

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VÝVOJ HODNOTOVÉ ORIENTACE U DÍVEK A ŽEN, KTERÉ
V MINULOSTI TRPĚLY MENTÁLNÍ ANOREXIÍ**



Magisterská diplomová práce

Autor: Alžběta Šnoblová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2019

Poděkování: Děkuji PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za vstřícnost, poskytnuté rady i povzbuzení při odborném vedení mé diplomové práce. Velké díky patří také všem respondentkám, které se ochotně účastnily mého výzkumu. Děkuji své rodině, svému příteli i svým kamarádům, v nichž jsem nacházela (nejen) podporu po celou dobu svého studia. V neposlední řadě bych ráda poděkovala Centru Anabell, kterému vděčím za velice cenné zkušenosti a poskytnuté příležitosti.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vývoj hodnotové orientace u dívek a žen, které v minulosti trpěly mentální anorexií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

OBSAH

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	7
1. Mentální anorexie a její vliv na člověka	8
1.1. Základní představení poruch příjmu potravy	8
1.2. Vymezení, charakteristika a diagnostika mentální anorexie	10
1.3. Výskyt a etiologie mentální anorexie	11
1.4. Možnosti prevence mentální anorexie	20
1.5. Průběh a prognóza mentální anorexie.....	21
1.6. Důsledky mentální anorexie.....	23
1.7. Možnosti a specifika léčby mentální anorexie	25
1.8. Vybrané aktuální výzkumné poznatky týkající se mentální anorexie a její léčby... ..	35
2. Hodnoty a hodnotová orientace.....	38
2.1. Základní vymezení a pojetí pojmu hodnota	38
2.2. Vybrané teorie a klasifikace hodnot.....	40
2.3. Hodnotová orientace a hierarchie hodnot v ontogenezi člověka.....	43
2.4. Vývoj hodnotové orientace v souvislosti s onemocněním mentální anorexií... ..	46
2.5. Mentální anorexie a sebehodnota	47
PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	49
3. Výzkumný problém, cíle a otázky.....	50
3.1. Výzkumný problém	50
3.2. Výzkumné otázky a cíle.....	50
4. Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	51
4.1. Zvolený typ výzkumu	51
4.2. Metody získávání dat	51
4.3. Metody zpracování a analýzy dat	51

4.4.	Průběh výzkumu	52
4.5.	Etická úskalí výzkumu a způsoby jejich řešení	54
5.	Výzkumná populace a výzkumný soubor	56
6.	Výsledky výzkumného šetření	62
6.1.	Subjektivní význam pojmu hodnota (hodnoty)	62
6.2.	Konkrétní hodnoty důležité pro respondentky	62
6.3.	Pevnost a stálost hodnot.....	64
6.4.	Pohled na výchovu k hodnotám ze strany rodičů a rodiny celkově	64
6.5.	Vnímání hodnot v průběhu onemocnění mentální anorexie	65
6.6.	Vývoj pojetí hodnot v kontextu s onemocněním mentální anorexií.....	67
6.7.	O vývoji sebehodnoty	68
6.8.	Vnímání důležitosti společenského uznání a ocenění	69
6.9.	Pocit užitečnosti pro druhé versus individuální uspokojení.....	70
6.10.	O hodnotách ve vztahu k hranicím vlastního ega	71
6.11.	Vnímaný rozpor mezi zastávanými hodnotami a vlastním jednáním	72
6.12.	Vlastní doplnění k tématu.....	74
7.	Vyjádření k výzkumným otázkám	75
8.	Diskuze	76
9.	Závěry	80
10.	Souhrn.....	82
11.	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	84
	Přílohy diplomové práce.....	94

Úvod

Hodnoty v životě člověka lze obecně chápat jako něco, co dává důvod **proč** žít a také do jisté míry odpovídá na otázku **jak** žít. Hodnotová orientace i systém hodnot, které jsou nám vlastní, určují náplň našich životů, způsob vztahování se k veškerým obsahům, s nimiž přicházíme do styku, usměrňují naše reakce a jednání.

V hierarchii hodnot většiny lidí mívá všeobecně velice výsadní a nezastupitelné místo **zdraví**. Nechybí obvykle v přáních k narozeninám či svátkům, považuje se za nutnost, jejíž naplnění umožňuje uskutečňování hodnot dalších. Fyzické (i duševní) zdraví je přitom poměrně úzce spjata s tělesným vzhledem. Také tato vnější estetická stránka péče o vlastní tělo představuje společností (a jedinci, kteří ji tvoří) vysoce ceněnou hodnotu – čím dál častějším předmětem diskuze je nicméně otázka, do jaké míry je společenský ideál tělesné krásy v souladu (či vůbec slučitelný) se zdravím. Poruchy příjmu potravy a jejich rostoucí výskyt v zemích západní společnosti mohou být jakýmsi varováním či upozorněním na to, jak pečlivě a rozvážně je v tomto ohledu důležité stanovovat priority.

Mentální anorexie patří k poruchám, které významně narušují naplňování základního předpokladu žití. Může se zdát značně paradoxní, že „vyšší“ ideály a představy o způsobu nakládání se svým životem (touha po dokonalosti, cílevědomost či nekompromisní snaha o sebekontrolu) v případech jedinců s poruchou příjmu potravy jistým způsobem převýší a nahradí tak elementární a neoddiskutovatelnou podmínku žití, jakou je přijímání potravy.

Při psaní své bakalářské práce k tématu emocí u dívek trpících mentální anorexií jsem si více než kdy předtím uvědomila, jak hluboce toto onemocnění ovlivňuje celého člověka, který jím prochází. Jak dalece a mnohdy trvale mění jeho vnitřní svět a vnímání světa okolního. Emoce, na které se práce soustředila, s hodnotami úzce souvisí – toto propojení se mi jevilo jako velice zřejmé a patrné i v rozhovorech s respondentkami v rámci praktické části práce. V ní jsem silně vnímala rozdílnost obsahů, které se jevily důležité dívkám se zkušeností s mentální anorexií oproti respondentkám, jež si onemocněním aktuálně procházely i participantkám se zdravým postojem k jídlu. Bylo možné identifikovat určité společné rysy v tom, na které oblasti kladly dívky se zkušeností s mentální anorexií důraz, a nabyla jsem dojmu, že významnost připisovaná určité tematice a její výraznější emoční náboj naznačují postavení dané oblasti v hodnotové hierarchii konkrétního jedince.

Také mne velmi zaujal pocit viny, zmiňovaný v rozhovorech respondentkami se zkušeností s mentální anorexií. Díky jejich výpovědím jsem více přemýšlela nad tím, jak může mentální anorexie ovlivňovat nejen tělesný a duševní stav jedince, ale i oblast související s jeho

morálními hodnotami a charakterem. Fakt, že poruchy příjmu potravy bývají úzce spojené s klamáním okolí, skrýváním i podvody za účelem vyhnout se prozrazení a léčbě nemoci, je sice všeobecně znám, nicméně jeho možným dopadům a důsledkům by dle mého názoru bylo žádoucí věnovat více pozornosti. Jaký vliv může mít mentální anorexie na morální a etické hodnoty jedince, pokud ho „nutí“ lhát svým nejbližším? Jak ovlivňuje jeho osobní hodnoty, pokud omezuje náplň jeho života na sebekontrolu a restrikcí naplňování zcela bazální potřeby příjmu potravy? Tyto a mnohé další otázky mne přiváděly k myšlence zaměřit svou další práci právě směrem k hodnotám v souvislosti s mentální anorexií.

Diplomová práce je členěna do dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

V první, teoretické části si kladu za cíl představit, vymezit a charakterizovat mentální anorexii i možnosti její léčby, dále podat přehled informací souvisejících s hodnotami a hodnotovou orientací jak z obecného hlediska, tak v souvislosti s mentální anorexií.

Praktická část sleduje záměr popsat výzkum kvalitativního typu, provedený se třinácti respondentkami majícími zkušenost s mentální anorexií a její léčbou.

Cílem diplomové práce jako celku je přehledným způsobem prezentovat a shrnout relevantní poznatky týkající se mentální anorexie, hodnot a vývoje hodnotové orientace, včetně vzájemných souvislostí těchto témat.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Mentální anorexie a její vliv na člověka

Následující kapitola shrnuje základní představení tematiky spojené s mentální anorexií, dále charakteristické znaky, průběh, prognózu a důsledky tohoto onemocnění. Její důležitou součástí představují také údaje o výskytu a etiologii mentální anorexie i možnostech prevence poruch příjmu potravy. Vymezeny jsou také možnosti a specifika léčby mentální anorexie. Závěrečná podkapitola doplňuje výčet informací o vybrané aktuální výzkumné poznatky z oblasti týkající se mentální anorexie a její léčby.

1.1. Základní představení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy, představující velice rozsáhlou a vnitřně rozmanitou skupinu onemocnění, se řadí k nejčastějším a s ohledem na své důsledky a obvykle dlouhotrvající průběh také nejzávažnějším poruchám, postihujícím především dospívající dívky a mladé ženy. Kromě mentální **anorexie**, **bulimie** a jejich atypických forem se mezi ně řadí také psychogenní a noční **přejídání**, případně obezita z nich plynoucí (Krch, 2016).

Jak upozorňuje Kulhánek (2014), setkat se lze i s některými nověji vymezenými formami **nespecifických poruch příjmu potravy**, mezi něž patří například ortorexie, bigorexie a drunkorexie. **Ortorexie** je charakteristická patologickým zaujetím zdravou stravou, strachem z „nezdravého“ jídla, postupným ubýváním na váze a dalšími příznaky. U **bigorexie** převládá typická nespokojenost s vlastním vzhledem a touha po silném těle, kterého se jedinec snaží dosáhnout nadměrným cvičením, užíváním anabolik apod. **Drunkorexie** se vyznačuje kombinováním omezovaného příjmu kalorií v jídle s konzumací naopak nadměrného množství alkoholických nápojů. Byť se tyto poruchy na první pohled mohou jevit jako formy veskrze neškodného, svébytného způsobu života a stravování, ve svých extrémních podobách může být jejich závažnost srovnatelná s riziky spojenými s mentální anorexií, bulimií či psychogenním přejídáním, a mohou ohrožovat životy lidí jimi trpících.

Krch (2016) v této souvislosti upozorňuje, že v současnosti přibývá nemocných, jejichž primárním cílem je stravovat se zdravým způsobem, případně těch, kteří byli k úpravě jídelních návyků a skladbě jídelníčku primárně vedeni a povzbuzováni lékaři i okolím (kupříkladu při různých potravinových alergiích či jaterní dietě). Ač úbytek váhy nebývá u těchto jedinců původním záměrem, rychlé zhubnutí působí mnohé změny tělesné i psychické, vedoucí k plnému propuknutí poruchy příjmu potravy, a následná náprava situace může být velice komplikovaná.

Projevy mentální anorexie i bulimie lze vnímat jako určité mezí, patologické verze stravovacího chování, s nimiž se pojí nejen typicky **vyhraněné postoje** k tématům týkajícím se příjmu potravy a energetického výdeje, zdraví a tělesného vzezření, ale rovněž **výkonové zaměření** jedince. Obě tato onemocnění jsou charakteristická abnormálním **strachem z tloušťky**, nespokojeností s fyzickým vzhledem a nadměrnou, aktivní **snahou hubnout** (či udržovat nepřiměřeně nízkou váhu). Příznačná je pro každou z nich také řada dalších psychických i fyzických zdravotních obtíží, o nichž se předpokládá, že do značné míry souvisí s nevhodnou výživou a praktikováním různých metod k redukci váhy. Jelikož mentální anorexie i mentální bulimie se objevují obvykle v období **dospívání**, mívají kritický vliv nejen na tělesný, ale také osobnostní vývoj nemocných, ovlivňují jejich pracovní i sociální život, rozvoj a osvojované dovednosti. Průběh poruch příjmu potravy bývá pozvolný a nezřídka zůstává jejich přítomnost dlouho nepovšimnuta, ztracena v kontextu nevhodných jídelních návyků rodiny i širšího sociálního prostředí, v němž se osoba trpící danou poruchou nachází (Krch, 2007).

Lze konstatovat, že poruchy příjmu potravy obecně představují dlouhodobě stále výraznější problém. Již v roce 2001 bylo opakovaně upozorňováno na **růst jejich prevalence**, pestrost atypických forem i relativně vysoká procenta komorbidit (Papežová, 2001).

Výrazně bývá v souvislosti s nárůstem počtu nemocných akcentován vliv médií a (především) jimi prezentovaného ideálu krásy. Ač se jejich působení jeví jako neopomenutelné, je nutné brát v úvahu také fakt, že výskyt příznaků mentální anorexie byl zaznamenán již ve druhém století lékařem Galénem. Později dal Hippokrates neurotickému odmítání potravy pojmenování *anorexia nervosa*. V průběhu 12. až 15. století nabývalo záměrné hladovění náboženského významu – mělo přinášet jakési očistění od hříšných fyzických potřeb a žádostí. První odborný lékařský popis mentální anorexie se přičítá Richardu Mortonovi, který jej podal v roce 1689. Roku 1859 informoval americký lékař William S. Chipley o dalším případě mentální anorexie, rok po něm pak také francouzský lékař Louis-Victor Marcé. Publikování těchto článků ovšem ve své době nevzbudilo prakticky žádný ohlas veřejnosti. Sebehladovění se stalo medicínsky uznávanou nozologickou jednotkou až o deset let později díky pařížskému lékaři Ernestu-Charlesi Laséguemu a londýnskému lékaři Williamu Gullovi. Oba tuto chorobu popisovali jako psychogenní, vyskytující se převážně u mladých dívek a žen (Krch a kol., 2005).

Podle Wilsonové (in McGregor, 2019) je strach z jídla zcela přirozenou reakcí na poněkud matoucí potravinové prostředí, v němž se nacházíme – zejména u jedinců zvýšeně

vystavených stresogenním vlivům. Upozorňuje, že je v současnosti více než kdy jindy nutné v zájmu zachování (nejen) duševního zdraví bojovat proti ideálu „čistého“, „dokonalého“ jídla a perfektního, zdravého způsobu stravování, neboť tak hrozí ztráta potěšení z jídla, která dle jejího názoru může vést k závažným důsledkům.

1.2. Vymezení, charakteristika a diagnostika mentální anorexie

Desátá revize **Mezinárodní klasifikace nemocí** v aktualizovaném vydání českého překladu k 1.1.2018 řadí mentální anorexii a její atypickou formu spolu s ostatními poruchami příjmu potravy (mentální bulimií, atypickou mentální bulimií, přejídáním spojeným s psychologickými poruchami, zvracením souvisejícím s jinými psychologickými obtížemi, jinými a nespecifikovanými poruchami příjmu potravy) do kategorie nazvané Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Mentální anorexii charakterizuje především záměrným (z)hubnutím, spojeným se strachem z tloušťky (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017).

Pro stanovení diagnózy mentální anorexie je nutná přítomnost všech následujících příznaků:

- Tělesná **hmotnost** je udržována minimálně 15 % pod předpokládanou váhou nebo BMI (Queteletův index tělesné hmotnosti) nedosahuje 17,5. U prepubertálních pacientů není při růstu splňován očekávaný váhový přírůstek.
- Váha je **snížována záměrně** – dietami, vyvolávaným zvracením, užíváním anorektik, diuretik, laxativ či nadměrným cvičením.
- Přetrvává **strach** z tloušťky, a to i přes výraznou katexii. Spolu s ním se objevuje zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé myšlenky ohledně udržování nízké hmotnosti.
- Dochází k **endokrinní poruše** hypothalamo–hypofyzární–gonádové osy. U žen se projevuje především ztrátou menstruace (amenoreou), u mužů snížením až vymizením sexuální apetence.
- Při prepubertálním počátku onemocnění dochází k **opožďení** či **zastavení puberty**. Po úzdravě zpravidla dochází k jejímu dokončení (růstu, vývoji prsou, genitálií u chlapců), ovšem menarche může být zpožděna.

