

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Anorexie v současné společnosti

Karina Kelemanová

Plzeň 2020

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Anorexie v současné společnosti

Karina Kelemanová

Vedoucí práce:

PhDr. Tomáš Kobes, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2020

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, květen 2020

.....

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat především vedoucímu mé bakalářské práce, kterým byl PhDr. Tomáš Kobes, Ph.D. za jeho trpělivost v průběhu celé bakalářské práce a to s přihlédnutím na současné dění. Vděčím mu za neocenitelné rady, bez kterých bych se zajisté neobešla. Děkuji mu za ochotu, se kterou mi pomohl, vždy když to bylo potřeba. Mé další poděkování patří také respondentkám, které mi věnovaly svůj drahocenný čas a za poskytnutí jejich nezapomenutelných příběhů. Poslední díky chci věnovat mé rodině a to především za jejich podporu, při celém mém studiu.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	2
2.1	Mentální anorexie	2
2.2	Historický vývoj mentální anorexie	3
2.3	Průběh a prognóza	4
2.4	Přehled léčby poruch příjmu potravy	7
2.4.1	Úplná hospitalizace	7
2.4.2	Částečná hospitalizace	8
2.4.3	Ambulantní lékařská péče	9
2.4.4	Svépomoc, řízená pomoc a psychoedukace.....	9
2.4.5	Rodinná terapie	10
2.4.6	Kognitivně-behaviorální terapie.....	10
2.4.7	Interpersonální terapie	11
2.4.8	Psychodynamická terapie	11
2.4.9	Léčebné postupy-shrnutí.....	11
2.5	Anorexie z pohledu sociologie	12
2.5.1	Spojení sociální třídy s anorexií	12
2.5.2	Mýtus krásy, aneb nátlak požadavků dnešní společnosti jako brána k anorexii	13
2.6	Shrnutí teoretické části	16
3	METODOLOGIE	17
3.2	Průběh výzkumu	17
4	ANALYTICKÁ ČÁST	20

4.2	Začátek onemocnění	20
4.2.1	Zlomový bod	24
4.3	Průběh nemoci	25
4.3.1	Období léčby	28
4.3.2	Doba léčení	31
4.3.3	Respondentky a pohled okolních lidí.....	32
4.3.4	Kult štihlosti	34
4.3.5	Vliv médií a sociálních sítí	36
4.4	Konec nemoci	38
4.4.1	Období po nemoci	38
4.4.2	Pozůstatky nemoci	40
4.4.3	Zkušenost, která se hodí	41
4.5	Shrnutí analytické části	43
5	ZÁVĚR	44
6	LITERATURA	45
7	RESUMÉ	47

1 ÚVOD

Potřeba jíst, neboli přijímání potravy patří mezi základní biologické potřeby každého člověka, či živého tvora. Najdou se však lidé, kteří dokáží tuto potřebu potlačit a omezit tak příjem potravy na minimum. Tomuto jevu se říká porucha příjmu potravy, mezi které patří i mentální anorexie. Lidé s touto nemocí snědí velmi malé množství potravy. Pro představu třeba jen jedno jablko denně. Postupem času si snižují svůj denní příděl potravy, každý den více a více. Dávají si malé porce a později už nepřijímají žádné jídlo, ale pouze tekutiny, zejména vodu. Největší hrozbou pro lidi s mentální anorexií je absence vnímání úbytku jejich tělesné hmotnosti. Jejich těla jsou pohublá, tzv. vyzáblá až na kost, jsou na hranici smrti, ale oni dále cítí, že musí hubnout a stále snižovat svou hmotnost.

Cílem této práce je na základě rozhovorů s respondentkami, které prošly tímto těžkým onemocněním, představit počátek nemoci a průběh léčby v jejich sociálních dimenzích. Ukázat, jak se podílí na formování subjektivity dané dívky. Z této perspektivy jsou pro mou bakalářskou práci podstatné tyto úrovně:

- a) formování onemocnění a její diagnostikování;
- b) léčebné strategie;
- c) vztah nemoci a subjektivity pacienta;

Chtěla bych, aby se lidé díky mé bakalářské práci dozvěděli, o jak rozšířené závažné onemocnění se v případě mentální anorexie jedná a jak jednoduché je, aby u pacienta nemoc propukla. Vnímám jako důležité, aby se tyto informace dostaly do povědomí čtenářů mé práce.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (dále jen MA) je nejvíce charakterizována tím, že se nemocní snaží o to, aby jejich tělo vážilo co nejméně, a z toho důvodu vědomě odmítají přijímat potravu. Z medicínského hlediska jsou pro MA diagnostická kritéria tato: udržování příliš nízké váhy a neustálý strach ze ztloustnutí, to i přes velmi nízkou váhu nemocného. Posledním kritériem je u žen úplné vymizení menstruačního cyklu (Krch, 2008, s. 21-22).

J. P. Feighner (1972) v jednom ze svých článků uvádí, že pro diagnózu anorexie jsou nejdůležitější především klinické příznaky, které se u ní objevují. Ty dělí do šesti bodů. V mnoha směrech se shodují s pohledem medicínským, jsou však doplněny o další důležité body:

- 1) Výskyt onemocnění u pacientů mladších 25 let
- 2) Úbytek tělesné hmotnosti, a to více než 25 % z původní váhy
- 3) Vyhýbání se jídlu, nechut' k jídlu
- 4) Žádné z předchozích onemocnění, které by bylo důsledkem anorexie
- 5) Žádné jiné psychologické onemocnění
- 6) Jiné příznaky, např. hyperaktivita, zvracení, bulimie, ztráta menstruačního cyklu.

Pokud jsou splněny tyto příznaky, je možné u pacienta diagnostikovat mentální anorexii (Feighner, 1972, s. 61).

Se vznikem anorexie, často souvisí i různá povolání, nebo sportovní branže. Jedná se o působiště, kde se upřednostňuje výkon, kontrola váhy a je zde výskyt konkurence. Mezi nejrizikovější sporty, kde

se poruchy příjmu potravy vyskytují nejčastěji, patří vzpěračství, gymnastika, tanec nebo atletika (Novák, 2010, s. 72).

U žen a dívek, které trpí touto nemocí, může být někdy velmi těžké rozpoznat, že jsou tímto onemocněním postiženy. Dost dívek některé z kritérií zapírá. Ve většině případů si děvčata vymýšlejí co nejvíce uvěřitelné odpovědi na to, proč tolik sportují, nebo proč konzumují jen vybrané potraviny. Mezi jejich časté odpovědi patří například, že zrovna na tuto potravinu mají alergii, nebo že prostě jen chtějí žít zdravě (Krch, 2008, s. 22).

Anorektici se tak stávají chronickými lháři. Lžou nejen svému okolí, ale také sobě. Když lžou sami sobě, bývá to ve fázi, kdy se snaží svému já vysvětlit, proč že vlastně hubnou. Svému okolí lžou zejména, když chtějí skrýt svou nechuť k jídlu a svůj příjem stravy se snaží omezovat na minimum. Lžou, když odpovídají na otázku, jestli už jedli, oblékají se do volného oblečení, aby tak skryli svou vyhublost. Tím se snaží vyhnout jakékoliv konfrontaci s ostatními. Pokud se anorektici nesnaží hubenost skrývat, vše svádějí na svou méněcennost (Claude-Pierre, 2001, s. 82-83).

2.2 Historický vývoj mentální anorexie

V 5. století před naším letopočtem se jako první o poruchách příjmu potravy zmiňuje Hippokrates a nazývá tuto nemoc názvem „asithia“. Jako první v historii s termínem anorexie přichází ve 2. století našeho letopočtu Galén (Faltus, 2018, s. 21). I Galén, obdobně jako Hippokrates používal termín „asithia“, když se zabýval odmítáním potravy (Deth & Vandereycken, 2005, s. 28).

První dívka, která se do historie zapsala tím, že dobrovolně zemřela hlady, žila ve 14. století a jmenovala se sv. Kateřina ze Sienny¹ (Faltus, 2018, s. 21). Už v 17. století se na povrch dostávaly různé obrazy o tom, jak by mohla vypadat nemoc s diagnostikou mentální anorexie (Reynolds, 1669; Morton, 1689 cit. dle. Faltus, 2018, s. 21). Avšak ten nejvýstižnější popis nemoci je přisuzován lékaři jménem Richard Morton. Ve světové literatuře je popsán jako první portrétista mentální anorexie (Faltus, 2018, s. 21).

Na začátku 19. století byly lékařem jménem Fleury Imbert definovány dva typy anorexie. Prvním typem je gastrická anorexie neboli anorexie gastrique. Tento typ je charakterizován poruchou trávení. Druhým typem je nervová anorexie neboli anorexie nervouse, kde dochází k problému v mozku, který neprodukuje signály chuti k jídlu či potřeby jíst. Následkem tohoto je, že pacienti odmítají přijímat potravu. Ve druhé polovině 19. století na scénu přichází francouzský lékař Louis-Victor Marcé, který sledoval několik mladých děvčat, jenž, trpěly nechutí k jídlu. Tento francouzský lékař jako první charakterizoval případy mentální anorexie (Faltus, 2018, s. 22). K jejímu zařazení mezi duševní poruchy pak dochází ve 40. letech 20. století (Faltus, 2018, s. 23).

Mezi významné osoby v tomto oboru na našem území můžeme zařadit např. prof. Vratislava Jonáše, prof. Otakara Janotu, prof. Papežovou, F. D. Krcha a J. Kocourkovou (Faltus, 2018, s. 23-25).

2.3 Průběh a prognóza

Přes veškerou závažnost onemocnění poruch příjmu potravy se u pacientů může začátek onemocnění velice lišit. U mentální anorexie se nejčastěji uvádí začátek nemoci ve věku 13 až 20 let (Krch, 2005, s. 22).

¹ Sv. Kateřina ze Sienny, pochází ze 14. století. Jedná se o první informace o dívce, která zemřela v důsledku toho, že dobrovolně odmítala jídlo. Od svých 16 let žila pouze o vodě, chlebu a zelenině. Hojně využívala kořínky, vyvolávající zvracení.

Ve věku 11-12 let totiž dochází u dívek ke specifickým tělesným změnám. Jde především o příbytek váhy, formování postavy, a počátky menstruace. Právě tato etapa, kdy dochází k fyziologickým změnám v období adolescence, je velmi nebezpečná pro rozvoj MA. Dívky nejsou připravené na přibývání váhy, které samy nedokáží kontrolovat, což bývá popudem k nástupu držení diet a cvičení (Bruch, 1973, s. 152-153). Existují případy, kdy se mentální anorexie objevila už i u osmiletých dětí, což je ale zcela výjimečné. V opačném případě je pak možné, setkat se s počátkem MA až po 30., dokonce i 40. roce věku. Tyto případy však také bývají výjimkou (Krch, 2005, s. 22).

Za vznikem poruch příjmu potravy a jejich následným rozvojem stojí velké množství faktorů. Nástupu nemoci nejčastěji předchází období stupňujících se diet. Postižení poruchou příjmu potravy (dále jen PPP) se často špatně vyrovnávají se sníženou energetickou potřebou na konci dospívání, dále s nároky sportovní kariéry anebo ženy s těhotenstvím. Zprvu má postižený obvykle normální stabilní tělesnou hmotnost. Začátek nemoci je ve většině případů pomalý, zdlouhavý a nenápadný. Postoje pacienta k příjmu potravy se postupem času mění a zvyšuje se jejich nepřiměřenost a extrémnost (Krch, 2005, s. 22-23).

