

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

Mentální anorexie v České republice

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

Autor práce: Jana Hejnová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Dne: 30. 3. 2017.

Hejnová Jana

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, Mgr. Veronice Zvánovcové, Ph. D., za odborné vedení, cenné rady a metodické vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří byli ochotní, bavit se o svém životě.

Obsah

Úvod.....	6
1 Mentální anorexie	8
1.1 Rizikové faktory a spouštěče	8
1.1.1 Sociální a kulturní faktory	9
1.1.2 Biologické faktory	11
1.1.3 Rodinné a genetické faktory	12
1.1.4 Osobnost a další psychické charakteristiky	13
1.1.5 Stav utvrzeného negativismu	14
2 Poradenství v oblasti výživy	15
2.1 Strava.....	16
2.2 Trendy ve stravování.....	19
2.2.1 Dieta.....	19
2.2.2 Rychlé stravování	21
3 Sociální práce.....	22
3.1 Vyrovnání se rodiny s nemocí.....	22
3.2 Možnost spolupráce sociálního pracovníka při léčbě mentální anorexie.....	24
3.2.1 Primární prevence	25
3.2.2 Sekundární prevence.....	25
3.2.3 Terciální prevence.....	25
3.2.4 Následná péče	26
3.2.5 Krizová intervence	26
3.2.6 Formy péče pro lidi trpící duševními nemocemi	26
4 Léčba mentální anorexie v České republice	27
4.1 Hospitalizace	27
4.2 Ambulantní lékařská péče	27
4.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace.....	27
4.4 Rodinná terapie	28
4.5 Kognitivně - Behaviorální terapie.....	28
4.6 Interpersonální terapie.....	29
4.7 Farmakoterapie.....	29
5 Metodologie výzkumu	30
5.1 Sběr informací.....	30

5.2	Výzkumný vzorek	30
5.3	Cíl výzkumu	31
5.4	Druh výzkumu.....	31
5.5	Rozhovor	31
5.6	Případová studie	31
5.7	Dílčí oblasti výzkumu	32
5.8	Citlivost tématu	34
5.9	Výzkum – Respondent 1	36
5.10	Výzkum – Respondent 2	39
5.11	Výzkum – Respondent 3	41
5.12	Diskuze	44
6	Závěr	48
7	Seznam použitých zdrojů.....	51
8	Přílohy.....	54
8.1	Příloha 1 – struktura rozhovoru.....	54
9	Abstrakt.....	56
10	Abstract.....	57

Úvod

Bakalářská práce se věnuje tématu mentální anorexie v české republice. Mentální anorexie je charakteristická úmyslnou ztrátou tělesné hmotnosti a neoblomnými myšlenkami na jídlo.¹ V moderní době, je dostupnost jídla všudypřítomná a o jeho kvalitě se dá diskutovat donekonečna. Mnoho lidí prožívá hektický styl života a jídlo se může proměnit v posedlost projevující se buď v obezitě, nebo naopak v podvýživě, kdy dotyčný bilancuje na hraně života.

Téma je zpracováno z důvodu vlastní zkušenosti s omezováním jídla prostřednictvím diet a různých stravovacích trendů. To bylo vyvoláno z pocitu nezvládnutí své životní situace a z velké části také tlakem okolí na určité tělesné proporce. Epizoda zvláštních jídelních návyků začínala ve vynechání sladkých potravin. Postupem času se z jídelníčku vytratilo mléko, mléčné výrobky a také bílé pečivo. Kontakt s vrstevníky se omezoval jen na nezbytný čas strávený ve škole a volný čas se využíval pro cvičení, nebo vaření vyhovujících jídel.

Je velmi důležité, aby si mladí uvědomovali potřebu správného jídla, jelikož si tak můžou udržet zdravý a hlavně spokojený život. Sdělovací prostředky bohužel propagují převážně opak a to zejména fakt, že prostřednictvím vzhledu lze získat a okouzlit. Mnoho dospívajících hledá právě v redukčních dietách a omezování jídla cestu k dokonalosti.² Z touhy po dokonalosti pak může vzniknout „*intenzivní strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.*“³

Cílem bakalářské práce je pomocí dostupné literatury a výzkumu popsat začátek nemoci, možné rizikové faktory a nabídnout náhled na hlavní nabídku služeb a péče pro klienty s mentální anorexií.

První kapitola se věnuje popisu poruchy mentální anorexie, hlavnímu vymezení a rizikovým faktorům a spouštěčům poruchy

Druhá kapitola se věnuje přehledu správného stravování. Je zde nastíněn přehled hlavních složek stravy a obsahuje i výčet vitaminů, které je třeba získávat z potravy, pro správné

¹ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s. 2005, Definice mentální anorexie, str. 16.

² Srov. KRCH, F. D., a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s. 2005, Sociální a kulturní faktory, str. 58 – 60.

³ Vlastní překlad: Srov. Neuvedeno. Eating disorders. PsyWeb.com [online]

fungování lidského těla. Lidé trpící mentální anorexií se často různých potravin bojí a je tedy za potřebí edukace v rámci stravování.⁴ Dále nastiňuje trendy v oblasti stravování mladistvých. Jejich strava zde může být ohrožena různými dietami, ale i nezdravým jídelm, které může být zdrojem negativních emocí ve vztahu k jejich tělu.⁵

Třetí kapitola se zabývá sociální prací s rodinou a hlavním výčtem činností, kterými je možné pomoci při prevenci vzniku mentální anorexie. Tato kapitola se také zabývá následnou péčí a krizovou intervencí, které může významně napomoci při léčbě poruchy. Čtvrtá kapitola se zabývá nabídkou léčby a péče poskytovaných v České republice a jejím základním charakteristikám.

Pátá kapitola je věnovaná samotnému výzkumu a závěrům z něj vyvozených. Pro výzkum byly zpracovány životní příběhy 3 respondentů, kteří byly ochotni se svěřit se svojí zkušeností s mentální anorexií. Pro sběr dat výzkumu bylo osloveno plno organizací z jihočeského regionu, kteří na svých stránkách uvádí možnost pomoci při léčbě nemoci. K Informacím bylo velice obtížné najít přístup už z důvodu negativních zkušeností klientů s nemocí, která je po dlouhou dobu mohla omezovat v kontaktu se sociálním okolím, zhoršila jim rodinné vztahy, byla reakcí na jisté stresující situace a podobně.⁶

Nejdůležitější zdroje využívané při tvorbě práce byly knihy PhDr. Františka Davida Krcha – Poruchy příjmu potravy. Pro kapitolu o poradenství v oblasti výživy, byla použita zejména kniha Referenční hodnoty pro příjem živin od Společnosti pro výživu. Pro oblast sociální práce s rodinou byly použity zejména publikace od Oldřicha Matouška – Sociální služby, Slovník sociální práce, Základy sociální práce – a publikace Jindřicha Šrajera a Libora Musila - Etické kontexty sociální práce s rodinou. Pro kapitolu o léčbě v České republice byly navíc použity webové stránky klinik a center pomoci.

⁴ Srov. LEIBOLD, G., *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda 1995, Kontrola chování u jídla, str. 87 – 88.

⁵ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s. 2005, Průběh a prognóza, str 23.

⁶ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Průběh a prognóza, str. 24 – 25.

1 Mentální anorexie

Model krásy se za mnohá léta změnil a to spíše k vyhublému extrému. Ovšem vyhublý model ženy je spíše riziko než krása. Modelky v časopisech mají viditelné kosti, mnohdy jsou fotografie focené z úhlů, tak aby vypadly ještě více hubené, nebo jsou následně fotografie upravované. V televizi na nás působí spousty reklam, které nám do hlavy vtlačují, že obezita je nežádoucí a vyhublý ideál podporují různými pilulkami na hubnutí, nebo na omezení chuti k jídlu.⁷

Proč omezovat potřebu k jídlu, když je to jeden z našich hlavních instinktů, díky kterým může lidský organismus fungovat? Jídlo může být pro člověka vyjádřením vášně, požitku a spokojenosti. Někdo se jídlem obrňuje proti stresovým situacím, pro jiného může být jídlo jeho největším společníkem. Mnozí z nás mohou jídlo brát jako drogu. Drogu, díky které se můžeme cítit dobře, díky které je vše snesitelnější, ale také drogu, kterou můžeme ovládat svůj zevnějšek, jídelníček a život.⁸

Mentální anorexie je choroba, která je charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient způsobil sám a udržuje jej i nadále. Choroba je spojená se strachem ze ztloustnutí, která působí jako ovládací myšlenka a pacient usiluje o nižší váhu. Chorobu provádí tělesné příznaky a mohou se objevit i jiné poruchy.⁹

V průběhu dějin byl vznik anorexie chápán různými způsoby, dnes se však prosazuje společný výskyt několika faktorů. V léčbě se pak musí prolínat komplexní péče o pacienta a v potaz se musejí brát různé danosti v konkrétním případě.¹⁰

1.1 Rizikové faktory a spouštěče

Každá nemoc má nějaké určující prvky, díky kterým je možné ji rozpoznat. U pacientů s mentální anorexií však vždy nepřevládají stejné faktory a prvky, které by nás hned na začátku upozornily, že už se nejedná o normální jídelní chování. Vlastně jediné co mají pacienti společné je nespokojenost se svým tělem a zkušenost s držení redukčních diet. Většina z nás však mohla v průběhu života pociťovat, že ne vždy mu bylo pohodlně ve

⁷ Srov. PAPEŽOVÁ, H., *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2000. Jak anorexie vzniká?, str. 13.

⁸ Srov. LEIBOLD, G., *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda 1995. Každá desátá žena trpí poruchou vztahu k jídlu, str. 12.

⁹ Srov. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Mezinárodní klasifikace nemocí: Poruchy příjmu potravy. uzis.cz [online]

¹⁰ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., Etiologie a komorbidita, str. 57.

svém těle. Ne každá část se mu líbila a v průběhu vývoje mohl minimálně uvažovat, o omezení se v jídle.

Rizikové faktory si můžeme představit jako souhrn vlastností (genetických, povahových apod.), které umožňují větší možnost vzniku poruchy. Spouštěč pak můžeme chápat jako zlomovou událost v životě nemocného, díky které nemoc zvítězila. Prvky rizikových faktorů se rozdělují na sociální a kulturní, biologické, rodinné a genetické, osobnostní a psychické charakteristiky, také se u klientů trpících mentální anorexií může v době podvýživy objevit stav utvrzeného negativismu.¹¹

1.1.1 Sociální a kulturní faktory

Každý z nás se narodí do určité sociální oblasti lidí, kteří mají podobné smýšlení a názory a každý člověk chce být součástí této skupiny. Abychom do takovéto skupiny zapadli, musíme se jí v určitých věcech podřizovat, nebo minimálně nevystupovat z řady zajetých postojů.

V dnešní době bývá upřednostňovaný ideál krásy, který musí být všude přítomný a opak je médiu propagován jako něco odporného, co do naší společnosti nepatří a znevažuje ji. Přispívají k tomu hlavně reklamy, kde se objevuje spousta přípravků a zaručených cest k tomu, jak zhubnout. Naopak tuční lidé bývají málokdy zobrazováni jako úspěšní a šťastní. Většinou jsou dávání do souvislosti se záchvaty přejídání nebo potem. Z billboardů na nás koukají vyhublé 15leté modelky naaranžované do stylu dvacetiletých a nakonec na nás působí tlak ze stran zaměstnavatelů, protože přeci s jejich klienty nebude jednat nepěkný zaměstnanec. Tyto obrazy v nás pak zasazují nesprávné vzory, nerealistické cíle, nedůvěru v sebe samé a nespokojenost s naší postavou.¹²

V nepřeborném množství nároků na mladistvé se někteří z nich mohou ztrácet a nenacházet v nich tu správnou volbu pro ně samé. Zde se pak diskutuje nad vznikem anorexie u mladistvých jako možností, jak alespoň trochu kontrolovat oblast týkající se vymezení se ve svém životě.¹³ Někteří dospívající se mohou k této nemoci upnout ze snahy nedospět, být stále tím malým dítětem a nemuset čelit problémům dospělého

¹¹ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s. 2005, Etiologie a komorbidita, str. 57.

¹² Srov. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, Sociální a kulturní faktory, str. 58 - 62.

¹³ Srov. ROZEHNALOVÁ, M., *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*. 1 vydání. Praha: Free Teens Press, 2003, Rodina jako stálý zdroj uzdravujících sil při léčbě poruch příjmu potravy, str. 239.

života.¹⁴ Někteří autoři naopak diskutují nad možností vzniku anorexie jako přehnaným projevem k dosažení ženskosti. Na některé pacienty trpící mentální anorexií měl špatný vliv například školní kolektiv, kdy se dívky snažily vyrovnat svým spolužačkám, nebo se přiblížit světu módy, tak jako jejich vrstevnice. V této oblasti se také objevuje problém kultury a tlak společnosti na vzhled žen. Všude jsou zveřejňované pouze úspěšné ženy, které jsou vždy hubené a krásné a pokud mladistvé dívky dostávají pouze tyto ideály, budou se jim chtít vyrovnat. K tomu, aby byly dívky co nejhubenější, jsou vyzívány jak v médiích, tak v sociálním prostředí, někdy v prostředí školy (jako příklad je možné uvést taneční akademie), někdy se ohledně vzhledu mladistvých ohrazují samy rodiče. V tělesném rozpoložení, ale hrají důležitou roli také rodinné a genetické faktory, které jsou představeny v kapitole 1. 1. 3. Pokud se mladistvý rozhodne svou postavu změnit, nejspíš jako první možnost zvolí tu, díky které je krásný i jeho idol. Začne tedy vyhledávat různé diety, cvičební techniky a může se dopracovat až k rozhodnutí o používání doplňků stravy, které omezují chuť k jídlu.¹⁵

Mezi časté spouštěče a příčiny nemoci se řadí i školní kolektiv. Mladistvý, kteří do kolektivu snadno zapadli, mají menší šanci na rozvoj poruchy, zatímco šikanování, odstrčení nebo znevýhodnění jedinci se k ní snadněji uchýlí. Vyčlenění mladistvý mohou mít potřebu destrukce svého těla, mohou si na něm vybíjet zlost, kterou si na nich vybíjejí ostatní. Urážky těch co je šikanují, mohou podkopávat sebedůvěru a zvyšovat nespokojenost se vzhledem oběti. Propuknutí poruchy pak závisí hlavně na psychickém stavu a výdrži oběti.¹⁶ V souvislosti se studiem může být rizikovým faktorem i přechod na střední školu. Mladistvý na sobě začne hledat chyby, nebo se naopak snaží extrémně zaujmout ostatní a vzbudit pozornost. Přechod na jinou školu může znamenat také strach z neznáma a s mnohem větší studijní zátěží se k jídlu může začít přistupovat jako k odměně. Nároky, které si mladistvý stanovují k získání jídla, se nadále zvětšují, až se ze situace stane životní styl, který pomalu spadá do mentální anorexie.¹⁷

¹⁴ Srov. LEIBOLD, G., *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, Příčiny mentální anorexie, Přehnaný ideál štíhlosti, str. 49 – 51.

¹⁵ Srov. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, Sociální a kulturní faktory, str. 58 - 62.

