

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Anorexie a život po úspěšné léčbě

Nela Sasková

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Praha 2022

Prague College of Psychosocial Studies

Anorexia and Life After Successful Treatment

Nela Sasková

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Prague 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité zdroje jsem řádně uvedla v seznamu literatury.

V Praze, dne

.....

Nela Sasková

Poděkování

Děkuji své vedoucí, Mgr. Ing. Evě Dubovské, Ph.D., za konzultace, trpělivost, podporu a inspiraci, kterou mi poskytla během psaní bakalářské práce. Dále bych také ráda poděkovala své komunitní vedoucí, Mgr. Zuzaně Janotkové, za její praktické rady a za to, jakou mi dodala odvahu k psaní této práce. Velké díky patří také respondentům, za poskytnutí rozhovorů. A konečně také děkuji své mamce a svému příteli, za jejich lásku podporu a trpělivost.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem mentální anorexie a především tedy životem po úspěšné léčbě. V teoretické části se snažím poskytnout pohled na mentální anorexii od samotné definice, etiopatogeneze a jejích prvních příznaků, přes vývoj nemoci, rizika a následky s nemocí spojené, až po možnosti léčby, život po léčbě a prevenci.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum, jehož cílem je zjistit, jaký je život po úspěšné léčbě mentální anorexie. Data v rámci tohoto výzkumu, byla získána prostřednictvím rozhovorů s respondenty, kteří absolvovali určitou formu léčby mentální anorexie.

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, léčba, psychoterapie, prevence, relaps, následky, prevalence

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of anorexia nervosa and especially with life after successful treatment. In the theoretical part I try to provide an insight into mental anorexia from the very definition, etiopathogenesis and its first symptoms, through the development of the disease, risks and consequences associated with the disease, to treatment options, life after treatment and prevention.

The practical part of the Bachelor's thesis focuses on research to find out what life is like after successful treatment of anorexia nervosa. The data within this research, was obtained through interviews with female respondents who have undergone treatment for anorexia.

Key words: Anorexia nervosa, eating disorders, treatment, psychotherapy, prevention, relapse, consequences, prevalence

Obsah

1 Mentální Anorexie	9
1.1 Vymezení pojmu.....	9
1.2 Kritéria pro diagnostiku mentální anorexie	10
1.3. Etiopatogeneze mentální anorexie	10
1.3.1 Genetické a biologické faktory	11
1.3.2 Psychologické a sociokulturní faktory	11
1.4 Projevy a příznaky	12
1.5 Průběh onemocnění	13
1.6 Rizika, následky a mortalita.....	15
1.6.1 Fyzická rizika	15
1.6.2 Psychologická rizika	15
1.6.3 Sociální rizika.....	16
1.6.4 Mortalita	16
1.7 Sebepojetí při mentální anorexii	16
1.7.1 Faktory ovlivňující sebepojetí	17
2 Léčba	19
2.1 Zahájení léčby.....	20
2.2 Hospitalizace	21
2.3 Skupinová terapie	22
2.4 Individuální psychoterapie.....	23
2.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie	24
2.4.2 Dialektická-behaviorální terapie.....	25
2.5 Rodinná psychoterapie.....	25
2.6 Nutriční terapie	26
2.7 Cesta k uzdravení.....	27
2.8 Relaps	28
2.9 Život po léčbě	29
2.10 Prevence	29
Empirická část.....	31
3 Metodologie	31

3.1 Zkoumaná problematika a výzkumná otázka	31
3.2 Etické aspekty výzkumu	32
3.3 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu	32
3.4 Výběr respondentů a sběr dat	33
3.5 Metoda analýzy dat	34
4 Výsledky výzkumného šetření	35
4.1 Anorexii nebo rakovinu? Deset rakovin, klidně: psychický aspekt poruchy je zásadnější	35
4.2 Pocit hladu mě vnitřně uspokojoval: skryté zbraně anorexie	36
4.3 Nejez dneska, ty tlustý prase: negativní vliv okolí	37
4.4 Já ani ta anorektička nejsem dobrá: touha po dokonalosti	39
4.5 Netěšilo mě, že mám zdravý děti: deprese a změna hodnot	40
4.6 Vykrm se a všechno bude v pohodě: problém klasické léčby anorexie	41
4.7 Zachránit se můžu jedině sama: nalezení vlastní síly	42
4.8 Myslím, že jsem lepším člověkem: zkušenost s anorexií jako obohacení	43
4.9 Vyléčenej, ale ne doléčenej: práce s možností remise	45
4.10 Odpovědi na výzkumné otázky	46
Diskuse	48
Závěr	50
Seznam příloh	58

1 Mentální Anorexie

1.1 Vymezení pojmu

Mentální anorexie, známá také jako *anorexia nervosa*, je závažné duševní onemocnění charakterizované záměrným hubnutím nebo udržováním nízké tělesné hmotnosti (Berkman et al., 2007). Nejčastěji se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen a je spojena s patologickým stravovacím chováním, jako je omezování kalorií nebo úplné vyhýbání se některým typům potravin a nadměrná fyzická aktivita (Couturier et al., 2010). Porucha se vyznačuje také zkresleným obrazem těla, strachem z přibývání na váze a psychopatologií, jako jsou vtíravé myšlenky a nerealistická přesvědčení o sobě samém. Pacienti s mentální anorexií mohou používat i jiné metody hubnutí, například projímadla, anorektika, diuretika nebo vyprovokované zvracení. (Berkman et al., 2007; Dawson et al., 2014).

Jedním z významných problémů při léčbě mentální anorexie je popírání stavu pacientů a jejich záměr zhubnout. Pacienti často skrývají a tají své stravovací návyky a mohou lhát o příjmu potravy, aby se vyhnuli léčbě (Couturier et al., 2010). Toto popírání záměru, skrývání, utajování a lhaní a s tím spojené odmítání pomoci jsou pro poruchy příjmu potravy typické a mohou zdravotníkům ztěžovat poskytování adekvátní léčby a podpory (Dawson et al., 2014).

Mentální anorexie může mít závažné fyzické a psychické následky a je spojena se zvýšenou úmrtností (Arcelus et al., 2011; Berkman et al., 2007). Může vést k závažným důsledkům pro fyzické zdraví, jako je amenorea, nerovnováha elektrolytů a poškození orgánů (Arcelus et al., 2011). Proto je zásadní diagnostikovat a léčit mentální anorexií včas a komplexně, aby se pacientům dostalo odpovídající lékařské péče a podpory.

Léčba obvykle zahrnuje multidisciplinární přístup, včetně intervencí v rodině, psychoterapie a medikace (Couturier et al., 2010; Dawson et al., 2014). Úspěšné zotavení z mentální anorexie je možné, ale může to být dlouhý a náročný proces (Dawson et al., 2014).

MKN-10 uvádí dvě formy anorexie, restriktivní (F50.00) a bulimickou (F50.01). Ta je známá také pod pojmem purgativní. Restriktivní forma anorexie spočívá především v restrikcích, tedy v redukci jídla a nadměrném cvičení. Naproti tomu pacienti trpící bulimickou formou anorexie trpí záchvaty přejídání a k redukci hmotnosti využívají prostředky, jako jsou laxativa, anorektika, vyvolané zvracení apod. (MKN-10).

1.2 Kritéria pro diagnostiku mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy jsou samostatnou kategorií v klasifikaci MKN-10. Mentální anorexie je jednou z podkategorií této skupiny (F50.0) a pro diagnózu musí být splněny stanovená kritéria. Ta zahrnují restrikce příjmu potravy vedoucí ke snížení hmotnosti těla, intenzivní strach z nadváhy nebo obezity, poruchy vnímání tělesného obrazu a poruchy endokrinního systému spojené s podvýživou (MKN-10).

K dalším kritériím pro diagnostiku mentální anorexie patří poruchy menstruačního cyklu u žen, což může vést ke snížení hladiny estrogenů a dalším zdravotním problémům. Dále se mohou objevit i další somatické problémy, jako například problémy s kůží, svaly, kostmi a vnitřními orgány (MKN-10).

Pro správnou diagnózu mentální anorexie je nezbytné pečlivé a důkladné vyšetření pacienta. K tomuto účelu lze využít různé metody, jako jsou klinické rozhovory, psychologické testy a fyzikální vyšetření (MKN-10).

1.3. Etiopatogeneze mentální anorexie

Mentální anorexie je závažná porucha příjmu potravy, charakterizovaná neadekvátní redukcí hmotnosti, výrazným strachem z nárůstu hmotnosti a poruchou vnímání tělesného obrazu. Předpokládá se, že etiopatogeneze této poruchy zahrnuje genetické, biologické, psychologické a sociokulturní faktory (Bulik et al., 2007; Kaye et al., 2004; Smink et al., 2013; J. L. Treasure, 2007).

1.3.1 Genetické a biologické faktory

Genetické faktory jsou považovány za jeden z klíčových faktorů, které přispívají k etiopatogenezi mentální anorexie. Studie provedené na jednovaječných dvojčatech ukázaly, že genetická složka je odpovědná za 50 až 70 procent rizika vzniku mentální anorexie (Bulik et al., 2000). Garner, (1993) uvádí, že míra shody onemocnění anorexií je u jednovaječných dvojčat 50 % a u dvojevaječných 10 %. Zároveň ale uvádí, že není zřejmé, co je onou dědičnou složkou, zda je to nějaký osobnostní rys spjatý s onemocněním, specifická porucha nebo psychologická zranitelnost. Zároveň podotýká, že studie na dvojčatech vychovaných společně nejsou schopny zcela oddělit vliv výchovného prostředí.

Biologické faktory jsou také důležité pro vznik mentální anorexie. Například nízká hladina serotoninu v mozku byla spojena s výskytem mentální anorexie (Bailer & Kaye, 2011). Podle neurovědčů má mentální anorexie také spojitost s dysfunkcí oblastí mozku, které regulují chuť k jídlu a emoční reakce na jídlo (Oberndorfer et al., 2013).

1.3.2 Psychologické a sociokulturní faktory

Psychologické faktory, jako je například perfekcionismus, kontrolní nutkání, nízké sebevědomí, nízká sebeúcta a vyhýbání se konfliktům, hrají významnou roli v etiopatogenezi mentální anorexie (Fairburn et al., 2003; Kaye et al., 2004). Studie ukazují, že jedinci s mentální anorexií mají tendenci být perfekcionisti a podceňovat své úspěchy, což může vést k zhoršenému tělesnému obrazu a poruše příjmu potravy (Fairburn et al., 2003; Kaye et al., 2004; Shafran et al., 2002).

Autoři Fairburn, Cooper a Shafran (2003) se také zabývají kognitivním zkreslením u lidí s poruchami příjmu potravy, včetně mentální anorexie. Tato kognitivní zkreslení mohou zahrnovat přehnanou pozornost věnovanou váze, zkreslení vnímání vzhledu, ztrátu schopnosti rozlišit mezi hladem a sytostí a negativní zautomatizované myšlenky týkající se jídla a těla.

Jako rizikové faktory spojené s horší prognózou Garner (1993) označuje infekci, trauma nebo vystavení alkoholu v prenatalním nebo perinatálním věkům. S rizikovými faktory přinášející horší prognózu se pojí i vyšší věk matky nebo nízká porodní váha.

Samostatným faktorem se pak stává rodina, ve které dítě vyrůstá. Matky pacientů a pacientek s anorexií byly popsány jako dominantní, neposkytující soukromí a ambivalentní, zatímco otcové jako pasivní. V rodinách bývá narušená interakce, obzvláště ve smyslu snahy vyhýbat se konfliktům. Rodinné prostředí bývá rigidní a protektivní (Garner, 1993).

Mezi sociokulturní faktory, které přispívají k výskytu mentální anorexie patří především tlak na štíhlou postavu přítomný zvláště v západní kultuře. Vnímání takového ideálu jako společensky žádoucího může hrát významnou roli v rozvoji i udržování mentální anorexie (Linville et al., 2012). Deanna Linville a kol. (2012) dále zdůrazňují vliv rodiny, vrstevnického prostředí a mediálních vlivů na vnímání vlastního těla, což může vést k negativnímu postoji vůči vlastní hodnotě a v důsledku tak ovlivnit vztah vůči jídlu.

1.4 Projevy a příznaky

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) popisuje mentální anorexii jako poruchu, která se projevuje úmyslným omezováním příjmu potravy a ztrátou tělesné hmotnosti, což má negativní dopad na fyzické i psychické zdraví jedince. MKN 10 popisuje následující příznaky a projevy mentální anorexie: Omezení příjmu potravy, ztráta tělesné hmotnosti, poruchy chování související s jídlem (např. tendence se vyhýbat jídlu v přítomnosti ostatních lidí, náročné požadavky na stravování např. vážení jídla a měření kalorií apod.), poruchy vnímání tělesného obrazu (zkreslená představa o tělesném vzhledu, opakované měření hmotnosti apod.), hormonální poruchy (ovlivnění hormonální rovnováhy, poruchy menstruačního cyklu u žen, narušení hormonálního systému u mužů), psychické problémy (deprese, úzkost, nespavost, podrážděnost, sociální izolace a nedostatek zájmu o běžné aktivity nesouvisející se stravováním).

Hlavním znakem mentální anorexie je výrazný strach z nabývání na váze a porucha vnímání vlastního těla, které se projevuje špatnou image těla a poruchami

stravovacího chování (Fairburn et al., 2003). Tento strach může vést k velmi omezenému příjmu potravy a v extrémních případech k hladovění (Smink et al., 2013). Výzkumy ukazují, že tito pacienti často projevují kognitivní poruchy, jako je klinický perfekcionismus, což znamená, že jsou extrémně nároční na sebe sama (Shafran et al., 2002).

Projevy anorexie mohou být často spojeny s dalšími poruchami, jako jsou např. úzkostné poruchy (Kaye et al., 2004). Tyto poruchy mohou mít společné biologické a psychologické faktory a mohou ovlivňovat vývoj a průběh mentální anorexie (Kaye et al., 2004).

Mentální anorexie také může ovlivnit sociální interakce jednotlivce. Lidé s mentální anorexií se mohou cítit izolovaní a stigmatizovaní, což může vést k dalšímu omezování sociálních aktivit a zhoršení kvality jejich života. Tyto osoby mohou mít pocit, že nejsou akceptovány kvůli svému vzhledu a způsobu stravování. Mohou se také bát, že je ostatní budou vnímat jako slabé a nezvládající své životní situace (Linville et al., 2012). Na druhé straně studie Linvill a kol (2012) poukazuje na to, že sociální podpora může být klíčovým faktorem při zotavování. Nemocní, kteří cítí podporu své rodiny a dalších blízkých, se cítí být více motivovaní k léčbě.

1.5 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění mentální anorexie se obvykle dělí na několik fází, které mohou mít různé charakteristiky. Rozčlenění onemocnění do jednotlivých fází se liší na základě literatury. Samotné rozdělení do fází je pak podstatné především k diagnostice a k odlišným přístupům k léčbě v jednotlivých fázích.

K nejčastěji využívaným v praxi bývá dělení dle Garnerova diagnostického nástroje Eating Disorder Inventory (Nyman-Carlsson & Garner, 2016). Tento nástroj se používá k měření příznaků poruch příjmu potravy a zároveň ke sledování pokroku při léčbě. Avšak volně přístupný je pouze stručný popis diagnostického nástroje, nikoliv podrobný popis jednotlivých fází. Podrobný popis členění mentální anorexie do fází dle Garnera je možné dohledat v publikaci *Eating Disorder Inventory-2: Professional*

Manual“, který je přístupný na webových stránkách distributora tohoto nástroje – *Psychological Assessment Resources, Inc.*

Steinglass s kolegy (2020) ve své studii zmiňují diverzitu přístupů k identifikaci i definici jednotlivých stádií a přichází s koncepčním rámcem, který by umožnil dosáhnout konsenzu odborníků ohledně vymezení stádií vývoje nemoci a tím zlepšit pochopení mechanismů mentální anorexie i účinnější léčebné postupy. Za pomocí metody Delphi vytváří model jednotlivých fází s potenciálním klinickým využitím. Tato struktura zahrnuje subsyndromální fázi, úplný syndrom, persistentní fázi, částečnou remisi, remisi a opakovanou epizodu úplného syndromu.

Subsyndromální stádium je charakterizováno některými, ale ne všemi diagnostickými kritérii mentální anorexie. Jedinci v tomto stadiu mohou mít nižší tělesnou hmotnost, restriktivní stravovací návyky a narušený obraz těla, ale nemusí splňovat všechna kritéria pro plnou diagnózu anorexie (Steinglass et al., 2020).

Úplný syndrom představuje plnou diagnózu mentální anorexie na základě kritérií DSM-5, která zahrnuje výrazný pokles hmotnosti, omezení příjmu potravy, intenzivní strach z přibývání na váze a zkrácený obraz těla (Steinglass et al., 2020).

Persistentní fáze je charakterizována trvalým a chronickým průběhem mentální anorexie, který se navzdory různým pokusům o léčbu časem nezmírní. Jedinci v tomto stadiu mohou mít dlouhou anamnézu nemoci, opakované hospitalizace a závažné zdravotní komplikace.

Částečná remise je charakterizována výrazným zlepšením příznaků mentální anorexie, jako je obnovení hmotnosti, normalizace stravovacích návyků a méně závažné narušení obrazu těla, ale některé příznaky stále přetrvávají. Jedinci v této fázi mohou stále bojovat s některými aspekty nemoci, jako je strach z přibývání na váze nebo zaujetí jídlem a tvarem těla.

Remise. V této fázi dochází k trvalému zotavení, kdy je jedinec po delší dobu bez příznaků mentální anorexie, obvykle se jedná o dobu nejméně jednoho roku. Jedinci v této fázi mohou mít zdravou tělesnou hmotnost, normalizovaný vztah k jídlu a pozitivní obraz těla.

Úplný syndrom a opakovaná epizoda. Toto stádium je charakterizováno opakovaným výskytem příznaků mentální anorexie po období remise. Jedinci v tomto

stadiu mohli dříve dosáhnout remise, ale došlo u nich k relapsu s návratem výrazného úbytku hmotnosti, omezením jídla a zkresleným obrazem těla. Toto stadium se také označuje jako "opakovaná epizoda", protože zahrnuje návrat do předchozího stadia nemoci (Steinglass et al., 2020).

1.6 Rizika, následky a mortalita

Mentální anorexie může mít řadu vážných důsledků pro zdraví a kvalitu života jedince. Účelem této kapitoly je poskytnout přehled rizik spojených s onemocněním.

1.6.1 Fyzická rizika

Fyzická rizika spojená s mentální anorexií jsou četná a mohou být velmi závažná. Podvýživa v důsledku omezení příjmu potravy může vést k nerovnováze elektrolytů, srdečním arytmiím a srdečnímu selhání (Arcelus et al., 2011). Mentální anorexie také zvyšuje riziko osteoporózy, protože hustota kostí se snižuje v důsledku nedostatku živin potřebných pro růst a udržování kostí (Zipfel et al., 2015). Kromě toho může mentální anorexie způsobit gastrointestinální problémy, jako je zácpa, nadýmání a gastroparéza, což může vést k obstrukci střev a perforaci (Norris et al., 2016),

1.6.2 Psychologická rizika

Mentální anorexie je spojena s řadou psychologických rizik, včetně deprese, úzkosti a sebevražedných myšlenek (Katzman & Lee, 1997). Negativní účinky mentální anorexie na tělesný obraz mohou mít za následek také řadu dalších psychických problémů, jako je tělesná dysmorfická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha a excesivní cvičení (Young et al., 2013). Kromě toho může mentální anorexie vést k sociální izolaci a zhoršenému sociálnímu fungování, což může dále prohlubovat psychické potíže (Yager & O'Dea, 2008).

1.6.3 Sociální rizika

Mentální anorexie může mít také významné sociální důsledky, včetně zhoršených vztahů, sníženého fungování ve vzdělávání a při výkonu práce a snížené kvality života (Culbert et al., 2015; Ison & Kent, 2010). Jedinci s mentální anorexií se také mohou setkat se stigmatizací a diskriminací, což může dále prohloubit sociální izolaci a zhoršit sociální fungování (Culbert et al., 2015). Kromě toho může být ekonomická zátěž spojená s mentální anorexií značná, včetně nákladů na léčbu, ztráty produktivity a snížené kvality života (Crow et al., 2009).

1.6.4 Mortalita

Na základě metaanalýzy 36 studií je úmrtnost téměř dvakrát vyšší než u běžné populace (Arcelus et al., 2011). Dle autorů této studie je úmrtnost významně vyšší u pacientů, kteří se věnují tzv. „očistnému chování“ jako je např. zneužívání projímadel a vyvolávání zvracení.

Příčiny úmrtí pacientů také často souvisí se zdravotními komplikacemi jako jsou kardiovaskulární onemocnění nebo elektrolytová rovnováha (Arcelus et al., 2011). Úmrtnost je též zvýšená suicidálním chováním a rizikem dokonané sebevraždy (Katzman & Lee, 1997).

1.7 Sebepojetí při mentální anorexii

Výzkumy (Linardon et al., 2017; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Wade et al., 2008) i klinickou praxí je neustále dokazováno, že jedinci s mentální anorexií mají negativní sebepojetí, což je hlavní faktor, který přispívá k rozvoji a udržení poruchy. Sebepojetí označuje celkové vnímání a hodnocení sebe sama, včetně přesvědčení, hodnot a postojů. U onemocnění mentální anorexie je negativní sebepojetí zaměřeno především na obraz vlastního těla a hmotnost.

Výzkum (Linardon et al., 2017; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Wade et al., 2008) soustavně ukazuje, že jedinci s mentální anorexií mají zkreslené vnímání velikosti a tvaru svého těla, často se vnímají jako větší, těžší nebo obéznější, než ve skutečnosti jsou. Toto zkreslené vnímání vlastního těla vede k nespokojenosti se svým vzhledem a negativním pocitům vůči svému tělu. Pacienti s anorexií často zažívají pocit studu a znechucení vůči svému tělu, což dále posiluje jejich negativní sebepojetí.

Vztahem mezi sebepojetím a mentální anorexií se zabývalo několik studií. Studie Tracy Tylky a kolegů (2015) zjistila, že schopnost ocenit své tělo bez ohledu na jeho velikost nebo tvar negativně souvisí s poruchami příjmu potravy u jedinců s mentální anorexií. Zároveň samotné sebepojetí a vnímání vlastní je těla je komplexním procesem, který je ovlivňován mnoha faktory.

1.7.1 Faktory ovlivňující sebepojetí

Katzman a Lee (1997) tvrdí, že sebepojetí jedinců s mentální anorexií je utvářeno společenským tlakem na přizpůsobení se úzkému a nerealistickému ideálu krásy. Zároveň vysvětlují, že onemocnění narušuje sebepojetí způsobem, který přesahuje rámec tělesného obrazu. Jejich feministický a transkulturní přístup naznačuje, že mentální anorexie je pro jedince způsobem, jak získat kontrolu nad svým životem a vzdorovat patriarchálnímu a kulturnímu tlaku na přizpůsobení se nerealistickým standardům krásy. Autorky naznačují, že hladovění slouží jako mechanismus zvládnání, který jedincům umožňuje cítit se úspěšně, mít moc a kontrolu. Podobně Yager a O'Dea (2008) hovoří o důležitosti preventivních programů pro poruchy vnímání těla a poruchy příjmu potravy, které se zabývají společenskými tlaky a podporují pozitivní sebepojetí.

Klinický perfekcionismus byl také identifikován jako faktor přispívající k sebepojetí u mentální anorexie (Shafran et al., 2002). Jedinci s mentální anorexií často vykazují vysokou míru perfekcionismu, což může podněcovat jejich restriktivní stravovací chování a formovat jejich přesvědčení o vlastní hodnotě. Kognitivně-behaviorální analýza klinického perfekcionismu naznačuje, že jedinci s mentální anorexií mají nerealistické a příliš vysoké nároky, rigidní a nepružné vzorce myšlení, které přispívají k tomu, že mají potíže zbavit se svého obsedantního a restriktivního chování. Young a kolegové (2013) provedli přehled studií o obsedantně-kompulzivních rysech a

nadměrném cvičení u pacientů s mentální anorexií. Zjistili, že tyto rysy a poruchy jsou spojeny s negativnějším sebepojetím a vyšším rizikem relapsu.

Lze shrnout, že sebepojetí hraje u mentální anorexie významnou roli, přičemž narušení sebepojetí je klíčovým rysem této poruchy. Mentální anorexie je komplexní duševní porucha, která je ovlivněna různými faktory, včetně klinického perfekcionismu, sociální podpory a kulturních a společenských tlaků. K plnému pochopení složitosti sebepojetí u mentální anorexie a k vývoji účinných intervencí zaměřených na tento aspekt poruchy je zapotřebí dalšího výzkumu (Zipfel et al., 2015).

1.7.2 Sebepečetí v léčbě

Léčba mentální anorexie často zahrnuje psychoterapii, jejímž cílem je řešit negativní sebepojetí a zkreslený obraz těla. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je běžně používaný přístup, který se zaměřuje na změnu myšlení a chování jedince souvisejícího s jeho tělesným obrazem a hmotností. Ukázalo se, že KBT je účinná při snižování negativního sebepojetí a zlepšování tělesného obrazu u pacientů s mentální anorexií (Linardon et al., 2017).

Závěrem lze říci, že jedinci s mentální anorexií mají negativní sebepojetí zaměřené především na svůj tělesný obraz a hmotnost. Toto negativní sebepojetí je hlavním faktorem, který přispívá k rozvoji a udržování poruchy a je důležité, aby si lékaři uvědomili roli sebepojetí u mentální anorexie a podle toho přizpůsobili léčbu.

2 Léčba

Mentální anorexie je závažná a potenciálně život ohrožující porucha příjmu potravy, která se vyznačuje zkresleným obrazem těla, intenzivním strachem z přibývání na váze a výrazným omezováním jídla. Postihuje především dospívající a mladé dospělé ženy, ale může postihnout i muže. Léčba mentální anorexie vyžaduje multidisciplinární přístup, který zahrnuje lékařské, nutriční a psychologické intervence.

Podle Americké psychiatrické asociace je léčbou první volby u mentální anorexie rodinná terapie (Couturier et al., 2010) nebo Maudsleyho přístup, což je speciální forma rodinné terapie (Lock et al., 2006). Rodinná terapie zahrnuje aktivní roli rodiny v procesu léčby a spolupráci s terapeutem, která má pacientovi pomoci přibrat na váze a dosáhnout zdravého vztahu k jídlu.

K dalším léčebným postupům mentální anorexie založeným na důkazech patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT) (Fairburn et al., 2003; Linardon et al., 2017) a dialektická behaviorální terapie (DBT) (Safer et al., 2001).

Kromě psychoterapie jsou k řešení fyzických komplikací, které mohou vzniknout v důsledku mentální anorexie, nezbytné lékařské a nutriční intervence. Farmakoterapie mohou zahrnovat užívání antidepresiv, antipsychotik a dalších léků ke zvládnutí komorbidních stavů, jako jsou deprese a úzkost. Nutriční intervence mohou zahrnovat spolupráci s registrovaným dietologem, který vypracuje stravovací plán a zajistí, aby pacient splňoval své nutriční potřeby (Couturier et al., 2010; Mehler & Brown, 2015).

Je důležité si uvědomit, že mentální anorexie je komplexní porucha, která vyžaduje dlouhodobou léčbu a podporu. Klíčem k dosažení úspěšných výsledků je včasná intervence a multidisciplinární přístup.

2.1 Zahájení léčby

Zahájení léčby mentální anorexie může být náročné a mnozí jedinci mohou váhat, zda vyhledat pomoc. Před zahájením léčby mohou mít pacienti smíšené pocity. Mohou se za svůj stav stydět, cítit se trapně nebo provinile a mohou se obávat, že je budou ostatní odsuzovat (McIntosh et al., 2005). Mohou mít také obavy z dopadu léčby na jejich každodenní život, jako je volno v práci nebo ve škole a finanční zátěž spojená s léčbou (Perkins et al., 2006). Jedinci s mentální anorexií se navíc mohou cítit nejistí, zda jsou připraveni změnit své stravovací chování, a mohou se obávat ztráty kontroly nad svým tělem (Fairburn et al., 2003; Linardon et al., 2017).

Mezi demotivační faktory, které brání zahájení léčby, může patřit nejistota nebo skepse ohledně přínosu léčby, popírání závažnosti nemoci nebo úzkost ze změny. V některých případech se pacienti mohou zdráhat vyhledat léčbu také kvůli nedostatku důvěry v systém zdravotní péče, předchozím negativním zkušenostem s léčbou nebo obavám ze ztráty samostatnosti a kontroly nad svým životem (Rance et al., 2017).

Podle studie Nancy Berkman a kolegů (2007) přibližně 40 % pacientů s AN zahájí léčbu dobrovolně, zatímco zbývajících 60 % může k zahájení léčby potřebovat určitý stupeň nátlaku nebo přesvědčování. To může zahrnovat rodinu nebo přátele, kteří je povzbuzují, aby vyhledali pomoc, poskytovatele zdravotní péče, kteří jim doporučí léčbu, nebo právní či zdravotní důsledky vyplývající z jejich nemoci.

Pokud pacient nechce zahájit léčbu, může to mít závažné následky. Mentální anorexie je spojena s vysokou úmrtností, přičemž jedna metaanalýza uvádí standardizovaný poměr úmrtnosti na mentální anorexií 5,86¹ (Arcelus et al., 2011). Čím déle je pacient s anorexií bez léčby, tím větší je riziko závažných zdravotních komplikací, jako jsou srdeční arytmie, elektrolytová nerovnováha a orgánové selhání (Arcelus et al., 2011; Norris et al., 2016).

¹ "Standardizovaný poměr úmrtnosti" (SMR) je ukazatel používaný v epidemiologii k porovnání pozorovaného počtu úmrtí v určité populaci s očekávaným počtem úmrtí na základě úmrtnostních poměrů standardní populace. SMR 1,0 znamená, že pozorovaný počet úmrtí v populaci je stejný jako očekávaný, zatímco SMR vyšší než 1,0 znamená vyšší počet úmrtí, než se očekávalo.

V kontextu to znamená, že u osob s mentální anorexií je úmrtnost 5,86krát vyšší, než by se očekávalo u standardní populace bez anorexie.

Když se jedinec s mentální anorexií rozhodne vyhledat léčbu, prvním krokem je obvykle domluvit si vyšetření u poskytovatele zdravotní péče, například u obvodního lékaře, psychiatra nebo psychologa (Walsh, 2013). Během vyšetření poskytovatel zdravotní péče posoudí fyzické a psychické zdraví pacienta, shromáždí informace o jeho stravovacím chování a anamnéze a určí vhodnou úroveň péče (*Overview / Eating Disorders*, 2017).

2.2 Hospitalizace

Hospitalizace je pro léčbu mentální anorexie často nezbytná. Zejména u pacientů, kteří jsou zdravotně nestabilní, nejsou schopni se účastnit léčby ambulantně nebo jim hrozí vážné poškození zdraví. Hospitalizace umožňuje pečlivé sledování hmotnosti a životních funkcí, jakož i intervence k řešení podvýživy a zdravotních komplikací (*Overview / Eating Disorders*, 2017).

Během hospitalizace pacienti obvykle využívají multidisciplinární přístup k léčbě, včetně lékařské péče, výživového poradenství a psychoterapie. Lékařská léčba může zahrnovat výkrm, suplementaci a léčbu komplikací, jako je elektrolytová nerovnováha, srdeční abnormality a osteoporóza (Arcelus et al., 2011; Norris et al., 2016; Zipfel et al., 2015). Výživové poradenství může zahrnovat plánování jídel, kontrolu porcí a vzdělávání o vyvážených stravovacích návycích. Psychoterapie může zahrnovat individuální nebo skupinovou terapii, kognitivně-behaviorální terapii a rodinnou terapii (Fairburn et al., 2003; Linardon et al., 2017; Lock et al., 2010).

Délka hospitalizace se liší v závislosti na zdravotním stavu pacienta a jeho reakci na léčbu. Obecně mohou pacienti zůstat v nemocnici několik týdnů až několik měsíců (Treasure et al., 2010). Po propuštění mohou pacienti přejít na nižší úroveň péče, jako je rezidenční léčba, intenzivní ambulantní léčba nebo ambulantní terapie (Treasure et al., 2010).

Je důležité si uvědomit, že hospitalizace není univerzálním řešením, a ne všichni pacienti s mentální anorexií vyžadují hospitalizaci nebo z ní mají prospěch. Léčebný tým, který zahrnuje lékaře, nutričního specialistu a odborníka na duševní zdraví, by měl určit

vhodnou úroveň péče pro každého jednotlivého pacienta (*Overview / Eating Disorders*, 2017).

2.3 Skupinová terapie

Skupinová terapie je forma psychoterapie, při níž se skupina jedinců pravidelně setkává s vyškoleným terapeutem a diskutuje o svých myšlenkách, pocitech a chování. V kontextu mentální anorexie může být skupinová terapie obzvláště užitečná, protože poskytuje podpůrné prostředí, kde mohou jednotlivci sdílet své zkušenosti a učit se jeden od druhého.

Studie zjistila, že u jedinců, kteří se účastnili skupinové terapie, došlo k významnému zlepšení symptomů poruchy příjmu potravy, tělesného obrazu a celkového psychického fungování (McIntosh et al., 2005). Jiná studie zjistila, že skupinová terapie je při zlepšování příznaků poruchy příjmu potravy a snižování počtu relapsů účinnější než individuální terapie (Agras et al., 2000).

Skupinová terapie mentální anorexie funguje tak, že se zabývá sociálními a mezilidskými faktory, které přispívají k rozvoji a udržování této poruchy. Jedinci s mentální anorexií často bojují se sociální izolací, nízkým sebevědomím a obtížemi s vyjadřováním emocí. Skupinová terapie může pomoci tyto problémy řešit tím, že poskytuje podpůrné a validní prostředí, kde si jedinci mohou procvičovat interpersonální dovednosti, budovat sociální vazby a rozvíjet pocit sounáležitosti (Grenon et al., 2017).

Skupinová terapie není vhodná pro každého, kdo trpí mentální anorexií. Jedinci, kteří jsou v počátečních fázích zotavování, mají závažné zdravotní komplikace nebo nejsou motivováni ke změně, nemusí mít ze skupinové terapie prospěch (*Overview / Eating Disorders*, 2017). Navíc jedinci s těžkou depresí, úzkostí nebo jiným duševním onemocněním mohou vyžadovat intenzivnější léčbu, než jakou může poskytnout samotná skupinová terapie.

Cenným doplňkem skupinové terapie mentální anorexie mohou být svépomocné skupiny. Tyto skupiny poskytují podpůrnou komunitu, kde mohou jednotlivci sdílet své zkušenosti, získat povzbuzení a vedení a učit se ze zkušeností ostatních. Svépomocné skupiny mohou také pomoci upevnit dovednosti a strategie získané při skupinové terapii

a poskytnout trvalou podporu a posílit převzetí odpovědnosti u pacientek (Arcelus et al., 2011; McCormack, 2010).

Avšak je důležité si uvědomit, že svépomocné skupiny nejsou vhodné pro každého, kdo trpí mentální anorexií, u některých jedinců nejsou účinné nebo mohou být dokonce spouštěčem obtíží. Je důležité spolupracovat s léčebným týmem a určit, zda jsou svépomocné skupiny vhodným doplňkem léčebného plánu.

2.4 Individuální psychoterapie

Mentální anorexie je závažná duševní porucha charakterizovaná výrazným omezením příjmu potravy, které vede k výraznému úbytku hmotnosti a dalším zdravotním komplikacím. Zatímco u dospívajících s anorexií je v první linii léčby rodinná terapie, u dospělých s touto poruchou se jako účinná léčba ukázala individuální psychoterapie (Lock et al., 2010; Wonderlich et al., 2012).

Individuální psychoterapie mentální anorexie je obvykle založena na kognitivně-behaviorální terapii (KBT), která je nejčastější psychoterapeutickou metodou. KBT pro léčbu anorexie zahrnuje zpochybňování zkreslených myšlenek a přesvědčení o tělesném obrazu, hmotnosti a jídle, které jsou základem poruchy. Terapie také pomáhá pacientům rozvíjet strategie zvládnání úzkosti a stresu, které mentální anorexii často doprovázejí.

Kromě CBT byly k léčbě mentální anorexie použity i další typy individuální psychoterapie, včetně psychodynamické psychoterapie a dialektické behaviorální terapie (DBT). Cílem psychodynamické psychoterapie je pomoci pacientům pochopit základní emoční konflikty a nevědomé myšlenky, které přispívají k jejich poruše příjmu potravy (Fonagy, 2015). Zároveň Fonagy (2015) podotýká, že psychodynamické přístupy prospívají zvláště pacientů s kombinací mentální anorexie a bulimie. DBT se naproti tomu zaměřuje na pomoc pacientům rozvíjet dovednosti mindfulness a strategie emoční regulace s cílem snížit impulzivitu a emoční dysregulaci, které mohou přispívat k poruchám příjmu potravy (Bankoff et al., 2012).

Následující kapitoly se budou specificky zabývat terapeutickými směry KBT a DBT a jejich přínosem k léčbě mentální anorexie.

2.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je široce používaným přístupem k léčbě osob s anorexií. Při léčebném procesu anorexie pracuje s myšlenkami a chováním pacientů. Zaměřuje na identifikaci a potlačování negativních myšlenek souvisejících s onemocněním, jako je perfekcionismus, nízké sebevědomí a zkreslený obraz těla. V oblasti chování se KBT zaměřuje na vzorce chování související s anorexií, jako je vyhýbání se jídlu a nadměrné cvičení, a na rozvoj zdravých strategií zvládnutí, které nahradí maladaptivní chování. Cílem je pomoci jedincům s mentální anorexií vytvořit si zdravější vztah k jídlu a svému tělu a zlepšit celkovou kvalitu života.

Léčba se obvykle skládá z 20-40 sezení a je rozdělena do dvou fází: první fáze se zaměřuje na obnovení hmotnosti a snížení symptomů, zatímco druhá fáze se zaměřuje na prevenci relapsu a udržení. První fáze zahrnuje týdenní sledování hmotnosti a symptomového chování, stanovení cílů a používání behaviorálních technik, jako je pravidelné stravování, expoziční terapie a plánování jídla. Ve druhé fázi je kladen důraz na udržení pokroku a prevenci relapsu prostřednictvím pokračujícího používání behaviorálních technik a řešení základních problémů souvisejících s anorexií, jako je obraz těla a sebeúcta (Fairburn et al., 2003).