Průběh mentální anorexie může mít jednotný děj, kdy se pacient vrátí do bezpříznakového období, tedy začne fungovat běžným stylem života. Další typy průběhu jsou dlouhodobě táhnoucí se a trvajících onemocnění anebo naopak krátkodobý děj, který se však neustále opakuje po mnoho let. V případě MA se jedná o velmi různorodou skupinu poruch s proměnlivým průběhem a prognózou (Krch, 2005, s. 23).

Mentální anorexii řadíme mezi nejsmrtelnější psychické poruchy. Její úmrtnost se pohybuje někde mezi 2 až 8%. Oproti ostatním psychickým poruchám je její úmrtnost až třikrát vyšší (Krch, 2005, s. 23).

Pacienti trpící poruchami příjmu potravy úplně změň kvalitu svého života. Čím je průběh nemoci delší, tím horší to má také vliv na jejich zdraví. Při dlouhodobém průběhu se zhoršuje psychika pacientů a důsledkem všeho jsou závažné příznaky depresí. U lidí s MA je kromě neurotických poruch, afektivních poruch a obsedantně kompulzivních poruch, velmi často možné sledovat závislost na omamných a jiných psychotropních látkách. Pacienti, kteří si procházejí dlouhodobým průběhem PPP, vytvářejí vlastní zvláštní kategorii, která také vyžaduje svůj specifický přístup. U PPP se v případě dlouhodobosti průběhu hovoří o pacientech trpící mentální anorexií 10 až 15 let. Zcela výjimečně se u pacientů, kteří trpí MA, jejich zdravotní a psychický stav poškodí natolik, že již nemohou žít „běžným“ způsobem života, ale jsou odkázáni k životu na nemocničním lůžku (Krch, 2005, s. 24).

V případě, že se jedná o akutní stav onemocnění, MA obvykle zanechá v pacientovi následky ve formě zdravotních potíží. Mezi ně řadíme:

- Bradykardii (zpomalení srdeční frekvence)
- Edémy (otoky, stav, při kterém se ve tkáních a orgánů vyskytuje větší množství tekutiny) zapříčiněné nevyvážeností elektrolytů
- Možná nefunkčnost ledvin
- Možná nefunkčnost jater
- Osteoporóza (řídnutí kostní tkáně)
- Značné výkyvy krevního tlaku
- U pacientů trpící bulimií dochází ke zjizvení jícnu a k nadměrné kazivosti zubů od opětovného zvracení
- Roztrhnutí střeva od časté konzumace projímadla

- Bdělost

(Claude-Pierre, 2001, s. 101-102).

Za pozitivní proměnou v případě průběhu MA bývá pokládán brzký počátek onemocnění a krátký průběh trvání, dále dobré postavení v zaměstnání a v rodině a hysterické osobnostní rysy. Naopak jako negativní proměnou pro průběh MA můžeme vnímat mužské pohlaví, sňatek (ženy po svatbě jsou více odolné proti změnám), deprese, zvracení, nebo zařazení do nízké společenské třídy (Krch, 2005, s. 24-25).

2.4 Přehled léčby poruch příjmu potravy

V několika posledních letech se velice rozrostla možnost lékařské léčby u pacientů trpících PPP, a to především v oblasti psychoterapie. Kromě vzrůstajícího množství různě zaměřených forem léčby, byly také upraveny psychoterapeutické přístupy. Největšího pokroku bylo v tomto oboru léčby dosaženo díky pozorně monitorovaným studiím, za využití podrobných příruček. Také díky klinickým vědomostem jsou dány dostačující podklady pro nastínění základního postupu v oblasti výběru léčby pacientů s onemocněním PPP. Následující výčet druhů léčby neobsahuje všechny způsoby, ale pouze ty, které jsou empiricky a klinicky podloženy (Garner, 2005, s. 123).

2.4.1 Úplná hospitalizace

Nejčastějším důvodem pro hospitalizaci pacientů s PPP je nutnost jejich lékařské stabilizace. Jde především o situace, kdy je nemocniční léčba pacienta naprosto nevyhnutelná.

V případě rozhodování o hospitalizaci pacienta existuje několik základních faktorů:

- 1) Akutní potřeba vrátit se k běžné váze pacienta, nebo zastavení velkého úbytku jeho hmotnosti.
- 2) Zastavení záchvatů přejídání, zvracení, nebo nadměrného užívání projímadel především v případech, kde je tímto způsobem ohrožen život nebo zdraví pacienta.
- 3) Léčba potíží a onemocnění, které vznikají v souvislosti s PPP, jako jsou například deprese, sebepoškozování, nebo nebezpečí závislosti pacienta na omamných a psychotropních látkách.
- 4) Léčba jiných závažných obtíží.

Pokud se rozhodujeme pro náležitý druh a postup léčby, je třeba v první řadě přihlídnout na to, zdali je pacient v tak špatném zdravotním stavu, že je potřeba jeho umístění do zdravotnického zařízení. Jedním z dalších důvodů pro hospitalizaci je, že jeho psychologická léčba byla prozatím zjevně neúčinná (Garner, 2005, s. 125).

2.4.2 Částečná hospitalizace

Pacient se v rámci programu částečné hospitalizace může dále věnovat povinnostem mimo nemocnici, nepříjde ani o terapeutickou podporu, tudíž je stále v režimu intenzivní terapie a je mu nabízena struktura jídelního režimu. Samotná částečná hospitalizace je pak oproti úplné hospitalizaci mnohem výhodnější, co se týče ekonomické stránky, kdy je pacientovi poskytována změna z hospitalizace na ambulantní péči. V tomto směru můžeme najít velké množství různých druhů denních léčebných programů, přizpůsobených současnému stavu léčeného pacienta. Tyto se ve směr moc neliší od programů pacientů hospitalizovaných, s tím rozdílem, že částečně hospitalizovaným nemusejí zůstat v nemocnici přes noc (Garner, 2005, s. 125-126).

2.4.3 Ambulantní lékařská péče

O ambulantní péči můžeme spekulovat v případě, že se jedná o chronického, nebo neústupného pacienta, který v průběhu let prodělal několik druhů léčby a nyní se nachází ve stavu, kdy se již nechce podrobit další léčbě a jeho další terapie má minimální šanci uspět. Ambulantní lékařská péče není orientována na zdolání poruchy příjmu potravy, nýbrž na navrácení pacienta do stavu tělesné a psychické stability. Její forma může být buď individuální, nebo skupinová. Na pacienty je lékařsky dohlíženo a mají týdenní konzultace. U pacientů je kontrolována tělesná hmotnost a ostatní životně důležité rysy jeho zdravotního stavu. V případě skupinové formy lékařské péče, se v mnoha případech jedná o výhodnější řešení. Pacientům se zde dostává skupinové podpory, a to především od těch, kteří si prošli obdobnými obtížemi. Může se stát, že skupinová forma v pacientovi probudí opětovný impuls aktivně se věnovat příznakům PPP (Garner, 2005, s. 126).

2.4.4 Svépomoc, řízená pomoc a psychoedukace

Tuto skupinu tvoří pacienti s opačnými symptomy poruchy příjmu potravy než skupiny předchozí (Garner, 2005, s. 126). Jedná se o pacienty, kteří nejsou ve vážném somatickém nebezpečí. Netrpí tzv. vyhublostí, záchvaty zvracení a neužívají projímadla. U těchto pacientů by mělo být taktéž vyloučeno nebezpečí sebevraždy. Hovoříme zde o pacientech, kteří nemají možnost rodinné podpory, tudíž nemohou přemýšlet o rodinné terapii. Příznaky jejich nemoci by měly být mírné (Garner, 2005, s. 124). Měla by zde tedy být možnost na značné zlepšení stavu pacienta, nebo by dokonce mohlo dojít k jeho plnému uzdravení (Garner, 2005, s. 126).

2.4.5 Rodinná terapie

Rodinou terapii upřednostňujeme především u mladých pacientů stále žijící se svou rodinou. Pokud můžeme v rodině najít konflikty, může být rodinná terapie další přílohou k terapii individuální i u pacientek staršího věku. Rodinné vyšetření může být velmi přínosné při rozkrývání některých specifických terapeutických obtíží a také pro práci s nimi. I přes to však rodinná terapie není považována za jednu z elementárních druhů léčby (Garner, 2005, s. 127).

Tato metoda je využívána především ve fázi puberty, kdy je porucha příjmu potravy u mladistvého považována za nepřizpůsobivé a sociálně nežádoucí chování v adolescentním boji s cílem řízení se vlastními pravidly, ohrožení rodinné jednoty, získání nezávislosti nebo naopak zviditelnění se. Rodinná terapie bývá ve většině případů součástí dalších individuálních terapií a bývá často začleněna do dlouhodobého léčebného plánu (Garner, 2005, s. 127).

2.4.6 Kognitivně-behaviorální terapie

Tento způsob léčby je čteně užívanou metodou u mentální bulimie. Současně produkuje teoretické podklady pro velkou část léčby mentální anorexie. Kognitivně-behaviorální terapie neboli KBT se upřednostňuje u pacientek se středně těžkými až vážnými symptomy (Garner, 2005, s. 128). U pacientek trpících mentální anorexií se v případě KBT uvažuje především o klinickém užití léčby. Avšak tento druh léčby se jak u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie v mnoha směrech překrývají. U obou těchto poruch pacient dává do popředí tělesnou hmotnost, postavu nebo štíhlost, které vnímá a řadí mezi největší hodnoty své osobnosti (Garner & Bemis, 1982, s. 142).

2.4.7 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie, neboli IPT, se přímo nezaměřuje na vzniklé obtíže spojené s příjmem potravy (Garner, 2005, s. 129). IPT je využívána především k léčbě bulimie a u záchvatovitého přejídání (Fairburn et al., 1995, s. 304).

Její další možné užití je také u pacientek s mentální anorexií, u kterých jsou zjištěny dlouhodobě přetrvávající příznaky nemoci (Garner, 2005, s. 130).

2.4.8 Psychodynamická terapie

Tohoto druhu léčby se užívá především v situacích, kdy jiné krátkodobé typy léčby pacientkám nepomáhají. Tento typ léčby dělíme do dvou teorií. První teorie očekává, že poruchy příjmu potravy nepotřebují vážnou obměnu tradičních psychodynamických intervencí, jelikož poruchy ani symptomy neztělesňují žádný určitý proces. Druhá teorie je od té první naprosto opačná. Předpokládá tedy, že je u poruch příjmu potravy potřeba vážné obměny tradičních psychodynamických intervencí, určených pro přímé potřeby léčených pacientek. V současné době je psychodynamická terapie také užívána jako doplňující léčba u pacientek léčených dlouhodobou KBT, u kterých nebyly jiné levnější léčby účinné (Garner, 2005, s. 130).

2.4.9 Léčebné postupy-shrnutí

Uvedené způsoby léčby, které jsou zde zmiňovány, rozhodně nejsou všemi druhy a možnostmi léčby poruch příjmu potravy. Jedná se však o hlavní a nejvíce užívané metody léčby těchto pacientů (Garner, 2005, s. 132). Je však jisté, že díky vývoji dalších, nových a účinnějších metod, se užívání těchto praktik časem omezí, a následně budou nahrazeny metodami novými.

