or another eating disorder. Then there is importance of treatment options of the therapy and the personal view of the illness by the respondents. There are define the main terms and issues of anorexia nervosa in the theoretical part of the thesis.

The practical part of the work deals with five case studies. The data are analysed by the open coding method.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, possibilities of treatment

Seznam použité literatury

1. BARKER, Philip. *Základy dětské psychiatrie*. Praha: Triton, 2007, 252 s. ISBN 978-80-7254-955-9.
2. CARO, Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst: můj boj proti anorexii*. V Praze: XYZ, 2011, 236 s. ISBN 978-80-7388-573-1.
3. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.
4. DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad: příběh o zápasu s mentální anorexií, hledání, cestě a návratu k ženské duši*. Vyd. 1. Brno: Host, 2009. 138 s. ISBN 978-80-7294-318-0.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
6. JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé?) anorektičky : anorexie a jak se s ní vyrovnat*. V Praze: Vyšehrad, 2013, 107 s. ISBN 978-80-7429-335-1.
7. KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X
8. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-946-2.
9. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
10. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013, 81 s. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
11. NOVÁK, Tomáš. *Sebedůvěra - cesta k úspěchu*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 107[^]s. Poznej sám sebe. ISBN 80-7169-708-7.
12. SEDLÁKOVÁ, R. 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 539 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
13. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
14. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, 177 s. ISBN 80-722-6828-7.
15. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace*

- nemocí-10.revize. 3.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251s. ISBN 80-85121-11-5.
16. ŠVAŘÍČEK,R.; ŠEĐOVÁ,K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 377s. ISBN 978-80-7367-313-0.
17. TŘETINOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy – informační brožura*. Jihlava: Soukromá vyšší odborná škola sociální, 2004.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Zmenšování porcí jídla	11
Obrázek 2: Dívka se zkreslenou představou o své postavě	12
Obrázek 3: Modelka Isabelle Caro	14

Seznam příloh

Příloha č.1 - Vzor otázek polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s narativním rozhovorem

Příloha č.2 - Rozhovor Leoš

Příloha č.3 - Rozhovor Monika

Příloha č.4 - Rozhovor Zuzana

Příloha č.5 - Rozhovor Julie

Příloha č.6 - Rozhovor Gabriela

Příloha č. 1

Vzor otázek polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s narativním rozhovorem

- 1. Byl/a bys tak hodná a v krátkosti se představil/a a něco o sobě pověděl/a?**
- 2. Máš sourozence a co přítel/kyně?**
- 3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?**
- 4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?**
- 5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěl/a mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo asi hlavní příčinou?**
- 6. Kolik ti bylo, když jsi začal/a hubnout?**
- 7. Jaká byla tvá nejnižší váha?**
- 8. Mohla bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?**
- 9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace? Jaké? A přetrvávají některé dodnes?**
- 10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?**
- 11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?**
- 12. Co si myslíš, že pro tebe bylo podnětem k zahájení léčby?**
- 13. Jaká možnost terapie/léčby se ti zdá jako nejúčinnější?**
- 12. Myslíš si, že jsi z toho úplně „venku“?**

Příloha č. 2

Rozhovor - Leoš

1. Byl bys tak hodný a v krátkosti se představil a něco o sobě pověděl?

„No je mi 25 let, od malička se věnuji sportu, respektive basketbalu, byl jsem šestkrát v reprezentaci a basketbal miluju. Studoval jsem na střední elektroprůmyslové škole, maturita a poté jsem pracoval v Německu jako elektrikář. Mezi mé koníčky patří posilovna a můj partner Igor. Jsem homosexuál. Dnes studuji vysokou školu a budu doktorem...“

2. Máš sourozence a co přítel/kyně?

„Jojo mám dokonce dva sourozence – ségru Alču a bráchu Milana. Alena je mladší a Milan starší. No jsem gay a mám přítele.“

3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?

„Dětství jsem měl normální, rodiče se ke mně chovali vždy slušně, vztah s nimi i svou sestrou mám dobrý a vždy mě podporovali a podrželi.... “

4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?

