

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské výchovy**

**Bakalářská práce**

**2014**

**Mgr. Hana Šejnohová**

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské výchovy**  
Sociální pedagogika

Mgr. Hana Šejnohová

**Mentální anorexie z pohledu sociálního pedagoga**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Potměšilová, Ph. D.

**2014**



## INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tato práce vznikla v rámci projektu Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace (CZ.1.07/2.3.00/20.0063).

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

.....

Podpis autora práce

V úvodu své bakalářské práce bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Petře Potměšilové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a podnětné připomínky.

1. Mentální anorexie – teoretická část .....	9
1.1. Poruchy příjmu potravy .....	9
1.2. Definice a projevy mentální anorexie.....	10
1.3. Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	11
1.3.1. Diagnostická kritéria podle MNK-10 (F 50.0).....	11
1.3.2. Diagnostická kritéria podle DSM-IV .....	12
1.4. Faktory posilující strach z tloustnutí .....	12
1.5. Mentální anorexie v dětství .....	14
1.6. Vymezení mentální anorexie jako psychosomatického onemocnění .....	16
1.7. Mentální anorexie ve vztahu k dalším onemocněním .....	17
1.8. Důsledky mentální anorexie .....	20
1.9. Léčba mentální anorexie.....	23
1.9.1. Hospitalizace .....	24
1.9.2. Ambulantní lékařská péče .....	25
1.9.3. Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace .....	25
1.9.4. Rodinná terapie.....	25
1.9.5. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) .....	26
1.9.6. Interpersonální terapie (IPT) .....	26
1.9.7. Psychodynamická terapie .....	27
1.9.8. Farmakoterapie .....	27
1.10. Nové požadavky na léčbu mentální anorexie .....	28
1.10.1. Multidimenzionální terapie .....	29
1.10.2. Komplexnost léčby .....	29
1.10.3. Aktivní spolupráce.....	30
1.10.4. Systém diferencované péče .....	30
1.11. Prevence poruch příjmu potravy .....	30

2. Praktická část.....	32
2.1. Uvedení případu .....	32
2.2. Anamnéza.....	32
2.2.1. Rodinná anamnéza.....	32
2.2.2. Osobní anamnéza.....	36
2.2.3. Školní a sociální anamnéza .....	38
2.3. Průběh onemocnění .....	39
2.3.1. Začátek a průběh onemocnění.....	39
2.3.2. Léčba onemocnění.....	40
2.4. Zhodnocení zjištěných skutečností z pohledu sociálního pedagoga .....	42
2.4.1. Rodinné prostředí .....	42
2.4.2. Sociální prostředí a vztahy .....	43
2.4.3. Využití volného času .....	44
2.4.4. Léčba onemocnění.....	44
2.4.5. Zhodnocení případu.....	45
2.5. Možnosti působení sociálního pedagoga v oblasti prevence a terapie mentální anorexie .....	46
2.6. Projevy v chování lidí s mentální anorexií, rady pro rodiče, učitele a vychovatele	46
3. Závěr.....	51
4. Seznam použité literatury .....	52
5. Přílohy .....	54
5.1. Příloha č. 1 .....	54
5.2. Příloha č. 2.....	63

## ÚVOD

"Život je ten nejcennější dar, co máme. Kdybychom si to všichni uvědomovali, možná bychom si dvakrát rozmysleli, než začneme ten svůj (nebo druhých lidí) ničit. Jsem tak šťastná, že jsem měla někoho, kdo mi v tom včas zabránil." Uvedenými slovy vyjadřuje svůj postoj k životu Jana, nyní dvacetiletá žena, která před dvanácti lety onemocněla mentální anorexií. Okolnostem vzniku a průběhu onemocnění je věnována tato bakalářská práce.

Bakalářská práce má dvě kapitoly. První kapitolu tvoří teoretická část rozdělená do několika oddílů. První tři oddíly jsou zaměřeny na definici a diagnostická kritéria mentální anorexie. V dalším oddílu jsou popsány faktory působící na vznik tohoto onemocnění. Pro práci sociálních pedagogů mohou být užitečné informace o poruchách příjmu potravy v dětství, jimž je věnován oddíl následující. Mentální anorexie je označována jako psychosomatické onemocnění, které může mít značné negativní dopady na zdraví a život pacientů. Touto problematikou se zabýváme v oddílech 1.7 a 1.8. O možnostech léčby je pojednáno v částech 1.10 a 1.11 a závěr teoretické části patří tématu prevence mentální anorexie.

Bakalářská práce má název Mentální anorexie z pohledu sociálního pedagoga. Na studii jednoho případu se snažíme ukázat, jaké faktory působí při vzniku onemocnění, co může ovlivnit jeho průběh a léčbu. Zaměřujeme se především na zkoumání rodinného, sociálního a školního prostředí, využívání volného času a způsobu léčby mentální anorexie. V závěru práce přinášíme několik podnětů, jakým způsobem může sociální pedagog přispět k prevenci a úspěšné léčbě tohoto onemocnění.



# 1. Mentální anorexie – teoretická část

## 1.1. Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace společně s mentální bulimií nejvýrazněji vymezeným syndromem poruch příjmu potravy. V klinické praxi jsou pro diagnostiku využívána kritéria MKN-10, ve výzkumu a publikační práci kritéria DSM-IV, popř. starší DSM-III-R.

Vedle těchto dvou poruch příjmu potravy existují i další a trpí jimi velká část pacientů. Svými příznaky se však částečně odlišují a nelze je zařadit do uvedených dvou typů. Hovoříme potom o atypických, subklinických, parciálních nebo jinak nespecifikovaných poruchách příjmu potravy.<sup>1</sup>

Mentální anorexie a mentální bulimie mají podobné projevy. Při obou onemocněních mají pacienti nadměrný strach z tloušťky, úzkostlivě kontrolují svoji hmotnost a příliš se zabývají vzhledem vlastního těla. Své postavě a tělesné hmotnosti věnují přehnanou pozornost, neustále se váží a snaží zhubnout nebo alespoň udržet hmotnost. Usilují o štíhlou postavu „omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje“<sup>2</sup>. Vyskytuje se u nich zvýšený zájem o jídlo, mívají chuť se přejíst, bývají podráždění, uzavření, mají nízké sebevědomí. „Hlavním tématem obou poruch je samozřejmě pacientovo základní přesvědčení, že „tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost jsou jedinými nebo nejdůležitějšími kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně“ (Garner a Bemis, 1982, str. 142).“<sup>3</sup>

Asi u jedné třetiny pacientů s mentální anorexií se později vyvine mentální bulimie, při níž vykazují normální hmotnost. Někteří autoři uvádějí, že až polovina bulimiček má v anamnéze uvedenu mentální anorexii a přibližně stejná část anorektiček se pravidelně přejídá v důsledku ztráty kontroly nad jídlem.<sup>4</sup>

Tématem této práce je pojednání o mentální anorexii z pohledu sociálního pedagoga. V dalších kapitolách se proto budeme zabývat pouze mentální anorexií.

---

<sup>1</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 15.

<sup>2</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 22.

<sup>3</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 128.

<sup>4</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16.

## 1.2. Definice a projevy mentální anorexie

„Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“<sup>5</sup> Anorexie v překladu znamená nechutenství, ztrátu chuti k jídlu. V průběhu staletí bylo odmítání jídla považováno za běžný příznak mnohých somatických poruch a patřilo do široké škály psychiatrických syndromů. Nebylo však nikdy pokládáno za „primárně patologický jev“<sup>6</sup>. V sedmnáctém století byl popsán případ pacientky, která odmítala jíst, byla vyhublá, trpěla hypotermií, amenoreou a opakovanými záchvaty mdloby.<sup>7</sup> U pacientky nebyla zjištěna žádná fyzická příčina jejího stavu.

Teprve v průběhu a především ve druhé polovině devatenáctého století se objevují první popsané případy psychogenního onemocnění „anorexia nervosa“ u dívek a mladých žen, které odmítaly jíst. „Charakteristické znaky, které popsali Gull a Laségue, platí i dnes: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence jakýchkoli známek organické patologie.“<sup>8</sup>

Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie zařazena mezi duševní nemoci, byly popsány další dva její rysy a to „neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla“<sup>9</sup>.

Ztráta chuti k jídlu u pacientů s mentální anorexií není způsobena somatickým onemocněním ani malým zájmem o jídlo. Naopak, tito lidé myslí na jídlo mnohem více než zdraví jedinci. Sbírají recepty, rádi vaří a obsluhují hosty. Sami si však kvůli strachu z tloušťky nevezmou nic z toho, co připravili. Mívají i větší chuť na sladké, říkají však, že „nemohou jíst“, proto nejedí. Nechutenství se dostavuje právě v důsledku dlouhodobého hladovění. Důvodem odmítání jídla není tedy snížená chuť na něj, ale strach z tloušťky plynoucí z „nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce“<sup>10</sup>. Strach má podobu obav z nekončícího přibývání na váze, ze sladkostí, strach z najezení dosyta. „Strach živí ústupky a pozornost, kterou mu věnujete. Strach zaměřuje pozornost, myšlenky i představy určitým směrem. Situace se stává nepřehlednou a všude na vás pak číhá nějaké nebezpečí.“<sup>11</sup> Strach z tloušťky je posilován myšlenkami na jídlo a docílení snížení hmotnosti. Pokud se bojíme přibrat a vyhneme se jídlu, máme příjemný

<sup>5</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16.

<sup>6</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 27.

<sup>7</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 29.

<sup>8</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 31.

<sup>9</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 31.

<sup>10</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16.

<sup>11</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 34.

pocit. Tento pocit budeme chtít mít pokaždé, když pomyslíme na jídlo a zvládneme se nenajíst, protože potom nepřibereme. Aktivity vedoucí k poklesu strachu nám přinesou pocit uspokojení, budeme je chtít opakovat a mít pod kontrolou. Uvedené aktivity se nám stanou návykem a způsobem života. Na jídlo budeme myslet stále častěji a budeme potřebovat stále více ujištění, že nepřibereme. Dostaneme se do bludného kruhu, z něhož lze vystoupit jenom tím, že strachu přestaneme ustupovat a naučíme se s ním žít.<sup>12</sup>

Na základě projevů MA pozorovaných u pacientů byla vypracovaná kritéria, podle nichž lze nemoc diagnostikovat. Jak již bylo uvedeno, v klinické praxi jsou využívána kritéria podle MNK-10, pro výzkum a v publikacích kritéria dle DSM-IV. V následující kapitole popíšeme diagnostické rozlišovací znaky tak, jak jsou zařazené v těchto dvou seznamech.

### **1.3. Diagnostická kritéria mentální anorexie**

#### **1.3.1. Diagnostická kritéria podle MNK-10 (F 50.0)**

1. Udržování tělesné hmotnosti minimálně 15% pod úrovní, která je předpokládána vzhledem k věku a výšce pacienta. Jeho BMI je 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a méně. Děťští pacienti málo přibývají a nedosahují očekávaných hmotnostních přírůstků.

Někteří autoři navrhovali, aby při určování diagnózy bylo rozlišováno mezi lehčí (pokles hmotnosti o 15-25%) a těžší (pokles hmotnosti o více než 25%) formou mentální anorexie.

2. Pacient si způsobuje snižování hmotnosti sám a to vyhýbáním se jídlům, po nichž se tloustne a užíváním alespoň jednoho z následujících prostředků: „vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení“<sup>13</sup>

3. Jedinec si stanoví velmi nízkou cílovou nebo optimální hmotnost, což je důsledkem vtíravého a neodbytného strachu z tloustnutí a zkreslené představy o svém těle.

---

<sup>12</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 36-37.

<sup>13</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16.

4. Na základě endokrinní poruchy se u žen objevuje amenorea a u mužů ztráta potence. „Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.“<sup>14</sup>
5. U dětských pacientů (před pubertou) dojde k zastavení nebo opoždění vývoje pohlavních orgánů.

### 1.3.2. Diagnostická kritéria podle DSM-IV

1. Pacienti mají nedostatečný hmotnostní přírůstek během roku a odmítají udržovat svoji tělesnou hmotnost nad hranicí normální váhy, která odpovídá jejich výšce a věku.
2. Mají velký strach z přibývání na váze a to i v případě, kdy je jejich hmotnost nižší, než určuje norma.
3. Vlastní tělesná hmotnost, kterou pacienti vnímají zkresleně, má nadměrný vliv na jejich sebehodnocení.
4. U dívek se vyskytuje absence menstruačního cyklu alespoň po dobu třech po sobě jdoucích měsíců.<sup>15</sup>

Mentální anorexie je provázena strachem z tloustnutí. Ten je posilován řadou faktorů, které patří do vnitřního vybavení pacientů. Existuje však i mnoho vnějších okolností, jejichž vlivem tento strach sílí. V následující části připomeneme některé z nich.

### 1.4. Faktory posilující strach z tloustnutí

Mentální anorexie je provázena strachem z tloustnutí. Ten je posilován řadou faktorů, které patří do vnitřního vybavení pacientů. Existuje však i mnoho vnějších okolností, jejichž vlivem tento strach sílí.

**Vnitřní faktory:** „úzkostnost, pedanterie, důslednost a přílišná ctižádostivost, nejistota dospívání (zejména je-li posílena nějakým traumatem), tloušťka, nevhodná

---

<sup>14</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16.

<sup>15</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 19.

distribuce tělesného tuku, zdravotní problémy spojené s dietou.<sup>16</sup> „Pacientky s mentální anorexií potřebují dokonalost, řád a přesnost, a to i když jsou zdravé (Srinivasaagam a kol., 1995).“<sup>17</sup> „Dívky s mentální anorexií bývají premorbidní hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické, odpovědné.“<sup>18</sup>

**Vnější faktory:** ideál krásy, úspěšnosti a zdraví předkládaný médií; jednostranné spojování zdraví s vyhublostí a zdravotních problémů a ošklivosti s nadváhou; nedostatek tolerance k odlišnosti a různorodosti; přílišný důraz na vzhled a výkon ve společnosti; velké požadavky na sebeovládání, výkonnost a soutěživost v rodině; příliš velký důraz na to, co je a není zdravé v rámci rodinného stravování; obezita, diety a nevhodné stravovací návyky ostatních členů rodiny.<sup>19</sup> Z výzkumu zaměřeného na prevalenci mentální anorexie a bulimie v populaci mládeže, který probíhal v roce 1996 v České republice, vyplývá, že život dospívajících dívek u nás je výrazně ovlivňován „strachem z nadváhy, nadměrného energetického příjmu nebo nezdravé výživy, které mají významný vliv na jejich životní styl a sebehodnocení“<sup>20</sup>. Někteří autoři uvádějí, že výskyt těchto onemocnění je vázán nejen na určité kulturní podmínky ve vyspělých společnostech, ale i na „podmínky měnící se kultury směrem k vyvinutým, industrializovaným, na výkon a úspěch zaměřeným společnostem (DiNicola, 1990).“<sup>21</sup>

Výzkumy potvrzují důležitost vlivu médií na postoje a chování lidí. Tam, kde je lidmi přijímán propagovaný štíhlý ideál krásy, vznikají u žen poruchy body image a projevy poruch příjmu potravy. Muži pod vlivem médií drží diety a preferují štíhlou postavu. Pokud se ženy ztotožňují s předkládaným ideálem krásy, jsou tyto ženy více nespokojené se svým tělem. Muži pod vlivem médií preferují typy žen, které jsou jim předkládány jako atraktivní.<sup>22</sup> „Úspěšné štíhlé celebrity a mediální postavy posílají západním ženám jasnou zprávu. K tomu, aby byly atraktivní a žádoucí, musí být štíhlé. Jelikož štíhlých žen je v médiích většina, má to za následek nekonečné opakování tohoto sdělení. Tím se patrně zvyšuje šance, že zpráva bude ženami přijata a bude mít vliv na

<sup>16</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 36.

<sup>17</sup> COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 107.

<sup>18</sup> KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 19.

<sup>19</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 36.

<sup>20</sup> KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 20.

<sup>21</sup> KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 21.

<sup>22</sup> srov. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. s. 62.

jejich jednání.“<sup>23</sup> Některé studie zaměřené na přenos hodnot a norem štíhlosti na mladé lidi potvrzují rozhodující vliv vizuálních médií na rozvoj poruch příjmu potravy. Jedním z důkazů je nízké rozšíření nemoci u zrakově postižených žen.<sup>24</sup>

Lidé v současnosti mají velmi dobrý přístup k informacím ohledně zdravého stravování. Dozvídají se, jak postupovat, aby udrželi štíhlou (často přehnaně štíhlou) postavu. Dobrý pocit získaný z úspěšného (třeba i žádoucího) snižování hmotnosti se může stát impulzem k rozvoji mentální anorexie. Děje se to v případech, kdy pacienti neskončí s dietami včas. Dietní omezení se stanou běžnou součástí jejich života a vedou k dalšímu hubnutí, které může vážným způsobem ohrozit jejich zdraví.

V učitelské a vychovatelské praxi je důležité, aby se osoby zodpovědné za výchovu dětí naučily včas rozpoznat příznaky mentální anorexie. V dalším oddílu se proto zaměříme na příznaky mentální anorexie v dětství.