¹⁶ Srov. RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta: [sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí]*. Praha: Galén, 2006, Rizikové faktory suicidálního chování v dětství a adolescenci, str. 92-93.

¹⁷ Srov. LEIBOLD, G., *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda 1995, Individuální faktory, str. 22.

Někdy může být příčinou vzniku mentální anorexie sport, kterému se mladistvý věnuje. Mezi dívčí sportovní aktivity, které požadují určité tělesné proporce, se dají zařadit gymnastika, balet, tanec¹⁸.

V dnešní době je na ženy kladen požadavek zapojování se do finančního zajištění rodiny a s tím spojená časová vytíženost a neschopnost dohlédnout na dospívající při obstarávání a přípravě jídla. Dnešní model rodiny se od tradičního typu liší především tím, že žena již není vnímána jako ta, která zajišťuje domácí pohodu, vychovává děti a má na starosti chod domácnosti. V moderní rodině chodí do zaměstnání oba partneři, s rozdílem, že žena většinou nebývá za svou práci odměněna tolik jako muž a po příchodu z práce jí čekají ještě povinnosti spojené se zaopatřováním dětí a domácnosti.¹⁹ Mezi problémové profese, které mají jisté požadavky na vzhled, můžeme řadit ředitelky firem, recepční, asistentky, manažerky, ale i číšnice, prodavačky v luxusních obchodech s drogerií, ve svatebních salonech apod. Ženy mohou být omezovány pravidly firmy například ve stylu oblečení, ale i stylu líčení a tělesných proporcí. Někteří zaměstnavatelé přijímají hubené ženy, aby zaujmulí zákazníky vzhledem dotyčné.²⁰

Do mužských sportovních aktivit můžeme zařadit například skoky na lyžích, kde nižší váha znamená delší doskok.²¹

1.1.2 Biologické faktory

Jedním z hlavních biologických faktorů je *ženské pohlaví*, protože zatím co pro chlapce znamená dospívání svalnaté a velké tělo, pro dívky znamená vývoj v pubertě směr od toho, co se v dnešní době považuje za krásné. V pubertě tedy klesá spokojenost s vlastním tělem, která přetrvává do dospělosti.²²

Významnou roli také hraje tělesné rozložení tuku, např. v pase, v bokách apod. Každá mladá dívka se může soustředit na jinou část svého těla a být s ní nespokojená. Posedlost hubeností může začít u vylezlých klíčních kostí a přerůst ve viditelný žeberní koš.²³

¹⁸ Srov. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Rizikové zájmy a profese, str. 44-45.

¹⁹ Srov. ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008, Rodina z hlediska uspořádání genderových vztahů a rolí, str. 31-34.

²⁰ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Sociální a kulturní faktory, str. 60.

²¹ Srov. SNOP, K., Anorexie, POLOŠERO, [televizní dokument], ČT 2, 20. 11. 2012, čas 18,27 – 21,10.

²² Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, Ženské pohlaví, str. 62.

²³ Srov. Tamtéž, str. 62 - 63.

Menstruační cyklus může například ovlivňovat množství příjmu jídla, ale mnoho anorektiček o menstruaci přichází a to zejména kvůli nedostatečnému příjmu energie.²⁴ Ve většině případů se mentální anorexie projeví v průběhu *puberty*. Během ní se v životě dospívajících objevuje spousta spouštěcích a rizikových situací, díky kterým může sebevědomí klesnout o mnoho víc a klient tak může začít s redukčními dietami. Takovými faktory mohou být odlišování se od ostatních vrstevníků, hledání sama sebe, snížené sebevědomí, odloučení od rodiny a další. Pokud se mladistvý zaměří na diety a ty selžou, jeho sebevědomí se opět sníží a klient se dostává do začarovaného kruhu mentální anorexie.²⁵

Jako *rizikovou situaci* pak můžeme považovat stresující událost, která má za příčinu vznik poruchy. Některé pacientky mezi ně řadí například zmínku o jejich vzhledu, poukázání na to, že by měly zhubnout, první menstruace, těhotenství, nebo sexuální zneužití.²⁶

1.1.3 Rodinné a genetické faktory

Mezi *rodinné a genetické faktory* můžeme řadit mnoho rodinných událostí. Jedním z hlavních diskutovaných faktorů je výskyt anorexie u ostatních členů rodiny ženského pohlaví, mezi sourozenci a matkou, kde se procento výskytu pohybuje přibližně stejně. Jedná se zde především o převzaté jídelní návyky. Rodina v tomto smyslu může působit na dítě při společném jídle, jak se chovají u stolu, jak je v rodině jídlo bráno, zda se podílejí na přípravě. Svou úlohu zde hraje i to, jaké jídlo je dětem podáváno. Matka může ovlivnit děti svým dietářstvím a nevědomky jim předávat svůj postoj k jídlu, který si děti mohou přivlastnit jako správný a v dospívání ho mohou dovést do extrému. Spíše než na charakteristiky jednotlivých členů se pozornost obracela k charakteristice celé rodiny.²⁷

Základní znaky anorektické rodiny:

- 1) *„Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině*
- 2) *Obtížné vyrovnávání s konflikty – nedokáže je řešit*
- 3) *Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně*

²⁴ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, Biologické faktory, str. 63.

²⁵ Srov. KRCH, F., D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, Puberta, str. 63 – 64.

²⁶ Srov. Tamtéž, *Životní události*, str. 64 - 65.

²⁷ Srov. KRCH, F., D., a kol., *poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999, Rodinné a genetické faktory, str. 65-66.

4) *Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce*“.²⁸

Rytmus života rodiny určují existenční starosti a pracovní vytíženost. Rodině často nezbývá čas samotné pro sebe nebo na trávení volného času dohromady. Mnohdy má rodina problém najít si čas sejít se u společného stolu alespoň jednou do týdne. Jedním z důvodů těchto problémů bývá zaměstnanost obou rodičů a z toho plynoucí pracovní vytíženost. Po práci se rodiče vrací domů podráždění, unavení a bez síly na to, věnovat se dostatečně ještě dětem. Z rodin se tak často vytrácí prostor k naslouchání, porozumění a pochopení.²⁹ Díky rozvoji společnosti se pomalu mohou z rodin vytratit základní úkoly, kterými by právě rodina měla socializovat své děti. Toto upouštění od základních rodinných úkolů má negativní dopad na kvalitu lidských vztahů a tradičních neformálních domácích aktivit. V poslední době se dostávají do ústupu i tradičně připravované domácí jídla. Na trhu je dostupné vše a mnohdy je i výhodnější koupit si polotovar, který si doma dotyčný jen dovaří. Jídlo si rodina může nechat dovést domů, nebo pokud má dostatek finančních prostředků, každý den chodit do restaurace. Děti tak ztrácí možnost naučit se domácí přípravě jídla a zdravému vztahu k němu a ztrácí se tak i pocit štěstí z jídla, které s rodiči připravilo a chutná jim.³⁰

1.1.4 Osobnost a další psychické charakteristiky

Vlastnosti anorektické pacientky se většinou popisují jako kritickou vůči sobě a okolnímu světu, se sklonem k perfekcionismu a nadměrné kontrole, která se snaží za každou cenu dodržovat společenské a rodičovské hodnoty. Jako osobu s negativním sebehodnocením a s obavami z dospělosti, osobu plnou nejasných vztahů a cílů. Dalším společným rysem je pak obsedantně-kompulzivní porucha, která je spojena s ritualizací jídla a cvičením. Společným faktorem je pak vnitřní nejistota a nízké sebehodnocení. U pacientek se dále může objevovat egocentrismus, přecitlivělost, vnitřní nejistota, úzkost, a vztahovačnost. Na druhou stranu některé z těchto rysů mohou souviset s podvýživou a po jejím překonání

²⁸ KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999, Rodinné a genetické faktory, str. 66-67.

²⁹ Srov. ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou* České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008, Sociálně etický pohled na problematiku dnešní rodiny str. 49-55.

³⁰ Srov. ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008. Vedení domácnosti, zdraví a rekreace, str. 56-57.

mohou pomalu odeznít. Anorektické chování také provází snaha zasloužit si uznání od druhých.³¹

1.1.5 Stav utvrzeného negativismu

Stav utvrzeného negativismu autorka knihy *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy* Peggy Claude – Pierre popisuje jako negativní myšlení nemocných. Předpokládá, že každý trpící mentální anorexií tento stav prožívá a ovlivňuje ho. Mladistvý předpokládá svou méněcennost a neschopnost a v každém svém úsudku a jednání vidí špatný čin. Předpokládá, že vše se děje proto, že za to může on, že on je někdo, kdo to pokazil. V rodinných faktorech se tato teorie orientuje hlavně na podporu rodiny ve prospěch mladistvého a na to, že klient nemá přebírat odpovědnost za fungování rodiny, ale že je to rodič, který ho má podporovat, rozvíjet a předávat mu správné hodnoty. Ve vlivu společnosti na vznik mentální anorexie spatřuje hlavně chaos, rychlost a negativismus dnešní doby, který nutí člověka pracovat do vyčerpání. Další fungování lidí je pak zajištěno zejména léky, kterými se podporuje především lidská otupělost a ne starostlivost o své blízké. Jako podstatný faktor pro vznik poruchy je zde vyzdvihována moderní rodina, která většinou obsahuje jen rodiče a děti, bez bližších příbuzných. Dítě zde postrádá společnost dospělých vzorů, které by mu připomínali to, že je především dítětem a nemusí se starat o fungování rodiny a domácnosti.³²

³¹ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, Osobnost a další psychické charakteristiky str. 71-75.

³² Srov. CLAUDE- PIERRE, P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, 2001, Stav utvrzeného negativismu, str. 52-68.

2 Poradenství v oblasti výživy

Jako první cíl v léčbě mentální anorexie by měl být „výkrm“ klienta na hmotnost, při které je schopen fungovat, není vyčerpaný z nedostatku výživných potravin a jeho orgány a tělo dostane výživu, která jim byla někdy i roky odírána.

Jako jeden ze základních výživových pojmů je třeba nadefinovat malnutrici. *„Můžeme jí chápat jako odchylku od normálního stavu výživy, vzniklou nerovnováhou mezi přívodem živin a jejich skutečnou potřebou v organizmu.“*³³ Klienti s mentální anorexií bývají často dlouhodobě podvyživení a to může znamenat prodloužení pobytu na jednotce intenzivní péče, prodloužení hospitalizace a podobně. Při malnutrici dochází ke snížení svalové hmoty, zhoršení imunitního systému, zhoršení hojení ran. Dělí se na malnutrici prostou, která nastává při omezení příjmu potravy, ale zachování dostatku pohybu a na malnutrici stresovou, která je spojena s odbouráním bílkovin v krátkém časovém intervalu. Při diagnostice malnutrice se hledí zejména na váhový úbytek, stravovací zvyklosti, průjem, zácpu, dietní preference, otoky, svalovou sílu, stav kůže, stav podkožního tuku, BMI apod.³⁴ Podle Maslowovi pyramidy potřeb je potřeba jídla na prvním místě a tím pádem jen díky dostatečné výživě je možné uspokojovat další potřeby. Nevyživené tělo nemusí být schopné dostatečně odpovídat na léčbu, nebo nemusí být dostatečně silné pro podstoupení další léčby.³⁵

Celková výživa jedinců se nedá nadefinovat obecně. Každý jedinec potřebuje pro svůj výkon jiný druh a vyváženost stravy. Jinak by se měla stravovat žena, která pracuje jako recepční a po práci se nevěnuje žádnému sportu a jinak žena, která má sportovní povolání a je nominována do určitých závodů. Jídelníček ženy se také liší od jídelníčku muže a jídelníček dítěte se odvíjí od jeho růstu a sportovního vytížení. Jelikož při rekreačním sportu je tělo schopno spotřebovat až o 2000 kcal týdně víc, je tedy dobré energii doplnit například zvýšeným příjmem sacharidů.³⁶

³³ KOHOUT, P., Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Praha: Forsapi, 2011, Malnutrice – definice, komplikace, ekonomické důsledky s. 9.

³⁴ Srov. KOHOUT, P., Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Praha: Forsapi, 2011, Malnutrice – definice, komplikace, ekonomické důsledky, Diagnostika malnutrice, str. 9 -15.

³⁵ Srov. KOHOUT, P., Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Praha: Forsapi, 2011, Poznámka ke stravování nemocných, s. 46-47.

³⁶ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Nutriční aspekty živin. Specifické životní situace, str. 13-23.

2.1 Strava

Energie se skládá z bazálního metabolismu a je vyjádřena v megajoulech (MJ). Energie je spotřebována tělesnou aktivitou. Průměrná energetická potřeba se dá vypočítat z TEE (total energy expenditure)/ BMR (bazální metabolismus).³⁷

„Průměrný energetický příjem mladistvých ve věku 10 – 12 let by měl být 2000 kcal (98,5 MJ) a ve věku 13 – 14 let 2200 kcal (9,4 MJ) pro dívky. Ve věku mezi 15 – 18 lety by se denní energetický příjem měl pohybovat okolo 2500 kcal (10,5 MJ).“³⁸

Bílkoviny dodávají tělu aminokyseliny a dusíkaté sloučeniny, které zajišťují tvorbu bílkovin tělu vlastních. Mezi kvalitní bílkoviny se řadí vejce, mléko, maso a ryby. Doporučený denní příjem bílkovin ve věku od 10 – 12 let je 35 g, ve věku 13 – 14 je to 45 g a ve věku mezi 15 – 18 je denní příjem bílkovin u žen 46 g. Při zvýšené sportovní aktivitě nebyla zjištěna větší potřeba příjmu bílkovin.³⁹

Tuky jsou základním zdrojem energie a jejich nejdůležitější složkou jsou mastné kyseliny. Optimální příjem tuků ve věku mezi 10 – 12 let je 30 – 35 %, ve věku 13-14 let jsou hodnoty stejné a ve věku mezi 15 – 18 rokem se potřeba ustaluje na 30 % celkového energetického příjmu.⁴⁰

Sacharidy a vláknina. Plnohodnotné jídlo by mělo obsahovat omezené množství tuků, ale dostatek sacharidů. Mezi sacharidy můžeme řadit rýži, brambory, pečivo, ale také bílý cukr. Sacharidy mají tedy určitý vliv na hladinu cukru v krvi. Z potravin, které mají vysoký obsah škrobu a vlákniny, se živiny vstřebávají pomaleji, záleží tedy na stavbě stravy. Do vláknin se pak řadí potraviny rostlinné (luštěniny, zelenina, celozrnné výrobky, ovoce).⁴¹

Vitaminy se dělí na vitaminy rozpustné v tucích a vitamíny rozpustné ve vodě.

- 1) Vitaminy rozpustné v tucích

³⁷ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Nutriční aspekty živin. Energie. Specifické životní situace, str. 25-26.

³⁸ SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Nutriční aspekty živin. Tab. 4., str. 28.

³⁹ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Organické složky potravy. Bílkoviny. Referenční hodnoty pro příjem živin, str. 34-36.

⁴⁰ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Organické složky potravy. Tuky., str. 40.

⁴¹ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Organické složky potravy. Sacharidy, vláknina, str. 53-54.