Výzkum ukázal, že KBT je účinnou možností léčby dospělých s mentální anorexií. Metaanalýza 17 randomizovaných kontrolovaných studií zjistila, že KBT je spojena s významným zlepšením u symptomů poruchy příjmu potravy a celkového psychosociálního fungování u dospělých pacientů s mentální anorexií (Linardon et al., 2017). V randomizované kontrolované studii srovnávající KBT s podpůrnou psychoterapií bylo zjištěno, že KBT je účinnější při snižování symptomů mentální anorexie a zlepšování kvality života (Schmidt et al., 2007).

V každém případě, použití KBT má však svá omezení a potenciální nevýhody. Jedním z omezení je, že nemusí být účinná u všech jedinců s mentální anorexií, zejména u těch s těžším průběhem nebo dlouhodobou nemocí. Kromě toho KBT nemusí řešit základní psychologické problémy, které mohou přispívat k rozvoji mentální anorexie, jako je trauma nebo poruchy osobnosti (Fairburn et al., 2003). Nakonec, zaměření na obnovení hmotnosti a snížení symptomů v první fázi KBT může být náročné pro pacienty,

kteří se brání změně nebo bojují s fyzickými a emocionálními aspekty zotavení (Schmidt et al., 2007).

2.4.2 Dialektická-behaviorální terapie

Dialektická-behaviorální terapie (DBT) narozdíl od KBT, která se zaměřuje na změnu negativních myšlenek a chování, klade důraz na přijetí a mindfulness, přičemž zahrnuje i kognitivně-behaviorální techniky. DBT se pro léčbu anorexie obvykle skládá z individuálních terapeutických sezení a skupinových tréninků dovedností, které se zaměřují na čtyři oblasti: mindfulness, regulaci emocí a toleranci stresu (Lammers et al., 2022).

Ve srovnání s KBT se DBT ukázala být stejně účinná při snižování symptomů mentální anorexie, přičemž některé studie naznačují, že DBT může být účinnější u jedinců s těžšími nebo komplexnějšími projevy (Lammers et al., 2022). Ačkoliv KBT i DBT se v první fázi léčby zaměřují na redukci symptomů a obnovení hmotnosti, DBT klade větší důraz na zlepšení regulace emocí a interpersonálního fungování v pozdějších fázích léčby (Safer et al., 2001).

V každém případě i využití DBT má u mentální anorexie některá omezení. Jedním z nich je, že DBT může být složitější a časově náročnější než jiné formy psychoterapie, což může být náročné pro pacienty, kteří mohou být vůči léčbě rezistentní nebo se potýkat s fyzickými a emocionálními aspekty zotavení. Zároveň stejně jako u KBT platí, že ani DBT neřeší psychologické problémy, které k mentální anorexii mohou přispívat, jako trauma a porucha osobnosti (Bankoff et al., 2012; Lammers et al., 2022; Safer et al., 2001; Schmidt et al., 2007).

2.5 Rodinná psychoterapie

Rodinná terapie je druh psychoterapie, který se zaměřuje na interakce a vztahy v rodinném systému a na to, jak tato dynamika může přispívat k rozvoji a udržování mentální anorexie. Rodinná terapie při léčbě anorexie obvykle zahrnuje celou rodinu a

léčebná sezení mohou zahrnovat vzdělávání o nemoci, nácvik dovedností a komunikační cvičení ke zlepšení fungování rodiny (Lock et al., 2010).

Rodinná terapie se obecně považuje za vhodnou pro dospívající s mentální anorexií, kteří žijí se svými rodinami, protože zapojení rodiny je často nezbytné pro účinnou léčbu. Pro pacienty, kteří nežijí se svými rodinami nebo mají výraznou rodinnou dysfunkci, však mohou být vhodnější jiné léčebné přístupy (Couturier et al., 2010).

Studie ukázaly, že léčba anorexie při zapojení rodiny je účinná ve snižování příznaků a zlepšování výsledků u dospívajících. Studie prokázaly, že rodinná terapie ve srovnání s individuální terapií přináší lepší dlouhodobé výsledky jako je dosažení úplné remise a prevenci relapsu i při dlouhodobém sledování (Lock et al., 2006, 2010).

Přestože rodinná terapie má v léčbě mentální anorexie prokazatelné přínosy, mohou se vyskytnout komplikace, jako je odpor rodinných příslušníků nebo obtíže při zapojení všech členů rodiny do procesu léčby (Schmidt et al., 2007). Kromě toho mohou někteří pacienti vyžadovat další individuální terapii k řešení psychologických problémů, které nejsou v rámci rodinné terapie řešeny (Couturier et al., 2010).

2.6 Nutriční terapie

Dle Couturier (2010) je nutriční rehabilitace je základem léčby mentální anorexie a měla by být integrována s psychoterapií a lékařskou péčí. Také zdůrazňuje, že obnovení hmotnosti je rozhodující pro zvrácení tělesných a kognitivních příznaků spojených s mentální anorexií a že registrovaný dietolog by měl být nezbytnou součástí léčebného týmu, aby poskytoval výživové poradenství a plánování jídel na míru.

Nutriční terapie obvykle zahrnuje vypracování individuálního stravovacího plánu, který zohledňuje nutriční potřeby pacienta, jeho stravovací preference a kulturní zázemí. Stravovací plán by měl být vypracováván ve spolupráci s dietologem, který s pacientem úzce spolupracuje, aby zajistil, že pacient plní své výživové cíle a dělá pokroky při obnově hmotnosti.

Kromě plánování stravy může nutriční terapie mentální anorexie zahrnovat také použití doplňků stravy nebo enterální výživy v případech, kdy je obnovení hmotnosti

obzvláště náročné nebo kdy se objeví zdravotní komplikace. Použití enterální výživy v počátečních fázích léčby mentální anorexie může vést k rychlejšímu nárůstu hmotnosti a kratšímu pobytu v nemocnici (Rock & Curran-Celentano, 1996).

Nutriční terapie je sice nezbytnou součástí léčby anorexie, ale může představovat i problém. Jedním z problémů je, že jedinci s mentální anorexií se mohou bránit myšlenkou obnovení hmotnosti, což může vést k nedodržování stravovacího plánu nebo jiných aspektů léčby (J. Treasure & Schmidt, 2013). Kromě toho mohou pacienti s anorexií bojovat s úzkostí nebo strachem v souvislosti s jídlem, což jim může ztěžovat stravování nebo udržování přírůstku hmotnosti.

2.7 Cesta k uzdravení

Cesta k zotavení z mentální anorexie může být dlouhá a obtížná, ale se správnou léčbou a podporou je uzdravení možné.

Proces zotavení z mentální je u každého jedinečný a může zahrnovat různé fáze. Podle Dawsona, Rhodese a Touyze (2014) zotavení z chronické anorexie často zahrnuje přijetí faktu, že nemoc je problém, vyhledání pomoci, vytvoření podpůrné sítě a učení se novým strategiím zvládnání, které nahradí nezdravé chování. Autoři rozdělují cestu k zotavení do celkem tří fází:

Fáze před rozvahou. V této fázi si jedinec s anorexií ještě neuvědomuje, že jeho chování a myšlenky týkající se jídla a hmotnosti jsou problematické. Může popírat závažnost svého stavu nebo si neuvědomovat, že má problém. Tato fáze může trvat i několik let, než jedinec vyhledá pomoc.

Fáze rozjímání a jednání. V této fázi si jedinec uvědomí, že jeho chování a myšlenky týkající se jídla a hmotnosti jsou problematické, a začne uvažovat o tom, že vyhledá pomoc. Tato fáze může zahrnovat ambivalenci a odpor ke změně, stejně jako pokusy o změnu, které mohou být neúspěšné. Jedinec může začít zkoumat základní příčiny své poruchy a spolupracovat s terapeutem na rozvoji strategií zvládnání.

Udržovací fáze. V této fázi jedinec dosáhl pokroku v zotavování a je odhodlán svůj pokrok udržet. Může lépe rozumět svým spouštěčům a zranitelným místům a

vytvořit si podpůrný systém, který mu pomůže udržet si zotavení. Stále však může docházet k občasným relapsům nebo neúspěchům a je třeba, aby na svém zotavení nadále pracoval (Dawson et al., 2014).

Doba trvání procesu zotavení se také liší, někteří jedinci se zotaví během několika měsíců, zatímco jiným to může trvat i několik let. Podle Linvilla, Browna, Sturma a McDougala (2012) je zotavení celoživotní cestou, která zahrnuje trvalé úsilí o udržení zdravého vztahu k jídlu a vlastnímu tělu.

Úspěšnost zotavení z mentální anorexie je obtížné měřit, protože závisí na různých faktorech, jako je závažnost a délka trvání nemoci, kvalita podstoupené léčby a ochota a schopnost jedince podílet se na procesu zotavení. Studie však ukázaly, že při vhodné léčbě a podpoře je značná část pacientů schopna dosáhnout úplného nebo částečného zotavení (Dawson et al., 2014).

Mezi faktory, které mohou usnadnit proces zotavení, patří silná podpůrná síť, včetně rodiny, přátel a zdravotníků, přístup k účinné léčbě, jako je psychoterapie a výživové poradenství, a rozvoj zdravých strategií zvládnání a chování. Kromě toho, může účast v terapeutických skupinách a podpora od lidí s podobnými zkušenostmi může pomoci zlepšit sociální interakce a zvýšit pocit sounáležitosti a společenství (Linville et al., 2012).

2.8 Relaps

Míra relapsu mentální anorexie se liší v závislosti na studii, ale obecně se pohybuje mezi 30-50 %. Jedna studie zjistila, že 34 % pacientů s mentální anorexií recidivovalo do jednoho roku léčby (Carter et al., 2012), zatímco jiná zjistila 50% míru relapsu do dvou let (Couturier et al., 2013).

Je však důležité poznamenat, že míra relapsu může být ovlivněna řadou faktorů, včetně typu a intenzity absolvované léčby, závažnosti onemocnění a úrovně motivace a zapojení jedince do léčby. Navíc recidiva není v počátečních fázích zotavování neobvyklá a někteří jedinci mohou potřebovat více kol léčby, než dosáhnou trvalé remise.

Důvody relapsu jsou multifaktoriální a mohou se u různých pacientů lišit. Jedná se o kombinaci biologických, psychologických a sociálně-kulturních faktorů, které mají vliv na samotný vznik onemocnění a byly popsány v kapitole 1.3.

2.9 Život po léčbě

Přestože cesta k zotavení z mentální anorexie může být obtížná, mnoho jedinců je schopno tuto poruchu úspěšně překonat a dosáhnout dlouhodobého zdraví a kvalitního života (Crow et al., 2009). Po léčbě mentální anorexie mohou jedinci zažívat řadu fyzických a emocionálních problémů, přestože se snaží udržet si zdravou hmotnost, vytvořit si pozitivní obraz těla a vytvořit si zdravý vztah k jídlu (Le Grange et al., 2012). Někteří jedinci mohou i nadále bojovat s vtíravými myšlenkami nebo chováním souvisejícím s příjmem potravy, zatímco jiní mohou zažívat úzkost a depresi (Hay et al., 2014).

Pro podporu dlouhodobého zotavení a snížení rizika relapsu mohou mít osoby, které se zotavují z mentální anorexie, prospěch z pokračující podpory a léčby. Ta může zahrnovat pravidelné kontroly u lékaře, účast v podpůrné skupině nebo síti vrstevníků a průběžnou psychoterapii nebo poradenství (Anderson et al., 2017).

Kromě lékařské a psychologické podpory může být pro jedince, kteří se zotavují z mentální anorexie, důležitá také péče o sebe a zdravý životní styl. To může zahrnovat pravidelnou fyzickou aktivitu, věnování se koníčkům a zájmům a rozvíjení zdravého a vyváženého přístupu k jídlu a výživě (Linardon et al., 2017).

2.10 Prevence

Cílem prevence mentální anorexie je snížit výskyt této poruchy prostřednictvím eliminace rizikových faktorů a podporováním ochranných faktorů. Bylo zjištěno několik rizikových faktorů mentální anorexie, včetně genetiky, poruch příjmu potravy v rodině, negativního obrazu těla, perfekcionismu a častých snah o redukci váhy. Preventivní úsilí se může zaměřit na tyto rizikové faktory prostřednictvím řady přístupů, včetně

vzdělávacích programů, školení v oblasti mediální gramotnosti a intervencí zaměřených na snížení šikany související s hmotností (Eisenberg et al., 2006).

Mezi ochranné faktory, které mohou snížit riziko mentální anorexie, patří pozitivní obraz těla, zdravé stravovací návyky a podpůrná sociální síť. Tyto ochranné faktory, mohou být podpořeny iniciativ, které propagují zdravý životní styl, pozitivní vztah k tělu a informují o programech sociální podpory (McLean et al., 2015). Takovéto propagační programy podporují pozitivní sebepojetí a povzbuzují jedince, aby přijali své tělo bez ohledu na jeho velikost nebo tvar. Je důležité také zdůrazňovat význam sociální podpory a povzbuzovat jedince, aby vyhledali pomoc, pokud se u nich objeví příznaky poruchy příjmu potravy (Yager & O'Dea, 2008).

Součástí prevence může být také včasná identifikace a intervence u osob ohrožených mentální anorexií. To může zahrnovat screeningové programy ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních a předání k vhodné léčbě a podpůrným službám (Eisler et al., 2016).

Empirická část

3 Metodologie

V této kapitole představím cíl mého výzkumu a výzkumnou otázku. Dále zde popíši etické aspekty výzkumu, výzkumnou metodu, kritéria, kterými jsem se řídila při výběru respondentů a metodu analýzy dat. Následně také rozbor rozhovorů a výsledky výzkumu.

3.1 Zkoumaná problematika a výzkumná otázka

V této práci se zabývám léčbou mentální anorexie a životem po úspěšné léčbě. Odborné publikace se zaměřují především na příznaky mentální anorexie, diagnostiku a léčbu. Už málo se ale hovoří o tom, jaká je kvalita života lidí, kteří si anorexií prošli.

Mým cílem je zjistit, co respondentům pomohlo na jejich cestě k vyléčení se, jaké jsou jejich zkušenosti a pohled na odbornou léčbu a jaký je jejich život po léčbě mentální anorexie. Hlavní výzkumnou otázka je: *„Jaké to je, úspěšně překonat anorexii?“*

Výzkumné podotázky:

1. Jaká hlavní témata se objevují při úspěšné léčbě anorexie?
2. Jaký je život po léčbě?

Pro tento výzkum jsem zvolila metodu kvalitativní, protože poskytuje respondentům značný prostor k vyjádření se ke své vlastní jedinečné zkušenosti a výzkumníkovi poskytuje hlubší porozumění dané problematice. Pro sběr dat jsem si vybrala polo-strukturovaný rozhovor.

3.2 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli před rozhovorem seznámeni s cílem, metodou a účelem výzkumu. Byli také předem seznámeni s okruhy témat, na které se budu v rozhovorech dotazovat.

Vzhledem k citlivosti tématu jsem před zahájením rozhovoru respondenty informovala, že není třeba odpovídat na otázky, ve kterých se necítí komfortně, a také jsem je informovala o jejich právu rozhovor ukončit.

Veškeré informace jsem jim také poskytla v písemném informovaném souhlasu, který před rozhovorem stvrdily podpisem. Vzor informovaného souhlasu lze najít v příloze č. 1.

3.3 Vlastní předporozumění zkoumanému tématu

Vzhledem k mé osobní zkušenosti s mentální anorexií, jsem měla jistá očekávání, jakým směrem by se mohly rozhovory ubírat. Proto jsem si během vedení rozhovorů dávala pozor, na podsouvání svých hypotéz respondentům a spíše jsem je následovala tam, kam své vyprávění směřují. Stejně tak i v následném kódování. Před zahájením výzkumu jsem si myslela, že mentální anorexie je porucha, která v psychice člověka, ať už více či méně přetrvává napořád. Očekávala jsem, že má trvalý vliv na sebepojetí, sebevědomí a přístup ke stravování se. Také jsem si myslela, že její vznik a vývoj může být silně ovlivněn nebo dokonce zapříčiněn lidmi a prostředím, kterým je daný člověk obklopen. Dle osobní zkušenosti jsem měla také očekávání, že při anorexii dochází k sociální izolaci a k přidruženým psychickým poruchám jako jsou například úzkosti, deprese nebo dysmorfofobie. Dle zkušenosti s praxí na dětském psychiatrickém oddělení, kde byli převážně pacienti s mentální anorexií, jsem také předpokládala, že bude obecně panovat nespokojenost s léčebnými postupy, jako je například výkrm, který se běžně užívá při hospitalizaci a že bude zájem o navýšení psychoterapeutické péče.

3.4 Výběr respondentů a sběr dat

Pro tento výzkum jsem hledala respondenty, kteří si prošli léčbou mentální anorexie.

Kritéria výběru zkoumaných osob:

1. Respondent si prošel nějakou formou odborné léčby anorexie
2. Respondentovi je 18+
3. Je minimálně tři roky po ukončení léčby
4. Nemá žádné jiné vážné psychické onemocnění či poruchy (kromě přidružených)

Respondenty jsem hledala skrze sociální sítě a následně přes kontakty již oslovených respondentů. Ze dvanácti oslovených respondentů, se mi podařilo uskutečnit čtyři rozhovory. Mými respondenty byly tři ženy a jeden muž. Respondenty jsem předem informovala o účelu i cíli mého výzkumu, o tématech, které se budou v rozhovorech objevovat a dále jsem je informovala o jejich právech prostřednictvím informovaného souhlasu. Když respondenti vyjádřili souhlas k participaci na výzkumu, naplánovali jsme místo a čas rozhovoru. Všichni respondenti dostali možnost výběru místa uskutečnění rozhovoru, aby pro ně bylo prostředí příjemné, klidné a bezpečné. Všechny rozhovory probíhaly v kavárnách a trvaly přibližně 50 minut. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány kvůli zachování anonymity. Rozhovory byly polo-strukturované a předem připravené otázky se týkaly témat: porozumění vzniku poruchy, co pomáhalo při léčbě anorexie, nejlepší/nejhorsí zážitky z léčby, doporučení pro rodinné příslušníky a blízké, pocity po léčbě a momentální stav, uvědomění nebo obohacení po zkušenosti s léčbou anorexie. V rámci vedení rozhovorů jsem se snažila pokládat otevřené otázky a praktikovat aktivní naslouchání.

Stručné představení respondentů:

Rozhovor	Jméno	Věk	Zaměstnání
Rozhovor 1	Pavla	44	Studentka doktorandského studia, učitelka

Rozhovor 2	Kristýna	24	Studentka VOŠ
Rozhovor 3	Martin	23	Student VŠ
Rozhovor 4	Sandra	21	Servírka v kavárně

Jména respondentů jsem pozměnila kvůli zachování anonymity.

3.5 Metoda analýzy dat

Pro tento výzkum jsem zvolila metodu kvalitativní, protože poskytuje respondentům značný prostor k vyjádření se ke své vlastní jedinečné zkušenosti a výzkumníkovi poskytuje hlubší porozumění dané problematice. Pro sběr dat jsem si vybrala polo-strukturovaný rozhovor.

Pro analýzu dat jsem zvolila metodu tematické analýzy. Tematická analýza je metoda, která systematicky identifikuje, organizuje a poskytuje náhled do vzorců témat v souboru dat (Braun & Clarke, 2012).

Braun a Clarke (2006) uvádí šest kroků procesu tematické analýzy, dle kterých jsem se řídila při svém výzkumu.

1. Seznámení se s daty

V této fázi jsem opakovaně pročetla přepisy rozhovorů a poslouchala videozáznamy, za účelem zorientování se v datech a pochopení témat a myšlenek respondentů.

2. Kódování

Ve fázi kódování jsem již cíleně hledala témata, která se mi vynořovala v průběhu čtení anebo myšlenky, které mě oslovily. Ty jsem si následně podtrhávala a poté vystříhovala na malé papírky. Způsob mého kódování jsem zaznamenala na fotografii, které je možné nalézt v příloze č. 2

3. Hledání témat

V této fázi jsem začala hledat mezi vystřiženými útržky rozhovorů souvislosti a vzorce, a začala je přiřkládat k sobě. Z toho se začala ukazovat první základní společná témata. Dále jsem si pročetla obsahy základních témat a začaly se mi vytvářet nové vzorce a vznikat nová sub témata.

4. Posouzení témat

Při posuzování témat jsem si kontrolovala, zda výňatky rozhovorů opravdu korespondují s tématy, pod které jsou řazeny a zda témata souvisí s výzkumnou otázkou.

5. Definování a pojmenování tématu

Dále jsem se snažila identifikovat podstatu jednotlivých témat k výzkumné otázce a také jejich přesné a výstižné pojmenování.

6. Psaní závěru

Závěrečným krokem bylo sepsání závěrečné zprávy, kde jsem se snažila shrnout výsledky mého výzkumu.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Anorexii nebo rakovinu? Deset rakovin, klidně: psychický aspekt poruchy je zásadnější

Dotazovaní v rozhovorech porovnávali duševní a fyzický aspekt mentální anorexie. Shodují se na tom, že ačkoli se může zdát, že anorexie je především záležitostí tělesnou, tak zmiňují, že pro ně byl daleko zásadnější psychický aspekt této poruchy.

Respondentka Pavla dokonce uváděla na příkladu, že kdyby si měla vybrat mezi karcinomem prsu, který také prodělala nebo mezi mentální anorexií, vybrala by si rakovinu, protože fyzická bolest pro ni byla nezměrně menší, než bolest na duši, kterou zažívala při anorexii.

Pavla: „*Kdybych si měla znovu vybrat, to nejde, ale kdyby, jestli bych znovu teď měla mít anorexii nebo znovu rakovinu, tak bych deset rakovin, klidně. To je směšný proti tomu ta rakovina, proti tý hrůze, co způsobí ta duševní nemoc.*“ (příloha 4, str. 64)

Pavla: „*Ta anorexie spíš byla jako ne vyloženě ohrožující na životě ve smyslu fyzicky, ale spíš jako psychicky.*“ (příloha 4, str. 64)

Respondent Martin v rozhovoru konstatoval, že v anorexii vnímá jako důležitější psychickou rovinu, nežli tu fyzickou, v čemž se shodl s Pavlou.

Martin: „*Takže tam je jako ten asi největší problém v týhle tý nemoci, že vlastně nejde ani o tu fyzickou stránku, ale o tu psychickou. Protože s fyzickou se dá udělat vždycky všechno.*“ (příloha 6, str. 87)

4.2 Pocit hladu mě vnitřně uspokojoval: skryté zbraně anorexie

U dotazovaných se objevily psychické poruchy a obtíže, které příkládají právě anorexii. Nejčastěji tedy suicidální myšlenky nebo pokusy, autoagresivní chování, úzkosti, deprese, body dysmorfie apod. Zde je tedy možné vidět, že anorexie má spoustu skrytých nebezpečných zbraní, kterými útočí. Například autoagresivní chování jako například bouchání nebo řezání se, zde fungovalo jako forma sebetrestání za požívání jídla.

Kristýna se v rozhovorech svěčila, že v boji s anorexií, se mimo jiné potýkala také s úzkostmi a depresemi.

Kristýna: „*(...) tím, že jako má nízkou váhu, tak prostě nic nefunguje tak dobře. To znamená jsou tam deprese, jsou tam úzkosti, jsou tam prostě různý tyhle věci.*“ (příloha 5, str. 81)

Martin měl potíže s vtíravými myšlenkami, kvůli kterým trpěl bolestmi hlavy a na které bral dlouhodobě prášky, které zabíraly. Jednou bylo ale myšlenek tolik a bolest byla natolik veliká, že Martin při snaze o úlevu, se předávkoval prášky, což bylo následně klasifikováno jako suicidální pokus.

Martin: „*(...) jsem se předávkoval práškama. A ne z důvodu, že bych jako se chtěl zabít. To bylo fakt z důvodu, že mě už tak bolela hlava z těch myšlenek, ze všeho, že jsem se chtěl uvolnit.*“ (příloha 6, str. 90)

Sandra: „(...) mě i ten pocit toho hladu, třeba když jsem 5 dní v kuse nejedla a pak jsem večer ležela v tý posteli, tak mě ten pocit toho hladu tak jako vnitřně uspokojoval. Že jsem měla z toho dobrý pocit, že to není příjemný, že to bolí.“ (příloha 7, str. 99)

Sandra popisuje, že sebepoškozování pro ni bylo určitá forma trestu. Když se najedla, dostavily se výčitky a následný trest v podobě autoagresivního chování, které se projevovalo i tím, že například další den nejedla, čímž se dostala do bludného kruhu.

Sandra: „(...) přesahovalo to do sebepoškozování, že když jsem se najedla, tak jsem si to vyčítala, že jsem si třeba něco udělala, ať už to bylo jako řezná rána, nebo jsem se jako pěstma mlátila nebo tak něco, nebo jsem si řekla, že další den nebudu jíst vůbec nic.“ (příloha 7, str. 96)

4.3 Nejez dneska, ty tlustý prase: negativní vliv okolí

Na vzniku nebo vývoji mentální anorexie u dotazovaných osob, měly velký vliv jejich rodiny, přátelé, anebo prostředí, ve kterém se pohybovali. Dva respondenti se dokonce shodují, že změna přátel a prostředí, ve kterém se pohybovali, jim v léčbě velice prospěla. Oba se prý pohybovali mezi přáteli, kteří měli podobné potíže se stravováním a to podle jejich názoru vedlo k vzájemné podpoře a utvrzování se v další redukci váhy.

Martin v rozhovorech vyprávěl opakovaně o tom, jak prostředí, ve kterém se pohyboval, mělo vliv na vznik i vývoj anorexie. Za vznik anorexie podle Martina může prostředí veslařů, kteří měli opakovaně nevhodné komentáře k jeho tělesné váze. Martin pojmenoval toto prostředí jako toxické. Odchod z tohoto prostředí byl pro něj prý velmi prospěšný. Dále popisoval velké zlepšení díky změně přátel, kteří se prý sami potýkali s psychickými obtížemi.

Martin: „Takže z tohoto prostředí, jak jsem odešel, tak to bylo super. A asi i hodně změnou lidí, protože já jsem se právě bavil s hodně lidma, který měli buďto psychický problémy, anebo problémy právě s váhou.“ (příloha 6, str. 87)

Sandra se zmínila, že jí pomohlo přestat se vídat s lidmi, kteří rovněž trpí poruchou příjmu potravy, protože docházelo k vzájemnému podporování se a narušovalo

to proces léčby. Naopak si našla nové přátele a partnera, kteří jí přijímají a milují bezpodmínečně.

Sandra: „*Asi bych nedoporučila setkávat se s lidmi mimo tu terapii dejme tomu, nesetkávat se s lidmi, který dělají to samé, protože se v tom pak navzájem podporují, protože to jsem přesně měla já. Že jsme se s tou holkou podporovaly. Ona mi psala takový věci jako „nejez dneska, ty tlustý prase.“* (Příloha 7, str. 103)

Další forma nežádoucí podpory, kterou respondenti dostali od svých blízkých a která možná také podpořila rozvoj anorexie, byla slova chvály.

Pavla v rozhovoru vyprávěla o tom, že si její okolí ani nevšimlo, že měla nějaký problém. Dle jejích slov byli rádi, že je štíhlejší a předpokládali, že je tedy i šťastnější. Opak byl ale pravdou.

Pavla: „*(...) já jsem o tom taky přemýšlela, proč si nevšimli. Ale tak oni byli rádi, že jsem vypadala líp, že jsem zhubla, že jsem prostě byla štíhlá, že jsem začala být šťastnější (...)*“ (příloha 4, str. 64)

Když Sandře začala klesat váha, tak její trenér, který jí dříve častoval nevhodnými a urážlivými poznámkami na její tělo, začal uštedřovat pochvalné komentáře na její vzhled či váhu, která mohla mít vliv na její výkonnost v rámci sportovního výkonu. Stejně tak její matka, která od Sandřina dětství přidávala důležitost nízké tělesné váze, měla radost ze Sandřina náhlého úbytku váhy a místo obav o její zdraví, ji udělovala komplimenty na její vzhled. Toto vytvořilo u Sandry přesvědčení, že nesmí přibrat, aby ji její okolí nepřestalo mít rádo.

Sandra: „*No najednou začali bejt všichni milejší. Trenér mě třeba vždycky chválil, že jako že jsem hubená jak laňka, že je to perfektní (...)*“ (příloha 7, str. 97)

Sandra: „*(...) máma říkala, jak mi to hrozně sluší, že mi zhubnul obličej, že mi zhublo tohle a vlastně pak jsem zas až přes míru poslouchala, jak vypadám dobře a to mi v hlavě vytvořilo takovej paradox, že jako nesmím přibrat, protože pak se zase budu cejtit stejně a zas mě nebudou mít rádi (...)*“ (příloha 7, str. 97)

4.4 Já ani ta anorektička nejsem dobrá: touha po dokonalosti

U všech respondentů se objevovala touha po dokonalosti, vysoké ambice a nároky na sebe sama nebo z jejich blízkého okolí. U respondentů se ukázaly vysoké ambice v rámci sportovních výkonů nebo v oblasti vzdělání.

Pavla se mnohokrát během rozhovoru svěřila, jak důležité je pro ni vzdělání a kariéra a projevila lítost a zklamání nad tím, že kvůli anorexii těchto cílů nedosáhla. Z rozhovoru je patrné, že na sebe kladla velké nároky v dokončení doktorandského studia.

Pavla: „(...) já chodím ještě na Ph.D. Studium, si dodělávám, protože jsem ho nikdy neměla a vždycky jsem ho chtěla. Mně to přišlo jako nedotažený, nemít to Ph.D., biochemii samozřejmě.“ (příloha 4, str. 73)

Vysoké nároky byly u ní patrné ve více oblastech jejího života. A projevíly se právě i v samotné anorexii. Pavla srovnávala svoji váhu s váhou ostatních dívek s anorexií a kvůli vyšší váze zažívala pocity nedostatečnosti.

Pavla: „Všechny ostatní mají 25 a já mám 40. Spíš takovou vinu, že nejsem dobrá ani v tomhle. Já jsem si říkala, vždyť já vlastně neumím nic. Vždyť já ani ta anorektička nejsem dobrá.“ (příloha 4, str. 66)

U Kristýny se první problémy se stravováním začaly objevovat během zkouškového období při studiu medicíny, kdy začala mít psychosomatické obtíže kvůli stresu ze zkoušek. Představa toho, že by studium medicíny nezvládla, byla pro ni velice tíživá a označila ji jako možný spouštěč obtíží. Kristýna na sebe tedy měla velmi vysoké požadavky v oblasti studia a nejspíše i vysoké ambice, které se dle mého názoru mohly projevit výběrem studia medicíny.

Kristýna: „(...) jakože já jsem se prostě neuměla vyrovnat s tou ztrátou, takže já, kdybych prostě šla na tu medicínu a pak to neudělala, nebo prostě se něco stalo, tak prostě pro mě to bude jako asi opravdu zase spouštěč něčeho.“ (příloha 5, str. 80)

U Sandry je z rozhovoru patrné, že touha po dokonalosti se odrážela především z přání a představ její matky, která nejen že přikládala důležitost jejímu vzhledu a tělesné

hmotnosti, ale také jejím výkonům. Její orientovanost na výkon a úspěch přenášela pravděpodobně i na svoji dceru. Sandra se snažila o dosažení dokonalosti v jediné oblasti, nad kterou mohla mít kontrolu.

Sandra: „(...) tu dokonalost jsem se snažila promítnout do toho jediného, co můžu vlastně pořádně změnit. To je moje tělo (...)“ (příloha 7, str. 98)

Sandra: „Vždycky to skončilo u toho, že v něčem nejsem dost dobrá. A ono to je třeba, že máma mi říkala, už i jako když jsem byla mladší, to se třeba netýkalo přímo váhy, tak vždycky říkala: „ty prostě nemůžeš bejt zpěvačka, nemůžeš bejt malířka.“ Já jsem chtěla vždycky dělat uměleckou školu a ona mi říkala: „no, ale nejseš nejlepší, na to nemáš prostě.“ (příloha 7, str. 98)

4.5 Netěšilo mě, že mám zdravý děti: deprese a změna hodnot

Z rozhovoru také vyplynulo, že anorexie zásadně změnila životní hodnoty a postoje respondentů.

Pavla v rozhovoru vyprávěla o svém těhotenství, během kterého prožívala ambivalentní pocity z toho, že by se měla radovat z příchodu potomka, ale na místo toho pociťovala hrůzu z přibírání na váze. Zmínila, že si dokonce přála, aby těhotenství skončilo. Následně však dodala, že nyní, když má dva syny, tak ví, jak moc je miluje, ale stále pociťuje vinu za to, co v tu dobu cítila.

Pavla: „Ta vina z toho je strašná, jako že mě netěšilo, že mám zdravý děti, ale chtěla jsem, abych zase zpátky zhubla. To si asi člověk ponese do konce života, že vlastně ta nemoc jakoby přeskládá hodnoty.“ (příloha 4, str. 63)

Pavla také prodělala karcinom prsu, kvůli kterému musela podstoupit oboustrannou ablaci. K této zkušenosti se vyjádřila tak, že cítila vděk za odejmutí prsu

Pavla: „Já jsem dostala onemocnění, rakovinou prsu. Byla jsem na oboustranné ablaci a já jsem byla vděčná. Jako jiný ženy jsou nešťastný, že přijdou o prsa a já jsem byla ráda, že.. ta anorektička to tělo tak nenávidí, že každé kus, kterej jí uříznou, je za něj vlastně vděčná (...)“ (příloha 4, str. 64)

Sandře se údajně z nedostatku živin a celkové podvýživy začalo měnit vnímání reality. Začala mít suicidální myšlenky, chtěla zemřít krásná, tedy při zemřít při té “správné“ váze.

Sandra: „(...) jsem začala mít úplně šílený myšlenky pak. Na sebevraždu. Nechtěla jsem už existovat a říkala jsem si, že můžu spáchat sebevraždu, až budu mít nějakou tu váhu, protože chci umřít krásná.“ (příloha 7, str. 98)

4.6 Vykrm se a všechno bude v pohodě: problém klasické léčby anorexie

Při rozhovorech se respondenti víceméně shodovali na tom, že efektivnější byla léčba psychoterapií než léčba v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Respondenti byli nejvíce kritičtí k léčebnému postupu formou “výkrmu“, k nadužívání nebo přeceňování psychofarmak a také jim chyběl individuální přístup. Kristýna a Martin, se shodovali ve svých výpovědích, že největším problémem v léčbě v rámci hospitalizace je, že člověk je uzavřený v prostředí, kde je pro něj bezpečno a kde se naučí fungovat, ale po propuštění je vržen opět před problém, se kterým se sám neumí vypořádat.

Pavla se po opakované negativní zkušenosti s odbornou léčbou rozhodla pro samoléčbu. Nejvíce kriticky hodnotí výkrm, který nepovažuje za léčebný postup. Podle ní je důležité zaměřit se při léčbě především na psychiku. Pouhé navýšení tělesné váhy prý není řešením.

Pavla: „Že mi prostě přijde, že takhle to vůbec nefunguje, že někoho vykrmí a on bude zdravěj. On bude stejně na tom psychicky špatně a ještě bude tlustej, takže ten efekt úplně jako... Takže přesně, z té léčby mi nejhorší zážitek přijde ten důraz „jenom se vykrm a všechno bude v pohodě“. Není to tak.“ (Příloha 4, str. 70)

Kristýna, která měla nastoupit na hospitalizaci, konzultovala s doktorkou, zda je pro ni vhodná. Doktorka jí řekla, že hospitalizace ji sice pomůže, ale pouze na dobu, kdy bude hospitalizovaná. Po propuštění se vrátí do prostředí, které nebude kontrolované a bude hrozit, že udělá v rámci léčby opět krok zpět.

Kristýna: „(...) tak jsem to s ní jako rozebírala, jestli mám jít na tu hospitalizaci a ona jako byla proti tomu, protože říkala: „podívejte se, vy tam sice půjdete, ale to je, jako když dáte kytku do skleníku. Ona tam rozkvetne, ale vyndáte ji ze skleníku a bude zas tam, kde byla vlastně. Ne-li to bude horší, protože pro ni bude šok nějaká aklimatizace.“ (Příloha 5, str. 77)

Martin popisoval velice podobně zkušenost z psychiatrické léčebny v Bohnicích. Pacient, je v léčebně ve velice bezpečném a izolovaném prostředí. Po propuštění však nastává střet s realitou, na kterou mnohdy není připraven.

Martin: „Bohnice jsou strašně bezpečné místo pro vás. Že když tam vlezte člověk s problémama, tak má spíš ne problém s tím se dostat do Bohnic, ale problém z těch Bohnic se dostat ven“ (příloha 6, str. 89)

Sandra měla velice negativní zkušenost s přístupem psychiatricky, ke které docházela. Stěžovala si především na její neosobní přístup a na řešení problému psychofarmaky. Naopak nejvíce jí prý pomohla psychoterapie, především pak opravdový zájem psychoterapeutky a její snaha o opravdové pochopení problému.

Sandra: „Jsem tam musela chodit, co měsíc asi na nějakou kontrolu a vždycky mi jenom cpala prášky na spaní a nějaký věci a vůbec se vlastně nezajímala o to, co mi je.“ (příloha 7, str. 101)

4.7 Zachránit se můžu jedině sama: nalezení vlastní síly

Pravděpodobně nejdůležitější moment léčby - uvědomění a prozření. Respondentky v rozhovorech popisovaly, jak zlomové pro ně bylo uvědomění, že jsou to právě ony, které se mohou zachránit a že je to jejich vlastní síla, která jim pomůže na cestě za uzdravením se.

Pavla v rozhovorech zmínila, že nejvíce jí pomohlo uvědomění si, že je to jenom ona, kdo se může zachránit. Dále také to, že nechce promrhat život touto poruchou, ale chce naplnit svoje sny a životní cíle.

Pavla: „*Jsem zjistila, že se můžu zachránit jedině sama. To bylo takový to prozření.*“ (příloha 4, str. 69)

Kristýna: „*já jsem si vlastně uvědomila, že pokud já nezměním tu věc, jak ji vnímám, tak se opravdu nic nestane.*“ (příloha 5, str. 78)

Dále se shodují na tom, že k úspěšné léčbě je potřeba vyhledání pomoci. Pomoci ve formě svěřeni se odborníkům, anebo podpory a lásky od rodiny, přátel nebo také od boha. Z rozhovorů je patrné, že pro respondenty byly tyto pilíře - láska, podpora a bezpodmínečné přijetí - jedny z nejdůležitějších faktorů na cestě k uzdravení se. Dá se říci, že tyto pilíře by mohly sloužit i jako případná prevence před vznikem mentální anorexie.