Diagnóza **atypické mentální anorexie** bývá stanovena v případech, kdy v celkovém obrazu onemocnění není přítomno některé z klíčových kritérií pro konstatování mentální anorexie (Raboch, Pavlovský a kol., 2013).

Ve čtvrté edici Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob, **DSM–IV** (in Le Grange, Swanson, Crow & Merikangas, 2012) tvořily diagnostickou jednotku Poruchy příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Formy poruch příjmu potravy, které nebylo možné zařadit do žádné z „hlavních“ diagnóz dané kategorie, spadaly do skupiny poruch příjmu potravy jinak nespecifikovaných (označovaných zkratkou EDNOS, neboli eating disorder not otherwise specified).

Tato kategorie byla nicméně dle zjištění mnoha autorů (in Dell'Osso, Abelli, Carpita, Pini, Castellini, Carmassi & Ricca, 2016) nedostatečně definovaná a heterogenní, a zahrnovala většinu poruch příjmu potravy klinické populace adolescentů i dospělých.

Na tyto nedostatky reagovala další revize Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob, **DSM–V**. Z kategorie EDNOS vyjmula přejídání (binge eating disorder) jako samostatnou diagnózu a rozšířila hranice mentální anorexie a bulimie. Kategorie EDNOS byla nahrazena skupinou Jiné specifické poruchy stravování a příjmu potravy (OSFED, other specified feeding and eating disorders), sdružující například atypickou mentální anorexii, neúplně vyjádřenou mentální bulimii, přejídání či syndrom nočního přejídání (Dahlgren, Wisting & Rø, 2017).

DSM–V uvádí tři hlavní znaky mentální anorexie, a to vytrvalou restrikcí energetického příjmu, silný strach z přibírání na váze či z tloušťky nebo přetrvávající chování zamezující zvyšování váhy, a narušené vnímání vlastní postavy či tělesné hmotnosti. Vymezuje také (stejně jako předchozí verze manuálu) dva specifické subtypy mentální anorexie, totiž **restriktivní** (během posledních tří měsíců jedinec nezakoušel epizody přejídání či purgativního chování) a **purgativní/přejídací** typ (při výskytu epizod přejídání či purgativního chování během posledních tří měsíců). Manuál se rovněž zaměřuje na problematiku **diferenciální diagnostiky** a zmiňuje možné alternativní příčiny výrazně nízké váhy či jejího úbytku, kupříkladu zdravotní obtíže (např. u gastrointestinální choroby, hypertyroidismu či AIDS), schizofrenii, zneužívání návykových látek, sociálně úzkostnou, depresivní, obsesivně–kompulzivní či dysmorfofobickou poruchu (American Psychiatric Association, 2013).

1.3. Výskyt a etiologie mentální anorexie

Mentální anorexie postihuje především mladé ženy a dospívající dívky. **Pohlaví** je tedy jednou z nejdůležitějších proměnných z hlediska prevalence tohoto onemocnění. Udávaný výskyt mentální anorexie mezi muži se pochybuje od čtyř procent v Japonsku do osmi procent ve Velké Británii a Dánsku (Lindberg & Hjern, 2003).

Jak píše Kolar, Rodriguez, Chams & Hoek (2016), poruchy příjmu potravy obecně byly historicky vnímány jako **kulturně podmíněné** syndromy spjaté se západní společností – s postupem času lze nicméně konstatovat, že se (ač v rozdílné míře) objevují ve všech kulturách. Jejich incidence narůstá i v zemích, které se dříve považovaly za méně ovlivněné „západním“ kultem štíhlosti, zůstává v nich nicméně stále nižší než v zemích západních. Krch (2007) upozorňuje, že v České republice s rostoucím nátlakem na držení diet roste výskyt poruch příjmu potravy i mimo městskou populaci, a že tato onemocnění zasahují ve stále větší míře i skupiny s nižším finančním příjmem a dosaženým stupněm vzdělání. Životní styl počítající s redukčním jídelním režimem jako samozřejmostí se rozšiřuje i u žen, které sice nenaplnují všechna kritéria poruch příjmu potravy a vyhýbají se jakékoliv odborné pomoci, ale přítomnost problematických postojů k vlastnímu tělu a stravování u nich může způsobovat podobné psychické obtíže jako u nemocných s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy.

Dle dat uváděných Balikem, Browleym, Shapirem a Berkmanem (2012) byla ve Spojených státech roku 2007 **prevalence** mentální anorexie u dospělých žen nad 18 let **0,9 %**. Je přitom třeba vzít v úvahu důležitou skutečnost, kterou autoři zmiňují, že zatímco v devadesátých letech bylo věkové rozmezí, v němž nejčastěji docházelo k rozvoji onemocnění ohraničeno 15 a 19 lety, mnoho aktuálnějších studií vypovídá v tomto ohledu o daleko širším věkovém rozpětí – je upozorňováno na rostoucí výskyt mentální anorexie již v prepubertální periodě i u dospělých jedinců.

V Evropě trpí mentální anorexií zhruba 1 až 4 % žen, a ač počet nemocných, které vyhledají odbornou pomoc roste, pouze třetině se dostane lékařské péče (Keski–Rahkonen & Mustelin, 2016).

Prevalence mentální anorexie v České republice se příliš neliší od ostatních zemí západní Evropy a pohybuje se kolem 0,5 a 1,0 % u mladých žen a dívek, přičemž je dlouhodobě patrný **růst její incidence**. Během roku 2017 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních evidováno celkem 454 hospitalizací pacientů s některou z poruch příjmu potravy. V téměř 65 % z nich šlo o diagnózu mentální anorexie, u dalších 13 % se jednalo o její atypickou formu (Ústav zdravotnických a statistických informací České republiky, 2018).

Celkově se dle Hudsona, Hiripi, Pope a Kesslera (in Steinglass & Walsh, 2016) mentální anorexie týká zhruba jednoho procenta žen napříč socioekonomickými třídami.

U výčtu těchto statistik je ovšem nutné brát v potaz, že vzhledem k typickému utajování poruch příjmu potravy a popírání závažnosti jejich příznaků mají epidemiologická data celosvětově značně omezenou výpovědní hodnotu (Krch & Csémy, 2009).

Jak výzkumně dokládá Balik, Brownley, Shapiro, a Berkman (2012), mentální anorexie se často vyskytuje v **komorbiditě** s vážnou depresivní či úzkostnou poruchou. Ze zjištění studií vyplývá, že úzkostné poruchy obvykle předchází onemocnění poruchou příjmu potravy, a deprese v mnohých případech přetrvávají i po ukončené léčbě poruchy příjmu potravy.

Obecně je mentální anorexie považována za psychickou poruchu s **multifaktoriální etiologií**; zdůrazňuje se její celostní, biopsychosociální podmíněnost. K rozvoji mentální anorexie tedy může dojít, je-li do jisté míry disponovaný jedinec vystaven působení určitých kritických vlivů, jež u něj spustí impulz k držení restriktivní diety. Tato náchylnost k dietám bývá spojována s ženským pohlavím, předčasnou ale i naopak pozdější fyzickou vyspělostí, výraznější tělesnou konstitucí či rozložením tuku v těle, nevhodnými stravovacími návyky referenčního prostředí, silným zaměřením na výkon, úspěšnost a vnější vzhled. Riziková může být nicméně celá řada dalších osobních, rodinných a sociálních faktorů, míra intenzity, s jakou je o dietní záměry usilováno, která může záviset na mnoha konkrétních okolnostech a individuálních možnostech nemocného, jeho věku, individuálních charakteristikách, zkušenostech apod. (Krch a kol., 2005).

Psychosomatický model poruch příjmu potravy, který popisuje Raboch, Pavlovský a kol. (2013) uvádí mezi výchozími předpoklady pro vznik poruchy primární kortikální dysfunkci, dysfunkci nehomeostatického řízení příjmu jídla a kortikálně–limbických neuronálních okruhů řídících stravovací chování, kognitivní funkce, motivační vzorce a emoční zpracování stresu. Prvotní snaha o kontrolu zejména negativních emocí a stresu ústí dle této teorie ve zvýšenou pozornost věnovanou tělesnému schématu a jídelnímu chování. Maladaptivní stravovací návyky zpětně působí na funkci neuronálních okruhů a rovněž narušují rovnováhu v homeostatické regulaci chuti k jídlu, hladu, sytosti a váhy, kde hraje hlavní roli hypothalamus. Důležité je rovněž působení mnoha hormonů. Anorexigenní signály zajišťuje především CRH (hormon uvolňující kortikotropin). Inhibici příjmu potravy ovlivňuje také serotonin a dopamin, hrající významnou roli v rovnováze mezi prožitky slasti z jídla a pocity sytosti. Na vznik onemocnění může mít dále vliv seberegulační systém, který (vertikálně – jedná se o tzv. top–down kontrolu) spojuje chuť s životními cíli a hodnotami a přiřkládá jí význam. Abnormality v těchto třech systémech mohou představovat zvýšení rizika pro rozvoj některé z poruch příjmu potravy. Mentální anorexie je tedy v tomto pojetí

způsobena přetrvávajícím deficitem seberegulačního systému, kdy se původně neutrální podnět (jídlo) spojuje s nestandardním afektivním doprovodem a (/nebo) kompulzivní aktivitou. Utvoření patologických okruhů může podpořit také porucha hipokampu, jíž mívá na svědomí množství prožívaných emočních a vývojových traumat.

Říčan a Krejčířová (1997) rozdělují **rizikové faktory** pro vznik mentální anorexie na predispoziční, spouštěcí a udržující. Mezi **predispoziční** lze řadit obecnější charakteristiky související se sociokulturním prostředím, rodinou a osobností jedince. Mnoha z nich je vystavena řada lidí, u nichž k rozvoji poruchy příjmu potravy nedojde (např. společenskému ideálu štíhlosti), tudíž tyto faktory samotné nelze považovat za klíčové pro její rozvoj. Faktory **spouštěcí** jsou již specifitějšího rázu a přímo vyvolávají anorektické symptomy (jedná se kupříkladu o potíže se separací či jiné problémy v rodině, zkušenost se sexuálním zneužíváním apod.). Již plně vyjádřené onemocnění může dále produkovat určité mechanismy, podílející se na udržování symptomů nemoci a celkové stagnaci dané osoby. Ty jsou pokládány za faktory **udržující** (jde např. o takzvané sekundární zisky z nemoci i některé endokrinní změny).

Alternativní dělení rizikových faktorů mentální anorexie uvádí Kocourková et al. (1997), která rozlišuje faktory sociokulturní, individuální a rodinné.

Sociokulturní faktory, především společností vysoko ceněná a médii často proklamovaná štíhlost, představují velice výrazné a v souvislosti s riziky zvyšujícími pravděpodobnost výskytu mentální anorexie často otevírané téma (Papežová, 2010).

Dle Krcha a kol. (2005) přináší **média** nerealistické a se zdravím neslučitelné informace o způsobech hubnutí i o podobě žádoucího ideálu. Ty zcela nevhodně slouží jako vzory (především) pro dospívající, u nichž mohou zásadním způsobem podlamovat sebedůvěru a posilovat přílišné zaujetí vlastním vzhledem.

Oltmanns a Emery (2004) k tomu dokládají dramatické zvýšení incidence poruch příjmu potravy v době, kdy se ideál ženské krásy posunul směrem k výrazné štíhlosti a častější výskyt poruch příjmu potravy v industrializovaných zemích oproti neindustrializovaným, kde bývají preferovány oblejší tvary postavy. Zvnitřnění ideálu štíhlé postavy v důsledku působení médií dle nich činí predisponované jedince zranitelnějšími vůči působení dalších vlivů.

Rozhodující je přitom (mimo jiné) míra, do jaké se dívky s prezentovaným ideálem krásy ztotožní a přijmou ho za svůj (Krch a kol., 2005).

Velmi rizikově mohou působit internetové stránky a blogy nemocných s mentální anorexií. Ty původně vznikly jako jakási alternativa dříve vznikajících webů vytvářených odborníky či rodiči nemocných s poruchami příjmu potravy, jejichž cílem byla jednoznačně pomoc v léčbě těchto poruch. Záměry tvůrců nově vznikajících blogů jsou již daleko nejednoznačnější a neprůhlednější – často ovšem obsahují i konkrétní informace a inspiraci, jakými způsoby hubnout a podobně (Novák, 2008).

Stránek s explicitně pro-anorektickým obsahem existuje řada. Většinou zahrnují denní zápisky psané jedinci s poruchou příjmu potravy, včetně tipů a rad ostatním, uměleckých textů, v nichž popisují vlastní zkušenosti s mentální anorexií či jiným onemocněním daného spektra, i fotogalerie či obrázků vyhublých modelek či samotných autorek (Giles, 2006).

Zásadní dopad podobných blogů spočívá dle Letochové (2012) v tom, že mají potenciál oslovit prostřednictvím obrazového materiálu s motivačním nádechem další a další jedince. Hovoří se o takzvané thinspiration. Jedná se o výraz složený z anglického thin, v překladu štíhlý, a inspiration, česky inspirace. Fotografie a obrázky s tímto označením tedy sledují přímý cíl motivovat druhé k úsilí o výrazné snižování váhy.

Oproti určitému trendu držení hladovek a diet, který byl dosud médií velmi oblíbený, ovšem v poslední době začíná dostávat prostor také jeho stále hlasitější negativní odezva stran některých odborníků. Veřejně proti všeobecnému preferování až nezdravé štíhlosti vystupuje například M. Navrátilová, vedoucí lékařka poradny pro poruchy výživy Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno, spolu s P. Kohoutem, primářem interního oddělení a vedoucím Centra výživy Thomayerovy nemocnice v Praze, v pořadu Máte slovo (in Jílková, Brunclík, Dušková, Smrž & Kudrnáček, 2018), kde upozorňují na nebezpečnost diet a hladovek s ohledem na riziko překročení hranice prospěšnosti pro zdraví fyzické i psychické a propuknutí poruchy příjmu potravy, či dietoložka K. Cajthamlová – kupříkladu v rozhovoru pro DVTV (in Hospodářské noviny, 2018).

Vzniká také mnoho kampaní a projektů, majících za cíl prezentovat myšlenku variability ideálu lidského těla a (nejen) ženské krásy – jednu z nejvýraznějších z nich přinesla např. firma Dove v rámci iniciativy nazvané Projekt sebedůvěry (Dove, 2019). Ideál štíhlosti tedy v současnosti rozhodně není jediným, který by média nabízela.

Zvýšeně ohrožené poruchami příjmu potravy jsou některé skupiny lidí se specifickou profesí či určitými zájmy. Mezi nimi bývá nejčastěji zmiňován modeling, balet (i tanec všeobecně) a gymnastika. Celkově jde o oblasti, v nichž představuje tělesný vzhled významnou část profesní identity, což se obvykle pojí i s vysokou mírou pohybu (Krch a kol., 2005).

Roste také počet studií, zabývajících se vegetariánstvím a veganstvím v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Poukazuje se v nich například na to, že ženy – vegetariánky, mívají ve větší míře obavy spojené s dospělostí, nižší sebevědomí, sklony k perfekcionismu a vykazují více symptomů poruch příjmu potravy (Lindeman, Stark & Latvala, 2000).