2.5 Anorexie z pohledu sociologie

2.5.1 Spojení sociální třídy s anorexií

Podle autorky Haworth-Hoepfner (2000) může být z jednou možných příčin vzniku anorexie kultura, a to především prostřednictvím sociálních skupin jako je například rodina (Haworth-Hoepfner, 2000, s. 213). Obdobný názor má i francouzská socioložka M. Darmon (2009). Podle ní je mentální anorexie spjatá se sociálními třídami. Tato autorka v jednom ze svých článků uvádí, že je u lidí, kteří pocházejí z vyšší nebo střední třídy, větší možnost propuknutí anorexie. Většina sociologů se zaměřuje na čtyři základní sociologické prvky. Prvním z vnímaných kritérií je genderové zkreslení. Jde o ženy a dívky, kterým hrozí propuknutí anorexie mnohem více než u mužů. Dalším kritériem je typická věková skupina pacientů, která zahrnuje zejména dospívající dívky (Darmon, 2009, s. 717). Pokud dospívající dívky vytvoří partu, zaměřují se především na jedno téma. Tím bývá nejčastěji jejich fyzický vzhled. Dospívající dívky si přivlastňují určité názory a vystupování od svých vrstevnic. Příkladem, který zde můžeme uvést je dietní chování (Novák, 2010, s. 18). Třetím kritériem je historické, časové období. Největší nárůst pacientek je zřejmý od roku 1960. Posledním vnímaným kritériem je pak kulturně geografické kritérium, kde jsou uváděny například západní země a Japonsko, které jsou pro MA typickými (Darmon, 2009, s. 718). Pátému kritériu, sociální třídě, se však sociologové vyhýbají nebo jej alespoň omezují (Darmon, 2009, s. 717).

Sociální třída, která je opomínaným prvkem, je vymezována na 3 druhy. Za prvé je sociální třída přítomna jako faktor ve studiu rozložení zdraví a nemocí v populaci. Jinak řečeno, v 60. až 80. letech se mnoho sociologů shodlo na tom, že pacienti trpící mentální anorexií pocházejí z rodin z vyšší a střední třídy (Darmon, 2009, s. 719). K prvnímu výskytu

anorexie mělo prý dojít u vysoce postavených rodin, tedy u rodin z vyšších tříd (Mennel, 1987 cit. dle Beardsworth & Keil, 1997, s. 177).

Za druhé bylo ze strany sociologů pohlíženo na sociální třídu ve vztahu s anorexií následujícím způsobem. Pokud sociální postavení jedince ve společnosti stoupalo, sám byl také náchylnější k tomu stát se anorektikem, nebo mít problémy s poruchami příjmu potravy (Bordo, 1993; Gremillion, 2003 cit. dle Darmon, 2009, s. 719).

Třetím druhem je pak pohled na sociální třídu jako na soubor hodnot a postojů způsobujících anebo alespoň usnadňujících propuknutí anorexie. Na to lze pohlédnout třemi způsoby. Zhubnutí zvýší naše sociální postavení ve společnosti, což platí již od 19. století (Brumberg, 1988 cit. dle Darmon, 2009, s. 720). Druhým způsobem, kterým na věc můžeme pohlédnout je vzdělání. Vysokoškolské vzdělání je spíše typičtější u střední a vysoké sociální třídy, což však odporuje tradiční ženské genderové socializaci a může tedy podporovat anorexii (Lawrence, 1987 cit. dle Darmon, 2009, s. 720). A konečně třetím způsobem je, že „kontext střední třídy“, tj. prosazování úspěchu ve vzdělávání, ve veřejném sektoru nebo určité vymezení samostatnosti a nezávislosti, a to buď sám, nebo skrze spory s jinými společenskými normami, otevírá brány ke vzniku anorexie (Turner, 1996; Evans et. al., 2004 cit. dle Darmon, 2009, s. 720).

2.5.2 Mýtus krásy, aneb nátlak požadavků dnešní společnosti jako brána k anorexii

Pokud pohlédneme do minulosti, můžeme si všimnout, že krásy žen jako takový, se postupem času měnil, a to podle požadavků společnosti té doby. Jak uvádí sama autorka A. Fallon (1990) ideál ženské krásy v minulosti se velmi liší od ideálu krásy současné doby. Zatím co v době od 15. do 18. století byla za ideál krásy brána silnější

postava ženy s plnými boky a kyprými ňadry, dnes je tomu úplně jinak (Fallon, 1990, s. 85).

Stejně tak i v 50. letech minulého století byla například v USA jako ideál brána žena s kyprými ňadry. V letech 60. se nejen v USA ale i po celém světě začala dostávat do popředí postava ženy s úzkým pasem (Fallon, 1990, s. 89-90). Největším důkazem tohoto tvrzení je, že v 60. letech došlo k největšímu nárůstu poruch příjmu potravy u ženského pohlaví (Fialová, 2001, s. 64). Jako příklad si také můžeme uvést jednu z nejslavnějších britských modelek a sex symbol své doby (60. léta), modelku přezdívanou „Twiggy“. Ta v době své slávy vážila pouhých 91 liber, převedeno na kilogramy přibližně 43 kg. Další zajímavostí je dle Fallon pozorování, jak se měnila postava soutěžících Miss America, kdy od roku 1959 došlo k nárůstu výšky soutěžících, ale oproti tomu velké snížení jejich váhy. Stejně změny se v té době dočkaly i fotomodelky objevujících se v pánském časopise Playboy (Fallon, 1990, s. 89-90). Autorka však uvádí, že takové tvary rozhodně nejsou pro ženy přirozeností, a dovolit si je mohou jen lidé, kteří na ně mají nejen čas, ale i peníze a vhodný životní styl (Fallon, 1990, s. 92). Pokud se tedy obrátíme na dobu středověku, kdy hubená žena, která přinesla rolníkovi jídlo, tak pro něj byla taková žena akorát hanbou. O silnější ženě, se však v té době říkalo, že jí bude muž milovat, a niž by se staral o to, jak se stravuje (Mennell, 1987 cit. dle Beardsworth & Keil, 1997, s. 176). V současnosti tyto zvyky přetrvávají v méně vyspělých státech. Jako příklad můžeme uvést Tanzanii, kde, pokud manželka po svatbě nepřibere na své váze, je to bráno jako důkaz toho, že o ni muž špatně pečuje (Buchanan, 1993, s. 47).

Dle autorky P. Claude–Pierre (2001) je anorexie z jisté míry zapříčiněna naší společností, ve které je v dnešní době kladen důraz především na zevnějšek člověka, tudíž dokážeme ženu ocenit jen za předpokladu, že je štíhlá. V její knize je uveden také termín nazývaný kult

štíhlosti, který popisuje, jak se štíhlé topmodelky staly vzorem mnoha žen a dívek, a také fakt, že pacienti s anorexií hubnou se snahou docílit takového ideálu krásy. Dle této teorie se můžeme domnívat, že jednou z měr hodnoty lidí je právě ženské tělo. Za vzhled se v současné době ženám skládá hold více než za cokoli jiného. Dokonce prý mnoho žen po celou dobu svého života drží určitý typ diety. K věci také přispívá velké množství reklam, které zobrazují a vyzdvihují krásu ženského těla, což v obyčejných ženách může vyvolávat pocit nespokojenosti s vlastní postavou (Claude-Pierre, 2001, s. 80-82).

O kultu štíhlosti by se podle této teorie však mělo spíše smýšlet jako o impulsu, a ne přímo jako o příčině mentální anorexie. Prostředí modelingu se pro pacienty s anorexií zdá být dokonalým teritoriem pro dosažení dokonalosti. Obdobně je tomu i u sportu, tanci apod. Jedním z hlavních důvodů, proč se mladé dívky snaží zhubnout, je ten, aby se zalíbily mužům. Tato touha po dokonalosti se však může velmi lehce změnit v anorexii. Rozdíl mezi anorexií a touhou po dokonalosti je ten, že zatím co s dokonalou postavou se žena snaží dosáhnout určité nízké váhy, žena s anorexií se snaží dosáhnout toho, aby nevážila vůbec nic (Claude-Pierre, 2001, s. 82).

Pacienti jsou mimo jiné postihnuti poruchou vnímání svého těla. Vychrtlé hubené tělo se jim jeví stále jako obtloustlé a strach z nadváhy se se ztrátou hmotnosti ještě prohlubuje (Claude-Pierre, 2001, s. 82).

Naomi Wolf (1990) ve své knize píše, že anorexie je ženské onemocnění, jelikož až 95 % pacientů trpící touto nemocí jsou právě ženy (Wolf, 1990, s. 181). K jejímu nástupu mělo dojít ihned po tom, co se objevil tzv. „Mýtus krásy“. Tento pojem znamená, že žena má být hladová, hubená a křehká a je u ní potlačován stravovací apetit. Mýtus říká, že by žena měla být hubenou a nestárnoucí a krásnou, a to i po její smrti (Wolf, 1990, s. 230-231).

2.6 Shrnutí teoretické části

Účelem teoretické části bylo seznámit čtenáře se základními informacemi o onemocnění mentální anorexie. V této části byl rozebírán počátek onemocnění, jeho průběh, léčba a začlenění anorexie v sociologii. Nově nabyté vědomosti bude moct čtenář využít v následující části práce, kde bude onemocnění podrobněji rozebíráno, a to s ženami které si mentální anorexií prošly. Díky znalostem získaným v teoretické části by měli čtenáři lépe porozumět nástrahám a problémům, které si anorexie pro respondentky připravila.

3 METODOLOGIE

Jelikož hlavním tématem mé bakalářské práce byla problematika mentální anorexie, bylo pro mě obtížné shánění respondentů nebo respondentek. Jedná se o velmi choulostivé téma. Proto jsem si pro svou práci vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Jeho prioritou je hlubší rozbor dané problematiky a získání podrobných informací. Z toho důvodu se u kvalitativního výzkumu doporučuje menší počet respondentů. Mě se pro výzkum podařilo získat respondentky dvě. Pokusila jsem se oslovit větší množství dívek, ale mnoho z nich na oslovení nereagovala, případně rozhovor odmítla z důvodů vysoké citlivosti tématu. Odpovědí některých z nich bylo, že ještě nejsou připravené se o svém problému někomu svěřit, ještě když jde o cizího člověka.

Jako metodu pro získávání dat jsem zvolila polo-strukturovaný rozhovor, abych získala co nejvíce potřebných odpovědí hodících se pro mou praktickou část. Získaná data jsem analyzovala pomocí srovnání informací uvedených oběma respondentkami. Pokusila jsem se rozebrat, v čem se obě respondentky rozcházejí, v čem se naopak shodují a získaná data uspořádat do tematických oblastí. Těmi jsou: začátek onemocnění, průběh onemocnění a poslední tematickou oblastí je konec onemocnění.