Pavla v rozhovorech několikrát zmínila, že jedním z nejdůležitějších bodů na cestě k uzdravení se, byla podpora a bezpodmínečná láska, kterou našla u svého manžela. Dále také láska od boha.

Pavla: „*(...) prožití tý bezpodmínečný lásky. Bud' od boha, nebo nějakýho toho partnera.*“ (příloha 4, str. 70)

Sandra i Martin se shodli na tom, že člověk boj s anorexií nemůže zvládnout sám a je potřeba v každém případě požádat o pomoc.

Martin: „*(...) lidi, který tu anorexií mají, neměli by se utápět v tom, měli by to prostě začít fakt řešit v tom raném stádiu, kdy přestávají jíst, kdy nemají pocit hladu.*“ (příloha 6, str. 95)

Sandra: „*to je takovej boj fakt na tak dlouhou trať a rozhodně to člověk nezvládne sám, mám pocit. Že je důležité, aby ten člověk měl někoho, kdo ho v tom bude podporovat. Nebo kdo ho v tom právě nebude podporovat spíš a kdo mu bude říkat, že to je špatně.*“ (příloha 7, str. 103)

4.8 Myslím, že jsem lepším člověkem: zkušenost s anorexií jako obohacení

Na úkor toho, co jim anorexie vzala, respondenti zmiňují, že i tato negativní zkušenost je určitým způsobem obohatila a posílila. A to například v pochopení a

vnímavosti ke svým potřebám i potřebám druhých. Někteří v sobě našli také velkou vnitřní sílu a odhodlání a vědomí toho, že když se pro něco rozhodnou, tak jsou schopni to dokázat. A v neposlední řadě také posilující zkušenost v řešení těžkých životních situací.

Pavla kvůli anorexii odsunula svoje vysněné cíle stranou, ale i přesto vnímá tuto zkušenost jako posilující. Díky této zkušenosti je prý více vnímavá a také morálně vyspělá.

Pavla: „*Já si myslím, že jsem lepším člověkem, jednoznačně. Člověk je vnímavější k ostatním, k slabostem druhým, i sám k sobě.*“ (příloha 4, str. 74)

Pavla: „*Já si říkám, mohla jsem třeba už být někde v akademii věd, mohla. No ale co jako? Třeba bych byla v akademii věd, ale byla bych špatnej člověk. Jsem tak jako morálně dospělá vyspělá nebo poučená, víte jak to myslím, že ta zkušenost za to možná i stojí.*“ (příloha 4, str. 74)

I Kristýna vnímá, že zkušenost s anorexií ji určitým způsobem obohatila. Kristýna se díky této zkušenosti naučila pracovat se svými hranicemi. Ať už v nastavování hranic v rámci studia, rodinných vztahů nebo samotné anorexie. Díky této zkušenosti se také naučila, jak zvládat různé stresové situace a jak s nimi pracovat.

Kristýna: „*No jakože mi to hodně vzalo, jako hodně, ale zároveň mi to jako hodně dalo. Jako ta celková léčba. Jakože určitě řešení nějakých situací stresových nebo čehokoliv jiného a taky, že prostě teď vím, že jsou věci na světě, který asi mě už nedostanou do toho bodu, kde jsem byla (...)*“ (příloha 5, str. 82)

Sandra v sobě objevila díky anorexii určitou sílu, díky které už ví, že sama svým rozhodnutím, přesvědčením a vůlí dokáže dosáhnout čehokoli. Zároveň jí anorexie přinesla pochopení pro druhé a také díky ní objevila lásku k psychologii, kterou by ráda šla také studovat.

Sandra: „*Jako vím, že když chci, tak jsem schopná fakt čehokoliv. Dala mi takový pocit toho, že mám silnou vůli, když jsem dostatečně přesvědčená o tom, že to chci.*“ (příloha 7, str. 103)

Sandra: „(...) a taky mi to přineslo určitě jako pochopení pro jiný lidi (...)“ (příloha 7, str. 103)

4.9 Vyléčenej, ale ne doléčenej: práce s možnostmi remise

Všichni respondenti se shodli na tom, že nyní po již ukončené léčbě, dodržují stravovací režim, více přijímají své tělo a celkově se cítí lépe. Rovněž ale uvádějí, že i po úspěšně ukončené léčbě nadále vnímají anorexii jako riziko, zůstávají vůči této poruše ostražití a někteří dokonce uvádí, že oněch vtíravých myšlenek už se nikdy nejspíš nezbaví. Respondenti zmiňují například přetrvávající výčitky svědomí při nadměrné konzumaci jídla, zapisování do kalorických tabulek, vtíravé myšlenky nebo obavy z přibírání na váze.

Pavla popisuje anorexii jako entitu, démona, který láká a který se jí snaží stáhnout zpět. Srovnává to například s alkoholismem. Podle ní je to prý velice podobné. Alkoholik se prý může vyléčit, ale vždy bude třeba jisté ostražitosti a vědomí hrozícího nebezpečí.

Pavla: „*Ten démon láká a bude to dělat vždycky. A ten démon tý anorexie prostě láká.*“ (příloha 4, str. 70)

Pavla: „*Mám prostě rád v tom jídle. A nevychyluju se z něho.*“ (příloha 4, str. 72)

Kristýna prý stále mývá ony vtíravé myšlenky týkající se stravování nebo tělesné váhy, ale už jim prý nepodléhá. V rozhovorech však zmínila, že anorexie velice ovlivnila její osobnost.

Kristýna: „(...) *nepodléhám tý myšlence jo, ale prostě napadne mě. Ale toho si myslím, že se asi nedá jako zbavit, že to tam asi bude jako pořád (...)*“ (příloha 5, str. 83)

Stejně jako Kristýna i Martin popisuje, že tyto myšlenky jsou něco, čeho se nedá zbavit. Podle Martina je to prý něco, co v nich zůstane nejspíš navždy.

Martin: „*Ačkoliv to už mám v hlavě daný, tak pořád nejsem na tý správný vlně, abych mohl říct, že jsem jako vyléčenej. Vyléčenej, ale ne doléčenej. Protože nikdo z nás nebude nikdy doléčenej.*“ (příloha 6, str. 94)

Martin dodal, že ačkoli už překonal tu nejtěžší fázi, ještě stále má kus cesty před sebou. Dodržuje určitý stravovací režim, ale stále mu prý vadí, že přibírá na váze.

Martin: „(...) *nedokážu tloustnout, protože mně to ještě vadí, nedostal jsem se z toho pocitu toho, že mi nebude vadit tloustnout.*“ (příloha 6, str. 94)

4.10 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole bych ráda poskytla odpovědi na výzkumné otázky.

1. *Jaká hlavní témata se objevují při úspěšné léčbě anorexie?*

V rámci tematické analýzy se mi k této výzkumné otázce objevilo několik témat.

Základem úspěšné léčby, je především **vyhledání pomoci**. Respondenti se shodli na tom, že je důležitá jak pomoc odborná, tak pomoc od nejbližšího okolí. Takovou pomocí se vyznačuje například podpora, pochopení nebo bezpodmínečné přijetí a láska. K čemuž se vztahuje další téma a to je vliv okolí. Z rozhovorů vyplynulo, že pro respondenty bylo velice důležité obklopit se těmi správnými lidmi a **omezit kontakt s lidmi**, kteří měli negativní vliv na proces léčby nebo na jejich psychiku obecně. Dále zdůrazňují důležitost toho, aby **odborná léčba** byla efektivní. Jako nejefektivnější formu léčby uvádí především psychoterapii.

Jedním z osobnostních znaků, který se mohl z části podílet na vzniku anorexie, byla **touha po dokonalosti**. U respondentů byly patrné znaky perfekcionismu, orientovanosti na výkon a úspěch. Tyto vysoké nároky často vznikaly z očekávání a nátlaku nejbližších nebo z prostředí, ve kterém se pohybovali. Kromě změn prostředí, které jsem již zmiňovala, je také důležité v rámci procesu léčby pracovat na tom, aby se pacienti s anorexií naučili pracovat s těmito vysokými nároky, které jsou na ně kladeny a byli schopni si vymezit adekvátní požadavky na sebe samé a přijímali sami sebe bez ohledu na jejich výkonnost a úspěšnost.

Dalšími tématy jsou **přidružené psychické poruchy** a potíže, které jsou navázané na anorexiu a které je třeba v rámci léčby anorexie brát v potaz. Stejně tak **změny životních hodnot a postojů**, které jsou rovněž důsledkem anorexie a které je třeba zohlednit v následné psychoterapeutické péči.

Nejdůležitějším tématem je však **moment uvědomění** a změna ve vnímání sama sebe jako aktivního činitele v procesu léčby anorexie.

2. *Jaký je život po léčbě?*

Respondenti se shodli, že přesto, že jim anorexie hodně vzala, tak to vnímají jako **obohacující a posilující zkušenost** a cítí se díky ní morálně vyspělejší, odolnější a způsobilější v řešení stresových situací a také vnímavější vůči ostatním i sobě samým.

Po úspěšném ukončení léčby respondenti dodržují určitý stravovací režim, mají lepší vztah ke svému tělu i k sobě samým a popisují i zlepšení v oblasti přidružených psychických poruch.

Jsou u nich však stále patrné určité pozůstatky anorexie jako jsou například vtíravé myšlenky, přílišné zaměření na stravu a potřeba kontroly a přehledu nad přijímanou stravou a strach z přibírání váhy.

Respondenti se víceméně shodují, že tyto pocity v nich nejspíše zůstanou navždy a že **anorexie ovlivnila nejspíše natrvalo jejich životy.**

Diskuse

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je kvalita života lidí, kteří si prošli mentální anorexií. Toto téma jsem si vybrala kvůli zájmu a osobní zkušenosti s touto poruchou a také proto, že publikace, které se touto problematikou zabývají, se zaměřují především na příznaky, diagnostiku, vývoj a průběh, nikoli však na to, jak se cítí lidé po léčbě.

V rámci svého výzkumu jsem provedla čtyři polostrukturované rozhovory, po jejichž zpracování tematickou analýzou, se objevilo devět hlavních témat. Tato témata se týkala fyzického a duševního aspektu mentální anorexie, proměny životních hodnot, vlivu rodiny a přátel, perfekcionismu a důrazu na úspěch a výkonnost. Dále také témata týkající se spokojenosti s odbornou léčbou, momentů prozření nebo přetrvávajících obtíží.

Nejdůležitějším tématem celého výzkumu bylo, jak se žije lidem po léčbě mentální anorexie. Jak jsem již popisovala ve své teoretické části, Hay a kol. (2014) ve své studii uvádí, že někdy se u lidí i po úspěšné léčbě vyskytují přetrvávající vtíravé myšlenky, na čemž se všichni respondenti shodli. Podle Dawsona a kol. (2014), se značná část lidí plně nebo alespoň částečně zotaví. V rozhovorech s respondenty bylo ovšem několikrát zmíněno, že například konkrétně vtíravé myšlenky v nich budou nejspíše přetrvávat napořád a že je to něco, čeho se nedá zbavit.

Dalším zajímavým tématem, které se objevilo, bylo téma perfekcionismu a neúměrných nároků na výkon a úspěch. U všech respondentů se objevily tyto osobnostní předpoklady. Bylo zde možné vidět ambice v rámci sportovních výkonů, studia na prestižních vysokoškolských oborech nebo také přehnané ambice a přání rodičů. Tyto výpovědi se shodují s tím, co popsali autoři Fairburn (2003) a Kaye (2004), že psychologickými faktory, které mohou mít vliv na vznik anorexie je právě perfekcionismus. Mezi tyto faktory také zahrnuli nízké sebevědomí a sebeúctu, což bylo dalším významným tématem mého výzkumu.

Velmi důležitý, ne-li nejdůležitější okamžik v rámci léčby anorexie, je moment uvědomění a prozření. O tomto důležitém aspektu se příliš nehovoří, možná také proto, že je to velice individuální a specifický moment, který se nedá pojmut v obecné

platnosti. Respondenti tuto zkušenost popisovali jako prozření k tomu, že jenom oni mají tu moc sami sebe zachránit a něco změnit.

Velmi podobné bylo téma anorexie, jako obohacující životní zkušenosti. I toto téma se nedá generalizovat a zúžit na obecně platnou definici. Nicméně výsledky, které přineslo toto téma, byly velice povzbuzující a věřím, že tento pohled z jiné perspektivy, by mohl být velice prospěšný pro někoho, kdo s anorexií právě bojuje. Z výsledků výzkumu vyšlo, že i v něčem, co je tak zničující a zraňující, jako je právě anorexie, se dá najít něco kladného a posilujícího.

V kapitole, kde píši o předporozumění výzkumnému tématu, jsem uvedla několik mých očekávání, které jsem měla před zahájením výzkumu. Většina z nich se naplnila a dokonce se objevila i ve výsledcích analýzy. Potvrdilo se mé očekávání ohledně přidružených psychiatrických potíží, nespokojenosti s léčebnými postupy, nedostatkem psychoterapeutické péče a dále také to, že anorexie i přes úspěšnou léčbu určitým způsobem nadále přetrvává. Potvrdilo se také mé očekávání týkající se sociální izolace, které se však neobjevilo ve výsledcích analýzy. Co bylo pro mě ale velkým překvapením, bylo to, jak anorexie může zásadním způsobem změnit naše životní hodnoty a postoje. Moje překvapení posílil ještě silný příběh respondentky Pavly, která vyprávěla o tom, jak anorexie změnila její pohled na těhotenství nebo rakovinu, kterou si prošla.

Nevýhodou mého výzkumného šetření, byl malý výzkumný vzorek. Dalším nedostatkem výzkumu bylo, že tři respondenti byli pouze pár let po ukončení léčby. Je množné, že kdyby kritériem pro výběr respondentů byl delší časový odstup od ukončení léčby, tak by výsledky byly jiné. V rozhovorech se objevovalo daleko více společných témat a rysů, které by se daly také analyzovat, nicméně tato témata příliš nesouvisela s výzkumnou otázkou a v rámci bakalářské práce nebyl prostor na jejich analýzu. Nicméně i přes tyto nedostatky si myslím, že rozhovory a analýza dat přinesly zajímavé výsledky, které by mohly posloužit jako inspirace pro další výzkumná šetření.

Závěr

V této práci jsem se věnovala problematice mentální anorexie a v rámci svého výzkumného šetření jsem se zaměřila na život po léčbě mentální anorexie.

Teoretickou část jsem rozdělila do dvou kapitol, přičemž v té první se věnuji obecným poznatkům o anorexii, jako je například diagnostika, etiopatogeneze, příznaky, průběh onemocnění nebo rizika a následky. V kapitole druhé, se věnuji léčbě, kterou jsem takto samostatně oddělila, protože už se více vztahuje k mé výzkumné části. V této kapitole se zaměřuji na možnosti léčby, cestu k uzdravení, relaps, prevenci a konečně na život po léčbě.

V empirické části jsem se snažila zjistit, jak se žije lidem po úspěšném ukončení léčby anorexie. Výsledky tematické analýzy odhalily 9 základních témat vztahujících se k výzkumné otázce. Ukazuje se, že lidé, kteří si prošli léčbou mentální anorexie, dokáží dodržovat udržitelný a pro tělo zdravý stravovací režim. Nicméně je patrné, že určité pozůstatky této poruchy v nich nadále přetrvávají a to především tedy oblasti psychiky.

Mimo jiné čtenáři mohou nahlédnout na čtyři velice zajímavé příběhy lidí, kteří si mentální anorexií prošli a mohou si díky tomu udělat představu, jaký život s anorexií může být.

Vzhledem k tomu, jak je mentální anorexie rozšířená a také velice nebezpečná, tak je dle mého názoru velice důležité dále prozkoumávat všechny aspekty této poruchy a tím možnou léčbu zkvalitnit a zefektivnit. Myslím si, že právě znalosti o tom, jak se cítí lidé po léčbě anorexie, jsou velice důležité pro následnou podpůrnou psychoterapeutickou péči.

Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*(5), 459–466. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.459>

Anderson, L. K., Reilly, E. E., Berner, L., Wierenga, C. E., Jones, M. D., Brown, T. A., Kaye, W. H., & Cusack, A. (2017). Treating Eating Disorders at Higher Levels of Care: Overview and Challenges. *Current Psychiatry Reports*, *19*(8), 48. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0796-4>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Bailer, U. F., & Kaye, W. H. (2011). Serotonin: Imaging Findings in Eating Disorders. *Current topics in behavioral neurosciences*, *6*, 59–79. https://doi.org/10.1007/7854_2010_78

Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, *20*(3), 196–215. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478>

Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*, *40*(4), 293–309. <https://doi.org/10.1002/eat.20369>

Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C. T., van Furth, E. F., & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, *27*, 263–275. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.27.061406.093713>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *The International Journal of Eating Disorders*, *27*(1), 1–20. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200001\)27:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-q)

Carter, J. C., Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell-Weiss, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B., & Olmsted, M. P. (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 518–523. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.037>

Couturier, J., Isserlin, L., & Lock, J. (2010). Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study. *Eating disorders, 18*(3), 199–209. <https://doi.org/10.1080/10640261003719443>

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1342–1346. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). “Doing the Impossible”: The Process of Recovery From Chronic Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research, 24*(4), 494–505. <https://doi.org/10.1177/1049732314524029>

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 38*(6), 675–683. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.002>

Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., Ellis, G., Hugo, P., Schmidt, U., Treasure, J., Yi, I., & Landau, S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry, 16*(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1129-6>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, *14*(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>

Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, *341*, 1631–1635. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-C](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C)

Grenon, R., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., McQuaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, *50*(9), 997–1013. <https://doi.org/10.1002/eat.22744>

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W., & Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>

Ison, J., & Kent, S. (2010). Social identity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *18*(6), 475–485. <https://doi.org/10.1002/erv.1001>

Katzman, M. A., & Lee, S. (1997). Beyond body image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *The International Journal of Eating Disorders*, *22*(4), 385–394. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199712\)22:4<385::aid-eat3>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199712)22:4<385::aid-eat3>3.0.co;2-i)

Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215–2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>

Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *The International Journal of Eating Disorders*, *55*(7), 902–913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>

Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., Jo, B., & Kraemer, H. C. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.11.003>

Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>

Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216–231. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>

Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666–672. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215152.61400.ca>

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>

Mccormack, A. (2010). Individuals With Eating Disorders and the Use of Online Support Groups as a Form of Social Support. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 28(1), 12. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181c04b06>

McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Frampton, C. M. A., & Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 741–747. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.741>

McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H., & Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1132–1140. <https://doi.org/10.1002/eat.22449>

Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>

MKN-10 klasifikace. mkn10.cz. Získáno 28. února 2023, z <https://mkn10.uzis.cz/>

Norris, M. L., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S., & Sampson, M. (2016). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 216–237. <https://doi.org/10.1002/eat.22462>

Nyman-Carlsson, E., & Garner, D. (2016). *Eating Disorder Inventory*. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_192-1

Oberndorfer, T. A., Frank, G. K. W., Simmons, A. N., Wagner, A., McCurdy, D., Fudge, J. L., Yang, T. T., Paulus, M. P., & Kaye, W. H. (2013). Altered insula response to sweet taste processing after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1143–1151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.11111745>

Overview | Eating disorders: Recognition and treatment | Guidance | NICE. (2017, květen 23). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

Perkins, S. J., Murphy, R., Schmidt, U., & Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004191. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004191.pub2>

Rance, N., Moller, N. P., & Clarke, V. (2017). ‘Eating disorders are not about food, they’re about life’: Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 582–594. <https://doi.org/10.1177/1359105315609088>

Rock, C. L., & Curran-Celentano, J. (1996). Nutritional management of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 701–713. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70376-2](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70376-2)

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)

Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., & Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(4), 591–598. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.591>

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

Steinglass, J. E., Glasofer, D. R., Dalack, M., & Attia, E. (2020). Between wellness, relapse, and remission: Stages of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(7), 1088–1096. <https://doi.org/10.1002/eat.23237>

Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, *375*(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)

Treasure, J. L. (2007). Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: The search for viable endophenotypes and genotypes. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *52*(4), 212–219. <https://doi.org/10.1177/070674370705200402>

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, *12*, 53–67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

Wade, T. D., Byrne, S., & Bryant-Waugh, R. (2008). The eating disorder examination: Norms and construct validity with young and middle adolescent girls. *The*

International Journal of Eating Disorders, 41(6), 551–558.
<https://doi.org/10.1002/eat.20526>

Walsh, B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170(5), 477–484.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12081074>

Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., Lahaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M., & Schander, L. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 467–475.
<https://doi.org/10.1002/eat.20978>

Yager, Z., & O’Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: A review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23(2), 173–189. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan004>

Young, S., Rhodes, P., Touyz, S., & Hay, P. (2013). The relationship between obsessive-compulsive personality disorder traits, obsessive-compulsive disorder and excessive exercise in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-16>

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Seznam příloh

Příloha 1: Vzor informovaného souhlasu

Příloha 2: Ukázka kódování

Příloha 3: Scénář rozhovoru

Příloha 4: Rozhovor 1

Příloha 5: Rozhovor 2

Příloha 6: Rozhovor 3

Příloha 7: Rozhovor 4

Příloha 1 – Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas

Vážená paní, pane,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci na mé bakalářské práci „*Mentální anorexie a život po úspěšné léčbě*“ probíhající v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií. Práce se zaměřuje na zkoumání kvality života po úspěšné léčbě mentální anorexie. Spolupráce představuje Vaši účast ve výzkumu, který bude probíhat formou rozhovoru. Rozhovor je proveden během jednoho setkání a trvá přibližně 60 minut. Rozhovor je veden polostrukturovaně a bude obsahovat tematické okruhy, které se týkají Vaší osobní zkušenosti s mentální anorexií. Rozhovor bude nahráván a následně přepisován do písemné podoby, která bude použita v rámci mé bakalářské práce. Vaše osobní údaje budou anonymizovány.

Po rozhovoru můžete pociťovat mírnou únavu. V rámci rozhovoru se můžete také setkat s tématy, které pro Vás mohou být citlivé.

Pro bližší informace mě můžete kontaktovat na e-mail: nelasaskova@seznam.cz

Informovaný souhlas – prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím se svou účastí na výše uvedeném výzkumu v rámci bakalářské práce. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě bakalářské práce a seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které budou při práci používány, podobně jako s riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely bakalářské práce a výzkumu a že výsledky mohou být anonymně publikovány. Pro účely tohoto projektu dobrovolně poskytuji na dobu neurčitou a povoluji zpracování a uchování mnou uvedených informací, citlivých a níže uvedených osobních údajů a zároveň rozumím, že mohu kdykoli odvolat svůj souhlas s poskytováním údajů. Jsem srozuměna s tím, že jakékoliv užití a publikování výsledků výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu. Jsem seznámena se svými právy, týkajícími se přístupu k osobním údajům, a jejich ochraně, že mohu požádat o opravu nepřesných osobních údajů, jejich doplnění, blokaci a likvidaci. Souhlasím s tím, že

poskytnuté osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci je výzkum realizován.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Svobodně a bez výhrad souhlasím se zařazením do tohoto projektu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitelka projektu.

Jméno a příjmení řešitele projektu:

Nela Sasková

Podpis:

V Praze

Dne:

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození:

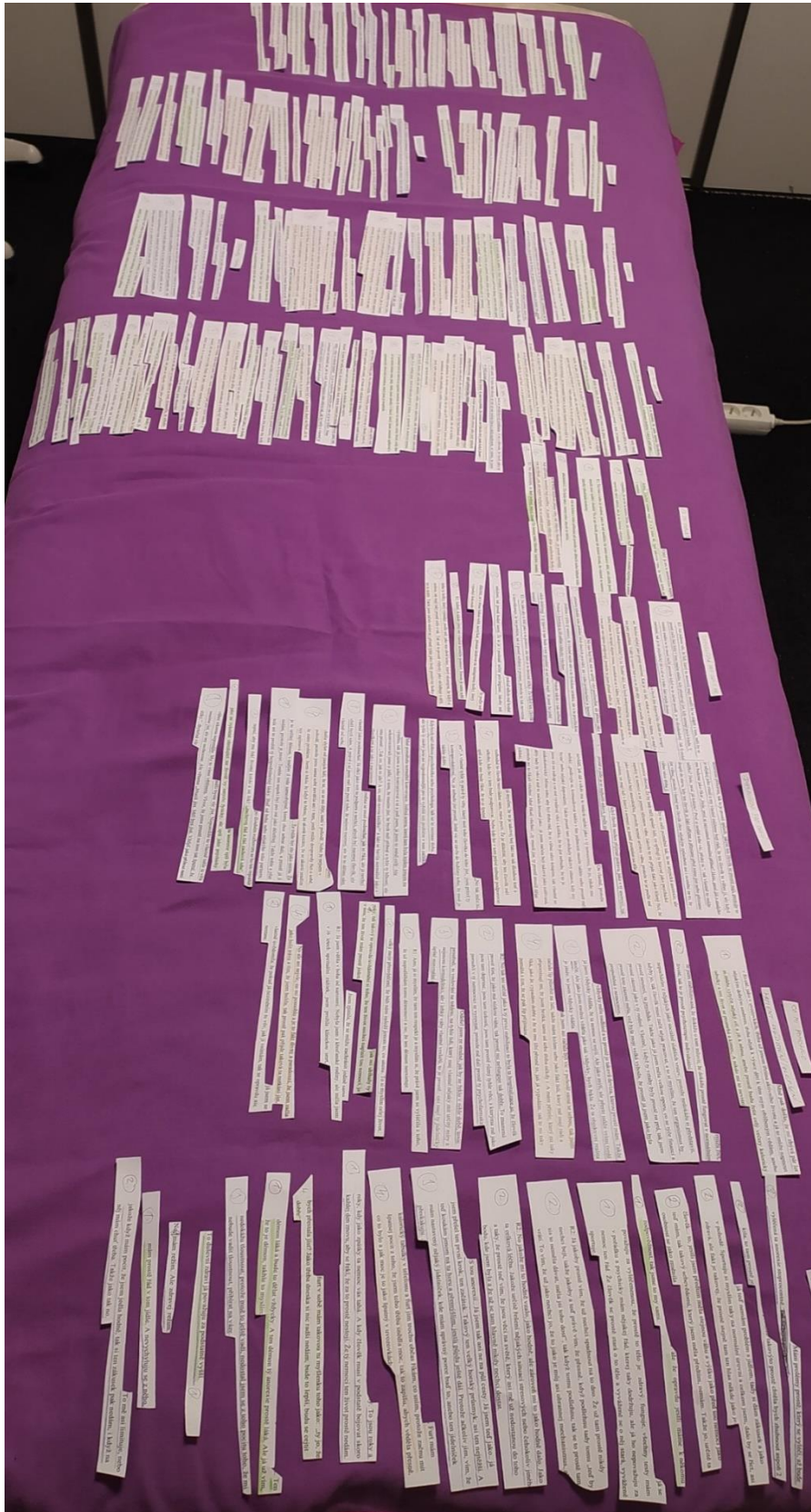
Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

V

Dne:

Příloha 2 – Ukázka kódování



Příloha 3 – Scénář rozhovoru

1. Seznámení se s výzkumným šetřením, informovaným souhlasem a nahráváním
2. Otázky k rozhovoru:
 - Povězte mi něco o vaší nemoci. Jak rozumíte, že vznikla a jak se to vyvíjelo?
 - Jaké to pro vás bylo, když jste zjistil/a, že je to mentální anorexie?
 - Proč si myslíte, že právě vy jste byl/a nemocný/á?
 - Kdo vám nejvíce pomohl?
 - Jaké pro vás bylo ukončení léčby?
 - Co vám pomohlo v léčbě?
 - Co bylo pro vás nejtěžší?
 - Je něco, co jste si uvědomil/a díky léčbě?
 - Co byste doporučil/a ostatním lidem s anorexií?
 - Co byste doporučil/a jejich rodině a blízkým?
 - Jaký byl nejhorší/nejlepší moment léčby?
 - Jak se cítíte nyní?

Příloha 4 – Rozhovor 1

N: Chtěla jsem se vás zeptat, jestli byste mi mohla říct něco o nemoci, kterou jste si prošla a jak si myslíte, že to vzniklo?

R1: Tak já jsem nejstarší ze šesti dětí a mám v rodině geneticky nadváhu, silnou kostru a já jsem okolo třinácti let byla o hlavu větší a o dvacet kilo silnější než děvčátka v okolí a nacvičovala se spartakiáda, museli jsme tam být v trenkách a cejtla jsem strašnej nekomfort a ostudu jak jsem jako silnější. V té době jsem měla, v těch třinácti tak třeba 65, 70kg. Tak vlastně tím to jakoby začalo, začala jsem držet přísný diety a v podstatě to vygradovalo, protože jsme byli z velké rodiny, tak si toho nikdo moc jako nevšímal, já jsem byla nejstarší, rodiče byli rádi, že mají ode mě pokoj, tak jsem si mohla žít po svém. A došla jsem tak do čtyřiceti kilo, nižší váhu jsem nikdy neměla, ta anorexie spíš byla jako nevyloženě ohrožující na životě ve smyslu fyzicky, ale spíš jako psychicky. V podstatě byla to taková ta typická otročina té nemoci ve smyslu, celý život, celý den se to točilo kolem toho jídla. Měla jsem tabulky v hlavě, který jsem musela splňovat a následovaly obrovský restriktce, když jsem je nesplnila.

N: A když jste vlastně vyprávěla o tom, jak jste se cítila v té době, když jste musela na tu spartakiádu v těch trenkách, tak to bylo vlastně..

R1: To si pamatuju do teď, je to čtyřicet roků a do teď je to jeden z nejhorších zážitků jako no...

N: A to byl váš subjektivní pocit anebo..

R1: Objektivně. Právě bohužel, že objektivně podle fotek. Já jsem vlastně.. třeba teď mám metr sedmdesát, 55 kg. Takže jsem dejme tomu štíhlejší a stejně vysoká jako vrstevnice. Ale v těch dvanácti ty holčičky, já jsem už v těch dvanácti měla metr sedmdesát, všechny holčičky měly metr třicet. Já jsem prostě vyjela nějak jako rychle, ale i do šířky i do výšky. Takže já jsem jakoby předběhla tu dobu, takže subjektivně tam byly takhle malé holčičky a já jsem tam nad nima trčela do strany.

N: A byl to váš pocit, nebo jste i dostávala nějaké narážky z okolí?

R1: No já jsem měla problematický.. jakože ty narážky byly, že jsem brejlatá, kudrnatá a šprtka a k tomu ještě tlustá.. takže to bylo jako.. že jsem se jako odlišovala.

N: Jaké to pro vás bylo, když jste zjistila, že jste nemocná nebo že jde o tuhle konkrétní nemoc?

R1: No to je právě ten problém, že před těmi čtyřiceti lety jsem to jakoby nezjistila. Nebyl žádný internet, o tom se nepsalo nic. Mně přišlo, že to je úplně jako v pořádku. Já jsem v tomhle tom jakoby životě neživotě se plácala někdy vlastně skoro do třiceti. Než jsem jako pochopila, že... já jsem nechodila na rande s klukama, protože bych tam musela něco jíst nebo protože by mě viděli nahatou.. ten život se prostě točil okolo toho.

N: takže to hodně ovlivnilo i vás..

R1: celý život no.. Úplně celý. Ten život vlastně od nějakých patnácti do... a nejhorší je to, že to ovlivnilo život, i když s narodili kluci. Protože já jsem měla děti okolo třicítky oba, relativně pozdě. Ale ta hrůza z toho přibírání při porodu, po dětech nebo během toho těhotenství.. To bylo taky.. místo toho, abych se těšila...

N: A jaké to pro vás bylo?

R1: Ta vina z toho je strašná, jako že mě netěšilo, že mám zdravý děti, ale chtěla jsem, abych zase zpátky zhubla. To si asi člověk ponese do konce života, že vlastně ta nemoc jakoby přeskládá hodnoty.

N: A dneska to období toho těhotenství vnímáte jak? V rámci té anorexie.

R1: No kdybych si měla vzpomenout na vnímání toho, jak jsem vnímala těhotenství, tak každý to kilo byl neskutečnej stres a jako úplnej zmar a tím, že nebudu odtajněná, tak to klidně můžu říct, ale já jsem v podstatě jako.. je to hrozný, co řeknu, ale v určitých okamžicích, teď mám ty syny, teď už vím, jak je moc miluju, ale v té chvíli jsem prostě chtěla jen, aby to těhotenství skončilo. Než aby s sebou neslo to, že budu přibírat.

N: Jasně. Tak moc silný to bylo..

R1: No.. A úplně nejsilnější aspekt té nemoci, kterej jsem už jednou říkala jedné slečně v Anabellu a ta z toho byla úplně špatná a je to opravdu jako síla co ten.. to nejsem já, že jo, to je nemoc, co se jako stalo. Já jsem dostala onemocnění, rakovinou prsu. Byla jsem na oboustranné ablaci a já jsem byla vděčná. Jako jiný ženy jsou nešťastný, že přijdou o prsa a já jsem byla ráda, že.. ta anorektička to tělo tak nenávidí, že každěj kus, kterej jí uříznou, je za něj vlastně vděčná. Takže já jsem třeba odmítla implantáty, protože přece nebudu jako na sebe lepit dobrovolně nějaký dvě kila.

N: Takže jste vyloženě cítila vděk za to, co se stalo?

R1: Ano, ano. Že vlastně to tělo bylo zase o trochu osekanější. A já jsem o tom i přemýšlela, kdyby mi třeba někdo řekl, že mi uříznou nohu, jestli ta nemoc už takhle toho člověka jakoby mění, že bych byla vděčná, to si neumím... Přemýšlela jsem o tom, nestalo se to, že jo. Ale možná, že i jo. To tělo je prostě takovej nepřítel, že každěj kus, kterej ubyde, je plusovej.

N: Takže pro vás v tu dobu bylo důležitější to, že budete mít míň na váze než...

R1: Ne důležitější, to byl jedinej smysl života. Ta nemoc toho člověka takhle změní. Jedinej. Je to úplně strašný, ale je to tak.

N: Takže chápu to správně, že to překonalo i ten strach z té rakoviny?

R1: No jasně. Jako stoprocentně. A kdybych si měla znovu vybrat, to nejde, ale kdyby, jestli bych znovu teď měla mít anorexii nebo znovu rakovinu, tak bych deset rakovin klidně. To je směšný proti tomu ta rakovina proti tý hrůze, co způsobí ta duševní nemoc.

N: Kdybych se ještě mohla vrátit zpátky k tomu, vy jste říkala, že tím, že nebylo moc informací v tu dobu, kdy jste onemocněla, jak na to reagovalo vaše okolí? Všiml si toho někdo?

R1: Ne, nikdo nic neřešil, nikdy. Já jsem do konce svého života, teda teďko života, nejsem na konci, jsem v půlce a jedinej člověk, kterej o tom věděl, že je nějakej problém, byl můj manžel, kterej čtvrtýho ledna zemřel. On byl starší o dvacet let, prostě zemřel. Už jako mu bylo sedmdesát, tak hoť umřel. On byl jedinej.. manžel byl lékař a byl ochotnej leccos pochopit nestandardního. Jsem mu to svěřila velmi brzo na začátku vztahu a rozuměl mi. A nesl to jako se mnou. Takový ty stavy těžký, protože já jsem samozřejmě.. dá se říct úplný, takový to úplný vyléčení, to je tak deset roků.

N: Rozumím. Takže prostě nikdo z okolí si ničeho nevšiml?

R1: Ono to je takový... já jsem o tom taky přemýšlela, proč si nevšimli. Ale tak oni byli rádi, že jsem vypadala líp, že jsem zhubla, že jsem prostě byla štíhlá, že jsem začala být šťastnější a.. v podstatě, mně taky umřel táta, když mi bylo osmnáct a máma zbyla se šesti dětma, ona měla úplně jiný starosti, než řešit nějakej psychickej stav. Tam u těch šesti dětí, aby to bylo nějak nakrmený, najedený... jiný sestry moje taky měly nějaký problémy jiný psychický a nikdo to..

to se prostě neřešilo. A myslím, že to není tím, že je to dávno. Ono to zas tak dávno není, v roce osmdesát, to není zas tak dávno. Ale myslím, že i v současné době rodiny s dětma neřešej tu psychiku. Na to není čas, nebo kapacita vůbec.

N: Jak jste se v tom vlastně cítila, že si toho nikdo nevšiml, že jste na to vlastně byla sama? Nechtěla jste třeba nějakou podporu?

R1: Já jsem se snažila to říct mámě, že prostě co se jako děje. Když člověk pět dní nejí, tak se pak přejí. Já jsem strašně trpěla tím, že se neumím ovládnout, já jsem nevěděla, že to je reakce organismu na to, že má hlad. Myslela jsem, že jsem prostě prase, který sní rodině.. Já jsem se učila na maturitu, oni odjeli na chatu, jsem vyjedla mrazák, nějaký dobrotu a takovýhle.. takže spíš mi máma za to vynadala. Když jsem jednou nějak snažila, tak mi pozvala svojí sestru, oni si tam povídaly a pak řekla „hele, Peťula nežere“ a smály se mi tam nebo prostě tak nějak... Máma je taková zviřilá, silnější paní celoživotně a je v tom spokojená. Totální jako nepochopení a výsměch se dá říct. Ale dávno jsem jí to odpustila. Ona už je stará babička, prostě tomu nerozuměla ty nemoci.

N: Kdybyste tedy mohla říct, kdo vám nejvíce pomohl, tak to byl tedy asi manžel?

R1: Ano. A to jsem přitom zkoušela různou léčbu. Nevím, jestli znáte doktorku Papežovou, tu zná asi každý, že jo, která už je vážená paní profesorka. Já jsem u ní byla hospitalizovaná v roce 83, po týdnu jsem zjistila, že pokud chci nějak to, tak jsem tam něco jako předstírala. Já jsem tam chodila jako na ambulantní ne na hospitalizaci, to jsou ty ambulantní pobyty asi měsíc, a tak jsem v podstatě to tam nějak okecala. Oni po mně chtěli okamžitě přibrat, přišlo mi, že to není ono, tak jsem jako nějak z toho vyplula a oni mě považovali za vyléčenou, ale tam se vlastně vůbec nic nestalo. Prostě už jsem tam nechtěla chodit.

N: A co se týče té léčby, tak tu jste vyhledala sama?

R1: Jo, sama.

N: To musel být od vás hrozně odvážnej krok, protože většinou je hrozně těžký při týhle nemoci si vůbec uvědomit, že máte ten problém.