„Řekl bych, že super. Naši se nikdy nehádali a vždycky mě podpořili. I když jsem jim řekl ,že jsem teplej, tak to vzali v klidu.“

5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěl mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo asi hlavní příčinou?

„Kdyby mi někdo řekl, že budu anorexií trpět tak bych mu nikdy nevěřil, ale rychle se to změnilo od té doby, co jsem dostal nabídku práce v modelingové agentuře, jsem začal cítit tlak, že musí zhubnout. Atmosféra na pracovišti nebyla příjemná, oni stále řešili svoji váhu. Vyhlídl si mě návrhář, po čase jsem pochopil, že to není kvůli mým schopnostem, ale protože se mnou chce navázat sexuální vztah. Později došlo k obtěžování a následnému vydírání a nucení sexuálních praktik... omlouvám se, ale nerad bych zabíhal do detailů, jelikož je to pro mne stále velice citlivé téma.“

6. Kolik ti bylo, když jsi začal hubnout?

„Bylo mi 18 let a trvalo to 3 roky...“

7. Jaká byla tvá nejnižší váha?

„No pamatuju si, že jsem měl asi 50 kilo při vejšce 185 centáků.“

8. Mohl/a bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?

„Jedno jablko nebo banán denně, později v kombinaci s vatou .. když jsem snědl něco víc, například na rodinném obědě, šel jsem to vyzvracet....Když to šlo tak sem se ale rodinným akcím snažil vyhýbat.“

9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace? Jaké? A přetrvávají některé dodnes?

„Po čase jsem u sebe začal pozorovat častý třas rukou a celého těla, nejhorší bylo, když si toho všimli už ostatní, cítil jsem se stále víc vyčerpanej... touha být hubenej ale pořád vítězila... Často jsem omdlával, několikrát jsem byl hospitalizován a napojen na umělou výživu...“

9. Objevily se u tebe někdy i známky jiného příkladu poruchy příjmu potravy?

„Ne, jen jsem zvracel, když jsem snědl něco navíc...“

10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?

„Tehdy se semnou rozešel můj přítel, který mě považoval za blázna a často jsem se hádal s mámou a tátou. Musím říct, ale že díky rodičům jsem se z toho ale nakonec dostal...“

11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?

„Když mě moje nejlepší kamarádka vzala do onkologického ústavu, kde dlouhodobě ležely děti s leukémií.... chodili jsme je často navštěvovat a po čase jsem si uvědomil, že oni bojují o život a já se sám dobrovolně zabíjím... Vyhledal jsem potom odbornou pomoc psychiatra...Byla mi nařízena hospitalizace, kde jsem vydržel 14 dní, ale hrozně jsem se za sebe styděl tak jsem se nastěhoval k našim a docházel pouze na terapii... v rámci vyšetření mi byla zjištěna cukrovka, kterou dnes stále trpím...“

12. Co si myslíš, že pro tebe bylo podnětem k zahájení léčby?

„Jak jsem říkal, ta moje kámoška mě vzala mezi děti, který trpěly leukémií. To mi fakt otevřelo oči.“

13. Jaká možnost terapie/léčby se ti zdá jako nejúčinnější?

„Pomohla mi hodně skupinová terapie. Tam jsme si povídali o svých příbězích s lidma, který tou anorexií taky prošli. Ale nějaká hospitalizace je bez účinku. Nemají vůbec osobní přístup.“

14. Myslíš si, že jsi z toho úplně „venku“?

„Nemyslím si, jím teď normálně ale hodně se hlídám... žádný člověk, který si tímto prošel, nebude nikdy v pohodě...“

Příloha č. 3

Rozhovor - Monika

1. Byl/a bys tak hodná a v krátkosti se představil/a a něco o sobě pověděl/a?

„Je mi 21 let. Studuji v Praze na Vysoké škole ekonomické. Současně chodím do práce na částečný úvazek do jedné malé firmy, která se zabývá vývojem strojírenských technologií, kde pracuji jako asistentka a spravuji webové stránky. Bydlím s rodiči a ráda trávím čas tancováním a ráda chodím i na badminton, plavat a tancovat.“

2. Máš sourozence a co přítel/kyně?

„Smích.“

Ne ne, přítele nemám a ani mi to v současné době nějak nevadí. Jinak jsem jedináček.“

3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?