Podobně se i dle studie Byrd–Bredbennera a Quicka (2013) u vegetariánsky stravujících lidí signifikantně zvyšují šance na výskyt určitých znaků poruch příjmu potravy. Bývá u nich častěji přítomno vyvolávání zvracení či zvýšená kontrola těla, vykazují zvýšené obavy týkající se vlastní váhy, fyzické formy a stravování. Také tito autoři u respondentů – vegetariánů konstatují nižší životní spokojenost, sebevědomí a vyšší depresivitu v porovnání s lidmi, kteří maso konzumují. Respondenti v tomto výzkumu ovšem byli jak ženy, tak muži, což vzhledem k nízkému výskytu poruch příjmu potravy v obecné mužské populaci umocňuje pozoruhodnost výsledků tohoto zkoumání.

Alternativní způsoby stravování a jejich rizikovost v souvislosti s poruchami příjmu potravy tedy představují značně problematickou oblast. Jak popisuje A. Klímová, vedoucí pražské pobočky Centra Anabell (osobní sdělení 25. února 2019), je obtížné určit, do jaké míry důvody k odmítání určitého druhu potravy u konkrétního jedince pramení z etických, mravních či náboženských důvodů apod., a kde motivace vychází ze symptomatiky mentální anorexie. Výraznou komplikací mohou nestandardní přístupy k jídlu představovat také v léčbě. Tolerance jednotlivých nemocničních zařízení ke specifickým dietám (nevycházejících ze zdravotních důvodů) se značně liší, nicméně obvykle bývá silný tlak na přijímání všech druhů potravin, alespoň v akutních a závažných stavech nemoci.

Röhr (2013) upozorňuje, že v konzumní společnosti, která nabízí hojnost potravin, se z jídla snadno stává prostředek tišení nejen fyzického, ale i duševního hladu. Poruchy příjmu potravy lze z tohoto hlediska pojímat jako důsledek zneužívání jídla jako určité drogy, které vede k obtížím se ztrátou kontroly i k dalším symptomům závislosti.

Mezi **individuální faktory** mající vliv na výskyt mentální anorexie patří biologické a osobnostní predispozice jedince. Především již zmiňovaná vyšší prevalence mentální anorexie u žen vedla k formulaci mnoha etiologických teorií. Dle jedné z nich se dívky s touto diagnózou brání přijetí role ženy, bojí a zdráhají se dospět. Fyzické projevy dospívání a s nimi spojené změny bývají u dívek výrazněji patrné (což mívá i ne vždy chtěné či vhodně formulované ohlasy okolí). Na probíhající změny je poměrně náročné se adaptovat a může být velmi obtížné je vůbec akceptovat. Dívky, které vyspívají oproti vrstevnicím a vrstevníkům brzy jsou v tomto ohledu ohrožené zvýšeně (Krch a kol., 2005).

Beattie v roce 1988 komentovala rodovou specifičnost mentální anorexie konstatováním, že společenské uznání žen, jejich sebeúcta a sebehodnocení, je – oproti mužům, kteří si zakládají především na svých aktivitách a kompetencích – v naší kultuře tradičně postavena více na fyzickém vzhledu.

Diskutována je rovněž role **etnického původu** jako rizikového faktoru pro vznik mentální anorexie. Bragazzi a Del Puente (2016) uvádí, že úhel pohledu, přístupující k mentální anorexii jako k onemocnění typickému pro příslušníky západní euroamerické společnosti, již není validní, neboť jsou stále častěji popisovány její případy kupříkladu v Číně, Japonsku, Malajsii, Indii, Singapuru či v arabských státech, a rozdíly ve výskytu mentální anorexie v závislosti na etnické příslušnosti mají tendenci se vyrovnávat.

Větší vliv než samotný národnostní původ může mít nicméně zmiňovaný ideál štíhlosti prosazovaný v dané společnosti a **zážitky odloučení** v podobě změny bydliště, které bývají spojené s akulturací. Výzkumy podporují domněnku, že ženy a dívky žijící v jiné než rodné zemi, jsou zvýšeně ohrožené rozvojem některé z poruch příjmu potravy (Papežová, 2010). Oltmanns a Emery (2004) například uvádějí, že arabské či asijské ženy, žijící či studující v západních státech, trpí mentální anorexií v mnohem větší míře než ty, které setrvávají v rodném prostředí.

Také Miller a Pumariega (2001) upozorňují na rozšíření mezinárodních výměnných programů a sílcí migraci, které dle nich mohou především u adolescentů a mladých dospělých významně přispívat k faktorům posilujícím riziko rozvoje mentální anorexie.

Ve výčtu osobnostních vlastností, označovaných jako charakteristické pro osoby s mentální anorexií (eventuálně osoby mentální anorexií zvýšené ohrožené), bývá často uváděn především **perfekcionismus** (Papežová, 2010).

Projevuje se nejen v oblastech souvisejících s jídlem, nýbrž v celkově nerealistických, přehnaně vysokých nárocích, sebekritičnosti i všeobecné snaze o naprosté dodržování sebekontroly. Dívky trpící mentální anorexií také obvykle velice důsledně usilují o kontrolu projevů emocí, což může vést až k naprostému zmatení a oslabení schopnosti rozeznat a plně prožívat své pocity (Oltmanns & Emery, 2004).

Jak doplňuje Papežová (2010), nebezpečí rozvoje mentální anorexie zvyšují dále sklony k nízkému sebevědomí a silná nespokojenost s vlastní osobou celkově. Typicky také některé obsedantně kompulzivní znaky osobnosti (hlavně v podobě vytrvalé, neústupné zaměřenosti na potravu, hubnutí, dietu a cvičení) a vyšší skóre na škále závislosti v Eysenckově dotazníku.

Srinivasagam, Kaye, Plotnicov, Greeno, Weltzin a Rao (1995) se zabývali otázkou, zda perfekcionistické a obsesivní symptomy typické pro pacientky s mentální anorexií přetrvávají i po uzdravení. Ve svém výzkumu došli k závěru, že i u vyléčených žen a dívek v minulosti trpících mentální anorexií byl zvýšený perfekcionismus patrný, stejně jako obsesivní rysy osobnosti.

Mezi osobnostními vlastnostmi charakteristickými pro dívky s mentální anorexií se zmiňují také nepřiměřená zodpovědnost a přizpůsobivost (Kocourková et al., 1997).

Poněšický (2004) charakterizuje tyto dívky jako jakési vzorné studentky, snažící se vyhovět svému okolí a naplnit očekávání druhých. Mentální anorexie dle jeho názoru může představovat výraz touhy po úniku do určitého druhu reality, jímž dotyčná disponuje sama pro sebe a může v něm jednat dle vlastních pravidel.

Oltmanns a Emery (2004) v podobném duchu vyzdvihují u dívek s mentální anorexií typické **úsilí o (sebe)kontrolu**. Hubnutí dle nich může poskytovat (obzvláště ve značně komplikovaném a náročném období dospívání) pocit kontroly alespoň nad určitou oblastí svého života – nad příjmem potravy. Krom toho může udržování sebekontroly přinášet i hrdost na vlastní schopnost se ovládat.

V dané souvislosti lze mentální anorexií z psychoanalytické perspektivy chápat rovněž jako manifestaci obrany ega proti obávaným orálním pudům (Thomae, 1963).

Ve výčtu psychologických faktorů u nemocných Oltmanns a Emery (2004) uvádí navíc problémy v sexualitě, obavy ze samostatnosti, nízkou sebeúctu a výskyt subdeprese až deprese. Tyto skutečnosti mívají vliv nejen u vzniku onemocnění, nýbrž ovlivňují a posilují i jeho další vývoj. U purgativního typu mentální anorexie dysforie a negativní psychické stavy obvykle přímo souvisí s epizodami přejídání a zvracení. Mohou také vznikat v návaznosti na sociální kritiku či konflikty, neboť pro nemocné s mentální anorexií mívá hodnocení druhých významnou důležitost.

Mnoho procesů, jež se mohou odrážet v etiologii mentální anorexie, se odehrává v **rodině**, která zpravidla zásadně ovlivňuje veškeré postoje a hodnoty jedince, včetně těch jídelních (Krch a kol., 2005).

Například Oltmanns a Emery (2004) uvádí problematické rodinné vztahy mezi faktory významně zesilující vulnerabilitu vůči anorexií.

Jeden z prvních výzkumů, který se zaměřoval na specifika rodin potenciálně přispívajících ke vzniku mentální anorexie, realizoval Minuchin již v roce 1978 (in Říčan & Krejčířová, 1997). U rodin pacientek s poruchou příjmu potravy popisoval **narušené hranice** v

subsystémech, nepřiměřenou míru ochraňujících tendencí, rigiditu, sklony k potlačování konfliktů i emocí. Procesy vedoucí k osamostatňování členů takových rodin bývají pokládány za ohrožující.

Podobně i autoři Strober a Humphrey (1987) rodinné prostředí pacientek popsali jako brzdící rozvoj stabilní identity, autonomie a sebedůvěry. Zároveň vzájemné rodinné interakce charakterizovali jako málo konfliktní, s minimálním zapojováním emocí či empatie.

Právě problematiku spojenou se separačně–individuálními procesy označuje například Kocourková et al. (1997) jako jeden z hlavních rodinných faktorů přispívajících ke vzniku mentální anorexie. Upozorňuje, že k rozvoji jídelní patologie dochází v rodinném kontextu v době, která se vyznačuje určitými typickými **vývojovými problémy** dospívajícího. Separačně–individuální úkoly, které se objevují během adolescence, také zpravidla mívají komplikovanější průběh u jedinců, kteří byli v předchozím vývoji velmi přizpůsobiví.

Röhr (2013) v této souvislosti píše o **úťeku do nemoci**, jímž se manifestuje snaha jedince uniknout odpovědnosti. Dochází jím k regresi na nižší vývojový stupeň, na němž je vyžadována i poskytována pomoc a starost zvnějšku, neboť je daný člověk sám sebou zneschopněn k naplňování nároků okolí.

Separace bývá celkově problematictější u dívek, neboť se na jedné straně musí od matky oddělit a vymezit, zároveň však stojí před úkolem ztotožnit se s rolí ženy, kterou matka do určité míry reprezentuje, což může být samo o sobě značně matoucí a ambivalentní (Beattie, 1988).

Svůj vliv může mít i restriktivní sexuální výchova, vedoucí k potlačování a odmítání vlastní sexuality a tělesnosti (Poněšický, 2004).

Lee (2005) vyslovuje domněnku, že neúplná či nezdařilá **separace self** (já) od vnějšího světa celkově může výrazně komplikovat další vývoj jedince, neboť neukončením tohoto procesu nedojde ani k vymizení egocentričnosti.

Papežová (2010) popisuje také dlouhodobě pociťovaný nátlak a **důraz na výkon** a ženskost, které pacientky s mentální anorexií v anamnéze často uvádí. Rovněž zmiňuje výskyt problematických vztahů rodičů, potíží se sourozenci či chronické nemoci u některého člena rodiny před vznikem mentální anorexie.

U často zmiňovaných rizikových faktorů mentální anorexie stojí také významné negativní **životní události**, zvláště (i opakované) traumatizující zkušenosti. Ty se ovšem vyskytují i v etiologii jiných psychiatrických diagnóz. Nemocné s poruchou příjmu potravy častěji uvádí traumatizující zážitky z oblasti sexuality. Prožitky tohoto typu vyvolávají pocity studu či

depresivní symptomatiku. Porucha příjmu potravy může vyjadřovat snahu zneužívaných dívek otupit tyto pocity a změnit tělo, ke kterému zaujaly negativní vztah. Sexuální zneužívání se považuje za rizikový faktor především pro mentální bulimii a purgativní typ mentální anorexie. Pro všechny traumatické prožitky není nicméně klíčový pouhý zážitek, k němuž došlo, ale především způsob vyrovnání se s ním (Papežová, 2010).

Jak píše Röhr (2013), trauma může být v jisté podobě přítomné v životě mnohých lidí – důležité je danou zkušenost integrovat, zpracovat a spíše než setrvávat v roli oběti a stálého hledání viníků se od ní oprostít.

I proto by se, jak píše Krch (2007), léčba poruch příjmu potravy neměla zakládat pouze na pátrání po jejích příčinách, nýbrž se více zaměřovat na konstruktivní způsoby nápravy vzniklé situace.

Zajímavá je v tomto ohledu experimentálně podložená teorie Pennebaker (1985), dle níž jedinec, pokud je konfrontován s negativní či dokonce traumatizující zkušeností, cítí potřebu sdílet ji s ostatními – očekává (a potřebuje) sociální podporu. Pokud je ale exprese negativních emocí spojených s prožitou událostí inhibována (často kvůli pocitům zahanbení či strachu z odmítnutí), zvyšuje se jejich autonomní aktivace, což může mít v dlouhodobé perspektivě výrazně negativní dopad na celkové zdraví jedince a navyšovat pravděpodobnost vzniku mnoha onemocnění.

Na přednášce k tématu poruch příjmu potravy pořádané Českou asociací studentů adiktologie a Studentskou asociací nutričních terapeutů ve spolupráci s Rock Cafe F. D. Krch (13. února 2019) poznamenal, že o etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, které bylo vzhledem k diferencovanosti dané problematiky, jejího vývoje i různorodosti nemocných relativně snadné podpořit zkušeností s vybraným vzorkem pacientek. I tuto skutečnost je dle jeho názoru vhodné reflektovat a nečinit absolutní závěry o příčinách mentální anorexie.

1.4. Možnosti prevence mentální anorexie

Pozornost si jistě zaslouží oblast **prevence** poruch příjmu potravy. Její základ by měl být položen již v **rodinném prostředí**; snaze o předcházení vzniku poruch příjmu potravy by se ovšem měla věnovat také **škola**. Žáci by v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu měli být vhodným způsobem informováni o poruchách příjmu potravy i o rizicích s nimi spojenými. Obzvláště v kritickém období kolem dospívání škola do značné míry zajišťuje podmínky pro optimální rozvoj žáků a má možnost (i jistou odpovědnost) omezit hrozící patologické chování (Krch & Marádová, 2003).

Vzhledem k významné roli hromadných sdělovacích prostředků se aktuálně jako velmi důležitá jeví podpora rozvoje **zdravotní gramotnosti** a schopnosti **orientace v informacích** předkládaných médií, a to již na základních školách, především u dospívajících dívek a mladých žen. Pod rostoucím tlakem společenským i politickým se v řadě zemí zamezuje trendu propagace extrémní štíhlosti a vyvíjí se opačné úsilí o propagaci zdravé tělesné váhy. Tyto snahy ovšem zdaleka nejsou jednotné, výsledky, k nimž vedou nemusí vždy plnit svůj účel (i dobře míněné kampaně mohou mít spíše negativní efekty) a působení médií je v daném ohledu stále značně kontroverzní a komplikované (Bencko & Tryfos, 2015).

Dle Papežové (2017) nové technologie a pokusy o jejich využívání za účelem primární či sekundární prevence v posledním desetiletí sice značně zvýšily informovanost o poruchách příjmu potravy, nezměnily ovšem podstatným způsobem postoje k těmto onemocněním. Může – dle jejího názoru – naopak docházet k rafinovanějšímu a informovanějšímu skrývání jídelní patologie.