R1: Tam byl právě ten základní takovej.. to taky si myslím, že není vůbec.. Ono jako 43kg pro někoho, pro nějakou drobnou holčičku, je prostě hodně. Ale já jsem už neměla menstruaci, měla jsem úplně propadlý břicho. Já mám teď 55 kg, to je tak hranice, abych ještě vypadala normálně, ale o těch deset už vypadám jako... A oni mě zvážili a řekli, že to není tak hrozný na 168 cm mít 43 kg, ale pro mě to prostě bylo hrozný. Pak jsou holky, který můžou mít 43 kg a jsou pěkný, ale neřeší to, že každý má tu konstituci jinou. A oni furt si mysleli, že to není ještě takovej průšvih, ale já už jsem při týhle váze omdlávala na ulici a už prostě to..

N: Jasně. Pro to tělo, pro ten organismus už to byl záprah.

R1: Prostě ta moje váha je výš, jako ta správná.

N: A vy jste teda docházela ambulantně..

R1: Na Karlák no.

N: Jo. A jak to tedy probíhalo? Jak dlouha jste tam docházela?

R1: Možná měsíc asi. Ale mě to přišlo, že tam vůbec se jako neřeší... To je takový zvláštní, tam nebylo oddělení pro holky s tímhle, že to začínalo. Tý doktorce Papežový bylo asi třicet, byla mladá holka a tak nějak tam začala vyrábět to oddělení teprv. Tam si pamatuju, že tam byla třeba se mnou na pokoji holka, jmenovala se tak zvláštně jako Božidara nebo Bohuslava, taková ta Bohunka a on jí znásilňoval nějakěj strýc a ona kvůli tomu brečela a nechtěla kvůli tomu jíst a úplně to tam vůbec jako nepatřilo. Tak jsme jí tam všichni utěšovali, spíš to dopadlo tak, že jsme se

tam starali o ni no a pak se tam stala hrozná věc. Tam byla anorektička, byla tam... Vy jste tam někdy byla? Na tom Karláku?

N: Ne, nebyla.

R1: Tam jsou klasický žbrdlinky v oknech, ty jsou takhle blízko sebe, ta holka se protáhla ven a spáchala sebevraždu. Proskočila těma žbrdlinkama, to skoro vypadá nereálně, ale prostě se tam dostala, kouřila a říkala, že tu tloušťku svoji neunes. Vím, že studovala nějaký to tříletý studium, snad ještě dis jenom. Vím, že byla vzdělaná relativně. Překladatelka. A prostě to neunesla. Že už nemůže žít. A mně v té době přišlo, že tam prostě nepatřím, že to jsou magoři. Že člověk na tom ještě tak špatně není. Anebo že na tom nejsem tak špatně, že mám čtyřicet a ne dvacet. V té době ještě profesor Krch. Taky znáte? Já nevím, jestli vůbec ještě žije.

N: Ano, znám. Ano, ještě žije.

R1: On byl jako psycholog, nebo je. Není to lékař.

N: Ano, on se na to téma přímo zaměřuje.

R1: No a mě taky přišlo, že.. Já jsem všechny ty knížky samozřejmě měla doma, když nebyl internet, on psal třeba, že ta anorexie, že tam jsou ty parametry, že musí mít podle BMI 17,5. No, já jsem měla 17,9, tak jsem si řekla, že tam ještě nepatřím. Přitom teď už se ví, že anorektička může být holka, která má 65kg. To je prostě způsob myšlení a manipulace se stravou a tyhle věci a ne jako. Tak já jsem si furt myslela celou dobu, že tam nepatřím. Že to je nějaký takový moje.. neumím to popsat, ale myslela jsem si, že mezi ně nepatřím.

N: A jak jste se cítila v tom, když jste tam přišla a myslela jste si, že tam nepatříte, jaký to pro vás bylo?

R1: No ono spíš ten celej dojem byl takovej, jestli tomu rozumíte, že já jsem měla pocit, že nejsem ani dost dobrá anorektička.

N: To mě právě zajímá, jak jste tohle vnímala.

R1: Já jsem si říkala, vždyť já vlastně neumím nic. Vždyť já ani ta anorektička nejsem dobrá. Všechny ostatní mají 25 a já mám 40. Spíš takovou vinu, že nejsem dobrá ani v tomhle. Že když už, tak už. To nejde úplně přesně popsat, zároveň tam byla jako závist, že nejsem tak dobrá jako oni. Protože ten anorektik na jednu stranu se chce vyléčit a na druhou stranu vidí ty ostatní a říká si, vždyť já bych chtěla být taky tak hubená.. To je takový to, ten hlásek. Tam jakoby prostě je..

N: Jasně. Takže vlastně pro vás to byla i nějaká motivace, chápu to správně? Když jste tam docházela a viděla jste ty ostatní holky, tak vlastně nějaký zklamání ze sebe?

R1: Asi jo no.

N: A motivace k tomu to ještě posunout dál, chápu to správně?

R1: Jo jo. Ale to, že mi vlastně tím utekl ten život, to člověk vidí až potom, když už ten život jako uteče. Že v podstatě já jsem nedotáhla kariéru, nic v tom životě. Protože ta nemoc mi sebrala všechno. Tu osobnost, já mám pocit, že ani to mateřství jsem neprožila tak, jak bych měla. Třeba naděje v tom, že budu mít vnoučata... To se všechno špatně hodnotí. Takový to nenaplnění z toho mateřství, že jsem nepocítovala úplně radost z těch dětí, nemuselo být jenom díky té nemoci, ale takový kvůli tomu, že.. To tak každá máma trochu má. Já mám ty děti po devíti měsících, ono to furt vřískalo, když to bylo malý.. To bylo takový, že jsem kolikrát říkala, že kdybych je neměla, že by ten život byl lepší, když byli malí. Ale z toho taky plynula strašná vina, kterou jsem přikládala já té nemoci, že to je díky té nemoci, ale mě dost pomohl, nejen mně, spouště lidí pomohl internet tím, že je globálně

spojenej se spoustu jiných lidí a vidí, že to tak má spoustu jiných lidí taky. Jenom se o tom nemluví. Spoustu lidí ty prožitky má podobný. Ale ta nemoc.. co dělaj holky ve vašem věku nebo +15 až 25, chodí na rande, všechno.. Nic. Já jsem neměla prostě nic. Ta nemoc mi vzala prostě všechno. Z práce nebo ze školy domů. To byl celej svět, celej život. Já jsem strašně v koutku duše toužila mít třeba nějakýho kluka, ale jako.. ta touha po té nemoci nebo ta nemoc, co mi nabízela, bylo pořád víc. Kdyby mi někdo nabídl, že můžu chodit s krásným klukem nebo zhubnout další tři kila, tak samozřejmě jsem si vybrala ty tři kila. Nic, co by to převážilo. Ta euforie, co tam nemoc nabídla za odměnu, když dodržíš ty její... tak byla obrovská.

N: Když se ještě vrátím k té léčbě. Když jste docházela ambulantně, jaký byl vlastně průběh té léčby samotné?

R1: No právě, ono to je tak strašně dávno, že já vůbec si jako neuvědomuju, co tam jako v podstatě byl z jejich strany, co oni jako si mysleli, že s námi budou dělat. Protože tam byla snídane, pak nějaký vyrábění, já se tomu jako trochu vysmívám jo, ale navlíkání korálků a dělání košíků a jednou týdně s námi byl ten psycholog a jako přijde mi, že tam nic jako.. Jako není mi úplně jasný, co vlastně.. Jestli to bylo v plenkách ta léčba před 40 lety, já vlastně pořádně jako nevím, co si mysleli, že s námi udělají. Možná, že tam byl ten aspekt toho vykrmení, že si mysleli, že nás vykrmí. Tam jako nic, než ta nutriční rehabilitace vlastně nebyla. Bych řekla. Ta psychoterapie byla tak jako osekaná a malá, že...

N: Takže vy osobně byste ocenila větší práci s psychologem nebo s psychoterapeutem v té době?

R1: Asi ano, ale ono to je strašně takový těžký. Já si myslím obecně do života, do jakýhokoli problému, že zkušenost není erudice a vzdělání. Já mám nějakou osobní zkušenost, jak jsem se já dostala z nemoci, ale věřím to, že úplně někdo jinej, se z toho dostane úplně jinak. Nějak mi přijde, že.. takovej aspekt, kterej nevím, jestli vůbec můžete zanést do té práce, je víra v boha. Nevím, jestli to tam jako patří.

N: určitě.

R1: Já jsem věřila v boha od narození. Nebyla jsem z křesťanské rodiny, ale měla jsem v 16 letech spirituální zážitek, jsem prožila klinickou smrt, že jsem měla zánět mozkových blan jako od příušnic. Ten zážitek jako nezabránil tomu, že už bych dál nebyla anorektička, ale postupem času jsem jako.. Nevěřím, že bych v boha uvěřila, já v něj věřím vlastně vždycky, ale tím zážitkem se to vlastně posunulo. Takový to vnímání toho, že ten život má smysl, kterej.. Jak jsem se zase vrátila zpátky na zem z toho zážitku, tak už si to nepamatuju, ale ten dojem z toho byl, že to jednou zjistím, až zase umřu. Teď už ale nevím.. to jsem zase zapomněla zpátky, jak jsem se vrátila. Ale jak mi ubíhaly ty roky, tak takový to opravdu uvědomění si toho, že ten život nechci naplnit tou nemocí, je v tom, že ten život mám prostě jeden. A on prostě ubíhá a jako.. v dobrým případě mě čeká třeba 45 let. Já taky ještě chodím do Maltézké pomoci jako dobrovolník se starat o babičky a takže tam vidím ty babičky třeba kterým je 90 let a oni mi říkají děvčátko, takže člověk jako ví, že.. nějak mi došlo, že ještě tu šanci jako mám a že přece nepromarním další půlku života tou nemocí.

N: Takže tohle pro vás byl takový zlomový okamžik, který vám pomohl uvědomit si..

R1: No ono to to uvědomění.. Ono to právě spoustu lidí v něčem vede, že teď přišel zlom a teď se ten člověk zlepšil, ale ono to je takový jako strašně postupný. To jsou roky a roky, kdy jako zpátky ta nemoc vás tahá. A kdy člověk musí v podstatě bojovat skoro každé den znovu, aby se řekl, že za to prostě nestojí. Že tý nemoci ten život prostě nedám.

N: Takže tohle byl pro vás spíš takovej opěrný bod, že na to jste třeba myslela, když..

R1: Ano, ano. Ale jako rozhodně to nebylo tak, že teď jsem prožela a teď bude všechno jinak. To opravdu ne no.. Protože ta nemoc vlastně strašně jako láká toho člověka. Ona říká: „udělej to takhle a bude ti líp“. Ty benefity, co nabízí, jsou obrovský.

N: Vy už jste to zmínila několikrát, že vlastně ta nemoc nabízela benefity. Co pro vás byly ty benefity?

R1: No rád, jistota, takový jako.. Já považuju tyhle poruchy trošku za tu kompulzivně obsedantní poruchu. Člověk má nějaký nutkání a to nutkání udržuje ten řád a ta radost z toho splnění úkolu, nebo vlastně ten člověk nemusí nikdy žádný plán. Ta nemoc mu ten život vyplní. To je smysl života ta stíhlost. Prostě dodržovat nějaký ty rituály. To dovede ten život úplně naplnit. A v podstatě situace: seděla bych takhle s klukem, řekl by mi: „nelíbíš se mi“, normální holka se z toho zhroutí a ta anorektička si řekne no tak jako půjde domů, dá si tu svojí večeři o 12 kJ, udělá nějaký svý rituály a život je v pořádku a ať si kluk trhne. Na každou situaci ona mi nabídla ta nemoc odměnu. Trošku by to vypadalo, že se mi ta nemoc líbila, ale rozumíte mi? Ten svět je strašně nejistej a ta nemoc opravdu něco nabízí, ale je to falešná odměna. A ono právě jde posunout tu nemoc na takový.. To jsme zas se dostaly na hranici toho, jestli vy můžete najít vůbec někoho, kdo je vyléčený. Protože to je takový... To je možná způsob uvažování, kterej.. ale jako já se považuju za vyléčenou, že prostě to tělo je zdravý, funguje, všechny testy mám v pořádku a psychicky mám nějaký řád, kterej taky dodržuju, ale já ho nepovažuju za nemoc ten řád. Že člověk se prostě stará o to tělo a vyváženě se o něj stará, vyváženě sportuje. To podle mě už jako není nemoc. Teď se podle mě bere ten protipól. Že buď je někdo nemocnej, anebo je totálně zhýralej a válí se a jí o půlnoci pizzu a má sto kilo. Ale myslím, že to je jako pochopený špatně, to vyjádření.

N: Takže jestli to chápu správně, tak pro vás vlastně to vyléčení znamená, že vy jste si ten řád toho svého života začala vytvářet sama, že už vám ho nevytváří ta nemoc?

R1: Ano, ano. A že ta nemoc prostě nemá do toho co.. Ta nemoc je taková určitá entita, takovej hlas. Že když se prostě rozhodnu pro něco, tak ta nemoc mi nebude našeptávat, že ne, udělej to takhle. Že člověk převezme nadvládu nad tím životem sám a nedá jí tý nemoci.

N: Ty jo, to zní hrozně jako těžkej úkol.. Nebo z toho vašeho vyprávění mi to přijde, jak kdyby to byl úplně jinej člověk, kterej za vás rozhodoval..

R1: Jo, já si myslím, že jo.

N: A že to musí být hrozně těžký vůči té nemoci si vymezit ty hranice a převzít to rozhodování nad tím svým život. To je asi hrozně těžký, že?

R1: Je no. Ale tam teda bylo, že mi teklo už do bot. Já si říkala, že mně se blíží.. Já byla třeba okolo tý čtyřicítky a on i ten manžel mi docela jako pomohl.

N: A můžu se zeptat, jak vám pomohl? Nebo jak vás podporoval při té nemoci?

R1: Víte, já mám hroznou potřebu vám ho ukázat na fotce. Můžu?

N: Určitě, samozřejmě.

R1: Já vím, že to s tím vůbec nesouvisí, ale mně nějak jako přijde, že.. Já nevím, proč mám tu potřebu, ale prostě jí mám. To s tím nějak jako souvisí, že když mluvím o nějakým vyléčení, tak... On to byl proti mně vlastně děda. On i ten náš vztah, v podstatě on spíš vypadal jako můj táta než jako můj manžel. Já jsem měla potřebu to jakoby ukázat, že to nějak jako souvisí..

N: Jasně, abych si udělala představu.

R1: Protože on mě měl prostě rád. Ale jako otec v podstatě spíš. Tam byl i ten aspekt, že já jsem přišla o toho tátu. Můj táta byl František, manžel taky. Já si myslím, že mě možná vyléčila ta láska jeho. Takový to, že on vlastně upřímně trpěl tím, že jsem promarnila život. Já mám vysokou školu, jsem chytrá a ta nemoc prostě.. Já jsem nikdy s tou kariérou nic nedělala, já jsem vždycky chtěla jako do vědy a já jsem trošku jako zpátky dostala, ale takovýto jako spíš přicmrdávání u vědy. A on mi jako říkal, že to je strašná škoda. Protože on říkal, co všechno jsem mohla s tím svým intelektem nebo s tou touhou po té vědě a ta nemoc prostě... Já jsem se vždycky strašně učila, strašně moc jako. Celý večery. A do teď to dělám. Ta věda nebo to vzdělání je pro mě strašně důležitý a nikdy jsem to nijak nezrealizovala díky té nemoci.

N: Takže z toho, co vyprávíte, tak je to jedna z těch opravdu jako důležitých věcí, který vám to jako vzalo.

R1: Prostě kdybych třeba byla nějaká obyčejná.. nebo obyčejná, všichni jsme obyčejný. Prostě paní, která prodává v krámě, tak jako ta může prodávat i s anorexií. Ale ten potenciál, ta nemoc okupuje i tu mysl. Nejen tu duši, ale i tu mysl a to je škoda. Ta mysl se má věnovat něčemu, co ten svět nějak povznese. Mně pak došlo, že mi zbývá pár let v životě, jako v uvozovkách, třeba už jenom třetina aktivního života a já to můžu napnout nějakým dobrým směrem, třeba nějak k výuce dětí k těm mým oblíbeným vědám, anebo si můžu vytyčit nějaký cíl a jít k němu, anebo prostě budu řešit celý večery kalorický tabulky a ten život se promrhá a konec. A nikdo mi to nevrátí. A ta jeho smrt mě strašně taky posunula. Mně umřel táta, když mi bylo osmnáct, ale to tak nějak jsem nebyl schopná vnímat. Ale u manžela mi došlo, že ten svět se stejně točí dál. Že je to úplně každému jedno. Jako v těch srdcích sice zůstane, ale že opravdu jestli máme k někomu zodpovědnost, tak jsme to my sami.

N: Ano, sami k sobě.

R1: Jedině. A nikdo jinej mi vlastně nemůže pomoci. Jenom já sama sobě. A jestli prostě já zemřu na podváhu ve 30 letech, jak jsem k tomu měla nakročeno. Tak holt zmizí jedna duše z toho světa, ale jako.. Já jsem furt čekala, že mě někdo zachrání, ale on to jakoby nikdo... Jsem zjistila, že se můžu zachránit jediné sama. To bylo takový to prozření. On mě k tomu jakoby nakopl, ale.. Je to hrozný, když to řeknu, že ta smrt někoho blízkého, mi mohla pomoci, ale v podstatě jo no.

N: A kdybyste měla třeba doporučit něco jiným lidem, který trpí...

R1: No já to právě беру.. To je Madlenka ta slečna, co doučuju. Já furt do ní.. Já si myslím, že není tak důležitý, aby udělala tu matiku. Nebo ještě má čas. Je jí 17 nebo možná už jí je 18, já teď nevím. Ale že je podstatnější, já jí furt jako tluču do hlavy nebo nějak o tom furt mluvím, že on má jako idol nějakou ruskou nebo ukrajinskou anorektičku, příšernou prostě, která má opravdu prostě 20 kg a podle mě moc dlouho žít nebude. Tak se jí snažím jakoby domluvit, že ona se může smířit s tím kompromisem, že nebude mít 80 jako má teď nebo 20, jako má ta její anorektička idolyně, ale může mít třeba 55 nebo 60, ale on furt tvrdí, že ne. Že bude šťastná jediné, když bude mít 20kg. Ale že právě je v tom životě nějaká rovnováha. Teď vám řeknu úplně vážně, nevím, jestli mě potom budete brát jako vyléčeného člověka, ale v koutku, úplně vevnitř v té hlavě, když mi je fakt blbě a hodně pracuju a jsem taková.. tak ten hlas mi říká: „pojď zpátky, zhubni, měj 35kg a bude všechno...“ a já se nad tím zamyslím a řeknu: „no, možná jo“, ale prostě nedovolím mu to. Je to strašně lákavý, ta propast. Strašně a furt a pořád láká.

N: Takže máte pocit, že už nad tím máte plnou kontrolu, ale ten hlas se pořád ozývá a pořád vás tahá zpátky?

R1: No to asi nebude úplně patřit do toho... protože ten aspekt té víry asi nebudete moct zdůrazňovat v té práci, že jo?

N: To nevadí. Řekněte mi to.

R1: Máte stejně jako démon. Jako je démon alkoholu, démon... To se tak jako říká, já mám samozřejmě základní vzdělání, tak vím, že to není nějaký bububu, ale prostě entita určitá. Démon třeba, když je někdo promiskuitní a vyléčí se, třeba nějaký kluk promiskuitní, on se ožení a stejně prostě vidí nějakou nahatící jako někde, tak jako na ní přece nebude koukat a nepůjde s ní na rande, protože prostě on tomu démonu odolá. Nebo alkoholik si doma přece nepostaví doma flašky s rumem a bude říkat „já jsem teď prostě nad věcí, tak já na ty flašky budu koukat“, vždyť tam musí být nějaká ostražitost. Ten démon láká a bude to dělat vždycky. A ten démon tý anorexie prostě láká. Ale já už vím, že to je démon, takhle to myslím. To vůbec není, že bych si řekla „jo, tak to je v pohodě, já si tady vyložím pekáč buchet a budu na to koukat a odolám a pojedu si svoji pravidelnou zdravou stravu“. Ne, to prostě neodolám. A já se nechci vystavovat tomu pokušení. A mně to fakt přijde v přirovnání s tím alkoholikem, že ten vyléčený alkoholik může být vyléčený a přesto si prostě doma neotevře, nepostaví si na stůl pět flašek a bude si hrát jaké je hrdina, že odolá. To je úplně zbytečný trápení a zbytečný pokušení.

N: Takže je to pro vás nějaká sice uzavřená kapitola, ale máte vůči ní respekt?

R1: Ano, já si myslím, že tam ten respekt je a myslím si, že právě jsem se vyléčila z toho, že už nepodléhám tomu démonovi a ne, že ten démon neexistuje.

N: Mohu se zeptat na nějaký nejhorsí nebo nejlepší zážitek z léčby, ať už z té léčby odborné nebo..

R1: No právě pro mě bohužel ta léčba nebyla odborná, jakože u mě selhali. Já jsem chodila i do Anabellu a taky jsem toho nechala, protože mě ten přístup prostě..

N: Proto říkám, můžete říct horší i zážitky, které tedy nejspíš u vás budou v rámci té odborné léčby a ty hezké zážitky, které máte třeba ze samoléčby.

R1: Spíš z té léčby, z té odborné, že takových lidí tomu věnuje ten čas, potenciál, ale nějak se to jako úplně míjelo. Mně přijde, že úplně nepochopili, o co jako jde v té nemoci. Anebo ta moje nemoc byla jiná než u těch ostatních. Ale jakože to co se radilo, jako léčba mi přišlo, že vůbec nezabíralo nebo bylo kontraproduktivní. V určitém období, já tady mám příklad, to se netýká mé léčby, ale léčby té Madlenky, která loni se pokusila o sebevraždu po několikátý, byla i hospitalizovaná na psychiatrii, dostala nějaký léky, který způsobily neskutečnou žravost, a ona přibrala dvacet kilo. Tak ona po určitý jako stabilizaci jí nasadili novou léčbu a ona přibrala 20kg a je prostě zpátky v té nemoci v plné palbě. Že mi prostě přijde, že takhle to vůbec nefunguje, že někoho vykrmí a on bude zdravěj. On bude stejně na tom psychicky špatně a ještě bude tlustej, takže ten efekt úplně jako... Takže přesně, z té léčby mi nejhorsí zážitek přijde ten důraz „jenom se vykrm a všechno bude v pohodě“. Není to tak. Těžkej problém můžou mít i ty vykrmený.

N: Rozumím. A kdybyste teda měla dát nějak tip pro to, aby se mohla zlepšit ta odborná léčba, co by to bylo?

R1: No já právě si myslím tady ten aspekt toho, teda jestli to není už moc ezo jo, že prostě ta nemoc je, že to jako je.. odosobnit se od toho. To nejsem já. To je nějaké.. Ať si k tomu někdo řekne můj démon nebo něco.. To je prostě nějaká bytost.. Já jsem si to sama sobě takhle personifikovala. A já opravdu nejsem žádnéj ezo cvok, já mám prostě přírodovědný vzdělání. Ale přesto věřím v určitý jakoby.. Že může být zlo jako entita. Že je to určitej démon, s malým d teda samozřejmě, kterej chce sebrat duši, a prostě já jí nedám, protože je moje. Tenhle ten aspekt byl pro mě jako důležitěj. Takže tohle a plus teda asi to prožití té bezpodmínečnej lásky. Buď od boha, nebo nějakýho toho partnera, jo to zase každej od toho boha to neprožije. Ale takový to, že opravdu třeba ten manžel z hloubi celý duše chtěl, abych byla šťastná. Že je vlastně vidět, že ten démon způsobuje utrpení nejen mně, ale i těm blížkej. To je skoro i jako.. člověk pro ty blízkej je schopen udělat víc kolikrát než pro sebe. Manžel byl lékař v kriminále, byl chirurg na Pankráci. Takže on byl zvyklej na velmi drsný lidi, na drsný chování, na drsný podmínky, a přesto on brečel nad mojí nemocí. Ale když jsem byla s ním, tak už jsem nebyla tak moc hubená, ale prostě nad zmarem tý duše brečel. Viděl, který dveře mi ta nemoc zavřela. Jak může být ten život krásnej, když ten člověk není tímhle

ovládaněj. A mě to nějak všechno došlo všechno. Ale vůbec nevím, kdyby teď v tuhle chvíli mě třeba někdo donutil sníst tady tuhle horu jídla, já to jakoby nepokouším, ale subjektivně bych měla pocit, že.. No on když se někdo nají, tak má pocit, že ztloustne, i když to není pravda. Ale já to jakoby nepokouším toho démona. Vůbec ničím. Já už si deset let jedu nějaké... A on mi třeba říká.. Já říkám on, ale já to nemám úplně takhle personifikované, to je spíš taková hra pro mě.

N: Rozumím.

R1: Zní to docela jako velký psycho. Ale třeba.. Já se najím někdy večer, to třeba přeženu a teď prostě ten démon se mi snaží našeptat nebo dřív mi říkal „seš prostě tlustá, musíš zhubnout“ a já říkám „nejsem“ a on říká: „seš“, tak já říkám: „tak se podívej“ vytáhnu ze skříňě kalhoty „podívej, je tady 34 nebo 36, nosej tlustý 34 nebo 36?“ a on říká „nosej“ a já „ale nenosej“. Já si z toho dělám někdy trošku jako legraci, ale prostě jako jsem mu řekla: „kecáš, nejsem, není to tak, říkej si, co chceš“. Ale musím vyloženě jako tváří v tvář se postavit k té realitě. A mě to přijde takový směšný, netušila jsem, že to někdy někomu řeknu. A on odejde prostě.

N: Ne vůbec. A jakým způsobem, protože tohle mi třeba osobně přijde jako taková důležitá věc na té nemoci, postavit se nebo prozívat k té realitě. Tak co vám ještě třeba pomáhá vidět tu realitu takovou, jaká je?

R1: Ono to vyzní jako dost hloupě nebo nabubřele, ale já mám obecně nadhled a mám hodně vysoké IQ a myslím si, že to každé třeba nemá. A ono to opravdu vyzní blbě, ale prostě ta realita taková je. Já mám hodně vysoký, byla jsem se i měřit a jsem i členem Mensy, toho sdružení myslím, že jo. Víte asi o co jde.

N: Ano.

R1: Takže jakoby mi trošku dalo ten pocit, že patřím mezi nějaký lidi s tím vysokým IQ a člověk asi potřebuje takový potvrzení toho, že to není výmysl, to, že si o sobě něco myslí a mám prostě nadhled nad spoustou situací. Já jsem třeba i v nějakých partnerských problémech vždycky měla nadhled a to prostě je taková devíza, kterou prostě mám. Takže já jsem vždycky věděla, že ta nemoc se mýlí. Ale jako mýlí, ale přesto může velmi tvrdě útočit. Ale jako jsem možná věděla jako tak vždycky, bych řekla. Že ta objektivní realita je jinde, to jsem vždycky věděla.

N: Tak možná, že i to je ten důvod, proč jste sama vyhledala tu léčbu nebo proč jste se sama dokázala vyléčit, protože jste ten nadhled měla. Což je asi hrozně cenné.

R1: No ale to nejde paušalizovat, že to každé nemá. Já mám nadhled i nad různými lidskými slabostmi nebo nad politikou. Dovedu tu situaci vzít díky té inteligenci nebo z vyššího... Že mám pochopení pro všeskrý lidský slabosti. Ale to nejde paušalizovat, že to prostě někomu říct... V podstatě nevím jako. A třeba ty Madlence, já jí beru jako takovej, jestli bych jí dokázala já nějak vyléčit, ale mám zase právě takovej ten nadhled, že ona to nemusí přijmout. Ale takový to.. tou metodou, že je lepší vrabec v hrsti.. Že jsem jí říkala: „tak se smíř s tím, že budeš mít 55 kg a ne 20“ a ona zatím nechce. Bud nebudu žít, anebo bude mít jako tahle Ukrajinka. Ale takový to, že v tom životě nemůžeme si dupat nožičkama, že chceme všechno. Prostě všechno mít nebudeme. Ta Madlenka má silnou kostru, je veliká, veliká jako opravdu hodně a ona prostě taková nikdy nebude. Trošku tak hrát s kartama, který máme rozdaný. Jí se to strašně nemusí líbit, ale nic s tím neudělá. Já bych třeba taky chtěla být chlap, ale nic s tím neudělám.

N: Jasně. Prostě přijmutí, že něco nějak je a že s tím nemůžeme nic udělat.

R1: Ale taky já to i beru, že bůh mě postavil do nějaký situace a plus další velká věc, velký moje přesvědčení, že bůh nám naloží jenom to, co unesu. To si myslím celý život. A že někdy mi přijde, to už jde až skoro taky trochu za hranici, že pokud někdo má hodně naloženo, tak prostě hodně unese. Že to je v podstatě určitý privilegium. Jakoby mít naloženo. Některý lidi mají ten život jednoduše, v podstatě kdyby jim ten bůh naložil, tak jsou třeba taková

srabečci a oni by se z toho položili. Někdy mi přijde, že právě ty velký zkoušky životní, ty tragický jsou takový jako právě „tak ukaž, jak se s tím popereš“.

N: A vnímáte to teda teď tak, že vy jste dostala teda asi poměrně docela dost naloženo, že to pro vás bylo posilňující?

R1: No jednoznačně. Já jsem kdysi chodila k jedné paní na vozičku se starat a ona mi říkala něco „ty jsi zdravá“ a já jsem říkala: „ne, já jsem měla rakovinu“ a ona „a kdy?“ a já jsem říkala: „Já nevím, tak někdy 2008 nebo 20013“ a ona říkala: „to není možný, já ti nevěřím. To každý ví.“ a já jsem říkala: „já to prostě nevím“. Jako pro mě ta rakovina nebyla vůbec důležitá. Ale o anorexii vím každou vteřinu toho..

N: Každý detail..

R1: Jo.. Mně přijde, že člověk, který překoná anorexii, že už se nějaký rakovině vysměje. Je to jenom tělo. Že ta bolest tý duše je nepoměrně, nezměrně.. To se vůbec nedá srovnat, co je horší. Proto to nemám nikdy ráda takový to „hlavně zdraví“. To si myslím, že je úplná blbost. Ty lidi tím myslej, že ten člověk nebude mít tělesnou nemoc. Se gratuluje hlavně buď zdravěj. To duševní zdraví já považuju za podstatně vyšší.

N: Je to pro vás důležitější.

R1: Jednoznačně.

N: Jestli se ještě můžu zeptat. Jak to máte teď, když se obrátím k té stránce toho jídla a toho těla. Jak s tím vlastně pracujete teď?

R1: No, mám režim. Ale zdravěj režim. A dle některých jaksi žen, třeba v Anabellu, nejsem vyléčená, protože vyléčený člověk ten režim nemá. Já si prostě myslím, že má. Že režim je důležitěj. Já jsem kdysi viděla v Karlově Studánce reportáž a tam byl pan ředitel Lázní Karlova Studánka, on to byl kněz a po dlouhém rozhovoru se ho ten reportér zeptal, aby mu řekl životní krédo a on řekl: „zachovej řád a řád zachová tebe“. A ten reportér říkal „to je ale blbost“, a mně v té době bylo asi pětadvacet a už mě to jakoby oslovilo, ale pak mi v životě čím dál tím víc dochází, jak moc je to pravda. Já jsem opravdu pro ten řád. Ve všem. Protože když je někdo přívrženec chaosu, tak sledujte tu přírodu. To je všechno podle hodiněk, sluníčko, to jsou setiny sekundy, planety, celá ta biologie, chemie. To je všechno tak jako.. ten řád je tak neskutečnej. Tam by se malinko všechno vychýlilo a je konec světa. Takže já si myslím, že řád je velmi potřeba. A já ho mám prostě řád v tom jídle. A nevychyluju se z něho. A já o tom ani nechci diskutovat. Nemyslím teď s vámi. Ale s těma, co říkaj „tak si povol, tak si prostě dej místo..“ prostě ne jako. Protože vždycky, když já tím operuju, když mi někdo říká „tak to povol a nech to všechno plavat“, tak mu říkám: „tak mi ukaž něco v celém vesmíru, co plyne jen tak, bez toho řádu“.

N: Jasně. A zároveň je to asi pro vás i způsob, který je systematický, jak se udržet v té normě, ale zároveň i bojovat proti tomu démonovi. Že je to takový váš štít.

R1: Jo, určitě. Vlastně jako na mě jakoby nemůže. Já jsem zkoušela takovou tu léčbu jako podvolit se, dělat si co chceš, ale to pak vede k tomu, že člověk celý den leží v posteli a jí sladkosti. Tak to přece není cílem, proč jsem se chtěla vyléčit.

N: Vy jste říkala, že pro vás je obecně důležitý řád. Ne jenom v tom stravování, ale obecně ve všem takže..

R1: Já nemám ráda v tom podnikání nebo v tom životě takový „dělej, co tě baví“ a takový.. to já v tomhle úplně jako nejsem. Já si myslím, že by opravdu půlka světa nedělala nic. Takovej ten smysl a řád a povinnost. Ale to neznamená, že ten život je potom jako ošklivej. On je právě tím hezkej. K tomu taky narážím. Že někdo říká „hlavně co tě baví“, ale potom mně byl v tom velkým učitelem třeba ten manžel. On byl lékař a přitom vůbec nebyl, aby se neurazil, jestli mě teď někde slyší, že to říkám, ale on nebyl chytřej nikdy a moc dobře to věděl. On to má vydržený tu medicínu. A

on prostě něco chtěl dokázat, takže tam pak byl problém se synama, že oni „mě to nebaví a já nebudu chodit do školy“, ale já si myslím, že to tak nejde. Určitý věci člověk.. prostě nikdo nevyhraje Olympiádu, když bude dělat, co ho baví. Prostě musí se sebrat a jít trénovat, i když se mu nechce. Musí jít studovat... Asi těžko by byl někdo lékař nebo jadernej fyzik, kdyby dělal jen to, co ho baví. Protože prostě není možný, aby za těch 6 let té medicíny ho to každé den bavilo. To prostě nejde. Nějaký překonávání překážek a tvorba, právě vytváření té osobnosti. To beru, jako že jsem sama sobě tou hlinou. Já si to vlastně tvořím tu osobnost a toho člověka. A já jsem dostala nějak jako z hlíny od toho pána boha a já to přece nehodím někde do kouta a nenechám to ztloustnout na 100 kg. A i taková ta vize toho konce je taky strašně důležitá, že prostě to jednou skončí a já už třeba nemám neomezeně času. Což si myslí každé ve dvaceti, že to neudělám teď, tak to udělám za deset let, ale prostě některý věci já už neudělám nikdy. Jsou prostě konečný. Když mi bylo 50 a prošla jsem hormonálníma změnama jako žena, tak třeba už vím, že už nikdy nebudu mít děti. A já jsem stejně nechtěla nikdy další, ale už to prostě člověk ví, že přijdou budou body, který už jsou nikdy. Já kdybych se teď rozkrájela, tak už jsem prostě v přechodu a už prostě děti mít nebudu. A to je takhle se vším. Některý věci prostě odplujou a člověk si furt myslí, že je na to dost času, ale už to prostě nebude nikdy. A tohle se týká třeba i toho, já chodím ještě na Phd. Studium si dodělávám, protože jsem ho nikdy neměla a vždycky jsem ho chtěla. Mně to přišlo jako nedotažený, nemít to Phd., biochemii samozřejmě. Ale já jsem furt říkala, že na to bude čas, ale on prostě už třeba nebude. Ono to každému je úplně jedno kolik mi je, to vůbec nikdo neřeší. Já se nikam necpu, dělám si to jako kombinovaný studium, takže jako.. Ale je to jako pro mě, že některý věci chce člověk uzavřít. A třeba i ten přechod.. Já jsem vždycky chtěla dceru. A já jsem třeba i ve třiceti říkala „no ono to někdy bude“ a i ve čtyřiceti „ještě to bude“, jako ale v podstatě jsem se o to nesnažila. Ale říkala jsem „no tak jako všechno v životě někdy..“ a pak najednou člověk zjistí, že ono to prostě nebude nikdy. Mně to zas tak líto není, rozumíte, jak to myslím, ale je taková akademická debata. Že vlastně člověk zjistí, že ten život je konečnej. A každou další smrti někoho nebo nějakými těmi milníky, zjistíte, že dál už to jako nepůjde a že když některý věci neudělám teď, tak bych taky mohla umřít jako stará anorektička. My jsme kdysi měli v práci, když mi bylo dvacet, tak jsme tam měli paní. Teď už vím, že to byla anorektička. Já jsem netušila, ono se říkalo, že je nemocná, ona měla tak 35 kg možná, stará panna, bylo jí asi 65, takový divný návyky, furt chodila kouřit a prostě teď už když si to vybavím zpětně, tak byla. Já jsem to v té době nevěděla. Promrhaný život. Ona byla v knihovně, žila si svůj život.. a pak prostě umře a co? A druhou šanci prostě nemá.

N: Takže vlastně vaším takovým receptem, je převzít zodpovědnost za ten svůj život a naplnit ty věci, co chceme dělat a vzít zodpovědnost za to, že to co chceme, tak to zrealizujeme?

R1: Jo, protože ta nemoc mi pak nabídne „bude ti se mnou líp“ a já jí řeknu: „a tak co jako? Budu jako stará anorektička, v 60, svobodná, bezdětná, bez kariéry“ a ona mi řekne: „budeš šťastná“. Jo? Já s tou nemocí v podstatě diskutuju. „A co ještě k tomu mi nabídneš?“, se ptám ty entity určitý. A takový to odosobnění, že to nejsem já a je to nemoc, je strašně důležitý. To je něco z vnějšku, co se mi snaží nabourat do toho... A samozřejmě ta lítost nad tím, že jsem ztratila 20 roků.. ale to se prostě nevrátí. Člověk se může jenom poučit, nemůže ty chyby odčinit. Já jsem ani neudělala nějaký fatální chyby. Já si říkám, mohla jsem třeba už být někde v akademii věd, mohla. No ale co jako? Třeba bych byla v akademii věd, ale byla bych špatnej člověk. Jsem tak jako morálně dospělá vyspělá nebo poučená, víte jak to myslím, že ta zkušenost za to možná i stojí a třeba tam ještě možná i budu, v sedmdesáti. Teď jsou takový ty na internetu ty děsný výkřiky „lidi se bouří, do důchodu se půjde v sedmdesáti“, říkám: „tak to je dobrý, ještě mám čas“.