Vitamin A je významný pro růst, funkci imunitního systému a vývoj buněk. Zásoby vitamínu se tvoří v játrech, plicích, sliznicích dýchacích cest, sítnicích oka apod. Zdroji vitamínu jsou játra a zelenina (hlavně mrkev, špenát, kapusta), dalšími zdroji v potravě jsou tuky, vejce a maso.

Z **β – karotenu** může vznikat vitamin A, který chrání tělo před oxidačním poškozením. Je přijímán z potravy v podstatě ve všech potravinách rostlinného původu. Největší příjem karotenu je ze zelené zeleniny, jako je špenát, zelená fazole, brokolice apod.

Vitamin D je možné získat jak z živočišné (ryby, rybí tuk, játra) tak rostlinné potravy a tělo ho dokáže uměle vyrábět díky UV záření v kůži.

Vitamin E tělo může získat například z rostlinných olejů a margarínů. Při jeho nedostatku může docházet k vynechávání funkcí membrán, svalového metabolismu a nervového systému.

Nedostatek **Vitamínu K** postihuje zejména novorozence. Dochází k němu při parenterální výživě a získává se především ze zelené zeleniny.⁴²

2) Vitaminy rozpustné ve vodě

Do skupiny **vitaminů B** můžeme zařadit **Tiamin**, který je důležitý v reakcích energetického metabolismu (je obsažen v játrech, maso, ryby, celozrnné produkty, luštěniny a brambory). Nedostatek **Riboflavinu** vede k poruchám růstu, dochází k zánětům sliznice ústní a další (obsahuje ho mléko, mléčné výrobky, maso, ryby, vejce, celozrnné produkty). **Vitamin B₆** obsahuje kuřecí a vepřové maso, zelenina jako například zelí, zelené fazole, čočka, brambory a banány. Dalším vitamínem skupiny B je **kyselina pantotenová**, která má vliv na odbourávání sacharidů, tuků a aminokyselin a její nedostatek se může projevat jako pálení chodidel, svalová slabost a únava. Její nedostatek může vznikat především z jednostranné, nevyvážené stravy (obsahují ji játra, maso, ryby, mléko, celozrnné výrobky a luštěniny). Posledním vitamínem skupiny je **vitamin B₁₂**, který je nejvíce obsažen v masu, rybách, vejcích, mléku a sýrech a hraje důležitou roli v metabolismu kyseliny listové.

⁴² Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Nutriční aspekty živin. Vitaminy rozpustné v tucích, str. 61-81.

Niacitin se podílí na odbourávání sacharidů, mastných kyselin a aminokyselin. Obsahuje ho libové maso, ryby, mléko vejce, brambory, pečivo, káva.

Folát neboli kyselina listová je obsažena v listové zelenině, pomerančích, hroznovém vínu, pečivu, bramborách, masu, mléku a mléčných výrobcích, vejcích a sóje.

Nedostatek **Biotinu** je typickým příznakem anorexie (obsahují ho játra, sójové boby, vaječný žloutek, ořechy, špenát, žampiony, čočka). Nedostatek se může projevit jako svalové křeče, poškození kůže atd.

Vitamin C obsahuje ovoce, zelenina a šťávy z nich (citrusové plody, brokolice, černý rybíz, brambory, zelí, kapusta, špenát, rajčata). Zvýšená potřeba vitamínu C se může objevit při zvýšené tělesné námaze, dlouhodobém stresu, příjmu alkoholu a antibiotik, při selhání ledvin a další.⁴³

Dalšími důležitými složkami potravy je **voda**, jejíž nedostatek vede k závažnému poškození zdraví. **Minerální látky**, jako je sodík (nebezpečný je spíše vyšší příjem například ve formě zvýšeného příjmu soli), chlorid (jeho nedostatku může nastat při zvracení, nebo při neobvyklé skladbě stravy), draslík (projímadla mohou zvýšit jeho potřebu), vápník, fosfor (důležitý pro tvorbu tkání a růst kostí v adolescenci) a hořčík (nedostatek vede k poruchám funkcí srdečního a kosterního svalstva, ke svalové slabosti a křečím). Další jsou **minerální látky a stopové prvky**, které se získají z potravy, především z listové zeleniny, mléka a mléčných výrobků, některých druhů ořechů a semínek a perlivé vody.⁴⁴ Mezi stopové prvky potravy lze řadit železo (jeho nedostatek omezuje fyzickou výkonnost, na němž je závislý imunitní systém, obsahuje ho maso, chléb, uzeniny a zelenina), jód (je důležitý pro tvorbu hormonů štítné žlázy, jeho podíl v potravinách závisí především na jeho obsahu v půdě a na výživě hospodářských zvířat jódem), fluór (je součástí kostí a zubů, největším ukazatelem nedostatku jsou onemocnění zubů, do těla se může dodávat v soli obohacené o fluorid a v zubních pastách), zinek (nachází se v kostech, kůži a vlasech, podílí se na zpracování sacharidů, tuků, hormonů apod., při těžkém deficitu se objevují poruchy chuti, vypadávání vlasů, zpomalení hojení ran), selen (při jeho nedostatku se objevují poruchy svalových funkcí), měď (důsledkem

⁴³ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Nutriční aspekty živin. Vitaminy rozpustné ve vodě, str. 84-113.

⁴⁴ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Anorganické složky potravy str. 115-134.

nedostatku může být osteoporóza, která se objevuje u většiny anorektiček, narušená tvorba kolagenu), mangan, chrom (při nedostatku byl pozorován úbytek váhy). Zdrojem stopových prvků jsou maso, ryby, vejce, káva, čaj, kakao, zelenina apod.⁴⁵

2.2 Trendy ve stravování

Mentální anorexie je nemoc, při které klient odmítá jídlo. První otázka, která vyvstává v myšlenkách ostatních, je proč. Bylo by pošetilé tvrdit, že je to jen z důvodu toho, že nemocní touží být jako modelky a sportovci, které vídají v televizi a na sociálních médiích. Tato nemoc v sobě skrývá daleko více příčin vzniku a udržování se v ní. V době, kdy dítě vyrůstá ve městských parcích, nákupních centrech a často bez dohledu rodičů, kteří pracují do večera a nemají na děti čas, se v průběhu dospívání děti mohou začít nudit a jejich mysl se nastaví na porovnávání se s ostatními. Mnohdy za tímto porovnáváním může stát nárážka spolužáků, nebo samotných rodičů. Problém nastává tehdy, když mladistvý začne vyhledávat cesty, jak se svých tělesných nedostatků zbavit.

2.2.1 Dieta

Nejspíš každý někdy zakusil potřebu omezit se v jídle a řešení se nachází na každém kroku. Ve většině bulvárních časopisů se setkáme s celebritou, která zázračně zhubla díky úžasné dietě, při které jedla například jen jablka. V televizi jsou speciální pořady zaměřené na hubnutí, nebo pořady o vaření, které se soustředují převážně na jeden styl potravy (v dnešní době oblíbené vegetariánství). Pokud v internetovém prohlížeči zadáte slovo „dieta“ jako první vám vyběhne několik reklam na zázračné pilulky, které omezí vaši chuť k jídlu a poté nesčetné množství webových stránek, nebo blogů se „zaručeně“ účinnými metodami jak zhubnout a které potraviny vyřadit z jídelníčku.

Paleo dieta je strava orientovaná na potraviny, které se konzumovaly v době paleolitu a zakládá se především na konzumaci masa, vajec, zeleniny, kořínků, různých semínek a ořechů. Vyřadit z jídelníčku by se měl především cukr, mléko, luštěniny, rafinované oleje apod.⁴⁶ Při dodržování této stravy má tělo omezený příjem sacharidů, díky čemu se rychle zhubne, ovšem dlouhodobě je nedostatek sacharidů problémem. Tělu dochází energie, kterou ze sacharidů získává. Lidé dodržující tuto stravu by tedy měli jíst dostatek ovoce. Navíc vynecháním luštěnin, obilovin a mléka tělu nedodáváme dostatek vitaminů

⁴⁵ Srov. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. Referenční hodnoty pro příjem živin. Praha: Výživaservis s. r. o., 2011, Stopové prvky, str. 136-164.

⁴⁶ Srov. PUCHÝŘOVÁ, J., *Paleo dieta: Co je to paleo dieta?* Paleodieta.cz[online].

a vápníku. Z přísně dodržované diety může situace přejít až ke zdravotním komplikacím.⁴⁷

Dukanova dieta se skládá ze čtyřech fází a obsahuje povolené a nepovolené potraviny. V první fázi se začíná s malým výčtem povolených potravin a postupně se přidávají další. Mezi nepovolenými potravinami najdeme cukr, kečup, čokoládu, majonézu, olej, sušené ovoce, smetanu, avokádo, brambory, čočku, fazole, hrách, rýži, alkohol, mléčné výrobky s obsahem tuku nad 3,5 %. V první a druhé fázi dokonce není dovoleno ani ovoce. Mezi povolená masa patří kuřecí a krůtí a libové hovězí maso.⁴⁸ U této diety se vynecháním luštěnin a brambor opět dotýčný připravuje o příjem tělu prospěšných vitaminů a sacharidů, dlouhodobě tedy může docházet k vyčerpání, v extrémních případech až ke zdravotním komplikacím.

Bezlepková dieta je v první řadě určena osobám trpícím onemocněním nesnášenlivosti lepku. V poslední době, se však začala používat pro zhubnutí. Při dietě je zakázáno konzumovat potraviny obsahující lepek (pšenici, žito, ječmen, některé druhy ovsa, a potraviny, které tyto obiloviny obsahují).⁴⁹

Sacharidové vlny jako hubnoucí trend nastoupil přibližně před třemi roky. Princip spočívá v radikálním snížení příjmu sacharidů, které se dělí na jednoduché cukry. Druhou skupinou je pak škrob, rýže, obiloviny, těstoviny a podobně. Během této diety je možné zhubnout až o deset kilo za měsíc. Aby byla dieta, účinná musí se dodržovat vlny, kdy se nejprve sníží příjem sacharidů na velmi malé množství a postupně se jejich obsah ve stravě přidává. Tato dieta je škodlivá při dlouhodobém dodržování a měli by jí dodržovat převážně sportovci (kulturisté) před závody.⁵⁰

Fitness je trendem dnešní doby. Je založen převážně na zdravé rozumné stravě a kombinaci různých tréninků (kruhový trénink, HIIT trénink), které jsou zaměřeny na rychlé spalování tuků. Většinou se doporučuje kombinace silových tréninků (posilování s vahou vlastního těla, nebo činkami) s během, nebo jízdou na kole. Dodržování stylu je provázeno tzv. cheat day – jeden den v týdnu, kdy si dotýčný povolí nezdravě jíst. Tento trend může přejít v životní styl, který je ovšem velmi namáhavý. Je zde obětováno hodně času přípravě jídla, kdy si dotýční vaří na několik dní dopředu, a řadě tréninků. V průběhu posledních let se do tohoto stylu prolínaly i výše zmíněné diety spojené navíc například

⁴⁷ Srov. Autor – nevedeno. Pestrý jídelníček: Paleo jídelníček. Pestryjidelnicek.cz [online].

⁴⁸ Srov. Autor - nevedeno. *Dukanova dieta*. Dukanova-dieta.cz [online].

⁴⁹ Srov. Autor – nevedeno. Jde to i bez lepku. Celiak.cz [online].

⁵⁰ Srov. Autor – nevedeno. Sacharidová dieta. Pestryjidelnicek.cz [online].

s detoxikačními dny, kdy je povolené pít jen určitý druh ovocných a zeleninových šťáv. Zastoupení na trhu získaly i 0 kalorické potraviny (rýže, těstoviny, sirupy, omáčky apod.), které ale nemají žádné výživové hodnoty. Tento styl hubnutí je vcelku rozumný do té doby, než dotyčného začnou ovládat myšlenky na jídlo, jídelní režim bude velmi striktní, nebo z jídelníčku začne vynechávat i normální stravu.

Problémem těchto diet je snadná dostupnost. Na webech je lehce dohledatelný seznam zakázaných potravin pro určitý typ diety. Mladistvý, kteří často jen experimentují, nebo se snaží využít svůj čas, lehce spadnou do strachu, že pokud potraviny zase začnou jíst, doslova opuchnou tukem. Až na sacharidové vlny všechny zde jmenované diety doporučují zachovat jídelní a cvičební režim. Život mladistvých se mění například s přestěhováním kvůli studiu a nelze v přísném dodržování pokračovat. Naopak mohou spadnout do myšlenek typu: „Dneska vynechám sušenku a nepříberu.“ „Pokud vyměním všechno pečivo za zeleninu, zhubnu.“ Dnes jsem nestihla svačinu, ale káva mne zasytila. Zítřka jí také vyměním za kávu.“ Takové myšlenky se mohou vyvinout až do úrovně anorektického uvažování.

2.2.2 Rychlé stravování

Nemluvě o fast food restauracích je dnes na trhu s potravinami i dostatek polotovarů, které stačí zalít vodou a povařit, dopéct nebo jen ohřát v mikrovlnné troubě. S postupem doby a urychlením každodenního života, se tato forma stravování může zdát jako vhodný způsob. Opak je však pravdou. Spousta těchto výrobků plní pouze úlohu rychlého nasycení. Většinou rychle stoupne hladina cukru v krvi a stejně rychle se zas vyčerpá a dochází tak k únavě organismu. Takové jídlo se pak nesmí stát každodenní formou nasycení. Pokud se mladistvý takovým způsobem stravuje je důležité ostatní jídla poskládat tak, aby nechyběly důležité prvky potravy. Při používání těchto výrobků je velmi důležité to, z jakého prostředí mladistvý pochází a jak se v rodině s jídle zachází. Velkou roli zde hraje hlavně situace, kdy se rodiče nestravují spolu s mladistvým. Ten zajisté raději sáhne po rychlém, přeslazeném nebo přesoleném pokrmu, který uspokojí jeho chuťové buňky, na rozdíl od rýže s masem a salátem, který zabere mnoho času na přípravu, kterou mladistvý ani nemusí znát.

3 Sociální práce

Rodina vznikla jako ochrana před vnějším nebezpečím, slouží jako prostředek k předávání základních duchovních a materiálních hodnot a jako hlavní podpůrné prostředí pro rozvoj dítěte.

„Rodina je skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce).“⁵¹

Práce s rodinou pramení z problémů rodiny, které nesprávně identifikovala nároky okolí, nebo jejích členů uvnitř. Může se jednat o neporozumění požadavkům prostředí, špatnému slovnímu vyjadřování, nebo emočnímu vyjadřování. V rodině nemusí správně fungovat podpora, nebo porozumění, může se upřednostňovat jeden člen na úkor ostatních, z tohoto jednání pak mohou vznikat situace a stavy, které rodina nezvládá nadále řešit sama a musí vyhledat pomoc.