V současné době se u nás prevenci poruch příjmu potravy a osvětě o dané problematice věnuje např. občanské sdružení Anabell. Nabízí **semináře** i osvětové **přednášky** především pro žáky základních škol, studenty středních, vyšších odborných škol, gymnázií i vysokých škol; rovněž pro nízkoprahové kluby či jiné organizace, které o ně projeví zájem. Součástí těchto seminářů, trvajících optimálně 90 minut, jsou především informace o poruchách příjmu potravy, výukové spoty, dokumentární snímky, interaktivní hry či diskuze. Semináře, které se soustředí více na prevenci poruch příjmu potravy, jsou dle doporučení Anabell vhodné spíše pro základní a střední školy; přednášky, zaměřující se převážně na osvětu a informování o poruchách příjmu potravy, obvykle lépe vyhovují potřebám studentů vyšších odborných či vysokých škol (Centrum sociálních služeb Praha – Pražské centrum primární prevence, nedat.).

1.5. Průběh a prognóza mentální anorexie

Průběh onemocnění může mít mnoho specifických podob v závislosti na řadě faktorů týkajících se konkrétního jedince, jeho vlastností, motivovanosti, podpoře okolí, fázi onemocnění, v níž byla započata léčba, dostupnosti odborné péče a podobně. Typické jsou pozvolné až **plíživé počátky** nemoci – nemocní zpočátku omezují jídelníček např. o sladká a tučná jídla, postupně vynechávají další a další potraviny a zpřísňují jak dietní pravidla, tak striktnost jejich dodržování. První výrazné zhubnutí bývá spojené s nárůstem sebevědomí, zlepšením nálady, zvýšenou aktivitou i společenskostí. S pokračujícím zaměřením na vlastní váhu při přetrvávajícím úsilí o hubnutí roste izolace od společnosti, zpravidla kvůli strachu

z nátlaku ke společnému jedení, roste přecitlivělost nemocných a jejich nálada se zhoršuje. Narůstá frekvence vážení (někdy ale může být přítomno naopak vyhýbání se váze), často se vyskytuje neobvyklé zaujetí jídlem a recepty, nebo nápadné vyhýbání se této tematice (Krch, 2010).

V kontrastu se sklony k jinak „vzornému“, „hodnému“ chování poruchy příjmu potravy postupně nemocné dovádí k lhaní, skrývání a podvádění ve snaze utajit vlastní nemoc a setrvat v ní. Přichází časté konflikty s rodiči (obzvláště kvůli jídlu), kteří dosud nemocnou dceru obvykle vnímali jako bezproblémovou (Krch a kol., 2005).

Vzhledem k typicky kolísající motivaci i problémům v navazování terapeutických vztahů bývá časté přerušování léčby, nedodržování termínů i střídání lékařů a terapeutů. Celkově je výzkumně zjištěna „dobrá“ remise u 44 % pacientek s diagnózou mentální anorexie, u 28 % remise částečná a u zbývajících 24 % **chronický průběh** onemocnění, charakteristický neschopností dosáhnout zdravé tělesné váhy či při takové hmotnosti setrvat, trvajícím patologickým zaujetím vlastní hmotností, jídlem, postupně i závažnými somatickými a psychosociálními komplikacemi a zvýšenou mortalitou (mezi pěti a dvaceti procenty) (Papežová, 2006).

Chronický průběh se u poruch příjmu potravy většinou konstatuje po 10 až 15 letech přetrvávání a nezlepšování poruchy. U mentální anorexie bývá doprovázen sociální izolací i pracovním zneschopněním nemocné. Ve 30 až 40 % případů se klinický obraz anorexie mění v bulimický, přičemž více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v anamnéze (období diet či snah o jejich držení předchází přejídání u naprosté většiny dívek a žen s mentální bulimií) (Krch, 2007).

Na rozdíl od mnoha psychiatrických onemocnění, u kterých **brzký nástup** značí těžší průběh onemocnění, adolescenti s mentální anorexií mívají lepší prognózu než dospělí pacienti – studie ukazují, že celých 75 % adolescentů léčících se s mentální anorexií po roce dosahuje plné remise (Steinglass & Walsh, 2016).

Stanovení úplného „vyléčení“ z mentální anorexie je ovšem značně problematické. K opětovnému výskytu symptomů nemoci může za určitých okolností dojít prakticky kdykoliv v průběhu dalšího života nemocné (mluví se o relapsu či recidivě). Důležité je proto u dotyčné dbát na jídelní návyky, určitým způsobem udržovat a hlídat zdravý postoj k tělesné váze a postavě, a to i tehdy, jde-li o ženy „vyléčené“ delší dobu. Nejsilněji hrozí riziko relapsu během prvních dvou až tří let od uzdravení, nicméně dietám a jiným rizikovým faktorům je žádoucí se vyvarovat i poté (Papežová, 2012).

Papežová (2010) nabízí několik kritérií, která mohou značit plné uzdravení. Jedná se o BMI neklesající pod 19, absenci strachu z přibrání na váze a nepřítomnost vědomé snahy zhubnout. Jsou-li tato kritéria dodržena alespoň po dobu jednoho roku, lze dle jejího názoru konstatovat, že došlo k úzdavě.

Mentální anorexie je každopádně onemocnění, z něhož vede k uzdravení poměrně dlouhá cesta a očekávání vyléčení během několika měsíců či dokonce týdnů jsou zcela nerealistická, na což je vhodné upozornit především nejbližší okolí nemocné. Je také pravděpodobné, že čím delší čas nemoc probíhala, aniž byla započata léčba, tím komplikovanější a déletrvající může být proces uzdravení. Průměrně trvá léčba mentální anorexie 5 let. Šance na uzdravení po překročení hranice těchto 5 let pochopitelně existuje, nicméně pravděpodobnost úspěšnosti léčby se snižuje s každým dalším rokem trvání nemoci. Případy, v nichž došlo k uzdravení i po 20 či více letech neúspěšných snah léčení mentální anorexie, jsou nicméně známy (Papežová, 2012).

Dle informací, které uvádí Friederich, Wild, Zipfel, Schauenburg a Herzog (2018) je mentální anorexie pokládána za nejčastější příčinu úmrtí u mladých dívek a žen mezi 11 a 25 lety. Počet úmrtí je u nemocných šestkrát vyšší než u zdravé populace stejného věku a pohlaví a zhruba dvakrát až třikrát vyšší než u jiných psychiatrických diagnóz. Mimo zdravotní komplikace představuje přibližně 20 % úmrtí sebevraždy.

1.6. Důsledky mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy celkově mění kvalitu života nemocných a při dlouhodobějším průběhu mohou získávat určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním důsledkům. Řada **zdravotních komplikací**, které mentální anorexie způsobuje, souvisí především s váhovým úbytkem a nedostatečnou výživou, mohou ovšem přicházet i problémy v důsledku zvracení, nadužívání laxativ nebo diuretik. Výrazné snížení hmotnosti vede k zácpě, citlivosti na chlad, unavenosti, či osteoporóze. Užívání projímadel a diuretik navíc zvyšuje riziko srdeční arytmie. Nebezpečí podvýživy a dehydratace je významnější u mladších pacientek a u nemocných s výraznější podvýživou. U dětských pacientů je rovněž důležité mít na paměti riziko zastavení růstu, puberty a rozvoje kostí. Při rychlé realimentaci během léčby mentální anorexie (především uhlohydráty) se zvyšuje také nebezpečí hypofosfatémie (Krch, 2007).

Mehler, Birmingham, Crow & Jahraus (2010) upozorňují mimo jiné na riziko takzvaného refeeding syndromu. Jde o soubor metabolických komplikací vznikajících při obnovení příjmu potravy u výrazně podvyživených jedinců. I s ohledem na tuto hrozbu by mělo

znovuzahájení výživy u pacientů, kteří váží o 30 a více procent méně oproti své ideální hmotnosti, probíhat v rámci hospitalizace.

Vliv mentální anorexie ovšem zdaleka nebývá omezen na tělesnou oblast – zcela zásadním způsobem je ovlivněna i **psychika** osob jí trpících. Ačkoliv se může jejich nálada v počátcích onemocnění jevit pozitivně, bývá tomu tak proto, že v těchto fázích se většinou nejvíce „daří“ dodržovat nastavená dietetická pravidla. Zdánlivá sebejistota, aktivní a pozitivní přístup jsou již ovšem plně závislé na udržení naprosté sebekontroly a jakmile je splnění tohoto kritéria jakkoliv ohroženo, přichází deprese, podrážděnost, úzkost, pesimismus a zoufalství. Psychický stav i sebevědomí nemocných bývají zcela závislé na aktuální hmotnosti, kterou často sledují. Tento mechanismus snahu o bezpodmínečnou sebekontrolu dále posiluje. V důsledku hladovění se zhoršuje koncentrace pozornosti, bývá stále obtížnější řešit komplexní (ovšem i zcela běžné) problémy a snižuje se tak pracovní i celková intelektuální výkonnost. To může u nemocných způsobovat či umocňovat další úzkostné reakce a posilovat závislost na okolí. Časem dochází u některých pacientek i k adaptaci na roli nemocného, chronického pacienta. Celkově roste egocentrické zaujetí a zaměření pozornosti k vlastním problémům a jídlu, což jde obvykle ruku v ruce se sociální izolovaností nemocných (Krch, 2010).

Mnoho studií upozorňuje na **neuropsychologické deficity** u nemocných s mentální anorexií, především na sníženou schopnost přesunu pozornosti a flexibilitu při řešení různých úkolů a mentálních operací, rigidní styl myšlení apod. Nelze zcela jednoznačně určit, nakolik jde o důsledek podvýživy a nakolik o rysy typické pro osoby s mentální anorexií – nezávisle na jejich aktuálním onemocnění. Každopádně se jeví jako vhodné se na snižování rigidity a zvyšování flexibility myšlení soustředit např. v rámci kognitivní remediační terapie mentální anorexie (Tchanturia, Morris, Anderluh, Collier, Nikolaou & Treasure, 2004).

S rozvojem onemocnění může dojít k **posunu hranic** nejen v oblasti toho, kam je nemocný ochoten zajít co se týče nepřiměřené sebekontroly a nevhodných jídelních návyků, ale i v emočních reakcích, chování a některých postojích – upozorňuje se například na zvýšené riziko krádeží či různých druhů sebepoškozování, alkoholizmu apod. Tyto obecně rizikové faktory mohou vznikat jako jakési zástupné problémy nabízející náhradní východisko; mohou také představovat druh výkladu či omlouvání vlastních obtíží – manifestují přitom dysfunkční příklad jejich řešení. Tyto skutečnosti spolu s dalšími, které jsou přímými následky mentální anorexie, podporují její základní symptomatologii (Hainer a kol., 2011). Celkově má mentální anorexie, jak naznačují výzkumy vycházející ze srovnání osob touto poruchou trpících se zdravou populací, významný vliv na kvalitu života podmíněnou

zdravím (z anglického HRQoL – health related quality of life). U respondentů, u kterých se vyskytovaly další psychopatologické faktory (např. deprese či úzkosti) bylo přitom patrné signifikantně výraznější snížení daného ukazatele (Ágh, Kovács, Supina, Pawaskar, Herman, Vokó & Sheehan, 2016).

Závažnost onemocnění dokládají i údaje, které uvádí Hoek (2016), z nichž plyne, že mentální anorexie je spolu s mentální bulimií dvanáctým onemocněním na žebříčku 306 fyzických a psychických onemocnění vedoucích k životu přizpůsobenému invaliditě (z anglického pojmu „disability adjusted life years“, zkráceně DALY).

V neposlední řadě je důležité brát v úvahu, jak výskyt mentální anorexie ovlivňuje blízké **sociální okolí** nemocné osoby. Především v rodinách dle Steinglasse (in Lock & Le Grange, 2013) dochází podobně jako u rodin adaptujících se na fyzické onemocnění dítěte k procesu přizpůsobování symptomům rozvíjející se mentální anorexie, projevujícím se ustupováním nemocné osobě, zúženým soustředěním, ztrácením schopnosti plánovat budoucnost i snižováním kapacity starat se o potřeby dalších členů rodiny.

Zejména lidé v roli pečujících o nemocnou osobu s mentální anorexií (ať již jde o partnery či rodinné příslušníky apod.) mohou být konfrontováni s mnoha negativními prožitky a pocity, včetně viny, frustrace, přebírání zodpovědnosti za případné neúspěchy v léčbě apod. (Černá, 2008).

1.7. Možnosti a specifika léčby mentální anorexie

1.7.1. Obecně k léčbě mentální anorexie

Vzhledem k popírání nemoci a egosytonnímu charakteru hladovění je u nemocných s mentální anorexií typický značně **ambivalentní postoj k léčbě**. Pacientky mnohdy navenek dávají najevo touhu po změně, přistupují ovšem pouze na formu léčby za svých vlastních podmínek (ideálně s žádným či minimálním váhovým nárůstem). Úspěšné vyléčení nemoci nicméně vyžaduje přesvědčení k překonání touhy udržovat nízkou váhu a obnovení hmotnosti odpovídající zdravé normě, což dle výzkumů výrazně snižuje riziko relapsu (Guarda, 2008).

Poměrně významný problém může představovat také (jak se výzkumně ukazuje z velké části oprávněné) obavy ze **stigmatizace** a diskriminace osob s mentální anorexií společností, které u některých nemocných podporují odkládání léčby (Ocisková & Práško, 2015).

Jak zdůrazňují například Ocisková a Praško (2015), důležitý je především **komplexní přístup** k léčbě mentální anorexie a opatrnost v posuzování závažnosti onemocnění, při němž je třeba brát v úvahu mimo jiné právě nejednoznačný postoj k léčbě.

Zpravidla nestačí soustředit se pouze na skutečnosti zmiňované pacientkou samotnou, protože náhled na onemocnění bývá značně problematický a mnohé znaky nemoci mohly po určitý čas přinášet jistou formu uspokojení. Obvykle pacientky udávají jako prioritní zdravotní potíže či dokonce problémy s přejídáním. Odborníkem, kterého většinou nemocný či jeho rodina vyhledá jako prvního, bývá **praktický lékař**. Ten se zaměřuje především na tělesnou problematiku (je třeba v první řadě vyloučit somatická onemocnění, zhodnotit celkový zdravotní stav a závažnost ohrožení). Za základní vyšetření somatického stavu v ambulantní péči bývá považován celkový krevní obraz, biochemické vyšetření, vyšetření tyreoidální funkce a moči. Při výraznější malnutrici, dlouhodobém nadužívání laxativ a opakovaně vyvolávaném zvracení i vyšetření biochemické, jaterní testy a EKG. Praktický lékař poskytuje prvotní informace o nemoci a jejích důsledcích, variantách a dostupnosti léčby. Může nemocného motivovat, povzbudit a vést k prvním krokům ke změně stravovacích postojů a jednání. Důležité je podat věcným způsobem reálné **zhodnocení aktuálního stavu** situace a nastítnit **možnosti řešení** s akcentem na nezbytnost spolupráce dotyčné. Vhodné je nabídnout relevantní zdroje informací a upozornit na nebezpečné prameny a online komunity, které nabízí prostor pro sdílení i zcela nevhodně působících osobních zkušeností, nepřiměřených interpretací poruch příjmu potravy apod. (Krch, 2007). V indikovaných případech je třeba přistoupit ke specializované **hospitalizaci**. Pacienti mohou být podle stavu doporučeni k hospitalizaci na pediatrickém či interním oddělení, metabolických jednotkách nebo specializovaných psychiatrických jednotkách (Papežová, 2006).