N: Ještě máte spoustu času.

R1: Protože kdybych byla ve věku mé babičky, tak se chodilo v 54 a takhle.. Teď mám kolik, ještě dvacet let někde. Ne opravdu, člověk to vidí úplně jinak. Ale to nikomu nemůžu říkat, nějakému utřenému chudákovi ze zemědělství.

N: Chtěla byste na závěr ještě něco dodat k tomu?

R1: Já už jsem asi všechno řekla. Ne, možná bude to znít jako klišé, ale že jsem asi ráda, že jsem mohla zažít tu zkušenost té nemoci. Že to říkají většinou takoví ty lidi, co jsou po havárce, že jak je ta nemoc vlastně posunula a že jsou lepším člověkem. A vždycky každé si myslí, že je to klišé, ale prostě není. Já si myslím, že jsem lepším člověkem, jednoznačně. Člověk je vnímavější k ostatním, k slabostem druhým, i sám k sobě jako..

N: Asi i ke svým potřebám, ne?

R1: Ano, ano.

N: Dobře. Tak moc děkuji za rozhovor.

Příloha 5 – Rozhovor 2

N: Mohu tě poprosit, jestli bys mi řekla něco o nemoci, kterou sis prošla?

R2: No tak jako byla to teda porucha příjmu potravy, konkrétně anorexie, ale byly tam takový náznaky bulimie nebo spíš to tak jako přecházelo z té fáze anorektický do té bulimický. Já nevím.. ty chceš vědět i datově, jak to bylo?

N: Jo, můžeš říct, co chceš, úplně cokoliv. Jak to třeba vzniklo, kdy to přibližně bylo, jaké byly okolnosti.

R2: Jo.. no tak jako začalo to takovým zvláštním způsobem, kdy mě osobně nikdy nenapadlo, že by to mohla být porucha příjmu potravy, protože jsem nikdy nebyla obézní. Měla jsem na svojí výšku 175 cm, 69 kg, což mám třeba i teď a myslím si, že je to v pohodě. Takže já jsem nechtěla jako nikdy, nebyl to jako záměr „hele já budu hubnout teď“, takže nebudu jíst“ nebo někdo mi řekl „vypadáš blbě, začni hubnout nebo něco se sebou dělej“, nikdy to tak jako nebylo a dokonce si myslím, že moje sebevědomí v tu dobu, kdy to začínalo, bylo až tak, že jsem si fakt myslela o sobě, protože mně bylo nějak 18,19, tak to bylo takový to „ty jo, já půjdu do baru a když se na něj usměju, tak ho prostě mám“. Takhle jsem to jako vnímala, že to nebylo tak, že bych měla nízký sebevědomí. A vlastně to nějak začalo... konec vlastně maturita, konec gymplu, teď nástup na novou školu, změna nějakýho prostředí a první zkoušky na vysoký škole, kdy to vnímám jako zlomovej bod, to první zkouškový, kdy ta psychika už začala bejt špatná, že jako začala poruchy se spánkem, bylo to takový jako, že jsem říkala „ty jo, já nemůžu spát, tak pojďme to nějak řešit“, takže jsem brala nějaký jako, ne vyloženě prášky na spaní, ale takový nějaký potravinový doplňky a takový věci a to na nějakou chvíli jako pomohlo. Já jsem pak začala hodně běhat. Jako hodně myšleno, začalo to na nějakých třech kilometrech, protože člověk, když začíná běhat, tak to.. A mě bavil ten progres, že vlastně člověk nejdřív ty tři kilometry uběhl za tři čtvrtě hodiny a potom najednou za 20 minut. No a já jsem se pak dostala na jinou školu, kam jsem původně chtěla, tak nějak částečně, jenom člověk moc neví po tom gymplu, co vlastně chce dělat. A začaly mě nějaký čtyři měsíce prázdnin a já jsem si říkala „no tak to je perfektní, budu sportovat, že jo“ a tam už prostě bylo nějaký problémový, protože před těma přijímačkama, ty problémy se spánkem jako ustaly, ty už byly v pohodě, ale začaly takový nějaký jako psychosomatický bolesti žaludku a jako bylo to takový, že já když jsem třeba snědla určitou věc, tak se mi prostě udělalo špatně, no tak jako nechci, aby mě bolelo břicho, protože prostě mi to nedělalo dobře, tak jsem začala se vyhýbat určitým potravinám, který jsem vnímala, že mi z toho bylo fakt jako špatně. Akorát že potom mi zůstalo, že. Tak jsem věděla „aha, tak tohle mi dělá špatně, tak to nebudu jíst, hm to mi taky dělá špatně, tak to už taky nebudu jíst“. Takže vlastně nakonec ty vypadalo, že jsem jeda dušenou zeleninu a vajíčka třeba. A pak vlastně začaly ty prázdniny, tak jsem si říkala „jo, perfektní, tak si jako odpočinu, bude to dobrý“, no ale to jakoby už tam to tělo bylo navyklý na to, že jí ty malý porce, že prostě nejí ty potraviny a už tam jako to bylo špatně, ale já jsem si furt říkala „ty jo, ale já když si dám něco jinýho, tak mně bude zase špatně, tak já to nebudu jíst“. No ale problém byl, že tím, že jsem měla hodně času, neměla jsem žádnou brigádu, nic, tak jsem prostě sportovala. A to vypadalo třeba tak, že jsem šla jako ráno. Tak jako jóga tak půl hodky, pak jsem šla třeba 9 km běhat po Vysočině do kopců a tak všechno. Pak jsem si sedla na kolo, jela jsem se vykoupat někde, zaplavat. Pak jsem si zase sedla na kolo, jela jsem domů, tam jsem udělala nějaký sedy lehy, dřepy, něco prostě..

N: Ale pořád to nebylo za tím účelem toho hubnutí?

R2: Tam už to prostě bylo takový.. Tam už to právě bylo zlomový, protože tam už jsem od toho prvního zkouškového, dejme tomu třeba leden toho roku 2017, 2018 už, tak jsem vlastně už zhubla třeba 5 kg. Já jsem jakoby na začátku toho léta měla 64 kg a to bylo hezký, to se mi líbilo. Protože to člověk vypadá jakoby.. je to furt zdravá váha a je takovej vyrýsovaný, hezčí, na to léto perfektní do plavek. No ale v tom létě už ta váha začala hodně rychle klesat, že vlastně na konci léta už jsem měla 57 kg. A vím, že už na konci toho léta jsem se vážila každý den a že

jsem si říkala „ty jo, tak teď mám 57,5 tak to jako včera jsem měla 57,4, to prostě bych měla zase mít“ a bylo to už takový, že jsem to jako řešila. A vím, že jako doma tenkrát padlo ze strany taťky, jestli jako nemám poruchu příjmu potravy. A já jsem tenkrát to rapidně prostě zamítla, protože jsem si říkala „vždyť já jsem prostě nikdy nechtěla hubnout, jakože vždyť jsem taky nikdy nebyla taky tlustá, vždyť to není pravda, to nemám, tuhle poruchu“. Já jsem věděla, co ta porucha je, protože já jsem chtěla jít jako na medicínu, takže jsem mělo o tom jako přehled. Říkám „Tohle já prostě nemám, vůbec“. No a nastoupila jsem vlastně do Brna na tu medicínu jakoby no a tam už to bylo... Mně přijde, že když ten člověk přestane jíst nebo to tělo, tak žije na nějaký ty rezervy, ale potom, když je vyčerpá, tak už to jde raz, dva, tři. To je rychlý hrozně. Že já už jsem jako nemohla tolik sportovat, protože jsem na to neměla čas, chodila jsem do tý školy a to jídlo prostě.. to bylo jako špatný, tam už jsem jedla třeba.. Já jsem třeba za den snědla 500 kcal, víš co.. takže to nebylo nic, ale tělo už ani nemělo hlad, takže prostě to bylo takový, jakože mně to přišlo v pohodě, že jakoby jím. To já jsem jedla. Já jsem jedla snídani, oběd, večeři, ale to byly porce jak nic prostě.. Hlavně jako všechno nízkokalorický a všechno prostě salát a takovýhle věci. A pak vlastně já už jsem jako.. mně nejvíc vadilo, protože jezdím na koni, tak mně nejvíc vadilo, že já už nemám sílu na toho koně. Že já když jdu běhat, tak já ani nemám sílu běžet 11 km. A vlastně jsem šla za mamkou, ta je teda shodou okolností lékařka, tak říkám: „čoveče mamí, to je divný, já furt jako hubnu, ale já jako nechci hubnout, já jako nemám sílu na ty věci, já nevím, co mám dělat pro to, abych měla tu sílu“. A mamka říká: „No jako musíš jíst“ a já říkám: „ale vždyť já jím“ a mamka říká „no ale jako to co jíš, to nic prostě není“. A to už mi doma třeba měsíc říkali a to už jsem měla třeba 52 kg za ten měsíc. No a vím, že jako mamka, protože se pohybuje mezi těma lékařema, tak s někým to konzultovala a někdo jí doporučil v Brně lékařku, už nevím jméno, asi ani nebudu zmiňovat a ta se jako zabývala vyložene poruchami příjmu potravy, tehdy byla myslím i jako primářka na jednotce intenzivní péče na psychiatrii tam pro většinou tyhle ty anorektičky. A měla soukromou praxi, kde prostě si zvala tyhle.. Protože nikdo jako není, že by vyložene byl internista a zabýval se těmahle lidma. Můžu chodit k nutričnímu terapeutovi, kterej je bakalář, až zas takovej odborník to není, není to doktor. Nebo můžu potom chodit k psychiatrovi, kterej mně dá asi antidepressiva, ale zase neřeší stránku té výživy. Takže vlastně já jsem tohle viděla jako takovou jako cestu, že „ok, to mi pomůže“. A ta mně, jako ta paní řekl: „jo, to je anorexie“ a já jsem prostě odcházela s 6 baleníma nutridrinků a říkala jsem: „Cože? Tohle já nemám, to není můj problém, vždyť já jako nechci hubnout. Naopak, já chci mít sílu, já nechci hubnout. To prostě já nemám tuhle nemoc.“ To byl říjen třeba. Ale prostě bohužel to jako nikam nevedlo, já jsem tam chodila, ono to stálo, protože to byla soukromá praxe, tak to stálo nějaký peníze. Já jsem sice vyfasovala nějaký nutridrinky, ale prostě ta váha šla furt dolů. A už to jako začalo být i tak, že ty chytrý hodinky mně hlásily „Jo, vy máte tep 38 a to už je jako špatně“ a protože samozřejmě veškerý ty vitaminy, vitamin K, který ovlivňuje srdeční rytmus a takovýhle věci, tak už prostě nebylo v tom těle. No a tak nakonec vlastně stejně jsem se dostala na tu psychiatrii. Kde jsem byla už na začátku prosince, tam už jsem měla nějakých 47 kg.

N: A tam jsi byla jako hospitalizovaná?

R2: Ne, ne, ne. Jenom jakoby na ambulanci prostě „tak jsem teda tady, protože už zkouším všechno“. Já jsem teda jako bydlela sama a v tu dobu se docela zhoršily rodinný vztahy. Že prostě jedinej člověk, se kterým jsem se bavila, byla mamka, protože prostě můj otec se na to nemohl koukat, nevím jak to jinak prostě popsat. No a my jsme se kvůli tomu hádali, takže já jsem ho úplně odstříhla. Jsem mu prostě neodpovídala na zprávy, nevzala telefon a takovýhle věci.

N: A jaký myslíš, že to mělo vliv na tu nemoc? Pokud vůbec nějaký?

R2: Jako ten vztah s těma rodičema? No, to mělo, protože samozřejmě ta nemoc se nevyvinula ze dne na den. Nějakým prvním zkuškovým v životě, ale tam už ty problémy začínaly někdy jako v pubertě, třeba kolem 14 let, kdy jsme měli nějaký konflikt s taťkou a on to řešil dost jako radikálně a tenkrát já jsem vlastně to byl takovej jako..

Asi i tenkrát jsem měla nějaký jako deprese nebo tak něco, ale já jsem to nikomu neřekla, nikdo to nevěděl, takže prostě jsem to vyřešila tím, že jsem odešla na školu 120 km daleko a vlastně jsem jako utekla od toho problému. Takže ten problém jsem nějak jako vytěsnila a pro mě jako neexistoval. Jenže právě že tyhle ty problém, od kterých člověk uteče, tak ono to člověka dožene. Takže od těch 14 let do těch 18, se staly různé události v tom životě, který pro mě byly jako těžký a já jsem vlastně neviděla tu oporu v tý rodině, protože tam ten vztah před tím byl narušený prostě v těch 14 letech, takže prostě mně se děly nějaký špatný věci, ať už třeba úmrtí kamaráda nebo blízkého člena rodiny, nebo jako hodně to bylo právě spojený s tou smrtí, se kterou jsem se jako neuměla vyrovnat a neměla jsem to s kým sdílet. Protože vlastně ty rodiče, jsem si říkala, ty mě nepochopí. Máma ta bude stát za tátou a tátovi tyhle věci ani nemohu říct, takže to byl prostě konec. A tím, jak se to ve mně hromadilo, nikde jsem to jako nefiltrovala a neuměla jsem s tím pracovat, tak vlastně.. do toho samozřejmě nějaký první zlomený srdce a takový ty normální běžný věci, který člověk zažívá, ale pro mě to bylo jakoby už poslední kapka v tom velkém objemu těch věcí, který jsem nezpracovala v sobě. Takže takhle se to jakoby vyvíjelo, takže ten vztah s rodičema měl určitě vliv.

N: A ty jsi vlastně říkala, že v tomhle případě bys neměla u rodičů pochopení, ale vlastně to byli právě rodiče, který tě asi upozornili na to, že je nějaký problém, tak jak vlastně potom jakoby následně probíhala ta komunikace s nima ohledně tý nemoci? Mělas nějakou podporu z jejich strany?

R2: No jako určitě z mamčiny strany obrovskou. Jako asi nebejt můj mamky, tak tady ani nesedím. Jo, to bylo takový hodně už pak špatný, ale prostě říkám z tý otcovy strany.. Ten prostě si myslel, že to dělám naschvál, že nejím kvůli tomu, abych mu jako ublížila nebo prostě že jako mu to dělám naschvál, že si to jako vymýšlím, aby on trpěl. Takovýhle on k tomu měl jako postoj a já jsem vlastně teda na začátku prosince toho roku nějak když se to začalo všechno řešit, nebo kdy vlastně to celý vzniklo. Ono to začalo vznikat nějak na začátku roku a ke konci roku jsem se vlastně dostala na tu psychiatrii, takže nějak rok to bylo v podstatě neošetřený. To prostě nějak vznikalo a pak už to žilo vlastním životem, protože to prostě nešlo zastavit. A i když jsem si jako uvědomila, že to je špatný, tak jsem prostě nemohla nic dělat, prostě to nešlo ovlivnit. A pak jsem se dostala na tu psychiatrii a tam mi doktorka řekla: „no, podívejte se, já nevím. Je 12. prosince, buď můžete nastoupit ještě před Vánoce, ve vašem případě, protože to je prostě jako urgentní, jenže na Vánoce půjdete domů, takže nevím, jestli to má smysl, anebo prostě nastoupíte, řeknu 8. ledna třeba. Až prostě se ten provoz na tý klinice zase rozjede. A já říkám: „ok, tak nastoupím 8. ledna na hospitalizaci“. Jenže tenkrát ta doktorka, když jsem furt chodila za tou paní primárkou, teda z z tý daný nemocnice shodou okolností, ale ona teda byla z jinýho oddělení, tak jsem chodila na tu soukromou praxi, tak jsem to s ní jako rozebírala, jestli mám jít na tu hospitalizaci a ona jako byla proti tomu, protože říkala: „podívejte se, vy tam sice půjdete, ale to je, jako když dáte kytku do skleníku. Ona tam rozkvetne, ale vyndáte ji ze skleníku a bude zas tam, kde byla vlastně. Ne-li to bude horší, protože pro ní bude šok nějaká aklimatizace a já jsem říkala, no dobře, ale já jako nemám jak pomoci, protože já nemůžu jet domů, kde nemůžu prostě bejt konfrontovaná s existencí vlastně máho otce jo, nebo prostě tím, že ty lidi si myslěj, že to dělám naschvál. A zároveň mě to jako samotnou trápilo, protože já jsem vlastně jako chtěla s tím něco dělat, i když jako nemůžu říct, že asi kdybych tenkrát se trošku do toho obula, jo, ale prostě tam byla ta nemoc, takže to bylo takový jako jo, ale prostě v tu dobu jsem chtěla něco dělat, ale nemohla prostě. A takže jsem jako nastoupila do tý nemocnice nakonec. Byla jsem tam asi 2 a půl měsíce, z toho tejdén jsem skončila nakonec na tý jipce u tý paní doktorky, kam jsem k ní chodila. A vlastně jsem nastoupila do tý nemocnice a tam to vlastně všechno začalo. Tam si člověk jako začal uvědomovat, že fakt jakoby se nemá rád, že fakt jako si o sobě myslí, že vypadá špatně. Do tý doby, jsem si furt říkala: „jo jo, vypadám hezky“, ale až jsem přišla do tý nemocnice a oni mě začali samozřejmě jako nutit jíst, že jo, protože člověk dostane nějakou porci a teď jakoby musí, nebo nutit... No tak už jsem byla na dospělým, takže jako spíš chodilo.. Šlo o to, že se jako muselo ukázat, kolik toho člověk snědl. A teď ale oni k tomu měli komentáře a každý ráno vážili ty lidi. A já nevím, co všechno. Samozřejmě tam jako je nevyhnutelný, tam člověk dostane psychofarmaka, i když je předtím nechtěl a takže prostě to jako bylo na

té bázi. Tam jsem byla třeba, já nevím, řeknu měsíc na tom otevřeným oddělení, kdy teda jako normálně na víkend člověk mohl jít domů nebo kamkoliv jako chtěl. A já jsem v té době teda měla jako teď už bývalýho přítele, kterej to se mnou nějak jako prožíval, snažil se mě furt nějak motivovat, chodil mě tam prostě navštěvovat a takovýhle věci. Což jako bylo od něj hodně hezký, ale i na něj to prostě pak začalo bejt moc, protože já byla měsíc v nemocnici a byla jsem furt tam, kde jsem byla. Jakmile jsem šla domů, tak jsem nejedla nic. On vlastně, protože nevěděl, jak dál a nikdo mu to tenkrát neřekl jako v té nemocnici, že jo, nikdo mu neřekl: „podívejte se, komunikovat takhle s tím jedincem musíte takhle nebo prostě měl byste“ nebo nějaký doporučení. Takže prostě tam probíhaly takový situace, kdy my jsme šli na nákup a on mě vyndával věci z košíku, že to jíst nebudu, že to je nízkokalorický. Místo toho, aby byl třeba rád, že si vůbec něco koupím, tak vlastně se děly tady ty věci a mě to začalo hrozně jako.. já jsem začala bejt taková jako našťvaná, protože mi to říkali všichni. Mně říkali všichni: „ty musíš jíst, ty prostě musíš dělat tohleto, teď nemůžeš jíst tady ty věci, ty musíš jíst tyhle věci. A já už jsem vlastně jako byla protivná prostě všem lidem, protože jsem si říkala „ty vole, proč vy mě furt všichni.. vždyť já jsem dospělý člověk, já si přece můžu jíst, co já chci“. Samozřejmě, oni mě chtěli pomoci všichni, ale ten člověk to vnímá prostě trošku jinak. Takže vlastně pak ten vztah jako skončil na základě toho, že to jako nešlo pro mě. A s těma rodičema tak to bylo taky takový, že já jsem prostě nejezdila domů, protože prostě otec ten nevydržel se mnou v jedný místnosti a tam vlastně..

N: a on teda, i když jsi nastoupila na tu léčbu, tak i přesto si myslel, že mu to pořád děláš naschvál?

R2: Jo. Vlastně tam totiž byl takovej problém, že předtím, než jsem nastoupila na tu léčbu, tak já jsem byla na Vánoce teda doma nějak a tohle. A prostě, že jo, teď tam jako cukroví tohle a já jsem si toho ani nedotkla. A to si pamatuju, už nevím, za jakých okolností za jakých okolností, prostě on.. Jsme tam seděli všichni jako rodina, prostě jako doteď sedáváme, když se sejdem a on prostě tam byl třeba minutu a zavřel se do kanceláře. Jo a já říkám prostě.. věděla jsem, že to je kvůli mně, že prostě se mnou nemůže vydržet bejt v té místnosti a já jsem věděla, že prostě základem tady tohodle toho problému, je ta komunikace s ním. To už jsem, že jo, protože už jsem teda chodila na nějakou a taky jsem od toho září už byla několikrát v anabell centru a takovýhle věci prostě, takže už jsem jako rozklíčovala, kde je ten problém, že prostě potřebuju i ty vztahy z té minulosti nějakým způsobem urovnat. To, co prostě dřív bylo špatně v těch 14. letech, ale nevěděla jsem jak a věděla jsem, že to je prostě problém s tím tátou. No a tenkrát jsem mu něco jako řekla, že prostě když on se takhle chová, tak jako se nemůže divit, že mu pak nezvedám telefon a prostě takovýhle věci. A že prostě, pokud se mnou chce jako komunikovat na nějaký úrovni, tak ale se musí taky snažit on o tu komunikaci a ne, že se zavře do kanceláře. A on mě tenkrát, to jako nikdy asi nezapomenu, protože to bolelo jak hodně A i jako teď prostě si říkám, jak to ten člověk jako mohl říct vůbec a on stál a říká: „já se ve svých 50 letech kvůli nikomu měnit nebudu“. Já jsem tenkrát stála a říkám: „tak a já prostě odjíždím“, protože jestli já jsem jako nikdo. Já jako mám bráchu a co pak jsem já? Když jsem jako jeho jediná dcera a prostě jestli on tohle to řekl, tak to absolutně ten člověk pro mě končí, protože to přece nemůže otec říct. Teď to vnímám taky trošku jinak. On byl prostě v úzkých, nevěděl jako jak se ke mně má postavit. On to neví doteď, jak se k té nemoci má stavět a doteď si myslím, že si myslí, že jsem mu to dělala naschvál. Že to prostě je člověk, kterej není znalejší věci a kterej to prostě nepochopí.

N: A jak vlastně se to potom odráželo na ty tvý léčbě? Nebo obecně na tý nemoci jako jestli se to zhoršovalo nebo..

R2: Já si myslím, že to byl prostě jednak to byl asi nějaký jako hlavní problém prostě ten vztah s tím otcem jo, takže vlastně do té doby, než byly nějaký pak rodinný terapie a takovýhle věci a do té doby, než ale jsem já změnila ten postoj k tomu, že já jsem se vlastně uvědomila, že pokud já nezměním tu věc, jak ji vnímám, tak se opravdu nic nestane. Prostě on bude furt stejnej. On bude mít stejný povahový rysy a vzhledem k tomu, že sám to i řekl, že se kvůli nikomu měnit nebude, tak ani já teda nejsem výjimka a tím pádem, že pokud teda on, když se nebude měnit a

ani já se nebudu měnit, tak se nestane nic. A prostě já asi jednoho dne umřu, protože prostě nebudu jíst a nebudu moct existovat, takže vlastně tam šlo o to, že teda jsem si musela já uvědomit, že se musím změnit já, že musím změnit prostě pohled na tu věc, ale to jako sice uvědomění je hezká věc, ale ta práce potom ještě jako nastává, takže to můžu říct, jestli jsem před rokem, což je 4 roky, třeba by to bylo nějaký intenzivní terapie, každé tejdne docházka na nějakou terapii a rozebíráním a různých postojů a jako hranic vlastně v mém životě vůči tomu otci a vůči všem lidem, protože se to pak samozřejmě promítalo, tak to se řešilo třeba 4 roky. A to jako všichni říkali, že prostě tak dlouho, jak to vzniká, tak dvakrát takovou dobu to prostě člověk jako léčí.

N: Ty jsi hodně zmiňovala, že vlastně ten původ, byly vlastně ty bolesti toho břicha, které asi vznikaly z toho stresu z té školy, ale teď mě tady vlastně hodně vyplývá ty rodinné problémy z toho a že se to vlastně asi hodně prolínalo. Jakoby ta nemoc s těmi komunikačními problémy v té rodině.

R2: Jo jo, určitě. Nejenom v rodině, protože mě to jako izolovalo. Já jsem celkem extrovert a nebo teda aspoň do té doby, než začala vznikat ta nemoc, tak jsem byla, ale vlastně já jsem potřebovala sportovat. Já jsem potřebovala si kontrolovat, kolik toho sním. To nebylo, že bych si dala na kafe s mlíkem, protože to byly prostě kalorie, takže vlastně veškerý sociální život šel prostě do ústraní, protože já jsem žila jenom tím, kolik toho sním, co s ním, abych si to zapsala do tabulek, abych to snědla v ten správný čas, abych si zacvičila, kolik je potřeba a abych splnila cíle na hodinkách a já nevím, co všechno jo, takže to mě úplně jako začalo izolovat.

N: Takže vlastně to změnilo nějak jako osobnostně a máš pocit, že to přetrvává, že ti to zůstalo ta izolovanost?

R2: No takhle, protože já teď nemám problém s jídlem, tady si dám zákusek a jako v pohodě. Sportuju si myslím taky na normální úrovni a celkem jsem, dalo by se říct, asi zdravá, ale fakt je takovej, že prostě stejně tam ten hlas někde jako je. Stejně prostě člověk... to, jestli jsem předtím měla stejnou váhu a výšku jako před tou nemocí jako teď mám, tak takový sebevědomí, který jsem měla předtím, nemám. Takže jo, určitě ta osobnost se změnila. A jako hlavně teda opravdu to, jak řekla ta doktorka, že to je jako když dáte kytku do skleníku a pak ji dáte ven a teprve vlastně začne ta práce. Tak to byla pravda, protože ano, já jsem odešla s nějakými 60 kg z nemocnice, ale.. Což bylo o 20 víc dejme tomu, než teda jsem tam přišla, ale ta práce na té osobnosti, aby se to nestalo znova, aby prostě se to opravdu stabilizovalo, ten stav, aby ten člověk začal normálně žít a prostě začal se zapojovat zase zpátky do té společnosti, myšleno, ať už teda zase začnu studovat, nebo začnu někde pracovat, nebo něco takovýho, tak to prostě trvalo ještě třeba další rok a půl potom.

N: A jaký pro tebe bylo ukončení teda té léčby a vlastně teď mluvíš o tom začleňování se zpátky do toho života a o práci s tou nemocí sama bez nějakých berliček, tak co tobě vlastně pomáhalo v tom začleňování se?

R2: Jo tak určitě já jsem měla jako strašnou výhodu v tom, že moje rodiče nebo že jako nepocházím z nějakých jako sociálně slabších vrstev, protože nedokážu si představit, kdyby jo, tak člověk musí začít nějak pracovat, a to si myslím, že ten organismus by prostě neunesl, ta psychika. Takže jako já jsem měla velkou oporu, co se týče financí a prostě zázemí jako v té rodině. Vlastně, i když ty vztahy byly prostě na prd, tak jsem prostě toto zázemí měla, což byla moje velká výhoda, že prostě já jsem jako byla propuštěná z nemocnice, nikde jsem jakoby nestudovala, já jsem byla v březnu propuštěná, měla jsem zase od teda října začít studovat znova na nějaký tý medicíně. To jsem prostě věděla, ale že jako to nejde, to prostě jako nezvládnou.

N: Bála ses toho, že kdybys začala zase s tou medicínou, že by to mohl být zase spouštěč pro tebe ten stres?

R2: Už jsem tam nechtěla, protože já jsem v průběhu toho prostě dostala takovou averzi jako k českému školství, k tomu všemu, jak to funguje. Já jsem viděla, že prostě já nemůžu obětovat 5 let života za něco, co.. nebo 6 let, že jo prostě a plus dalších x let potom, takže prostě nemůžu prostě do toho jako věnovat tu energii a to všechno, když vím, že prostě je taky dost možný, že mě třeba za 3 roky vyhoděj a nebudu vůbec nic. Já jsem prostě nemohla jít do toho neznáma, do toho nejista a do toho, že prostě vsadím teďka všechno a pak nebudu mít nic zase, protože takhle jsem se vlastně cejtila celkem jakoby takový to.. prostě člověk.. jakože já jsem se prostě neuměla vyrovnat s tou ztrátou, takže já, kdybych prostě šla na tu medicínu a pak to neudělala, nebo prostě se něco stalo, tak prostě pro mě to bude jako asi opravdu zase nějakých spouštěč něčeho..

N: Takže vlastně si potřebovala udělat nějaký krok do bezpečna a nevystavovat se prostě nějakým věcem, co ti můžou..

R2: Jo. Zároveň jako jsem ale furt neměla to bezpečí v té rodině. To když jsem vystoupila z té nemocnice, tak ty vztahy jako nebyly jiný za těch půl roků, to bylo furt stejný. Možná ten vztah s tou mámou, se hodně jako zlepšil, protože prostě opravdu ta jako v tu dobu se dokonce i postavila mezi mě a toho otce, kterej prostě říkal, ona nám to dělá naschvál a ona mu říkala: „hele nedělá prostě a jestli ty jako budeš takovejhle, tak ona se s tebou nikdy nebude bavit“ a já jsem s ní komunikovala, protože to byl jedinej člověk, s kterým jsem komunikovala, ale zároveň všechno, co jsem jí řekla, tak jsem jí třikrát řekla: „ne, že to řekneš otcovi. A jestli mu to řekneš, tak jsme skončily“. Takže ona jako byla sama i řekla, že prostě byla jak zrno písku mezi mlýnskýma kamenama, kdy ona samozřejmě, protože naši nejsou rozvedený, takže prostě tam to bylo, jako že oni spolu bydlí. Samozřejmě, že se otec ptal, to nebylo, že by jako neměl zájem. Prostě jenom byl zoufalej. A když já jsem nekomunikovala, tak se ptal té mámy: „hele, tys za ní byla v tom Brně? Tak co ona říkala a jak ona vypadá? Proč mi nezvedne telefon?“ a takovýhle otázky padaly a máma prostě řekla: „hele, já ti to prostě neřeknu, protože já kdybych ti to řekla, ty to jako se s tím nevyrovnáš, nenecháš to jen tak ležet prostě a potom prostě ona to neřekne už ani mě“. Takže jako to prostě bylo takový vypjatý hodně. Celou tu rodinu to jako ovlivnilo. Bráchu tolik ne, protože ten úplně byl jako mimo, nebýval doma a takže v podstatě toho to jako minulo úplně.

N: A ještě teda já abych pochopila vlastně celou tu tvoji léčbu, takže ty si nejdřív začala chodit na psychoterapie.

R2: Asi spíš jako ne. Nemůžu to tak říct, protože já jsem jakoby spíš začala chodit nejdřív asi na tu nějakou metabolickou poradnu nebo já nevím, jak to říct jako jo, pak jsem teda nějak navštívila tu Anabell, kde teda byla poskytnuta jako terapeutická péče. Ale tam jsem byla třeba jenom jednou, protože jsem to začala řešit v říjnu. Tak než tam se někdy dostane člověk, tak je to třeba v listopadu. No a v prosinci už jsem byla u té psychiatricky a ta mě řekla, v lednu nastoupíte prostě na tu hospitalizaci, takže vlastně tam a tam to už bylo jako komplexní, takže tam byly skupinové psychoterapie, individuální psychoterapie, lékaři a všechno a potom vlastně jsem jakoby vystoupila z té nemocnice a začala jsem chodit teda na individuální psychoterapii.

N: A ještě jste říkala, že jste měli teda rodinnou psychoterapii?

R2: Tam proběhla, ale třeba řeknu dvakrát.

N: Jo jo, takže to nebylo tak, že jste jako pravidelně někam docházeli. A účastnil se toho i táta?

R2: Jo jo.

N: A máš pocit, že to pomohlo?

R2: Ne. Nebo jakože seděl tam, ale mně to pomohlo možná, že jako jsem řekla ty věci, který jsem jako řekla, a že tam jako u toho někdo byl, že se jako.. protože on prostě má jako sklony k nějakému manipulativnímu chování a psychickému nátlaku. Ne, že by to dělal jako ve špatným. To vůbec ne. On to jako myslí dobře, ale prostě ty věci, který vypouští z úst, jsou vnímány mnou, minimálně mnou, takovým způsobem.

N: Jasně. A co teda jako z té léčby ti pomohlo jakoby nejvíc?

R2: No tak asi určitě jako k té první stabilizaci to byla ta hospitalizace jo, že člověk prostě tím, že jako má nízkou váhu, tak prostě nic nefunguje tak dobře. To znamená jsou tam deprese, jsou tam úzkosti, jsou tam prostě různé tyhle věci, s kterými mě jako pomohli v té nemocnici se vyrovnat, protože mě dali prostě ty psychofarmaka jo a potom následně jako vlastně k dosažení nějakého vytižených cíle, kdy teda můžu říct, že jsem stabilizovaná, že dokážu o tom mluvit, že dokážu prostě fungovat v normálním životě, tak to je prostě psychoterapie individuální.

N: Na kterou ještě teda pořád docházíš?

R2: Chodím, ale už ne každé týden a už je to prostě takový menší udržovací.

N: Je něco, co sis uvědomila díky té léčbě?

R2: Jako v té nemocnici nebo?

N: No, jo, třeba v té nemocnici.

R2: No, jo, tak tam došlo k uvědomění toho, že fakt mám problém, že prostě fakt potřebuju pomoct. Že to prostě sama nezvládnou, že jako prostě sama se nedonutím se jako najíst. Anebo samo prostě nezastavím to, že mám jako potřebu zvracet to jídlo. Takže to jako bylo tam a pak vlastně, když jsem se dostala na tu jednotku intenzivní péče, což teda jako asi bych nepřála ani tomu největšímu nepříteli, protože tam tenkrát byli jako dvě místnosti. V jedné místnosti byly tři postele, který jako byly oddělený jenom závěsem. V druhé místnosti, byly dvě postele oddělený závěsem. Nejdřív mě dali do té první, kde jsem byla s dvouma starejma chlapama. Já nevím s jakým problémem tam byly, ale byly to prostě asi starý jako nějaký jako demontní spíš lidí, protože taková psychiatrická jíпка. To znamená, že tam se dostanou i takovýhle lidi. Nebo byly to prostě starý jako chlapi a jsem asi přišla a já jsem věděla, že prostě potřebuju pryč, ale ta doktorka mě přesně řekla: „dokud nezačneš jíst, tak se odsad' nedostaneš. Nám je jedno, jestli tady budeš měsíc.“ A já jsem prostě věděla, že já tady nemůžu bejt, já jsem volala mamce s pláčem, že chci prostě pryč, že tady nemůžu existovat. Pak mě teda já nevím po dnu, po dvou, nevím, dali na ten vedlejší pokoj, kde teda byla holka možná v podobnejch letech, ale měla nějakou asi schizofrenii. Nevím konkrétně přesně co, tak jsem byla svědky, kdy jí tam dělali lumbální punkci na židli vedle mě, ani nezatáhli závěs. A ona měla nějaký bludy, prostě whatever nevím co, halucinace, takže prostě se jí tam chodili ptát, o čem halucinuje, aby to věděli, a já jsem se jako fakt reálně bála o to, že to třeba nepřežiju. Jestli třeba ty jo mě musí tím závěsem nebo já nevím, že jo. A asi tady tenhle jakoby strach z toho, že možná ani nepřežiju tu jíпку, mě donutil jako že teda jsem viděla okej, takže ty se od ted' nedostaneš, když nezačneš jíst. Takže ty ted'ka prostě musíš začít to jíst i kdybys já nevím, co měla dělat, protože se odsad' musíš dostat, protože jinak asi to nezvládneš, prostě jinak tady přežiješ. Nemluvě o tom, že teda jako jíпка dobrý, ale tam nechodil ten psycholog, takže tam to bylo o tom, že ležíš tady na posteli a cpeme do tebe jídlo a pokud ty ho nebudeš jíst, tak dostaneš sondu. A plus teda tím, že jsem jako měla problémy i s tím zvracením, tak samozřejmě kontrola i na toaletě, jestli teda není to zvracení. Takže tam tam to bylo prostě jediný, že vlastně jo, tak ted' je snídane a kolik je hodin. Deset hodin, tak to já si jdu říct, at' mě dají ten nutridrink, protože at' už to mám za

sebou a oni si asi dali i nějaký jako váhový limit, třeba teda to kilo za tejdén člověk musí člověk přibrat, takže mě pak jako pustili asi za 14 dnů nebo něco takovýho, nevím přesně, mě pustili zpátky na to otevřený oddělení a tam to začlo znova. Nejedla jsem a zvracela jsem. Že vlastně člověk jako už neměl ten tlak na sebe, že se odtama nevyhrabe, když nezačne jíst. Takže mě zas řekli „hele, ale jako jestli to takhle půjde dál, tak zas tam půjde znova. Nám je to jedno.“ A já „okej, tak to teda už nemůžu prostě“. Takže zase jsem jako se dala trošku jako víceméně dohromady a začala jsem zase trošku jíst. Pak teda jako došlo k tomu propuštění. Jsem asi odběhla od té původní otázky. Jak zněla? Co mi pomohlo při té léčbě?

N: No. Jestli je něco, co sis jako uvědomila díky té léčbě a co ti pomohlo. Třeba i nějaký nejlepší/nejhorší zážitek. Tak předpokládám, že tohle byl asi ten nejhorší.

R2: To byl ten nejhorší a nejlepší byl.. Nejlepší byl asi ten.. prostě že tam na tom otevřeným oddělení tam byli prostě lidi, který měli jenom jakoby ty neurózy, nebo podobnej problém jako já, buď poruchu příjmu potravy nebo nějaký deprese, nebo prostě nějaký úzkosti. Takže vlastně tam to bylo perfektní, že jsme se tam prostě sešli a ten jeden vzal kytaru a hrál se tam na kytaru a prostě vlastně v tu chvíli... My jsme tam byli všichni, kdo nám bylo špatně, ale vlastně i tak, jako se člověk dokázal jako nějakým způsobem pobavit takovým způsobem, který v dnešní době, kdy člověk má telefon a počítač a Ipad a Netflix, tak prostě jako se nepobaví. Pokud nejede s kámošema na chatu, kde není signál, tak se nepobaví tímhle způsobem.

N: Takže to pro tebe bylo i vlastně ta komunita těch lidí, i vlastně tě asi chápali víc, ne?