3.1 Vyrovnání se rodiny s nemocí

Rodina se může dostat do jakékoliv situace, kterou musí pro úspěšný život zvládnout. Tuto situaci můžeme označovat jako životní. Označují se tak úkoly, které před rodinu staví běh života, nebo různý mix okolností, které před rodinu staví prostředí, a se kterými potřebuje pomoc zvenčí. Předmětem sociální práce se stávají především ty události, které vyplývají z běžných přechodových událostí (narození dítěte, odstěhování dítěte na kolej, smrt v rodině apod.). Zvláštní typ přechodových událostí nastává, když do průběhu rodinného života vstoupí nemoc, postižení a jejich život se odchýlí od normálního průběhu fungování rodiny. Zvládání situace mohou ovlivnit například vlastnosti klienta, očekávání, která vůči němu uplatňují ostatní subjekty, podpora, kterou mu subjekty poskytují, nebo neposkytují a interakce mezi očekáváním subjektů a klientovo schopností je zvládat. Schopnost rodiny zvládat životní situace ovlivňují jak vlastnosti jednotlivých členů (příjmy, zdravotní stav...), tak jejich charakteristika jako skupiny (správné nakládání s příjmy proudící do rodiny, postupy při rozhodování...). Schopnost zvládat očekávání v rodině závisí na interakcích v rodině a to zejména na uspokojování vzájemných očekávání. Očekávání zvládání situace prostředí, může být komplikované např. v nedostatečnosti informovanosti ohledně možné pomoci a kde pomoc hledat. Další problém může nastat v případě již probíhající pomoci, kdy pomáhající přesně neví, jaký

⁵¹ MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. str. 187

problém rodina řeší a v čem přesně potřebuje pomoci. Může zde hrát roli špatná komunikace nebo špatné vyjadřování obou stran. Sociální práce by se zde měla pokusit o změnu faktorů, ve prospěch zvládnání obtížných situací rodinou.⁵²

Pro rodiče dětí, kterým je oznámena diagnóza smrtelné poruchy, jakou je mentální anorexie, může být situace na první pohled nezvladatelná a může být spojena s pocitem nenaplnění svých rolí jako rodiče (mohou se obviňovat, že za vznik mohou oni, hledají chyby/situace, které ve výchově nezvládly, snaží se vybavit si situace dětí, na které nesprávně reagovaly, a tím mohli vzbudit nesprávný vztah k jídlu apod.) Pro mladistvého trpící poruchou je však nejdůležitější vyrovnání se rodiny s nemocí a přijetí ho takového jaký je. Celý proces má několik fází, kdy počáteční je *fáze nulitní*. Mladiství si v této fázi své onemocnění neuvědomuje, rodiče si většinou nepřipouští, že by nějaké takové onemocnění mohlo přijít a pro dítě si představují hezkou budoucnost. První reakcí na nemoc je tzv. iniciální (počáteční) šok, který je doprovázený ochromením dosavadního života, rodiče provází pocit ztráty dokonalého dítěte, ztráta nadějí, očekávání apod. Rodiče si často pokládají otázky typu: „Proč se to stalo právě nám?“, „Co jsme udělali špatně?“ a podobně. Prvotní šok může vystřídat fáze popření, kde se rodiče uchylují k přesvědčení, že se stal omyl a že situace se nakonec vysvětlí jinak. V této fázi mohou situaci popřít s tím, že o problému nic nevědí, nikdo jim nic neřekl. Jako další může následovat fáze smlouvání, která je provázena hledáním nových informací, zkoušením všemožných lékařů a léčitelů, ve snaze najít východisko, ze složité situace. Jako důsledek zoufalství se u rodičů může projevit fáze hněvu, která je provázená silným pocitem selhání a viny. V této situaci je hledán viník, ve většině případů v nejbližším okolí. Na tuto fázi navazuje fáze deprese, kde se smutek prolíná s pocity viny, selhání, beznaděje a sebeobviňováním. Tyto pocity mohou vést až k izolaci rodiny. V této situaci je zapotřebí rodině nalézt nějaký záchytný bod, od něhož je možné problém začít řešit. Poslední fází je proces vyrovnání se se vzniklou situací a její akceptace, kde rodiče mohou úplně rezignovat, nebo si k dítěti vytvořit obojaký vztah a může dojít k přetrhání vztahů s dítětem (ústavní péče). Naopak nemoc mladistvého může rodinu i posílit.⁵³

Při práci s rodinou s nemocným členem je důležité podporovat rodinu takovým způsobem, aby dítě přijali a byli schopni přijmout povinnosti, které se s nemocí pojí a aby

⁵² Srov. ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008, Dimenze životní situace rodiny, str. 9-19.

⁵³ Srov. ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008, JANKOVSKÝ, J., Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině, str. 107 - 111.

nedocházelo k vysilující nevědomosti jak si s nastalou situací poradit. Je zde třeba brát v potaz komplexnost péče o rodinu, kde se podporuje oblast výchovně vzdělávací, lékařská, ale i sociální. Nutným předpokladem ke komplexnímu přístupu je vytvoření multidisciplinárního týmu odborníků, jen tak je možné zajistit rodičům veškeré informace o nemoci, jejím průběhu a její léčbě. Kvalita poskytované péče se odvíjí od spolupráce a komunikace v týmu a s rodiči a měla by být poskytovaná na profesionální úrovni bez ztráty lidského rozměru.⁵⁴

Při růstu a dospívání dítěte v rodině dochází k mnoha vývojovým změnám. Rodina zajišťuje dítěti oporu, učí ho sociálním normám a hodnotám rodiny a společnosti. Rodina zprostředkovává kontakt dítěte s okolím a s institucemi, učí ho samostatnosti, je pro něj vzorem a místem kam se dítě může kdykoliv vrátit. Každý z rodičů dítěti podává trochu jiný obraz světa a vztahu s ním. V průběhu dospívání se dítě začne od rodiny pomalu oddělovat, což ostatní členové berou jako velmi bolestivý proces. Někteří rodiče a především matky na tento proces nemusejí být připravené a s dítětem mohou emočně manipulovat. To může v dítěti zanechávat hluboké stopy pocitů viny, výčitek a pochybností, zda mají právo žít svůj život a ublížit tak tolik milovanému rodiči. Vyjádření potřeby kontroly nad svým životem může vyústit až v mentální anorexii a snahu ovládat svůj příjem jídla. Mladistvý může nemoc také chápat, jako zdroj soudržnosti rodiny díky níž narušené vztahy v rodině znovu začnou fungovat. V situaci, kdy se začne s nemocí pracovat a nastolené vztahy se začnou narušovat lze využít rodinné terapie jako znovu nastolení nezávislosti jednotlivých členů a respektování jejich svobody.⁵⁵

3.2 Možnost spolupráce sociálního pracovníka při léčbě mentální anorexie

V prvním pohledu na problematiku je třeba si uvědomit, že mentální anorexie není jen o vyhublosti. S klienty je třeba pracovat na bio – psycho – sociální rovině. Už jen kvůli dobré spolupráci s klientkou není dobré přihlížet jen k jednomu aspektu jejího života, ale pomalu rozvíjet její stav do normálu. Nejdůležitější z hlediska sociální práce je již prevence problému a tím pádem vyvarování se zkomplikování života klienta.

⁵⁴ Sov. ŠRAJER, J., MUSIL, J., Etické kontexty sociální práce s rodinou. České Budějovice: Libor Musil v nakl. ALBERT, 2008. Nakladatelství ALBERT. (JANKOVSKÝ, J.) Etická dilemata v sociální práci ve vztahu k rodině str. 112-114.

⁵⁵ Srov. PÖTHER, P., *Dítě v ohrožení*. Praha: Nakladatelství G plus G, 1999, Dítě a rodina str. 25-30.

3.2.1 Primární prevence

Pro správný vývoj mladistvých je třeba jistá míra osvěty z pohledu přístupu k jídlu a režimu jejich stravování (viz kap. 2.1). Primární prevence slouží k osvětě buďto celé populace nebo určité skupiny. V tomto problému by měla být cílena převážně na dospívající a mladistvé.⁵⁶ K primární prevenci jsou využívány programy zaměřené na vztah člověka a potravin, které bývají využívány při vzdělávání na školách základních, středních i vysokých. Při těchto programech se často vyzdvihují fyzické a psychické následky vynechání stravy, výživný obsah potravin, skladby vitaminů a potřeba získání energie z potravy, může se nastítnit problematika purgativního chování a jeho následky.⁵⁷

3.2.2 Sekundární prevence

Tato část prevence by měla směřovat na srovnání postojů k jídelnímu chování skupiny ohrožené rizikovým chováním, nebo už postižené určitým selháním.⁵⁸ Klienti jsou často přesvědčeni, že jejich znalosti ohledně stravování jsou správné a nejsou ochotni diskutovat o jiných možnostech stravování.⁵⁹ V této části je léčba orientovaná zejména na terapie, které jsou popsány v kapitole 4. Jejich hlavním cílem je uvědomění si špatného jídelního chování, začátek spolupráce na změně jídelního chování a vyrovnání tělesné hmotnosti klientů, nebo alespoň snaha o její pomalé stoupání. Dalším dílčím cílem může být změna pohledu na vnímání tělesných proporcí klienta, kteří si často uvědomují, že vyhublí jsou, ale cítí se tlustí. Porovnávají se rozdíly mezi vnímáním vlastního těla a vnímání ostatních, součástí je i rozbor diet a sportu a jejich vliv na tvar těla. Terapie by se také měla věnovat i nastolení sebeúcty a sebelásky klienta a uvědomění si jeho schopností, či dobrých stránek. Nakonec je také třeba klienta zapojovat do sociálních situací, o které ho nemoc postupem času připravuje.⁶⁰

3.2.3 Terciální prevence

Tento typ prevence se provádí u klientů, u kterých již k selhání došlo a navazuje na sekundární prevenci. Pracuje se zde zejména s udržením zdravých stravovacích návyků

⁵⁶ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, str. 164.

⁵⁷ Srov. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, str. 163.

⁵⁸ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, str. 164.

⁵⁹ Srov. KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Osvěta a edukace, str. 163.

⁶⁰ Srov. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy: vymezení a terapie, str. 165 – 167.

a udržení hmotnosti nad nebezpečnou hranicí.⁶¹ Příklady terapií a center péče jsou uvedeny v kapitole 4.

3.2.4 Následná péče

Cílem následné péče je udržení a podpoření v jejich snaze dosáhnout uzdravení, přičemž se odpovědnost za jejich jednání přenechává výhradně na klientech. Pomoc může být poskytována ve formě existenčního zázemí, krátké opakovací terapie, svépomocné skupiny, práce s klientovou rodinou apod.⁶²

3.2.5 Krizová intervence

Je možné, že osoby s mentální anorexií vyhledají pomoc právě v krizových centrech, kdy už nevědí kudy kam. Rodičům se například svěřili, ale ti si odmítli přiznat problém. Mohli už podstoupit léčbu, ale nyní se necítí nejlépe a cítí, že do nemoci mohou znovu spadnout. Někteří klienti mohou ve svých úvahách dojít až k sebevražedným myšlenkám. Pro práci sociálního pracovníka v krizovém centru je velmi důležité rozpoznat, o jakou situaci se jedná. Klient například může o sebevraždě přemýšlet z důvodu neočekávané životní situace, znovuobjevení některých symptomů nemoci, toto vyjádření může znamenat volání o pomoc, nebo klient může toužit jen o upoutání pozornosti na svojí osobu. Úkolem sociálního pracovníka je nepřerušovaně vyslechnout klienta a pochopit jeho pocity. Dalším cílem by mělo být nasměrování klienta na psychologickou poradnu s možností naplánování další schůzky (nebo telefonátu v případě krizové linky) a zhodnocení návštěvy psychiatra.⁶³

3.2.6 Formy péče pro lidi trpící duševními nemocemi

Takovým typem péče, může být péče řízená, kde sociální pracovník zodpovídá za optimální rozložení péče. Jako první pomoc v krizových situacích se zvolí ústavní péče. V tomto případě může být ohrožen život klienta, jeho okolí apod. Následně se nabízí možnost denního stacionáře, kde je předpokladem jistá samostatnost klienta. Po vymizení

⁶¹ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 164.

⁶² Tamtéž, str. 119.

⁶³ Vlastní překlad: Srov. GABURA, J., *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. str. 84.

nejzávažnějších příznaků se k léčbě doporučuje zajistit rodinná terapie, která může napravit vztahy v rodině a vyjasnit hranice zodpovědnosti.⁶⁴

4 Léčba mentální anorexie v České republice

Léčba v České republice se dá rozdělit na hospitalizaci, ambulantní péči, svépomoc a různé druhy terapií. Nejúčinnější léčba je ta, do které se klient zapojuje ze své iniciativy a je ochoten do procesu zapojit svojí rodinu a nejbližší okolí. Nejlepší léčba z pohledu lékařů a ošetřujících je pak ta, která na klienta pohlíží jako na celek a nejen, například, z hlediska podvýživy. Ne vždy totiž návrat k ideální váze znamená vyléčení, většinou se pak klienti znovu vrací do pocitů méněcennosti a spadávají do nemoci znovu.

4.1 Hospitalizace

Tato služba je lůžková a provádí se v centrech psychiatrických klinik. Je zaměřena převážně na klienty, u kterých selhaly jiné pokusy o nápravu stavu (ambulantní péče viz. dále), nebo u kterých se objevují i jiné poruchy⁶⁵, u klientů velmi podvyživených, kde je nutný návrat k minimální tělesné váze z důvodu možnosti další léčby nebo terapie a pokud je třeba ukončit nekontrolovatelné záchvaty přejídání a užívání projímadel.⁶⁶

4.2 Ambulantní lékařská péče

Tato péče je poskytována formou docházení na konzultace, ať už jednotlivě, nebo skupinově a nezaměřuje se přímo na překonání poruch příjmu potravy, ale na udržení somatické a psychické stability pacientů.⁶⁷

4.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

Svépomocné skupiny jsou zvláštním druhem pomoci, kde se setkávají lidé se stejným problémem. Jedná se zejména o psychickou pomoc, kde klient poznává, že v potížích není sám. Ve skupině si navzájem mohou vyjadřovat podporu, předávat informace a kontakty na další odborné pracoviště. Velmi užitečné je, že klient se naučí o problému

⁶⁴ Srov. MATOUŠEK, O., a kol., *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007, Služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi, str. 99 – 100.

⁶⁵ Srov. FISAR, Z., Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. psychiatrie.lf1.cuni.cz [online].

⁶⁶ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, Hospitalizace a částečná hospitalizace, str. 129-130.

⁶⁷ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, Ambulantní lékařská péče, str. 130.

mluvit a vidí, že za sebou má určitý kus odvedené práce na řešení problému.⁶⁸ Klient si pak může na popud skupiny začít svépomocí zjišťovat další informace, pomocí odborných knížek si vést své jídelní režimy a záznamy o rizikové aktivitě.