3.2 Průběh výzkumu

Před samotným oslovením případných respondentek byla důležitá příprava, aby oslovení a další konverzace proběhly. Šlo především o to, jak respondentku oslovit a šetrně se jí zeptat, tak, abych se vyhnula nepříjemným situacím. Když jsem se rozhodla, jako způsob, kterým jsem se respondentky pokusila kontaktovat, jsem zvolila sociální síť Facebook, kde jsem navštívila konkrétní stránky týkající se toho tématu, nebo vyhledávala specifické příspěvky. Téměř všechny oslovené dívky

mě však odmítly, ať už s tím, že se jedná o velmi citlivé téma, tak i s tím, že nejsou připravené o tomto tématu mluvit, tedy alespoň v těch případech, kdy vůbec byly ochotné na mou žádost odpovědět.

Zachránila mě jedna z dívek, kterou jsem měla na sociální síti Facebook mezi kontakty, jelikož pochází ze západních Čech, stejně jako já. Tou dívkou byla Linda. V případě jejího jména se jedná pouze o pseudonym, využívaný v mé práci, jelikož jsem se s touto respondentkou domluvila, že vše bude probíhat v naprosté anonymitě. Linda, která se stala mou poslední záchranou, přidala na svou Facebookovou stránku příspěvek, s odkazem na dietní kávu s anorektickým podtextem a s částí svého životního příběhu. Lindu jsem sice osobně neznala, ale ani chvíli jsem neváhala a ihned jsem jí kontaktovala skrze Facebook, kde jsem jí požádala o telefonní číslo. Poté jsem se s ní spojila telefonicky, kde jsem jí vše vysvětlila a sdělila jsem, co po ní žádám. Linda souhlasila. Více detailů o respondentce Lindě uvedu v úvodu analytické části mé práce.

Linda mi poskytla kontakt i na druhou respondentku. Jednalo se o její kamarádku. Kontaktovala jsem ji také přes sociální síť facebook. Pseudonym druhé respondentky je Alice I ona se vším souhlasila. Její bližší informace taktéž uvedu v pozdější části mé práce.

Samotné rozhovory probíhaly na místech, které si obě respondentky vybraly samy. Šlo především o jejich pohodlí a pocit bezpečí, ve kterém se mi se svými osobními příběhy mohly svěřit. Zde jsem tedy respondentkám pokládala dotazy dle vypracované předlohy struktury otázek, které jsem dále přizpůsobovala průběhu rozhovoru. Celý rozhovor jsem přitom se souhlasem obou dívek nahrávala na diktafon, s příslibem, že tyto nahrávky nebudou nikde zveřejněny. Audiozáznam jsem poté přepsala do písemné formy pro snadnější práci se získanými informacemi. Respondentky jsem telefonicky kontaktovala ještě i několikrát později, pro doplnění potřebných informací. Ty jsem dále

analyzovala a porovnávala tak, jak je uvedeno v úvodu této části práce. Práce s respondentkami byla navzdory vší citlivosti a choulostivosti velmi příjemná a kontakt s nimi udržuji i do dnešního dne.

4 ANALYTICKÁ ČÁST

Na úvod analytické části vám nejprve obě respondentky představím. První z nich je Linda, která je mou vrstevnicí. V současné době jí je 23 let. Linda vyrůstala v úplné, bezproblémové rodině společně s matkou, otcem a mladším bratrem. Od malička se věnuje tanci. V současné době žije se svým přítelem v Praze, kde má stálé zaměstnání.

Druhou respondentkou je Alice, která je o rok mladší než Linda. I Alice vyrůstala v úplné a bezproblémové rodině, s otcem a matkou, avšak bez sourozenců. Od malička se věnovala mnoha sportům, nejvíce atletice, kterou dělala závodně. Dnes se sportům věnuje převážně rekreačně. Alice je v současné době studentkou vysoké školy.

4.2 Začátek onemocnění

Počátek onemocnění je nejčastěji spojován s dívkami ve věku 13-20 let (Krch, 2005, s. 22). Na samém počátku onemocnění téměř vždy stojí určitý problém. Problém, se kterým se mladá dívka nezvládne vypořádat, což jí nutí uchýlit se k dalším krokům, které jsou brány jako hlavní kritéria u vzniku onemocnění. Jedná se především o ztrátu tělesné váhy, nechuť k jídlu a strach ze ztloustnutí (Krch, 2008, s. 21-22).

Otázkou je, do jaké míry to odpovídá běžným vysvětlením, která toto onemocnění mají tendenci vztahovat k sociálním hodnotám a ideálům, které začaly být popisovány jako mýtus krásy. Je možné, domnívat se, že mentální anorexie je z jisté části zapříčiněna dnešní společností. Dnešní společnost totiž do popředí klade především krásu a štíhlost ženského těla. Jenže tato zdánlivě neškodná touha může zejména u dívek podpořit nástup anorexie. Rozdíl mezi ženou, která se snaží docílit krásné postavy a ženou, která trpí anorexií je však velmi markantní. Mezitím, co se žena toužící po štíhlém těle snaží dosáhnout

určité váhy s nízkými hodnotami, žena s anorexií se snaží dosáhnout toho, aby nevážila vůbec nic (Claude-Pierre, 2001, s. 80-82). Pokud přihlédneme k těmto faktům, problém mých respondentek je však poněkud rozdílný. Především v Lindině případě, která, jak se později dozvíme, spíše než po štíhlém těle, toužila po pozornosti ostatních. Alčin problém, se kultu štíhlosti přibližuje o něco více. Jejím hlavním problémem byla její měnící se postava vlivem dospívání. Alice začala nekontrolovatelně přibírat na váze, s čímž se jako mladá dívka jen velmi obtížně vyrovnávala.

U některých pacientů s anorexií se může stát, že se před samotným vypuknutím nemoci objeví jisté náznaky anorexie, které však sám pacient ani nepostřehne. K takovýmto náznakům může dojít dokonce častěji, ale k přeměnění v samotné onemocnění však nedojde. Linda vypráví, že náznaky anorexie u ní proběhly na základní škole.

„...začalo už na základní škole v první třídě, kdy jsme se vždycky, mám dojem na začátku školního roku měřili a vážili. Já jsem zjistila, že jsem nejtěžší ze všech holek. Já jsem jako nebyla nějaká silná nebo tak. Když se dívám zpětně na fotky, tak jsem byla prostě normální dítě, ale měla jsem kolem sebe fakt hubený holčičky. Takže díky tomu, že jsem byla nejtěžší, tak jsem si řekla, že jsem asi tlustá nebo tak a pamatuju si, že už v těch 6 letech jsem přemýšlela, jestli moc jim nebo jestli nějak cvičit, tak jsem cvičila. Pamatuju si každé večer, jsem začala cvičit, samozřejmě tak primitivně, ne nějak..., bylo mi přeci jen 6 let...“ (Linda)

Jak rychle tento pocit přišel, tak rychle i odešel a přišlo bezpříznakové období. Konec období bez příznaků přišel s nástupem puberty, přesněji ve 12 letech, kdy se Linda stala posedlou svou vahou a křivkami těla. Na věci nepřidávalo ani opětovné porovnávání postavy se svými spolužačkami.

„...možná ve 12 letech jsem měla nějaký takový tendence, že bych nejedla, protože jsem samozřejmě byla prostě posedlá svojí váhou a tvarem postavy. Porovnávala jsem se se spolužačkama, takže to jsem taky řešila, ale nikdy jsem to nevydržela“ (Linda)

Jak je zřejmé, Linda tedy málem propadla anorexií již v útlém věku, kdy nebyla spokojena se svou postavou, kterou srovnávala se svými spolužačkami. Sama v pubertě podlehla současným nárokům na krásu, které se zaměřují především na štíhlou postavu děvčat. Byla tedy jen pár krůčků od propuknutí anorexie, kterým nakonec zvládla čelit, avšak ne nadlouho.

Hlavním spouštěcím mechanismem u Lindy nebylo nutně srovnávání s okolím, ale partnerské problémy a touha po pozornosti svého okolí, která se dostavila ve věku 18 nebo 19 let. Linda lehce s nadsázkou říká, že její anorexií vlastně zapříčinil muž.

„... ale na plno kdy to začalo... kdy ono to začalo, to mi bylo 18 nebo 19, á začalo to, může za to chlap (smích), může za to chlap, protože já jsem byla hrozně nešťastná ze svého vztahu na dálku a chtěla jsem, chtěla jsem pozornost.“ (Linda)

Alice oproti tomu popisuje klasický počátek anorexie, který započal v osmé třídě základní školy. S nástupem puberty totiž dochází v dívčím těle k mnoha změnám. Tyto změny však mohou být pro adolescentní děvčata velkým rizikem, jelikož v mnoha případech nejsou připravena na změny svého těla obvykle spojené s náhlým přibíráním na váze (Bruch, 1973, s. 152-153).

„...to bylo na základní škole, 8. třída, a začalo to tím, že... vzpomínám si, že jsem chtěla zhubnout, ale vůbec jsem nechtěla nějak extrémně nebo tak nějak. Já jsem strašně dlouho dělala atletiku, takže ten sport jsem měla a stačilo mi už jen upravit stravu.“ (Alice)

Co se týče hlavního impulsu respondentky Alice, je zřejmé, jaké banální příčiny stačí k propuknutí anorexie. O to více je však nástup onemocnění plíživější. Ze začátku se zdá býti úprava jídelníčku na zdravou stravu a také nevinné hubnutí za cílem dosažení štíhlé linie neškodným. Co však může zprvu vypadat nevinně, ať již je to partnerský problém nebo snaha zhubnout, může mít ve svém důsledku fatální dopad. U Lindy byl nástup onemocnění bleskový, tedy téměř ze dne na den.

„U mě to bylo jak (lusknutím prstu), já jsem jako neměla žádný vývoj, já jsem nic nesnižovala. Ale ta změna toho, že jsem přestala jíst, tak ta byla jako fakt okamžitá, to bylo dílo okamžitého rozhodnutí.“ (Linda)

U Alice to naopak byl nástup pozvolný. Po poradě se svými rodiči, nejprve začala dodržovat zdravější, a hlavně pravidelnou stravu, kterou doplňovala pravidelnými tréninky atletiky. Jenže atletika je právě jedním z rizikových sportů, který je často spojován se vznikem anorexie (Novák, 2010, s. 72).

„... vím, že jsem se ptala táty jak, že bych chtěla zdravě jíst, tak vím, že mi táta dával rady, že musím jíst pravidelně, pětkrát denně. Několikrát mi i říkal, jak má vypadat zdravá svačina, že bych samozřejmě se neměla plácet nezdravýma věcmi, hlavně večer. Nějak jsem, podle toho se nastavila a snažila jsem se vážně dodržovat ten jídelníček, že jsem jedla pětkrát denně minimálně a hlavně teda ovoce, zeleninu a normální jídla ale nic, nic nezdravého, nic typu jako jsou chipsy, oříšky, sladkosti. To jsem se snažila omezit, to si pamatuju. A to nějak byl ten začátek, kdy jsem, jakože přešla na tu zdravou stravu. Takže vlastně jsem hodně sportovala a jedla zdravý věci.“ (Alice)

4.2.1 Zlomový bod

Zlomovým bodem můžeme vnímat takovou část nemoci, kdy dojde k přelomu mezi příznaky onemocnění a jeho propuknutím. Zde začíná situace nabírat na vážnosti a pacient svá rozhodnutí už jen velmi těžko dokáže vzít zpět.