„No, vyrůstala jsem v baráku s rodiči a prarodiči. Děda umřel, když mi byly 3 roky a většinu dětství jsem trávila jenom s babičkou. Babička je pro mě nejúžasnější člověk na světě a mám jí moc ráda. Mamka vždycky hodně pracovala, jeden čas měla dokonce i tři zaměstnání najednou. Táta je pohodář a je s ním sranda.“

4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?

„No, s mamkou je to složitější. Je hodně chytrá a cílevědomá. Vždy na mě byly kladeny vysoké nároky, už kvůli tomu, že jsem jedináček. Přijde mi, že jsem si nikdy nemohla pořádně vybrat, co bych chtěla, ať už se jednalo o koníček, nebo školu. Vše mi mamka vždycky určila a musela jsem to splnit. Prospěch jsem musela mít samozřejmě výborný a mít hodně aktivit, třeba jako zpívání ve sboru, hraní na flétnu a jiné. S tátou je to fajn, nikdy nic moc neřeší a do ničeho mě nenutí.“

5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěl/a mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo asi hlavní příčinou?

„Nevím přesně hlavní příčinu, byla jsem hodně ve stresu. Začalo to na střední škole, když jsem ještě neměla přítele. Byla jsem hodně sama, možná i proto je pro mě teď vztah s kamarády důležitý. Doma se ode mě furt něco čekalo.“

6. Kolik ti bylo, když jsi začal/a hubnout?

„Bylo to tak ve druháku na střední, takže asi 17.“

7. Jaká byla tvá nejnižší váha?

„43 kg/173 cm.“

8. Mohla bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?

„Nejdřív jsem vynechávala hodně sladkosti a smažená jídla a taky jsem hodně cvičila...potom jsem jedla jenom oříšky a pila colu....“

9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace? Jaké? A přetrvávají některé dodnes?

„No to si pamatuju, že mi začaly vypadávat vlasy a tmavnout chlupy. Taky mi byla často zima a byla jsem nepříjemná a často nemocná. Taky mi po čase zmizely měsíčky. Mám dodnes problém s menstruací a doktorka říkala, že budu muset brát i hormony až budu chtít mít děti...taky beru stále antidepressiva, měla jsem hrozné úzkosti... “

10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?

„Myslím, že vztahy zůstaly stejné v rodině, jenom se ukázalo z mých přátel, kdo za to opravdu stojí. Z rodiny mi pomohla nejvíc moje babička... mámě jsem byla celkem jedno, šlo jí jenom o to, abych byla ve všem perfektní a nedělala jí ostudu...“

11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?

„Nevím, tehdy jsem byla na brigádě a hlídala děti... často mi všichni říkali, že pokud se nezačnu léčit tak umřu a děti a svojí rodinu mít nikdy nebudu... potom mě babička odvedla do nemocnice a tam mě okamžitě hospitalizovali...celkem jsem tam byla třikrát...docházím stále taky na rodinnou terapii.“

12. Co si myslíš, že pro tebe bylo podnětem k zahájení léčby?

„ To už jsem říkala předtím. Jak jsem hlídala ty děti..prostě jsem si uvědomila, že chci taky někdy miminko..“

13. Jaká možnost terapie/léčby se ti zdá jako nejúčinnější?

„Tak u každého je to asi jiný. Mě nejvíc pomohla ta rodinná terapie, protože ty neshody v rodině byly jedním z faktorů toho mého onemocnění.“

14. Myslíš si, že jsi z toho úplně „venku“?

„Už jím normálně, ale hodně se hlídám v jídle... taky trpím pořád těmi úzkostmi a beru antidepressiva, toho už se snad nikdy nezbavím ☺ jinak si myslím, že jsem stejná holka jako všechny, nikomu bych nepřála, aby do toho spadnul.“