Psychoedukace je forma pomoci, která je založená na osvětě o příčinách, formách a projevech duševní nemoci, dále se může orientovat na rituály v klientově životě, které podporují udržení nemoci.⁶⁹

4.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie se doporučuje především tam, kde nemocný bydlí s rodinou a je vhodným doplňkem tam, kde situace provází rodinné konflikty. Nemocní mohou svůj zdravotní stav používat k tomu, aby odklonili problémy rodiny na jiné téma, a tím se snaží udržet rodinu pohromadě. Naopak rodiče na tento problém mohou reagovat neadekvátně a snažit se o přílišnou kontrolu nebo naopak nemusejí odhadnout přiměřenou hranici jídelních rituálů mladistvého.⁷⁰

PhDr. F. D. Krch uvádí výzkumy, z nichž plyne, že rodinná terapie, kombinovaná spolu s jinou léčbou, je velmi prospěšná. Úspěšnost této terapie je přibližně nad 60 %. Klientky byly sledovány ještě po zakončené léčbě a její úspěšnost neklesla, v některých případech se dokonce zlepšila.⁷¹

4.5 Kognitivně - Behaviorální terapie

Tato terapie se doporučuje hlavně klientům, pro které není z důvodu věku vhodná rodinná terapie a kteří mají středně těžké a větší příznaky. Terapie se zaměřuje převážně na vedení záznamů o jídle a pocitech, které jídlo provázely, pravidelné vážení, změnu jídelního chování (pravidelné jídlo, bez rituálů, s rodinou a bez redukčních diet), změnu jídelního chování a prevenci znovu spadnutí do nemoci. U mentální anorexie se doporučuje tento typ terapie převážně jako doplněk ambulantní péče.⁷²

⁶⁸ MATOUŠEK, O., *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, Služby pro lidi s postižením, str. 99.

⁶⁹ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Svěpomoc, řízená svěpomoc a psychoedukace, str. 126 – 127.

⁷⁰ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, Rodinná terapie, str. 132.

⁷¹ Srov. KRCH, F. D., a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Důkazy o účinnosti rodinné terapie u poruch příjmu potravy, str. 181- 182.

⁷² Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 1999, Kognitivně Behaviorální terapie, str. 132-134.

Vedení záznamů o jídle je u anorektiků důležité hlavně z důvodu, že se po jídle cítí být přejedeni. Porovnáním záznamů s normálním dietní plánem pak mohou dotyčnému naznačit nedostatek potravy, nebo závažné nedostatky v příjmu vitaminů a podobně.⁷³

4.6 Interpersonální terapie

Tato terapie by se měla zapojovat do dlouhodobé léčby klientů a při přetrvávajících příznacích. Zabývá se identifikací interpersonálních problémů, které souvisí s problémy s jídlem a dále na nic pracuje. Léčba touto cestou nemá tak rychlý nástup a tím pádem nebývá volena jako první možnost volby. Dlouhodobé výsledky léčby ukazují, že v porovnání s KBT jsou výsledky po ročním odstupu léčby podobné.⁷⁴

4.7 Farmakoterapie

Medikace není ve většině případů poruch příjmu potravy nutná nebo užitečná, někdy se ovšem doporučuje jako doplněk při další léčbě jako prostředku k útlumu například depresí.⁷⁵

„Farmakoterapie má při léčbě především tyto úkoly:

- 1) Regulaci příjmu jídla a úpravu tělesné hmotnosti*
- 2) Zaměřit se na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese*
- 3) Odstranit somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy.“⁷⁶*

Nejvíce se při léčbě mentální anorexie užívá antidepresiv, které u většiny klientů mohou mít pozitivní účinek při léčbě, avšak nesmí se k nim přistupovat z pohledu jediné léčby, ale pouze jako doplňků.⁷⁷

⁷³ Vlastní překlad. Srov. KULHÁNEK, J., Recording food intake? A diet under control? *Idealni.cz*. [online]

⁷⁴ Srov. KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999, Interpersonální terapie, s. 134-135.

⁷⁵ Srov. Tamtéž, Farmakoterapie s. 136-137.

⁷⁶ KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999, Farmakoterapie poruch příjmu potravy, str. 157.

⁷⁷ Srov. Tamtéž, str. 157-160.

5 Metodologie výzkumu

Kapitola obsahuje metodologii výzkumu, upřesnění hlavních výzkumných metod a cestu sběru dat. Následně jsou představeny kazuistiky 3 respondentů. V závěru výzkumu práce jsou shrnuty jejich poznatky k prožití části života s mentální anorexií, absolvované léčbě a služeb jim nabídnutých.

5.1 Sběr informací

Cesta sběru informací začala u vyhledávání respondentů. To bylo prováděno pomocí dotazování se v centrech možné pomoci, následně přímého dotazování osob trpících v průběhu svého života mentální anorexií. Dva respondenty se podařilo kontaktovat přes internetové stránky, jednoho respondenta pomocí dotazování osob v okruhu výzkumníka. Každý respondent byl informován o využití získaných informací a o utajení jeho identity, místa bydliště a místa léčení.

Následně byla vybírána místa setkání a uskutečnění rozhovoru. S respondenty byl nejprve udržován kontakt pomocí e – mailů, nebo telefonátů. Hlavní schůzka proběhla v kavárnách. Respondent byl nejdříve informován o délce rozhovoru (ten se pohyboval okolo 1 hodiny) a posléze o průběhu rozhovoru. Následné informace byly zaznamenávány výzkumníkem písemně, z ručně psaných poznámek byla následně vypracována kazuistika o každém respondentovi.⁷⁸

Funkce výzkumu je především poznávací a klade si za cíl představit respondentův život s mentální anorexií a to jak jeho život ovlivnila.⁷⁹

5.2 Výzkumný vzorek

Respondenti byli zvoleni na základě výskytu mentální anorexie v průběhu jejich života. Pohlaví zde nehrálo roli, protože na léčbu by nemělo mít žádný vliv. Naopak mužské pohlaví může mít k léčbě jiný přístup než ženské a může si všimnout nedostatků, které ženy nevnímají. Konečné složení respondentů se skládá z muže (19 let) a dvou žen (26 a 27 let).

⁷⁸ Srov. HENDL, J., *Výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016, Etické otázky výzkumu, str. 157.

⁷⁹ Vlastní překlad. Srov. MURDZA, K., *Sociologický výzkum*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2010, Funkce sociologického výzkumu, str. 20 – 21.

5.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit respondentovi pocity a postoje související s vývojem nemoci, léčbou a službami, které podstoupil, spokojenost s možností nabídky následné péče a jeho nynější vztah k prožité etapě života.

5.4 Druh výzkumu

Výzkum je proces, díky kterému se získávají potřebná data. Základní druhy jsou kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní výzkum předpokládá, že se lidské jednání může do jistého rozsahu změřit či předvídat, používají se při něm dotazníky, testy a podobně. Kvalitativní výzkum není založený na primárním získání číselných dat, jde o typ výzkumu, kde se v průběhu sběru dat mohou otázky měnit nebo přizpůsobovat problému. Cílem Kvalitativního výzkumu je podat celkový obraz určitého problému.⁸⁰

Výzkum, který práce využívá je kvalitativní, jelikož jeho prostřednictvím může výzkumník téma propátrat hloubkově a z různých úhlů problému. Jako nástroj pro sběr informací byl využit rozhovor, který umožňuje adekvátně reagovat na odpovědi respondentů. Ze zápisů z rozhovorů byly následně zpracovány případové studie, které byly rozděleny do 4 oblastí, pro lepší orientaci čtenáře.

5.5 Rozhovor

Rozhovor jako výzkumná technika má využití v mnoha vědeckých odvětvích. Tato technika se zaměřuje na získání informací pomocí komunikačních interakcí mezi výzkumníkem a respondentem.⁸¹

Tento výzkum používá polo strukturovaného rozhovoru, tedy takového, který má připravené otázky, ale je možné reagovat na odpovědi respondenta podle vývoje rozhovoru a je tak možné docílit větší hloubky zkoumaných informací.⁸²

5.6 Případová studie

Termínem případová studie se rozumí detailní prostudování případu shromážděním mnoha informací a zachycením komplikovanosti případu. Předpokladem případové studie je, že díky prostudování komplexního případu se dají snadněji pochopit podobné.

⁸⁰ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál 2016, str. 42 – 46.

⁸¹ Srov. MURDZA, K., *Sociologický výzkum*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2010, Rozhovor (Interview), str. 72 – 73.

⁸² Srov. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, Hloubkový rozhovor, str. 159 – 160.

„Studie může být zaměřena na komunitu, malou sociální skupinu, instituce tak především na osobní případovou studii – podrobný výzkum aspektu u jedné osoby.“⁸³

5.7 Dílčí oblasti výzkumu

Aby bylo možné kvalitně zhodnotit odpovědi, je třeba pochopit celou situaci respondentů. K prezentaci výsledků je využita případová studie zejména z důvodu, že „jde o detailní studium jednoho nebo několika málo případů.“⁸⁴ Pro kvalitnější přehlednost tématu jsou zvoleny dílčí oblasti, kterými při rozhovorech procházíme k hlavnímu tématu. Těchto dílčích oblastí je také potřeba z důvodu uvedení respondentů do kontextu výzkumu.

Dílčí otázky jsou 1. Jakou roli hrála rodina při vzniku mentální anorexie? 2. Co bylo hlavní náplní léčby?

1. Oblast rodinná

V této oblasti se výzkum bude zajímat o rodinné zázemí respondenta. Z jakého rodinného zázemí pochází, jestli s rodiči vycházel, zda na něj kladly příliš velké nároky. Jaké byly reakce rodičů na plnění jejich požadavků. Jestli byly rodiče orientováni převážně na výkon.

Na tento druh otázek se výzkum zaměřuje převážně z důvodu vyjasnění si rodinné situace respondenta. V mnoha publikacích o poruchách příjmu potravy se hovoří v takových souvislostech, že hlavním zdrojem poruchy je rodina. Tímto důvodem mohou být právě přehnané nároky rodičů na dítě a následné neocenění, jeho výsledků. Problémem může být nedostatečné uspokojení emočních potřeb dítěte, které mohou vyústit v potřebu upozornit na sebe tímto způsobem.

Dalším podnětem pro pozdější vznik anorexie, může být přílišná kontrola jídla matkou, od které mohou pramenit první zakázané potraviny (čokolády, slané krekry apod.). Jistý vliv může vytvářet i otec například kritizováním matky nebo dospívajícího. Rodiče mohou být velmi vyčerpáni a mladistvému tak vznikne prostor pro kontrolu jídla.

2. Oblast vzniku poruchy

⁸³ Srov. HENDL, J., *Výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016, Případová studie, str. 103-104.

⁸⁴ HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016, Případová studie, str. 102.

Tato část bude věnovaná otázkám ohledně vzniku poruchy. Respondent bude tázán na otázky, kdy se u něj porucha objevila, z jakého důvodu si myslí, že se projevila. Proč v tomto stavu nadále zůstával.

V této části se mohou objevit i jiné problémy (než rodinné), které provázely vznik mentální anorexie. Může zde být viditelný vliv sociálního prostředí (školní třídy), ale i kulturního a mediálního prostředí. Mohou se zde objevit i důvody biologické jako je nevyrovnání se s dospěním do puberty, nebo nepřijetí rolí, které s dospíváním souvisí. Jako problémový faktor vzniku se zde může vyskytnout i nespokojenost se vzhledem respondenta a jeho odlišností od ostatních. Podrobněji v kapitole 1.1.

3. Léčba

V této části se výzkum věnuje tomu, kdo jako první upozornil na mentální anorexii u respondenta a jak s touto informací bylo zacházeno. Jaká reakce probíhala u rodičů respondenta a jak s touto informací dále zacházeli. Další otázky se budou zabývat tím, jaké formy pomoci byly rodině nabídnuty, jak s nimi byli spokojeni a jak na formu pomoci reagovali. Navazovat bude otázka na průběh léčby – jak jí respondent vnímal, zda se léčil dobrovolně, zda mu vyhovovala pravidla zařízení, na co byla léčba zaměřena, zda se nepřehlížela nějaká stránka nemoci, které bylo třeba se věnovat (například pokud se věnovala pozornost pouze jídlu a psychický stav pacienta se nebral v potaz). Další okruh otázek bude směřovat na poskytnutí informací o možnosti následné péče o respondenta – za jakých podmínek, kdy a zda byly tyto informace poskytnuty. Jakou formu si vybral, proč a zda mu vyhovovala, nebo bylo nutné změnit, či ukončit léčbu/terapii.

Typ vybrané pomoci při léčení mentální anorexie je většinou velmi důležitým krokem k úspěchu. Při léčbě jsou také důležité faktory vzniku nemoci, proto na sebe tyto oblasti navazují. Pro dotazování v této oblasti byly využity zejména znalosti z kapitol 3 a 4.

4. Aktuální stav

Tato část otázek je zaměřena na informace ohledně aktuálního stavu klienta. Zda stále navštěvuje nějakou poradnu, jaké formy pomoci využívá. Jak se u něj jeho stav změnil po léčbě. Zda s odstupem času hodnotí léčbu a pomoc z jiného úhlu

pohledu. Zda v přístupu profesionálů postrádal určitý druh pomoci. Jak hodnotí svojí situaci po léčbě – zdravotní, rodinnou, sociální.

V této části se výzkum zajímá převážně o zhodnocení léčby a pomoci poskytnuté respondentů, jak se zotavili a zda jim léčba pomohla s vyrovnáním se s poruchou a se znovu zapojením se do normálního fungování. Důležité je ale i to zda se cítí psychicky v pořádku, jsou šťastní a netrápí je myšlenky na jídlo.

Tato oblast výzkumu se věnuje převážně zhodnocení předchozích poznatků a možnému doplnění informací ze strany respondenta. Zaměřuje se na aktuální stav, protože mentální anorexie se léčí i několik let a mnohdy velmi komplikovaně.

5.8 Citlivost tématu

Při výběru respondentů pro výzkum bylo využito kontaktů na různá centra, především v jihočeském regionu. Bohužel většina center nebyla ochotná zprostředkovat kontakt s klienty, někteří s klienty s mentální anorexií ani nepracovali a pouze je přeposílali jinam. Problém byl i v tom, že na některé e – maily nepřišla zpětná reakce. Vyhledávání respondentů pro výzkum tedy probíhalo převážně přes internetové stránky, přesto velmi obtížně. Některé weby fungovaly, bohužel nebyla určena žádná cesta ke kontaktování autora. V případě stránek www.idealni.cz byla zkoušena i registrace výzkumníka, bohužel bezvýsledně, z důvodu nefunkčnosti odkazů odeslaných na e – mailovou adresu. V dotazování respondentů ohledně spolupráce na výzkumu byli vždy poučeni, za jakým účelem se informace získávají a seznámily se s postupem výzkumu. Dotazování byli seznámeni i s možností kdykoliv ukončit výzkum a nezveřejnění informací získaných do doby nesouhlasu. S účastníky byl výzkum veden formou rozhovoru, tím pádem byla pro výzkumníka identita osoby známá. S respondenty bylo z tohoto důvodu projednáno utajení identity v práci a změna jejich jmen a významných informací v jejich prospěch.⁸⁵ Ačkoliv byl dotazovaným poslán vysvětlující e – mail s tím, k čemu budou informace využity a nikde nebudou zveřejněny jejich jména a informace o nich, odpovědělo minimum dotazovaných. Jedna respondentka si v konečné fázi procesu plánování rozhovor rozmyslela a přestala komunikovat.

⁸⁵ Srov. HENDL, J., *Výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016, Etické otázky výzkumu, str. 157.

Mentální anorexie jako část života, která se ne vždy úplně vyléčí, je citlivým místem pro většinu znevýhodněných. Například z kapitoly 1. 1. 3, pokud by byl problém v rodinném prostředí, nemuselo by být příjemné mluvit o této situaci s úplně cizím člověkem.