## 1.5. Mentální anorexie v dětství

Mentální anorexií onemocní nejčastěji mladí lidé v období dospívání. Může se však vyskytnout i u dětí mladších 14 let. Její odhalení by mělo být vždy důvodem k vyhledání odborné pomoci lékaře a psychologa, protože časný nástup poruchy znamená větší riziko dalších zdravotních obtíží. Děti důsledněji dodržují diety a snadněji vyhubnou, hrozí jim zastavení růstu a sexuálního zrání, obtížněji spolupracují a agresivněji reagují na snahy přimět je jíst, častěji trpí depresemi, je u nich riziko narušení správného psychosociálního vývoje.<sup>25</sup> „U pacientek s časnějším začátkem onemocnění však může být vliv poruchy na tělesný růst obrovský a nezvratný.“<sup>26</sup> Diagnostika onemocnění je ztížena, protože kritéria DSM IV a MKN-10 si kladou za cíl vymezit jasně základní znaky poruchy, nedokáží však zohlednit vývojové faktory.<sup>27</sup> V nemocnici v Great Ormond Street v Londýně byla na základě několikaletého pozorování stanovena **diagnostická kritéria mentální anorexie pro dětské pacienty**:

- „Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel);
- Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy;

<sup>23</sup> srov. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. s. 62.

<sup>24</sup> srov. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. s. 62.

<sup>25</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 30-31.

<sup>26</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 117.

<sup>27</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 113.

- Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.<sup>28</sup>

U dětí se kromě mentální anorexie můžeme setkat s **různými poruchami příjmu potravy**. Patří k nim ztráta chuti k jídlu z **důvodu zdravotních obtíží** nebo **vybíravost** způsobená nevhodnými stravovacími návyky v rodině, kdy je výběr jídla ponechán na dítěti a jí pouze, kdy chce. Jídlo mohou však děti odmítat i z důvodů depresí a úzkostí. V tomto případě hovoříme o **emoční poruše spojené s vyhýbáním se jídlu**. Další poruchou příjmu potravy v dětství je odmítání jídla a **syndrom pervasivního odmítání**.<sup>29</sup> Jednotlivé netypické poruchy příjmu potravy v dětství popíšeme podrobněji.

**1. Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu:** Dítě nejí, protože se bojí, že mu bude špatně, že se něčím nakazí nebo se udusí. Tvrdí, že „nemá hlad, že nemůže jíst nebo že ho bolí břicho“<sup>30</sup>. Léčba těchto pacientů bývá úspěšnější než u mentální anorexie.

V nemocnici v Great Ormond Street v Londýně byla určena kritéria pro diagnostiku emoční poruchy spojené s vyhýbáním se jídlu:

- „Vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy;
- Úbytek tělesné hmotnosti;
- Porucha nálady, která nespĺňuje kritéria pro primární afektivní poruchu;
- Nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkajících se hmotnosti nebo postavy;
- Nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou;
- Nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy.“<sup>31</sup>

**2. Vybíravost v jídlu:** Děti si mezi potravinami oblíbí jenom některé a jedí pouze ty. Nedochází zde k fyzickému ohrožení pacientů.

**3. Syndrom pervasivního odmítání:** „Tento syndrom je charakterizován hlubokým a pervasivním (vše prostupujícím) odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat. Původně bylo pervasivní odmítání spojeno s předchozími zážitky zneužití. Podle autorů lze tomuto stavu nejlépe porozumět jako extrémní podobě vyhýbavého

---

<sup>28</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 114.

<sup>29</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 114.

<sup>30</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 114.

<sup>31</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 115.

chování, která se vyskytuje u posttraumatické stresové poruchy.“<sup>32</sup> Odmítání jídla může být v dětském věku součástí další psychické nebo somatické poruchy. „Nejčastěji jsou to obavy z toho, že jídlo je znečištěné (v rámci obsesivně-kompulzivní poruchy); ztráta chuti k jídlu v souvislosti s depresí nebo chronickým únavovým syndromem; vyhýbání se jídlu u poruch jako gastroezofageální reflux a zánětlivé poruchy střev; změny chuti k jídlu při organických poruchách a méně často jako přímý důsledek dysfunkce hypotalamu.“<sup>33</sup>

Mentální anorexií onemocní někdy i děti před desátým rokem věku, nejčastěji však v období dospívání. V závěru puberty můžeme pozorovat některé příznaky mentální anorexie až u 6 % dívek. Nespokojenost s vlastním tělem, strach z tloušťky, nevhodné stravovací návyky a způsoby kontroly vlastní hmotnosti přetrvávají u mnoha lidí do dospělosti.<sup>34</sup> Mentální anorexie představuje vážný problém a to vzhledem k rizikům, které přináší. U jedné čtvrtiny nemocných je popisován chronicky nepříznivý průběh onemocnění a: „V důsledku podvýživy, rozvratu vnitřního prostředí či orgánového selhání může člověk v důsledku mentální anorexie zemřít.“<sup>35</sup>

Pro praxi je důležité umět odlišit anorexiu jako ztrátu chuti k jídlu od mentální anorexie jako duševní poruchy. Lidé trpící mentální anorexií nejedí proto, že si připadají tlustí a oškliví. Hubnutí je pro ně způsob, jak svůj stav vylepšit, proto hladovějí. Vůbec se u nich nevyskytuje nechutenství, naopak často myslí na jídlo a připravují je pro druhé. „Právě tato přesvědčení (označovaná jako anorektické postoje) spolu s perfekcionismem a kognitivními zábranami (Sullivan a kol., 1998) charakterizují mentální anorexiu jako duševní poruchu.“<sup>36</sup> O vymezení mentální anorexie jako psychosomatického onemocnění a o jejím vztahu k jiným nemocem pojednáme v dalších dvou oddílech.

## **1.6. Vymezení mentální anorexie jako psychosomatického onemocnění**

Jan Poněšický uvádí, že mentální anorexie patří mezi tzv. rané či časné poruchy, které mají svůj původ v dětství ve vztahu mezi matkou a dítětem. Bylo jisté, že se u pacientů vyskytují oba extrémy výchovy a to citová deprivace a zanedbávání výchovy i přehnané zhýčkáání.<sup>37</sup>

Podle autora se u mentální anorexie jedná o kombinaci trojí poruchy:

---

<sup>32</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 115.

<sup>33</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 115.

<sup>34</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 13.

<sup>35</sup> OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. s. 153.

<sup>36</sup> srov. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 103.

<sup>37</sup> srov. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. s. 96.



1. Potlačení pudovosti a citů a s tím spojený nástup vůle, rozumu a pracovního a sportovního úsilí.
2. V důsledku příliš těsného a nesvobodného formování je to tendence po „absolutním ohraničení a nezávislosti, způsobená neustálým strachem stát se opět zajatcem příliš těsného, symbiotického vztahu.“<sup>38</sup> Pacient má sklon takový vztah znovu vytvářet a proti tomu bojuje.
3. Porucha sebe ocenění, při níž má pacient potřebu dokazovat si vlastní převahu nad ostatními lidmi střídavě s opovrhováním sám sebou.

Pocit méněcennosti je kompenzován přílišnou činností a snahou o maximální výkon, kterého je dosahováno silou vlastní vůle. Ta se zaměřuje na překonávání hladu i výkonů ostatních lidí ve sportu nebo v umění. Výsledkem je ztráta zdravého úsudku o tom, co je normální a tělu prospěšné.<sup>39</sup>

### 1.7. Mentální anorexie ve vztahu k dalším onemocněním

„Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické.“<sup>40</sup>

**Ve vztahu mentální anorexie k dalším nemocem** jsou zajímavá zjištění o jejím rozvoji po úrazu pacienta při dopravní nehodě, po onemocnění virózou, nádorem hypotalamu nebo cukrovkou.<sup>41</sup>

Byl prokázán **souběžný výskyt** mentální anorexie a jiných **psychických poruch**: generalizované úzkostné poruchy, specifické fobií, deprese (hůře prokazatelné, protože k depresi dochází v důsledku hladovění), poruch osobnosti, obsedantně-kompulzivní porucha, úzkostná porucha, abúzus alkoholu a návykových látek.<sup>42</sup>

**V souvislosti s depresí** je zřejmé, že mezi psychopatologickými symptomy u pacientů s mentální anorexií vysledujeme řadu rysů, které můžeme onačit jako depresivní. Sekundární depresivní syndrom bývá pravidelně součástí mentální anorexie a při depresi

---

<sup>38</sup> PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. s. 97.

<sup>39</sup> srov. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. s. 98.

<sup>40</sup> HORT, Vladimír. HRDLÍČKA, Michal. KOCOURKOVÁ, Jana. MALÁ, Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 263.

<sup>41</sup> srov. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 105.

<sup>42</sup> srov. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 106.

„může být přítomen sekundární anorektický syndrom“<sup>43</sup>. „Diagnostickým vodítkem bývá aktivní snaha zhubnout v anamnéze anorektičky, typické zacházení s jídlem včetně manipulace, aktivní bránění přírůstku hmotnosti. Toto chování chybí u depresivní poruchy.“<sup>44</sup>

Podle některých autorů je označení deprese jako sekundárního fenoménu při mentální anorexii zjednodušující. Je možné připustit, že část pacientů s poruchami potravy může mít „charakter primárně depresivní poruchy“<sup>45</sup>. Mohlo by se jednat o pacienty, v jejichž rodinách se vyskytují afektivní poruchy, dále nemocní, u kterých se před poruchou potravy vyskytovala depresivní porucha nálady a pacienti, u nichž při obvyklé léčbě mentální anorexie nápadným způsobem nedochází ke zlepšení.<sup>46</sup>

Většina pojednání o poruchách příjmu potravy uvádí velkou souvislost mezi výskytem mentální anorexie a **obsedantně-kompulzivních rysů**. Většina autorů potvrzuje u svých pacientů s mentální anorexií výskyt obsedantních rysů osobnosti.<sup>47</sup> Člověk s mentální anorexií (především tzv. restriktérského typu mentální anorexie) přehnaně lpí na „kontrolu jídelního chování a jakmile shledá tuto kontrolu porušenou, rozvíjí depresivní symptomatiku“<sup>48</sup>. Adolescentní pacienti mají tendenci kontrolovat, ovlivňovat a omezovat jídelní chování blízkých osob, stejně jako pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou.<sup>49</sup> Další formou obsedantně-kompulzivní symptomatiky, která se vyskytuje u mentální anorexie, je nutkavé cvičení. Toto „je však sekundární a je ve službách redukce hmotnosti“<sup>50</sup>.

Téměř u 90% pacientů se vyskytují **kardiální potíže**, hypotenze způsobená nízkým obsahem tělních tekutin. Ta může být příčinou závratí a náhlých ztrát vědomí. Náhlá úmrtí bývají způsobena srdečními arytmiemi. Je zjištěna souvislost mezi případy náhlého úmrtí,

---

<sup>43</sup> HORT, Vladimír. HRDLIČKA, Michal. KOCOURKOVÁ, Jana. MALÁ, Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 267.

<sup>44</sup> HORT, Vladimír. HRDLIČKA, Michal. KOCOURKOVÁ, Jana. MALÁ, Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 267.

<sup>45</sup> KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 51.

<sup>46</sup> srov. KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 51.

<sup>47</sup> srov. KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 52.

<sup>48</sup> KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 53.

<sup>49</sup> srov. KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 53.

<sup>50</sup> HORT, Vladimír. HRDLIČKA, Michal. KOCOURKOVÁ, Jana. MALÁ, Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. s. 267.

prodloužením QT-intervalu a úbytkem hmotnosti, proto je nutné u pacientů s velkou podváhou pravidelně sledovat krevní tlak vleže i ve stoje a často kontrolovat EKG.

Asi čtvrtina nemocných anorexií mívá **hypomagnezemií** doprovázenou **hypokalcemií** a **hypokalemií**. Vlivem zvýšeného působení žaludečních šťáv trpí pacienti **záněty jícnu, jícnovými erozemi a vředy**. Nedostatečný přísun živin způsobuje **zpomalování růstu kostí, osteoporózu**, snížení minerální denzity kostí, u 50% pacientek byla zjištěna těžká **osteopenie páteře**. U lidí trpících mentální anorexií je sedmkrát větší výskyt zlomenin.<sup>51</sup> Typickým rysem mentální anorexie jsou **endokrinní abnormality** a **amenorea**. Endokrinní abnormality jsou podle odborníků způsobeny nutričním strádáním a po úspěšné léčbě se vrátí do normálního stavu.<sup>52</sup> Amenorea se objevuje v případě poklesu 15% ideální tělesné hmotnosti. Hmotnostní úbytek však není jediným faktorem, jenž může vést ke ztrátě menstruace, protože u jedné šestiny pacientek k ní dochází i před snížením tělesné hmotnosti a jedna třetina pacientek mívá ještě před vypuknutím mentální anorexie nepravidelný menstruační cyklus. I po zvýšení tělesné hmotnosti do normálu u poloviny pacientek přetrvává amenorea, což může být důsledkem přetrvávajících psychických problémů a jejich vlivu na funkci hypotalamu.<sup>53</sup> „Pro obnovení normální funkce osy hypotalamus-hypofýza-ovaria může být proto nezbytné zlepšit psychický stav pacientky.“<sup>54</sup>

Více než u poloviny pacientů s mentální anorexií jsou prokázány **změny krevního obrazu a kostní dřeně** v přímé závislosti na úbytku tělesné hmotnosti. K úpravě hematologických změn dojde po realimentaci pacientů.

Nemoc může způsobit mnoho **neurologických komplikací** jako např. tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti a příznaky podobné přechodné ischemii mozku.<sup>55</sup>

**Dalšími problémy** jsou zhoršená regulace tělesné teploty, dermatologické komplikace (suchá šupinatá kůže, karotenodermie, lanugo, vypadávání vlasů), poruchy metabolismu, kdy bývá narušen metabolismus glukózy a kalcia, celková únava, hypoglykemie, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, větší kazivost zubů, poškození jater,

---

<sup>51</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 97.

<sup>52</sup> srov. KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. s. 35.

<sup>53</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 98.

<sup>54</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 98.

<sup>55</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 99.

poruchy funkce ledvin, oslabení obranyschopnosti proti nemocem, výrazné snížení zájmu o sex.<sup>56</sup>

Z výše uvedeného je zřejmé, že mentální anorexie může způsobit značné negativní změny v životě pacientů a v důsledku zdravotních komplikací může dojít i k jejich **úmrťi**. „Hrubý odhad dlouhodobé úmrtnosti dosahuje podle některých autorů až 18% (Theander, 1985).“<sup>57</sup>

Mentální anorexie má velký vliv i na psychický a společenský život nemocných. O psychických a společenských důsledcích mentální anorexie pojednáme v následující části.

## 1.8. Důsledky mentální anorexie

V úvodu oddílu zaměřeného na důsledky mentální anorexie se krátce zmíníme o poznatcích získaných z rodinných a osobních anamnéz.

Studiem **rodinných anamnéz** bylo jistěno, že na rozvoj onemocnění má vliv genetická dispozice. Existují důkazy pro podporu tvrzení o dědičnosti stravovacího chování, nespokojenosti se svým tělem a touhy po štíhlosti. Nebyla potvrzena závislost výskytu onemocnění na sociálním prostředí a na sourozenecké pozici.

V popisech rodinného prostředí byla uváděna dominantní role matky, příliš těsné rodinné vztahy, rigidita a vyhýbání se konfliktům. Mnoho pacientek však uvádělo i to, že jsou v rodině spokojené.<sup>58</sup>

Z **osobních anamnéz** vyplynulo jistěno, že mentální anorexie se rozvinula na základě těžké situace v dětství a reakce dítěte na ni. Vliv měla právě bezmocnost jakkoliv svůj život ovlivnit.

Onemocnění mentální anorexií je dáváno do souvislostí s: „obezitou, nízkou sebeúctou, depresí, nestabilním sebe obrazem, nespokojeností s vlastním tělem, převzetí ideálu perfektního těla a intoxikacemi alkoholem.“<sup>59</sup> Dále byl prokázán častější výskyt nemoci v profesích modelingu, baletu, krasobruslení a gymnastiky.

Robert M. Cohen uvádí, že propuknutí nemoci může předcházet tzv. prodromální stadium, které může trvat několik měsíců i let. V tomto období se odehrály události, jež

---

<sup>56</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 100-101  
a srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 41-42.

<sup>57</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 93.

<sup>58</sup> srov. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. s. 104.