Příloha č. 4

Rozhovor - Zuzana

1. Byla bys tak hodná a v krátkosti se představila a něco o sobě pověděla?

„Jmenuju se Zuzka a studuji na vysoké škole. Je mi 21 let a studuji právnickou fakultu v Plzni, ale vždy jsem chtěla jít na FTVS. Mým smyslem života už od malička je sport i přes to, že jsem byla jako dítě obézní, vůbec mě to neodradilo. I při mé vysoké nadváze jsem kdysi hrála fotbal. Po maturitě jsem začala hodně cvičit a fitness a tím žiji dodnes.“

2. Máš sourozence a co přítel?

„Mám bráchu, který hraje za Spartu a rodiče do něj vkládají velké naděje, někdy mi přijde, že až na úkor mě samé.“

3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?

„Vyrůstala jsem s mámou, tátou a bráchou v rodinném domě na okraji Prahy. Když jsem nastoupila na základní školu začala jsem mít problém s nadváhou. Tento problém se stále stupňoval a ve 14 letech jsem vážila 90 kilo.“

4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?

„Můj vztah s rodiči je dle mého na dnešní dobu až nadstandardní. Uvažuji jinak, než většina ostatních vrstevníků. Hodně si připouštím, že rodiče tu nebudou navždy, takže se s nima snažím trávit hodně času. Občas je mi jenom líto, že oni se nesnaží svůj čas produktivně využít. Například se koukají hodně na televizi a tak.“

5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěla mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo hlavní příčinou?

„No, takže. Začalo to v době, kdy se se mnou rozešel můj první přítel, kvůli holce, která byla tak poloviční než já. Došlo mi, že je se mnou něco špatně, tak jsem radikálně omezila stravu. Dopadlo to tak, že jsem jedla jogurt, zeleninu a křehké plátky, jinak nic. Dokonce jsem skončila v nemocnici, ale i přesto jsem byla lehce oplácaná a tak nikdo nic nepoznal.“

7. Kolik ti bylo, když jsi začala hubnout?

„Tak 16.“

8. Jaká byla tvá nejnižší váha?

„52 kg/168 cm“.

9. Mohla bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?

„Jedla jsem hodně ořechy, občas nějaký ovoce a pila jsem coca colu zero abych měla pocit že mám energii.“

9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace kromě hospitalizace? Jaké?

„Projevovala se u mě velká nervozita a únava, potom i bolesti hlavy. Často se mi dělalo nevolno v dopravních prostředcích. Bylo to asi tím prázdným žaludkem ha ha.“

10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?

„I přesto, že jsem nejedla do mě rodiče stále tloukli, že jsem tlustá a kdykoli mě viděli s jídlem, tak mi řekli, ať to nejím, že přece držím dietu. Naproti tomu můj přítel, se kterým jsem začla chodit v průběhu mého problému poznal, že se mnou není něco v pořádku. Snažil se mě z toho dostat ven. Každý večer mi vařil a byl schopný nade mnou sedět, dokud jsem jídlo nesnědla.“

11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?

„Právě v tuto chvíli, kdy se mnou můj přítel nechtěl udržovat intimní vztah v důsledku toho, že jsem byla moc hubená, snažil se mě tím motivovat.“

12. Co si myslíš, že bylo podnětem k zahájení léčby?

„No ten můj přítel, chtěla jsem se mu líbit.“

13. Jaká možnost terapie/ léčby se ti zdá jako nejúčinnější?

„Tak když člověka hospitalizují tak ho krmí umělou výživou a dostávají do stabilizačního stavu. Potom jsou myslím další různé terapie. Já jsem docházela pouze k psychologce, ale důležitější je hlavně čas...ze dne na den se z toho člověk nedostane.. a musí hlavně sám chtít.. nějaký terapie mu těžko pomůžou, když sám nechce..“