V případě Lindy, jí její odhodlání, navíc podpořené nešťastným vztahem a touhou po pozornosti dohnalo k drastické změně životosprávy. Nechuť k jídlu získala ze dne na den. Dalším hnacím prvkem byl pocit pýchy na sebe sama, doplněný každodenně se snižujícími čísly na váze.

„...ráno, tak jsem si dala jenom půlku bílýho jogurtu a v tu chvíli jsem pocítila takový, jako já jsem na sebe byla tak pyšná, že jsem to jako zvládla, takový to jo, já mu teda ukážu, že prostě on uvidí, jak já bez něho trpím... Začala hubnout, a hubnout a teďka jak se ty čísla na tý váze snižovaly tak, no to byl nádherný pocit pro mě v tu chvíli a teď jsem se zhlížela v tom zrcadle a zkoušela jsem si to oblečení, který jsem pak nosila třeba v 11 letech...“ (Linda)

Podobný stav nastal také v případě Alice. I zde byla ubývající váha vnímána jako úspěch, který Alici motivoval k dalšímu snižování potravy. I přes toto zjištění však nezvolila okamžitou změnu, ale postupné ubírání denní dávky potravy. Dostala se do stavu, kdy jí za celý den stačila jen lehká snídaně. Čím nižší byl příjem potravin, tím rychleji mizela i hmotnost a tím lepší pocit ze sebe Alice měla. Její váha rapidně klesla, to ale neviděla a dále se hnala za svým cílem co nejvíce zhubnout.

„...takže už to nebylo, že jsem jedla pětkrát denně, už to bylo, že jsem jedla jenom čtyřikrát, odebrala jsem si svačinu... Protože jsem si prostě myslela, že mi stačí se najíst jenom ráno a odpoledne, pak už nebyl ani oběd, takže už bylo jenom něco málo k snídani. To si vzpomínám, že takhle to u mě začlo, tím, jak jsem viděla, že mi klesá

váha, níž a níž a bylo to rychlejší... prostě to šlo tak hrozně rychle, jsem si myslela, že je to fajn, že hubnu rychle, a že budu hubená. Á potom už jsem ani nevěděla, že jsem už tak moc hubená, mě to jako nedocházelo, že už bych neměla hubnout, a že bych si třeba měla tu svou váhu už jen hlídat, to já jsem neviděla, takže já jsem hubla víc a víc s tím, že jsem si teda pořád myslela, že jsem tlustá.“ (Alice)

Alčin případ také popisuje fakta uvedené v teoretické části, kde je uvedeno, že začátek onemocnění bývá zdlouhavý a především nenápadný. Všemmu předchází období stupňujících se diet. Pacient mění své postoje k jídlu, a postupem času se úbytek přijaté stravy stává čím dál tím extrémnější (Krch, 2005, s. 23). Tento okamžik lze u Alice považovat za zlomový.

4.3 Průběh nemoci

V teoretické části jsme se dozvěděli, že existuje více druhů průběhu MA. Pokud vezmeme v potaz naše respondentky, tento fakt odpovídá jejich příběhům. Jak se dozvíme v následující části, každá z nich si ve své podstatě prošla rozdílným průběhem nemoci.

Průběh nemoci se u obou respondentek shoduje v tom, že byl jednotný a krátkodobý, a také, že se onemocnění u obou dívek projevovalo dosti podobně. V čem se naopak průběh onemocnění obou respondentek liší, je samotné uvědomění si nemoci, její léčba a do jisté míry i úplné uzdravení.

Zaměříme se nejprve na Lindu. Ona sama uvedla, že její onemocnění trvalo přibližně rok, poté se anorexie přeměnila v bulimii. U této respondentky je velmi těžké hodnotit, zdali je v současné době zcela vyléčená. Dodnes se u ní totiž objevují anorektické nebo bulimické myšlenky. Linda uvádí, že se u ní anorexie projevovala zapíráním jídla, kontrolováním postavy, intenzivním cvičením a ztrátou chuti k jídlu.

„...projevovala se, zapíráním jídla, kontrolováním postavy a váhy, samozřejmě i mír, jsem si měřila všechno, zapisovala jsem to pečlivě, no a postupně i ztrátou chuti k jídlu a hodně intenzivním cvičením.“ (Linda)

U Alice se nemoc projevila okamžitou ztrátou hmotnosti, nechutí k jídlu, omezováním stravy, a také ztrátou výkonnosti na trénincích atletiky. Nechyběla ani častá kontrola postavy.

„Samozřejmě hubla jsem hodně, ale pro mě to bylo jako, jako normální dá se říct, jedla jsem jako málo, cvičila sem, kila šly dolů, takže jsem to brala jako takový vítězství, že jsem dokázala to, že jsem hubla... Moje učitelka na tělocvik a všimla si, že už nemám takovou sílu, kterou sem měla dřív, á že už neuběhnu to, co jsem dřív uběhla... (Alice)

Markantním rozdílem mezi oběma respondentkami je samotné uvědomění si anorexie. Na rozdíl od Alice, si Linda vše uvědomovala hned od začátku, i když tomu úplně nevěřila. Vnímala změnu a věděla, že je něco špatně.

„Ten moment kdy jsem si uvědomila, že je potřeba s tím něco dělat, tak to byla v podstatě úplná náhoda, protože jsem se otrávila sushi v restauraci a když jsem jela domů, tak mě hrozně bolelo břicho, ale pak přestalo a začla jsem usínat a myslela jsem si, že umřu v tom autě. Přijela jsem domů a bylo mi hrozně zle, začala jsem zvracet úplně šíleně, začala jsem mít šílený hrozný křeče do celého těla, halucinace a v tu chvíli, kdy jsem tam objímala mísu (smích) pardon teda, kdy jsem byla na tý toaletě, tak jsem našim všechno řekla, všechno jsem řekla rodičům, aby popřípadě kdybych omdlela nebo cokoliv se stalo, tak aby to mohli říct těm zdravotníkům, protože jsem věděla, že jde fakt do tuhého, takže jsem jim řekla, jak dlouho to trvá všechno, prostě úplně všechno.“ (Linda)

Alice si tedy naopak do poslední chvíle neuvědomovala, že vůbec něčím trpí. První podnět, ke zjištění určitých problémů podala Alčina třídní

učitelka, která byla zároveň její trenérkou atletiky a také učitelkou tělocviku. Ta si všimla její pohublé postavy a také ztrátu výkonnosti na trénincích. Alčini rodiče do té doby o ničem nevěděli. Sama respondentka totiž zvládala průběh nemoci skvěle skrývat. Poté, co si třídní učitelka všimla jejich problémů, zavolala rodičům a sdělila jim své podezření, že Alice nejspíše trpí anorexií. Proto se na ní zaměřili i rodiče a donutili ji, aby podstoupila kontrolu u obvodní lékařky, která jí doporučila další léčbu. Alice se však stále snažila onemocnění popřít, a až samotný moment, kdy bylo její onemocnění konzultováno s doktorem, jí donutilo uvědomit si, že je s ní nejspíše něco špatně.

„...samozřejmě rodiče o ničem nevěděli, protože, ani nevim, tak já jsem jako doma, mě neviděli nahatou...Rodiče mě viděli jíst, ale já už sem potom v té nejhorší fázi podle mě, tak já jsem potom spadla do bulimie. Takže jako já se najedla, pořád jako jsem jedla hrozně málo, snažila jsem se teda nejíst vůbec, ale když už byly okamžiky, kdy jsem musela jíst a byli tam ty rodiče, tak já jsem se najedla, nó a pak jsem to šla vyzvracet, ale to už rodiče neviděli. Nevěděli, takže viděli jenom, že jsem se najedla a tím to končilo. Viděli, že jsem zhubla, ale neviděli nějaký extrém, byla jsem oblečená, fungovala jsem, jak jsem vždycky fungovala a chodila jsem na tréninky a do školy, takže tady o tom rodiče nevěděli.“ (Alice)

Z příběhu obou respondentek je zcela zřejmé, že u pacienta s onemocněním anorexie se nemění pouze jeho tělo. Dochází i ke změně jeho osobnosti. Pacient se kromě ztráty tělesné hmotnosti také stává skvělým lhářem. Kvůli nemoci je nucen lhát nejen sobě, ale také ostatním. Ve většině případů se snaží své onemocnění skrývat. Pokud tak nečinní, svalují vinu na svou méněcennost (Claude-Pierre, 2001, s. 82-83).

4.3.1 Období léčby

Nyní se zaměříme na léčbu onemocnění. Existuje mnoho způsobů, kterými se dá anorexie léčit. Zejména v posledních letech dochází k nárůstu možností léčby pacientů s poruchami příjmu potravy (Garner, 2005, s. 123).

V případě mých respondentek, si onemocnění jedné z nich vyžádalo lékařskou pomoc. Druhá respondentka se zvládla od nemoci oprostit svépomocí společně s pomocí své rodiny, aniž by byť jen jednou navštívila doktora nebo jiného specialistu. Touto respondentkou byla Linda. Po její příhodě s otravou jídlem, kdy si sama uvědomila, že je na čase s onemocněním něco dělat, požádala své rodiče a svého bratra o pomoc.

„Z tady tý otravy jsem se léčila asi 5 dní, nicméně jsem požádala rodiče i bráchu, o to, aby mi pomohli, oni mi to i sami navrhli, že mi rádi pomůžou a domluvila jsem se s nima, že mě prostě budou, budou hlídat, když budu podezřele dlouho v koupelně, tak prostě přijdou, takže to byl ten moment no.“ (Linda)

Rodina tedy u onemocnění anorexie hraje nesmírnou roli. Může zastupovat roli zápornou, kdy zejména vliv a nátlak rodičů může být jedním z impulsů pro onemocnění (Haworth-Hoepfner, 2000, s. 213). Opačnou roli však sehrála rodina v případě respondentky Lindy, která měla její plnou podporu.

Rodiče sehráli důležitou roli i v příběhu druhé respondentky. Alice si kvůli své zatvrzelosti musela projít ambulantní péčí, s pomocí psycholožky. Tento způsob byl zvolen zejména díky své dostupnosti v blízkosti jejího bydliště. Poté co třídní učitelka zavolala rodičům, ti s Alicí zašli nejdříve k obvodnímu lékaři, který jim doporučil další léčbu.

„Potom rodiče zasáhli tím, že už, už jako se na to zaměřili, á šli semnou k mý obvodní doktorce, kde jsem měla jít na prohlídku, nó á tam právě, že jsem se musela svlíknout, bylo měření, vážení, á hodnoty u doktorky, to mi sama doktorka ukazovala, že jsem strašně moc pod tím standardem váhy, prostě strašně moc dole, á pak už to bylo tak eee straně rychlý, že to mě hned objednali vlastně k další doktorce...“ (Alice)

Nošení volného oblečení a skrývání vyhublého těla tedy ukončila kontrola u obvodního lékaře. Poté co se při prohlídce svlékla, neměla Alice na výběr, a byla nucena své tělo ukázat nedobrovolně také někomu jinému. Především svým rodičům. Pohled rodičů na vyzáblé tělo s viditelnými kostmi dodal průběhu léčby Alice nový spád.

Co se týče průběhu léčby, o něm Linda tvrdí, že u ní šlo spíše o svépomoc, a to s velkou dávkou podpory jejího okolí. Sama si neprošla žádnou terapií, nedocházela ani na konzultace k odborníkům. Její vyléčení zapříčinila její silná vůle. Sama si utřídila myšlenky, řekla si, že tohle není život, kterým by chtěla žít. Vytyčila si nové cíle, které se rozhodla následovat. Došlo jí, že se s anorexií nedá žít normální život.