R2: Jo, jo, jo. No, jako člověk se o tom jako ne bavil vlastně, pokud neměl skupinovou terapii, tak o tom jako nemluvil, co ho trápí. Ale vlastně ty všichni lidi věděli, že vlastně jako táhnem za jeden provaz, že tam jsme všichni, aby nám někdo pomohl. Že vlastně nikomu nebylo příjemný tam bejt, protože ten život náš byl prostě trochu někde jinde a byl to jako výstup z komfortní zóny bejt tam jo, ale chtěli jsme si nějakým způsobem asi pomoci a jakoby ta sounáležitost těch lidí, vlastně že zatím jako společným cílem si jdeme, aby nám prostě bylo líp. Ne samozřejmě všech, protože některý nebyly natolik lucidní, aby si jako chtěli pomoci jo nebo prostě... Takže tak.

N: Jasně. A jak to vlastně dneska zpětně bereš, když se podíváš na to období té nemoci i té léčby, na to čím vším sis prošla? Jak to vlastně vnímáš zpětně?

R2: No jakože mi to hodně vzalo, jako hodně, ale zároveň mi to jako hodně dalo. Jako ta celková léčba. Jakože určitě řešení nějakých situací stresových nebo čehokoliv jiného a taky, že prostě teď vím, že jsou věci na světě, který asi mě už nedostanou do toho bodu, kde jsem byla a že už se tam hlavně nikdy nechci dostat.

N: Jasně. A kdybys mohla něco doporučit někomu s anorexií, něco, co by mu mohlo pomoci. Co by to bylo?

R2: No jako aby si řekl jako o tu pomoc, ale tam je to hrozně těžký. Že když ten člověk si neuvědomuje, že má problém, tak si prostě neřekne o pomoc, protože to tak nevnímá. On si myslí, že je to normální, že jí pět zrněk hrášku za den. Takže jako to je strašně těžký. Shodou okolností, to je dobrá otázka. Protože moje sestřenice zrovna asi teď si prochází tím, čím jsem si procházela já, a myslí si, že nemá problém, ale tomu člověku to prostě jako ne vysvětlím. I když já můžu říct: „hele, mě to vzalo hodně věcí, ty máš našlápnuto na dobrou budoucnost, ale pokud nebudeš jíst, tak jí nikdy nedosáhneš, protože na to prostě nebudeš mít energii a přijde den, kdy prostě nebudeš mít energii na to vstát z té postele“.

N: No a ještě jsem se chtěla zeptat, jak to máš teď vlastně? Jak se cítíš teď? Jsi říkala, že už nemáš třeba takový sebevědomí, jaký jsem měla předtím nebo víc jako.

R2: To je docela těžká otázka, protože takovýto prostě chtěla bych zhubnout aspoň 2 kila, to tam prostě je. Sportovat, sportuju asi od té doby, co jsem začala mít tohleto onemocnění nějakým způsobem víc než předtím. Takový to přemejšlení o tom, co jako jím, že si nedám Haribo bonbony, tak to tam prostě je jako furt a sebevědomí mám určitě jako větší, než když jsem vylezla z té nemocnice, nebo když to.. ale to je prostě asi tím, jak ta psychika zraje, ta osobnost a tak dál. A jako díky těm všem terapiím, kde prostě se jako řeší tady tyhle věci a určování hranic a prostě vlastně umění říct ne a nenechat prostě lidi po sobě jako šlapat a tak dál, tak to všechno v tomhle se jako celkem cejtím už sebevědomě. Ale jsou situace, který jako nedokážu úplně, který mi jsou nekomfortní, který prostě těžko jako vstřebávám a furt prostě jakoby jsou situace, kterým mě jako vyvedou z míry, i když není to prostě každé tejdén. Už je to jednou za třičtvrtě roku třeba, ale jsou tam. No a jako není to prostě tak, že bych teďka šla do toho baru a myslela si, že když se na někoho usměju, že ho jako budu mít, to si určitě teďka nemyslím tak, jak jsem si to myslela předtím.

N: A když mluvíš o těch situacích, který ti ještě jako třeba dělají problém, tak který to jsou?

R2: No, jako třeba nakupování oblečení. Že jako koupit si kalhoty pro mě je jako. Záleží jo zrovna, v jakým asi obdobím, že když je tam nějaká jiná jako zátěž na tu psychiku jako třeba zkouškový a tak dál, tak je to asi horší jo, ale jako i tak prostě, pokud to není jako řekněme nutný, tak si prostě nejdu koupit kalhoty jo, nebo jako.

N: Jasný. To znamená, že to v tobě něco jako vlastně spouští?

R2: Jo takový to prostě jako asi touhu po tom být jako hubenější. I když je to nesmysl, protože to je nesmysl prostě a nepodléhám tý myšlence jo, ale prostě napadne mě. Ale toho si myslím, že se asi nedá jako zbavit, že to tam asi bude jako pořád, ale asi je důležité nepodlehout tomu nutkání teď nebudu jíst, to mě jako už asi nenapadne, ale třeba napadne mě „ty jo, měla bych víc jíst jenom saláty“. Jenže to je prostě nesmysl. Člověk může mít vzdělání i v tom zdravotnictví, to znamená i v nějakým tom, jak funguje ten metabolismus, ale to prostě na na mě jako nefunguje. To jsem věděla, co mám jíst, že potřebuju jíst sacharidy a že potřebuju jíst bílkoviny a tak dál. Ale nedokázala jsem si pomoci.

N: A v tuhle chvíli si tedy jakoby hlídáš nějakým způsobem ten příjem nebo snažíš se dodržovat třeba nějaký příjem těch živin, abys byla v pohodě?

R2: Asi si jako nevážím si nic, jím asi tak nějak jako intuitivně všechno. Ale jako samozřejmě že jako nepůjdu dopoledne do kavárny, nedám si dortík a nepůjdu odpoledne a nedám si dortík. Takže jako takovýhle prostě věci. To mě asi limituje, nebo jakože když mám pocit, že jsem jedla hodně, tak si ten zákusek pak nedám, i když na něj mám chuť třeba. Takže jako tak no.

N: Tak to zas na druhou stranu nemusí být nic proti, že jo. Jako nějaká míra nějaký seberegulace v tom, že prostě člověk nemusí sníst vždycky to, na co má chuť.

R2: No jasně, to jako samozřejmě. To jako nemyslím si, že je to jako patologický, to by asi měl mít každý, ale vím, že za tím prostě je to, co jsem jakoby prožila, že zatím je prostě ta nemoc, že když tomu podlehnou, tak to bude stupňovat, že nikdy nebudu mít jakoby dost, že pokud tomu prostě podlehnou, tak to prostě bude „Jo dobrý. Tak teď si

sice nedáš dortík, ale až přijdeš domů, tak si nedáš ani ten chleba ke svačině“ a takovýchle věci.

N: Jo jasně. A máš nějaký třeba nějaký branný mechanismy proti tomu, abys do toho jako znovu nepadla? Víš, jako jestli si třeba řekneš: „snažím se dělat to, to, to, nebo kdyby přišla tahle situace, udělám tohle“, víš jako..?

R2: Já jakoby prostě vím, že už nechci spadnout na to dno. Že už tam prostě nikdy nechci být, takže jakoby a teď právě vím, že přesně, když podlehnu tady tomu „teď by sis to neměla dávat, měla jsi toho dost“, tak když tomu podlehnu, tak se to prostě tam vrátí. To vím, že už jako nechci jo, že to jako je můj asi obrannej mechanismus, ale to vím, že prostě pokud bude nějaká situace, která pro mě bude těžko zvládnutelná, tak prostě musím si říct o pomoc, ať už je to prostě „hele ty jo, mně se dějou takovýchle věci, je to pro mě náročný období, nevím co, umřel mě kamarád, babička má rakovinu a já nevím, jak se s tím vyrovnat“, tak prostě půjdu a buď teda to řeknu kamarádovi, jestli mi pomůže a když to nepomůže, tak prostě půjdu a budu hledat jako odbornou pomoc.

N: Rozumím. Takže prostě říct si o pomoc je pro tebe taková ta..

R2: Že vlastně nemusím být ten tvrdáček, který to jako bude nosit na zádech. Že můžu prostě říct: „hele, je to na mě hodně.“

N: To je super, to je. Přemyslím, na co bych se ještě zeptala. Asi možná co bys doporučila ještě třeba rodinným příslušníkům nebo kamarádům lidí, který si právě procházejí anorexií, tak co bys doporučila těm nejbližším?

R2: No asi jako, aby toho člověka neodsuzovali, že i když my to jako nechápem, tak ten člověk to jako fakt nedělá schválně. A to, že si dá jenom jako jednu bramboru a půlku plátku masa a pro nás je to jakože nic v podstatě, tak pro něj je to prostě hodně a to, že jí dezertním příborem, tak to je prostě způsob, jakým ten člověk se prostě nají, protože to je nějaký jeho rituál a my vlastně můžeme být rádi, že ten člověk to vůbec jí, ale když mu budeme jako říkat „Hele, proč si nevezmeš normální příbor? Hele, proč jíš z malého talířku? Hele, proč jíš tohleto? Proč si nedáš toho víc, přidej si.“, tak vlastně to může dospět do stavu, kdy ten člověk je fakt odřízne a přestane před nima jíst nebo přestane jíst vůbec, protože vlastně ten člověk chce nějakým způsobem asi i ocenění za to, že vůbec něco třeba jí. Když už si teda uvědomuje ten problém.

N: Jo, jo. Takže nějaká prostě podpora, spíš než nějaký jako moralizování.

R2: Jakoby asi určitě, jenže to je těžký, protože jinak se tomu rodinnému příslušníkovi, který třeba zrovna si uvědomuje, co všechno se může stát, když ten člověk tuhle onemocní má, jakože opravdu třeba může umřít, tak je to samozřejmě těžké. Třeba moje mamka je doktorka, tak prostě pro ní bylo těžký, se na to všechno koukat a dát stranou všechny ty katastrofický scénáře, který se můžou stát a že jako byly na dosah ruky, tak prostě je to těžký, tomu nepodlehnout, tomu už strachu, protože prostě pokud jsem její dcera, tak asi mě má ráda a zajímám jí. A pak prostě asi vyhledat jako odbornou pomoc. Jako lidi, který to budou nějakým způsobem jako managovat, protože to může být problém v rodině, ale je prostě potřeba, aby tam byl někdo, kterej řekne: „hele, mluvil jsem, tady je prostě problém v tomhle tom podle té vaší dcery, pojďme se o tom bavit“, ale bude to držet vlastně jakoby mimo ten emocionální jako výlev, protože jakmile by tahle debata měla proběhnout jako doma, tak věřím tomu, že já pak už neřeknu nic a můj otec bude mít tisíc argumentů. Ale pokud to probíhá pod nějakým jako odborným dozorem, tak ten člověk, ten psycholog nebo psychoterapeut, nedopustí, aby ten člověk měl takovej jako výlev.

N: Jasný. Tak jo, chtěla bys na závěr ještě něco dodat? Cokoliv.

R2: Nevím, asi ne. Mě nic nenapadá.

N: Dobře. Tak mně to asi takhle asi takhle stačí.

Příloha 6 – Rozhovor 3

N: Já bych se tě chtěla zeptat, jestli bys mi mohl říct něco o nemoci, kterou sis prošel, o tom jak si myslíš, že to třeba vzniklo, jak se to vyvíjelo, cokoliv, co budeš chtít.

R3: Já jsem si prošel anorexií, přesněji tou atypickou. Ta mi byla určena v psychiatrické nemocnici Bohnice. Když jsem tam byl na pouze měsíc a půl z osobních důvodů, jak se tomu nadává.. jako zajištěný, protože tam mám napsáno v papírech tady o pokusu o sebevraždu, i když to nebyl ten správný důvod. A tam mi právě byla určená na jednom oddělení atypická anorexie z důvodu toho, že na svojí výšku 186 cm jsem měl pouze 56 kg váhy a nejedl jsem ani na daném oddělení, nepřijímal jsem úplně potravu živiny a řešilo se, jestli nebudu převezen na oddělení na Karláku, aby mi to dávali, jak se říká přes trubičku. A čím to vzniklo? To jsme všichni stoprocentně jistí, jak doktoři, tak já, díky veslování. Já jsem od 14 let už od 13. Ve 14 jsem se dostal trochu na vyšší už jako šarži, dostal jako kormidelníka veslování, k chlapům a po jednom tréninku před docela podstatnými závody primátorky, tak mi jeden chlap asi ze srandy, ale já jsem k nim vzhlížel, byli to prostě hezcí nasvalení chlapi. To, co každé asi chce být v té pubertě, tak mi řekl, kolik vážím. Já jsem mu řekl, v té době jsem měl 46 kg a on: „seš tlustej, musíš zhubnout“. Když mi tohle pak opakoval dvakrát, třikrát, tak když mi to asi najelo v tý hlavě, jakože „seš tlustej, zhubni, nesmíš jíst“ a asi se to tím velmi rozjelo, že jsem fakt nejedl, pokud jsem nebyl doma, jsem měl jakoby z důvodu mamka, aby se nestresovala, neměla strach, ale jinak na závody, kdykoliv jsem byl sám, tak jsem jedl maximálně takové ty Knäckebroty, ty lámací, rýžový chlebičky, co mají malý kalorie a pil jsem především kofoly, nebo energetáky, abych měl nějaký nějaký cukry v sobě, abych dokázal fungovat vlastně v tom dni, ale jinak žádným příjmy jsem neměl.

N: A když ti tady to teda říkal, tak tak vlastně, jaká byla tvoje prvotní reakce? Chtěl jsi hned začít jako hubnout nebo..

R3: Já jsem to prvně řekl mamce a ta mi řekla, že to není pravda, ale jak mi to pak opakoval, tak vlastně já už jsem neposlouchal tu mamku, protože k ní nic jsem nevzhlížel v té době, asi z toho důvodu, že jsem vzhlížel k tomu mužskému vzoru, který jsem neměl v dětství a pak mi to prostě v hlavě jelo jakože „seš tlustej“ a vždycky, když jsem se najedl, tak pak jsem měl fakt jako stavy, kdy mi ten mozek pořád říkal: „teď se nesmíš najíst teď nesmíš, nesmíš, nesmíš a vlastně jediný jídlo, co jsem vlastně za celý den měl, když jsem byl doma, tak byla večeře, protože oběd byl ve škole, na které jsem nešel, snídani, jsem nestíhal, vstával jsem pozdě. Svačiny jsem buďto dával svejmlu spolužákům nebo jsem je ani neměl s sebou a vlastně jsem to jídlo nepotřeboval. Fakt jsem nepocíťoval ten pocit hladu. Ten pocit hladu jsem neměl dlouhodobě, a když začal, tak jsem se napil. Já jsem právě kvůli tomu kormidelníčení naučil přepíjet, abych vlastně zvýšil váhu a mohl jsem jít na ten závod vlastně kormidlovat. Tam jsou nějaký minimální váhový předpoklady k tomu, abys mohl sedět na té lodi v tu chvíli na ten zápas.

N: A kdy jsi vlastně zjistil, že se jedná o tu poruchu? Věděl jsi to, tušil jsi to, že je to nějaký problém?

R3: Jo. Já jsem to věděl, že je to problém. Ne že bych to tušil, já jsem to věděl, ale nepřipustil jsem si to. Až asi po těch Bohnicích, kdy jsem fakt jako byl i dva tejdny na Karláku, jsem šel do stacíku, kterej mi byl doporučen. Právě k těmhle lidem, jako jsem já, který mají tu anorexiu, tak jsem zjistil, že je to sakra velký problém. To byly hlavně slečny, teda. Byl tam ještě jeden kluk, ale všichni dělali nějaký věci, jako je balet, tanec. Měli to z tohohle, anebo si připadali prostě, že jsou tlustý a byli toho.. Bylo to na jejich vidět, že to je fakt zničující. Na mě to tolik vidět není. Asi díky tomu sportu, že jsem dělal zátěžový sport. Na nich, jak to nebylo nic zátěžového, tak bylo poznat, že to je fakt vychrtlý, unavený, bělostný lidi, do kterýho jsem se úplně nechtěl dostat. Já jsem asi byl ještě v takovejch těch schopných mírách.

Jako přeživších mírách, oni už ne. Oni už na tom byli špatně a oni s tím nechtěli nic dělat tak.

N: A ty jsi s tím teda chtěl něco dělat?

R3: Jo. Pokouším se o to pořád, ale v tý hlavě je to dokola. On vlastně každá tahle ta nemoc, ať už anorexie nebo bulimie, tak mi přijde, že to má ten člověk v hlavě pořád, i když jakoby přejde to, že přibere, vypadá normálně, není jako ani moc tlustej, je v tom správným BMI, jak bychom řekli, tak to v tý hlavě pořád má, má to dokola a pořád mu to lítá v hlavě, když se nají, že jako „proč ses najedl?“. To mě vždycky po jídle tam vzadu tůká ten brouček v tom mozku, že jako „proč ses najedl? Vždyť jsi neměl hlad“. Takže tam je jako ten asi největší problém v týhle tý nemoci, že vlastně nejde ani o tu fyzickou stránku, ale o tu psychickou. Protože s fyzickou se dá udělat vždycky všechno.

N: No a jak vlastně probíhala ta léčba?

R3: V psychiatrický léčebně Bohnice, tak jsem byl za doktorkou, která tohle to tam řeší. Dostal jsem samostatný jídelníček, takže já jsem měl úplně jiný jídla. Kalorický proteinový, hodně jako vyvýšený oproti ostatním mým spolupacientům a měl jsem vlastně třikrát denně ještě k tomu proteinový pití. Takže jsem měl jiný jídelníček. Nemohl jsem sportovat, nemohl jsem chodit ven jako ostatní, který tam jsou. Jsou tam centrální, centrální se tomu říká. To jsou výrobní, takže si tam lidi můžou vyrábět. Můžou tam dělat nějaký zábavný věci. To já jsem nemohl. Jsem měl pevný režim v tom, že ležet v posteli, bejt uvnitř budovy, nesmět, sportovat. A pro mě to byla v tu chvíli jako úplná tafka jakoby.. ne tafka, ale jako strašný.. protože já jsem byl strašně sportovně založený a jsem. A nemoci..

N: A vlastně jsi to dělal i kvůli tomu sportu, ne?

R3: Ano, právě kvůli tomu sportu jsem to dělal hlavně. A najednou nemoci dělat nic je vlastně asi to nejhorší. Mně ani nevadilo, že jsem vlastně musel jíst, mně vadilo nedělat nic a ještě pak jako poslouchat od těch doktorů, že nejím dost, že jako bych měl jíst ještě víc, to ještě bylo jako pak horší, že si neuvědomují úplně asi doktoři nebo všude na tom Karláku na tom staciku tohle to, že jako říct prostě, měli byste víc jíst. Nepomůže to vlastně tahle ta věta vůbec nikomu nepomůže. My to víme většinou. Víme, že jsme prostě na tom tak špatně, že musíme jíst, ale my nechceme. Ale větama „Musíš jíst. Měl bys jíst. Vždyť jako přibrat není těžký.“, zbytečná věc a ještě těm lidem to vlastně potvrzuje to, že jsou tlustí často, že si to v tý hlavě přeberou jinak.

N: A co tobě pomohlo teda?

R3: Mně pomohlo asi trochu to jakoby navrátilší se do toho systému z těch Bohnic a že jsem nebyl na tom Karláku dýl jak ty dva tejdny, ale to, že jsem přestal dělat veslování, přestal jsem dělat toho kormidelníka. Odešel jsem ze strašně, jak by se řeklo v týhle době, toxic prostředí, to veslování na tohleto, na tyhle lidi, který maj vlastně nějaký mít určitý míry a nejenom kormidelníci, ale i lehký váhy vlastně veslařů, to je prostě.. oni mají ty jídelníčky úplně minimální a vlastně kdyby to viděl kdokoli z normálních lidí, tak by si řekli, že to není prostě v pohodě. Jenomže tam to bylo v pohodě. Takže z tohohle prostředí, jak jsem odešel, tak to bylo super. A asi i hodně změnou lidí, protože já jsem se právě bavil s hodně lidma, který měli buďto psychický problémy, anebo problémy právě s váhou. A když sedím vlastně s lidma venku a řeknu: „Pojďme se najíst“ a všichni „Ne, nemůžeme jíst. Já jsem před chvílkou měl tohle. Ted' se už nemůžu najíst“. Tak jako to nepomáhá vůbec.

N: Jasně. A to byla tvoje iniciativa vlastně odejít z toho veslování?

R3: Úplně ne, já jsem tam.. Jak bych to nazval, jak bych to řekl. Já si v hlavě vždycky usmyslím, nebo se mi prostě objeví v hlavě to, že tomu místu nebo těm lidem něco dlužím. Proto jsem z veslování už neodešel dřív, i když jsem měl možnost jít do klubu, kterej mě strašně chtěl. Super, super klub. Skvělý lidi, všechno, ale já jsem si řekl, nemůžu odtamtud odejít, oni mi dali prostě to zázemí na začátku ještě předtím, než jsem mohl vůbec začít jako závodit, tak jsem tam mohl být rok. Takže jsem si asi připadal, že jim něco dlužím a vlastně až po těch Bohnicích, tak jsem si uvědomil, že to je špatně. Tam mi taky tohle rvali do hlavy, takže asi mi to tam pomohlo v tomhle tom. Ale pak já jsem se o tom bavil samozřejmě v rodině. To přijel i táta jako s mamkou, babička, všichni najednou, jakože jsme to začali řešit ve velkém a jako jestli nechceme začít určitý legislativní věci do toho jako rvát, zbytečná věc. Ničím by se to nepotvrdilo, jenom bysme ublížili za prvý jménu toho klubu a i vlastnímu jménu, jako rodiny. Takže asi z větší iniciativy rodiny, než z mé, jsem se dostal z toho klubu.

N: Jasně. No, a když se ještě teda vrátím k té léčbě, dá se říct, že ti ta léčba na té psychiatrii pomohla?

R3: Ne, vůbec. Jakoby řeknu asi takhle, naučím se určitému dennímu režimu. Těm jídlům to strašně pomohlo. Samozřejmě mám s tím problémy do teď, někdy vynechávám, ale pomohlo mi to najít ten režim, kdy fakt můžu jíst, kdy mi to tělo to neodmítá. Ale doktoři dle mého, protože těm je třeba nad pětatřicet, tam většinou byli všichni, u kterých jsem byl. Byl jsem u třech, u toho mého jakoby toho hlavního a pak u psychologičky pomlčka psychiatricky, ona tam dělá hlavně psychologičku a paní, která mi dělala ten jídelníček a vlastně řeší právě tyhle ty jako..

N: Takže nějaká nutriční terapeutka?

R3: Nutriční, ano, já jsem hledal to slovo nutriční terapeutky, tak všichni, krom té nutriční terapeutky, ta vůbec o jídle tolik nemluvila, ta mluvila spíš o tom sportu, jak bych měl jakoby správně, abych fyzický se nevyčerpal, tak ale všichni sestry, vlastně celej zdravotnickej personál, byl na tom, že tam uměj vždycky někdo musel sedět a jel do mě. „No tak sněz to, jez“. A vlastně tyhle ty právě ty věty, který nutí toho člověka do toho jíst, jsou právě ty kontraproduktivní. Ne, já nebudu jíst prostě. Ještě víc se zavřu do bubliny toho, že mně je takhle dobře. A to by se asi mělo naučit jakoby na tý.. když už někdo chce pracovat s těmahle lidma, tak se naučit, že najít si cestu k tomu slovní, protože přes jídlo se k němu nedostane. Přes to mu říkat, že by měl jíst, taky se nedostane, ale najít si to, jak s ním mluvit, aby jedl při tom. Mně pomáhala normální konverzace. Jediná sestra, která tam byla tejdenně jenom na výměnu, tak já jsem u toho konverzoval s ní a jedl jsem, já jsem to snědl celý. Ale nekonverzovali jsme o jídle, o tom, že musím jíst, že bych měl přibrat a tyhle ty blbosti, ale ona prostě: „Tak co, jak to jde? A co, máš novou knížku?“ a fakt se bavila normálně jako s člověkem a ne jako s pacientem. S těma lidma by se asi i mělo, pokud jsou prostě už jakoby reálně dospělí, ale i v tý hlavě dospělí trochu víc, nejednat jako s dětma a jako s pacientama, který jsou tam jako uvázaný a já se jako musím starat.

N: Rozumím, takže to, že se s tebou bavili o tom jídle, bylo to nejhorší.

R3: Bylo to nejhorší.

N: A naopak to působilo spíš kontraproduktivně než..

R3: Jo, stoprocentně. Jakoby, když člověk nechce přijímat potravu, jako v tý anorexii, tak prostě o jídle je to nejhorší mluvit, podle mě. U bulimiků ne, právě bulimici nikdy neměli problém jako tolik jíst, ty mají zase jinej problém. Do toho jsem se naštěstí nikdy nedostal a to jsem byl rád, protože většinou anorektici přeskočí do tý bulimie, co od těch kamarádů vím a to je.. To bych asi už nedal se z toho dostat.

N: Jasně, rozumím. Ráda bych se tě zeptala, jestli jsi měl oporu ve svém okolí při zvládnání té nemoci při té léčbě ať už teda tý odborný nebo potom následně nějaký samoléčbě, jestli jsi měl jako podporu nějakou, kdo ti nejvíc pomohl?

R3: Asi díky tomu, jak jsem v Bohnicích našel svojí teď nejlepší kamarádku, se kterou chce fakt jako bavíme o všem, proběhlo hodně jako věci, známe se fakt už dobře, tak ona byla jakoby ta pomoc, my jsme asi jak se říká, ty jsou soulmates, jako že jsme fakt spojený duše ve dvou tělech, jedna duše a ta mi v tom pomohla a já jsem jí zase pomohl v jiných věcech. Že prostě my máme oba dva jakoby tuhle tu atypickou anorexii, ale ona ji má ještě horší. Ona fakt na tom byla hůř, ale my jsme spolu jedli, my jsme spolu prostě dělali to, co jsme měli. Myslím si, že kdybych jí nepotkal, tak se toho nezbavím vůbec, protože rodina není pro mě podpora. To ani jako špatně myšleno, ale rodina se musí poslouchat, jak se říká, ale já nechci vlastně jako poslouchat. Já chci jako mít tu podporu a nechci, abych byl nucený člověk, ale chtěl bych sám. A právě s ní jsem měl ten pocit toho, že nejsem nucený, ale že to dělám sám vlastně od sebe, že když jsme se do toho vlastně navzájem doučili, že jako musíme se najíst, takže se jdeme najíst. Že pořád to bylo z naší vlastní iniciativy a ne z iniciativy nikoho jiného. A to je asi taky jako velká pomoc, jako k tomu zvládnout ten první velkej krok, dostat se z toho největšího, že nemám hlad.

N: Mně přijde, z toho, co mi vyprávíš, že to je teda hodně o nějaké svobodné vůli a zároveň pochopení těch druhých lidí. Že tě chápou, ale nechají to na tobě. Že tam není to přemlouvání, nucení. Je to tak?

R3: Jo, ano. Vlastně to nucení je asi taky to, proč to ty lidi pak nejedí, protože až si připadají, že jsou uzavřený vlastně takový klícke a ta klícka se vlastně jenom uzavírá víc a víc, protože máme před sebou něco, co nechceme, a to je ta klec naše. Klec je vlastně to jídlo. A nás do té klece strkají ty ostatní tím, že „měla bys jíst, měl by ses najíst“. Vždyť jako nejhorší, co jsem fakt kdy slyšel od kamarádky, která jako je prostorově náročnější je, že „tloustnout není tak těžký, vždyť to dokáže každé“. To je to nejhorší, protože pro nás už je to těžký. Nám nefunguje ten žaludek tak, jak by měl. Nefungují nám střeva tak, jak by měly a vlastně ty vnitřní procesy nejsou správně položené. A dokud se právě jako nedostaneme z tohoto procesu, abysme to fakt nastartovali, to tělo, tak nikdy nestloustneme. My budeme moct dělat cokoli, ale budeme pořád na tý nule.

N: Vlastně ty jsi říkal, že co se týče té léčby, tak to bylo vlastně docela krátkodobý, že to netrvalo moc dlouho..

R3: Já jsem byl v PNB jsem byl 2 měsíce, nějaký jako měsíc a tři tejdny. Já jsem pak musel.. totiž to bylo v mém třetím ročníku na střední. Já jsem před třetím ročníkem chtěl nastoupit strašně do školy. Já jsem si neuvědomoval, že vlastně tím, že se otevřela ta bublina těch problémů, který jsem v sobě měl a mám do teďka některý pořád, tak se najednou otevřel. Ty Bohnice jsou strašně bezpečné místo pro vás. Že když tam vlezte člověk s problémama, tak má spíš ne problém s tím se dostat do Bohnic, ale problém z těch Bohnic se dostat ven, protože vždycky, když já si zajedu do kavárny Kolona, tak já z těch Bohnic zase nechci ven. Je tam bezpečně, protože asi jak je tam ta atmosféra těch psychiatrických nemocí a tak, je to prostě příjemný pro nás. My se tam jakoby navzájem nenutíme vlastně dostávat se níž. My si pomáháme a je to bezpečný prostředí, co často doma nemáme. A právě kvůli škole ale jsem odešel na revers, kde jsem musel teda splnit podmínky, že najdu si psychiatricku, najdu si psychologa a jít do skupiny, což já jsem porušil jeden z těchto tří, což byla skupina. Protože ta skupina není pomocná. Na tom Karláku se asi tam musí dostat člověk, co to fakt dokáže vydržet psychicky ten nátlak, jak od ostatních, protože oni tam vyprávějí ty příběhy „no já jsem jako se najedl, ale pak jsem to šel vyzvracet, protože mě z toho bylo strašně špatně a snědl jsem jenom tohleto.“. Tenhle ten způsob podle mě na tyhle věci nefunguje. Funguje to na poruchu třeba bipolárku, kde ty lidi si říkají navzájem, jak pracují s tou bipolární poruchou a nefunguje to na naše poruchy.

Porucha příjmu potravy, to jenom toho člověka podle mě dostane víc do toho problému, než je.

N: Takže vlastně, jaký bylo pro tebe to ukončení té léčby?

R3: Strašně povznášející, že jsem vlastně uzavřel takovou.. Ty Bohnice, ten měsíc a půl budu říkat, tak jak jsem tam vstoupil, tak jsem začal strašně novou etapu života, protože já jsem otevřel všechny ty problémy, co jsem měl. Otevřel jsem sebe, co já jsem předtím nikdy neudělal, vlastně nikomu. Ani jednomu člověku, vůbec ne rodině, což se říká, že pro ně jsem měl říkat všechno, tak tam pro mě úplně mrtvo a najednou já jsem se tam dostal, já jsem tam přijel o půlnoci kvůli tomu, že jsem se předávkoval práškama. A ne z důvodu, že bych jako se chtěl zabít. To bylo fakt důvod, že mě už tak bolela hlava z těch myšlenek, ze všeho, že jsem se chtěl uvolnit. Já jsem je měl dlouhodobě napsané a pomáhaly mi. Vždycky, když jsem si vzal třeba víc. Bohužel jsem udělal chybu. Dostal jsem se tam, mám právě v těch papírech pokusy o sebevraždu, ale to bylo strašně super začátek. Průběh Bohnic byl strašně pak a ne jenom kvůli tomu, že jsem nemohl jíst ale rodina, rodina to nepochopila, že já jsem se mohl dostat Bohnic. Já jsem byl ten hodnej, já jsem neměl žádné problémy v životě a najednou, když pak si prostě ta rodina přečetla, já jsem ji nechal přečíst svoje papíry, když jsem tam byl, tak zjistili, že asi nejsem normální, jak by se řeklo, že nejsem v pořádku. A najednou jsem podepsal ten revers. To už jsem byl jiným oddělení, to je otevřený. Tam ti, co odcházeli, mohli říct nějaké ty slova těm ostatním. Já jsem neměl zrovna hezkej proslov, protože já jsem řekl narovinu, co si o těch lidech tam myslím. Neměl jsem důvod, se u určitejch lidí moc zdržovat a najednou jsem se dostal z těch Bohnic. Bylo to strašně odjet z těch Bohnic. Já jsem byl strašně úzkostný najednou, protože lidi tam nejsou. Tam je mrtvo vlastně. Ale přitom to bylo strašně uvolňující, že už nejsem mezi nima právě zase. Že vlastně tam byly ty dva pocity. Strašně špatnej, ale přitom strašně úžasnej. Doufám, že to nebude moc dlouhý.

N: Ne, úplně v pohodě. A byl nějaký opravdu nejlepší zážitek z té léčby, co bys mohl..

R3: Já si myslím, že nejlepší zážitek bylo převezení z toho uzavřeného oddělení, kde mě drželi jako právě pořád na lůžku, pořád jako nic nedělat, maximálně se zajít zakouřit, protože se mi kuřák, tak jsem chodil do kuřárny. To musím uznat, že Bohnice v tomhle byly nejhorší, i protože jsem fakt jako neměl míru nikotinu a byl jsem pořádný na těch cigaretách. Každou hodinu si zajít na cigáro, večer vlastně před spánkem nebo i když byla třeba večerka, tak jsme prostě vyšli ve dvou ve třech do kuřárny.

N: Takže bys naopak to ocenil, kdyby tam bylo nějaké omezení v tom?

R3: Jo, rozhodně. Protože vlastně to je i vůči těm práškům kontraproduktivní, ten nikotin. Já jsem měl uklidňovák, ne úplně slabý, ale mě nikotin nabuzoval v tu chvíli, protože to bylo jako v té hlavě a v tom těle to šlo jinak.

N: A nedalo se tam zároveň asi nic moc jiného dělat, takže to kouření bylo nějaká forma zábavy?

R3: Ano, právě jak jsem nemohl vůbec na ty centrálky. Byl dole fotbálek, ale to zrovna neměli rádi, protože my jsme hráli drsně. Jsme fakt dávali rány a to neměli rány. No, ale právě jak jsem byl z toho uzavřeného, tak mi řekli, buď půjdete na otevřený na trojku, anebo půjdete na Karlák nebo zavřený. Na Karlák bych nešel a jsem rád, že jsem... nebo mamka mi říkala, která je zdravotní sestra, že je to tam super, ale já vím, po těch dvou tejdnech na té skupině, že bych tam nedal. Já bych nejedl, já bych tam byl na tom fakt špatně, asi bych se na ty trubičky dostal. Takže se dostat na to otevřený, fakt projít ty Bohnice bylo strašně super. Zdravotní sestra mi říkala: „jestli utečete, tak mně to je jedno. Já napíšu, že jsem vás přenesla, mně je to fakt jedno“. A já jsem tam přešel, položil jsem si to na postel a

najednou jsem přišel jenom k doktorce, ona: „můžete tady dělat cokoliv, je mi to jedno, ale musíte dodržovat jenom základní časy“. Ale přitom to bylo právě špatně, že jako z toho rytmu, co jsem dostal na tam tom oddělení, jsem najednou neměl žádný. Měl jsem jenom daný čas jídla, daný časy těch skupin a to bylo všechno. Ale to je asi jeden z nejlepších zážitků co tam mám. Plus Bohnický hřbitov bláznů, protože tam jsem vždycky chtěl kouknout. To je starý hřbitov a je to nádherný, jakoby ta atmosféra pro mě. Kvůli mým zájmům osobním. Pardon, ne, neboj, nemusíš se vůbec bát, nic ti neudělám, nejsem satanista, nejsem okultista. Mám rád jenom starý hřbitovy.

N: Dobře. Zároveň jsem se tě ještě chtěla zeptat, tys mluvil hodně o rodině. Jsi říkal takový vlastně dvě hesla, který mě utkvěly v hlavě. Jedno bylo, že „rodina se musí poslouchat“ a ještě něco jsi říkal. Že k rodině musí být člověk upřímný, nebo něco takového?

R3: Ano. Upřímnost k rodině. Že by se mělo v rodině říkat všechno. o říkali v rodině všechno. Já si myslím, že my „naše generace jakoby řeknou těch mileniálů, nula jedniček, nula trojek ještě, jsme takhle vedený. A těch starších. Pokud to nejsou jako takový ty volnomyšlenkářský rodiče, který prostě tomu dítěti dali strašnou volnost. Tak ty, který byly fakt tím komunismem asi víc jakoby poznamenaný, bych řekl, vůči čemukoliv. Vůči škole, práci, cokoliv, tak hodně mi přijde, znám to od kamarádů právě tyhle ty rodiče rodiny. Tak vždycky ten jeden rodič byl prostě ten, kterej říkal, byl ten jako vůdce, ten druhý do toho nemluvil radši a najednou se tam objevovalo to, že „měl bys mi říkat všechno, vždyť je to v pořádku“, ale když to ten člověk řekl, cokoliv, tak v tu chvíli to bylo automaticky špatně. „Udělal to špatně, měl to udělat takhle.“ bez toho, aniž bych řekl: „Hele, udělal jsi to, jak jsi myslel, beru to, mohl jsi to udělat, ale je to tvoje věc“. To je třeba lepší než říct: „Proč jsi to takhle udělal? Měls to udělat takhle.“ Takže ta upřímnost v rodině, která by měla bejt, neexistuje pro mě, protože já nemůžu bejt upřímný, kdybych říkal to, co jsem si myslel, to, co jsem dělal. Já bych byl jako na psychiatrii asi dřív než v osmnácti letech. Ale to druhý heslo bylo upřímnost a teď jsem zapomněl, ale já jsem se..

N: Rodina se musí poslouchat?

R3: Ano, a právě to poslouchání, že když rodiče řeknou, já jsem v tom žil, že vlastně jsem byl právě ten pták v kleci, že jako to, co se řeklo, se muselo udělat. Neměl jsem možnost vlastně.. já jsem do svých řekněme dvaceti. Devatenáct, dvacet, při covidu, takže je to v devatenácti letech, takže až ve dvaceti, po té první části covidu, já jsem neměl žádnou volnost, já jsem vlastně pubertu neprožil. Díky sportu, díky rodině. Já jsem s pubertou začal až ve dvaceti letech, což je strašně pozdě. To už by člověk měl mít prožitý takovýto chlastání, měl by mít prožitý pohlavní styky, takový ty jednorázovky a takhle. Já jsem tohle nikdy neměl. A tohle to je taky špatně jako v té rodině. Má tam bejt řád, má se určitý věci poslouchat, ale přitom jako přemíra tohohle toho jednání, těch daných pravidel, ale i toho poslouchání je špatně. A to si taky hodně jako v rodinách neuvědomují, že tohle je ten první krůček k tomu, dostat toho člověka do psychiatrických léčeben, protože jakmile není nějaká volnost v hlavě, není volnost vůbec.