14. Myslíš si, že jsi z toho úplně „venku“ ?

„Myslím si, že z anorexie, jestli se to takhle dá říct ano, ovšem mým novým problémem je záchvatové přejídání s následným zvracením. Bohužel si myslím, že se nikdy, ať jednoho, nebo druhého psychického problému nikdy nezbavím, protože se fáze mého života stále střídají. Tlustá/hubená/tlustá/vychrtlá/přejídání/pláč.“

„Ikdyž mým snem je mít fitness postavu, nedokážu snést pocit, když je mi oblečení malé, i přes to, že mi rostou svaly. Cítím se bezradná a věřím, že jednou přijde den, kdy se to zlomí.“

Příloha č. 5

Rozhovor - Julie

1. Byla bys tak hodná a v krátkosti se představila a něco o sobě pověděla?

„Jmenuji se Julie, je mi 22 let a studuji strojní inženýrství na Západočeské univerzitě v Plzni. Už od malička závodně plavu, jsme taková plavecká rodina. Mám ráda svoje kamarády a jakýkoliv pohyb. Taky ráda cestuju a zajímám se o zdravou stravu. Celý život jsem zvyklá něco dělat...“

2. Máš sourozence a co přítel?

„Mám bráchu, je mu 14 let a chodí na základku. Přítel nemám..“

3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?

„Narodila jsem se 22.12.1994 v Plzni a pak jsme střídavě bydleli ve Stodě a v Plzni. Co si pamatuji tak dětství bylo hezké, pořád jsme podnikali nějaké rodinné výlety a bylo co dělat. Hodně času jsem trávila na plavání a o víkendech se jezdilo na závody po celé republice. Ráda na tyhle chvíle vzpomínám. Postupem času se ale naši začali hodně hádat a odnášel to jak brácha tak i já.“

4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?

„Musím říct, že si s tátou rozumím asi víc, s maminou se nikdy nedalo moc bavit...pořád se jí na mě něco nelíbilo, buď že jsem neměla uklizený pokoj nebo že jsem přinesla ze školy trojku...Občas jsem si přišla že jsem pro ní někdo cizí...i teď mi přijde že si nemáme co říct...od mých 14 let se začali naši více hádat.. padaly hodně kruté nadávky a byla jsem z toho velmi špatná.. letos se máma odstěhovala a žije jinde...vídám se s ní pouze namátkově....ani o to asi nemá zájem což mne velmi trápí.“

5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěla mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo hlavní příčinou?

„Nikdy jsem si nemyslela, že mě něco takového může potkat, jelikož jsem vždy baštila všechno, na co jsem přišla a neodepřela jsem si ani dobrůtky. Pamatuji si, že jsem asi v květnu onemocněla a v důsledku slabosti a nechuti k jídlu jsem nemohla jíst a zhubla jsem prvních 6 kilo...potom začali prázdniny a všichni mě chválili, jak mi to sluší, ale že by mi to slušelo ještě víc kdybych trošku ještě zhubla zadek...v září začala škola a pravidelné tréninky v plavání...vím, že jsem přestala chodit do jídelny na obědy a nosila jsem si připravené jídlo v krabičkách z domova...už tehdy jsem se začala hodně hlídat, jelikož jsem viděla že váha jde dolů a že hubnu i stehna, která jsem měla vždy silná. Postupem času jsem si porce jídel

zmenšovala a jedla jsem všechno hrozně dlouhou dobu. Všechno jsem musela několikrát rozkousat, než jsem to spolkla. Taky doma se to nedalo vydržet, ty hádky byly strašný a nechtělo se mi jíst. Později jsem se bála sníst cokoliv nezdravého.. vždy jsem si odnesla jídlo nahoru a pak jsem ho vyhodila do záchoda..pamatuju si, že jsem seděla v neděli nad společným obědem třeba hodinu a brečela jsem že to prostě nemůžu jíst.."