<sup>59</sup> PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. s. 105.

vedly u pacienta ke ztrátě sebeúcty a k přehnané citlivosti na svůj tělesný vzhled. Na základě toho mohlo dojít k rozvoji anorektických postojů včetně strachu z jídla a tloušťky i „hrdosti na schopnost zhubnout“<sup>60</sup> Mnoho pacientů mělo v průběhu roku před vypuknutím onemocnění velkou stresovou zátěž, problémy v rodině a v přátelských vztazích nebo v souvislosti se sexualitou. Mezi závažné precipitující události mentální anorexie patří týrání a interrupce.<sup>61</sup>

„Mentální anorexie významným způsobem narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného.“<sup>62</sup> Nemoc má vliv na jeho každodenní život. Vývoj onemocnění vede k tomu, že si pacient postupně zvyká na snížený příjem energie, který bývá někdy provázen nadměrným výdejem. Pacient má nutkavé myšlenky na jídlo a „nutkání jíst postupně přechází v křečovitou sebekontrolu a ta potom, v souladu se stupněm podvýživy, v unavenou apatii.“<sup>63</sup> Pacienti postupně ztrácejí zájem o něco jiného, než je tělesný vzhled a jídlo. Největší uspokojení nalézají v tom, že dokáží nejíst, nepřibývat na váze a vydávat energii. Projevuje se u nich vzrůstající zájem o svou osobu a vlastní problémy. Převažujícím pocitem bývá sebelítost a nejistota.<sup>64</sup>

V dospívání nejsou lidé s anorexií schopni naučit se hledat a nacházet přiměřenou míru v chování a v postojích, protože jejich chování je ovlivněno „neuspokojeným obživným pudem a nasměrováno jinam“<sup>65</sup>. „Převaha problematických psychických vlastností, kterými se anorektičky odlišují od svého okolí, je tedy z velké části důsledkem anorexie.“<sup>66</sup> Mezi tyto vlastnosti nepatří ty, které přispívají ke vzniku onemocnění a jež patří do jejich osobnostní výbavy: úzkostnost, pedanterie, ctižádost a sebekontrola. **Psychické a společenské důsledky** mentální anorexie můžeme shrnout do několika bodů:

- nemocní jsou ve svých náladách závislí na stupni sebekontroly a na tělesné hmotnosti; jejich nálada kolísá, vlivem postupující vyhublosti bývají podráždění a depresivně ladění; nálada se jim zhoršuje i ve chvíli, když jsou nuceni k jídlu;
- ubývá jim sebevědomí, přibývá nejistoty a úzkosti; nejsou schopni řešit ani malé problémy;

---

<sup>60</sup> COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 104.

<sup>61</sup> srov. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. s. 106.

<sup>62</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 44.

<sup>63</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 44.

<sup>64</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 44.

<sup>65</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 44.

<sup>66</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 44.

- objevují se známky silného vnitřního napětí; roste potřeba zvýšené až úzkostné sebekontroly, kterou pacienti přenášejí z jídla i do dalších činností (mají nutkání uklízet, mít vzorně srovnané věci); zpočátku roste jejich aktivita a mají potřebu se o někoho starat (např. o domácí zvířata);<sup>67</sup> „Zjednodušeně řečeno typický anorektik kolísá ve svém chování vůči blízkým mezi přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že často působí arogantně.“<sup>68</sup>

- v myšlenkách se pacienti neustále zaobírají jídlem; prožitky s jídlem spojené mohou být velmi silné (pocit přejedení, nechutenství, plnosti);<sup>69</sup>

- dobře míněné rady přátel nedokáží ani při nejlepší vůli uposlechnout, cítí se „nepochopení a pod nátlakem“<sup>70</sup>;

- nemocní postupně ztrácejí schopnost orientovat se ve svých pocitech především těch, které se týkají jídla; „Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat.“<sup>71</sup>

- zhoršuje se celková intelektová výkonnost, schopnost soustředit se a chápat celkové problémy, zpomaluje se pracovní tempo;

- pacienti se stávají vztahovačnými a sebestřednými, klesá jejich zájem o okolní dění, o sex, o všechno co se přímo netýká jídla;

- nemocní ztrácejí kontakty s lidmi a stávají se více závislí na svém nejbližším okolí; pokud mu nejbližší neumožní díky své přehnané úzkosti a obavám vyžrávání a sociální zpětnou vazbu, může se stát, že se nemocní přizpůsobí roli chronického nebo duševně nemocného pacienta;<sup>72</sup>

- chorobně závislí pacienti se často (díky rezignaci okolí na smysl jejich podpory a přátelství) stahují ještě hlouběji do své nemoci.<sup>73</sup>

Nežádoucích důsledků pro život lidí nemocných mentální anorexií je mnoho a jsou závažné. V žádném případě by neměla být podceňována odborná léčba doprovázená pravidelnými lékařskými kontrolami. Odborníci doporučují léčbu opatrnou a postupnou: „Realimentaci doporučujeme provádět opatrně a postupně a v jejím průběhu opakovaně

<sup>67</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 46.

<sup>68</sup> LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 81.

<sup>69</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 47.

<sup>70</sup> srov. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 81.

<sup>71</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 47.

<sup>72</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 46-47.

<sup>73</sup> srov. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 81.

vyšetřovat sérové hladiny amyláz a elektrolytů, zvláště pokud plánujeme rychlou hyperalimentaci, a také v úvodní fázi obnovování normální tělesné hmotnosti. Stále je třeba mít na mysli možnost vzniku pankreatitidy, vážného narušení elektrolytové rovnováhy a městnavého srdečního selhání.<sup>74</sup> Možnostem léčby mentální anorexie je věnována další část.

## 1.9. Léčba mentální anorexie

„Není možné vyléčit mentální anorexii a nepřibrat. Stejně tak není možné přibrat, aniž by člověk nezačal víc jíst.“<sup>75</sup> Je zapotřebí upravit jídelníček a docílit toho, aby pacienti jedli pravidelně a více, než jsou zvyklí. Zpočátku se budou cítit přejedení a na některá jídla si budou muset postupně zvykat. Pomocí na cestě k nastartování potřeby přijímat více potravy může stát konzumace většího množství ovoce a zeleniny, při níž nemusí mít nemocní strach z toho, že přiberou.

„Nestačí jenom přibrat, ale je třeba se naučit normálně jíst.“<sup>76</sup> Pacienti by měli být informováni o tom, co je čeká, když se budou učit „normálně jíst“. Uvádíme proto souhrn možných informací pro pacienty:

- budou jíst větší množství jídla než v průběhu poslední doby,
- budou jíst i potraviny, které z jídelníčku vyřadili,
- budou jíst více, „než je běžná energetická potřeba dívky (chlapce)“<sup>77</sup> v jejich věku,
- budou mít pocit přejedení,
- budou jíst, i když na jídlo nebudou mít chuť a nebudou pociťovat hlad,
- budou jíst s ostatními lidmi,
- budou jíst rychleji a porci dojídat, přestože už budou mít pocit, „že už nemohou“,
- nebudou jíst jenom to, co jim chutná (nemusí „mlsat a mít stále něco v ústech“<sup>78</sup>),
- nebudou jíst pouze, když budou mít hlad, protože jejich „tělesné pocity jsou změněny anorexií“<sup>79</sup>,

<sup>74</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 101.

<sup>75</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 38.

<sup>76</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 38.

<sup>77</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 39.

<sup>78</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 39.

- budou si muset uvědomit, že je nutné, aby přibrali,
- nemusí se bát, že se budou muset do konce života přejídat a že budou stále přibývat na váze,
- časem si zvyknou na to, že se jim změní tělesné proporce směrem k normálu a naučí se normálně jíst.

Pro léčbu mentální anorexie existuje nabídka různých léčebných a psychoterapeutických postupů. V posledních letech je terapie prováděna formou integrace různých terapeutických přístupů podle toho, jaké pacient vykazuje klinické rysy a jak na jednotlivé léčebné postupy reaguje.<sup>80</sup> **Při rozhodování** pro určitý typ terapie si terapeut klade **otázky typu:** „**Je pacientka ve vážném somatickém nebezpečí?** (Vyhublá? Záchvaty přejídání/zvracení/projímadla; Somatické komplikace? Nebezpečí sebevraždy?) **Je pacientka mladá a/nebo žije s rodinou? Jak vážné je onemocnění?** (Mentální anorexie; Záchvaty přejídání/zvracení/projímadla; Porucha osobnosti) **Splňuje diagnostická kritéria pro mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání? Jsou přítomny významné interpersonální problémy? Je dlouhodobější terapie oprávněná?** (Mentální anorexie; Trvalé, ale zlepšené symptomy;)<sup>81</sup> V dalších částech práce popíšeme jednotlivé přístupy k léčbě mentální anorexie podrobněji.

### 1.9.1. Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci pacienta bývá často jeho špatný zdravotní stav, který vyžaduje léčbu v nemocnici. Pobyt v nemocnici pro něj neznamena, že se zde z mentální anorexie vyléčí. Je to v některých případech pouze nezbytný krok v celém ozdravném procesu. Také v této fázi, stejně jako ve všech ostatních, je důležitá spolupráce pacienta. K hospitalizaci pacienta dochází v případě kdy:

- je zapotřebí, aby bylo přerušeno jeho ubývání na váze a nastartován návrat k normální hmotnosti;
- má pacient záchvaty přejídání, zvracení a zneužívání projímadel (při bulimickém typu mentální anorexie) a je nutné tento proces přerušit, protože představuje vážné ohrožení pro zdraví nemocného;

<sup>79</sup> KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 39.

<sup>80</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 123.

<sup>81</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 124.



- je třeba vyloučit, popřípadě léčit jiné potenciálně vážné zdravotní komplikace;
- je nutné léčit některé souběžně probíhající onemocnění, např. těžké deprese;
- existuje riziko sebepoškozování a zneužívání psychoaktivních látek;
- neexistuje ze strany pacienta jasná reakce na probíhající psychologickou léčbu;<sup>82</sup>

### **1.9.2. Ambulantní lékařská péče**

O ambulantní lékařské péči bývá uvažováno v případech chronických pacientů, kdy selhaly všechny předchozí formy léčby a naděje na úspěch při jejich dalším používání je velmi malá. Cílem této lékařské péče je návrat pacienta do „stavu somatické a psychické stability“<sup>83</sup>. Pacient dochází do ambulance jedenkrát týdně a je mu kontrolována tělesná hmotnost, „hodnoty elektrolytů a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu“<sup>84</sup>. Terapie může probíhat buďto individuálně nebo ve skupinách. Přínosem lékařské péče ve skupině může být znovuoživení touhy pacienta vyvinout další úsilí k překonání mentální anorexie.<sup>85</sup>

### **1.9.3. Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace**

Tento typ léčby je používán u pacientů, kteří mají poměrně mírné příznaky a naději, že se jejich stav zlepší. Probíhá formou osvěty v několika vícehodinových sezeních během jednoho měsíce pod vedením odborníka.

### **1.9.4. Rodinná terapie**

„Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a u některých pacientů žijících se svojí rodinou.“<sup>86</sup> U starších pacientek je vhodné ji použít jako doplňující terapii k individuální léčbě při konfliktech v rodině. Rodiny v rámci terapie nacházejí pomoc a potřebné rady při péči o svého nemocného člena. „Rodiče mají kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle.“<sup>87</sup>

<sup>82</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 125.

<sup>83</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 126.

<sup>84</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 126.

<sup>85</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 126.

<sup>86</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 127.

<sup>87</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 127.

### 1.9.5. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Je určena pacientkám se středně těžkými až vážnými příznaky při klinické léčbě. Terapie se osvědčila jako účinná „při ustálení schémat jídelního chování u obézních jedinců, kteří trpí opakovanými záchvaty přejídání“<sup>88</sup>. Při KBT je velmi důležitý spolupracující vztah mezi terapeutem a pacientem. KBT u mentální anorexie bývá zaměřena na edukaci, motivaci, přesvědčení o správnosti držení diet a snižování tělesné hmotnosti, konflikty ve vztazích, pocity „neschopnosti, zápasu s autonomií a úzkostmi spojenými s psychosociálním vývojem“<sup>89</sup>.

Podle výzkumů zaměřených na „účinnost farmakoterapie a jiných terapií u bulimie a anorexie“<sup>90</sup> bylo zjištěno, že KBT a behaviorální terapie byly dvěma nejúčinnějšími metodami „pro omezení přejídání se a používání projímadel a zvracení u bulimických pacientů. Byly také lepší než farmakoterapie, hlavně antidepressiva.“<sup>91</sup> „Při léčbě anorexie se prokázalo, že behaviorální terapie má vliv na přírůstek váhy během hospitalizace a nezdá se, že by kognitivně behaviorální terapie tento efekt základní behaviorální terapie ještě nějak posílila.“<sup>92</sup>

### 1.9.6. Interpersonální terapie (IPT)

S největší pravděpodobností je IPT dlouhodobě stejně účinná jako KBT. KBT má však rychlejší nástup ozdravných účinků, proto je doporučována jako „první léčba“<sup>93</sup>. IPT byla původně vyvinuta k léčbě deprese a má tři fáze. První fáze je zaměřena na odhalení a pojmenování interpersonálních problémů, jež vedly k vytvoření a rozvinutí problémů s jídlem. „Ve druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech.“<sup>94</sup> Ve třetí fázi jsou probírány otázky související s ukončením terapie. Je vhodné zařadit IPT do psychoterapie při dlouhodobější léčbě mentální anorexie.<sup>95</sup>

<sup>88</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 128.

<sup>89</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 128.

<sup>90</sup> PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy*. s. 249.

<sup>91</sup> PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy*. s. 250.

<sup>92</sup> PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy*. s. 250.

<sup>93</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 129.

<sup>94</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 129.

<sup>95</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 129.

### 1.9.7. Psychodynamická terapie

V případech, kdy krátkodobá léčba nepřináší zlepšení zdravotního stavu pacienta, je možné použít psychodynamickou terapii. Terapie je rozdělena do dvou škol. **První škola** má za to, že při léčbě poruch příjmu potravy nejsou potřebné „podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí, protože ani symptomy, ani poruchy nepředstavují žádný specifický základní proces“<sup>96</sup>. **Druhá škola** se opírá o názor, že u poruch příjmu potravy je zapotřebí „podstatných modifikací tradiční dynamické terapie pro to, aby se vyšlo vstříc specifickým potřebám pacientek“<sup>97</sup>. V praxi je využíváno psychodynamické terapie spolu s principy aktivního zvládnání symptomů.<sup>98</sup>

### 1.9.8. Farmakoterapie

K medikaci přistupují terapeuti ve chvíli, kdy pacienti trpí úzkostí a těžkou depresí nebo mají po jídle nesnesitelné pocity v žaludku. Prozatím nebyla prokázána účinnost antidepresiv v akutní fázi onemocnění, bylo však zjištěno, že mohou vést ke snížení možnosti relapsu.<sup>99</sup> Ve studii zaměřené na účinnost léčby při podávání fluxoteinu bylo zjištěno, že z 31 žen, které se léčily z mentální anorexie, si při podávání tohoto léku dokázalo 29 žen udržet v průměru 11 měsíců svoji hmotnost. V další studii si po dobu jednoho roku svoji zdravou hmotnost udrželo 63% žen nemocných mentální anorexií a bylo u nich pozorováno i ustoupení některých symptomů onemocnění.<sup>100</sup>

„Farmakoterapie poruch příjmu potravy má především tyto úkoly:

1. regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti,
2. zaměření na léčbu komorbidních psychických poruch, především deprese,
3. odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchami příjmu potravy.“<sup>101</sup>

Při léčbě mentální anorexie by neměly být opomíjeny přípravky, které napomáhají zvýšit energetický příjem pacientů. Jedná se o různé nutriční nápoje, jež jsou volně prodejné a obsahují poměrně vysoký obsah doporučené denní dávky minerálů, vitamínů a stopových prvků.<sup>102</sup>

<sup>96</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 130.

<sup>97</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 130.

<sup>98</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 130.

<sup>99</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 131.

<sup>100</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 131.

<sup>101</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. s 151.

<sup>102</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 154.

S přihlédnutím ke změnám mnoha faktorů, které se podílejí na vzniku onemocnění, bylo zapotřebí vytyčit nové požadavky na terapii mentální anorexie. Jim je věnována další část práce.

### **1.10. Nové požadavky na léčbu mentální anorexie**

V průběhu posledních desetiletí došlo k mnoha změnám, které vyžadují nové pojetí léčby mentální anorexie a poruch příjmu potravy celkově. Změny se týkají pacientů i celého kontextu problematiky poruch příjmu potravy. Rozšířila se věková hranice nástupu onemocnění a sociální začlenění pacientů, kteří pocházejí z různých společenských vrstev, mají různé vzdělání, kulturní a rodinné zázemí. Pacienti mají jiné priority, jiná očekávání a jinak přistupují k léčbě. Mají také možnost získat více informací o poruchách příjmu potravy i o možnostech řešení problémů s nemocí spojených.<sup>103</sup>

Vzhledem k tomu, že mnoho mladých lidí zaměňuje redukční diety za normální stravovací režim, je nutné přizpůsobit léčbu jejich potřebám, „charakteru poruchy a stupni jejího rozvoje“<sup>104</sup>. Odborníci radí postavit léčbu namísto na hypotézách o příčinách onemocnění spíše na „intervencích směřujících k potlačení vlivu faktorů udržujících poruchu a na změně nevhodných jídelních postojů a návyků. Více než určitou terapeutickou orientaci to vyžaduje komplexní znalost problému, lepší orientaci v nutriční, kognitivní, rodinné a sociální problematice poruch příjmu potravy, větší flexibilitu a diferencovanost a méně paternalismu v terapii“<sup>105</sup>. Zdůrazňují přístup chápající onemocnění konkrétního pacienta jako srozumitelný problém s vlastním vývojem a logikou.<sup>106</sup> Terapeut má pacienta motivovat ke změně a nabízet alternativy. „Tomu by měl odpovídat i vstřícný, nedramatický a partnerský terapeutický vztah, ve kterém pacient hraje aktivní roli.“<sup>107</sup>

Je třeba vědět, že strach z tloušťky, který nemocní silně prožívají, má reálné kořeny. Vyrůstá z jeho prožité zkušenosti, z jeho představ nebo z okolního světa. Tento strach a úzkost se mohou přenést na jiný objekt nebo činnost a negativní myšlenky mohou člověka provázet i tam. „Proto v průběhu rozvoje poruchy přibývá další komorbidity, aniž by to nutně muselo znamenat, že na počátku nutně musela být závažná duševní

---

<sup>103</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 209.

<sup>104</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 209.

<sup>105</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 209.