N: Mě právě hrozně zaujalo jakoby to, jak jsi to řekl, že většinou, když někdo má z něčeho nějaký pocit, tak to formuluje do vlastních do slov. Ale jaksi ty to formuloval, tak to bylo úplně jak kdyby hesla, kterejma se prostě nechci říct, že řídíš, ale který jakoby v sobě máš zakódovaný, že jako rodina se musí poslouchat. Že je to úplně takový jako heslo a vlastně mě trochu jako napadlo, jestli si myslíš, že to mohlo mít nebo jakej to třeba mělo vliv na tu nemoc, nebo i na ten vznik té nemoci?

R3: No, jakoby moje ségra taky dělala veslování a ona když skončila, tak strašně ztloustla. A tam začal být problém v tom, že.. Velkej problém byla babička a je. To je jakoby náš osobní problém, protože ona do ní jela, už nejede, díky tomu, že zhubla, že je tlustá a do mě, že jsem strašně hubenej, že bych měl jíst ale pak jako mně třeba rekla: „to už

máš druhou porci, to chceš třetí?“. Třeba krupicová kaše, moje láska a babička prostě řekla tohleto: „ty chceš jako třetí? Nejíš nějak moc?“ a sěgře zase řekla třeba: „nechceš si dát dortík?“, potom, co jí řekla, že je tlustá. Takže ta rodina je fakt jako velkej.. může bejt strašnej pomocník, ale přitom může bejt strašně kontraproduktivní pro toho člověka. Smutný je, že si to ta rodina nevědomuje často. Já musím uznat, že jsem taky udělal jednu blbost, že jsem řekl kamarádce „nepapáš nějak moc?“, ale protože my si mezi sebou děláme srandu. Bylo to špatně, ale uvědomil jsem si to hned na to. Ale rodina si tohle neuvědomí a jestli měla rodina na tu nemoc nějaký vliv.. jako měla sto procentně. Asi ty starší, ne jako máma, rozhodně ne, ta mě nutila zase, takže to bylo o to kontraproduktivní, to nucení, ale nebylo to jako od ní myšleno špatně, což uznávám a táta se o mě nezajímal. Tomu bylo jedno, s kým jsme pili, takže u něj jsem jedl pořád, když jsem se napil. Ale ty starší už pak jsou horší. Jakoby fakt, ty, co žili v komunismu, na tohle jsou nejhorší. Ty si nevědomuju, co říkají. Těm už je to jedno. Ty už si můžou dovolit cokoliv, protože si prožili život. My jsme si ten život neprožili, my nevíme, co to je. Ale ano, mám dvě hesla, rodina se musí poslouchat. To jsou takový hesla, který mám naučený a doufám, že je nepředám svým dětem, že to nebudou jako hesla, který se musejí dodržovat, ale že to bude jako takový ten automat, že jako „tak co, jaká byla škola?“ a on mi řekne prostě.. nemůžu to říct, ale rozumíme.

N: Jasně. A to je teda jakoby věc rodiny a co se týče nějakého okolí, ať už kamarádů, známých, setkal se s nějakým nepochopením nebo jako odsouzením?

R3: Nepochopení rozhodně. Ačkoliv jakoby to byli moji vrstevníci, dva, tři roky třeba mladší, dva, tři roky starší řeknu nebo fakt jako stejná věková kategorie nula jedniček. Ty lidi vlastně jak to asi neznaj, i když je to třeba dva roky nazpátek, tři roky nazpátek se to tolik neřešilo, mi přišlo. Prostě to bylo asi jako cokoliv, psychický poruchy taky. Po covidu se začalo najednou.. Najednou to vyletělo prostě a oni jako „Anorexie? Vždyť seš jenom hubenej, vždyť je to v pohodě“. Holky strašně říkaly, to já nechápu, že kdyby měly prsa na mém těle, tak by se jim to strašně líbilo. Že jsem hubenej prostě. Si to nevědomuju, že jako vždycky to byla ta chvála, která vlastně asi pomáhala taky tý mojí anorexii, týhle tý nemoci a pomáhá to strašně moc, když někdo řekne, vypadáš strašně dobře. Nevypadám. Nevypadám, vím to sám prostě. To, když zatáhnu břicho, aby byly vidět ty orgány, protože nemám žádný tuk, nemám nic. Já kdybych měl autonehodu, tak jsem mrtvej. Mnohem větší pravděpodobnost, že umřu než moje příbuzenstvo, ostatní. Kvůli tomuhle. Jako nepochopení jsem potkal hodně a spíš jako nepochopení té nemoci, než mě. Lidi nechápu nemoc nebo tu poruchu. Budeme tomu říkat porucha, protože nemoc to technicky není. Když to bereme jako fakt, tak nechápu poruchu. Oni si lidi řeknou „má špatný stav“. Někdo tomu říká „no tak teď nemá hlad“. Ale když zjistí pak ten člověk, že za ten tejdén jsem snědl dvě jídla nebo tři v tý době jsem snědl třeba fakt za celej tejdén a jenom jsem byl Kofole, energetácích, Cole a na těchle věcech, tak si pak asi možná by si uvědomil, že už to není v pořádku, ale jak mě neviděli každéj den, nebo jako neviděli mě takhle celej den, tak si to neuvědomili.

N: Hlavně ty lidi neviděj do tý hlavy, ty myšlenky. Co se tam všechno jako děje ohledně těch myšlenek na to jídlo, že jo?

R3: Jo, jo. Rozhodně jako. Já třeba doposavad' nechápu bulimiky. Chápu tu poruchu. Já to strašně chápu, ale nechápu, jak to někdo dokáže. Já jsem se asi do tý bulimie třeba nedostal, protože já nemám rád zvracení. Já to nedokážu vystát, tu pachů, ale vůbec jako ten pocit zvracení. Takže já jsem nikdy nezvracel. A pak kamarádka, která právě se dostala na Karlák, nedávno bulimička, tak mi říká, že jí nechápu a já: „ne, nechápu tě, protože já neumím zvracet. Tobě to nevadí, se vyzvracet, ale já to nedokážu. Ale ty zas nechápeš mě, protože ty nemáš problém se najíst. Já ten problém mám.“. Tam je to obtížný, že ty doktoři prostě řešej třeba tři roky jenom bulimiky, když se vrátím k tomu a najednou má řešit anorektiky. Vůbec nebude vědět, jak s ním mluvit a vůbec nebude vědět, jak s ním jednat.

Vlastně ta proporce těch lidí je úplně jiná, protože povětšinou ty bulimici jsou vzhledově normální. Nejsou vyhublí, anebo jsou obtloustlí. Anorektici jsou buď obtloustlí, anebo strašně vyhublí. Oni jsou jenom tyhle dvě, ale nikde tam není ta možnost normálního vzhledu pro mě. Nikdy jsem fakt nepotkal anorektika, kterej by byl jako fakt anorektik, kterej by měl dobrou váhu, měl by svaly, všechno. Viděl jsem buď strašně obtloustlýho kvůli tomu, že to tělo nefunguje, nefunguje mu štítná žláza, takže začal mít problémy tohohle typu, anebo vyhublej jako já, nebo i víc. A bulimici díky tomu, že dostávají nějaký aspoň základní živiny, tak ta stavba těla funguje normálně, ten žaludek vlastně technicky taky, anebo si tím prostě poničili nějak tělo a jsou tlustí, protože bulimici, jsou nejvíc zavodněný lidi z nás.

N: Jak to bereš ty nebo jak na to reagovalo i tvoje okolí třeba na to, že jsi kluk, u kluků ta anorexie zase není až tak jako obvyklá. Samozřejmě není to jako..

R3: Výjimka. Nejsem výjimka..

N: Rozhodně nejsi výjimka, ale určitě se to u holek vyskytuje víc a vlastně třeba vím, že lidi v mém okolí si myslí, že to u kluků není. Že je to ryze jako holčičí věc. Tak jaký vlastně jaký to vlastně pro to okolí bylo? Nebo i v tý nemocnici, jestli tam byl třeba i jako jinej přístup k tobě?

R3: Asi byl. Byl drsnější si myslím, protože tam, jak byla ta moje kamarádka, která to... Na ní byli strašně milí. Na ní vlastně byli ne shovívaví, to bych neřekl, měla stejnej režim, ale byli milejší. Na mě byli strašně drsný. Na mě prostě šli „seš chlap, takže na tebe můžu“, takže tam byla asi ten největší jakoby v tý nemocnici, že prostě si neuvědomovali, že ačkoliv jsem chlap, nemůžou na mě jít takhle. A okolí jakoby.. V okolí ty holky to chápaly, ty holky to chápaly jako většinou, když to vezmu jakoby ne ty zrovna který jako nebyly vůbec chápavý a nebo ty holky, který to mají, tak to chápou, že jako i kluk to může mít. Ale kluci to nechápou, protože když je kluk fakt vyhublý, tak to má at' se prostě se najít. „Dej si protein, dej si kuře, dej si rýži, udělej zase pořádnýho chlapa“. Takže jako chlapi, kluci, prostě muži to nechápou. Ženy, jo, ženy, to ještě dokážou víc pochopit. Anebo když to nechápou, tak se to někdy i pokoušejí pochopit. Když o to mají zájem, ale chlapi ne. Chlapi většinou.. Těm, je to jedno. Prostě seš vyhublej, prostě nejseš chlap.

N: Rozumím. A ještě by mě zajímalo, jestli to vlastně ovlivnilo třeba nějaký tvůj pohled na takovej ten typický pohled společnosti na ten stereotyp toho pohledu na muže a ženy, že muži mají být takový ti maskulinní, prostě chlapáci. Jsou neohrožený těma poruchama a mají být ti silní, co to všechno jako zvládaj a kterým nic takovýho nehrozí a včetně i těch vlastně psychických poruch. Jestli to vlastně změnilo tvůj pohled na to?

R3: Já jsem nikdy tenhle pohled neměl. Já jsem vlastně jako odmalička byl vyhublej, takže jako já jsem nikdy neměl asi pohled na to, že chlapi mají bejt velký, silný, nasvalený, chlupatý opice, ale asi jakoby tahle ta porucha mi zmínila hodně pohled spíš na tu morální a etickou zásadu těch chlápů. Já jsem vždycky měl za to, že chlapi mají být gentlemani a takhle, ale potom, co jsem viděl, jak se chlapi chovaj, tak jsem si uvědomil, že chlapi nejsou gentlemani. V týhle tý době, gentleman je archaický slovo, knižní výraz, který neexistuje a jsou chlapi, co se chovají mile, jsou ohleduplný a tak, anebo ne, jsou to prostě šmejdi. A to mi asi změnilo největší pohled, tahle nemoc, protože já jsem vždycky byl za toho hodnýho, za toho milýho, za toho.. prostě archaicky gentleman. A pokouším se bejt do teď. Ale jak jsem si uvědomil v tý psychiatrický nemocnici, tam všichni byli maskulinní, všichni byli chlupatý povětšinou nebo jako měli vousy a tak, byli plešouni, což hodně z nich bylo neonácků, abych řekl pravdu i. Tak jsem si uvědomil, že to vůbec není správně, že jakoby myslet si o chlapech, že by měli bejt maskulinní je špatně, ale hlavně to, myslet si o nich to, že by měli být gentlemani je špatně. Prostě chlap má výchovu, kterou mu dá rodina, to

je to moje heslo, rodina a okolí. To okolí je asi ještě víc nárazový než ta rodina. A ve chvíli, kdy ten chlap má špatný okolí kolem sebe, ty kamarády a tak, nikdy z něj nebude gentleman, vždycky z něj bude šmejd. A já ačkoliv jsem neměl zrovna milý okolí, tak jsem se nezměnil, protože jsem věděl, že vlastně nechci. Že jako to, jak se chová, ačkoliv jsem za to týraněj technicky, tak je zase vůči ostatním lidem jinak milý. A tohle jsem si uvědomil asi i díky nemoci.

N: Kdybych se ještě teda neměla vrátit zpátky, mě by zajímalo, jak jsi na tom teď? Jak to řešíš teď, jestli ještě jsi v nějakém tom sportovním odvětví, nebo jak seš na tom teď prostě?

R3: No, já dělám airsoft, dělám larpy, středověký boj, to mě strašně baví. Já jsem zelená hlava, vojáček takovej, ale jsem ne vychovávaněj, ale já se zajímám o vojenství dlouhodobě, takže to už není ani sport, to je záliba. Volnočasová aktivita. Není to ani náročný fyzicky, ale dělám něco pro sebe. S tou anorexií.. Já jsem tak ani ne na půl cesty. Já jsem teď jako.. já jsem přešel ten první krok, ten začátek. Takový ten velký horský průsmyk, asi ten nejtěžší. A teď koukám jenom na tu horu a přemýšlím, jestli půjdu ještě dál. Protože ačkoliv jím, vím, že mám nastavený nějaký jídelníček, kde mám správný porce buď to, anebo ten jídelníček přeskakuju. Ačkoliv to už mám v hlavě daný, tak pořád nejsem na tý správný vlně, abych mohl říct, že jsem jako vyléčeněj. Vyléčeněj, ale ne doléčeněj. Protože nikdo z nás nebude nikdy doléčeněj. V tý hlavě to tam bude a ten spouštěč se asi musí najít. Já jsem ho ještě nenašel. Nevím jak ostatní, jestli našli ten svůj spouštěč. Takže jakoby vůči tý anorexii, jsem ještě pořád, řekl bych, ani ne v třetině. Já jsem v pětině cesty. Fakt jsem ještě daleko od toho, abych mohl říct, že jo, teď už jsem v pohodě. Já mám pořád málo kilo, pořád jakoby nedokážu tloustnout, protože mně to ještě vadí, nedostal jsem se z toho pocitu toho, že mi nebude vadit tloustnout, přibírat na váze. Na hmotnosti. A jinak, život je krásnej. Pořád беру prášky, musím je brát, protože já mám špatný.. Díky tý anorexii se mi zhoršily vlastně chemický stavy v mozku. Přišly do toho jakoby ne další poruchy, ale problémy. Já bych to nenazýval tak, jak to nazvali, že mám poruchy. Mám problémy prostě, který se vyléčí, až bude vyléčená ta anorexie stoprocentně. Takže беру prášky, takže to je taková jakoby asi indispoziční věc v mnoha ohledech.

N: Máš pocit, že tě to nějak omezuje?

R3: Jak kdy, bych řekl. Já jsem omezeněj vůči jako asi osobním věcem typu pohlavní styky a takhle, protože ty prášky mají regulovat agresí, protože já mám zvýšenou agresivitu. Mám ještě pár dalších takových problémů. Proto říkám, že to není žádná porucha, žádná typologie a nespádám pod nějakou poruchu přímo. Někteří říkají, že jsem spíš jako hraniční, některý bipolární. Ne. Mám podle testů počáteční, když takhle opožděně, tak mám počáteční nebo jsem ADHD, což si taky nemyslím. Prostě jsem zrychleněj tím životním stylem. Ale právě ty prášky, který by mě měly pomáhat, mě omezujou právě v osobních věcech, já nemám jakoby chuť a nemám ani potřebu vlastně mít jako sex, bych řekl. Ale hlavně nemám ani potřebu jako životní.. Mně přijde, že ty prášky, ačkoliv mi ty emoce udržujou, tak to, že já jsem předtím měl bez prášků vůli k životu, tak teď ji nemám. Takže oni jsou jako ty prášky, vždycky asi budou kontraproduktivní, u všech. Vždycky se něco najde. Ale zase asi je lepší brát ty prášky, nemít vůli k životu nebo nemít ten cíl života, díky tomu, že nemůžu nad tím tolik přemýšlet, než mít špatný stavy a přemýšlet nad špatným koncem života a nad těma špatnejma věcmi. Mně ty prášky pomáhají k tomu prostě si říct: „ok, je mi špatně, ale není mi tak špatně, jak by mi mohlo bejt“. A jinak jako můžu řídit auto, můžu si dělat zbroják, můžu jakoby, ačkoliv jsem na drázkách, mám legislativní možnosti dělat tyhle věci, a to je dostačující. Kdybych dělal ty testy, který bych měl mít správně dělaný.. Já můžu bejt znesvéprávněn během jednoho soudního procesu, a to strašně moc dalších lidí vlastně. Jsem rád, že vlastně mám jenom prášky. To je takovej asi klid a jenom ta anorexie.. To je prostě běh na dlouhou trať a zná to asi každěj, kterej nemá na to hlavu jako já. Já nemám hlavu na to si říct, teď do toho půjdu, že jako přepnu najednou z toho bum, nebudu jíst, budu jíst. To asi bude ještě jako...

N: A vnímáš to teda jako nějakou cestu, nebo..?

R3: Vnímám to jako životní cestu tou anorexií. Budu jí pocíťovat dlouhodobě.

N: Nevnímáš to teda tak, že teď se to zastavilo v nějaké fázi jako..

R3: Může se to během měsíce zhoršit, měsíce zlepšit a ono se to děje. Během měsíce, já se změním na to, že jím, jsem v pohodě, vůbec na to nemyslím. Pak se právě stane nějaký spouštěč toho stresoru, který mu to nastaví zase zpátky. Že se musím naučit pracovat se stresorama a s těma spínačema tohohle.

N: Dobře. Chtěl bys ještě k tomu něco dodat na závěr? Cokoliv.

R3: Asi jedinou věc, že lidi, který tu anorexiu mají, neměli by se utápět v tom, měli by to prostě začít řešit v tom raném stádiu, kdy přestávají jíst, kdy nemají pocit hladu. V tomhle stádiu se to musí začít řešit, protože když se to začne řešit pozdě, je to dlouhodobý. Jak fyzické narušení, tak je to psychický ctí a už se z toho fakt nejde dostat. Když se se to k někomu dostane, tak aby prostě začali ty lidi to fakt řešit.

N: A řešit teda myslíš odborně nebo?

R3: Prvně zajít k psychologovi tak, jak se má a tam to začít řešit a hledat si nutričního terapeuta, který prostě nastaví správný jídelníček pro ně. Prostě, aby fakt si našli nikoho dobře, protože psycholožka, kterou jsem měl poprvý, s kterou jsem to řešil kvůli sportu, byla špatná. Kdybych měl dobrou psycholožku nebo psychologa, tak se to nestane třeba. Je to coby kdyby, ale tyhle ty osoby jsou asi nejpodstatnější pro to vyřešit ten problém v tom začátku. A ne v tom konci až.

N: A v čem podle tebe nebyla dobrá ta psycholožka?

R3: Pořád se mě ptala na váhu, na hmotnost. Pořád mi říkala, že bych měl jíst jinak, že bych měl jíst takhle, že bych měl udělat tohle, že bych měl přestat sportovat. To bylo špatný. Já jsem tam přišel kvůli tomu, že chci sportovat, jen mám prostě nějaký problém, který chci vyřešit a ona nehleděla na ty moje potřeby a hleděla na ty potřeby vlastně toho člověka, jak by měl fungovat normálně, na ten pohled toho, jak ten normální člověk má fungovat.

N: Dobře. Tak jo, tak moc děkuju za rozhovor.

R3: Děkuju mockrát a těším se. Třeba se uvidíme někdy ještě příště. Držím palce.

Příloha 7 – Rozhovor 4

N: Můžeš povědět něco o tvé zkušenosti s anorexií? Jak to začalo, co si o tom myslíš, jak se to vyvíjelo?

R4: Tak začlo to asi už hodně brzo jako nějaký problémy, protože jsem už od malička fakt poslouchala od mámy a doma od bráchy, kterej teda nikdy taky nebyl nějak extra hubenej, ale vždycky jsem poslouchala, že nesmím tolik jíst, že dopadnu jako táta. Můj táta je obrovské dvoumetrové sto padesáti kilové, co nikdy nic moc nedělal a vždycky si tak jako poschovával nějaký balíčky a všechno, aby furt mohl jíst, takže se máma bála, že když nebudu omezovat jídlo už od malička, tak že prostě dopadnu jako a on, že budu prostě taky extrémně tlustá. Bála se, že to, že budu tlustá, aby se rovnalo tomu, že budu nešťastná a takže jsem to furt poslouchala, fakt od malička. Do toho jsem byla šikanovaná na základce na střední, ve sportu, kterej jsem dělala na veslování a vždycky prostě mě někdo hrotil, že nemám tu váhu, kterou bych měla mít. Do toho doktorky. Fakt každá doktorka, ke který jsem kdy přišla, s jakýmkoliv problémem, ať už se to týkalo něčeho, co by mohlo bejt způsobené nadváhou, nebo ne, tak mi vždycky říkal, že bych měla zhubnout, a to jsem v tu dobu byla vrcholovej sportovec. Trénovala jsem sedmkrát týdně, o víkendů dvoufázově, byla jsem jako namakaná, měla jsem svaly a furt prostě podle BMI mi počítali, že prostě mám nadváhu, i když jako nepočítali s tím, že mám svaly, nic. Takže se to tak nějak jako začlo promítat do toho, že jsem se už třeba v jedenácti snažila, že jsem třeba po tréninku ještě cvičila doma a snažila jsem se omezovat jídlo, ale nikdy mi to moc nevycházelo, protože mám jídlo jako obecně ráda, chutná mi. A když mi pak bylo asi třináct, čtrnáct, tak jsem se seznámila s jednou slečnou a ta anorexii jako propadala a docela jako slušně mi začla dávat tipy, jak jako můžu zhubnout. A ze začátku jsem to nějak jako nebrala. Říkala jsem si, že prostě „ježiš nedělej to, seš kráva, nedělej blbosti.“. No a pak jsem tomu nějak propadla v létě, když mi bylo právě čtrnáct, patnáct a třeba dva měsíce v kuse jsem jako skoro vůbec nic nejedla. Do toho jsem sportovala a zhubla jsem asi dvacet kilo během jako chvilíčky a hrozně mě jako ta moc toho, že mám takhle moc nad svým tělem, že dokážu jako nejíst, dělalo mi to vnitřně dobře a zároveň mi to dělalo hrozně špatně a pak jsem měla takové ty chvíle, že to i přesahovalo do prostě sebepoškozování, že když jsem jako se najedla, tak jsem si to vyčítala, že jsem si třeba něco udělala, ať už to bylo jako řezná rána, nebo jsem se jako pěstma mlátila nebo tak něco, nebo jsem si řekla, že další den nebudu jíst vůbec nic. Do toho v tu dobu hodně letěl Tambriel, nebo nevím, jak se to přesně jmenuje. Taková ta aplikace, kde jako byly vyloženě inspirace na to, jak být hubená. Takže jsem si prostě tapety na počítači, v telefonu, všechno byly prostě fakt hubený holky, takový ty vyhublý až jako kostnatý a vždycky jsem chtěla vypadat přesně takhle. Na nejnižší váhu, jakou jsem se asi kdy dostala, bylo nějakých 59 kg s tou výškou, kterou mám a jako v tu dobu mě všichni akorát chválili, jak vypadám dobře, jak jsem zhubla a o to víc jsem se bála, že když znovu přiberu, že mě lidi nebudou mít rádi, že prostě jakoby nutně musím bejt hubená, aby všechno bylo dobré, abych byla šťastná, takže se mě to tak jako drželo furt dál a dál a byly chvíle, kdy jsem pak jako onemocněla nějak, začala jsem trochu jíst. Vím, že tehdy mi máma řekla, že ještě zhubnu jako kilo a budu mít pod 50 kg a fakt mě někam vezme a já jsem si úplně říkala: „Konečně se o mě někdo zajímá, konečně si někdo myslí, že je něco špatně.“. Hrozně jsem to chtěla, aby někdo jakoby si všiml, že to, že jsem takhle zhubla, není pozitivní a že to neznamená, že teď jsem jako krásná a úžasná, ale že mám prostě v hlavě fakt bordel. No a pak jsem onemocněla, začala jsem nějak jíst, pak přišlo takový to typický, Jojo efekt, hrozně jsem přibrala, vyčítala jsem si to, zase jsem zkoušela zhubnout. Takhle se to nějak jako střídalo, až jsem začala chodit na terapie, kde to jako to trochu pomohlo, ale zároveň jako furt v sobě mám takovou tu myšlenku toho jako: „ty jo, že bych přestala jíst? Jako třeba dneska si nic radši nedám, bude to lepší, budu se cejtít dobře“. No ale asi nejvíc, co mi pomohlo a je to fakt divný a paradoxní, že jsem začla jako hulit trávu a tím, že jsem hulila, tak prostě pak přijde taková ta nutkání jíst, takže prostě jsem jedla, jedla, jedla, až jsem se jako vyjedla do toho, jak vypadám teď. A pak jsem zase si začla vyčítat, zase jsem zkoušela zhubnout, ale vím, že mi to hulení jako pomohlo v tom smyslu, že už si nedokážu představit, že bych jako se nenajedla za celý den vůbec, protože prostě mi to nedá. Že mě moje tělo jako nepustí, abych jako to znovu udělala, což je jako asi dobře. No teď nevím, co dál mě napadlo. Ještě jsem chtěla něco

řít a už jsem to zapoměla ale..

N: Mě by zajímalo, ty jsi říkala, že jsi vlastně byla obklopená tím svým okolím, který na tebe vlastně vyvíjelo nějak od dětství takovýhle tlaky a zároveň říkáš, že teda i ty jsi vlastně potom chtěla být už nějaká hubená, že jsi koukala vlastně na ty holky, který byl hubený. To znamená, a zároveň vlastně ještě říkáš to, že jsi chtěla jako dokázat tomu okolí, nebo chtěla jsi, aby někdo viděl, že tohle vlastně není cesta, že to je špatně. Tak mě by vlastně zajímalo, jak se vlastně vyvíjel tvůj pohled na to? Jak ty jsi to vnímala, když to tvoje okolí ze začátku reagovalo tak, že ti říkalo „Neměla bys moc jíst, měla bys zhubnout.“, tak jak ty ses v tu dobu třeba vnímala?

R4: Hrozně. Já jsem se úplně nesnášela. Ta sebenenávist mi furt trošku zůstala, ale už do jisté míry je to nějak, jako že už mám ty pudy fakt jako pevně daný, že mi to nedovolí, prostě nejíst, nebo tak něco, jak jsem říkala, ale v tu dobu jsem se cejtla hrozně. Já jsem furt měla pocit, že nejsem jako dost dobrá vlastně pro nikoho, že jsem nebyla dost dobrá pro kluky mě nikdo nikdy nechtěl. Vždycky jsem byla ta druhá kamarádka, ta tlustá, do toho na tom veslování, tam mi říkali slonice a prostě takovýhle věci. Nikdo se mnou nechtěl bavit, byli na mě prostě fakt hnusný a vždycky to jako dávali do míry toho, že je to kvůli tomu, že jsem tlustá jako ne, že by přímo řekli: „nebavíme se s tebou, protože seš tlustá“, ale když se s tebou lidi nebaví a do toho ti říkají, že seš tlustá, tak si myslíš, že to je jedinej důvod, proč se s tebou nebaví, takže jsem to nejdřív brala jakože že jsem špatná, že jsem neschopná, že jsem hrozná, hnusná, ošklivá, tlustá, odporná.

N: Promiň, že ti do toho skáču, ty jsi říkala vlastně, že jsi hodně sportovala, neměla jsi nadváhu jako takovou, ale byla to svalová hmota, tak jak ty ses vlastně takhle ze začátku, když byly takovýhle reakce okolí, vnímala to svoje tělo?

R4: No já si myslím, že se mi tak jako vyvinula taková ta body dysmorfie, že ačkoliv jsem možná vypadala dobře, tak jsem se vždycky viděla jako příšerně. Když jsem se podívala na sebe do zrcadla, tak jsem si říkala: „no, tady to je špatně, tady to je špatně, teď mám prostě ty boky nějak jako divně tvarovaný, tohle je špatně nebo moc velký stehna.“ Všechno bylo špatně vlastně na mě vždycky. Jako jediný, co jsem si dokázala pochválit, byl obličej možná. Tam to tak jako končilo, takže asi tak no.

N: Jasný, takže obecně ta komunikace ze strany toho tvýho okolí, protože nebyla dobrá, a když jsi potom začala hubnout, tak jak to okolí se k tobě začalo chovat?

R4: No najednou začali být všichni milejší. Trenér mě třeba vždycky chválil, že jako že jsem hubená jak laňka, že je to perfektní, že teď mám konečně váhu na loď. Teď do toho máma říkala, jak mi to hrozně sluší, že mi zhubnul obličej, že mi zhublo tohle a vlastně pak jsem zas až přes míru poslouchala, jak vypadám dobře a to mi v hlavě vytvořilo takovej paradox, že jako nesmím přibrat, protože pak se zase budu cejtit stejně a zas mě nebudou mít rádi a měla jsem vyloženě až jako takovou jako fat fobii, že jsem se bála toho zhoustnout a začal jsem tlustý lidi na ulici i vnímat jako „Fuj ty jsou ošklivý, to je hnus, neumějí se sebou nic dělat. Vždyť to není tak těžké, stačí jenom trochu nejíst prostě“, takže jsem byla taková, jako že jsem začala být trochu pokrytec, že předtím jsem chtěla, aby mě lidi měli rádi takovou, jaká jsem a najednou jsem začala být taková, jakože „fuj, ty vole, to je tlustej člověk, to se mi nelíbí prostě“ a pak se to zase srovnalo, že teď už na lidi koukám tak, že podle mě může být člověk hezkej, ať už vypadá úplně jakkoliv, a když se tak cítí dobře a umí to nosit, tak to vypadá dobře prostě a neřeším to, ale jako tehda to bylo jako fakt šílený. Jak najednou přišla úplně přemíra toho, jak vypadám dobře, tak mě to úplně furt utvrzovalo v tom, že musím pokračovat dál a že musím dojít na tu svoji jako goal weight, kterou jsem si vytvořila, jako že chci mít těch 49 kg a to je ten strop, kam se musím dostat a tam to už udržet navždycky.

N: Takže tohle tě vlastně podporovalo i ty nemoci pořád dál. A pak jsi říkala to, že vlastně nastal asi teda nějaký zlom. Předpokládám, že mamka už začala vnímat, že se něco děje, že něco není dobře.

R4: No, tak na půl no. Ona jako na jednu stranu vnímala, že něco není dobře. Na druhou stranu jsem měla pocit, že byla furt ráda, že nejsem tlustá, protože moje máma podle mě má sama se sebou problém, kterej má už jako od dětství podle mě. Že taky odposlouchala od babičky to stejný. A právě to přehazovala na mě. Takže tím, jak jsem poslouchala i od mámy furt, že ona, když byla mladá a chtěla dělat modelku, tak že její dieta byl jogurt a šunka, tak jsem si na tejdén zkusila dietu, jogurt a šunka, že jo. A takhle jsem poslouchala, že ona v mém věku, měla tolik a tolik kilo a že když mě rodila, tak měla tolik a tolik kilo a jak to, že já mám víc a tak, ale na druhou stranu zároveň byla taková, že měla trochu starost, ale moje máma nevěděla, že je se mnou něco špatně do té doby, než jsem jí vyloženě nenapsala jako „Hele mami, mám problém. Sebepoškozují se.“ Já jsem jí to nebyla schopná říct ani jako do obličeje, protože jsem měla strach z toho, že na mě bude našťvaná. V podstatě se to i tak stalo, že jako ne, že by byla našťvaná, ale začala si vyčítat, že ona je špatná matka, že udělala něco špatně a jako udělala něco špatně, ale nechtěla jsem, aby se cítila ona kvůli mně blbě, takže jsem se nesnášela ještě kvůli tomu, že teď moje máma je smutná z toho, že jsem jí vlastně řekla, že se necítím dobře a že mám pocit, že život možná ani nemá smysl prostě kvůli tomu, protože mám pocit, že jak ten mozek nebyl vůbec vyživovaný, tak jsem začla mít úplně šílený myšlenky pak. Na sebevraždu. Nechtěla jsem už existovat a říkala jsem si, že můžu spáchat sebevraždu, až budu mít nějakou tu váhu, protože chci umřít krásná. Takovýhle úplně šílený myšlenky mě napadaly. Úplně nevím, kde se to ve mně vzalo.

N: Myslíš, že tady to bylo všechno způsobené, teda tou poruchou?

R4: Určitě to začlo tam a nejvíc mě našťvalo, že když jsem jednou skončila v nemocnici, tak mě diagnostikovali, nebo vlastně jsem chodila k psychiatrice myslím nejdřív. Tak ta mi řekla, že mám atypickou anorexii a mě hrozně urazilo, že to nazvali tou atypickou, protože jsem nesplňovala to správný BMI. Víím, že mě to úplně uráželo, že jsem říkala: „já vám ještě ukážu, ty vole, že budu to správný BMI, že mi řeknete, že jsem pořádná anorektička.“ Ještě jsem takhle šílený věci.. nevím možná, že jak jsem byla dítě, tak jsem hrozně chtěla mít tu nálepku toho jako že anorektička. Prostě bych se pak cejtila sama líp možná, nevím.

N: Byl to nějaký pocit možná toho, že jsi neudělala dost pro to?

R4: Jo, taky. Že nejsem dost dobrá pro to, abych mohla.. Vždycky to skončilo u toho, že v něčem nejsem dost dobrá. A ono to je třeba, že máma mi říkala už i jako když jsem byla mladší, to se třeba netýkalo přímo váhy, tak vždycky říkala: „ty prostě nemůžeš bejt zpěvačka, nemůžeš bejt malířka.“ Já jsem chtěla vždycky dělat uměleckou školu a ona mi říkala: „no, ale nejseš nejlepší, na to nemáš prostě“ a tak. Takže možná to byl způsobený i tím, že to s tím pak souvisí, že vlastně tu dokonalost jsem se snažila promítnout do toho jediného, co můžu vlastně pořádně změnit. To je moje tělo, mám pocit, nebo jsem měla ten pocit.

N: Který ti vlastně ještě bylo furt předhazováno, je to tak?

R4: Jo, jo. Přesně tak.

N: A vlastně ty jsi říkala, že jsi chtěla jakoby vidět, že se konečně někdo strachuje, že se někdo zajímá. A byla jsi třeba našťvaná na tu mamku nebo.. úplně nerozumím tomu.. chtěla bych pochopit vlastně to, proč si najednou chtěla, aby někdo viděl, že je něco špatně, protože říkáš, že jsi to vlastně chtěla. Že ty jsi to chtěla, ale zároveň jsi vnímala,

že je to špatně.

R4: Jo. Já jsem vždycky tak nějak věděla, že to je špatně. Já jsem viděla takovejch filmů o anorexii a vždycky jsem se o to tak nějak.. Jako takhle, když jsem poznala tu holku, tak jsem se o to začala zajímat, a ačkoli jsem věděla, že je to špatně, tak jsem brala anorexii jak nějakého druhého člověka, který byl v mojí hlavě, který mi říkal: „ty to musíš udělat“ a uvědomovala jsem si, že je špatně, že se tohle děje, že to není normální, že to třeba jiný lidi nemají a chtěla jsem být normální, ale zároveň jsem se bála, že když budu normální, že budu tlustá. Takže jsem chtěla, aby se někdo zajímal, ale zároveň jsem chtěla, aby se někdo zajímal, abych měla zároveň nějakou motivaci, jim ještě ukázat víc, že to dokážu ještě líp, že jako dokážu být ještě víc v prdeli. Já nevím vlastně, co se mi přesně honilo v hlavě, ale vím, že jak jsem měla tu svojí kamarádku, tak jsem měla ještě dva kamarády a ty mi začali říkat, že si nemám hrát na to, že mám problém, že jedinej, kdo má problém, je ona. Mně to strašně nasralo, protože se o mě jakoby nikdo nezajímal a nevím, jestli to bylo jako na popud toho, že jsem si řekla, fajn, tak já vám ještě ukážu víc. Já to ještě zvládnu líp než ona, že jsem začala ještě víc hubnout. Nevím, jestli to je jako taky nějaký důvod, jak se to mohlo vyvíjet.. Ale jo, chtěla jsem, aby se lidi zajímali. Chtěla jsem, aby někdo viděl, že to není normální, aby mi někdo furt přestal říkat, že ty vypadáš tak hezky, ale řekli něco jako „ty jo, jsi v pohodě?“, třeba se někdo jenom zeptal, jestli jsem v pohodě, protože jsem nebyla v pohodě, že jo..

N: A myslíš, že to souviselo vyloženě s tím stavem, kterej si měla a nebo že si to potřebovala vlastně tak nějak jako obecně slyšet v tom svém životě?

R4: Jo, asi i obecně v tom svém životě, protože já jsem měla podle mě problémy se spoustou věcí, se kterýma jsem se teda jako nějakým způsobem nakonec vypořádala sama, ale chtěla jsem obecně i slyšet, jestli jsem v pohodě, nejenom co se týče té nemoci. A mám pocit občas, že jsem možná anorexii měla jenom jako jiný způsob sebepoškozování, než vyloženě jako že bych byla tak moc posednutá. No, ono je to takový složitý. Já to nedokážu úplně popsat, jestli to bylo vyloženě jako to jídlo, anebo jestli to bylo i v souvislosti s těma všema ostatníma věcmi, který sami děly v hlavě, že jsem možná chtěla se jako sebepoškozovat ještě tímhle způsobem, že jakoby mě i ten pocit toho hladu, třeba když jsem 5 dní v kuse nejedla a pak jsem večer ležela v tý posteli, tak mě ten pocit toho hladu tak jako vnitřně uspokojoval. Že jsem měla z toho dobrý pocit, že to není příjemný, že to bolí, nevím takový zvláštní. Takhle jsem to nějak měla v hlavě, no.

N: A dostalo se ti teda toho, že se někdo strachoval o to, co se děje?

R4: Ani ne. Nedostala jsem nikdy úplně tohle. To jsem začala dostávat později, když si lidi třeba ve škole začli všimnout toho, že jako nenosím svačiny a takovýhle věci, tak se začali ptát, jakože „hej, ty jo, jíš ty vůbec?“ a já „no jasně, že jím, jenom si nenosím něco do školy“. No, ale nebylo to nikdy to, co jsem chtěla slyšet, bylo to vždycky jako něco podobného, na podobnej způsob, ale chtěla jsem slyšet to jako „hej, ty máš asi fakt problém, možná bys to měla řešit“, ale to jsem nikdy neslyšela, protože jsem, jak říkám, nikdy nebyla dost hubená na to, aby lidi začli mít strach, protože jsem vždycky byla ještě v míře a lidi si akorát mysleli, že to je jakoby úspěšná hubnoucí nějaká dieta prostě, kterou jsem si nastavila. Takže mě akorát chválili no.

N: A kdyby si ti toho dostalo? Co myslíš, že by se to stalo? Co by to v tobě vyvolalo?