Pokud pacientka doporučení k návštěvě dalšího odborníka odmítá (a závažnost jejího stavu není akutní), může za určitých podmínek setrvat i v péči praktického lékaře. Pokud ovšem nedojde k nezbytným změnám v jídelních zvyklostech, rozšíření jídelníčku a zvýšení energetického příjmu, v důsledku čehož se prohlubuje vážnost zdravotního stavu pacientky, je spolupráce s dalšími lékaři (především psychiatrem, který může zvážit nasazení antidepresiv či jiné medikace) nezbytná. Pacientky s výraznou podvýživou je obvykle vhodné pravidelně vážit; cílem léčebných intervencí je u nich celková změna postojů, stravovacího chování a návyků vedoucích k navýšení hmotnosti. Vhodné je také potlačení možných vlivů, jež tyto nevhodné zvyklosti a přesvědčení posilují a brání žádoucímu

posunu. Vždy je třeba nabízet konkrétní řešení vyplývající z dané situace a jejích specifík, což přináší vysoké nároky na trpělivost, důslednost a čas věnovaný pacientce ze strany lékaře. Nápomocná bývá ochota k participaci na léčbě ze strany rodiny pacientky (ta je především u mladších pacientek naprosto klíčová), případně jejího partnera. Rodiče pacientky (a nejen oni) se mohou potýkat s pocity nejistoty, viny i obavami – je vhodné na tyto vnitřní obsahy upozorňovat a minimalizovat tendence k (sebe)obviňování. Nacházet optimální způsob komunikace s rodinným příslušníkem trpícím mentální anorexií bývá velice nesnadné. Je žádoucí poskytovat nemocné podporu při současné snaze vyhnout se příliš urputné konfrontaci na jedné straně a zcela nedirektivnímu ustupování pacientce a její nemoci při tiché akceptaci nevhodných návyků na straně druhé. Nehledě na případné neúspěchy v léčbě či pomalé pokroky by rodiče i lékař ideálně neměli ztrácet důvěru v dosažení pozitivní změny (Krch, 2007).

Naprosto základním, bezprostředním **cílem** v léčbě je zahájení vhodného jídelního režimu a eliminace psychických i fyzických následků podvýživy. Optimum představuje přírůstek na váze 0,5–1,5 kg za týden. Z psychologických postupů je využívána především kognitivně-behaviorální terapie, individuální psychoterapie či relaxační techniky. Nezastupitelnou roli v léčbě hraje psychoedukace pacienta i jeho rodiny, eventuálně svépomocné skupiny (Fišarová a Novotná in Petr, Marková a kol., 2014).

1.7.2. Hospitalizace

V případě bezprostředního ohrožení života osoby trpící mentální anorexií či pokud nepřináší ambulantní léčba dlouhodobě znatelné výsledky, je na místě hospitalizace nemocné. Indikovat ji mohou také suicidální tendence, přítomnost deprese či sebepoškozujícího chování, kdy lze při zhodnocení zdravotního stavu jako ohrožujícího uvažovat i o nedobrovolné hospitalizaci. V ostatních případech (výjma dětských pacientek, za něž zodpovídají rodiče) by nicméně hospitalizace měla být vždy dobrovolná. Jejím prvotním cílem je kompenzace důsledků malnutrice navýšením tělesné hmotnosti (Papežová, 2010).

Realimentaci, jakožto podstatnou část léčby mentální anorexie, lze (obvykle na odděleních či jednotkách intenzivní psychiatrické péče) realizovat formou perorální, prostřednictvím nasogastrické či nasojejunální sondy, eventuálně parenterální výživou. Vždy preferovanou variantou je **perorální příjem potravy** – i proto, že samotný pohled na jídlo a kontakt potravy s ústní dutinou spouští řadu reflexních a humorálních mechanismů, napomáhajících optimálnímu trávení, resorpci i asimilaci vstřebaných látek. Osoby s mentální anorexií často nastupují léčbu po dlouhotrvajícím období výrazně omezeného stravování a zpočátku

nebývá vhodné nucení ke konzumaci plných porcí – alternativně lze hospitalizaci zahájit zavedením tenké nasogastrické sondy s rozpisem enterální výživy s denním a nočním režimem. Možností je i kombinace příjmu stravy perorálně během dne při současném nočním podávání enterální výživy. Všeobecně je důležité (znovu)nastavit dietetické zásady jako pravidelnost ve stravování a pestrost přijímané potravy. Obvyklý režim obsahuje 6 jídel denně v množství, skladbě a podobě, které mají zamezit hladovění a výskytu záchvatů přejídání. Při přizpůsobování výživy individuálním pacientům a doplňování stravy o určité složky je třeba mimo jiné pečlivě monitorovat koncentraci elektrolytů (především draslíku, fosforu a hořčíku) v séru. Za účelem zvýšení energetické hodnoty jídel do nich lze přidávat tuky a oleje, jež zvyšují energetickou hodnotu a současně chutnost. Doporučuje se rovněž přídavek sacharidů, které navyšují kalorickou hodnotu a nezatěžují přitom gastrointestinální trakt. Příjem bílkovin by se měl pohybovat mezi 1,5–2 g/kg tělesné váhy. Ta je ovšem spíše orientačním ukazatelem – sleduje se primárně záměr upravení celkového metabolického stavu. Zpočátku je proto žádoucí zatěžovat trávicí trakt postupně a až zhruba po uplynutí tří dnů začít zařazovat veškeré druhy jídel. Jakýkoliv nepřiměřeně jednostranně zaměřený způsob stravování může být ohrožující. Nejčastěji se lze setkat se striktním odmítáním masa a mléčných výrobků, které může vést k nedostatku plnohodnotných bílkovin, vitamínu B12 a železa (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Hladovění samo o sobě i z něho plynoucí podvýživa ohrožují nejen život a fyzické zdraví pacienta, ale rovněž výrazně negativním způsobem ovlivňují duševní zdraví pacienta. Zvýšení tělesné hmotnosti je obvykle základním předpokladem pro postupný úbytek psychických problémů pojících se s mentální anorexií. Proto představuje úprava tělesné váhy do značné míry nutné východisko další péče – pro celkovou úzdravu je nicméně nezbytné věnovat pozornost i péči o psychickou stránku nemocného jedince (Balík, Brownley, Shapiro, & Berkman, 2012).

1.7.3. Ambulantní péče

Ambulantní formu léčby lze dle Papežové (2006) doporučit pouze za předpokladu dobré motivovanosti pacientky, kooperativního rodinného prostředí a při krátkém trvání symptomů. Průběh léčby a váhu nemocné osoby je přitom nutné častěji kontrolovat.

Vhodné je věnovat pozornost jak diagnostickým otázkám, tak edukativním informacím a intervenčním postupům specifickým pro různá stadia terapie (jinak vypadá terapie během prvního kontaktu s odborníkem, jinak poradenská ambulantní péče či následná péče po intenzivní léčbě a podobně). Zpočátku se osvědčuje přístup **kognitivně–behaviorální**,

neboť prioritou je dosažení změn stravovacích návyků a patologických myšlenkových schémat. Když je určitý jídelní režim zafixován, je možné začít pracovat také **psychodynamicky**, aniž by se však přitom ztratil ze zřetele somatický stav nemocné. U některých pacientek lze za specifických podmínek efektivně aplikovat i **neverbální přístupy**, jejichž přínos může spočívat hlavně ve snížení vnitřního napětí, poskytnutí úlevy od symptomů a rozšíření perspektivy co se týče myšlení, vnímání i jednání (Vlček Pelková & Papežová, 2017).

Dle Krcha a kol. (2005) se ambulantní psychologická péče doporučuje především u pacientů, kteří již vyzkoušeli různé druhy a formy léčby, ovšem bez patrných žádoucích výsledků a pokroků, což je vedlo k přesvědčení, že úspěšné vyléčení v jejich případě není možno. Cílem pak tedy u nich není překonání mentální anorexie, nýbrž dosažení alespoň jakési stabilizace stavu a minimalizace ohrožení na životě. Uskutečňuje se ve formě individuálních či skupinových týdenních konzultace vedené lékařem.

1.7.4. Stacionární léčba

Psychiatrická péče ve formě denního stacionáře, tvořící určitý **mezistupeň** mezi hospitalizací a ambulantní péčí, spoluvytváří síť zdravotního systému více než 60 let. Tato komplexní režimová terapie nabízí léčbu s odborným vedením a kontrolou bez vytržení z přirozeného prostředí pacientů. K dispozici je strukturovaný program i nastolení jídelního režimu a současně podpora v naplňování relevantních sociálních rolí (nejen) v průběhu léčby. Krom toho tato léčba nevyklučuje souběžné zapojení do dalších terapeutických služeb, sociálních vazeb apod. a vystavuje nemocné menší míře rizika stigmatizace, než jaká vyplývá z pobytu v jiném léčebném zařízení. Na druhé straně má denní stacionář své limity. Je třeba zvažovat vhodnost této formy péče s ohledem na specifika konkrétní situace i charakteristiky daného klienta a přítomná zdravotní rizika. Je vhodné mít na paměti otázku, zda větší míra svobody a volnosti, která je pacientům ve stacionáři dána, nepředstavuje hrozbu sklouznutí k pokračování v rizikovém chování mimo prostor zařízení. Obecně se jako jeden z předpokladů pro nástup do denního stacionáře udává dosažení (či zachování) minimální požadované hodnoty BMI mezi 16–18. Osoby s nižší tělesnou váhou jsou významněji ohroženy na zdraví a (nejen) každodenní docházení či dojíždění do stacionáře pro ně může znamenat riziko zdravotní komplikace, které převažují nad případným terapeutickým přínosem. Svou roli hraje rovněž finanční stránka a dostupnost dané formy péče (Chudobová, Papežová, Sekot & Klecanda, 2005).

Nicméně, jak konstatuje Krch a kol. (2005), jednou z výhod částečné hospitalizace je její menší finanční náročnost oproti klasické hospitalizaci.

1.7.5. Psychoterapie a sociální poradenství

V prvních fázích léčby se pacienti s poruchou příjmu potravy mohou dostat do kontaktu se sociálními pracovníky nebo terapeuty, kteří jsou vzdělaní v sociální oblasti. Ti by měli klienty vyslechnout, podpořit, poradit jim, motivovat k další léčbě, a především je odkázat na adekvátní formu další odborné péče. Sociální pracovník bývá často součástí terapeutického týmu, může vést svépomocnou i terapeutickou skupinu. Obvykle také pracuje v organizaci, která je poskytovatelem nějaké sociální služby. Může jít i o pracovníky na krizových linkách, v internetových poradnách a diskuzních fórech, které se specializují na pomoc osobám s poruchou příjmu potravy (Starostková, 2015).

V další fázi léčby již může pacient vyhledat psychologa či psychoterapeuta. Höschl v pořadu Rychlíkové (2009) jako celkově nejvyužívanější psychoterapeutický přístup v léčbě poruch příjmu potravy uvádí kognitivně–behaviorální terapii, zacházející jak s chováním, tak myšlenkami a přesvědčeními nemocných.

Cílem kognitivně–behaviorální léčby je především normalizace stravovacích návyků a tělesné hmotnosti, a to například prostřednictvím vedení jídelních záznamů, včetně doprovázejících pocitů, eventuálně přítomnosti přejedení či zvracení, změny stravovacího režimu a skladby jídelníčku. Dále upravit postoje vůči vlastnímu vzhledu, negativní sebehodnocení pacientů, jejich perfekcionistické sklony, pocity neschopnosti a vnitřní neefektivity, s využitím kognitivní přestavby nevhodných myšlenkových vzorců, technik prevence relapsu apod. Do kognitivní intervence je rovněž důležité zahrnout interpersonální konflikty, snahu o osamostatnění a časté obavy nemocného jedince ze změn v průběhu jeho psycho–sociálního vývoje (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Přestože v posledním desetiletí byla účinnost kognitivně–behaviorální terapie u poruch příjmu potravy výzkumně potvrzována, výše procent udávajících chronický průběh onemocnění, úmrtnost a sebevražednost se nemění. To je hlavní důvod trvalé snahy hledat a vyvíjet přístupy nové, které by tyto problémy dokázaly řešit efektivněji. Zaměřovat se lze na podporu motivace nemocných k léčbě, v rámci možností maximální zapojování rodiny do léčby a práce na dobrém terapeutickém vztahu (Papežová, 2001).

1.7.6. Farmakoterapie

Léčba farmakologickými prostředky by u mentální anorexie neměla patřit mezi metody první volby, stejně tak by neměla představovat jedinou formu léčby. U jedinců s příliš nízkou váhou je vyšší pravděpodobnost, že by nasazení farmak nemělo požadovaný účinek a jedním z předpokladů pro nasazení medikace bývá alespoň minimálně stabilizovaný fyzický stav. Konkrétně se podávají především **antidepresiva** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu při přetrvávání deprese i po navyšování hmotnosti, pro prevenci relapsu či při vážných obsedantně kompulzivních symptomech) a **atypická antipsychotika**. Krátkodobě podávaná anxiolytika mohou mírnit anticipační úzkosti před jídlem. Farmakoterapie je celkově zpravidla dlouhodobá, nezřídka se léky nevysazují ani po letech od uzdravení či dosažení stabilizovaného stavu. Jejich užívání by každopádně mělo jít ruku v ruce s psychoterapeutickou péčí (Papežová, 2010).

Effekt antidepresiv při léčbě mentální anorexie není zcela jednoznačný. Studie z let 1991 a 2001 vedené Kayem (in Papežová, 2010) mimo jiné potvrdily vysoce pozitivní účinek podávání fluoxetinu v prevenci relapsu – a to u 63 %, oproti 16 % v kontrolním souboru.

Dle novější studie Bodella a Keela (2010) se ovšem antidepresiva typu SSRI sice ukazují jako velmi dobře tolerovaná, zároveň se však nezdají být efektivní při eliminaci symptomů mentální anorexie ani prevenci relapsu.

Výsledky další studie z roku 2008 ukazují na potenciál podávání olanzapinu při léčbě mentální anorexie. V porovnání s placebem vedlo, jak autoři popisují, k výraznějšímu nárůstu váhy, rychlejšímu zvýšení BMI a snížení obsesivních symptomů (Bissada, Tasca, Barber & Bradwejn, 2008).

Bodell a Keel k tomu shrnují, že efekt podávání antipsychotik u mentální anorexie (které je nasazováno především vzhledem k až bludnému vnímání vlastního těla) spočívá i v redukci úzkosti, agresivity i deprese (2010).

1.7.7. Nutriční terapie

Určitá forma odborné nutriční podpory by v ideálním případě měla představovat jednu z komponent, podílejících se na komplexní péči o pacienty s diagnózou mentální anorexie. Za její cíl lze označit především optimalizaci tělesné hmotnosti tak, aby korespondovala s věkem a výškou nemocné. Toho je dosahováno prostřednictvím úprav diet, podávání nutričních suplementů, přípravků enterální výživy ve formě sippingu apod. Nepostradatelná je přitom spolupráce a motivovanost pacientky i jejích blízkých, kteří ideálně mohou

dohlížet na to, zda k dodržování doporučeného skutečně dochází, v množství, které je předepsáno (Papežová, 2010).

V rámci **nutričního týmu** figurují: vedoucí nutričního týmu (lékař specializovaný na klinickou výživu a metabolickou péči), nutriční sestra (zdravotní sestra se specializací na nutriční péči), lékárník, biochemik, mikrobiolog a nutriční terapeut, který je primárně odpovědný za nutriční stav pacientky (rozhoduje např. o ne/vhodnosti kombinování umělé výživy s perorálním příjmem apod.). Nutriční terapeut především (semi)kvantitativně stanovuje příjem potravy a počítá konkrétní zjištěný denní příjem bílkovin, energie a všech dostupných relevantních informací o obsahu výživy. Sleduje nutriční stav nemocné a vyhodnocuje data nutná pro indikaci umělé výživy místo příjmu potravy perorální cestou. Rovněž vyhledává klientky výrazněji ohrožené malnutricí a upozorňuje na možný přechod na enterální výživu, eventuálně na základě analýzy přijímané potravy doporučuje výživu parenterální. Vede přitom dokumentaci, obsahující popis typu a podoby výživy, (in)toleranci určitých složek diety, všímá si případného mimořádného perorálního příjmu z jiných zdrojů než z nemocničních a dohlíží na stravovací standardy v nemocnici (Zadák, 2008).