<sup>106</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 209.

<sup>107</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 210.

porucha.“<sup>108</sup> Těmto skutečností se musí přizpůsobit i terapie. Ta by měla být multidimenzionální, komplexní, měla by se opírat o aktivní spolupráci terapeuta a pacienta a péče by měla být diferencovaná. Význam jednotlivých tvrzení bude vysvětlen v následujících podkapitolách.

### **1.10.1. Multidimenzionální terapie**

Tento způsob terapie je dnes základním pojmem v terapii poruch příjmu potravy. Léčba není založena na hledání hypotéz o možných příčinách vzniku onemocnění, ale staví na opatřeních, která směřují k potlačení vlivu skutečností, jež poruchu drží a prohlubují. Nemocní totiž často přicházejí ve stádiu, kdy si na onemocnění zvykli a jejich chování je pod vlivem nemoci tak utvrzené, že je na prvotní příčině již zcela nezávislé. Cílem je proto přerušit nevhodné návyky s onemocněním spojené. Terapie akceptuje sociální a rodinný kontext pacienta, vede ho k získání pozitivní zkušenosti s vlastním tělem a k povzbuzení jeho sebevědomí. V léčbě je nemocnému dáno co nejvíce zodpovědnosti, měl by být podporován a povzbuzován, aby věřil, že je schopen změny k lepšímu.<sup>109</sup>

### **1.10.2. Komplexnost léčby**

V souvislosti s léčbou mentální anorexie je nutné zabývat se různými problémy, které se v průběhu terapie dostávají do popředí. Po dohodě s pacientem je vytvořen terapeutický plán, jehož struktura by měla co nejvíce odpovídat potřebám nemocného a stupni rozvoje poruchy. Problémy nelze vyřešit globálně a nejde ani nemocného v plné míře zbavit strachu z tloušťky, ani docílit toho, aby byl zcela spokojený s vlastním tělem. Terapie by měla být strukturovaná na jednotlivé postupné kroky od „problematiky narušeného jídelního chování, nevhodných návyků a „kompenzačních“ mechanismů k otázkám sebekontroly, sebepercepce a k problémům v interakci s rodinou a v širších sociálních vztazích“<sup>110</sup>. Stejně tak cíle by měly být konkrétní a v určité fázi pro pacienta dosažitelné. Terapeut by měl být trpělivý, připravený „neustále vyvažovat extrémní postoje pacienta a oddramatizovat některá jeho tvrzení“<sup>111</sup>.

---

<sup>108</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 210.

<sup>109</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 211-212.

<sup>110</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 213.

<sup>111</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 213.

### 1.10.3. Aktivní spolupráce

Aktivní spolupráce pacienta s terapeutem je podmínkou léčby. Pro spolupráci je třeba pacienta motivovat ještě před započítím terapie. Měl by také znát důvody postupných kroků léčby, které by mu měly být přiměřeně vysvětlovány. Motivace spolupracovat může během léčby kolísat, je proto vhodné, aby byl motivační rozhovor zaměřený na dosahování konkrétních cílů součástí každého terapeutického sezení. V případě, kdy terapie nepřináší žádoucí výsledky, měl by být nemocný informován o dalších možnostech léčby včetně jiných pracovišť. Není však přípustné, aby se současně léčil na více místech.<sup>112</sup>

### 1.10.4. Systém diferencované péče

Léčbou nelze pacientovi vytvořit ideální prostředí pro život. Není to ani jejím cílem. Cílem je naučit nemocného, aby dokázal mít kontrolu nad vlastním přijímáním potravy ve svých životních podmínkách. Je třeba, aby znal existující negativní vlivy a uměl s nimi žít. Léčebné postupy by měly být diferencovány podle potřeb pacienta. Součástí léčby by měla být i prevence relapsu.<sup>113</sup>

Tématem prevence se budeme zabývat v další části práce.

## 1.11. Prevence poruch příjmu potravy

Jak bylo zmíněno, prevence návratu onemocnění je součástí každé terapie. Při návratu z denních stacionářů nebo z nemocnic do reálného světa by měl být připraven na to, že se vrací do prostředí, v němž jeho nemoc vznikla. Mohou ho znovu ovlivňovat nepřiměřené postoje, návyky a chování spolužáků i okolního světa. Měl by být připraven na to, že může někdy dojít k chybě.

Pro rizikovou skupinu dospívajících hraje velkou roli primární prevence. Její důležitou součástí je informovanost.<sup>114</sup> Je však zapotřebí volit vhodnou formu osvěty, protože pro některé mladé lidi může být popis nebezpečí návodem k experimentu.<sup>115</sup> Vhodné je informovat lidi o nebezpečí, které plyne z nevhodných jídelních návyků a nebezpečných způsobů regulace tělesné hmotnosti. Zároveň jim je třeba zdůraznit, že určité způsoby kontroly tělesné hmotnosti jako zvracení, projímadla, diety a některé

---

<sup>112</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 214.

<sup>113</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 215.

<sup>114</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 215.

<sup>115</sup> srov. KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 215.

stravovací návyky nejsou účinné, ale naopak mohou v důsledku vést ke ztrátě kontroly nad jídlem a zvýšení hmotnosti.

V praxi se spíše než varování před poruchami příjmu potravy osvědčilo připravovat programy zaměřené na oslabení rizika diet, „nevhodných jídelních, ale i životních postojů“<sup>116</sup>. Týkají se využívání volného času mladých lidí, jejich sebeprosazení a seberealizace. Podrobněji bude o prevenci pojednáno v praktické části.

---

<sup>116</sup> KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 215.

## 2. Praktická část

Praktická část bakalářské práce si klade za cíl na základě případové studie pacientky s mentální anorexií ukázat důležitost kvalitního rodinného zázemí, dobrých sociálních vztahů, vhodného využívání volného času a především kvalitní terapie pro úspěšnost léčby mentální anorexie. Pokouší se také nastínit možnosti působení sociálního pedagoga v oblasti prevence a léčby mentální anorexie.

### 2.1. Uvedení případu

V případové studii je popsán případ dětské pacientky s mentální anorexií. Pacientka touto poruchou onemocněla mezi osmým a devátým rokem věku a díky správně vedené terapii došlo k jejímu vyléčení. Uvedené údaje pocházejí z období propuknutí onemocnění. Jméno dívky (Jana) je pozměněno.

### 2.2. Anamnéza

#### 2.2.1. Rodinná anamnéza

##### 2.2.1.1. Členové rodiny

Jana pochází z úplné rodiny, má dvě starší sestry, jednoho staršího a dva mladší bratry. **Matka:** 36 let, vzdělání úplné střední, na mateřské dovolené, zdravá.

**Otec:** 41 let, vysokoškolské vzdělání, zaměstnán jako technický pracovník v nedalekém zemědělském zařízení, zdravý.

##### **Sourozenci:**

Nejstarší sestra: 15 let, žákyně 9. třídy základní školy, bez výraznějších zdravotních, výukových nebo kázeňských problémů.

Druhá starší sestra: 11 let, žákyně páté třídy základní školy, nemá žádné výukové, kázeňské nebo závažnější zdravotní problémy.

Starší bratr: 13 let, žák sedmé třídy základní školy, zdravý, bez problémů v učení i v kázni.

Mladší bratr: 6 let, žák mateřské školy, hyperaktivní (závažné komplikace v těhotenství), zdravotní obtíže nemá, psychomotorický vývoj v normě.

Nejmladší bratr: 1 a půl roku, zdravý, psychomotorický vývoj v normě.



### 2.2.1.2. Rodinné zázemí

Rodina bydlí na vesnici v rodinném domku, děti mají samostatné pokoje. S výchovou dětí příležitostně pomáhají prarodiče, zvláště z matčiny strany. Vztahy uvnitř rodiny jsou dobré, rodiče při výchově navzájem spolupracují. Matka se dětem plně věnuje, otec je zaměstnán jako technický pracovník v nedalekém zemědělském podniku. Po příjezdu ze zaměstnání se podílí na jejich výchově a obstarává menší domácí hospodářství. **(viz seminární práce)** Rodina se pravidelně účastní katolických bohoslužeb, aktivně se zapojuje do života farnosti a rodiče se snaží (více či méně úspěšně) dětem předávat hodnoty, které jsou v souladu s katolickou vírou a morálkou. Velmi málo se děti dívají na televizi a pouze na pořady pro ně vhodné.<sup>117</sup>

Rodina často o víkendech jezdí na výlety a k prarodičům do nedaleké vesnice. Zde se setkávají s příbuznými, s nimiž má rodina dobré vztahy. Za pěkného počasí chodí matka s dětmi během dopoledne do přírody i ve všední dny. Děti se učí poznávat přírodu a získávají k ní kladný vztah.

Všechny děti jsou vedeny k aktivnímu využívání volného času.<sup>118</sup> Děvčata hrají na hudební nástroje a chodí do sborového zpěvu, chlapci rádi sportují. V době školních prázdnin jezdí děti na letní pobytové tábory pořádané dobrovolníky z farnosti.

V předškolním věku bývaly děti poměrně často nemocné, trpěly záněty horních cest dýchacích, čímž byla omezena jejich docházka do mateřské školy. Matka se snažila jim tuto ztrátu vynahradit, zaměstnávala je kreslením, čtením a hrou s hračkami.

### 2.2.1.3. Rodinné zázemí vzhledem k vlivům podporujícím vznik mentální anorexie<sup>119</sup>

Informace využité v tomto oddílu jsem čerpala ze strukturovaných rozhovorů s Janou a třemi staršími sourozenci.

#### 1. Ideál krásy, úspěšnosti a zdraví předkládaný médií a jednostranné spojování zdraví s vyhublostí a zdravotních problémů a ošklivostí s nadváhou

Děti se shodují v tom, že tento ideál viděly spíše v **televizi**, doma jim takto předkládán nebyl.

#### 2. Velké požadavky na výkon v rodině

---

<sup>117</sup> srov. s. 13.

<sup>118</sup> srov. s. 31.

<sup>119</sup> srov. s. 13.

V rodině bylo požadováno, aby se děti dobře učily a slušně chovaly. Jana to hodnotí jako potřebné a naprosto správné.

### **3. Nedostatek tolerance k odlišnosti a různorodosti**

Sourozenci uvádějí, že byli vychováni k dobrým mravům. Jana dodává, že byli vedeni ke slušnosti, ohleduplnosti a porozumění druhým. Jedna ze sester si nevzpomíná, jak toto téma bylo v rodině prezentováno. Obezitu u strýce a tety vnímali různě, pouze jedna starší sestra ji hodnotila jako něco nehezkého a neslušivého. Tato sestra také v deváté třídě držela dietu kvůli pocitu, že je silná.

### **4. Přílišný důraz na vzhled**

V rodině přílišný důraz na vzhled nebyl. Všichni sourozenci se shodují v tom, že v rodině byly považovány za cennější jiné hodnoty.

### **5. Velké požadavky na sebeovládání,**

Podle sourozenců požadavky na sebeovládání byly, ale přiměřené.

### **6. Příliš velký důraz na to, co je a není zdravé v rámci rodinného stravování**

Na konzumaci „zdravé výživy“ tak, jak bývá propagováno v různých médiích, rodina příliš nedbala. Jedlo se tak, aby to bylo prospěšné zdravému vývoji dětí.

### **7. Obezita, diety a nevhodné stravovací návyky ostatních členů rodiny**

V nejbližší rodině nikdo obézní nebyl. V příbuzenstvu ano. **Matka se v té době snažila zhubnout** přebytečné kilogramy, které jí zůstaly po těhotenství. Omezila proto příjem potravy během dne a přestala večeřet. **Dietu držela nějakou dobu i starší sestra.**

### **8. Citová deprivace a zanedbávání výchovy, přehnané zhýčkání<sup>120</sup>**

Jana citově ani nijak nestrádala, nebyla zanedbaná ani přehnaně zhýčkaná. Na druhou stranu **nebyla ani moc chválená**, což byla chyba. Ostatní sourozenci tento nedostatek ve výchově nevnímali, ale Janě pochvala chyběla. Myslela si, že se musí ještě více snažit, aby se jí dostalo patřičného ocenění. Matka si dosud vzpomíná na chvíle, kdy jí Jana ukazovala žákovské knížky plné jedniček a ona to přecházela poměrně chladně slovy: „Vidíš, jak jsi šikovná.“ Až později si uvědomila, že Jana potřebuje ohodnocení doprovázené větší dávkou emocí.

### **9. Soutěživost v rodině**

---

<sup>120</sup> srov. s. 16.

Všichni sourozenci se shodují v tom, že soutěživost mezi nimi nebyla. Rodiče si všímali drobné sourozenecké žárlivosti při narození mladšího dítěte.

### **10. Genetická dispozice<sup>121</sup>**

- dědičnost stravovacího chování – Rodiče potvrzují, že jejich děti upřednostňují takové stravovací návyky, jaké mají oni. Vzhledem k tomu, že se rodiče stravují normálně (ve smyslu rozumného pojetí zdravé výživy), nemají ani jejich děti jiný názor na to, co, kdy a jak mají jíst.

- **nespokojenost se svým tělem** – Matka je celý život nespokojená se svým tělem. Pamatuje si tento svůj problém již z dětství. Nespokojenost se svým tělem v době dospívání připouští i starší sestra.

- **touha po štíhlosti** – Matka bývala celý život štíhlá (vyjma období po porodu) a po štíhlosti vždy toužila, protože to považovala za hezčí (stejně jako otec)<sup>122</sup>.

### **11. Příliš těsné a nesvobodné formování v rodině<sup>123</sup>**

Jana existenci takového stylu výchovy v rodině rozhodně odmítá. Říká, že díky velkému počtu dětí byla odmala dost samostatná, což jí vyhovovalo.

### **12. Dominantní role matky, vztah s matkou**

V rodině existovala **dominantní role matky při výchově dětí**. S matkou měla Jana dobrý vztah.

### **13. Těžká situace v dětství a reakce dítěte na ni**

Z výpovědi Jany vyplývá, že žádná těžká situace nemoci nepředcházela. Rodiče to potvrzují.

### **14. Přílišný důraz na výkon ve společnosti**

**Ve společnosti je kladen důraz na výkon a to i ve škole.** Méně výkonní jedinci mají mnohem menší možnosti uplatnění. Jana byla premiantkou třídy, byla nejlepší i ve hře na flétnu. Paní učitelky vítaly její aktivitu a pílí, s jakou se připravovala na vyučování, a zapojovaly ji do všech možných soutěží. Rodiče mívali někdy dojem, že je toho na ni moc. Maminka jí zakazovala cvičit na flétnu více než jednu hodinu denně, v době nemoci chtěla ještě snížit dobu cvičení o půl hodiny. Nevzpomíná si již, jestli se to podařilo, spíše asi ne.

---

<sup>121</sup> srov. s. 20.

<sup>122</sup> srov. s. 20.

<sup>123</sup> srov. s. 17.

## 15. Velké požadavky na výkon v rodině

V rodině bylo požadováno, aby se děti dobře učily a slušně chovaly. Jana to hodnotí jako potřebné a naprosto správné.

## 16. Rigidní výchova

Podle Jany byla výchova přísná, podle katolické víry, což děti někdy vnímaly jako omezující. Dodává však, že je dnes za to vděčná.

### 2.2.2. Osobní anamnéza

Jana se narodila krátce po termínu vypočítaném gynekologem. Porod byl indukovaný, proběhl bez komplikací, stejně jako celé těhotenství. Porodní váha dítěte byla 3700 g, délka 51 cm. Jeho zdravotní stav po porodu i v raném dětství byl dobrý.

Psychomotorický vývoj dívky probíhal bez problémů. Jana byla velmi vnímavá a citlivá, všechno ji zajímalo, ráda si hrála s panenkami a hračkami určenými pro děvčata. Již v předškolním věku se projevovala její pracovitost, cílevědomost a vytrvalost při hrách a při snaze naučit se číst a psát. (**viz seminární práce**)

#### 2.2.2.1. Osobní anamnéza ve vztahu k faktorům ovlivňujícím vznik mentální anorexie

**Povahové vlastnosti** Jany podle rodičů přesně odpovídají charakteristikám pacientek uváděným v odborné literatuře: úzkostná, důsledná, odpovědná, perfekcionistická, přizpůsobivá, vyhovující, úspěšná ve školní i zájmové oblasti. Má ráda dokonalost, řád a přesnost.<sup>124</sup> Na druhou stranu je skromná a schopná soucítění s druhými lidmi. Jana sama sebe vidí jako: snaživou, pracovitou, pečlivou, zodpovědnou (i když ne na 100%), společenskou, komunikativní, přátelskou, empatickou, citlivou, nadšenou, podnikavou, aktivní. Dále uvádí, že je: „někdy až moc citlivá, emocionální, nebo úzkostlivá, ve všem vidím zbytečně problém, často popravdě sebestředná a neohleduplná“<sup>125</sup>.

Z literatury vyplývá souvislost vzniku mentální anorexie s prožitím těžké situace v dětství.<sup>126</sup> Jana si na žádné trauma z dětství nevzpomíná. Rodiče uvádějí **častý stres**

---

<sup>124</sup> srov. s. 12-13.

<sup>125</sup> srov. s. 59.

<sup>126</sup> srov. s. 20.

v důsledku velkého množství aktivit, které Jana zvládala, podle její výpovědi ji všechny prováděné činnosti těšily.