„Obnášelo to obrovskou vůli a sebezapření, ohledně těch myšlenek právě, protože ono když si člověk právě vytvoří nějaký návyk tak je hrozně snadný do toho sklouznout a obhájit si to, takovej ten alibismus ohledně toho, že přece jako nevadí když to udělám ještě jednou, naposled... ale jako fakt jak říkám, pomáhala mi v tom hodně moje rodina, protože jsem viděla že je to hodně trápí, tak sem nechtěla trápit je, nechtěla sem trápit sebe a jako neslo to samozřejmě hodně úskalí v tom, že samozřejmě přede mnou nemohli veškeré jídlo zamykat, takže jsem se musela hodně držet a co mi hodně pomohlo tak bylo to, že vždycky když mě něco takového popadlo, tak jsem jim o tom řekla, že mám takovouhle myšlenku, a že bych to nejradši udělala a oni se mě snažili nějakým způsobem rozptýlit...“ (Linda)

V Lindině příběhu je možné vidět, jak obtížné je vůbec anorexii se postavit. Musela si sáhnout až na samotné dno, kdy si po otravě jídlem dokonce myslela, že umře. Až taková událost jí donutila nad celou věcí přemýšlet. O to více je pak obdivuhodné, že se takto zákeřné nemoci dokázala postavit bez odborné pomoci.

Průběh léčby u respondentky Alice byl naprosto rozdílný. Největším rozdílem bylo to, že se Alice podrobila odbornému lékařskému dohledu. Po kontrole u obvodního lékaře, jí byla doporučena konzultace u psychologa s následnými týdenními kontrolami, které obnášely měření, vážení a konzultace o průběhu léčby. Součástí léčebného procesu bylo také kladení otázek týkajících se stravy. Cílem léčby bylo opětovné navýšení váhy a návrat pacientky k běžnému způsobu života.

„...já jsem teda chodila do ordinace, normálně jsem byla doma a každé týden jsem musela docházet k doktorce. Na vážení, na konzultace a průběh léčby... Ono to bylo všechno hrozně takový rychlý, jakmile to propuklo tak prostě z jedny, z druhé strany slyšíte, jak je to vážný, co se všechno může stát, jak je to, že na to můžu v nejhorším případě umřít, že už nikdy jako už nebudu, eee jak to říct, nikdy už nebudu jakoby žít normální život, že se s tím takhle nemůže zahrávat s tím jídlem, a že jestli nebudu jíst, jestli nepřiberu, tak skončím v nemocnici na kapačkách... Fakt jsem se jako snažila přibrat a snažila se jíst a já se ani už pak jako, jó asi tam jako byly myšlenky, sakra teď jsem toho snědla strašně moc, teď jako budu zase tlustá, ale jako pak, jiná možnost jako nebyla než to jídlo sníst a sedět, protože tam máte mámu, vedle tátu a teď vás musí hlídat. Teď jdete do koupelny a nemůžete tam být dlouho prostě, nemůžete to vyzvracet, takže jako to bylo... Ano to dohlížení tam muselo být a já jsem za to teď hrozně ráda, že mě z toho vytáhli, že mi pomohli, protože si neumím představit, že by jako, neumím si představit, jak bych mohla dopadnout.“ (Alice)

Že se jedná o velmi vážnou věc, popisuje také Alice, která nemoci sama čelit nedokázala. Nikdo neví, jak mohl její příběh dopadnout, nebýt zásahu třídní učitelky, rodičů a doktorů.

4.3.2 Doba léčení

Jak již víme, každá z respondentek si prošla jiným typem léčby, který byl jinak časově náročný. V Lindině příběhu kromě svépomoci sehrála významnou roli také její rodina. Tyto skutečnosti vypovídají o době a výsledku její léčby. Její léčba svépomocí trvala více než rok, avšak sama Linda uvádí, že si není do současné doby stále jistá, že je již zcela vyléčená.

„...já si myslím, že vyléčená být nemůžu nikdy úplně, že sice to nejhorší mám za sebou, to znamená, že abych teda odpověděla na otázku, tak to trvalo zhruba nó, to léčení to trvalo tak rok, zhruba rok, ale pořád jsou v mém životě momenty, u kterých mě prostě napadne myšlenka a co kdybych jako se teď nenajedla, nebo co kdybych se teďka teď přejedla a šla to vyhodit? Furt jako, furt mám na pozadí myšlení, občas se to tam prostě objeví, takže vím, že sice ty myšlenky jsou, jako, upozadění hodně, hodně jsou už omezený, ale jsou tam pořád a myslím si, že prostě nezmizí.“ (Linda)

Alčino celkové vyléčení, trvalo přibližně půl roku. To je tedy o polovinu kratší doba léčby než u Lindy. Tento výsledek nejspíš zapříčinil také fakt, že její léčba byla vedena odborníky, kteří na ní dohlíželi. Byla nucena chodit na kontroly, a svůj současný stav s odborníky konzultovat. Samotné docházení k doktorům prý trvalo zhruba tři měsíce. Další tři měsíce trvalo, než se vrátila k běžné tělesné hmotnosti a jídlo se stalo opět běžnou součástí jejího života.

„No ono, jak to všechno vypuklo a strašně moc se toho navalilo z jedny, z druhý strany a teď tam nastal ten strach... Ta samotná léčba,

ta jedna část z jejich fází, asi takhle bych to řekla, zas tak dlouho asi netrvala. Asi půl roku. Přejít z toho nejhorší no, do toho stavu, kdy prostě už to jídlo není jako váš nepřítel.“ (Alice)

Přímo k průběhu léčby s péčí lékařů uvedla Alice následující:

„Moc dlouho to netrvalo, já měla takovej strach, že prostě jsem jedla, abych co nejrychleji přibrala a už prostě nemusela nikam chodit a už jsem nechtěla, aby se to řešilo nó... Trvalo to, nevím, dva nebo tři měsíce.“ (Alice)

Z informací zjištěných v této části můžeme předpokládat, že pokud se pacient s anorexií rozhodne pro léčbu svépomocí, bude léčebný proces nejen nesmírně obtížný a bude stát velkou dávkou úsilí, ale bude také časově náročnější. V tomto případě se zdá být za vhodné využití pomoci odborníků, která by mohla být nejen méně časově náročná, ale mohla by také zvýšit šance na úplné vyléčení pacienta.

4.3.3 Respondentky a pohled okolních lidí

Pokud dívka onemocní anorexií, dojde u ní k rapidnímu a celkem rychlému úbytku váhy. Pacientka se snaží, aby její tělo vážilo co nejméně, a začíná odmítat stravu (Krch, 2008, s. 21). Jelikož je člověk, velmi zvědavý, tato změna v něm vyvolá určitý zájem, která ho donutí si tohoto stavu všimnout a pozorovat ho.

Přesně tak tomu bylo i u Lindy. Okolí si začalo všimnout jejího onemocnění. Jedním z hlavních impulsů ke vzniku Lindina onemocnění byla její touha po získání pozornosti. A to se jí nyní díky vyhublosti dařilo. V mnoha případech tomu ještě přidávala svým vzhledem, kdy se opravdu snažila vypadat naprosto zničeně, aby zvýšila zájem ostatních lidí. Ať už jejich názory byly negativní či pozitivní, Linda si jejich pozornost velmi užívala.

„... ale lidi na ulici, já jsem si jich začala všimnout už tehdy ve chvíli, kdy jsem přestala jíst, když jsem přestala jíst, tak jsem, tak jsem sledovala, jak se lidi na mě dívají a sledovala jsem, hrozně mi jako dělalo dobře to, že když se na mě dívali dlouho a se zájmem a bylo mi jedno, jestli je to negativní zájem nebo pozitivní zájem, hlavně že to byl zájem, to mě vždycky tak strašně hrálo na duši, že se jako o mě lidi zajímají. No a co, co ještě vím, že se hlavně pojilo s tím zájmem, tak pak už se to přeneslo i v to, že jsem se snažila vypadat vyloženě nemocně, což si myslím, že je jako další anomálie. Nevím, jestli to ještě někdo další má, ale teďka když si to jakože přehrávám zpětně tak vím, vím, že kolikrát, kolikrát eee jsem byla taková drama queen, že jsem se snažila vypadat jako úplně zdrchaně.“ (Linda)

Linda patřila tedy do té méně obvyklé skupiny pacientů s anorexií, kteří se místo skrývání svého onemocnění, snaží svůj špatný zdravotní stav dávat co nejvíce najevo. Takto se chovající pacienti se své počínání snaží svádět na pocit méněcennosti (Claude–Pierre, 2001, s. 82-83). Linda se snažila získat pozornost nejen svého přítele, ale toužila i po pozornosti od okolních lidí a dělalo jí dobře, když ostatní viděli, jak trpí. Tento jev by se dal tedy chápat jako takový pocit méněcennosti. Je také možné, že přesně z tohoto důvodu si nově nabytý zájem svého okolí opravdu užívala.

Alčin záměr byl naprosto protikladný. Snažila se své onemocnění před okolím skrývat až do poslední chvíle. Sama říká, že jejího onemocnění si nevšimli ani její vlastní rodiče. O svém problému nikomu neřekla. Jediný, kdo si toho mohl kromě třídní učitelky nejspíše všimnout, byli její spolužáci. Avšak Alice se snažila vyhnout jakékoliv debatě na toto téma, a to až do té doby, než se věc začala řešit s rodiči a doktory.

„Co se týče vztahu s rodinou tak o tom vlastně nikdo nevěděl, to právě, že jako, eee, když jsem byla sama, tak jsem nejedla, když jsem

byla s rodičema, tak jsem jedla, což poté jsem šla vyzvracet, tak, aby to nikdo neviděl, nikdo mě neslyšel, takže rodiče o tom vlastně vůbec nevěděli... Já jsem to nikomu neřekla vlastně, nevěděli o tom ve škole, nevěděli o tom ani moje kamarádky ve škole, ty akorát si po nějakou dobu všimli, že nechodím na obědy a nejím svačiny. ... Se spolužáky už si moc ani nevzpomínám, jako byly tam spolužačky, který o něčem věděly, možná to snad byla jenom jedna spolužačka, která taky byla mojí nejlepší kamarádkou, ale jako jak už jsem řekla, já sem to nikde neříkala, já jsem se asi spíše snažila se tomu vyhýbat jako, aby na to téma nedošlo. Takže, co si tak vzpomínám tak vím, že se to řešilo potom už jenom s rodičema a s doktorama.“ (Alice)

Zde se nám potvrzuje dříve uvedený fakt, že se většina anorektiků snaží svou vyhublost skrývat pod vhodně voleným oblečením. Ve většině případů se jedná o volné oblečení, znemožňující zjistit, jak moc hubená pacientka je. Tímto způsobem se také vyhýbá veškeré konfrontace s okolím, týkající se jejího současného stavu (Claude–Pierre, 2001, s. 82).

4.3.4 Kult štíhlosti

Anorexie jako porucha, je z jisté části vyvolávána tím, že v naší společnosti je spíše upřednostňován vzhled člověka, před jeho vnitřní stránkou. Dívky postižené touto nemocí, proto záměrně snižují svou váhu, aby tak docílily svého ideálu krásy (Claude-Pierre, 2001, s. 80).