R4: Myslím si, že bych měla nějaký pocit uspokojení, nějaký pocit toho, že i ty jo někomu na mně záleží a možná by se věci pak dál nevyvíjely tak, jak se vyvíjely, a říkám si, že bych možná s tím jako přestala už dávno a že bych třeba

měla menší takovej ten pocit tý sebenávisti i dodnes, jako že bych neměla to nutkání, nebo tu myšlenku v tý hlavě „nedávej si to, to je sladký, už si jedla“ a tak. Že bych třeba neměla to vyčítání si po jídle, jako mám stále občasně někdy. Nebo jako většinou, ale už je to tak jako moc vzadu, že už se mě to nedotýká tolik.

N: Takže chápu to správně, že pro tebe vlastně nějaký způsob toho vyléčení se, nebo toho, jak se cítit líp, je ta podpora toho okolí. Starost a podpora?

R4: Jo, já si myslím, že jsem vždycky chtěla, ať už se to týkalo čehokoliv, tak jsem chtěla slyšet od jiných lidí, že to, co se mi děje, není v pohodě. Nebo že nejsem v pohodě, protože jsem sama sobě nevěřila ani v tom, jestli můžu doopravdy říct o sobě, že mám problém. Jsem si řekla, že když to řeknu, že akorát kecám, že se akorát snažím být zajímavá, protože jsem chtěla, aby to řekl někdo, aniž bych to musela být já a žádat si o pomoc, protože jsem měla pocit, že si je vymýšlím a že se snažím jenom být zajímavá, protože to je taky to, co jsem častokrát slyšela jak i doma, tak od kamarádů nebo kamarádek. Oni asi nebyli úplně kamarádi, ale od toho okolí, jsem slyšela, že se jen snažím dělat, že jsem zajímavá tím, že si ubližuju a že málo jím a tak, že je to všechno jenom pro pozornost. A možná svým způsobem taky, že jakoby jsem tu pozornost chtěla, protože jsem ji nikdy pořádně nedostávala a tohle byl možná můj způsob, jak ji získat. Jenom jsem tomu pak propadla úplně no.

N: Někáký volání o pomoc?

R4: Jo.

N: A když jsi to té mamce teda napsala, tak jaká byla její reakce? Byla to tahle reakce, že ti řekla, že se snažíš být zajímavá, nebo bylo to nějaký bagatelizování?

R4: Naštěstí ne, ale vím, že brečela a že chtěla vidět jizvy. Už se to tolik netýkalo té anorexie nebo rozhodně na to máma nepřikládala takový důraz, protože podle mě, jak říkám, mám vždycky tak nějak chtěla, abych byla hubená. Takže jako tomuhle konkrétně nepřikládala takovej důraz, ale spíš chtěla vidět ty jizvy a co se mi to děje a pak jsme začaly hledat terapeutku. To byl teda taky porod, protože najít někoho, s kým se dá normálně mluvit a kdo je mi jako blízko a s kým se necejtím, že.. Ona většina těch terapeutek mě vůbec neposlouchala a říkaly, že za všechno může máma, a protože nemám otce a furt jsem poslouchala tohle na každé svůj problém, takže se to pak završilo tím, že jsem skončila v nemocnici. Že jsem se předávkovala práškama a pak se to už začalo řešit. Normálně jsem začala chodit na terapie a konečně jsem začala vylejzat nějak z té černé díry, ve který jsem byla jako zalezlá po dobu třeba 6 let a od té doby už to bylo jako lepší a lepší.

N: Jaký to pro tebe bylo, když jsi zjistila, že se teda jedná o tu anorexiu?

R4: Já jsem asi byla ráda, že to někdo řekl. Že to někdo řekl a nebyla jsem to já. I když ta psychiatricka mě teda taky pěkně srala, protože ona furt říkala něco jako „no, to moje dcera má taky jako trochu problém s jídlem“ a furt to tak jako.. že jsem měla pocit, že to znevažuje a že to přirovnává ke svým dětem. Jako já nepotřebuju, když jdu za psychiatrickou mluvit o sobě a už jsem se odhodlala, že jdu za ním, tak nepotřebuju poslouchat o tom, jak to má někdo jiný. Jakože já vím, že jsou lidi, který to mají třeba horší nebo lepší, ale to jsem úplně nepotřebovala slyšet v tu chvíli, takže mě akorát štvala a vždycky jsem tam přišla jenom, aby mě pustila zase na terapie, protože jsem tam musela chodit, protože mě chtěli pozorovat nebo nevím co. Jsem tam musela chodit, co měsíc asi na nějakou kontrolu

a vždycky mi jenom cpala prášky na spaní a nějaký věci a vůbec se vlastně nezajímala o to, co mi je. Potom jsem měla tu terapeutku.

N: No, a takže teda abych pochopila ten vývoj té léčby. Nejdřív jsi začala teda s psychoterapií, pak jsi docházela na psychiatrii ambulantně?

R4: No, ona to byla psychiatrická, někde v nějaké klinice, kam jsem vždycky jenom přišla na schůzku 10 minutovou a šla jsem pryč. Odnesla jsem si nějaký recept na prášky na úzkosti nebo co, protože jsem jí tehdy řekla, že jsem měla problém se spaním, což myslím, že bylo hodně způsobený tím, že když jsem nejedla, tak mi pak nešlo usnout, protože mě ten hlad jakoby budil a já vím, že jsem si nebyla schopná říct, jakože ty jo, možná bych si měla dát něco k jídlu a pak jít spát. Takže jsem dostala prášky na spaní, které jsem chvilku brala a pak jsem je přestala brát, protože mi terapeutka řekla, že ty prášky, co mi předepsala, když se berou denně, což mi teda psychiatrická řekla, že můžu brát, tak že po dlouhý době způsobují uvolňování svalů a takovejch věcí jakoby hladkého svalstva. Čili bych mohla mít prostě problém s nějakým jako počůráváním se a tak. Tak říkala, že to je šílený, že mi to ta psychiatrická třeba ani neřekla. Já vždycky, když jsem k ní přišla, tak mi zase chtěla předepsat další, jiný a ptala se, jestli fungují a tak. Fakt se nezajímala, jenom chtěla dávat co nejvíc těch prášků.

N: Chápu. Co byl pro tebe vlastně ten zlom v té léčbě? Co vnímáš, že ti nejvíc pomohlo?

R4: Asi ta terapeutka, která mi vždycky říkala, že nikdo jinej nemůže posoudit to, do jaké míry já se necítím dobře a do jaké míry já mám problém. A že se mám vykašlat na to, že mi lidi říkají, že nemám problém, že já vím, že mám problém a že kvůli tomu někam chodit. A vlastně to přiznání si toho, že tam je nějaký problém a slyším to od jiné osoby, která to myslela jako fakt upřímně. Do toho psychoterapeutka byla taková ta humanistická, takže mi dávala najevo emoce. Takže vždycky, když jsem jí vyprávěla něco, tak ukazovala, že jí z toho bylo fakt smutno a to mě tak nevím, je to zvláštní, ale vnitřně mě těšilo, že někomu to moje trápení nepřijde jako normální a přijde mu to jako že to fakt je problém a asi ta terapeutka mi nejvíc pomohla. Tam jsem chodila asi půl roku. Pak šla na mateřskou, což mě naštvalo, ale zvládla jsem to a do toho mi ještě pomohlo, že jsem začala chodit s jedním klukem a ten byl takovej, že mi říkal, že se mu líbím taková, jaká jsem. Vlastně to, že jsem to slyšela a zase to bylo zvenku. Okolí mi nejvíc pomohlo podle mě.

N: Takže takový to přijetí tebe, toho, jak se cítíš, tvých emocí. Vlastně ti stačilo přijetí.

R4: Jo, to, že někdo přijal to, že jsem taková a že mám problém a že to není normální a že o tom musím mluvit. A vlastně to mluvení celkově. Že jsem si sedla a vždycky jsem o tom povídala. Vlastně každá moje terapie nebo každý to sezení, skončilo u tohohle. Skončilo u jídla, u toho, že jsem si zase vyčítala něco a ona, že si nemám vyčítat jídlo, že jídlo je prostě palivo a že to člověk potřebuje a začala mi vysvětlovat, jak to vlastně funguje, že ten mozek potřebuje ty cukry a že tělo potřebuje tohle, jinak začnu spalovat svaly a takhle mi začala vysvětlovat, co se děje biologicky v mém těle, a to mi taky pomohlo, že jsem si uvědomila, že jako to tělo to potřebuje, protože jinak nemůže fungovat správně a že pak si připadám jak blázen. Že mi začnou žrát můj vlastní mozek a došlo mi, že to je kvůli tomu, že jsem za celý den neměla nic prostě, žádný cukr, nic. Nic, na co by ten mozek mohl vlastně jako jít a fungovat.

N: Takže přestože tam bylo to sebezpoškození, tak tam trochu z toho tvého vyprávění cejtím, že ti záleželo na tom

zdraví.

R4: Jo, svým způsobem jo. Tak na půl. Já jsem se totiž bála, když jsem koukala na nějaký film, tak jsem se bála, že dopadnu jako ty holky v těch filmech. Protože většina těch holek ve filmech o anorexii na konci umřela nebo tomu jako ještě víc propadla. A pak jak jsem hodně sledovala ty stránky, tak ty stránky se začaly blokovat a ničit. A už když jsem vyhledávala anorexii, tak mi to řeklo, jestli jsem v pohodě. Že se mě i vlastní telefon zeptal, jestli je všechno v pohodě. Tak to mi taky pomohlo, když jsem zjistila, že už to není normální to postovat na instagram a tak. Přestala jsem to sledovat všechny ty holky, který o tom postovaly a i instagramu jsem sledovala holky, který postovaly o tom jako „moje cesta anorexií“ nebo jak bejt hubená, víš co. Což bylo jako šílený, tak jsem to odsledovala. Protože jsem věděla, že to je toxický a pomohlo mi to, takže jo, trochu mi záleželo na mém zdraví, ale zároveň zároveň jsem chtěla být furt hubená vždycky. Jako to ve mně zůstalo furt trochu, že bych chtěla vypadat jinak, ale už to řeším zdravějším způsobem, že jakoby omezím jídla, ale ne zas nějak extrémně prostě. Sice je to pomalejší, což je hrozně vidět, protože předtím to bylo za tejdenn boom a najednou si připadám hubená a teď to trvá jako 2 měsíce, 3 měsíce, 4, půl roku. Ale aspoň mám takovej ten pocit toho, že je to udržitelnější, protože jsem měla strach z toho, že když zase přestanu jíst, tak pak přijde zas to období přezírání se pak zase období nejezení. A věděla jsem, že to je jakoby cesta k tomu, že vždycky budu nespokojená, protože zhubnu, začnu jíst, cítím se blbě, zhubnu, začnu jíst, cítím se blbě. Říkala jsem si, že to musím vzít nějak jinak, protože jinak nebudu nikdy vlastně spokojená.

N: A jak se vlastně cítíš teď nebo jak s tím vším teď pracuješ? Jak je to dlouho vůbec?

R4: Ty jo, poslední nějaký jako špatnej čas, co jsem měla, bude tak 3 roky, 4 roky zpátky a to bylo kvůli veslování, protože mě trenér začal hrozně hrotit, že jsem přibrala a že nemám váhu na loď a že budu muset začít běhat a dělal si ze mě srandu, že se mě zeptal „kolik vážíš?“ Já jsem řekla 80 a on: „aha, +10 kilo, vid?“ Takhle mě začal prostě hrotit, takže to jsem zase zhubla. A pak mě to vlastně ani nevím kdy, mě to nějak chytlo, že jako „ty jo, už dost. Já už nechci“ a teď se cítím tak, že.. no jako necítím se úplně stoprocentně šťastná ani ve svém těle, ale naučila jsem se ho akceptovat a mít ho radši, než jsem ho měla kdy předtím. Musela jsem si zvyknout na různé věci toho, že jako jak jsem hubla a přibírala, tak mám třeba strie, tak jsem si ho zvyknout na to, že prostě jo, vypadám jak zebra, no tak prostě musím si na to zvyknout. A bohužel jako ty strie nikdy nezmizí, takže vím, že tam už budou navždycky, tak občas si stoupnu před zrcadlo, teďko vezmu to břicho a říkám: „a já tě mám ráda, i když seš prostě trochu velký“ a fakt to dělám jako z donucení trochu i. Jako že vím, že bych měla a vím, že to bude pomáhat a ne že bych si připadala úplně, že je to upřímný, když to říkám, ale snažím se, co nejvíc to jde a rozhodně je to lepší než předtím. Jak říkám, už bych nedokázala vyndat jako jídlo a nejíst třeba 5 dní v kuse nebo 2 měsíce se trápit. Už to už to prostě nejde, jakože dokážu jídlo omezit na třeba 1500 kalorií za den. Furt mám kalorický tabulky v telefonu a furt jim trochu občas říkám, co sním, protože začnu mít špatnej pocit z toho, že jsem toho třeba snědla moc, tak to zapíšu, abych věděla přesně, co to bylo a jak moc je to jako špatný v uvozovkách. Ale už je to o dost lepší, než to kdy bylo vlastně a už ani doma neposlouchám nic, protože máma po té dlouhé době fakt pochopila, že jako mám problém, takže se komentářům na moje tělo a všemu takovému totálně vyhýbá. Do toho, jak jsem asi začala být víc v pohodě sama se sebou, tak jsem začala líp působit na lidi, takže mám kolem sebe jako fakt lidi, který mě mají rádi a připomínají mi, že jsem hezká, sami od sebe třeba někdy i. A mám přítele, který mi taky říká, jako že vypadám dobře a že se mu líbí přesně to, jak já vypadám, tak to mi taky pomáhá s tím, že se pak líp přijímám. Takže teď se cítím o dost líp než dřív, ale furt ještě mám pocit, že by to mohlo být lepší. Že bych mohla mít úplně jako pryč ten pocit toho vyčítání si jídla.

N: Je něco, co ti ta porucha přinesla? Něco jako třeba i pozitivně víš, jestli ti třeba i něco dala?

R4: Jako vím, že když chci, tak jsem schopná fakt čehokoliv. Dala mi takový pocit toho, že mám silnou vůli, když jsem dostatečně přesvědčená o tom, že to chci, anebo musím být přesvědčená všelijak. Tělem, duší, myslí, vším, co to jde. Tak když jsem o něčem přesvědčená, tak fakt jako dokážu jít za tím, co chci. To mi to možná přineslo. A taky mi to přineslo určitě jako pochopení pro jiný lidi a myslím si, že díky tomu, co jsem viděla, jsem našla to, co mě baví. A to je právě psychologie. Protože jako mě baví zkoumat lidi a analyzovat je a tak. A taky mám pocit, že mi to přineslo, což je fakt zvláštní, ale že poznám, když někdo není v pohodě, když mluvím s lidmi i třeba ve škole teď, který vůbec neznám, tak si tak jako vytipovávám, že ten má s něčím problém, ten má s něčím problém. Že mám pocit, že my, ty lidi, co máme nějaký problém, poznáme ty druhý, co měli nebo mají nějaký problém. Takže to mi to možná přineslo, že mám pocit, že mám takovou jako výhodu, kdybych chtěla studovat tu psychologii, jestli tam někdy dostanu. Tak jako vím, že psychologii zásadně studuju jenom lidi, co měli třeba v minulosti nebo mají vlastně nějaký problémy. No skrz to se asi snaží najít vlastně pochopení pro sami sebe. Takže mám pocit, že mi to přineslo i tohle, jako ten chtějí pro tu psychologii, pro porozumění lidem a že jsem vlastně shovívavější k lidem. A rozhodně bych řekla, že mám na prvním místě to, aby se všichni kolem mě cítili dobře, protože nechci, aby se někdo cítil, tak jako jsem se já cítila dřív.

N: Takže nějaká empatie, péče, porozumění ostatním.

R4: Jo, určitě.

N: Co bys doporučila lidem s anorexií?

R4: Ty jo, no to je složitý. Já teď řeším, že můj přítel, ne že by měl anorexií, nebo já nevím, jestli to dá definovat, ale jakoby on ze stresu prostě nejí. A jak dlouho nejedl, protože teď měl zkouškový a byl hodně ve stresu, tak se mu tak stáhl žaludek, že jako nemůže vůbec jíst, protože mu je z toho vždycky špatně a jako já vidím, že furt hubne a jako mně samotný, je to trochu nepříjemný tím, že vím, že furt mám v hlavě ten hlas, který mi říká, že takhle bych chtěla vypadat prostě a zároveň se snažím mu nějak říct, aby s tím něco udělal a fakt jako nic, co říkám, nefunguje. Většinou mu říkám třeba „zkus si vzít nějaký jídlo, který máš fakt rád“. To je podle mě důležitý, jakože když ten člověk jako nechce jíst, tak před něj postavit to, co nemůže odmítnout a třeba se zaměřit na to, že jíst aspoň jednou denně tu věc, kterou má fakt rád. Ale upřímně nevím, co bych doporučila. Navíc já myslím, že to je takovej boj fakt na tak dlouhou trať a rozhodně to člověk nezvládne sám, mám pocit. Že je důležité, aby ten člověk měl někoho, kdo ho v tom bude podporovat. Nebo kdo ho v tom právě nebude podporovat spíš a kdo mu bude říkat, že to je špatně. Ale co bych jim doporučila chodit na terapii asi. Možná nějaký jako group sessions. Kde je víc lidí, setkat se s těma lidma, co mají s tím taky problém. Vidět ty ostatní lidi a co se jim děje v hlavě podle mě pomáhá. Jinak bych doporučila terapii, ale to já doporučuju každému druhému člověku, mám pocit, co potkám. Takže asi tak, ale víc mě nenapadá no.

N: A co bys no naopak nedoporučila?

R4: Co bych nedoporučila? Ty jo. Hodně věcí. Asi bych nedoporučila setkávat se s lidmi mimo tu terapii dejme tomu, nesetkávat se s lidmi, který dělají to samé, protože se v tom pak navzájem podporují, protože to jsem přesně měla já. Že jsme se s tou holkou podporovaly. Ona mi psala takový věci jako „nejez dneska, ty tlustý prase“. Je podle mě důležité, se s těma lidma tolik nestýkat, přestat sledovat na instagramu holky, který vypadají dokonale a tak, protože to je prostě palivo, taková motivace každodenní. Možná si to zapisovat někam, ale to je zase doporučení spíš, ale nenechávat si to v sobě a řešit to s lidma a řešit to nahlas. A vím, že ty lidi si to většinou třeba chtějí nechat pro

sebe, protože čím dýl si to nechají pro sebe, tím dýl to můžou praktikovat. Takže bych spíš doporučovala lidem v okolí, aby si všímali víc toho, co se děje lidem okolo.

Zaměřili se na to, že když někoho nevidí za den nic sníst, tak něco je asi špatně. Že by to chtělo ty lidi možná až trochu nutit, aby si něco dali.

N: Mě ještě teď zaujala jedna věc. Ty jsi říkala, že nestýkat se s lidma, který maj ten samej problém, kvůli tomu vzájemnému podporování se, což v podstatě je součástí každý léčby v rámci nějaký hospitalizace na psychiatrii, protože tam seš obklopená dalšími lidmi s anorexií nebo s jinou poruchou příjmu potravy. Ty ses asi s tím setkala, ne?

R4: Jo, já jsem nebyla nikdy hospitalizovaná, ale ta moje kamarádka byla hospitalizovaná a byla na oddělení s anorektičkami a já jsem tam za ní chodila a vím, že ona ty ostatní brala jako motivaci, že to brala jakože „vidíš tuhle holku? Takhle chci jednou vypadat“ a to byla taková ta holka, která měla už takový ty obří kolena a byla už fakt kost a kůže, tak to bylo děsivý. Já jsem tam vůbec nemohla chodit, protože mě to mě to nedělalo dobře, vidět ty holky. Do toho, ona ta moje kamarádka řekla těm sestřám a holkám, co byly s ní na tom oddělení, že já můžu za její problémy. Takže když jsem tam přišla, tak na mě všichni koukali hrozně nenávistně. Já jsem vůbec nevěděla, o co jde a pak jsem se později dozvěděla tohle. Takže jsem tam přestala chodit, s tou holkou už se ani nebavím a ani bych nechtěla, protože ne, že bych jí to dávala za vinu, ale ta podpora, kterou jsem od ní dostávala, byla fakt šílená, to bych nepřála nikomu. Já si myslím, že není dobrý se setkávat s těmi lidmi jako ve svém osobním životě. Na těch terapiích a tak. Jako nevím, jak to na jiný lidi působí, ale upřímně, já bych nechtěla být hospitalizovaná na místě s lidmi, který mají stejnej problém, protože by mě to nepomáhalo. Naopak, by mě to podporovalo. Do toho některý z nich, byly takový ty zarytý do toho, že nechtějí pomoci, že jsou tam jenom kvůli tomu, že musej. Tak to podle mě nemůže pomoci jako jiným lidem, kteří si chtějí nechat pomáhat.

N: Takže tady to nastavení toho systému je za tebe asi špatně.

R4: Řekla bych, že jo. Nemyslím si, že je to dobrý pro lidi, co mají anorexiu, potkávat se s dalšíma lidma, co ten problém mají, na denní bázi a být s nimi v bližším kontaktu, když na ně nikdo nedohlíží.

N: Není řízenej.

R4: Jo, děkuju.

N: A ještě by mě zajímalo, jaký je tvůj názor, protože jsi říkala, že v době, kdy sis tím procházela, tak byl takovej ten kult tý krásy takový ty hodně hubený holky, byly nějakž ty aplikace, což se teď dost změnilo. Teď je to naopak, že ty lidi se snaží víc mluvit ať už o té nadváze nebo.. Jsou na to různý názory, že jo, ale ta myšlenka byla asi taková jakože „přijmi své tělo takové, jaké je“. Co ty si o tom myslíš? Pomáhá to?

R4: Jo, určitě. Jako mně určitě. Určitě to pomáhá vidět třeba na instagramu a všude takhle i holky, který nevypadaj, jako ten ideál krásy, oblíkají se dobře a cítí se dobře. I třeba ty holky, který vypadaj, podle mě, jako ten ideál krásy, který ukazujou, že když si sednou, tak mají taky prostě rolls a tak. Tak mě to prostě vždycky jako uklidňuje a dělá mi to dobře. Takže jsem začala sledovat i přesně tyhle jako body positivity holky a mám pocit, že to občas přesahuje až

do nějakýho extrému, kdy lidi začnou podporovat a omlouvat jako fakt obezitu, která už je nebezpečná a pro zdraví jako není úplně dobrá. A já chápu, že častokrát ty lidi, co jsou obézní, dělají, co můžou pro to, aby zhubli. A že když je prostě společnost ještě jako hází dolů, tím, že jsou jako hnusný, obézní, tak jim to moc nepomáhá. Co mě třeba fakt naštválo, teď jsem potkávala, někdy ještě třeba půl roku zpátky v metru, začaly být všude reklamy tady u nás. Jako obezita je nemoc a zabíjí. Řekněte si svému lékaři o léky a takovýhle věci. Tak mě to úplně štválo, že takhle se člověk nebude cítit přijímaný, když tohle vidí. Zároveň chápu, že když je ten člověk hodně obézní, morbidně obézní, tak to fakt není dobrý, ale to je podle mě každého věc a nikdo by mu do toho neměl kecat. A jestliže on je takhle spokojenej a nechce nic dělat a chce se ujíst k smrti, tak ho nechme prostě. Ale zároveň jako vím, že začalo být na takovém pomezí, že začali lidi hrotit hubený holky, že jsou už moc hubený, že by měly víc jíst a tak. A ty se vůči tomu začaly obraňovat tím, že je to úplně stejné, co bylo na tlustý, tak je teď na hubený a já teda nejsem úplně přesvědčená o tom, že je to to stejné. Že bych to dala na tu stejnou mírou, protože tlustý lidi byly vždycky odsuzovaný a budou vždycky trochu odsuzovaný. A myslím si, že ať už se společnost snaží jak chce, tak třeba minimálně tady v Česku nejsme tak progresivní a tak liberální, že bychom řekli, jakože „jo, buďte všichni tlustý. Je to v pohodě, body positivity“. Naopak. Vždycky, když vidím komentáře pod nějakou holkou Češkou, co je body positivity, tak tam vidím jako „tlustý prase, přestaň jíst“. Že jako ty češi, jsou fakt v tomhle hrozný a mám pocit, že furt ten ideál krásy je hubenější holka a třeba má i plný tvary jakože má zadek, prsa. Ale furt ty chlapi nebo i ženy častokrát chtějí, aby ta holka byla pořádně hubená, ale měla ten zadek a prsa a už nedomýšlejí to, že to jako třeba nejde jako úplně zkombinovat. Ale jak říkám, furt jakoby ten ideál krásy je spíš bejt hubenější a nemít tu nadváhu. Do toho ty doktoři, jak jsem se s tím setkala, furt se s tím setkávám, že každéj můj problém hrotí, že to je tím, že jsem tlustá. Tak bych řekla, že to furt mají v uvozovkách hubenější holky jednodušší, a když mi nějaká holka řekne, že říct ti „ty tlustý prase, zhubni“, je to stejné jako říct ti „hele, běž se najíst“, tak bych řekla, že není, protože když člověk má hubnout, tak to je o omezování se. Ale když má člověk jíst, tak to se může jako rozjet. Chápu, že pro některý lidi je těžký třeba přibrat a berou si to osobně a chápu, že to taky není příjemný, ale zároveň oni nikdy nebudou tou společností tak jako systematicky odsuzování, jako jsou naopak tlustý lidi. Takže na to mám takovej trochu bipolární názor, ale zároveň je to těžký, ale mám pocit, že furt to bejt tlustej, je horší pro lidi a pro to, jak to společnost vnímá, než bejt hubenej.

N: Jasně. Každopádně, tobě prostě pomáhá to mluvení o tom zdraví. Že člověk může bejt zdravěj, i když má prostě.. nechci říct nadváhu, ale..

R4: Nějaký kila navíc.

N: Přesně tak.

R4: Já si hlavně říkám, že je důležitý, že každéj jsme úplně jinej, každéj máme stavěný tělo jiným způsobem, jinak zpracováváme věci, máme jiný metabolismus, všechno úplně. A jako i kdybych prostě měla úplně stejnou dietu, jako má hubená holka, tak nebudu vypadat jako ona. A jsou lidi, který můžou jíst víc a lidi, který musej jíst míň, protože jinak budou prostě přibírat a tak. A mám pocit, že to zdraví na každým vypadá úplně jinak a přijde mi hrozně blbý to dávat jakože tohle je to zdravý. Takhle by měl každéj vypadat, protože kdybychom všichni vypadali stejně. Tak to každý z nás může jeden vůbec nejíst a druhý musí jíst hrozně moc a jako nikdy nedosáhneme toho, abychom všichni vypadali tak, jak společnost obecně říká, že to je zdravé. Takže myslím si, že zdraví na každém vypadá prostě jinak.

N: A ještě by mě zajímala jedna věc. Co sis díky anorexii uvědomila?

R4: Ty jo. Asi jako že tělo není všechno. Že moje osobnost není jenom to, jak vypadám. Že prostě nejsem jenom svoje tělo, že jsem víc a že mám víc co nabídnout a že jsem třeba chytrá a fajn a tak, a že to je důvod, proč mě lidi budou mít rádi a ne kvůli tomu, že budu hubená. Takže to jsem si uvědomila.

N: Je něco, co bys chtěla ještě na závěr říct? Cokoliv, na co jsem se neptala, nebo co tě napadne.

R4: Hele, mě už asi nic nenapadá, protože mám pocit, že jsem ti docela vymluvila díru do hlavy. Ale.. no myslím si, že by doktoři měli ty jo fakt začít se sebou něco dělat, protože tam sedí nějaká trochu obtloustlá doktorka a říká lidem, jak by měli být jiný a jak by měli prostě něco se sebou dělat a přitom sama se sebou nic nedělá. Ono to pak vypadá fakt hrozně divně a blbě pro ostatní lidi. Hlavně je to takový, že když tě odsuzuje doktor, kterej by měl vědět, co je zdravý a co není zdravý, tak pro lidi je to podle mě příšerný a myslím, že to nedělají jenom mně, že to dělají každý holce nebo i klukovi. I když mám pocit, že u těch holek se to trochu řeší víc než u kluků. Jak když ti někdo furt říká, že jako „No ty máš tenhle problém? Máš špatný kolena? Zhubni. Zvedá se ti často žaludek? Zhubni. Bolí tě tělo? Zhubni.“ Furt na všechno zhubni. Já mám pocit, že by fakt měla přijít nějaká osvěta k těm lékařům na tu lékařskou fakultu a třeba jim tam říct buďte na ty lidi milejší, máte těm lidem hodně co předat a vy jste ti, co by jim mohli pomoci a přitom támhle vám přijde nějaká trošku tlustší holka, která může taky mít anorexii a může se trápit v hlavě, protože přece jen je to mentální problém a není to jako jenom o tom, jak ten člověk vypadá. A podle mě i fakt tlustá holka nebo jako tlustá.. teď nemyslím jako hanlivý název, ale prostě jako objektivně, že jako může mít anorexii. Může mít ten problém. Sice to není přímo anorexie, ale atypická anorexie. Ale i ona může mít problém a může jí to extrémně žrát zažíva jako vnitřně. Takže si myslím, že by měla přijít nějaká osvěta, ale lidi by o tom měli víc mluvit obecně.

Že i tlustý lidi, se můžou cítit špatně a nemusej být spokojený s tím, jak vypadají a můžou s tím bojovat, co to jde a stejně jim to třeba nevychází, protože prostě jejich tělo není stavěný na to, aby takhle vypadali.

N: Mě teď ještě napadla ještě jedna otázka, na kterou bych se tě ráda zeptala. Už jsme na to narazily několikrát během toho rozhovoru a to je diagnostika té poruchy.

R4: No to je hrozný.

N: Vlastně mám hned několik otázek. Jedna věc je to, že tobě byla diagnostikována atypická anorexie, i teď jsi o tom vlastně jako mluvila. Jaký to pro tebe je, mít tu nálepku, protože mi přišlo, že ti vadí mít tu atypickou anorexii, protože tam vlastně nesplňuješ ty kritéria té anorexie jako takové. Ptám se, protože jsem to neslyšela poprvé, už jsem to slyšela od více lidí, že je to jako našťvalo spíš. Že je to jako podpořilo k tomu spíš, že si řekli „do prčic, já nejsem jako dost na to, abych..“

R4: Abych i splnil tu nálepku pořádně. Jo, úplně. Mám to tak. Myslím si, že to tak má víc lidí a přijde mi, že by se to fakt mělo změnit, že by se nad tím měli zamyslet, že jak máš, já nevím, jak se to přesně jmenuje, ten seznam všech těch nemocí.

N: MKN?

R4: Jo, MKN, děkuju. Tak že by to měli pozměnit tak, že ne atypická anorexie, ale anorexie obecně. Že by tam měli spadat lidé, co splňují ty hlavně jako psychické aspekty té nemoci a ne jenom tělesnou váhu. Jakože to mi přijde fakt jako šílený říct, že jako nemůžeš být anorektička, protože nemáš určitou váhu, protože to je podle mě problém, co mají lidi v hlavě a nemusí se nutně promítat na těle. A přijde mi, že právě na ty lidi, co mají ten problém, to působí

tak, že jim nikdo neřekne, že mají fakt problém. Ale že ten problém tak jako trochu zlehčují, že jako ty máš jenom atypickou anorexii. To jsem tuhle slyšela, že někdo má sub depresi. Že ti neřeknou, že máš depresi, ale že máš jenom lehký stádium deprese. Jako ty vole, já se chci zabít, ale mám jenom lehký stádium deprese? To je fakt moc hezký. Prostě podle mě, by s tím měli něco dělat, ačkoliv je to tak dlouho zarytý a je to tak dlouho takhle vymyšlený, že je podle mě těžký, to změnit, ale zároveň to na ty lidi, co mají ten problém, působí tak, že nejsou ani dost dobrý na ten problém. Jako myslím, že stejně tak jako se cejtím já ohledně toho, tak se ohledně toho cítí pousta lidí, co takhle byla diagnostikována. Nedej bože je to i nutilo do toho, aby ještě víc zhubli, aby byli dost dobrý na to pořádnou anorexii.

N: Jasný. Tím, že tam je stanovený ten limit toho BMI tak, že je to vlastně může naopak motivovat k tomu, aby dosáhli toho čísla.

R4: Jo, ještě když si vezmu, co to BMI původně vůbec bylo. Co to vlastně je jako BMI? Ty nebylo vůbec vymyšlený na lidi a přijde mi, že jako vím, že se ohledně toho furt všichni motaj a že máš nějaký BMI a tohle a tohle. BMI je jenom prostě vejška x váha, což jako neříká nic o tom, jestli člověk je tlustej nebo hubenej. Protože támhle nějaký kulturista, kterej nemá ani trochu tuku, tak může vážit 100 kg, ale není tlustej. Ale BMI mu řekne, že je morbidně obézní. Tak jako tam je vidět, jak je to úplně hloupý, na tom BMI tak lpět a tak strašně se na něj zaměřovat. Jako pro běžnýho normálního člověka, co jako nic extra nedělá, možná jo. Ale když ty lidi sportujou, nebo něco dělají, tak jako.. A podle mě, by se taky měla možná posunout ta hranice, že určitá fáze nadváhy je podle mě ještě furt úplně normální a říkat to BMI, je vypočtený asi tak nějak, že jako když mám 170 cm, tak do nějakých 60 kg, je to v pohodě a pak už začínám mít nadváhu Já si myslím, že když má člověk 170 cm a 70 kg, tak je úplně normální a je to úplně normální váha a je to taková ta nejvíc udržitelná váha pro toho člověka. Přijde mi, že když ti pak doktor řekne jakože „no BMI máte 25, tak to už je jako trochu nadváha, to byste s tím měl něco dělat“, hrozný.

N: Jasný. Že by se prostě mělo brát v potaz, jestli ten člověk sportuje, jak je poměr tuků, svalů..

R4: Jo. Jako jestli jeho tělo je zdravé a funguje tak, jak má.. Když mu funguje tak, jak má, tak co řešit, že má kila navíc? To už pak není vůbec podstatný.

N: Takže za tebe diagnostické systém má rezervy?

R4: No, rozhodně. V tomhle jako podle mě fakt selhává.

N: Tak jo. Tak děkuju moc za rozhovor.

R4: Já taky děkuju.

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Nela Sasková

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Název práce: Anorexie a život po úspěšné léčbě

Rok dokončení práce: 2023

Počet znaků textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 7247

Ostatní text: 88974

Celkový počet znaků: 96221

Počet pramenů literatury: 58

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: bc_saskova_2022.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: bc_saskova_2022.docx

**Posudek vedoucího/øpenenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Nela Sasková
Obor studia: Psychologie
Název práce: Anorexie a život po úspěšné léčbě
Vedoucí/øpenent* práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh: 50

Počet titulů v seznamu literatury: 58

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x	x		
--	---	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x	x		
--	---	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co by se podle Vás mělo v léčbě mentální anorexie v ČR změnit / vylepšit?

Co bylo pro Vás při provedení výzkumu nejtěžší?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje problematice mentální anorexie a její léčby. Teorie je psána čtivou a kultivovanou formou za použití dostatečného objemu domácí i zahraniční literatury.

V praktické části si autorka klade za cíl porozumět zkušenosti tří participantek a jednoho participanta ohledně jejich léčby mentální anorexie a života po léčbě. Oceňuji náročnost získání vzorku a provedení rozhovorů, rozhovory jdou dostatečně do hloubky, je vidět, že autorce se povedlo navázat dobrý kontakt s participanty. Tematická analýza je realizována pečlivě a metodicky správně, výsledky jsou čtivé a analýza přináší mnohá zajímavá zjištění.

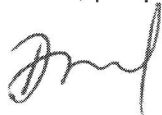
Oceňuji také samostatný a iniciativní přístup autorky.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

Výborný

Datum, podpis:



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Nela Sasková
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Anorexie a život po úspěšné léčbě
 Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 57
 Počet stránek příloh: 46
 Počet titulů v seznamu literatury: 58

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

x				
---	--	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření

	x			
--	---	--	--	--

(respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny

		x		
--	--	---	--	--

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování

	x			
--	---	--	--	--

(jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice

x				
---	--	--	--	--

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

		x		
--	--	---	--	--

(publikace, referáty, apod.)

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

U prezentaci výsledků mně velmi překvapili dvě témata a to:

Anorexii nebo rakovinu? "Deset rakovin, klidně: psychický aspekt poruchy je zásadnější"

"Netěšilo mě, že mám zdravý děti: deprese a změna hodnot"

Co si o tom myslíte?

Uvádíte, že se v rozhovorech a pak při následní analýze objevovalo mnoho témat, které s hlavním tématem nesouviseli. Zajímalo by mě i tak, které z těchto témat Vás překvapilo?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka se ve své bakalářské práci věnuje tématu: „Anorexie a život po úspěšné léčbě.“

Teoretická část práce je koncipovaná jako strukturovaný koncept, který má za cíl obeznámit čtenáře s nosnými oblastmi hlavního tématu práce. Je rozdělená na dvě velké kapitoly, které jsou pak rozděleny na více podkapitol. Jsou zde informace k mentální anorexii – diagnostická kritéria, etiopatogeneze mentální anorexie, projevy a průběh nemoci. Oceňuji podkapitolu věnovanou rizikům a následkům a mortalitě u MA a důležitým faktorům formujících sebepojetí. Druhá kapitola je věnována oblastem léčby – zahájení léčby, hospitalizace, individuální, skupinová i rodinná terapie i terapie nutriční. Nechybí tady ani informace o cestě k uzdravování, relapsu, životu po léčbě i prevenci. Oceňuji práci studentky s odbornou literaturou. Teoretická část je strukturovaná, jsou zde základní a nezbytné informace, které vytvářejí dobrý podklad pro část metodologickou.

Už na první pohled je metodologická část přehledná a jsou zde všechny náležitosti. Jak cíl výzkumu, tak hlavní výzkumná otázka, podotázky. Líbí se mi scénář otázek, etické aspekty a důležité vlastní předporozumění k danému tématu, kritéria výběru respondentů. Jsem ráda, že je mezi respondenty také muž.

Studentka si také zvolila vhodnou metodu analýzy dat /TA/ a myslím, že přinesla podnětná až někdy

Doporučení k obhajobě

doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Po zdařilé obhajobě navrhuji hodnocení výborně.

Datum, podpis: 1.5.2023

Mgr. Zuzana Janotková

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a