Další vnitřní faktory podporující rozvoj onemocnění jsou: obezita, nízká sebeúcta, deprese, nestabilní sebe obraz, nespokojenost s vlastním tělem, převzetí ideálu perfektního těla.<sup>127</sup>

Z rozhovorů plyne, že Jana nebyla obézní, před onemocněním byla spokojená se svým tělem a netrpěla depresí. K **převzetí ideálu perfektního těla** (perfektní tělo je chápáno jako tělo hubené) v tomto případě nedošlo pravděpodobně vlivem médií, ale souhrou více vlivů. Matka v té době držela dietu a svoje úspěšné hubnutí přebytečných kilogramů před dětmi neopatrně komentovala. Stejně „starosti“ měla i starší sestra a učitelka v ZUŠ, Janin velký vzor. Spolužák ze třídy před dětmi propagoval svoji štíhlost jako něco žádoucího a Jana, která chtěla být ve všem nejlepší, přijala za své, že štíhlost je něco výborného a vhodného k soutěžení. Pravděpodobně docházelo ke srovnávání hmotností dětí dlouhodoběji.<sup>128</sup>

Můžeme říci, že Jana trpěla **poruchou sebe ocenění**<sup>129</sup>. Chyběl jí dostatek pochvaly a ocenění ze strany dospělých v rodině, ve škole i ZUŠ, což vedlo k tomu, že se snažila podávat lepší a lepší výkony. Sama říká, že na sebe kladla nepřiměřené požadavky: „nejen proto, aby mě dokázali ocenit druzí, ale možná také, abych dokázala ocenit sama sebe“<sup>130</sup> Podle Jana Poněšického má pacient potřebu dokazovat si svoji převahu nad druhými střídavě s opovrhováním sám sebou.<sup>131</sup> U Jany se tato porucha projevila tak, že si v době onemocnění jako „oběť srovnávání“ vybrala svoji starší sestru, na níž si dokazovala svoji převahu. Sama svoje jednání výstižně popisuje a hubnutí, které pro ni tenkrát znamenalo něco správného, nyní nazývá problémem: „Vzhledem k tomu, že jsem v okolí neměla nikoho, kdo by stejný problém řešil, a že jsem tento svůj problém vnímala jako něco dobrého (ve smyslu soutěžení sama se sebou i druhými – čím méně jíš, tím jsi lepší, dokázala jsi to, máš silnou vůli), zvolila jsem si ji jako své měřítko toho, jak moc jsem v tom dobrá. Přitom jsem měla neustále pocit, že oproti ní jím hodně. Vyústilo to v to, že

---

<sup>127</sup> srov. s. 20.

<sup>128</sup> srov. s. 60.

<sup>129</sup> srov. s. 17.

<sup>130</sup> s. 57.

<sup>131</sup> srov. s. 17.

jsem se snažila ji přesvědčovat, ať jí víc, ba dokonce jí sama podstrojovat jídlo, nebo jsem dokonce nechtěla jíst, dokud toho ona nesnědla dvakrát tolik (byla přece starší) než já.“<sup>132</sup>

Jan Poněšický dále tvrdí, že u pacientů s mentální anorexií dochází k „potlačení pudovosti a citů“, s čímž souvisí větší zapojení vůle a zaměření se na vyšší pracovní a sportovní úsilí.<sup>133</sup> U Jany rozhodně můžeme říci, že má silnou vůli, ale je citlivá a sama potvrzuje, že byla k citlivosti vychovávána. Připouští, že výchova v rodině byla přísná a díky ní byla **potlačována pudovost**. Myslí si, že si snahou **dosahovat maximálních výkonů** nic nekompensovala, spíše se snažila dosáhnout pozornosti a ocenění druhých.<sup>134</sup>

### 2.2.3. Školní a sociální anamnéza

Jana navštěvovala v předškolním věku mateřskou školu ve vedlejší vesnici. Již ve třech letech se začala zajímat o čtení a paní tiskacích písmen. Před nástupem do školy uměla číst věty s porozuměním a psát psací písmena, která se sama naučila po vzoru mladších sourozenců. Mezi dětmi v mateřské škole i u učitelek byla oblíbená. Povinnou školní docházku nastoupila v šesti letech. S velkou poctivostí a zájmem si plnila svoje školní povinnosti. Ráda se učila a získávala nové vědomosti, které přesahovaly rámec povinného. Učitelky si ji oblíbily, stejně tak její kamarádky. Pro některé spolužáky byla „šprtka“, nechápali, že někoho může učení bavit.

V šesti letech začala Jana docházet do sborového zpěvu v základní umělecké škole, v sedmi letech do přípravného stupně hudebního oboru, od pololetí se začala učit hrát na zobcovou flétnu a od nového školního roku na flétnu příčnou (byla ve třetí třídě).

Hraní se pro ni stalo velkým koníčkem a společně se zpěvem ve sboru jí vyplňovalo volný čas. Stejně jako v učení, vynikala i ve hraní. Díky své pracovitosti postupovala velmi rychle, dobrovolně cvičila minimálně jednu hodinu denně. Opět byla velmi oblíbenou žákyní svých učitelek v základní umělecké škole. Účastnila se různých soutěží, v nichž se umísťovala na předních místech.

V páté třídě byla Jana přijata na víceleté gymnázium a šestý rok povinné školní docházky nastoupila již tam. Také na gymnáziu byla premiantkou třídy, byla ochotná zapojovat se do olympiád na gymnáziu i do soutěží ve zpěvu a hře na příčnou flétnu, kde

---

<sup>132</sup> srov. s. 62.

<sup>133</sup> srov. s. 17.

<sup>134</sup> srov. s. 55-56.

vítězila v národních kolech. Měla několik dobrých kamarádek, s nimiž stále udržuje úzké vazby.

Během studia na víceletém gymnáziu začala Jana uvažovat o profesionální umělecké dráze v oblasti vážné hudby. Rodiče z jejího rozhodnutí nebyli příliš nadšení, ale po několika letech vidí, že bylo správné. **(viz seminární práce)**

Z rozhovoru s Janou vyplývá, že ve všech obdobích života měla dostatek kamarádky vztahů, měla a má „pár velmi dobrých přátel“<sup>135</sup>. Byla a je dominantní. Na vesnici se kamarádila s několika mladšími dívkami a byla pro ně „vedoucí party“. Snažila se také začlenit mezi starší kamarádky.<sup>136</sup>

Sociální vazby pokládá za jeden z nejdůležitějších momentů při léčbě mentální anorexie. Na moji otázku, jestli pro ni byla oporou víra v Boha, odpovídá: „Myslím, že v době onemocnění, když jsem prožívala ještě svoji dětskou víru, pro mě bylo důležité hlavně společenství lidí, mezi které jsem patřila – ať už mladých kamarádů ze „spolča“ nebo scholy, tak i ostatních farníků – dobrých a hodných lidí, kteří nekladli důraz na materiální, ale na duchovní hodnoty. Myslím, že i tato opora (která byla nejzřetelnější ze strany mých rodičů) mi pomohla k uzdravení smýšlení a psychiky. Víra v Boha mi vždy byla a je stále větší oporou v běžných starostech i větších problémech a krizích.“<sup>137</sup>

## **2.3. Průběh onemocnění**

### **2.3.1. Začátek a průběh onemocnění**

Markéta onemocněla mentální anorexií mezi osmým a devátým rokem věku. Pravděpodobně se i u ní vyskytovalo tzv. prodromální stadium<sup>138</sup>, které podle její výpovědi trvalo několik měsíců.<sup>139</sup> Spouštěcím momentem vážnějších a pro rodiče alarmujících příznaků byl pokles její váhy při onemocnění angínou. Bolelo ji v krku, nemohla jíst a zhubla 2 kg. Po vyléčení z angíny se Jana vrátila do svého běžného denního režimu. Chodila do školy, do kroužků, pracovala s plným nasazením. Po několika dnech si matka všimla, že Jana odmítá jíst, když se vrátí ze školy domů (přijížděla v 14:45 hodin, dvakrát týdně v 16:30 hodin) a k večeři jí malé porce.

---

<sup>135</sup> srov. s. 59.

<sup>136</sup> srov. s. 54.

<sup>137</sup> s. 62.

<sup>138</sup> srov. s. 20.

<sup>139</sup> srov. s. 60.

Jana byla bledá a velmi unavená. Při nedělní návštěvě obsluhovala příbuzné, nabízela moučník, ale sama si nevzala. Také kamarádkám stále něco nabízela a přesvědčovala je, aby jedly, ona však odpoledne nechtěla jíst nic.<sup>140</sup> Ve své starosti o řádné stravování se fixovala na starší sestru. Hlíдалa ji, aby měla pořádné porce. Jak Jana sama říká, podstrojovala jí jídlo a snažila se ji přesvědčovat, aby jedla víc, protože je starší.<sup>141</sup>

Tato situace trvala dva týdny. Postupně Jana snižovala dávky hlavních jídel, svačiny odmítala. Matka začala tušit, že má její dcera mentální anorexii. V té době (před dvanácti lety) neměla rodina mnoho informací o tomto onemocnění, o jeho příznacích a možných dopadech na zdraví dítěte. Rozhodování rodičů bylo váhavé a bylo ovlivněno ještě dalšími špatnými radami okolí.

Následující den poté, kdy Jana nechtěla doma už ani večeřet, si matka volala o radu do pedagogicko- psychologické poradny. Paní psycholožka jí sdělila, že stačí, když se tyto dívky najedí jedenkrát denně. Současně se v tuto dobu matka radila ještě s jedním duchovním, který doporučil snažit se situaci zvládnout vlastními silami, protože lékaři a psychologové na všechno hned píší léky a zbytečně. Matka však viděla nejlépe Janin stav a uvědomovala si vážnost situace. Vytušila, že Jana ve škole nic nejí, proto ji tam omluvila a po domluvě s obvodní lékařkou nastavila jídelní režim – tři jídla denně. Paní doktorka doporučila objednat dceru na vyšetření u klinické psycholožky. Na přímlovu obvodní lékařky byl stanoven termín vyšetření za dva týdny s tím, že matka může kdykoliv požádat o telefonickou konzultaci.

### **2.3.2. Léčba onemocnění**

První psychologické vyšetření proběhlo 24. března. Rodiče si dosud pamatují, jak bylo těžké přimět Janu k tomu, aby na vyšetření jela (a to byla dítě, které bylo zvyklé doma poslechnout). Paní psycholožka se chovala přívětivě a po jištění základních informací rodičům sdělila, že „Je nemoc již pořádně rozjetá.“ Dala rodičům následující doporučení: nastavit jídelní režim na pět dávek jídla denně; schovat váhu a vážit jedenkrát týdně pod dohledem rodičů; stanovit časy, kdy bude dítě jíst a dohlédnout, aby snědlo porci, jejíž velikost určí matka; dítě bude jíst společně s rodinou u jednoho stolu.<sup>142</sup> Rodiče byli upozorněni, že léčba jejich dítěte nebude snadná a při přetrvávajícím odmítání jídla bude Janu třeba hospitalizovat. Termín dalšího setkání byl stanoven o týden později.

---

<sup>140</sup> srov. s. 18 a srov. s. 62.

<sup>141</sup> srov. s. 62.

<sup>142</sup> srov. s. 23.



V průběhu týdne se rodiče snažili držet doporučení paní psychologičky. Trvali na tom, aby dítě jedlo v přesně stanovenou dobu a porci dojedlo. (Začínali s menšími porcemi, než byla Jana zvyklá jíst před onemocněním.) Jana jíst nechtěla. U připraveného jídla seděla a nemohla nic pozřít. Ve chvíli, kdy ji rodiče více nutili, začala se vztekat. Nebyly výjimkou situace, kdy sebou třeba čtvrt hodiny vzteky zmítala po zemi. Tyto výstupy se odehrávaly pětkrát denně. Zpočátku se bez nich neobešlo žádné jídlo. Nebylo však možné ustoupit. Otec to několikrát nevydržel a dal Janě „na zadek“. V tu chvíli se zalekla, se vztekáním přestala a šla sníst, co měla. (Rodiče nejsou zastánci fyzických trestů u dětí.) Rodiče s pohnutím vzpomínají, jak jejich dítě vypadalo a jak hltavě jedlo, když už se jim podařilo ho k jídlu přinutit. Matka byla v té době doma s dětmi, nebyl pro ni proto problém připravovat běžná jídla, o nichž věděla, že Janě dříve chutnala. Vše se postupně začalo točit kolem toho, aby se Jana najedla. Janin zájem se zúžil na učení a starosti o jídlo. Začala sbírat recepty a psát si vlastní kuchařku. Paní psychologička rodičům jednou řekla: „Nejlepší recepty mám od mentálních anorektiček.“

Jedním z projevů v chování lidí s mentální anorexií je potřeba výdeje energie po jídle.<sup>143</sup> Jana po jídle skákala, utíkala na hřiště vedle domu běhat, někdy si svoje běhání prodloužila kolem vesnice. Matka měla přirozeně strach, aby dcera neutekla, proto ji nikdy nepouštěla samotnou. Zapojovala do Janina „sportování“ i sestry a kamarádky. Nejednou Jana využila nestřeženého okamžiku a odešla sama. Všichni potom běhali kolem vesnice a hledali ji. Z příznaků, uvedených v části o projevech v chování lidí s mentální anorexií, se u Jany objevily v průběhu onemocnění postupně všechny.

Druhá návštěva u klinické psychologičky proběhla 1. dubna. Jana byla stále velmi podrážděná a začínaly se u ní projevovat deprese. Nebylo opět snadné ji přivést do ordinace. Paní psychologička chtěla nejprve mluvit samostatně s rodiči, přičemž bylo Janu nutné v čekárně zvenčí zamknout, aby nemohla utéci. Rodiče si postěžovali na Janino vztekání a otec přiznal, že musel několikrát použít mírné násilí. Paní psychologička podotkla: „Když to nejde po dobrém, musí to jít po zlém.“ a povzbudila rodiče v tom, aby vytrvali v dodržování nastaveného režimu. Doporučila, aby Janě nechali od obvodní lékařky předepsat antidepresiva a určila další návštěvu za dva týdny. Jana si na svoje návštěvy v ordinaci již nevzpomíná, uvědomuje si pouze, že v některých závěrečných setkáních jí paní doktorka přinesla sladkost a ona ji musela sníst.

---

<sup>143</sup> srov. s. 46.

Během následujících dvou týdnů probíhal podobný boj jako v prvním týdnu léčby, s tím rozdílem, že ke konci tohoto období již začínala zabírat antidepresiva a Janin psychický stav se zlepšil. Byla klidnější, veselejší, ochotněji přijímala potravu. Vrátil se jí zájem o její dřívější oblíbené činnosti, začala také postupně přibývat na váze. Přetrvávalo vykrmování starší sestry, která vše snášela s trpělivostí sobě vlastní.

Návštěva v ordinaci 14. dubna přinesla doporučení na návrat Jany do školy s tím, že rodiče museli zajistit, aby někdo dohlížel na Janino stravování. Na další pohovor byla rodina objednána opět za dva týdny, následující dvě setkání proběhla po měsíci, další dvě po dvou měsících a poslední dvě za čtyři měsíce a za tři týdny.

Podrobnosti jednotlivých setkání už členové rodiny pozapomněli, uvědomují si však stále některé momenty. Při návštěvě matky ve škole a její žádosti o dohled nad dceřiným stravováním u paní učitelky třídní, si učitelka stěžovala na kázeň chlapců ve třídě a rozplakala se. Pomoc však přislíbila a svému slibu dostála. V souvislosti s plněním školních povinností si matka zpětně uvědomuje, že Jana pracovala s úzkostlivou pečlivostí a přehnanou horlivostí. Stejně tak hře na nástroj věnovala více času, než na kolik byli v rodině zvyklí. Paní doktorka v tom neviděla problém, naopak tvrdila, že je dobře, že má Jana koníčka, který ji zaměstná jinak než myšlenkami na jídlo. Říkala, že se těší, až Janu jednou uvidí v televizi. Janě hra na flétnu přinášela radost. Cvičila více než jednu hodinu denně. Matka se bála, že je to moc (co by za takovou píli dali jiní rodiče), podařilo se jí na nějakou dobu prosadit, aby Jana čas nácvičku zkrátila na půl až tři čtvrtě hodiny.

Postupem času, díky výbornému psychologickému vedení a podpoře v rodině, ve škole i ve farnosti, se Jana uzdravila. Je si vědomá toho, čím v životě prošla a co jí hrozilo, ale podrobnosti si nepamatuje. S jídlem nemá problémy, výrazně se neomezuje ani v dávkách, ani ve výběru potravin. Vyrostla v krásnou, zdravou ženu, která svými obdarováními přináší mnoho radosti nejen v rodině, ale i při práci s dětmi a na koncertních pódíích.

## **2.4. Zhodnocení zjištěných skutečností z pohledu sociálního pedagoga**

### **2.4.1. Rodinné prostředí**

Při hodnocení rodinného prostředí jsem zjistila přítomnost některých faktorů, které mohly mít svůj podíl na vzniku Janina onemocnění.