1.7.8. Možnosti a podoba léčby mentální anorexie v České republice

Variant a alternativ přístupů k léčbě mentální anorexie v posledních letech prudce přibývá, roste především počet rozmanitých forem psychoterapeutických přístupů i technik. Rovněž lze konstatovat nárůst počtu specializovaných forem léčby poruch příjmu potravy. V současnosti je v České republice možné léčit je jak ambulantně, tak v rámci hospitalizace či stacionární formou. Klienti s poruchou příjmu potravy, kteří preferují léčbu ambulantní cestou, mají možnost obrátit se na Centrum Anabell, kde je poskytováno především odborné sociální poradenství jak jedincům s poruchou příjmu potravy, tak jejich příbuzným a blízkým. Alternativně se mohou rozhodnout pro denní stacionář specializovaný na léčbu poruch příjmu potravy, využití psychiatrické či psychoterapeutické pomoci, navštěvování svépomocných skupin či nutričních terapeutů (Krch in Vavrušková, 2016).

Hospitalizace je v České republice možná na Specializované jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy u dětí ve FN v Motole, u dospělých ve VFN v Praze a na PK v Brně. Zkušenosti s léčbou mentální anorexie a bulimie však mají pochopitelně i jiná psychiatrická zařízení, například Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě nebo v Opařanech (Krch, 2016).

Centrum pro poruchy příjmu potravy při psychiatrické klinice 1. Lékařské Fakulty UK a VFN Ke Karlovu v Praze nabízí několik forem péče o nemocné s poruchami příjmu potravy.

První z nich je realizována v rámci pobytů na **lůžkových specializovaných odděleních** pro léčbu poruch příjmu potravy, fungujících od roku 1983. Hospitalizace zde probíhá v rozmezí šesti až osmi týdnů, přičemž jejím nutným předpokladem je spolupráce s terapeutickým týmem, který zajišťuje profesionalitu péče, a rovněž přijetí léčebného programu, jímž se oddělení řídí (ovšem s respektem k individuálnímu charakteru potřeb i potíží pacientek). Je vhodná především pro klientky, u nichž se ambulantní péče ukazuje jako neúčinná, eventuálně u pacientek s jiným dalším vážným onemocněním. Nabízena je pouze pacientkám nad 18 let v kompenzovaném somatickém stavu. Čekací doba variuje dle aktuálního počtu zájemců od jednoho týdne až do tří měsíců. Forma péče vychází ze zásad režimové léčby, během níž se pacientky účastní terapeutického, jídelního, pracovního a sociálního programu. V závěru pobytu je věnována zvýšená pozornost blížícímu se návratu klientky do přirozeného prostředí a na dodržování doporučeného stravovacího režimu v běžných podmínkách svého života. Významnou a neopomenutelnou součástí léčby je proto spolupráce s rodinou a blízkými klientek, s nimiž se pracovníci Centra pokouší navázat kontakt a předat jim základní přehled informací o možnostech další péče, komunikace s nemocnou apod. Další variantu léčby, kterou Centrum nabízí, představuje **denní stacionář**, který mohou pacientky navštěvovat v pracovní dny. Podmínkou pro přijetí do stacionáře je minimální BMI 16, s tím, že doba pobytu v něm nepřekračuje 3 měsíce a čekací doba na nastoupení je maximálně dva týdny. Další možností je **specializovaná ambulantní péče**, zahrnující psychologické poradenství, konzultování psychosomatických obtíží či terapii a následnou psychologickou péči po intenzivní léčbě poruchy příjmu potravy. Lze využít také pravidelných **chatů s odborníky** v oblasti poruch příjmu potravy, určených především pro rodiče nemocných poruchou příjmu potravy. Blízcí nemocných se mohou o specifických projevech, znacích, dopadech i léčbě poruch příjmu potravy informovat také v **klubu pro rodiče, příbuzné a partnery**, který je vedený F. D. Krchem. Podobné **informační fórum** funguje i pro pacienty a zájemce o léčbu. Po ukončení hospitalizace jsou k dispozici **doléčovací skupiny**, které se zaměřují na dodržování jídelního režimu apod. (1. Lékařská Fakulta, Univerzita Karlova, 2016).

Rozmanité formy pomoci osobám poruch příjmu potravy u nás nabízí také občanské sdružení Anabell, které nabízí klientkám sociální, terénní, psychologické poradenství i internetové poradenství, zprostředkovává rodinnou i nutriční terapii a spolupráci s dalšími externími odborníky, poskytuje terapii po e-mailu a provozuje linku Anabell. Funguje zde rovněž peer konzultantství, spočívající v podpoře nemocných od osob, které v minulosti samy léčbou některé z poruch příjmu potravy prošly. Dále svépomocné skupiny, skupinové

programy následné péče a nově také rozvojové víkendové kurzy s nutričním terapeutem a psychoterapeutem (Centrum Anabell, z. ú., nedat.).

Papežová (2017) upozorňuje, že během posledního desetiletí v České republice roste počet osob trpících poruchou příjmu potravy, které se dlouhodobě vyhýbají odborné psychiatrické léčbě a zaměřují se pouze na mírnění somatických dopadů podvýživy. Odbornou formu psychologicko–psychiatrické péče vyhledají zpravidla již v pokročilém stadiu onemocnění, což s sebou nese větší pravděpodobnost chronifikace onemocnění, jeho vyšší závažnost a možnou invalidizaci mladých žen na počátku pracovní kariéry.

Tomuto fenoménu může napomáhat mimo jiné prezentace mentální anorexie jako legitimního způsobu života, která je šířena prostřednictvím sociálních sítí. Dlouhodobě vyvíjená snaha podobným snahám o prezentaci závažných psychiatrických diagnóz v pozitivním světle zamezit se zatím ukazuje jako neefektivní (SIRC – Social Issues Research Centre, nedat.).

Co se týče standardů lůžkové péče a péče na denních stacionářích uváděných do praxe, dominuje u nás problematika **ekonomického zajištění** a odpovídajícího odborného personálního zabezpečení. Formy ambulantní péče pro osoby trpící poruchami příjmu potravy jsou v současnosti rozšiřovány – vedle psychologů a psychiatrů v ambulancích častěji figurují také nutriční terapeuti, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, eventuálně i specialisté dalších somatických oborů. Jako vhodné se ukazuje rovněž doplnění léčby o rodinnou, eventuálně vícerodinnou terapii. Koordinace přístupů a metod vícero odborníků je zásadní i proto, že vyhýbání se léčbě, které je typické pro poruchy příjmu potravy, může vést k opakování neúčinných terapeutických pokusů, jež pouze podporují chronickou, dlouhodobou malnutrici, zhoršují zdravotní i sociální následky onemocnění a výrazně zvyšují následné náklady na léčbu. Problematická je dostupnost péče související s finanční stránkou věci. Zatímco světová literatura uvádí, že mentální anorexie je jedno z nejnákladnějších onemocnění, u nás je na odbornou léčbu poruch příjmu potravy věnováno nejméně finančních prostředků z duševních poruch celkově. Velmi vysoké náklady jsou ovšem spojovány s často i dlouhodobou paliativní péčí o pacientky se SEAN, tedy severe and enduring anorexia nervosa – těžké a trvalé mentální anorexie (většinou v podobě opakovaně obnovené výživy na jednotkách metabolické péče bez zajištění následné odborné psychologicko–psychiatrické péče). Trend nárůstu SEAN přitom závisí také právě na dostupnosti péče o nemocné s poruchou příjmu potravy. Při současném vyšším počtu pacientek s diagnózou poruchy příjmu potravy je velmi často poskytována péče i psychiatry

bez specializace v dané oblasti, nutričními terapeutky a poradci bez návaznosti na psychologicko–psychiatrickou péči. I proto mohou pacientky nakonec častěji setrvat pouze v dlouhodobé péči internistů nebo jiných lékařů zaměřujících se pouze na eliminaci následků základního onemocnění. Ambulantní péče psychiatrů o pacientky s poruchami příjmu potravy je ztěžována nedostatečnou integrací odborné péče, i faktem, že dosud vzhledem k nedostatečným úhradám ze zdravotního pojištění nebyl vznik a provoz rozšířených ambulancí prakticky možný. I proto, že některé méně odborné služby bývají pojišťovny hrazené, mohou být vyhledávány častěji. Lze se nicméně domnívat, že žádoucí rozvoj ambulantní formy péče o nemocné s poruchami příjmu potravy prostřednictvím multidisciplinárního týmu, včetně vývoje komplexního vzdělávacího programu pro jeho členy, může významně snížit nejen riziko chronifikace i náklady na léčbu fyzických důsledků onemocnění a jeho dalších (přímých i nepřímých) dopadů, jakým je kupříkladu invalidizace mladé populace (Papežová, 2017).

1.8. Vybrané aktuální výzkumné poznatky týkající se mentální anorexie a její léčby

V následujících řádcích budou uvedena některá zjištění plynoucí z recentních studií, která dle mého názoru vhodně doplňují poznatky o mentální anorexii a její léčbě.

Vzhledem k dlouhodobě zdůrazňovanému podílu médií na vzniku poruch příjmu potravy a současnému prudkému rozvoji **nových sociálních médií** za pozornost jistě stojí aktuální a stále výraznější trend užívání aplikací jako Instagram, Facebook či Twitter k určitému druhu svépomoci u lidí s mentální anorexií. Jak píše například Chancellor, Mitra a De Choudhury (2016), online komunity obecně mohou podporovat úzdravu a zlepšovat well–being mnoha pacientů různých onemocnění. Nicméně v případě mentální anorexie je významně komplikujícím faktem výskyt nejen komunit podporujících překonávání tohoto onemocnění, ale také těch, které naopak povzbuzují nebezpečné jídelní chování, anorexii prezentují jako svébytný životní styl a svou aktivitou na sociálních sítích zvyšují riziko normalizace související problematiky. Výzkum autorů se soustředil na analýzu 68 milionů (veřejně přístupných) příspěvků na sociální síti **Tumblr** od 10 tisíců jejích uživatelů, sebeidentifikujících se jako trpící mentální anorexií a vykazujících zároveň snahu o úzdravu prostřednictvím aktivity na této sociální síti. Výsledky studie naznačují, že pouze u poloviny respondentů ve zkoumaném souboru bylo po 45 měsících patrné zlepšení stavu a u 44 %

nebylo možné shledat znaky zlepšení ani po šesti letech. Proces zotavování pomocí užívání Tumblru se tedy autorům jeví přinejmenším jako značně protražovaný.

Krishna (2015) referuje o poměrně rozsáhlé komunitě na **Instagramu**, která je s podobným cílem podpory v léčbě mentální anorexie (konkrétně především focením jídel, sdílením motivačních popisů u přidávaných fotografií a vzájemných povzbuzujících komentářů) stále více aktivní. Jedna z dívek, které Krishna představuje, ve svých výpovědích uvádí, že jí Instagram svým způsobem zachránil život a funguje díky němu mimo nemocnici. Z úst odborníků však zaznívají upozornění na mnohá nebezpečí, která může užívání Instagramu s ambicemi svépomoci přinášet. Lze se (kromě vlivu zcela nevhodných příspěvků stavících anorexii i jiné poruchy příjmu potravy do pozitivního světla) oprávněně obávat například nedostatečné odbornosti a způsobilosti k pomoci druhým na straně uživatelů instagramové komunity, která se o různé druhy podpory pokouší. Nebezpečná může být i tendence dívek s mentální anorexií, používajících Instagram jako „pomocníka“ v léčbě, nahradit aktivitou na sociální síti odbornou péčí.

Cobb (2017) také poukazuje na to, že může být velice obtížně identifikovatelný pro-anorektický obsah zveřejňovaný na sociálních sítích. Upozorňuje, že vzhledem k častému popírání a zastírání mentální anorexie mohou některé příspěvky zdánlivě svědčící o úzdravě nemocných maskovat jejich skutečný stav, falešně uklidňovat nejbližší okolí daných jedinců a prohlubovat tak závažnost jejich problému.

Také Chung, Agapie, Schroeder, Mishra, Fogarty a Munson (2017) píší o negativním vlivu některých příspěvků týkajících se mentální anorexie – konkrétně upozorňují na zvýšení depresivních symptomů v komunitách zaměřených na „léčbu“ mentální anorexie.

Celkově tedy vliv užívání sociálních sítí na léčbu mentální anorexie zůstává předmětem diskuze. Ačkoliv není v současnosti jasné, jakou roli sociální sítě hrají ve vztahu k mentální anorexii, kromě významných rizik mohou skýtat také jistý potenciál. Osobně vnímám nutnost reflektovat sílící snahy využívat sociální sítě k terapeutickým účelům právě proto, že mohou mít daleký dopad. Odborné posouzení a zhodnocení efektu konkrétních forem pomoci na platformách jako Instagram, Twitter či Facebook je dle mého názoru potřebné pro identifikaci vhodných způsobů využívání nových médií, nastínění žádoucí podoby jejich dalšího vývoje, a zároveň pro zamezení či eliminaci jejich vysoce nebezpečného (zne)užívání.

Zajímavé výsledky přinesla studie zkoumající LOC – tedy **locus of control** (místo řízení) – u dívek vykazujících znaky mentální anorexie. Oproti skupině dívek, které kritéria svědčící

o mentální anorexii nenaplňovaly, u nich bylo zjištěno více externalisticky orientované LOC, z čehož autoři vyvodili závěr o možné roli LOC jako mediátorové proměnné při rozvoji syndromu mentální anorexie (Jaros & Oszwa, 2014).

V oblasti léčby mentální anorexie lze zaznamenat některé **nové přístupy** s poměrně slibnými výsledky. Jeden z nich představuje výzkum Costanza, Menghiniho, Maritata, Castiglioniho, Mereu, Varuzza, Zanna a Vicariho (2018). Tito autoři referují o specifickém efektu pravé anodální a levé katodální transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDSC) na stabilní přibírání na váze a zvýšený příjem jídla. Jedná se o pilotní studii otevírající další perspektivy v terapii poruch příjmu potravy.

Jak uvádí Cox, Ullrich–French, Cole a D’Hondt–Taylor (2016), rostoucí počet výzkumů se zaměřuje také na pozitivní účinky **praktikování jógy** (zahrnující kombinaci fyzického a dechového cvičení s meditací) v léčbě poruch příjmu potravy i na celkovou body image mladých dospělých. Ve své studii autoři dokládají především zlepšení fyzického sebehodnocení (popisovaného jako jakési všeobecné pocíťování respektu, sebevědomí, hrdosti, uspokojení a spokojenosti ve vlastním těle) a snížení sebe–objektivizace a studu za vlastní tělo u respondentů praktikujících jógu po dobu osmi týdnů.

Studie Khalse, Mosemana, Yeha, Simmonse, Pauluse a Feinsteina (2018) prozkoumává u osob s mentální anorexií efekty takzvané **flotační terapie** založené na principu **senzorické deprivace** (flotation Reduced Environmental Stimulation Therapy – REST). Tato metoda obnáší utlumení exteroceptivních senzorických vstupů do nervového systému a nově se užívá např. jako nefarmakologický způsob léčby úzkosti či k redukování stresu. Jelikož mentální anorexie typicky zvyšuje právě anxieta nemocných, nabízí se otázka, zda flotační REST může pozitivně ovlivňovat nejen tento symptom, ale také narušenou interoceptci či zkreslený obraz vlastního těla. Výzkumné výsledky prokázaly bezpečnost a dobrou tolerabilitu deprivacího prostředí a naznačily možné pozitivní účinky u akutněji nemocných pacientů s mentální anorexií.