Touha po štíhlém těle sehrála svou roli v příběhu obou dívek. V případě Lindy nebyla touha po štíhlém těle primárním hnacím mechanismem, i přesto však byla součástí jejího onemocnění. Linda, která se věnuje tanci, se zaměřila především na spodní končetiny, jejichž tvary se jí od malička nelíbily.

„Já jsem vždycky jako už od dětství, tak jsem záviděla prostě holkám štíhlý nožky, štíhlý lýtka a ty já jsem nikdy neměla a prostě můj typ postavy je takový, že já ty štíhlý nohy mít nikdy nebudu, takže ty jsem sledovala a ty jsem měřila vždycky nejvíc nohy a dělalo mi hodně dobře, když to šlo dolů samozřejmě, no á jó jako dá se říct, že s tím ideálem krásy to je, to bylo hodně spojený jinak s tou pozorností no, ta pozornost tam byla primární.“ (Linda)

U Lindy si tedy můžeme všimnout, že v případě jejího onemocnění sehrálo roli více rizikových faktorů. Pokud pomineme ten hlavní (touha po pozornosti), nyní se dozvídáme, že dalším rizikovým faktorem byla Lindina nespokojenost s vlastní postavou. Tím třetím faktorem je tanec, který je uveden jako sportovní profese, jejíž provozovatelky jsou náchylnější ke vzniku mentální anorexie (Novák, 2010, s. 72).

Jak již víme, Alice nebyla psychicky připravena na změnu svého těla. Tento důvod sama vnímá jako hlavní impuls jejího onemocnění. Alice si uvědomovala, že byla před propuknutím nemoci, jak také sama uvádí: „oplácaná“, o to však bylo ještě horší, že si toho všímalo i její okolí. Ona sama měla od malička štíhlou postavu. Na oplácanost nebyla zvyklá. Dříve byla štíhlá, stejně, jako její spolužačky, kterým teď záviděla jejich ploché břicho.

„...vím, že jsem byla oplácaná, nebyla jsem hubená a viděli to i lidi kolem mě, protože si vzpomínám, že mi to i lidi řekli, v tom smyslu jako, že ty jsi přibrala nebo ty máš nějaký větší břicho... Já jsem byla vždycky hubená. Od malička jsem byla spíše ten sportovní typ a najednou jsem prostě začala nabírat a lidi si toho začali všímat, což mě se teda nelíbilo a vzpomínám si, že na základní škole, v té osmý třídě už spolužačky, já teda měla spolužačky, který měli strašně ploché břicho úplně, á oni přišli s tím, že si chtějí udělat piercing a já když sem to viděla u nich, tak jsem ten piercing chtěla taky, ale jak jsem byla oplácaná, tak prostě jsem si ho

nemohla udělat. Takže když nad tím takhle zpětně zapřemýšlím, tak si vlastně vzpomínám, že to byl další z těch důvodů, proč jsem chtěla zhubnout, proč jsem chtěla mít to ploché břicho, abych byla jako moje spolužačky nó...“ (Alice)

V případě Alice vnímáme touhu po štíhlém těle jako jeden z primárních důvodů vzniku jejího onemocnění již od začátku. Nyní však zjišťujeme, že tato touha byla doplněna o její závist nad plochými břichy spolužaček. Vliv vrstevníků, kde je především mezi dívkami kladena do popředí štíhlost a vzhled, může mít svůj podíl na vzniku MA (Novák, 2010, s. 18).

4.3.5 Vliv médií a sociálních sítí

Fakt, že krása ženského těla se skrývá především v její štíhlosti je podporován také médii a reklamami, ve kterých je dokonalost a krása ženského těla často vyzdvihována. A prostřednictvím těchto médií a reklam, může být u žen také vyvolána nespokojenost s vlastní postavou, které chtějí být štíhlé, jako herečky, které v nich hrají (Claude–Pierre, 2001, s. 82). Pokud jde o vliv sociálních sítí, právě ty mají v dnešní době na mladé, dospívající adolescenty značný vliv. Obě dívky si nemocí prošli v době, kdy sice nejznámější sociální sítě jako je Facebook, nebo Instagram již existovaly, ale neměly mezi mladými lidmi takovou moc, jako je tomu dnes. Sehrát svou roli by mohly hlavně v případě Lindy, která se svou postavou vůbec netajila. Naopak se anorexií chlubila a těšila se ze zájmu ostatních lidí.

Respondentka Linda prodělala onemocnění anorexie později, než respondentka Alice. Doba sociálních sítí ji stihla alespoň trochu poznamenat. Mimo jiné si nemocí procházela se svou kamarádkou, se kterou si společně vytvořili stěnu plnou fotek a plakátů modelek, v jejíž popředí stál velký nápis: „nepotřebuješ jídlo.“

„...pamatuju si, že jsem přidala pár fotek na Instagram, jsem, jsem přidávala no, připadala jsem si, že jsem v komunitě jako, že mezi ně už taky patřím, a že se v podstatě jako můžu chlubit tím, tím statusem teda člověka kterej trpí tímhle... Já jsem si vyhledávala takový moje, moje vzory, že se mi třeba líbily nějaký modelky, na konkrétní jména si nevzpomenu teďka, ale vim, že jsem si ty fotky ukládala a furt jsem se na ně koukala a taky nějaký citáty. Takový ty anorektický citáty jako, nepotřebuješ jídlo nebo takový různý, a já jsem si je dokonce s tou kamarádkou, jsme si udělaly celou stěnu takovou, my jsme si vytiskly ty fotky šíleně hubených holek a přes tu zed' jsme si obrovsky napsaly, nepotřebuješ jídlo...“ (Linda)

Za povšimnutí stojí, jak moc byla Linda svým onemocněním posedlá. O to horší bylo, že místo kamarádky, která by se jí v jejím počínání pokoušela jakýmkoliv způsobem zabránit, měla kamarádku, která jí v její posedlosti podporovala, jelikož si onemocněním procházely společně, což ještě více prohloubilo jejich zápal pro věc.

Pokud se však podíváme na Alici, ta si svou nemocí prošla v osmé třídě základní školy, což je už od našeho rozhovoru několik let. V té době již byla sociální síť Facebook známá, ale měla jinou podobu a menší vliv, než sociální sítě současné doby. Proto neměl Facebook, Instagram ani jiné podobné sítě a reklamy na Alici snad žádný vliv.

„Sociální sítě tó, tó si nevzpomínám, vim, že v tý době už jsem asi měla facebook, alé jinak nevím, že by tam byla nějaká spojitost, ani si nevzpomínám, že bych si vyhledávala nějaký extra hubený modelky, to né, to jsem jako neměla tu spojitost a reklamy? To si taky nevzpomínám, že by to v tom něco bylo.“ (Alice)

I kdyby si Alice prošla anorexií v době sociálních sítí, můžeme předpokládat, že by na ni ani tak neměly žádný vliv. Ona se na rozdíl od Lindy rozhodla své onemocnění skrývat, a to všemi způsoby. Je tedy

vysoce nepravděpodobné, že by se svým onemocněním a nějakými fotografiemi chlubila na sociálních sítích.

4.4 Konec nemoci

Konec nemoci by se dal nazvat také jako vysvobození. Stav kdy se opět vrátíte k běžnému stylu života. Kdy si uvědomíte, čím jste si prošli, a konečně chápete, že to, co jste dělali, nebylo pro vaše tělo dobré. Že štíhlá postava stojí značné úsilí, ale v té chvíli už víte, že nic se nemá přehánět. Dojde vám, že pokud by došlo k nejhoršímu, mohlo by vaše hazardování s jídlem také znamenat hazardování s vlastním životem.

4.4.1 Období po nemoci

Období po nemoci je u každého pacienta velmi individuální pojem, a to z toho důvodu, že každý se s tím zvládne vyrovnat úplně jinak. Pokud však trpíte anorexií v akutním stavu, je téměř jisté, že po sobě zanechá zdravotní potíže (Claude-Pierre, 2001, s. 101). Obě naše respondentky si naštěstí akutním stavem neprošly. Anorexie se u nich obešla bez vážných následků.

Respondentka Linda uvádí, že s koncem nemoci ji opustili myšlenky na nechutenství. Občas se pouze vracely myšlenky bulimické. Jiné vážné následky však Linda neměla. Sama uvádí, že po psychické stránce se cítila dobře a její tělo se s tím zvládlo v jisté míře dobře vypořádat. Především tím, že netrpěla žaludečními problémy. Jediné, čeho si na sobě všimla, byla únava a nadměrné padání vlasů, které však časem také vymizelo.

„Myšlenky ohledně toho, že bych nejedla tak ty se neobjevily už vůbec, ty se objevují teďka občas, občas teďka, ale předtím se neobjevovaly vůbec, spíš že bych se přejedla a pak, pak že bych to, no že bych to vyhodila. Jenom jako co se týče toho myšlení, že bych měla

problémy s tím něco strávit třeba nebo že by mě bolel žaludek, to u mě nebylo. Moje tělo to zvládalo dobře, že mi ani, já nevím asi mi víc padaly vlasy, ale zuby mám díky bohu v pořádku, s těma se nic nestalo, ale vlasy mi trošku víc padaly a asi jsem byla i víc unavenější...“ (Linda)

V případě Alice, to bylo s obdobím po nemoci složitější. Je možné, že její problémy vypořádat se s nemocí zapříčinil nižší věk. Jelikož byla mladší, platilo na ní strašení ze strany ostatních, jak by mohla díky své nemoci dopadnout. Tento strach jí motivoval k tomu, aby opět co nejrychleji nabrala váhu. Přestala řešit stravu, i množství jídla, které přijala a stále nabírala na váze. Bohužel se to dostalo až do takové míry, že přibrala více, než bylo zapotřebí. Díky jejím předchozím zkušenostem s anorexií se však zachovala úplně jinak. Svě další kroky, k opětovnému zhubnutí tentokrát zvolila za pomoci výživové poradkyně.

„Období po nemoci? Já, po té nemoci, jak jsem se strašně bála, a jak mě skoro každý děsil, tak já jsem hodně jedla, abych co nejvíce a nejrychleji přibrala ... já jsem to vůbec neřešila a byla jsem v pohodě a ta váha rostla a rostla a najednou jako jsem měla zase moc. Bylo to hrozný... Takže jsem docházela potom k výživový poradkyni, protože jsem opět chtěla zredukovat svojí váhu a jelikož jsem nemohla cokoliv si určovat ohledně jídla, tak mi pomáhala ta poradkyně, kde mi byly změřeny všechny moje hodnoty, a byl mi vystaven jídelníček na míru, kterej jsem musela dodržovat, vim že jsem tam chodila několik měsíců. Rodičemi mi podle toho připravovali jídlo...“ (Alice)

V Alčině příběhu tedy můžeme pozorovat, jak snadné může být se k anorexii vrátit, ihned po vašem vyléčení. Jelikož se po nemoci soustředíte na opětovné nabrání na váze. Může se stát, že vaše mysl, která se ještě dostatečně nedokázala vzpamatovat z tak náročné psychické zátěže, ve vás probudí opět anorektické smýšlení.