### 2.4.1.1. Vnější faktory

- Matka se v té době snažila zhubnout, dietu držela nějakou dobu i starší sestra.<sup>144</sup>  
Jana tvrdí, že nikdo z rodiny dietu nedržel.<sup>145</sup>

- Jana nebyla moc chválená, což ji vedlo k tomu, aby se snažila být ve všem ještě lepší, aby si pochvalu zasloužila. Byla často v napětí a ve stresu, jak zvládnout všechny aktivity na maximum. Rodiče v tomto byli bezmocní, nedokázali ji přesvědčit, že nemusí být ve všem dokonalá.<sup>146</sup>

- Matka i starší sestra připouštějí, že jsou nespokojené se svým tělem a touží po štíhlosti, kterou považují za hezčí (genetické faktory).<sup>147</sup>

- Matka uznává, že při výchově dětí měla dominantní roli.<sup>148</sup>

- Jana připouští, že výchova v rodině byla přísná a díky tomu byla potlačována pudovost.<sup>149</sup>

### 2.4.1.2. Vnitřní faktory

- Povahové vlastnosti Jany přesně odpovídají charakteristikám pacientek uváděným v odborné literatuře: úzkostná, důsledná, odpovědná, perfekcionistická, přizpůsobivá, vyhovující, úspěšná ve školní i zájmové oblasti.<sup>150</sup>

- Jana převzala propagovaný štíhlý ideál krásy z vnějšího okolí.<sup>151</sup>

- Jana trpěla pravděpodobně poruchou sebe ocenění.<sup>152</sup>

### 2.4.2. Sociální prostředí a vztahy

Prostředí a vztahy mohou významným způsobem ovlivnit vznik a průběh onemocnění. Vztahové problémy mohly existovat ve škole<sup>153</sup>, v rodině bylo podle sourozenců po téhle stránce vše v pořádku.<sup>154</sup> Přicházejí v úvahu další dva faktory, které mohly Janu ovlivnit. Jsou jimi:

---

<sup>144</sup> srov. s. 13.

<sup>145</sup> srov. s. 57.

<sup>146</sup> srov. s. 21.

<sup>147</sup> srov. s. 20.

<sup>148</sup> srov. s. 20.

<sup>149</sup> srov. s. 38 a srov. s. 17.

<sup>150</sup> srov. s. 36 a srov. s. 12-13.

<sup>151</sup> srov. s. 13.

<sup>152</sup> srov. s. 37 a srov. s. 17.

<sup>153</sup> srov. s. 42 a srov. s. 63.

<sup>154</sup> srov. s. 54 a srov. s. 63.

- Ve společnosti i ve škole je kladen přílišný důraz na výkon.<sup>155</sup>

- Ideál krásy, úspěšnosti a zdraví předkládaný médií a jednostranné spojování zdraví s vyhublostí a zdravotních problémů a ošklivostí s nadváhou.<sup>156</sup>

### 2.4.3. Využití volného času

Jana využívala svůj volný čas bohatě. Byla aktivní, všechno dělala se zanícením. Sama na moji otázku ohledně zájmů odpovídá: „Především ve mně už v té době rostl a upevňoval se můj zájem o hudbu – hrála jsem na flétnu, zpívala v dětském pěveckém sboru. Také jsme měli farní společenství mladých a s nimi také vedli farní scholu, jezdila jsem na farní tábory a všechny farní akce i chození do kostela mě velice bavilo a bylo vlastně mým koníčkem.“<sup>157</sup>

### 2.4.4. Léčba onemocnění

V tomto případě byla pro léčbu mentální anorexie zvolena **rodinná terapie**.<sup>158</sup> Matka si vzpomíná na jednu z prvních otázek, které rodičům paní doktorka položila: „Kdo ji nastartoval?“ Matka, vědoma si toho, že její držení diety mohlo dceru ovlivnit, odpověděla: „Já.“ Paní psychologka vlídně dodala: „Nehledáme viníky, ale cesty.“ Tato věta matce velmi pomohla.

Významným znakem léčby byl její **multidimenzionální rozměr**.<sup>159</sup> Byl postaven na opatřeních, jež vedla k omezení vlivu skutečností podporujících poruchu. Podařilo se přerušit návyky spojené s jídlem (snižování množství jídla, ovlivňování starší sestry, výdej energie po jídle, projevování odporu při nucení do jídla, komentování svého přejedení, vyžadování menší porce než mají ostatní, časté vážení se a zaobírání se jídlem při rozhovorech, vyhýbání se jídlu ve společnosti)<sup>160</sup>.

Léčba odpovídala potřebě **komplexnosti** s důrazem na **aktivní spolupráci** pacientky. Přesvědčit Janu k aktivní spolupráci bylo těžké. Nemoc ji ovládala a ona zpočátku příliš spolupracovat nechtěla. Při léčbě bylo využito skutečnosti, že Jana musela poslechnout rodiče.<sup>161</sup>

---

<sup>155</sup> srov. s. 13.

<sup>156</sup> srov. s. 13.

<sup>157</sup> s. 59.

<sup>158</sup> srov. s. 25.

<sup>159</sup> srov. s. 29.

<sup>160</sup> srov. s. 46-47.

<sup>161</sup> srov. s. 25.

Dalším krokem léčby bylo naučit Janu převzít kontrolu nad vlastním přijímáním potravy ve svých životních podmínkách, tedy doma i ve škole. K tomu bylo zapotřebí informovat paní učitelku a důsledně dodržovat denní režim doma.<sup>162</sup>

#### 2.4.5. Zhodnocení případu

Janu podle mého názoru ovlivnilo několik výše uvedených vnějších faktorů, které více či méně vnímala a přijímala. Ty ve spojení s její silnou vůlí a snahou o to být nejlepší ve všem, co dělala, vedly ke vzniku poruchy příjmu potravy.

**Rodinné prostředí** mělo podle matky svůj podíl na vzniku onemocnění, avšak významně kladným způsobem ovlivnilo průběh léčby. Důležitým faktorem byla skutečnost, že se o Janu stále někdo staral a zajímal. Rodiče, sourozenci ani kamarádky to nevzdávali, i když Janino chování bylo nepochopitelné a působilo všem blízkým velkou zátěží. Se zvládáním péče o Janu pomáhali i prarodiče a paní učitelky. Podporu měla také ve společenství dětí ve farnosti.

Mezi Janiny zájmy nepatřil balet ani modeling, nevěnovala ani přehnaný zájem o zdravou výživu a svůj vzhled. Její koníčky a prostředí, v němž se pohybovala ve volném čase, ji před onemocněním mentální anorexií neochránily. Byly však velmi významným pomocníkem při léčbě. Sama si myslí, že **vhodné využívání volného času** může posloužit jako **prevence** poruch příjmu potravy, protože člověk nemá tolik času zaobírat se vlastní postavou. **Správný hodnotový systém** může být nápomocen při **návratu ke zdravému smýšlení**.<sup>163</sup>

**Léčba** v tomto případě byla úspěšná, **odpovědně a profesionálně vedená**. Rodiče byli příliš váhaví ve vyhledání odborné pomoci. Rady pracovnice PPP a duchovního byly zcestné a mohly způsobit velké komplikace. Snad je v současnosti informovanost v uvedených profesích ohledně této problematiky na vyšší úrovni.

V další části uvádím několik rad, které mohou být užitečné nejenom sociálním pedagogům.

---

<sup>162</sup> srov. s. 30.

<sup>163</sup> srov. s. 61.

## 2.5. Možnosti působení sociálního pedagoga v oblasti prevence a terapie mentální anorexie

Sociální pedagog pracuje s dětmi v jejich volném čase. Má proto více příležitostí k neformálním rozhovorům než učitelé v průběhu vyučování. K tomu, aby mohl vhodně formovat svoje svěřence a adekvátně reagovat při podezření na problém, je zapotřebí, aby on sám byl dobrým vzorem a měl ohledně tohoto onemocnění patřičné znalosti. V další části proto uvádím přehled projevů chování lidí s mentální anorexií i rady, jak postupovat při zjištění, že někdo z okolí onemocněním trpí.

## 2.6. Projevy v chování lidí s mentální anorexií, rady pro rodiče, učitele a vychovatele

Lidé pracující s dětmi a mládeží by měli mít znalosti o **typických projevech chování** nemocných mentální anorexií, které můžeme shrnout do následujících bodů:

- změna jídelníčku postupným vynecháváním energeticky vydatných jídel až k jídlům označovaným jako „light“;
- postupné snižování počtu jídel během dne se stále větší důsledností ve vyhýbání se jídlu;
- srovnávání svých porcí jídla s ostatními, vyžadování nejmenší porce;
- obřadné chování při jídle a velmi pomalé tempo jídla pod záminkou důkladného vychutnání;
- napjatost při jídle, časté komentování svého „přejedení“;
- vyhýbání se jídlu ve společnosti;
- potřeba po jídle vydat energii tělesnou aktivitou;
- přílišné zaobírání se vlastní postavou a hmotností, časté vážení nebo vyhýbání se váze;
- časté mluvení o jídle nebo přehnané vyhýbání se tomuto tématu;
- zdravotní obtíže jako zácpa, porucha menstruačního cyklu, vypadávání vlasů,

zimomřivost, zhoršení pleti, lanugo;

- uzavírání se do sebe;

- projevování výrazného odporu při nucení do jídla;<sup>164</sup>

Uvedené způsoby chování při mentální anorexii mají možnost zaznamenat především rodiče. Ve škole si učitelé mohou všimnout dalších, jež na onemocnění také upozorňují:

- při tělesné výchově nebo při hrách je příležitost upozorovat, že dítě hubne;

- dívky nerostou a nevyvíjejí se stejně jako jejich spolužačky ve třídě;

- dítě, které dříve nemělo problémy se začleněním do kolektivu, je posmutnělé a straní se ostatních;

- nosí více vrstev oblečení a často se tiskne k topení, protože má větší pocit chladu;

- v tělesné výchově se straní ostatních, cvičí jiným způsobem a běhá nebo cvičí samo;

- na svačinu jí pouze zeleninu a ovoce, vynechává školní obědy;<sup>165</sup>

Pokud učitel dojde k podezření, že jeho žák trpí mentální anorexií, měl by po poradě s odborníkem (obvodním lékařem nebo klinickým psychologem) citlivým způsobem informovat rodiče. Škola může být nápomocná, aby rozvoji onemocnění zabránila. Vzhledem k citlivosti problému a nezbytnosti jeho řešení je užitečné zdůraznit některé okolnosti, jež by si měli pacientovi blízcí (i učitelé a vychovatelé) uvědomit.

### **Rady (nejenom) pro rodiče:**

1. Mentální anorexie je vážné psychické onemocnění, které pacienty do značné míry tělesně ohrožuje. Předpokladem pro vyléčení je atmosféra porozumění a opravdové ochoty pomoci, přestože se nám zdá, že to jde velmi těžce.

2. Nemá smysl apelovat na rozum a vůli nemocného a vést ho k přijetí dobře míněných rad ohledně jeho stravování a chování. Příčiny nemoci jsou podvědomé a uvedené způsoby pomoci nepomáhají, spíše vedou k dalším konfliktům.

---

<sup>164</sup> srov. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. s. 27-28.

<sup>165</sup> srov. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. s. 74.

3. Pacient na pokusy blízkých lidí pomoci často nereaguje tak, jak by měl a jak je od něj očekáváno. Tento fakt by nikoho neměl od péče odradit, přestože se „mentální anorektici často chovají tak, jako by měli nad všemi ostatními převahu a nepotřebovali žádný sociální kontakt“<sup>166</sup>. Péči a sociální kontakty naléhavě potřebuje a „Opustit jej by pro něj také mohlo znamenat rozsudek smrti.“<sup>167</sup>

4. Ohrožené pacienty je nutné bez váhání přivést na léčení i proti jejich vůli. Je třeba k dobrovolné léčbě motivovat i chronické pacienty bez akutního ohrožení života.

5. Rodinní příslušníci mohou někdy cítit podíl viny na vzniku onemocnění. Je dobré si uvědomit, že sebeobviňování ničemu neprospěje, spíše narušuje potřebné pozitivní klima v rodině. Je zapotřebí se snažit v rodinných vztazích hledat nové cesty porozumění a vzájemné soudržnosti, což je prospěšné pro všechny její členy.

6. Péče o chorobně závislého člena rodiny je náročná a stojí příbuzné hodně sil.

7. Původní příčinou vzniku onemocnění bývá u mnohých pacientů právě rodina. Je proto důležité, aby se účastnila i terapie.<sup>168</sup>

### **Rady pro učitele**

1. Společně s rodiči mohou učitelé nastavit pravidla s cílem zabránit anorektickému chování.

2. Nemocnému by mělo být zakázáno cvičit v hodinách tělesné výchovy i ve volném čase z důvodu velkého rizika úrazu.

3. Ohledně stravování je potřeba zajistit, aby na pacienta pokaždé někdo dohlédl a zkontroloval, jestli jídlo dojídá. Je možné použít jednu z těchto variant:

- „Jíst jako ostatní a s ostatními.
- Vybrat kamarádku, která bude s postiženou v jídelně sedět a ubezpečí se, že jídlo sní.
- Jíst s členem učitelského sboru.
- Jíst v oddělené místnosti.

---

<sup>166</sup> LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 133.

<sup>167</sup> LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 133.

<sup>168</sup> srov. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 132-134.



- Jíst u stolu učitelského sboru.

- Jíst mimo jídelnu s kamarádkou, která dává pozor.<sup>169</sup> Varianty je možné obměňovat podle toho, jak se nemoc vyvíjí.

4. Díky svému sklonu k perfekcionismu věnují často nemocní příliš mnoho času učení. Po domluvě s rodiči lze stanovit pravidla a časové limity pro vypracovávání domácích úkolů.

5. Při zkoušení je zapotřebí zohledňovat fyzický stav pacientky. Zkoušející by měli být o nemoci informováni a podle potřeby dát v průběhu zkoušky prostor k přestávce na svačinu, teplý nápoj a odpočinek.

6. Při poradenství o volbě povolání je dobré vzít v úvahu, že perfekcionisté bývají úspěšnější ve školách s dobře strukturovanými podmínkami. Tam, kde jsou méně jasná pravidla o požadavcích na studenty, je méně přednášek a praktických seminářů, tito studenti selhávají.<sup>170</sup>

### **Postup při zjištění, že někdo z mého okolí trpí mentální anorexií**

Prvním krokem je připustit, že tento problém má. V naší kultuře „má skoro každý nějaké potíže ve vztahu k jídlu a k tělesné hmotnosti, a proto není snadné vždy rozpoznat, kdy jde o skutečnou poruchu“. „Dá se říci, že o poruchu příjmu potravy se pravděpodobně jedná tehdy, když se jídelní schéma stalo základem všech nebo většiny rozhodnutí dotyčné osoby, když se jídlo stalo ovládající myšlenkou nebo se mu věnuje velká část energie a času, zvláště pokud tato situace trvá víc než několik týdnů.“<sup>171</sup> V případě, že zjistíme, že někdo poruchou potravy trpí, je zapotřebí neztrácet čas a jednat. Čím dříve začne s léčbou, tím má větší naději na vyléčení.

Další krok, neméně těžký, znamená prolomit mlčení a s pochopením a láskou dát nemocnému najevo, že víme o jeho problému a že nám na něm záleží. Jeho reakce mohou být různé, předpokládejme spíše odmítání. Můžeme ho ujistit v tom, že jsme si všimli, že je čím dál hubenější a že o něho máme strach.

---

<sup>169</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. s. 75.

<sup>170</sup> PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. s. 74-75.

<sup>171</sup> MALONEY, Michael. KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. s. 108.

Nejdůležitější z naší strany je upozornit na problém rodiče a nemocnému být nablízku. Nemá však význam stavět se do role terapeuta.<sup>172</sup>

Rodiče by se svým dítětem měli neprodleně zajít k obvodnímu lékaři. Ten zjistí jeho stav a podá informace ohledně dalšího postupu.<sup>173</sup> (O možnostech léčby je pojednáno v kapitole Léčba mentální anorexie.)

V současnosti je snadný přístup k informacím uloženým na webových stránkách různých poradenských a léčebných zařízení (např. O. S. Anabell, Psychiatrická klinika FN Brno-Bohunice). Informace o poruchách příjmu potravy i kontakty na odborná pracoviště je možné najít na internetové adrese: [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz).<sup>174</sup>

**V oblasti prevence** je možné obrátit se na specializovaná pracoviště, která školám nabízejí vhodné programy.<sup>175</sup> Na internetových stránkách Občanského sdružení Anabell můžeme zjistit podrobnosti ohledně programů pro školy schválených MŠMT. Jedním z nich je např. projekt Škola tajemství pohybu a krásy, který nabízí školení pro učitele a 20 zrealizovaných vzdělávacích modulů ve výuce předmětu Člověk a jeho svět a Člověk a jeho zdraví. Více informací získáme na adrese <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/projekt-skola-tajemstvi-pohybu-a-krasy>.

Jak jsem již zmínila, sociální pedagog (stejně jako všichni pedagogové) by měl být pro děti přesvědčivým vzorem. Měl by v souvislosti s prevencí poruch příjmu potravy mezi svými svěřenci vytvářet takovou atmosféru, která by kompenzovala negativní působení médií a tlaků ve společnosti. Přirozenou soutěživost dětí je zapotřebí nasměrovat jinam, než k porovnávání jejich hmotnosti. Děti by měly být vychovávány k vzájemné ohleduplnosti a k respektu ke zvláštnostem druhých lidí. Měly by se učit přijímat i samy sebe. Na závěr přidávám myšlenku, kterou mi na moji žádost napsala Jana: „Největší umění, kterému bychom se celý život měli učit, je umění přijímat - přijímat věci tak, jak jsou a jak přicházejí, lidí kolem nás a především sebe sama. Přijmout se takový, jaký jsem, s tělem i duší. Tedy nejen to, jaké mám vlastnosti a schopnosti, ale také to, jak vypadám. Možná by nám v tom hodně pomohlo to, kdybychom se nebrali tak vážně. A opět - nejen svou osobnost, ale i své tělo. Vždyť je to nakonec jen náš „bratr osel“, jak by řekl svatý František z Assisi.“

---

<sup>172</sup> srov. MALONEY, Michael. KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. s. 115-118.