6. Kolik ti bylo, když jsi začala hubnout?

„Tak 15let.“

7. Jaká byla tvá nejnižší váha?

„48 kg/178 cm.“

8. Mohla bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?

„Ráno jsem jedla bílý jogurt, k obědu jsem vždycky jedla pár těstovin a rejže, no a večer jsem buď nejedla nebo jsem si vzala třeba dvě jabka..., tak yjsem pila zero colu...“

9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace kromě hospitalizace? Jaké?

„Postupem času se u mě objevovala velká nervozita, byla jsem nepříjemná na svoje okolí a byla mi pořád zima. Vynechávala mi menstruace a začaly mi růst hodně tmavé chlupy a padat vlasy. Na tréninku se mi hodně motala hlava a bušilo mi hrozně srdce.“

10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?

„Hodně se v tu dobu ukázalo, kdo za to stojí a kdo mě má opravdu rád. Rodina a podpora okolí je jeden z nejdůležitějších faktorů, které člověk potřebuje, aby se z toho dostal..vlastně z čehokoliv co člověka v životě potká.. já jsem nikoho ale ze začátku neposlouchala, nechtěla jsem slyšet ani vidět, že už je to moc a lezou mi kosti. Naši se na mě pořád zlobili že jsem hubená, ať se jdu zvážit...že už se na to nemůžou koukat, jak se jim ztrácím před očima...jsem ale hrozně ráda že rodinu mám a musím zaklepat, ale mám i hodně velké štěstí na správné lidi kolem sebe...“

11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?

„To jsem byla na plaveckých závodech v Jihlavě a nedoplavala jsem závod. Moje kamarádka se semnou přestala bavit a řekla mi, že už to se mnou nejde, ať se vzpamatuju, že ničím sama sebe...vím, že jsem se ten večer potom hrozně přejedla a bylo mi šíleně...další týden jsem jí zavolala a ona se mnou zašla do nemocnice...tam mě okamžitě hospitalizovali...uvědomovala jsem si, že se z toho chci dostat a začít zase normálně žít a

plavat... odešly mi všechny svaly...ještě nějaký čas potom jsem docházela k psychologovi, který mi velmi pomohl...a takovým druhým psychologem mi byla právě moje nejlepší kamarádka, která je něco jako moje sestra...celý život se mě snaží motivovat a dělat věci správně... každému bych přála najít tak super člověka, který vám pomůže v těch nejtěžších chvílích."

12. Co si myslíš, že pro tebe bylo podnětem k zahájení léčby?

„To jsem už zmiňovala v předchozí otázce. Ta moje kámoška mě přesvědčila, abych se konečně vzpamatovala a pak mě taky štválo, že nemám sílu."

13. Jaká možnost terapie/léčby se ti zdá jako nejúčinnější?

„Myslím, že když má člověk ty správné lidi kolem sebe, tak ti ho dokážou přesvědčit se jít léčit. Každý ale musí v sobě najít sebeuvědomění a přijít sám na to, že je s ním něco špatně. Hospitalizace vás dovede vrátit do stabilizačního stavu, ale šrámy na duši v důsledku tohoto traumatu už člověk bude mít celý život. Myslím si, že hodně účinná je skupinová terapie, kdy svůj problém řešíte s lidmi, kteří si tím také prošli a sdílejí stejné zážitky a pocity. Více než pobyt v nemocnici je pro mě ale opora a pomoc blízkého okolí. Bez nich nevím, co bych dělala.."

14. Myslíš si, že jsi z toho úplně venku?

„Z anorexie určitě ano, chvíli jsem pak trpěla ještě záchvatovitým přejídáním..snědla jsem za den třeba 5 čokolád na posezení a potom jsem celou noc měla výčitky a brečela jsem..chce to čas...ted' je to už dobrý, ale hodně se hlídám a pořád se pozoruju.. každý den si třeba dvakrát stoupnu na váhu..ale jinak je to dobrý..jak říkám, pamatovat si to člověk bude celý život ☺"

Příloha č. 6

Rozhovor - Gabriela

1. Byl/a bys tak hodná a v krátkosti se představil/a a něco o sobě pověděl/a?

„Ahoj, ano určitě, ráda si popovídám. Nedávno mi bylo 30 let, jsem trenérka plavání a také prodávám v obchodě s potravinami. Vystudovala jsem střední školu zdravotnickou. Bydlím se svým tátou a pejskem Johnym v malém domečku nedaleko Prahy. Mám mnoho zájmů a koníčků.“