Poslední studie, kterou uvedu, se snaží reflektovat fakt, že u adolescentů s mentální anorexií, majících zároveň obsedantně kompulzivní rysy, se ukazuje jako neefektivní rodinná terapie. Autoři Lock, Fitzpatrick, Agras, Weinbach a Jo (2018) prozkoumali proveditelnost a potenciál ke zlepšení léčebného efektu **kombinací rodinné terapie** s terapií zaměřenou na **remediaci kognitivních funkcí** či **arteterapií**. Zlepšení bylo ve výzkumu patrné u obou těchto kombinací, větší změnu ovšem vykazovala výzkumná skupina, u níž byla aplikována kombinace rodinné terapie s arteterapií.

2. Hodnoty a hodnotová orientace

V této kapitole jsou představena vybraná pojetí hodnot a základní způsoby vymezení pojmu hodnota. Uvedeny jsou v ní také některé z četných teorií a možných klasifikací hodnot. Dále obsahuje rozbor hodnotové orientace a hierarchie hodnot. Zabývá se i vývojem hodnotové orientace (nejen) v souvislosti s onemocněním mentální anorexií a tématem souvisejícím se sebehodnotou a mentální anorexií.

2.1. Základní vymezení a pojetí pojmu hodnota

Hodnoty obecně zaujímají významné místo mezi tématy napříč řadou společenských disciplín, z čehož mimo jiné plyne značné množství alternativních způsobů jejich pojmání a vymezení. I v současné psychologii chybí jednotný, všeobecně přijímaný koncept hodnot. Navzdory odlišným myšlenkovým východiskům i empirickým zkušenostem jednotlivých autorů nicméně určitý stupeň konsenzu zaznamenat lze. Hodnota bývá chápána jako relativně trvalá, **stabilní struktura**, významná z hlediska individuální i sociální **realizace osobnosti**. Obecně se také hodnotám přisuzuje **regulující vliv** na jednání jedinců i skupin, neboť zahrnují určitý druh přesvědčení o správnosti či prospěšnosti, špatnosti či nežádoucnosti (Cakirpaloglu, 2004).

V slovníku filozofických pojmů současnosti se lze dočíst, že hodnoty dávají člověku **smysl** a **měřítko** pro jeho konání. Je v něm rovněž upozorněno na rozpor v pojmání hodnot jako absolutních oproti jejich relativizaci – zatímco pro některé autory nejsou hodnoty apriorně dané, nýbrž vždy vázané na konkrétní osobu a její volbu, jiní chápou jisté zásadní hodnoty jako nadčasové a věčné (tedy přesahující hranice konkrétních individualit) (Olšovský, 2011). Psychologický slovník vymezuje hodnoty jako **vlastnosti**, které člověk v souvislosti s naplňováním vlastních potřeb a zájmů přikládá určitým věcem, událostem či činnostem (Hartl & Hartlová, 2010).

Podle Smékala (2002) lze pojem hodnota v oblasti psychologie popsat několika způsoby. Jako **smysl** či **cena**, kterou objekt nebo událost pro osobnost má, je hodnota **obecným cílem**, o který člověk usiluje (např. štěstí, zdraví, mír apod.). Může být ovšem také **prostředkem** k dosažení něčeho významného. Z jiného úhlu pohledu představují hodnoty také **důvod**, kvůli kterému stojí za to usilovat o nějaký objekt nebo se mu naopak vyhýbat. V návaznosti na toto pojetí lze hodnoty chápat jako určitá **kritéria oceňování** či **posuzování** jednotlivých skutečností.

Feather (in Schusterová, 2008) pohlíží na hodnoty jako na **abstraktní kognitivní struktury** propojené s **afektivním systémem**. Popisuje je jako principy, dle nichž posuzujeme každý nový objekt či událost, a to v závislosti na předchozích zkušenostech, čímž je zajištěna kontinuita a smysluplná konzistentnost napříč měnícími se životními situacemi. Zmíněná svázanost hodnot s afektivním systémem představuje dle Feathera základ pro objasnění důvodu, proč lidé vyhledávají pozitivní podněty. Děje se tak díky přirozené motivaci zakoušet a produkovat kladné emoce prostřednictvím vlastního jednání, stýkání se s lidmi a začleňování se do různých situací. Pokud toto určitému jedinci není umožněno, pokouší se přinejmenším redukovat přítomnost emocí negativních.

Podobně i Schwartz a Bilsky (1987) vysvětlují hodnoty jako **reprezentace** univerzálních biologických **potřeb**, potřeb společenské interakce a sociálních požadavků vzájemné skupinové péče a přežití. Z těch vychází několik hlavních motivačních domén hodnot (například úspěch, požitek či sociální moc), přičemž různé stupně jejich důležitosti utváří individuální strukturální organizaci.

Podle Nakonečného (1999) znamená hodnota v užším smyslu slova subjektivní **vnímání dobrého**. Nemusí se přitom nutně jednat pouze o to, co určitý jedinec vnímá jako dobré pro sebe, nýbrž co považuje za (více či méně) všeobecně platné či závazné dobro (kupříkladu spravedlnost, svobodu, zdraví a podobně). Z tohoto úhlu pohledu znamená hodnota rovněž jakousi **významnost, žádoucnost**. To je také důvod, proč bývá dosahování hodnot motivující. Ke stanovování hodnot dochází komplexním procesem hodnocení, na němž se podílí nejen motivace, ale rovněž emoce ve spojení s kognicí. Lze tedy uvažovat o určitých **smyslových hodnotách**, které jsou vlastně příjemnými dojmy či pocity vyvolanými bezprostředním působením konkrétních vlivů na smyslové orgány. Hodnotný tedy může být i požitek z vychutnávání si jídla či pití. S hodnotami **duchovními** probíhá proces poněkud komplikovaněji a méně přímočaře, neboť jsou již do jisté míry vyjádřením postojů.

Jak píše Schusterová (2008), mnoho autorů (např. Rokeach, Bilsky, Schwartz či Feather) vidí hodnoty jako hluboce zakořeněné abstraktní motivy, které určitým způsobem ovlivňují, určují a vysvětlují lidské postoje, normy, přesvědčení i jednání.

Také Šmahaj uvádí, že hodnoty lze pojímat také jako jeden z možných **zdrojů motivace** člověka (2012).

J. P. Sartre (in Olšovský, 2011) mimo jiné zdůrazňuje, že jsou hodnoty vždy vázány na jedincovu svobodu, tedy možnost konkrétní volby, a kontext, v němž dochází k rozhodování, což do značné míry vylučuje absolutní danost hodnot.

2.2. Vybrané teorie a klasifikace hodnot

2.2.1. Instrumentální a cílové hodnoty dle Rokeachea

Rokeach (1979) vnímá hodnoty jako spojení pocitů (dojmů, afektů) a kognice. Zdůrazňuje, že lidé nejsou vůči vnějšímu světu indiferentní, nýbrž neustále – ať již implicitně či explicitně – veškeré dění a skutečnosti kolem sebe hodnotí jako dobré/špatné, pravdivé/nepravdivé, příjemné/nepříjemné či krásné/ošklivé. Jako takové hodnoty slouží coby kritéria pro výběr z variant možného jednání a konání. Vymezují se tak tři aspekty hodnot: **kognitivní**, **afektivní** a **direktivní**. Ve své nejexplicitnější a konceptualizované podobě představují hodnoty kritéria pro soudy, rozhodnutí, preference a volby. I ve své skryté a nereflektované podobě nicméně zastávají svou funkci jakožto jakási pozadí a východiska preferencí určitého chování či jednání – ačkoliv lidé nemusí vědomě následovat cíleně vytyčenou cestu, směr, který se rozhodnou následovat, jistým způsobem svědčí o jejich hodnotách.

Velmi ceněnou součástí práce Rokeache, významnou především pro oblast empirického zkoumání, představuje hodnotový test **Rokeach Values Survey (RVS)**. Při jeho konstrukci Rokeach vycházel z vlastní výzkumné činnosti a popsal v něm široké spektrum hodnot. Inventář obsahuje 36 položek, dělených na terminální a instrumentální hodnoty. Mezi cílové hodnoty patří: pohodlný život, vzrušující život, pocit, že bylo něčeho dosaženo, mír ve světě, rovnost (stejně příležitosti), jistota v rodině, svoboda (nezávislost), štěstí, vnitřní harmonie, zralá láska, národní jistota, příjemnost, spasení, sebeúcta, společenské uznání, pravé přátelství či moudrost. Mezi instrumentálními hodnotami jsou uvedeny: ambice (cíle, aspirace), tolerance (otevřenost), kompetence (schopnost, účinnost), radost (lehkost srdce, účinnost), čistota (pořádnost), odvaha, shovívavost (promíjení jiným), pomoc druhým (starání se o blaho druhých), čestnost (upřímnost, pravdivost), fantazie (smělost, tvořivost), nezávislost (soběstačnost), intelekt, logičnost (konzistentnost, racionálnost), láskyplnost (něžnost, oddanost), poslušnost (vědomí povinnosti), zdvořilost (vychovanost) a odpovědnost (spolehlivost). Disciplinovanost lze zařadit mezi hodnoty instrumentální i cílové (Nakonečný, 1999).

2.2.2. Schwartzovo celostní pojetí hodnot

Schwartz (in Schwartz, 2012) přejímá koncepci, jíž charakterizuje šest hlavních vlastností hodnot, obsažených v dílech mnoha teoretiků, kupříkladu Allporta, Feathera, Morrise či Rokeache.

Prvním tímto znakem hodnot je, že představují **přesvědčení** neoddělitelně **spjatá s afekty**, emocemi – pokud je určitá hodnota aktivována, objevuje se i s odpovídajícím emočním doprovodem. Dále jsou také hodnoty vždy vztaženy k nějakým **cílům**, které vedou k **jednání**. Zároveň však **přesahují konkrétní situace** a činy, což odlišuje hodnoty od norem a postojů, které se obvykle vztahují ke specifickým objektům či událostem. Hodnoty rovněž slouží jako **standards** či kritéria a řadí se dle individuální důležitosti – jsou tedy do určité míry **závislé** jedna na druhé. Výčet znaků uzavírá teze, že relativní význam vícero hodnot **řídí** či usměrňuje jednání a chování. Schwartz tedy hodnoty chápe jako určitá přesvědčení, týkající se životních preferencí a cílů jedinců, a současně jako jakási vodítka v chování, hodnocení ostatních lidí či událostí a podobně (Schwartz, 2006).

Pozoruhodný je **dvoudimenzionální model hodnot**, který autor navrhuje. První dimenze v něm reflektuje kontinuum ohraničené **otevřeností vůči změnám** na prvním a **konzervací** na opačném pólu. Druhou dimenzí je zachycen konflikt mezi **sebe-posílením** a **sebe-přesahem**: na jednu stranu staví hodnoty zdůrazňující úsilí věnovat se vlastním zájmům, zaměření na svůj výkon a dominanci (moc, úspěch), na druhou starost o druhé (univerzalizmus, benevolenci). Hodnoty v modelu mají kruhové uspořádání, které reprezentuje motivační kontinuum – čím blíže si dvě hodnoty jsou, tím podobnější si jsou motivy, z nichž vyplývají; vzdálenější hodnoty jsou pak více a více antagonistické. Těchto hodnot zahrnuje model devět – jde o sebeřízení, univerzalizmus, benevolenci, konformitu (tradicí), bezpečí, moc, úspěch, hédonismus (požitkářství) a stimulaci (Schwartz, 2012).

2.2.3. Materialistické a postmaterialistické hodnoty Ingleharta

Pojetí hodnot, které předkládá Inglehart, přímo navazuje na koncept M. Rokeache. Také je založeno na hierarchii potřeb A. Maslowa, která chápe potřeby jako zdroje motivace – a to s ohledem nejen na hierarchičnost hodnot, ale i na jejich protichůdnost a výlučnost. Inglehartova koncepce (která dnes představuje zřejmě nejcitovanější, nejužívanější i nejkritizovanější přístup k poznávání a poměřování hodnotových struktur prostřednictvím empirického zkoumání) rozčleňuje hodnoty (podobně jako Maslow dělí potřeby) na dvě základní skupiny, materialistické a postmaterialistické. Mezi hodnoty materialistické přitom patří nejen hodnoty hmotné v obvyklém smyslu toho slova, ale také kupříkladu stabilní ekonomika, boj proti kriminalitě či zvyšování cen. Do postmaterialistických hodnot lze řadit svobodu projevu, možnost participace na řízení v zaměstnání, bližší mezilidské vztahy a podobně. (Prudký, 2007).

Inglehart (1977) upozorňuje, že hodnoty západní společnosti se posouvají od důrazu na materiální a fyzické bezpečí k akcentu na kvalitu života. Příčiny a důsledky tohoto posunu vidí velmi komplexně, jejich základní princip lze ovšem vysvětlit poměrně jednoduše – lidé mají sklon více se zabývat bezprostředními potřebami či hrozbami než věcmi, které se zdají být vzdálené. Velká část západní populace byla dle něj vychována v podmínkách neobyčejných ekonomických i fyzických jistot, a proto přestává být jejich zajištění prioritou. Svůj předpoklad o zásadní přeměně lidských hodnot a životních orientací vlivem jakéhosi klimatu hojnosti v postindustriální společnosti doložil Inglehart výzkumnými daty získanými ve Velké Británii, Francii, Itálii, NSR, Belgii a Holandsku. Hlavní cíl dosažení hmotných jistot u jedinců spadajících do věkové kohorty narozené v 50. a 60. letech již dle jeho názoru začaly nahrazovat hodnoty cílové, jako umožnění svobodné seberealizace individua, participace na politických rozhodnutích, účast na správě věcí a kvalita života v odpovídajícím životním prostředí (Rabušič, 2000).

Lze předpokládat, že období ekonomické krize v roce 2008 i další nadcházející události určitým způsobem ovlivnily i vnímání těchto existenčních jistot jako samozřejmých – v dané době ovšem Inglehart bezesporu vystihl velice výrazný a významný trend příznačný pro západní společnost.

2.2.4. Franklovo chápání hodnot

Dle Frankla (2006) lze vymezit tři kategorie individuálních hodnot: tvůrčí, zážitkové a postojevé. **Tvůrčí** hodnoty lze uskutečňovat skrze činnosti (aktivity), přičemž není zásadně důležité, jak jsou objektivně ceněny. Stěžejní je ryze individuální prožívání smysluplnosti vlastní existence při jejich naplňování, které zároveň podporuje a udržuje sebepotvrzení jedince. Nejvýznamnější zdroj individuálního sebepotvrzení představuje snaha zasadit se o sdílenou věc (myšlenku, přesvědčení nebo názor). Lze ho nalézt ve společenském, kulturním kontextu a stává se z něj důležitá hnací síla pro sociální jednání člověka. Frankl popisuje tvořivý, kreativní způsob existence jako jakési „zvládnání života“. **Zážitkové** hodnoty jsou dle něj spojeny s pocíťováním libosti, příjemným prožíváním v souvislosti s různými obsahy a kvalitami. Zdroji těchto citů může být pro jedince prakticky cokoliv – od přírodních krás, vyvolávajících pocity úžasu a nádhery, až po zaujetí výsledky vlastní tvorby či myšlení. Mezi nejvýznamnější zážitkové hodnoty se ovšem řadí skutečné setkání dvou lidí, jímž je láska. **Postojevé** hodnoty jsou aktivovány, je-li prostor pro zážitkové nebo tvůrčí hodnoty značně zredukován či je jejich uskutečňování zcela zamezeno. V takto tíživé, omezující situaci je člověk postaven před nutnost zaujmout nějaký postoj vůči vzniklé situaci a své roli v ní. I

naprosté zřeknutí se aktivního zásahu do problému je svým způsobem volba určující další směřování jedince, neboť veškeré okolnosti nabízí různé varianty svého řešení. Aktivní způsob žití přináší šanci k realizování hodnot prostřednictvím tvůrčí práce, pasivní život vede k naplnění zážitky krásy, umění či přírody. Kreativita a libé prožitky nicméně nejsou jedinými nositeli hodnot – smysluplný může být i život (téměř) zbavený obojího, tvorby i požitku. Takový způsob žití připouští možnost vysoce morálního chování, zvoleného stanoviska jedince vůči jeho existenci omezované vnějšími vlivy. Frankl je tedy přesvědčen, že má-li mít život vůbec nějaký smysl, musí být možno nalézt ho i v utrpení, mimo potěšení či tvorbu.