<sup>173</sup> srov. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. s. 135.

<sup>174</sup> srov. KRCH, František David. MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. [online], s. 30.

<sup>175</sup> srov. s. 31.

### **3. Závěr**

Tématem bakalářské práce byla mentální anorexie z pohledu sociálního pedagoga. Cílem teoretické části bylo podat dostatečné množství informací o tomto onemocnění tak, aby byly využitelné v práci sociálních pedagogů. Považovala jsem za potřebné informovat o faktorech působících na vznik mentální anorexie a jejích projevech. V praxi mohou být užitečné poznatky týkající se dalších poruch příjmu potravy u dětí, důsledků, zdravotních komplikací a možností léčby mentální anorexie.

V praktické části jsem si vytyčila na studii jednoho případu ukázat důležitost rodinného a sociálního prostředí, dobrých vztahů, vhodných zájmů a profesionálně vedené terapie pro úspěšnost léčby mentální anorexie. Vzhledem k tomu, že sociální pedagogové pracují s dětmi ve volném čase, mají možnost na ně významně působit. Nežádá se stává, že mají na děti větší vliv než rodiče. Pokusila jsem se proto poskytnout několik podnětů, které mohou sociálním pedagogům pomoci při podezření na výskyt mentální anorexie u dětí a v prevenci tohoto onemocnění.

## 4. Seznam použité literatury

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.

HORT, Vladimír. HRDLIČKA, Michal. KOCOURKOVÁ, Jana. MALÁ, Eva a kolektiv. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

KOCOURKOVÁ, Jana a kolektiv. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Portál s.r.o., 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, Michael. KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vydání. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, s.r.o., 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. 1. vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Triton, 1999. 207 s. ISBN 80-7254-050-5.

PROCHASKA, James O. NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy*. Překlad 4. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. 480 s. ISBN 80-7169-766-4.

**Internetové zdroje:**

KRCH, František David. MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. [online], [cit. 10- 05- 2014]. dostupné z

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy>

## 5. Přílohy

### 5.1. Příloha č. 1

#### **Záznamový arch rozhovoru s pacientkou**

##### **1. Otázky týkající se rodiny**

###### **Myslíte si, že jste měla ze strany rodičů dostatek péče?**

Ano, měla jsem dostatek péče, měla jsem vše, co jsem potřebovala.

###### **Měla jste dobrý vztah s matkou?**

Ano, měla. Maminka byla moc hodná, starostlivá, pečlivá a obětavá.

###### **Měla jste dobrý vztah s otcem?**

Ano, myslím, že měla. Bližší vztah jsem ale přirozeně měla spíše s maminkou.

###### **Jaké byly vzájemné vztahy mezi sourozenci?**

Myslím, že celkem běžné, jako jsou v jiných rodinách s více dětmi. Měli jsme se rádi, ale samozřejmě jsme se hádali a „kočkovali“. Projevovaly se zde věkové rozdíly, které mezi nejstarším a nejmladším sourozencem dosáhly 14 let, takže já jsem měla nejbližší k o 3 roky starší sestře. Vím, že jsem se snažila „držet krok“ spíše se staršími sourozenci.

###### **Měla jste v období propuknutí mentální anorexie kamarádky?**

Měla jsem kamarádky, rozhodně jsem nebyla samotář. Mezi spolužáky jsem měla jednu bližší kamarádku, se kterou jsem měla blízký vztah už od školky. Na vesnici jsem se kamarádila s pár mladšími dívkami, pro které jsem byla něco jako „vedoucí party“ a také jsem se snažila začlenit mezi starší dívky – kamarádky především mých starších sester.

###### **Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na vzhled?**

Ne, tak jsme vychovávaní rozhodně nebyli. Rodiče dbali na to, abychom chodili upravení a byli čistotní, ale jako křesťané se nám od mala snažili vštěpovat vyšší hodnoty než materiální.

**Byl vám jako dětem ve vaší rodině předkládán ideál krásy tak, jak jej představovala média (zdraví a krása ve spojení s hubeností, zdravotní problémy a ošklivost spojeny s nadváhou)?**

Rozhodně ne. Maminka se vždy snažila, abychom byli dobře a zdravě živeni a měli normální a zdravý vývoj. Nikdy nepadlo slovo o tom, že bychom si měli hlídat váhu. Myslím, že skoro všichni jsme byli v dětských letech maličko „oplácaní“, abychom potom měli z čeho růst.

**Vzpomínáte si, jaké časopisy jste si doma v dětství četli?**

Já jsem moc časopisy nečetla. Ale domů nám chodil Nezbeda (křesťanský časopis pro děti), Kačer Donald (toho četl hlavně starší bratr) a nejstarší sestra si možná občas koupila Bravo. Časopisy jako Mateřídouška, Čtyřlístek, nebo Měďa Pusík jsme nekupovali.

**Byly vám v rodině vštěpovány zásady tolerance k odlišnostem druhých lidí?**

Ano, rodiče nás vedli ke slušnosti, ohleduplnosti a porozumění druhým. Věděli jsme od mala, že všichni lidé jsou si rovni, každý je jedinečná osobnost a každý člověk má velkou důstojnost, která je dána Bohem.

**Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na výkon?**

Myslím, že ne. Rodiče nás sice vedli k tomu, abychom poctivě plnili své úkoly, snažili se mít dobré známky ve škole a byli pracovití doma, ale rozhodně to nebylo nepřiměřené. Naopak, bylo to velice potřebné a naprosto správné.

**Požadovali od Vás rodiče, abyste měla samé jedničky?**

Nepožadovali, ale já jsem to sama od sebe vyžadovala. Snažila jsem se vždy pracovat, jak nejlépe jsem mohla. Navíc v prvních ročnících na ZŠ bylo naprosto přirozené takové to dětské předhánění se v tom, kdo bude mít nejvíce jedniček a jedniček s hvězdičkou.

**Měla jste dojem, že jste byla za Vaše výkony dostatečně chválena?**

Je pravda, že jsem od rodičů asi nebyla mnoho nebo často chválena (měli mnoho starostí i s dalšími dětmi, maminka hlavně s mladšími), ale myslím si, že nedostatek ocenění jsem začala vnímat až později, když už jsem si to dokázala rozumově odůvodnit a rozpoznat, že to není tím, že by rodiče nebyli spokojení.

**Měla jste pocit, že musíte pracovat ještě více a lépe, aby Vás měli druzí rádi?**

Ano, je pravda, že jsem se vždy snažila pracovat co nejlépe zejména proto, abych udělala radost druhým a dostalo se mi od nich ocenění. Jednalo se nejen o rodiče, nebo

prarodiče, ale i učitele ve škole, v ZUŠ a vůbec všechny, se kterými jsem se setkávala. Chtěla jsem být vždy vzorná a všechno co nejlépe, aby ze mě měli radost a měli mě rádi.

### **Existovala ve vaší rodině soutěživost mezi jejími členy?**

Myslím, že se v naší rodině nijak zvlášť neprojevovala. Nejstarší sestra se od nás, mladších sourozenců, tak trochu distancovala, snažila se spíše držet krok se svými vrstevníky, můj starší bratr nikdy soutěživý nebyl (to se nikdy nezměnilo), na výkonu mu moc nezáleželo, moje druhá starší sestra byla spíše uzavřenější a trochu plašší povahy. Zdá se mi, že pouze já jsem byla od mala přirozeně soutěživá a ctižádostivá, snažila jsem se být ve všem nejlepší a nezáleželo na tom, jestli mám v tom soutěžit se sourozenci, spolužáky nebo sama se sebou. Soutěživost se projevila potom snad jen u mladšího bratra, a to také dost intenzivně.

### **Měla jste pocit příliš těsného a nesvobodného formování ze strany rodiny?**

Vůbec ne. Naopak, od mala jsem byla dost samostatná (alespoň ve věcech osobního růstu, školy apod.), což bylo dáno velkým počtem dětí, takže rodiče nemohli být zaujetí na 100% každým dítětem zvlášť. Mně to ale vyhovovalo. Na druhou stranu nás vychovávali celkem přísně podle katolické víry, za což jsem dnes velice vděčná, ale pamatuji si, že někdy jsme to vnímali jako omezující. Nyní ale objektivně můžu říct, že to nebylo nepřiměřené a „těsné“ formování.

### **Byly ve vaší rodině kladeny velké požadavky na sebeovládání?**

To ano. Například, když jsme se vztekali, byly zavedeny speciální (mimochodem výborné) tresty v podobě 15 min klečení v koutě apod. Bylo to naprosto perfektně výchovné a užitečné. Také jsme si nemohli dělat, co jsme chtěli a jak dlouho jsme chtěli. Byl stanoven nějaký řád, který se musel dodržovat, což bylo také moc dobře. Co se týče jiného sebeovládání, jako např. v jídle, to jsme opravdu nebyli „asketi“.

### **Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na to, co je a co není zdravé v rámci rodinného stravování?**

Důraz byl kladen hlavně na pravidelnou stravu. Maminka často vařila i pekla a vyráběla různé domácí produkty (ovocné šťávy, zavařeniny, marmelády, jogurty, kašičky, džusy apod.) a snažila se nám vždy dopřát to nejlepší. Přehnaný důraz na „zdravé“ stravování kladen nebyl, dostávali jsme i uzeniny a občas sladkosti.

### **Byl někdo ve vaší rodině obézní?**



V nejbližší rodině ne, pouze ze vzdálenějších příbuzných měli někteří nadváhu.

### **Jak jste jeho obezitu vnímala z estetického hlediska?**

Nikdy mi to nevadilo ve vztahu k němu, měla jsem ho stále stejně ráda a tak nějak to k němu patřilo. Myslím, že jsem to na něm nevnímala jako nějakou negativní, nebo škaredou věc.

### **Držel někdo z členů vaší rodiny dietu?**

V nejbližší rodině určitě ne a nejsem si vědoma ani ničeho zvláštního mezi širším příbuzenstvem. Pouze jedna vzdálenější příbuzná se mi vždy zdála až moc hubená. Vedle toho se možná vyskytly diety spojené s diabetes.

## **2. Otázky týkající se vlastní osoby**

**Máte pocit, že v době Vašeho onemocnění byla u Vás potlačována pudovost a city, což jste kompenzovala zesíleným volným úsilím k dosahování maximálních výkonů?**

Pudovost u nás přísnou výchovou možná potlačována byla, ale city rozhodně ne. S rodiči jsme měli velmi vřelý vztah, stejně tak s prarodiči. Vždy bylo místo pro objetí a hezké slovo. Myslím, že snahou dosahovat maximálních výkonů jsem si nic nekompensovala, maximálně jsem si tím snažila získávat pozornost druhých a jejich ocenění.

### **Měla jste strach z nadváhy?**

Během mého onemocnění jsem přirozeně měla chorobný strach z nadváhy, nebo spíš z každého gramu, co bych mohla přibrat. Ale před vypuknutím ne, protože v naší rodině tento problém nikdo neřešil.

**Měla jste poruchu sebe ocenění, kterou jste si potřebovala kompenzovat tím, že jste se snažila mít převahu nad druhými lidmi?**

To je dost pravděpodobné, alespoň tak bych to dnes nazvala. Tehdy bych to však tak pojmenovat nedokázala. Myslím, že problém sebe oceňování se týká mnoha lidí a vyřešit jej je náročný úkol někdy na celý život. Tehdy jsem nevěděla, že v tom mám nějaký problém, že na sebe možná kladu nepřiměřené požadavky (nejen proto, aby mě dokázali ocenit druzí, ale možná také, abych dokázala ocenit sama sebe) a že bych se měla naučit

přijímat nejen druhé, jací jsou, ale také sama sebe, i s chybami. To jsem si začala uvědomovat až mnohem později.

### **Byla jste spokojená se svým vzhledem?**

Od doby té nemoci nikdy. Do té doby jsem myslím spokojena byla, nebo spíš přesněji řečeno mě ani nenapadlo se tím nikdy zabývat. Rodiče a prarodiče mi dávali najevo svou lásku a já jsem byla spokojená. V době kolem 8-9 roku, kdy nemoc propukla, jsem ale začala být nespokojená, pak byla dlouho přehnaně nespokojená, a takové běžné nespokojenosti jsem se dosud nezbavila.

### **Měla jste strach z nadváhy před vypuknutím onemocnění?**

Ne.

### **Měla jste strach z nadváhy v průběhu onemocnění?**

Ano.

### **Dokážete přijmout fakt, že můžete v průběhu dalších let vlivem okolností přibrat a nebudete mít postavu podle dnešních měřítek pro to, co je a co není krásné?**

Jsem si jistá, že ano, že myšlenky spojené s tímto psychickým onemocněním už dokážu naplno ovládat. Je mi jasné, že s dětmi a postupujícím věkem bude všechna mladistvá svěžest a tělesná krása změněna, ale nic z toho mě neděsí. (Naopak doufám, že mě takové štěstí – děti – potkají.) Přímo nesnáším všechny modely krásy a spokojenost, jak nám je předhazují média a jak už jsou zakořeněny v naší (globální) společnosti, a jsem odhodlána proti nim bojovat nejen u sebe, v rámci svého žebříčku hodnot, ale budu se vždy snažit měnit a ovlivňovat postoj a pohled svého nejbližšího okolí.

### **Pokud přiberete více, než považujete za dobré, cítíte se méněcenná?**

Pravidelně se nevážím, vlastně jsem se nevážila už hodně dlouho, takže nemám jiné měřítko pro přibírání, než je mé oblečení. Popravdě mě vždy mrzí, když už neobleču, co jsem dříve oblékla, ale myslím si, že díky všem svým starostem a povinnostem už jsem se s tím dokázala smířit (opravdu nemám čas na to, abych řešila ještě formování své postavy) a méněcenná si nepřipadám. Spíš už mi to někdy slouží jako vykřičník k tomu, abych se alespoň snažila nepřejídat, nebo nejíst nezdravě, nebo alespoň začít trochu cvičit.

### **Dokázala byste vyjmenovat svoje vlastnosti? Jaká jste? (např. líná, aktivní ...)**

Všechny jistě ne, to by možná byl dlouhý seznam, ale tak alespoň náčrt:

snaživá, pracovitá, pečlivá, zodpovědná (i když ne na 100%), společenská, komunikativní, přátelská, empatická, citlivá, nadšená, podnikavá, aktivní

někdy až moc citlivá, emocionální, nebo úzkostlivá, ve všem vidím zbytečně problém, často popravdě sebestředná a neohleduplná

**Prožila jste v průběhu roku před vypuknutím onemocnění nějaké těžké životní události?**

Myslím, že ne.

### **3. Otázky týkající se sociálních vztahů a školního prostředí**

**Myslíte si, že podáváte ve studiu dostatečné výkony?**

Dostatečné jistě, ale ne výborné, vzhledem k množství mých aktivit.

**Chtěla byste být v něčem lepší?**

Popravdě ve všem. Myslím, že už v sobě nemám přehnanou touhu být za každou cenu ve všem co nejlepší, ale chtěla bych na sobě ve všem stále pracovat, což snad není na škodu. Dle mého názoru bychom se všichni měli snažit na sobě v různých oblastech stále pracovat. Chtěla bych se především naučit správně využívat čas a správně rozlišovat, co je důležité a co není.

**Máte přátele?**

Řekla bych, že mám mnoho dobrých známých, hodně kamarádů a pár velmi dobrých přátel. Za všechny jsem moc vděčná a snažím se kontakt s nimi stále udržovat.

**Byla jste spokojená uvnitř třídního kolektivu?**

Myslím, že celkem ano. Kamarádky jsem měla a běžnou dětskou „nenávisť“ kvůli mým dobrým výsledkům jsem v té době nepovažovala na nic hrozného.

**Jaké jste měla koníčky?**

Především ve mně už v té době rostl a upevňoval se můj zájem o hudbu – hrála jsem na flétnu, zpívala v dětském pěveckém sboru. Také jsme měli farní společenství mladých a s nimi také vedli farní scholu, jezdila jsem na farní tábory a všechny farní akce i chození do kostela mě velice bavilo a bylo vlastně mým koníčkem.

**Byla jste hrdá na to, že jste zhubla?**

Ano, byla jsem spokojená sama se sebou.

**Měla jste nutkavé myšlenky na jídlo?**

Myslím, že někdy ano. Ale měla jsem velmi silnou vůli k tomu, abych si dokázala říct ne – nesmíš, nechceš, je to špatné.

**Měla jste při jídle špatné pocity? (bolest žaludku, odpor)**

Na bolest v žaludku si nevzpomínám, ale vnitřní odpor byl silný. Věděla jsem, že dělám něco, co bylo proti mým snahám. Dělal jsem to hlavně pro své okolí, aby byli spokojeni, že normálně jím.