2. Máš sourozence a co přítel/kyně?

„Sourozence nemám, jsem jedináček.. přítele taky ne, nikdo mě nechce.“

3. Můžeš mi prosím něco povědět o tvém dětství?

„Dětství jsem měla složité. Moji rodiče se v mých 12 letech rozešli a na mě to mělo velmi špatný dopad. Stresové situace, které byly u nás doma každý den, jsem řešila schováním se do ústraní a také tím, že jsem skoro vůbec nic nejedla. Svoji matku jsem měla ráda, ale tím jak se od nás odstěhovala, náš kontakt se zmenšil na minimum. Myslím si, že o kontakt ani neměla zájem. Samozřejmě z mojí strany jsem také cítila určitou křivdu, takže jsem se do kontaktu také moc nehrnula. S tátou mám velice dobrý vztah.“

4. Jaký máš vztah s mamkou a tatškou?

„Jak už jsem zmínila, dětství jsem měla složité. Všechno jsem ti řekla v předchozí otázce. Můj taťka je téměř jediný, koho mám, matka je pro mě cizí člověk.“

5. Můžeš mi prosím povyprávět o době, kdy jsi trpěl/a mentální anorexií od začátku až do konce? Co bylo asi hlavní příčinou?

„To se mi prostě začaly líbit vyhublé postavy. Úplně se mi všechno převrátilo v hlavě a začala jsem hubnout. Trvá to dodnes, to přeci vidíš. Nevím, co byla hlavní příčina.. určitě moje máma, strach z toho že si nikoho nenajdu a taky u mě došlo k znásilnění.. to bychom tady byly hodiny..“

6. Kolik ti bylo, když jsi začal/a hubnout?

„Měla jsem před patnáctými narozeninami.“

7. Jaká byla tvá nejnižší váha?

„39,5 kg/179 cm“ .. dneska mám tak 45 .. taky nic moc.“

8. Mohla bys mi prosím říct, jak asi vypadal tvůj anorektický jídelníček?

„Moc toho nejím..pár oříšků, kousek sucharu nebo ovoce a zelenina...často je mi špatně..když sním něco nezdravého, hned to musím jít vycvičit.“

9. Objevily se u tebe nějaké zdravotní komplikace? Jaké? A přetrvávají některé dodnes?

„Je mi pořád zima, třesou se mi ruce, bolí mě taky kosti když spím.. není to nic příjemného.. nemám sílu ani pravidelnou menstruaci..jediný co je pořád v pohodě jsou moje vlasy.. divím se že je mám pořád tak krásně husté..“

10. Došlo v důsledku této choroby ke změnám v osobních vztazích? Považuješ podporu rodiny za důležitý faktor?

„Já jsem nikdy neměla moc kamarádů a mám jenom toho tatku. Ten při mně stál v dobrém i zlém.. Podpora rodiny je hodně důležitá, ale když je rodina neúplná, je to špatně..“

11. Kdy nastal zlom uvědomování si tohoto problému?

„Nevím, ten asi nenastane nikdy, jelikož anorexií trpím již 15 let...mám v sobě nějaký blok a prostě ho nedokážu překonat..“

12. Co si myslíš, že pro tebe bylo podnětem k zahájení léčby?

„Ještě jsem nenašla podnět k tomu, abych se dokázala začít léčit.“

13. Jaká možnost terapie/léčby se ti zdá jako nejúčinnější?

„Pro mě asi žádný..věřím tomu, že rodinná terapie hodně pomáhá.. já docházím pouze na ambulantní lékařskou péči, jelikož už mám jen těžko šanci na úspěšnou léčbu.“

14. Myslíš si, že jsi z toho úplně venku?

„Já z toho nebudu venku nikdy.. i přesto bych si moc přála najít odvahu se začít léčit.“