5.9 Výzkum – Respondent 1

Natálie 26 let

1. Rodinná oblast

Respondentka vyrůstala s matkou a otcem. Byla prvním dítětem narozeným v rodině, má o 4 roky mladšího bratra.

Jako malá se velmi brzo naučila číst a při nástupu na základní školu zvládala učivo i pro druhou třídu. Učitelé navrhovali její přesun do vyššího ročníku, to ale rodiče odmítli z důvodu, že nebyla tak zdatná i v matematice. Zůstala tedy v první třídě s vrstevníky. Jelikož učivo zvládala a byla vždy o něco napřed před ostatními spolužáky, rodiče začali její známky a výkony brát jako automatické a podle jejího pocitu dostatečně neoceňovali její snahu.

Jako malá měla spoustu koníčků, jmenuje hlavně hudební, kde byla vybírána i na soutěže. To rodiče hodnotili také průměrně – její rodina má hudebně nadané členy a tím pádem jim nepřišlo výjimečné, že je v hudbě dobrá.

Měla i spousty sportovních vyžití, kterým se věnovala. V nich se ale hodnotila průměrně, žádných zvláštních výkonů zde nedosahovala.

Mimo tyto aktivity se hodnotí jako velmi aktivní dítě, které neposedělo. Z toho vyplival její apetit, hodnotí se jako velmi „žravé“ dítě. Vzpomíná i na poznámky rodičů a prarodičů, aby se v jídle ovládala. Podle respondentky bylo však normální, že toho hodně jedla, jelikož byla velmi aktivně vytižená.

2. Oblast vzniku poruchy

Svou osobnost hodnotí jako velmi perfekcionistickou, s nízkou sebedůvěrou a touhou dosáhnout uznání. Tyto vlastnosti na sobě vnímá jako vlastnosti podporující vznik mentální anorexie. Díky jejímu perfekcionismu dokázala držet přísné diety. Naopak každá špatná poznámka i ta, která se netýkala vzhledu, ji srazila sebedůvěrou a donutila se ještě více ovládat svou stravu.

Respondentka uvedla možné začátky poruchy okolo 12 roku, kdy se začala ohlížet za druhým pohlavím. Objekty jejího zájmu byli o něco starší a tak se setkávala s častým odmítnutím, ale ne z důvodu její postavy, což si v té době neuvědomovala. Odmítnutí ze stran mužů v ní ovšem vyvolávalo pocity, že není dostatečně hezká.

Jistý podíl na tom podle ní může být i vztah otce k matce. Otec měl rád hubené ženy a vůči matce občas upustil poznámku k jejímu vzhledu.

Respondentka vzpomíná na událost, kdy ji přestaly pasovat kalhoty (okolo 13 let). Její matka jí řekla, že přeci není možné, že z nich vyrostla a sama si je oblékla. V respondentce to zanechalo velké zklamání ze své postavy. V tu dobu se definuje jako normální dívku s většími boky. Matčina ukázka, že ona se do kalhot oblékne, v respondentce vyvolala velkou nespokojenost.

3. Léčba

Jako první situaci začali řešit rodiče. Maminka svou dceru odvezla do Prahy za psychiatrem. Ten její stav shledal jako začínající anorexii s tím, že zatím léčba není potřeba. Do budoucnosti bylo třeba začít plánovat, jak se situace bude řešit, pokud by se zhoršila.

Podle respondentky to bylo nejhorší řešení, jelikož ji nikdo nezačal více hlídat a v jídle měla volnou ruku. Podle ní se měly udělat preventivní kroky již v tomto stádiu.

Ve fázi, kdy se respondentka nacházela na 48 kilech, se s matkou dohodla, že začne docházet na ambulantní léčbu. V tomto období měla již anorektické chování. Její mysl se soustředila pouze na jídlo, svou váhu a depresivní stavy s tím spojené. Od ambulantní léčby si respondentka slibovala vyléčení a chtěla, aby se situace zlepšila. Jako léčba zde byla zvolena převážně farmakoterapie. Respondentce byly nasazené silné antidepresiva, které způsobily, že byla neustále ospalá. Musela přestat chodit do školy a její den vypadal tak, že spala, brala antidepresiva a dodržovala stanovený jídelníček. Ten popisuje jako vyhovující. Vypozorovala na něm, že nehubne, ale zároveň nepřibírá. Po nějaké době, kdy si na léky tělo zvyklo a nebyla tolik unavená a znovu začala chodit do školy. Váha se jí ustálila na 48 kilogramech, ale nepřestávala mít deprese a silný pocit nespokojenosti.

Se svou psychiatrickou měla dobrý vztah a svěřovala se jí pravdivě se vším, takže jí o svém psychickém stavu řekla. Ta jí nasadila ještě silnější antipsychotika.

Respondentka věřila, že jí tato léčba pomůže, léky brala pravidelně. Ty ale způsobily pouze, to, že jí bylo všechno jedno a tím se u ní spustilo záchvatovité přejídání. Na tento stav psychiatricka reagovala jako na normální a že má dále brát léky, které jí předepsala.

Respondentce přišlo, že jí psychiatricka nevěnuje dostatečnou péči a rozhodla se léky vysadit, aniž by jí to oznámila. Dál docházela na konzultace, ale léčba jí už

nepřišla vyhovující a postupně jí přestalo uspokojovat její dodržování. Z jejího pohledu stejnou úlohu v jejím životě tehdy plnila i její kamarádka, které se mohla svěřit se vším.

Toto období probíhalo v době jejího prvního ročníku na střední škole. Další schůzku s psychiatrickou měla naplánovanou na první školní den druhého ročníku. Měly zde zhodnotit její stav během prázdnin. Ten se velmi zhoršil, jelikož respondentka zhubla z 54 kil na 44. Sama se z odstupem času hodnotí jako velmi vyhublou, bez energie a bez života.

S takovým zhubnutím, bylo respondentce jasné, že bude muset nastoupit na hospitalizaci. Den před kontrolou se tedy sbalila a byla připravená na „rozsudek“. Na léčbu formou hospitalizace byla klientka umístěná do nemocnice na dětské psychiatrické oddělení. Příjem probíhal klasickým zvážením, přeměřením a ujasněním pravidel ohledně jídla. V době před umístěním do nemocnice respondentka snědla například jen půlku tvarohu za den. Uvádí, že ve většině případů anorektičtí klienti museli sníst minimálně půlku porce. Ona mohla sníst ze začátku pouze čtvrt porce, jelikož před nástupem nejedla skoro nic. V jídelních návycích jí vyšli v nemocnici vstříc i tím, že si mohla určit, které potraviny nechce jíst - šlo pouze o omezený počet, který tolerovali.

Její léčba trvala 27 dní a spolu s ní byly na oddělení ještě další dvě dívky trpící mentální anorexií. Respondentka na léčbě hodnotí pozitivně terapie, které jí velmi pomohly s odreagováním od ustavičného myšlení na jídlo. Sama se hodnotí jako velmi kreativní a líbilo se jí, že své myšlenky měli nakreslit, nebo jinak ztvárnit. Další pozitivní věci, které si z terapií odnesla, bylo samotné relaxování, dodnes si ráda pustí oblíbenou hudbu a odpočívá. Kladně hodnotí i vztah k jídlu, který si v nemocnici vybudovala, to bylo způsobeno i přístupem personálu k možnosti postupnému přidávání porcí. Hlavně ji ale naučili pravidelnému jídelnímu režimu a tomu, že jí jídlo neublíží.

Jako negativní hodnotí pravidla a přístup k pravidlům od personálu. Pravidla, které měla dodržovat, bylo např. v čas chodit na terapie, v čas vstávat, plnit si své povinnosti z terapií a přibrat určité kilogramy. Zhodnocení výsledků se dělalo vždy jednou týdně a odměnami byly vycházky venku, nebo možnost odjet na víkend k rodičům. Na rozdíl od ostatních nedostala žádnou odměnu i např. tomu, že dodržovala všechny požadavky, které na ní byly kladeny. Jedla požadované

porce a snažila se dělat vše proto, aby se uzdravila, jen její váha nestoupala. To bylo podle respondentky způsobené tím, že její první přijatá výživa odcházela na vyživení organismu. Velmi tím trpěla a vadilo jí, že nemůže opustit oddělení aspoň na půl hodiny.

Ukončení léčby bylo ukončeno na základě požadavku rodičů. Respondentka neví o tom, že by jí a jejím rodičům byla nabídnuta nějaká forma následné péče.

4. Aktuální stav

Podíl na uzdravení mělo podle respondentky její okolí – rodina, následně přítel – a také její cíl, že chce být matkou. Díky tomu se chtěla uzdravit i ona. Sama svůj stav hodnotí jako ustálený a vítězí. Občas jí přepadají myšlenky ohledně jídla a její váhy, ale není stavem štíhlosti posedlá. Nezajímá se o to, kolik kalorií má jídlo, které konzumuje, ani necvičí několik hodin denně.

Léčbu s odstupem času hodnotí stále stejně. Ambulantní léčba byla podle ní nevyhovující převážně z toho důvodu, že se zaměřovala pouze na léky. Hospitalizaci hodnotí s plusy i mínusy, ale neodsuzuje jí. Myslí si, že na ní není nic špatného a pokud je třeba, měl by jí člověk s mentální anorexií absolvovat.

V této době žádnou formu pomoci a léčby respondentka nevyužívá, podle jejích slov na 90 % umí svému tělu naslouchat, tak jak potřebuje a nemá problém s jídlem. Sama dodržuje váhu, v které se cítí dobře a pod kterou nehubne.

Jako důsledek podvýživy z anorexie v jejím zdravotním stavu je a bude začínající osteoporóza. Nyní žije se svým přítelem a malou dcerkou.

5.10 Výzkum – Respondent 2

Barbora 27 let

1. Rodinná oblast

Respondentka vyrůstala v rodině s matkou otcem a starším bratrem. Svoji rodinu hodnotí jako normální, nikdo na ní nevyvíjel tlak v oblasti výkonu. Sportu se věnovala spíše jen pro zábavu a občas, nikdy ne dlouhodobě. Pochází z malé vesnice a na základní školu dojížděla do blízkého města. O spolužácích na základní škole mluví kladně, neměla zde s ničím problémy.

2. Oblast vzniku poruchy

S nástupem na střední školu, která byla ekonomického zaměření, spojuje respondentka vznik mentální anorexie. Střední škola byla v okresním městě a jako

holka z vesnice se zde necítila dobře. Ve třídě byly převážně děvčata a jen 4 chlapci. Do kolektivu zapadla a na její vzhled nepocítila žádné narážky.

Rodiče byly dost zaneprázdnění a ona tak měla možnost připravovat si jídla sama. O víkendech si buď vařila sama, nebo jedla to samé co zbytek rodiny s tím rozdílem, že její porce byly menší. Ve škole nechodila na obědy a tak měla možnost obědovat jídlo, jaké chtěla.

Sama sebe jako patnáctiletou dívku nehodnotí jako tlustou. Přišla si jako většina holek s tím rozdílem, že na sobě nenáviděla určité části těla. Ty porovnávala s ostatními dívkami a myslela si, že pokud je bude mít hubenější, bude se líbit klukům.

Jako zlomový okamžik vnímá diskotéky, na které začala chodit s kamarádkami ze střední školy. Na nich si všímala odlišností od jiných dívek a myslela si, že pokud bude hubenější, kluci si vyberou ji a ne ostatní.

Prvním, kdo si začal všimnout rychlého hubnutí, byly kamarádky respondentky. Jako první s ní o tom mluvily a snažily se jí ukázat, jak vypadá oproti ostatním dívkám. Ta se však i přes zhubnutí viděla pořád mnohem tlustší, než byly ostatní a s hubnutím nepřestávala. V té době prý šlo mnoho věcí mimo ní. Jediné o co se zajímala, bylo jídlo, diety a cvičení. Rodiče na její stav začali upozorňovat přibližně ve stejném období, jako její spolužačky.

3. Léčba

Bez prodlevy maminka respondentku odvezla k psychiatrovi ve městě, kam chodila na střední školu. Zde byla léčba situovaná tak, že si respondentka měla dělat záznamy o tom co jí, jakou po jídle dělá aktivitu a jak se při jídle cítí. V průběhu návštěv ordinace jí psycholog vždy zvažil a mluvily spolu pouze o jídle. Jídelní záznamy však v respondentce vyvolaly pocit, že přes den sní hrozně moc jídla a začala se tedy ještě více omezovat.

Maminka léčbu u psychiatra ukončila a vyhledala jiné řešení. Začala jezdit s dcerou na konzultace k panu doktorovi, který se věnoval poruchám příjmu potravy. Respondentka vzpomíná, že neví o tom, jak maminka ke kontaktu na něj přišla. Pan PhDr. Krch chtěl respondentku hospitalizovat, to však její matka odmítla a respondentka jí za to byla velmi vděčná. Tato léčba nebyla vůbec zaměřená na jídlo a byla založená na konzultacích, na které dojížděli do Prahy. Pan doktor si s respondentkou povídal o poruchách příjmu potravy, o tom jak jsou

nebezpečné a co způsobují. Několikrát ji vzal na prohlídku oddělení pro klienty s poruchami příjmu potravy, aby sama viděla, jak na tom ostatní jsou.

Jako zlomový okamžik v jeho léčbě uvádí ten, kdy ji ukázal úmrtní oznámení hospitalizované klientky, která byla stejně stará jako ona. Dívka měla jen o něco málo kilogramů méně než ona a pan doktor ji řekl, že je velká možnost, že takhle také skončí, pokud se nebude chtít uzdravit. Od té doby měla snahu se uzdravit. Postupně začala dodržovat jídelní plán a s pomocí rodiny se naučila jíst správné porce. Konzultace byly ve větších časových intervalech. Při ukončování léčby nedostaly kontakty na žádnou další pomoc a respondentka již nikam nedocházela.

4. Aktuální stav

Respondentce je nyní 27 let, cítí se dobře. Ovšem své tělo nepřijímá jako ideální. Stále se připadá oproti ostatním ženám tlustší a přepadá jí pocit, že by mohla zhubnout. Z psychického hlediska si stále nepřipadá vyléčená, ale ví, že hubnout nemůže.

Svůj zdravotní stav respondentka hodnotí naštěstí jako dobrý. V průběhu nemoci měla problém s vypadáváním vlasů a kvalitou nehtů. Potíže s menstruací a nízkým tlakem u ní s příbytkem na váze vymizely.

5.11 Výzkum – Respondent 3

Tomáš 19 let

1. Rodinná oblast

Respondent vyrůstal v rodině s matkou a otcem. Rodiče se rozvedli v jeho 6 letech. Na toto období vzpomíná jako na normální. Často jezdily za prarodiči z otcovi strany na chatu, chodili k rybníkům, na výlety, s dědou rád hrál badminton. Jiné sporty ho nikdy moc nebavily. Otce popisuje jako ne moc aktivního, spíše si ho pamatoval, jen když se díval na televizi, nebo spal.

Po rozvodu rodičů se přestěhovali k prarodičům z matčiny strany. Maminka chodila hodně do práce a tak se o něj staraly prarodiče. Svou výchovu popisuje jako ryze ženskou. Rád s mamkou, babičkou a tetou vařil a koukal s nimi na seriály. Po mamince má podle respondenta povahu, je po ní velmi citlivý a naučila ho, jak se správně chovat k lidem. Od babičky se naučil být flegmatický, od tety má do života „babské rady“.