**Byl ve třídě nebo ve Vašem okolí někdo, kdo se více zajímal o svůj tělesný vzhled, držel dietu, cítil se tlustý, kontroloval si příjem kalorií, či Vás nějakým způsobem ovlivnil tak, že u Vás onemocnění propuklo?**

Pamatuji si na jednoho spolužáka, který byl dle mého názoru extrémně hubený a dokonce se tím chlubil. Jednou jsme v hodině přírodovědy probírali míry, všichni jsme si před zraky druhých museli stoupnout na váhu a zapsat svoji váhu (možná jsme pak i vytvářeli statistiky a srovnání). On se pak chlubil, že vážil nejmíň ze všech, jako by to bylo něco výborného a vhodného k soutěžení. Myslím, že tato událost mě velice ovlivnila. Jinak si už nevybavuji nikoho konkrétního, kdo by hlídal svou váhu, často o tom mluvil, nebo držel dietu. Možná tím, že jsem se vždy snažila začleňovat mezi starší kamarádky, vedlo k tomu, že jsem se dříve, než je běžné, setkala s tímto tématem (všechny řešily svůj vzhled, aby se líbily klukům).

**Napište, prosím, jaké okolnosti podle Vás k propuknutí onemocnění vedly.**

Kromě výše uvedených si snad jen matně pamatuji na nějakou nejapnou poznámku o velikosti mého pozadí ze strany některého spolužáka. Vedle toho to ale byly především můj perfekcionismus a ctižádost být ve „všem“ nejlepší a špatné pochopení toho, že i v této oblasti se dá soutěžit.

**Jak dlouho jste si pohrávala s myšlenkou, že jste tlustá? (Pokud taková myšlenka byla...)**

Než jsem přestala jíst? To nedokážu uvést přesně, ale myslím, že to několik měsíců trvalo.

**Byla jste spokojená se svými výkony ve škole?**

Myslím, že ano. Byla jsem už od mala premiantka, těšilo mě to a podněcovalo vždy k lepším (nebo alespoň stejně tak dobrým) výkonům.

**Byla jste spokojená se svými výkony ve hře na flétnu?**

To ne. Sotva jsem začínala, takže tam byla přede mnou vidina ještě velké práce, aby to k něčemu vypadalo. Víím, že jsem se hodně rozčilovala, když mi něco nešlo. Na druhou stranu mě to ale velice bavilo a těšilo mě pracovat pravidelně a usilovně.

**Myslíte si, že jste správným způsobem využívala svůj volný čas (časový harmonogram dne, dobrý koníček)?**

Myslím, že ano. Plnila jsem své povinnosti, nad to se věnovala koníčkům (hře na flétnu, zpívání) a v té době jsem měla vedle toho i čas k dalším podnikům – hry s vrstevníky, četba, dovednosti, psaní příběhů, zdobení pokojíčku... Byla jsem dost aktivní a těšilo mě to.

**Myslíte si, že hodnotový systém, jaký se Vám rodiče snažili vštěpovat, může pomoci jako prevence proti tomuto onemocnění?**

Ano, myslím, že v tom žebříčku hodnot bylo vše v pořádku, vše, s čím bych souhlasila a co považuji dnes za správné i já. Nikdy nebyl kladen důraz na materiální hodnoty, vzhled, kariéru a úspěch. Důležitá byla snaha o dobrý a poctivý život, tolerance a ohleduplnost k druhým, láska k přírodě a k bližním. Myslím, že tyto hodnoty rozhodně nemají ni společného s touto psychickou poruchou a když je člověk opravdu přijme za své, mohou být dobrou prevencí.

**Myslíte si, že hodnotový systém, jaký se Vám rodiče snažili vštěpovat, může pomoci při léčbě mentální anorexie?**

Ano, stejně tak si myslím, že tyto (dle mého názoru) správné hodnoty mohou pak pomoci při léčbě, při návratu ke zdravému smýšlení.

**Myslíte si, vhodné využívání volného času může lidem pomoci v prevenci a léčbě mentální anorexie?**

Ano. Jak jsem uvedla, pro množství mých aktivit už nemám čas na to, abych se zabývala vlastní postavou. Myslím si, že to opravdu může být dobrá prevence.

**Byla pro Vás oporou víra v Boha?**

Myslím, že v době onemocnění, když jsem prožívala ještě svoji dětskou víru, pro mě bylo důležité hlavně společenství lidí, mezi které jsem patřila – ať už mladých kamarádů ze „spolča“ nebo scholy, tak i ostatních farníků – dobrých a hodných lidí, kteří nekladli důraz na materiální, ale na duchovní hodnoty. Myslím, že i tato opora (která byla nejzřetelnější ze strany mých rodičů) mi pomohla k uzdravení smýšlení a psychiky. Víra v Boha mi vždy byla a je stále větší oporou v běžných starostech i větších problémech a krizích.

**Vzpomínáte si na nějaké další důležité okolnosti, které zde nebyly zmíněny?**

Nebylo tu zmíněno například to, že na spoustu okolností si ani nevzpomínám. Bylo to už hodně dávno (alespoň z mého pohledu) a byla jsem malá, takže takové věci se snáze zapomínají. Například to, že mě rodiče na celý měsíc uvolnili ze školy, aby se mohli starat o moje zdraví (o můj život), mi připomněli až oni, já jsem na to dočista zapoměla.

Myslím si, že hodně zajímavý a pro upřesnění mého problému i důležitý byl také můj vztah ke starší sestře. Ji jsem si totiž zvolila za svoji „oběť srovnávání“, či jak bych to mohla nazvat. Vzhledem k tomu, že jsem v okolí neměla nikoho, kdo by stejný problém řešil, a že jsem tento svůj problém vnímala jako něco dobrého (ve smyslu soutěžení sama se sebou i druhými – čím míň jíš, tím jsi lepší, dokázala jsi to, máš silnou vůli), zvolila jsem si ji jako své měřítko toho, jak moc jsem v tom dobrá. Přitom jsem měla neustále pocit, že stále ještě jím oproti ní hodně. Vyústilo to v to, že jsem se snažila ji přesvědčovat, ať jí víc, ba dokonce jí sama podstrojovat jídlo, nebo jsem dokonce nechtěla jíst, dokud toho ona nesnědla dvakrát tolik (byla přece starší) než já. Je to přehnané, děsivé, ale bylo to tak...

## 5.2. Příloha č. 2

### Souhrn odpovědí

#### **Jaké byly vzájemné vztahy mezi sourozenci?**

**Starší sestra 1:** Myslím, že dobré.

**Starší bratr:** Vztahy mezi námi byly vždy dobré. Samozřejmě někdy to bylo lepší, někdy horší. Víím, že se sestrou jsme měli období, kdy ten vztah nebyl úplně ideální. Dost jsem ji zlobil a ona to špatně snášela. Nedokážu ale říct, jestli to bylo před, po a nebo v době, kdy měla mentální anorexii.

**Starší sestra 2:** učitě by bylo co zlepšovat, ale nemyslím si, že byly špatné

**Jana:** Myslím, že celkem běžné, jako jsou v jiných rodinách s více dětmi. Měli jsme se rádi, ale samozřejmě jsme se hádali a „kočkovali“. Projevovaly se zde věkové rozdíly, které mezi nejstarším a nejmladším sourozencem dosáhly 14 let, takže já jsem měla nejbliže k o 3 roky starší sestře. Víím, že jsem se snažila „držet krok“ spíše se staršími sourozenci.

#### **Měla vaše sestra v období propuknutí mentální anorexie kamarádky?**

**Starší sestra 1:** Jak se to vezme. Kamarádily jsme všechny s K. a L., ale hodně já a starší sestra 2. Jana se snažila zapadnout. Jenže hrál velkou roli věkový rozdíl, Jana pro nás spíš byla ještě dítě a my už se bavily o klucích, dietách, módě... Viděla bych to i jako jednu příčinu, proč anorexii Jana měla. Tím, že chtěla zapadnout, vyrovnat se nám...

**Starší bratr:** Myslím, že ano. Ale zdá se mi, že v té době měla problémy se spolužáky ve škole.

**Starší sestra 2:** Pár kamarádek měla v naší vesnici i ve škole.

**Jana:** Měla jsem kamarádky, rozhodně jsem nebyla samotář. Mezi spolužáky jsem měla jednu bližší kamarádku, se kterou jsem měla blízký vztah už od školky. Na vesnici jsem se kamarádila s pár mladšími dívkami, pro které jsem byla něco jako

„vedoucí party“ a také jsem se snažila začlenit mezi starší dívky – kamarádky především mých starších sester.

**Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na vzhled?**

**Starší sestra 1:** Nemyslím si.

**Starší bratr:** NE

**Starší sestra 2:** V naší rodině byl kladen důraz více na jiné hodnoty než vzhled.

**Jana:** Ne, tak jsme vychováváni rozhodně nebyli. Rodiče dbali na to, abychom chodili upraveni a byli čistotní, ale jako křesťané se nám od mala snažili vštěpovat vyšší hodnoty než materiální.

**Byl vám jako dětem ve vaší rodině předkládán ideál krásy tak, jak jej představovala média (zdraví a krása ve spojení s hubeností, zdravotní problémy a ošklivost spojeny s nadváhou)?**

**Starší sestra 1:** Taký si to nemyslím, spíš to člověk viděl v televizi, mezi spolužáky.

**Starší bratr:** NE

**Starší sestra 2:** Nemyslím si.

**Jana:** Rozhodně ne. Maminka se vždy snažila, abychom byli dobře a zdravě živeni a měli normální a zdravý vývoj. Nikdy nepadlo slovo o tom, že bychom si měli hlídat váhu. Myslím, že skoro všichni jsme byli v dětských letech maličko „oplácení“, abychom potom měli z čeho růst.

**Vzpomínáte si, jaké časopisy jste si doma v dětství četli?**

**Starší sestra 1:** Nezbeda a Kačer Donald

**Starší bratr:** Časopisy a většinou ani noviny se u nás doma moc nečetly, a když,



tak s křesťanskou tematikou. V dětství jsme četli spíš časopisy pro děti. Nejstarší setra si v pubertě četla časopisy pro teenagery jako Bravo apod., což se rodičům vůbec nelíbilo a bylo to spíš přes jejich zákaz.

**Starší sestra 2:** časopis Nezbeda, In

**Jana:** Já jsem moc časopisy nečetla. Ale domů nám chodil Nezbeda (křesťanský časopis pro děti), Kačer Donald (toho četl hlavně starší bratr) a nejstarší sestra si možná občas koupila Bravo. Časopisy jako Mateřídouška, Čtyřlístek nebo Měďa Pusík jsme nekupovali.

**Byly vám v rodině vštěpovány zásady tolerance k odlišnostem druhých lidí?**

**Starší sestra 1:** Nepamatuji si..

**Starší bratr:** Ano

**Starší sestra 2:** Teď si moc nevzpomínám, ale celkově nás rodiče vedli k dobrým mravům.

**Jana:** Ano, rodiče nás vedli ke slušnosti, ohleduplnosti a porozumění druhým.

Věděli jsme od mala, že všichni lidé jsou si rovni, každý je jedinečná osobnost a každý člověk má velkou důstojnost, která je dána Bohem.

**Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na výkon?**

**Starší sestra 1:** Myslím, že v určité míře ano, ale přiměřeně.

**Starší bratr:** Ne. Byl kladen důraz na to, abychom se dobře učili, měli dobré známky ve škole a na dobré chování, ale myslím, že v přirozené míře.

**Starší sestra 2:** Rodiče chtěli, abychom ve škole měli dobré známky.

**Jana:** Myslím, že ne. Rodiče nás sice vedli k tomu, abychom poctivě plnili své úkoly, snažili se mít dobré známky ve škole a byli pracovití doma, ale rozhodně to nebylo nepřiměřené. Naopak, bylo to velice potřebné a naprosto správné.

### **Byli jste doma často chváleni?**

**Starší sestra 1:** Myslím, že ano

**Starší bratr:** Asi ano. Ale zároveň si myslím, že jsme byli dost motivováni i negativně.

**Starší sestra 2:** sem tam

**Jana:** Je pravda, že jsem od rodičů asi nebyla mnoho nebo často chválena (měli mnoho starostí i s dalšími dětmi, maminka hlavně s mladšími), ale myslím si, že nedostatek ocenění jsem začal vnímat až později, když už jsem si to dokázala rozumově odůvodnit a rozpoznat, že to není tím, že by rodiče nebyli spokojeni.

### **Existovala ve vaší rodině soutěživost mezi jejími členy?**

**Starší sestra 1:** Ani bych neřekla...

**Starší bratr:** Z mého pohledu mezi námi moc velká soutěživost nebyla. Možná je to tím, že jsem nebyl příliš ctižádostivý ani soutěživý. Sestra v tomto byla vždy můj úplný opak. Nedokážu ale posoudit, jak to brali ostatní sourozenci.

**Starší sestra 2:** ne

**Jana:** Myslím, že se v naší rodině nijak zvlášť neprojevovala. Nejstarší sestra se od nás, mladších sourozenců, tak trochu distancovala, snažila se spíše držet krok se svými vrstevníky, můj starší bratr nikdy soutěživý nebyl (to se nikdy nezměnilo), na výkonu mu moc nezáleželo, moje druhá starší sestra byla spíše uzavřenější a trochu plašší povahy. Zdá se mi, že pouze já jsem byla od mala přirozeně soutěživá a ctižádostivá, snažila jsem se být ve všem nejlepší a nezáleželo na tom, jestli mám v tom soutěžit se sourozenci, spolužáky nebo sama se sebou. Soutěživost se projevila potom snad jen u mladšího bratra, a to také dost intenzivně.

### **Byly ve vaší rodině kladeny velké požadavky na sebeovládání?**

**Starší sestra 1:** Přiměřeně situacím.

**Starší bratr:** Ne nijak přehnané, ale myslím, že ano.

**Starší sestra 2:** Snažili se nás rodiče dobře vychovat, takže samozřejmě byly kladeny požadavky na to být slušný člověk.

**Jana:** To ano. Například, když jsme se vztekali, byly zavedeny speciální (mimochodem výborné) tresty v podobě 15 min klečení v koutě apod. Bylo to naprosto perfektně výchovné a užitečné. Také jsme si nemohli dělat, co jsme chtěli a jak dlouho jsme chtěli. Byl stanoven nějaký řád, který se musel dodržovat, což bylo také moc dobře. Co se týče jiného sebeovládání, jako např. v jídlu, to jsme opravdu nebyli „asketi“.

**Byl ve vaší rodině kladen přílišný důraz na to, co je a co není zdravé v rámci rodinného stravování?**

**Starší sestra 1:** Ne

**Starší bratr:** Ne

**Starší sestra 2:** přílišný určitě ne

**Jana:** Důraz byl kladen hlavně na pravidelnou stravu. Maminka často vařila i pekla a vyráběla různé domácí produkty (ovocné šťávy, zavařeniny, marmelády, jogurty, kašičky, džusy apod.) a snažila se nám vždy dopřát to nejlepší. Přehnaný důraz na „zdravé“ stravování kladen nebyl, dostávali jsme i uzeniny a občas sladkosti.

**Byl někdo ve vaší rodině obézní?**

**Starší sestra 1:** Strýc a teta. Z nejbližších ne.

**Starší bratr:** Přímo v naší rodině ne. Z blízkých příbuzných asi strejda a teta.

**Starší sestra 2:** Nebyl, všichni jsme byli odjakživa celkem hubení.

**Jana:** V nejbližší rodině ne, pouze ze vzdálenějších příbuzných měli někteří

nadváhu.

**Jak jste jeho obezitu vnímali z estetického hlediska?**

**Starší sestra 1:** Jako něco nehezkeho, neslušivého.

**Starší bratr:** Nikdy jsem to neřešil a nevnímал negativně. Nebo si na to alespoň nevzpomínám.

**Starší sestra 2:** Nesouhlasím s lidmi, kteří druhé nemají rádi kvůli obezitě.

**Jana:** Nikdy mi to nevadilo ve vztahu k němu, měla jsem ho stále stejně ráda a tak nějak to k němu patřilo. Myslím, že jsem to na něm nevnímala jako nějakou negativní, nebo škaredou věc.

**Držel někdo z členů vaší rodiny dietu?**

**Starší sestra 1:** Myslím, že ne. Občas jsem se možná o něco pokusila, ale čokoláda byla silnější.

**Starší bratr:** Z dospělých asi ne. Napadá mě jen nejstarší sestra přibližně v deváté třídě ZŠ.

**Starší sestra 2:** Máma držela dietu po porodu.

**Jana:** V nejbližší rodině určitě ne a nejsem si vědoma ani ničeho zvláštního mezi širším příbuzenstvem. Pouze jedna vzdálenější příbuzná se mi vždy zdála až moc hubená. Vedle toho se možná vyskytly diety spojené s diabetes.

**Myslíte si, že vaše sestra vhodným způsobem využívala volný čas? (myslím, jestli měla vhodného koníčka, správný časový harmonogram dne)**

**Starší sestra 1:** To už nevím. Hrála na flétnu a vždy byla perfekcionalisticky založená, jak ve škole, v koníčcích... Vše muselo být perfektní. I to je další, co mě napadá jako vyvolávající faktor...

**Starší bratr:** Tím si nejsem jistý. Myslím, že někdy až příliš času věnovala učení nebo hře na flétnu.

**Starší sestra 2:** Velkým koníčkem bylo vždy pro sestru hraní na flétnu.

**Jana:** Myslím, že ano. Plnila jsem své povinnosti, nad to se věnovala koníčkům (hře na flétnu, zpívání) a v té době jsem měla vedle toho i čas k dalším podnikům – hry s vrstevníky, četba, dovednosti, psaní příběhů, zdobení pokojíčku... Byla jsem dost aktivní a těšilo mě to.