4.4.2 Pozůstatky nemoci

Anorexie je velmi závažnou nemocí. I po jejím úspěšném vyléčení se může stát, že po sobě mimo zdravotních potíží zanechá i jiné stopy a to především návyky sebekontroly. I přes to, že „vyléčený“ pacient neklade takový důraz stravu, kterou přijímá, stále se mu vrací myšlenky nechutenství, které se snaží potlačit. Autorka P. Claude–Pierre (2001) ve své knize dokonce uvádí:

„Anorexii nelze nikdy úplně vyléčit, můžete ji v sobě jen potlačit. Budete s ní žít až do smrti“ (Claude–Pierre, 2001, s. 99).

Tento fakt Linda potvrdila již dříve, když uváděla, že si sama není jistá, zda se z nemoci vyléčila úplně. Zlozvyky, které měla v průběhu nemoci, v ní přetrvávají dodnes. Jde především o přehnanou sebekontrolu. Často si svou postavu prohlíží v zrcadle, jelikož s ní není do jisté míry spokojena ani nyní. Nezmizel u ní ani chťič po pozornosti ostatních lidí.

„...takže tam je potřeba, tam mít ňákou figuru, ale myslím si, že občas se tam u mě pořád ještě projevuje takový, taková ta žádost, nebo chťič po té pozornosti a jako jo, pořád se tak prohlížím a říkám si, kde by to tak chtělo jako ubrat, no furt, furt to tam je. Ohledně kontroly jídla, né, není to tak, že bych jedla nezdravě, ale ani zdravě, já jsem vždycky chtěla, abych jedla vyváženě, abych dala tomu tělu vše, co potřebuje, aby fungovalo tak jak má, ale to se mi vždycky dařilo jenom chvilku, jenom takový období čtrnácti dnů a pak to zase spadlo do těch stejných kolejí. A myslím si, že to onemocnění, které sem prošla tak, že má na to vliv...“
(Linda)

Alice v současné době vnímá celou věc úplně jinak. Ví, že stále trpí nadměrnou sebekontrolou, ale bere jí již za běžnou věc. Prohlížení své

postavy v zrcadle a dnes považuje jako součást denní rutiny. Jako věc, kterou dělá spousta dívek, aniž by trpěla nějakým onemocněním.

„Kontrola mého těla probíhá stále, to ano no, to prostě pořád se kontroluju, jakou mám postavu, a jestli by to nepotřebovalo někde něco... Jestli potřebuju cvičit, nebo tak no. Ale prostě už to беру úplně jinak, už jako vím, jak se věci mají a prostě vím, že tělo potřebuje jídlo, potřebuje všechno, aby mohlo fungovat a takže jako, i když se kontroluju tak stále prostě žiju normálně, jako všichni ostatní si myslím.“ (Alice)

Tyto rozhovory, nám dokazují, jak velmi nebezpečná nemoc anorexie je. Nebezpečná totiž není jen ve svém průběhu. Její velké riziko spočívá v tom, že vás její pozůstatky mohou doprovázet už napořád. Anorektické návyky si s sebou můžete nést do konce života. Otázkou však je, jestli jim dotyčný pacient zvládne čelit. Může se stát, že se návyky a pozůstatky z minulosti přemění zpět v samotnou nemoc a tento koloběh začne od znova.

4.4.3 Zkušenost, která se hodí

Závěrem rozhovoru jsem se zeptala obou respondentek, co by poradily dívkám, které v současné době trpí anorexií. Obě respondentky se o tomto tématu rozhovořily. Díky zkušenostem s nemocí, obě dívky poskytly užitečné rady pro pacientky s MA. Z rozhovorů s respondentkami jasně vyplývá závažnost onemocnění. Každá z nich prošla velice obtížným obdobím, které v nich zanechalo stopy. Díky vyléčení jsou nyní schopné předávat své rady dívkám, které jsou v obdobné situaci, jako byly ony samy.

Linda v závěru uvádí, že existuje mnoho příruček, které dívkám radí, jak se v takové situaci zachovat. Sama některé četla, ale podle ní, by měl člověk vždy začínat u sebe. Díky všemu, čím si prošla, ví, že dnes

by své problémy řešila úplně jinak. Nemoc, i přesto, jak nebezpečná je, nyní vnímá jako užitečnou životní zkušenost.

„...já jsem taky četla spoustu doporučení a stejně to nepomohlo, možná jako si, možná si položit otázku, jestli tohlencto, to, co se chystají dělat je opravdu to, co chtěj. Jestli je to fakt to ono. Á hodně dobře popřemýšlet, protože já jsem si taky vždycky myslela, že mě se netýká nějaká jakákoliv závislost, že já přece můžu přestat s čímkoliv, kdy chci, že jsem silná osobnost a že mám vůli, když už jsem dokázala zhubnout, tak vůli mám že? Ale není to tak, není to tak prostě a člověk prostě nepřestane, to ne, z vůle vlastní, jen tak... Ted' už vím, že kdyby šel vrátit čas, tak bych si už rozhodně nevybrala tuhle cestu. Ted' se svýma zkušenostma, bych to řešila úplně jinak. Nevim, jestli líp nebo hůř, ale určitě bych to neřešila tímhle, protože tím se člověk obere o strašně moc. Nicméně pořád je to pro mě zkušenost, ať je jakákoliv, pořád to беру jako zkušenost do budoucna, která se mi hodí.“ (Linda)

Alice nyní doporučuje při pomoci s redukcí váhy poradenství. Existují přeci specialisté, výživoví poradci a doktoři, kteří jsou odborně vzdělaní na to, aby pacientům s takovým problémem pomohli. Důležité je, začít se radit, dřív, než nemoc začne. Dnes však Alice ví, že jídlo je něco, bez čeho se lidské tělo prostě neobejde.

„...jestli jsou nějaký holky, který, který chtějí zhubnout, tak ať se o tom někde s někým poradí, to určitě. Jestli vůbec to potřebujou, jestli jsou obézní a maj na to ty hodnoty, ať se jdou někam poradit, to každopádně, jestli sou holky, který to nepotřebujou a chtějí zhubnout, tak bych jim chtěla říct, nebo poradit, není špatný si upravit stravu a, a není špatný cvičit, ale je špatný, když už se na to zaměříte až moc a je špatný, když už nedodržíte tu stravu, to prostě, to jídlo tam musí bejt, to prostě bez toho tělo nefunguje, že jo? Takže ať si s tím nezahrávaj, protože jakmile

jednou podle mého názoru, jakmile jednou člověk spadne do této nemoci, tak z toho prostě už nejde ven...“(Alice)

4.5 Shrnutí analytické části

V analytické části byly předloženy nejpodstatnější a nejzajímavější informace z rozhovorů s respondentkami. Z rozboru rozhovorů je možné pozorovat, že příběh každého pacienta s onemocněním anorexie je naprosto originální a ve své podstatě jedinečný. Je zřejmé, že ne vždy za začátkem onemocnění stojí nátlak na krásu a štíhlost ženského těla. Mentální anorexie může mít svůj počátek v příčině, kterou by mohl málo kdo očekávat, nebo předvídat. O to je však MA nebezpečnější a mělo by se na ní také tak pohlížet.

5 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se pokusila představit čtenářům onemocnění mentální anorexie, a to od počátku, skrze celý jeho průběh až po konec, včetně léčby a období po nemoci. Mým záměrem také bylo zobrazit čtenářům onemocnění anorexie v jiném světle, než jej doposud znali. Rozhodla sem se jim nemoc přiblížit, a to nejen z teoretického hlediska, ale také z pohledu samotných pacientek.

V teoretické části jsou popsány základy tohoto onemocnění a možnosti léčby. Samotná nemoc je následně popsána ve spojení se sociologií. V průběhu práce jsem se zaměřila primárně na úroveň formování onemocnění, jeho diagnostiku a vztah nemoci se subjektivitou pacienta.

Nový pohled na toto onemocnění jsem čtenářům chtěla představit skrze analytickou část. Zde jsem jim totiž poskytla náhled do života dvou žen, které si tímto onemocnění prošly. Na základě rozhovorů s respondentkami jsem umožnila čtenářům co nejvíce přiblížit osobní zkušenost s onemocněním u obou mladých žen, které se nebály své období nemoci popsat, a to v mnoha případech do i nejmenších detailů. Struktura rozhovorů se odvíjela především od výše uvedených hlavních úrovní. Podrobně jsem s nimi rozebrala úplný začátek onemocnění, jeho pozdější stupňování až do nejhorší fáze, následné uvědomění si nemoci a také průběh léčby. S dívkami jsem také probrala, jaký vliv na ně vůbec onemocnění mělo. V závěru analytické části mi dívky popsaly, jak snášely období těsně po nemoci. Na úplný konec jsem dívkám nechala volný prostor, aby se samy mohly vyjádřit, a předat tak čtenáři důležité zkušenosti s onemocněním.

6 LITERATURA

Beardsworth, A., & Keil, T. (1997). *Sociology on the menu: An invitation to the study of food and society*. London: Routledge.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.

Buchanan, K. S. (1993). Creating beauty in blackness. In C. Brown & K. Jasper, et al., *Consuming Passions: Feminist Approaches to Weight Preoccupation and Eating Disorders* (s. 36-52). Toronto: Second Story Press.

Darmon, M. (2009). The Fifth Element: Social Class and the Sociology of Anorexia. *Sociology*, 43(4), 717–733.

Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky, et al., *Body images: Development, deviance, and change* (s. 80–109). New Your: Guilford Press.

Faltus, F. (2018). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová, et al., *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (s. 21-27). Praha: Mladá fronta.

Feighner, J. P. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63.

Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.

Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In F. D. Krch, et al., *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. (s. 123-132). Praha: Grada.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and research*, 6(2), 123-150.

Haworth-Hoepfner, S. (2004). The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 212-227.

Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

Krch, F. D. (2005). Vymezení poruch příjmu potravy. In F. D. Krch, et al., *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. (s. 15-25). Praha: Grada.

Krch, F. D. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.

Claude-Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma.

Turner, B. S. (2008). *The body & society: Explorations in social theory*. Londýn: SAGE Publications.

Van Deth, R., & Vandereycken, W. (2005). Historie poruch příjmu potravy. In F. D. Krch, et al., *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. (s. 27-34). Praha: Grada.

Wolf, N. (2002). *The beauty myth: how images of beauty are used against women*. New York: Harper Perennial.

7 RESUMÉ

This thesis, which discusses the topic of Mental Anorexia in Contemporary Society, has been divided into five parts. The first is the introduction, in which the overall aims within this thesis were presented to the reader. The theoretical part follows, throughout which the reader is provided with basic information concerning the MA. The methodological part describes what kind of research was conducted, how respondents were obtained, as well as what methods were used for data collection. In the third part, a story regarding two girls, who were interviewed through a semi-structured interview, is analysed. This thesis focuses on three main topics, which are the formation of the illness, its diagnosis and the individual relationship of each patient with the disease. The main emphasis is placed onto the three phases of the illness, its beginning, the development, followed by the ultimate healing, including treatment. Finally, the conclusion serves as the final summary of all its contents. I believe that this thesis was beneficial for the reader, who by reading, will be able to understand anorexia nervosa in depth. They should be able to empathise with the patients, understand their feelings and the difficulties patients with MA face. If the reader gained a better understanding of this insidious and dangerous disease work has served its purpose and achieved the aim which had been set at the beginning.