Popisuje se jako spokojené dítě, hodně se smál. Na základní školu vzpomíná rád, měl tam hodně kamarádů, převážně však dívky. Víc si s nimi rozuměl, to vysvětluje tím, že byl vychováván převážně ženami a také tím, že ho nikdy nebavil žádný sport. Ve druhém ročníku na základní škole musel přejít do jiné třídy z důvodu jeho častých nemocí. Jeho třída přecházela na určité hodiny do jiných budov a z důvodu jeho oslabené imunity by to pro něj byly větší komplikace. Tato třída nikam nepřecházela, ale ze začátku si tam přišel cizí, kamarády tam však měl a brzy zapadl.

2. Oblast vniku poruchy

Na druhém stupni základní školy se začaly objevovat problémy. Dívky se začaly zajímat o kluky a o vzhled. Sám se v té době popisuje jako tlustšího. Byl často nemocný a z léků, které dostával, často přibral nějaké kilo. Kvůli nemocím neměl moc pohybu, když byl zdravý, tak pohyb nevyhledával. Začal se stávat terčem posměšků, chlapci ho někdy týraly fyzicky. Kolem 13 věku měl potyčku s dalším spolužákem, který ho udeřil do břicha a přetrhl mu sval. Tehdy se ho nezastala ani škola, která jemu a jeho mamince řekla, že si za šikanu může sám, jelikož se na „tu dobu“ chová až moc slušně. V té době měl na základní škole už jen několik kamarádů.

Následně nastoupil na střední školu průmyslovou, kterou si vybral na přání maminky, která v této oblasti viděla jeho budoucnost. Škola mu nevyhovovala a po druhém ročníku přestoupil na střední průmyslovou školu potravinářskou. Tuto školu si vybral sám a v tomto období podle respondenta začal žít. Zapadl do kolektivu, se kterým podnikali různé výlety. Začal také cvičit a nejprve omezil jen sladké, na druhou stranu říká, že rychlým občerstvením se nevyhýbal. Postupně se začal zajímat o to co jí. Začal si připravovat svačiny i večere. Sám sobě se v té době líbil a měl dobrý pocit z toho, že hubne. V době přestupu na jinou střední školu si našel přítelkyni, se kterou si rozuměl. Popisuje, že měla ráda typy kluků na způsob skupiny One direction. Už v té době začínal mít komplexy ohledně svého vzhledu a chtěl se podobat těmto idolům. S přítelkyní se rozešli a jeho váha začala stagnovat na 58 kilech. V této váze si připadal spokojený, ale vždycky když zhubl, měl ze sebe lepší pocit a tak přestával jíst.

Maminka si začala všimnout toho, jak rychle hubne, z této situace často plynuly hádky.

3. Léčba

Při váze 50 kilogramů na rozhodnutí maminky začala léčba na dětské psychiatrické klinice. Hospitalizace trvala necelé dva měsíce a respondent ji popisuje jako „vykrmovací“ kůru. Dny měly určený režim, který se skládal z komunity, na které se představovali noví pacienti, a začínal se s ní den, následovala snídaně. Po snídani měli čas na to vyřizovat si svoje věci, nebo se připravovali do školy. Mezitím měli svačinu a malou vizitu s doktorem, který se s ním povídal o tom, co dělá, jak se má, o jídle a o pocitech, které s ním má spojené. Dále následovala muzikoterapie a oběd, po kterém měli polední klid. Další a programu byla arteterapie, večere, volný program a druhá večere.

Léčbu na psychiatrickém oddělení hodnotí jako nedostačující. Podle respondenta se vše točilo pouze kolem jídla, které bylo podle něj obrovských porcí. Obědy se například skládaly z polévky, která byla hodně olejová, hlavního jídla, kdy museli sníst i 7 knedlíků a dezertu. Po každém jídle museli povinně půl hodiny ležet, z důvodu znemožnění cvičení, dále se jim zamykali koupelny a toalety. Na jídla měly určený časový limit, který pokud nedodrželi, sestry na ně křičely. Pokud po nějaké době nezačal přibírat na váze, dostával ke svačinám navíc sýry a tučné jogurty.

Terapie při hospitalizaci mu přišly zbytečné, nelíbilo se mu, jak s nimi terapeutky jednají. Sestry byly pomlouvačné a dělaly si z nich srandu. Tím, že měly omezený pohyb a jídlo jim bylo podáváno ve velkých porcích a v extrémních případech i násilím, roztáhl se mu žaludek. Z rozhovorů s ostatními pacientkami zjistil, že mnoho z nich se do léčby vrátilo, kvůli špatnému vztahu k jídlu, který je zde naučili a s diagnózou bulimie nebo záchvatovitého přejídání. Během léčby přibral na 56,5 kilogramů.

Po ukončení léčby měl rozhozené chutě, nevěděl jak správně jíst, měl potřebu se stále přejídat. Po 3 měsících mu bylo osmnáct, do té doby docházel na prohlídky a kontroly, většinou ale jen vypil hodně vody, aby měl vyšší váhu.

Po dovršení osmnáctých narozenin začal znovu radikálně hubnout, dostal se na váhu 45 kilogramů. Tuto fázi skončila až situace, kdy se přejedl velkým množstvím zeleniny, z čeho se mu ucpali střeva, a skončil v nemocnici. Tam se nad svým stavem začal zamýšlet. Uvědomil si, že se straní lidem a že má problémy s jídlem. Chtěl začít jíst, ale po zkušenosti s hospitalizací se chtěl

uzdravit sám. Protože se bál různých potravin, začal si je zapékat do toustů. Začal chodit na společenské akce, doma si odstranil z pokoje všechny zrcadla a podobně.

4. Aktuální stav

Nyní se respondent nachází nad nejnižší zdravou váhou a fyzicky se cítí nejlépe za poslední 3 – 4 roky. S jídelním chováním má stále problém, stále se cítí být hladový a ve svém jídelním režimu se musí hodně hlídat, aby nesklouzl do záchvatovitého přejídání.

Své tělesné proporce vnímá negativně.

Ze zdravotních problémů má nejvíce problém s klouby, také se hned vyčerpá a má problém donutit své tělo pracovat.

5.12 Diskuze

To, že mentální anorexie je závažná nemoc, je dnes jasné všem. Dá se do ní spadnout z jakýchkoliv důvodů a na první pohled se nám nemocný může zdát úplně v pořádku. O to důležitější a obtížnější je léčba.

Výzkum se zaměřuje na porovnání informací od respondentů s informacemi v kapitolách 1.1, 4 a odborné literatury.

Své rodiny respondenti popisují jako nekonfliktní. Na vzniku nemoci podle rozhovorů měla podíl pouze rodina respondentky 1 (Natálie). Podle jejích slov byli rodiče flegmatictí ohledně jejích výkonů ve škole a v hudebním nadání. Na začátku dospívání maminka upozorňovala na její tělesné proporce, otec zase kritizoval matčin vzhled. Několik studií potvrdilo i vliv matky na to jak ona sama vnímá své tělo a omezuje se různými dietami a cvičením. Stejný strach z tloušťky se pak může objevit i u dětí. Dalším faktorem viditelným na případové studii Natálie je vliv rodičů na hodnocení jejího úspěchu ve škole a hudbě. Natálie v rozhovoru popisovala „*vysoká očekávání a nedostatečnou empatii*“ k jejím úspěchům.⁸⁶

Respondentka 2 (Barbora) na svou rodinu vzpomíná jako na normální rodinu. Její rodiče ovšem byli velmi pracovně vytížení a tak jí vznikal prostor pro samostatnou přípravu jejích jídel, které nikdo nekontroloval. Tento faktor je zmiňován především v nemožnosti přípravy jídla dětem a nedostatečná kontrola v porcích a pravidelnosti stravování.⁸⁷

⁸⁶ Srov. KRCH, F., D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, 2., Rodinné a genetické faktory, str. 68.

⁸⁷ Srov. Tamtéž, str. 67.

Respondent Tomáš spíše než o celé rodině mluvil převážně o své mamince už z toho důvodu, že se jeho rodiče rozvedli v jeho velmi mladém věku. Otce ovšem popisuje jako pasivního, a emočně odtažitého, se kterým se po rozvodu rodičů již nevidal. Typickému otci anorektického dítěte jsou mnohdy v literatuře připisovány právě tyto vlastnosti – „*emočně odtažitý otec z důvodu skrytého konfliktu mezi rodiči, pasivní, emočně nepřítomný*“⁸⁸ atd. Jeho výchova byla převážně ženská, a proto mohl být u vaření jejich pokrmů. Svůj volný čas trávil převážně s dospělými, to se odrazilo v jeho chování a mohlo vzbuzovat podměty k šikaně. Literatura zde poukazuje i na možnost vlivu matky a mateřské babičky. „*Matka je často popisována jako hyperprotektivní, kde její přání (zde ohledně vzdělání) mohlo vést k patologicky dokonalému dítěti. Spolu s babičkou hrají dominantní roli v dětství dítěte a také ve stravě, která se mu dostává.*“⁸⁹

Respondenti spojovaly nastupující vznik mentální anorexie s obdobím puberty – přechod na střední školu, zájem o druhé pohlaví. Toto období je spojováno s uvědomováním si sebe sama a odlišování se od ostatních.⁹⁰

Natálie uváděla několik faktorů, které na ni působily. Byl to především nezájem rodičů o její výkony, z kterého následně vyplynula snaha dosáhnout dokonalé postavy prostřednictvím přísné kontroly příjmu jídla. Dalším faktorem byl nezájem opačného pohlaví o její osobu. S odstupem času toto jednání hodnotí jako špatně vybraný typ opačného pohlaví. Pro Natálii bylo také velmi důležité to, jak její otec hodnotí vzhled maminky a to jak na její vzhled reagovala právě její maminka. V jejím dospívání se odehrála směs faktorů rodinných a biologických, převážně souvisejících s pubertou – odlišení se od rodiny, získání jejich uznání a zvýšený zájem o opačné pohlaví.⁹¹

Pro Barboru byl rizikový nástup na střední školu, která byla v okresním městě. V městské atmosféře si připadala, jako kdyby nezapadala a v kolektivu ostatních dospívajících dívek, se brzy začala porovnávat s ostatními. Na diskotékách si často myslela, že kdyby byla stejně hubená jako ostatní dívky, opačné pohlaví by ji upřednostnilo. Proto začala omezovat příjmy jídla a nasadila přísné cvičební plány. Zde se objevují faktory zejména z období puberty, jako je uvědomování si sebe sama a porovnávání se s vrstevníky,

⁸⁸ KRCH, F., D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Rodinné a genetické faktory, str. 66.

⁸⁹ Tamtéž, str. 66.

⁹⁰ Srov. Tamtéž, Biologické faktory, str. 63.

⁹¹ Srov. Tamtéž, Biologické faktory, str. 63.

genetické faktory (rozložení tuky)⁹² a také přechod na střední školu, kterou vnímala jako životní událost.⁹³

Tomáš byl v dětství často nemocný a z mnoha léků a nedostatku pohybu byl oblejší než ostatní děti. Na jeho odlišné proporce začali upozorňovat spolužáci na druhém stupni základní školy. Často se stával terčem šikany a do kolektivu nezapadal. Své hubnutí datuje přibližně od doby, kdy přestoupil na jinou střední školu. V té době se scházel se svou přítelkyní, která obdivovala jiné tělesné proporce u opačného pohlaví. Toto období hodnotí pozitivně, zapadal do kolektivu, měl radost z jídla, cvičení a také z toho, že hubne. Pokud se mu váha zastavila, snažil se zhubnout ještě víc, protože když hubnul, měl ze sebe mnohem lepší pocit. Nakonec nad Tomášem zvítězil jeho perfekcionismus a spadl do velmi omezeného příjmu stravy. Jeho výpověď odráží tlak společnosti na tělesný ideál, který je mladistvým předváděný převážně prostřednictvím médií.⁹⁴ U Tomáše byl tento postoj zprostředkovaný prostředím navíc podpořen jeho přítelkyní, která obdivovala hubené tělesné proporce. Jako upevňující faktor zde působily i Tomášovi vlastnosti, ze kterých jmenuje zejména perfekcionismus, který se objevuje v mnoha definicích anorektických pacientů.⁹⁵

U Natálie probíhala léčba nejprve formou terapií, které ji jistý čas udržovaly na určité váze, následně ale přišel zlom a musela být hospitalizována. Její stav se dostal do fáze, kdy bylo zapotřebí návrat respondentky do stavu minimální tělesné hmotnosti. Hospitalizaci shledává jako pro ni vyhovující léčbu, se kterou souhlasila. Odhodlání klienta se uzdravit bývá nejdůležitějším motivátorem pro léčbu.⁹⁶ Režim hospitalizace jí pomohl s jídelními návyky a kladně také hodnotí terapie, které ji naučily odreagovat své myšlenky od neustálého přemýšlení nad jídlem a cvičením.

Tomáš, který také podstoupil hospitalizaci, ji hodnotí negativně. Nutno dodat, že se léčil pod tlakem své maminky. Nebyl spokojený s velikostí porcí, ani s terapiemi, které ho bavily jen z důvodu kontaktu s ostatními vrstevníky. Bohužel prostřednictvím kontaktu s ostatními anorektickými pacienty na oddělení, se dostal k mnoha článkům, které jeho anorektické chování spíše podporovaly.

⁹² Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Biologické faktory, str. 64.

⁹³ Srov. Tamtéž, *Životní události*, str. 64.

⁹⁴ Srov. Tamtéž, *Sociální a kulturní faktory*, str. 58 – 61.

⁹⁵ Srov. Tamtéž, str. 71 – 72.

⁹⁶ Srov. Tamtéž, *Hospitalizace a částečná hospitalizace*, str. 125.

Barbora nejprve docházela k psychiatrovi, díky kterému se její stav ještě zhoršil. Její stav řešil převážně prostřednictvím záznamů o jídelním chování.⁹⁷ Po změně léčby na ambulantní a přístupu nového doktora se nakonec odhodlala vyléčit. Doktorův přístup spočíval převážně ve vyprávění odstrašujících příběhů jiných anorektických klientů, a ve snaze ukázat Barboře špatné stránky mentální anorexie a soustředila se převážně na navrácení respondentky na minimální tělesnou hmotnost.⁹⁸

Aktuální stav Natálie je dobrý, udržuje se nad určitou hranicí váhy, pod kterou nehodlá klesnout. Podle jejích slov na tom má zásluhu především její přítel a dcerka.

Barbora je v dobrém fyzickém stavu a rozhodně se necítí být nějak svázaná špatnými jídelními návyky. Se svou postavou však není nadále spokojená a stále si myslí, že jí nějaká kila přebývají.

Tomáš po své léčbě znovu prodělal váhový propad a až extrémní situace ho donutila uvědomit si jak si své tělo ničí. Nyní se snaží vyléčit se sám. Váhově a fyzicky se cítí v nejlepší kondici, v jaké kdy byl, jeho psychický stav však stále není v pořádku.

Odpověď na dílčí otázku „Jakou roli hrála rodina při vzniku mentální anorexie? Lze poznat z prvních oblastí výzkumu. U respondentů 2 a 3 jsou to faktory spojené s výchovou dotyčných – u Barbory volnost v přípravě a složení stravy, u Tomáše je výchova popisovaná převážně jako ženská. U Natálie bylo vnímání velmi ovlivněné chováním jejich rodičů a jejich orientací na výkon, který ovšem dostatečně nehodnotili.

Druhá dílčí otázka zněla: „Co bylo hlavní náplní léčby?“, kde z odpovědí jasně vyplynul fakt, že hlavní náplní bylo vyrovnaní váhy klientů. U Barbory tato náplň léčby nebyla popsána. Na druhou stranu, poté, co začala spolupracovat při léčbě a její váha se stabilizovala nad minimální hranicí, byla její léčba ukončena.

⁹⁷ Srov. KRCH, F. D., a kol., *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, Kognitivně – behaviorální terapie, str. 128 – 129.

⁹⁸ Srov. Tamtéž, Ambulantní lékařská péče, str. 126.

6 Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na mentální anorexii v České republice a jejím cílem bylo pomocí dostupné literatury a výzkumu popsat začátek nemoci, možné rizikové faktory a nabídnout náhled na hlavní nabídku služeb a péče pro klienty s mentální anorexií.

Na začátku se práce setkala s nepřeberným množstvím literatury, která byla psaná převážně jako příručky pro svépomocnou léčbu, většinou samotným anorektickým klientům, nebo jejich okolí. Knihy poskytovaly velice orámované informace ohledně vzniku mentální anorexie a mnohdy byly informace zaměřeny obecněji na celkovou oblast poruch příjmu potravy. Hlavní literaturou, o kterou se práce opírá, se staly publikace od pana PhDr. Františka Davida Krcha, který se dlouhodobě zabývá problematikou poruch příjmu potravy a je autorem několika knih a odborných článků. Jeho tvorba zahrnuje i knihy zaměřené na svépomocné manuály. V práci byly využity převážně knihy, které poskytovaly celkový náhled na problematiku – historii, epidemiologii, rizikové faktory, přehledy zdravotních komplikací a přehled léčby.

Výzkum byl orientován na dotazování respondentů prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Jeho cílem bylo zjistit respondentovi pocity a postoje související s vývojem nemoci, léčbou a službami, které podstoupil, spokojenost s nabídkou následné péče a jeho vztah k prožité etapě života.

V případových studiích se práce snaží shrnout nejdůležitější aspekty života respondentů s mentální anorexií. Rozhovory probíhaly v kavárnách a jejich doba se lišila podle možností respondentů a vyčerpanosti tématu. Doba rozhovoru se pohybovala okolo 1 hodiny. Doptávání na souvislosti a další potřebné informace již probíhalo prostřednictvím e – mailů. V případových studiích byla respondentům změněna jména a informace byly rozděleny podle dílčích výzkumných oblastí do 4 částí pro lepší orientaci v tématu.

Rozhovory s respondenty byl nejtěžší úkol, absolvovaný v rámci práce. Již v počátečním plánování schůzek byla na respondentech znát jistá míra nejistoty. Ani v rámci prvního setkání se atmosféra nezměnila.

Jako první byla zavedena řeč na celou bakalářskou práci. Respondentům byla popsána struktura textu a k čemu bude sloužit. Následně jsem s nimi hovořila o již získaných informacích v rámci studia odborné literatury, zejména z oblasti kapitoly 1.1 a na tyto témata jsem postupně zaváděla otázky. Průběh rozhovorů se odvíjel od odpovědí, které jsem na otázky dostávala. Některým tématům bylo věnováno mnohem více času než

jiným. Na témata ohledně nabídnutých služeb a následné péče byly odpovědi negativní a tím pádem nebylo možné je dále rozvíjet.

Nejvíce temperamentní v rámci rozhovorů byl respondent 3. Svůj boj s mentální anorexií ještě nemá vyhraný na všech úrovních a jeho vzpomínky na průběh nemoci a léčbu byly nedávné.

V rámci výzkumu byly popsány hlavní faktory zapříčiňující vznik poruchy. Každý z nich začátky prožíval z jiného úhlu. Natálie celý proces absolvovala z důvodu, že se uzdravit chtěla. Barbora byla spokojená, když hubla, jelikož chtěla být krásnější než její vrstevnice. Tomáš své hubnutí prožíval s velkou dávkou spokojenosti, nejspíše, že i z toho důvodu, že sám sebe před vznikem mentální anorexií shledával jako někoho s nadváhou.

Spokojenost s léčbou byla také u každého respondenta rozdílná. U dívčích respondentek byl první typ léčby vnímán jako špatně zvolený a nevyhovující, následná změna jim však prospěla. Tomáš hospitalizaci vnímal a stále vnímá s odporem.

Žádný z respondentů nedostal žádnou nabídku následné péče, tato část výzkumu tedy nebyla naplněna. K etapě života s mentální anorexií se žádný z respondentů vrátit nehodlá. Tomáš se navíc v průběhu rozhovoru zmínil o svém plánu do budoucna pracovat na osvětě v tématu mentální anorexie a stravování mladistvých.

Zjištěné informace se nedají shrnout na celkovou populaci, nebo přirovnávat ke kvalitě poskytovaných služeb v zařízeních. Takové závěry ani nebyly cílem výzkumu. Informace se odvíjí od životních situací respondentů v závislosti na závažnosti nemoci a délce jejího trvání.

Pomocí literatury byly popsány hlavní rizikové faktory a situace, které přispívají k vzniku mentální anorexie. Ve výzkumu se z těchto rizikových faktorů objevily nejvíce sociální a kulturní faktory, vliv rodinných faktorů, genetických dispozicí a vliv biologických faktorů a to převážně puberty. Rizikové situace, které z výzkumu vyplynuly, byly zmínka o vzhledu respondentů a přechod na střední školu.

Přehled hlavní nabídky služeb a péče pro klienty s mentální anorexií je popsán v kapitolách 3.2 a 4. Z této nabídky se u respondentů využila hospitalizace, různé druhy terapií, ambulantní lékařská péče a svépomoc realizovaná převážně respondenty v jejich rodinném prostředí.

Bakalářská práce se věnuje především základnímu vymezení problematiky, určena je tedy převážně neodborné veřejnosti, která se s problémem mohla již setkat. Práce může být využita jako průvodce základní terminologií a nabídkami pomoci a léčby.

Práce může navazovat na výzkum zaměřený na zmapování sociální prevence a služeb sociální práce, které se soustředí na mentální anorexii, nebo mohou být využity jako forma následné pomoci.

Mentální anorexie patří mezi nemoci, proti kterým je třeba nadále bojovat. Tento boj, však musí být cílen jak mezi rodiče a dospívající, tak mezi nejmladší školáky, zejména z důvodu čím dál většího výskytu nemoci u čím dál mladších věkových skupin.⁹⁹

Jak ale dosáhnout normálního ideálu a zbavit se vyhublosti v řadách dospívajících? Možná by bylo lepší nezabývat se postavou a raději prožívat život se všemi možnostmi, které se nám nabízejí.

⁹⁹ Srov. MATĚJČEK, Z., *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. Mentální anorexie, str. 138.

7 Seznam použitých zdrojů

- Autor – neuvědno. Jde to i bez lepku. *Celiak.cz* [online]. Praha: Společnost pro bezlepkovou dietu, © Copyright 2016 [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.celiak.cz/uvod>
- Autor - neuvědno. *Dukovanova dieta*. *Dukanova-dieta.cz* [online]. © 2010 - 2015 Dukanova-dieta.cz [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.dukanova-dieta.cz/>
- Autor - neuvědno. Eating disorders. *PsyWeb.com* [online] 2. 12. 2015. Poslední změna 27. 03. 17. [cit. 2017-03-27.] Dostupné z: <http://www.psyweb.com/Mdisord/jsp/eatd.jsp>
- Autor – neuvědno. Pestrý jídelníček: Paleo jídelníček. *Pestryjidelnicek.cz* [online]. © 2017 | Rychlost hubnutí je individuální [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <https://www.pestryjidelnicek.cz/>
- CLAUDE-PIERRE, Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Přeložil Zdík DUŠEK. Praha: Pragma, 2001, s. 264. ISBN 80-7205-818-5.
- FISAR, Z., Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN*. 22. 04. 2016. [cit. 2017-02-17] Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 437. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KOHOUT, Pavel. Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Praha: Forsapi, 2011. Informační servis pro lékaře, s. 57. ISBN 978-80-87250-12-9.
- KULHÁNEK, J., Recording food intake? A diet under control? *Idealni.cz*. [online] © Copyright 2015 - PSYCHOTERAPIE ANDĚL PRAHA - PSYCHOLOG, TERAPEUT PRO DĚTI I DOSPĚLÉ [cit. 16. 3. 17]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/recording-food-intake-a-diet-under-control/>
- KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 238. ISBN 80-7169-627-7.

- KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. Psyché [Grada], s. 255. ISBN 80-247-0840-X
- LEIBOLD, Gerhard. Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody. Přeložil Lidia BĚHOUNKOVÁ. 1. vydání. Praha: Svoboda, 1995, s. 140. ISBN 80-205-0499-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ. Praxe dětského psychologického poradenství. 2., aktualizované a upravené vydání. Praha: Portál, 2011, s. 342. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 183. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 1. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 287. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. 1. vydání. Praha: Portál, 2001, s. 309. ISBN 80-7178-473-7.
- MURDZA, Karol. Sociologický výskum. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2010. Studijní text, s. 114. ISBN 978-80-86708-91-1.
- PUCHÝŘOVÁ, J., Paleo dieta: Co je to paleo dieta? *Paleodieta.cz* [online]. Karlovy vary: © 2011-2017 Paleo dieta [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.paleodieta.cz/>
- PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie). 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum (Praha), 2000, s. 76. ISBN 80-85121-32-8.
- PÖTHE, Petr. Dítě v ohrožení. 2. rozšířené vydání. Praha: G plus G, 1999, s. 186. ISBN 80-86103-21-8.
- RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta: [sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí]*. Praha: Galén, 2006, Rizikové faktory suicidálního chování v dětství a adolescenci, s. 286. ISBN 80-7262-420-2.

- Referenční hodnoty pro příjem živin. V ČR 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2011, s. 192. ISBN 978-80-254-6987-3.
- ROZEHNALOVÁ, Marcela. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář : 6.-8. října 2003, SZÚ Praha. Praha: Free Teens Press, 2003, s. 264. ISBN 80-902898-3-5.
- SNOP, K., Anorexie, *POLOŠERO*, [televizní dokument], ČT 2, 20. 11. 2012.
- ŠRAJER, J., MUSIL, L., *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008, s. 150. ISBN 978-80-7326-145-0.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 377. ISBN 978-80-7367-313-0.
- *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Mezinárodní klasifikace nemocí: Poruchy příjmu potravy*. 1. dubna 2014 [online]. UZIS ČR, 2014 [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

8 Přílohy

8.1 Příloha 1 – struktura rozhovoru

1. Oblast rodinná

- Jaké jsou vaše rodinné poměry? Žijí spolu rodiče? Jsou rozvedení?
- Máte nějaké sourozence? Jak s ní/m (nimi) vycházíte?
- Jaké byly v rodině vztahy před vypuknutím nemoci?
- Vycházeli jste spolu v pořádku, objevovali se hádky?
- Chtěli po Vás rodiče/rodič přemíru výkonu, například ve škole?
- Měly ohledně Vašich výkonů rodiče/rodič přehnané nároky?
- Pokud jste v nějakém očekávaném úkolu zklamal, nebo naopak uspěl, jaké byli jejich/jeho reakce?
- Byli / jsou Vaši rodiče orientovaní převážně na výkon? (pracovní, sportovní apod.)
- Jaké byly jídelní návyky vaší rodiny? Večeřeli jste spolu? Měli rodiče přehled o tom, jak se stravujete?

2. Oblast vzniku poruchy

- V jakém věku jste zjistil(a), že trpíte mentální anorexií?
- Z jakého důvodu, se podle Vás nemoc objevila?
- Jak dlouho jste nemoc skrýval(a) a proč si tento stav udržoval?
- Hrála při vzniku anorexie roli nějaká zvláštní událost?

3. Léčba

- Kdo první u Vás upozornil na možnost poruchy příjmu potravy?
- Kolik let Vám bylo?
- Jak se k problému postavili rodiče/rodič?
- Jak se s oznámením nemoci poprali/popral? (popřeli/popřel existenci problému, snažili /snažil se najít možnost léčby?)
- Jaké formy pomoci Vám byly nabídnuty? (hospitalizace, ambulantní služby, psycho sociální centra apod.)
- Jaký byl průběh léčby? Jaké jste z ní měl pocity? S čím nejvíce se pracovalo? Týkala se léčba i psychiky? Jak dlouho probíhala léčba? Léčil jste se dobrovolně? Jaká byla pravidla v zařízení (vyhovovaly Vám pravidla zařízení)?

- Byly vám poskytnuty nabídky ohledně následné péče, popřípadě pokračující léčbě? Na jaká zařízení? Pokračoval jste v další léčbě? Pokud ano, tak proč? Pokud ne, také proč? Vyhovovaly Vám nabídnuté služby/ léčba?

- Jaký jste měl celkový pocit z léčby a poskytnutých služeb, které Vám byly nabídnuty?

4. Aktuální stav

- Jak se cítíš teď?

- Jak hodnotíš léčbu s odstupem času?

- Trpíte kvůli prodělání mentální anorexie nějakými zdravotními komplikacemi?

9 Abstrakt

HEJNOVÁ, J., *Mentální anorexie v České republice*. České Budějovice 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph. D.

Klíčová slova: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, jídelní návyky, nutriční poradenství, prevence, krizová intervence, následná péče, hospitalizace, ambulantní péče, terapie

Práce se zabývá mentální anorexií od možných začátků nemoci až po možnosti jejího vyléčení v České republice. Teoretická část nabízí definici mentální anorexie, náhled na možné rizikové faktory a situace, které ji mohou vyvolat. Popisuje základní přehled vyvážené výživy, možnosti využití sociální práce při prevenci a následné péči. Následně se zabývá přehledem lékařské péče a terapií využívaných při léčbě nemoci.

Praktická část obsahuje případové studie 3 respondentů, kterým byla diagnostikována mentální anorexie. Případové studie obsahují oblast rodinnou, oblast vzniku nemoci, léčbu a jejich aktuální stav.

10 Abstract

Anorexia nervosa in Czech Republic

Keywords: anorexia nervosa, eating disorders, eating habits, nutrition counselling, prevention, crisis intervention, follow-up care, hospitalization, outpatient care, therapy

The thesis focuses on anorexia from the onset of the disease to the possible treatment in the Czech Republic. The theoretical part defines anorexia nervosa, offers insight into potential risk factors and also concentrates on situations that can cause anorexia. Next, this part provides a basic overview of a balanced diet and informs about the use of social work in prevention and follow-up care. Furthermore, it summarizes medical care and therapies used in the treatment of this disease.

The practical part consists of case studies of three respondents who have been diagnosed with anorexia nervosa. The case studies examine areas related to family, the onset of the disease, treatment and current state of the respondents.