2.2.5. Hodnoty ve filozofii F. Nietzscheho

Důležitým prvkem, který přináší v rámci své filozofie F. Nietzsche, je důrazný impulz, výzva k přehodnocení všech dosavadních hodnot. Vyzdvihuje přitom velmi razantním způsobem jejich **relativní podstatu**. Existence obecného dobra a obecně platných hodnot je pro Nietzscheho naprosto nemožná – již ona slovní spojení vnímá v rozporu sama se sebou, neboť nic z toho, co lze považovat za obecné dle něj nemá velkou hodnotu – jelikož ta tkví ve vzácnosti. Odlišnost a jedinečnost lidí se mimo jiné projevuje právě v rozdílnosti toho, co považují za žádoucí, i v hierarchii společně uznávaných hodnot. Nelze tedy extrahovat hodnoty od jejich relace neboli vztahu k hodnotícímu a jeho perspektivy (Nietzsche, 2003).

2.3. Hodnotová orientace a hierarchie hodnot v ontogenezi člověka

2.3.1. Hodnotová orientace

Na hodnotovou orientaci lze pohlížet jako na systematický **souhrn** a **uspořádání** přijímaných hodnot. Vypovídá o preferencích jedince a o tom, čemu ve svém životě připisuje významnost. Nejde přitom o rigidní strukturu s absolutní platností, nýbrž o neustále se vyvíjející, dynamický systém, který je ovlivňován mnoha sociálními faktory, zkušenostmi i přirozeným životním vývojem (Duffková, Urban & Dubský, 2008).

Spranger (in Říčan, 2007) definoval několik základních typů hodnotových orientací dle převažujícího zaměření člověka. **Teoretický** typ se podle něj soustředí na nalézání pravdy, rozvažování, kritiku, bývá velmi racionální až intelektuální a nejvíce si cení poznání. Typ **ekonomický** mívá tendenci vše měřit dle užitečnosti a praktičnosti, zaměřuje se na kumulaci majetku, usiluje o prosperitu a prospěch a největší hodnotou je pro něj užitek. **Estetický** typ oproti tomu oceňuje především krásu, tíhne k harmonii a formě a je pro něj charakteristické individualistické zaměření a soběstačnost. Pro typ **sociální** je nejvyšší hodnotou láska, cíl

jeho života spočívá v altruistickém konání dobra pro druhé. **Politický** typ pokládá za nejdůležitější moc, vyhledává soutěž a příležitosti k ovládnutí druhých. Poslední, **náboženský** typ spatřuje nejvyšší hodnotu v jednotě, usiluje o sebepřesah, mystické zkušenosti a směřuje k absolutním hodnotám.

Poněkud jednodušší typologii hodnotových orientací nabídl Stern (in Prudký a kol., 2009), který vymezil typ **autotelický** (charakteristický zaměřením na vlastní Já člověka), **heterotelický** (typický naopak upřednostňováním druhých) a **hypertelický** (směřující k vyšším, nadosobním cílům a ideálům).

2.3.2. Determinanty utváření hodnotového systému

Vnímání hodnot a jejich uspořádání se utváří v závislosti na mnoha faktorech působících na osobnost člověka v rovině **interindividuální** i **intraindividuální**. (Cakirpaloglu, 2004).

Vývoj individuálního systému či žebříčku hodnot během života přirozeně závisí na aktuální situaci a fázi, v níž se daný jedinec nachází. Jako jeden z hlavních faktorů, který ovlivňuje rozdíly v hodnotové orientaci jednotlivců či skupin lze tedy označit **věk**, neboť samotná příslušnost do určité věkové kategorie do značné míry určuje priority jedinců. Všeobecně je uváděno, že kupříkladu mladší lidé preferují hodnoty jako je láska či přátelství, hodnoty vztahující se k práci a seberealizaci – méně se přiklánějí k hodnotám souvisejícím se sociálním cítěním a sebepřesahem (ve smyslu hodnot a zájmů politických, náboženských a společenských), které přichází obvykleji až s vyšším věkem (Sak, 2000).

Dále jsou hodnoty určovány **pohlavím**, které jedince již od samotného narození zařazuje do jakési škatulky, k níž se váže přístup k jeho výchově (včetně například forem trestání a odměňování) i celkový způsob jednání s ním. Tím ovlivňuje pohlaví nejen společenské postavení, ale i vývoj hodnotové orientace člověka (Karsten, 2006).

Dle Čápa (1996) lze vývoj přijímání hodnot do určité míry pojímat jako **součást socializace člověka**, která je úzce spjata s kulturními, celospolečenskými normami a výchovou jedince. Ta je přitom ovlivňována osobními vlastnostmi, temperamentem, vzděláním i zkušenostmi vychovávajících, charakteristikami na straně vychovávaných dětí i historicko–společenskými podmínkami, včetně například ekonomické a politické situovanosti rodiny. Podstatnou úlohu sehrává především v období dospívání **vrstevnická skupina** a celkově **sociální prostředí**, především rodina a výchovně působící instituce (Macek & Smékal, 2002).

Vacek (2000) referuje také o **inteligenci** a **náboženské příslušnosti** jako o faktorech významně podmiňujících oblast morálního vývoje jedince, která s vývojem hodnotovým

úzce souvisí. Většina autorů předpokládá rozvinutější intelekt za určitou podmínku rozvoje vyšších morálních hodnot – existují nicméně studie prokazující, že vyšší IQ rozhodně nemusí být „zárukou“ zralého morálního usuzování.

Velké téma představuje **vliv médií** na preference a hodnotové zaměření členů určité společnosti. Především období, v nichž docházelo ke zneužívání hromadných sdělovacích prostředků k propagandistickým účelům a doba masivního rozvoje reklamy, kdy se poprvé výrazně ukázalo, jak dalece jsou média schopna ovlivnit mínění a volbu jednotlivců, vedla až k přesvědčení o obrovské moci masmédií (DeFleur & Ballová–Rokeachová, 1999).

V současnosti je zdůrazňována nutnost vhodnými způsoby předcházet dezorientaci vlivem působení nepřeborného množství verbálních i vizuálních materiálů z různých perspektiv a zdrojů, i co se týče identifikování míry **hodnověrnosti** a **informační hodnotnosti** mediálních zpráv a výroků (Giles, 2012).

2.3.3. Vývoj hodnotové orientace a mravní vývoj jedince

Dle Krause (2006) se hodnotový systém v průběhu dospívání vyvíjí prostřednictvím různých konfrontací s realitou běžného života, setkáváním s novými informacemi a dalšími vlivy.

Hnilica (2007) předkládá tři hlavní modely vysvětlující proměny a vývoj vnímání hodnot. Jsou jimi model kohort, model historických událostí a model zrání. První z nich, **model kohort**, nabízí jako základní postulát, že kohorta, neboli skupina příslušníků určité populace, prochází ve stejném věku určitými zásadními životními etapami. Z toho důvodu vykazují jedinci ze stejné kohorty vzájemnou podobnost. Případné rozdílnosti mezi danými skupinami vysvětluje tento model působením zkušeností, nikoliv zráním. **Model historických událostí** se týká významných dějinných epizod, jež zasáhly buď pouze některé z kohort nebo všechny, ale každou z nich v jiné etapě. Propojením těchto dvou modelů vzniká koncept předpokládající **silnější působení některých historických událostí** na určité kohorty oproti kohortám jiným.

J. Piaget (podobně jako řada dalších psychologů) předpokládal, že mravní a hodnotový vývoj člověka je velmi úzce provázán s vývojem intelektuálním. Při svém zkoumání poznamenal, že rozvoj, jímž děti prochází, přechází od sebestředného přemýšlení k uvažování umožňujícímu brát na zřetel i prožívání druhých lidí. Až od momentu, kdy dojde k nabytí schopnosti myslet tímto způsobem, mohou být osvojeny i zásady skutečně morálního usuzování. Během prvního, **heteronomního stadia** mravního vývoje tedy mravní hodnocení ještě zcela závisí na autoritě dospělých. Kritéria toho, co dítě hodnotí jako „dobré“ či „špatné“ jsou stanovena přímo podle toho, co dovolují či zakazují rodiče, případně učitelé.

Tato fáze přetrvává přibližně během sedmého a osmého roku dítěte. V následujícím, **autonomním stádiu**, trvajícím zhruba do jedenáctého až dvanáctého roku, dítě sice disponuje schopností činit rozhodnutí samo za sebe, ovšem zásady pro hodnocení jsou platné vždy. Poslední, třetí stádium je již typické zohledňováním motivů jednání. **Komplexní mravní zhodnocení**, jež zohledňuje konkrétní situaci a její podstatu přichází tedy až s vývojem abstraktního myšlení (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Další známou teorii, rozčleňující vývoj mravního uvažování na několik fází, nabízí Kohlberg (in Cakirpaloglu, 2012). První stadium, nazvané jako **předkonvenční morálka**, je v ní dále členěno na období orientace jedince na trest a orientace na odměnu. První z nich se týká (obvykle) předškolních dětí, které následují úkoly a příkazy dospělých s primárním cílem vyhnout se trestu. Ve druhém stadiu, nazvaném orientace na odměnu, jedná dítě s cílem uspokojit své potřeby tak, aby se mu vrátilo (minimálně) to, co ve svém úsilí vynaložil. Oproti podřízení autoritě tedy začíná být důležitější vlastní ego jedince. V rámci další úrovně s názvem **konvenční morálka**, která je charakteristická pro mladší a střední školní věk, se vymezuje stádium orientace na to být hodný, kdy se chce jedinec vyhnout nesouhlasu druhých s vlastním chováním. Dále pak období orientace na dodržování pravidel, pro které je příznačné dodržování zákonů a norem společnosti za účelem vyhnout se odsouzení autorit na jedné straně a zároveň nepříjemnému pocíťování viny z neplnění povinností na straně druhé. Třetí úroveň, **postkonvenční**, je nakonec členěna na stadia orientace na společenskou smlouvu, kdy se jedinec snaží jednat v souladu s principy všeobecně přijímanými společností, a konečně stadium univerzální etiky, jehož však dle Kohlberga dospěje minimum populace.

2.4. Vývoj hodnotové orientace v souvislosti s onemocněním mentální anorexií

Jak píše Sak (2000), základní hodnotová struktura se formuje od raného věku jedince především v jeho rodinném prostředí, a kolem 16 let má již tendenci vykazovat značnou míru stability. K výraznějším změnám nicméně může dále docházet v souvislosti s životními fázemi, jimiž člověk prochází, a důležitými událostmi, milníky a přechody, které s sebou různá období přináší.

Pro období puberty, v němž mentální anorexie obvykle začíná, je typické **hledání a přehodnocování** dosud přijímaných hodnot, pravidel a norem, které se ocitají ve střetu s rozvíjejícím se kritickým myšlením, novými zkušenostmi i porovnáváním s vrstevníky. Celkově se tak morální postoje vyvíjejí od přejímání pravidel daných rodinou a společností

k formování a následování vlastního svědomí. Je přitom obvyklá tendence k postupnému upouštění od striktně daného mravního ideálu a nekompromisní intoleranci vůči sebemenší odchylce od něj a přesun k větší toleranci neabsolutních zásad a jejich dodržování. V pubertálním věku je rovněž patrné větší zaměření na vlastní sebehodnocení, jež by mělo dospět k jisté míře stability (Žaloudíková, 2013).

Dle Röhra (2013) je **přijetí vlastního těla** neodmyslitelnou součástí sebezpřijetí a stabilního pocitu vlastní hodnoty. Pokud k němu nedojde a jedinec stagnuje v jakési fázi neustálé sebekritiky a zaobírání se vlastními fyzickými nedostatky, zamezuje si tím přechod k další fázi zabývání se podstatnými otázkami života i vlastní seberealizace v něm.

Přetrvávání černobílého vidění světa typické pro období puberty může korespondovat i s hraničními rysy osobnosti, která se, jak uvádí např. Papežová (2010) vyskytuje v časté komorbiditě s poruchami příjmu potravy.

Studie soustředící se na ženy s poruchami příjmu potravy a jejich charakteristiky se celkově dosud zabývaly obecně především aktuálně nemocnými pacientkami. V jedné z mála studií zahrnující i hledisko žen vyléčených z poruch příjmu potravy je u nich poukázáno na vyšší míru **vyhýbání se zranění** (poškození), nižší sebekontrolu a kooperativitu oproti neklinické populaci (Klump, Strober, Bulik, Thornton, Johnson, Devlin, ... & Crow, 2004). Blíže se na tuto problematiku zaměřuji v praktické části této práce.

2.5. Mentální anorexie a sebehodnota

Pojem sebehodnota si lze dle Lipczinského a Boenera (2008) představit jako souhrn sebedůvěry, spokojenosti s vlastními schopnostmi, vnímání vlastní kompetence při zvládnutí potíží i pocitu kontroly nad vlastním životem a nároky, které jsou na nás kladeny a spokojenosti s rozhodnutími, jež činíme. Krom toho sebehodnota úzce souvisí s percepcí svého já, své osobnosti, na čemž závisí způsob zpracování, uspořádání a přijetí vnějších skutečností. Sebehodnota je tedy proměnlivá, neboť i síla já v čase kolísá. Základy, z nichž se sebehodnota buduje, se začínají formovat od prvních týdnů života, přičemž velký vliv na něj může mít hodnocení ze strany dospělých i vrstevníků.

Röhr (2013) nicméně píše, že pro optimální vývoj prožívání vlastní hodnoty je důležitý rozvoj určité míry nezávislosti na hodnocení druhých, která umožňuje přijímání oprávněné kritiky s vděčností, nikoliv urážkou a devalvací vlastního sebevědomí. Rovněž zamezuje pocitům viny, prožívaným z vnímané nedostatečnosti plnění představ a očekávání okolí.

V této souvislosti upozorňuje Kocourková et al. (1997), že mezi bezprostředními spouštěči mentální anorexie mohou být i nevhodně formulované hodnotící výroky či poznámky týkající se postavy dotyčné.

Röhr (2013) píše dokonce o teroru **hodnocení podle vnějších znaků**, který je dle jeho názoru posilován médii, vyvíjejícími nátlak na mnohé lidi obtížně se bránícím srovnávání s (většinou počítačově upravovanými) fotografiemi modelů/modelek a podléhajícím snaze vyrovnat se jim, což mívá závažné dopady na pocit jejich vlastní hodnoty. Ten lze dle jeho mínění vybudovat až po překonání závislosti na vlastním vzhledu a upuštění od odvíjení vlastního hodnocení na základě toho, jak vypadá. Jinými slovy: pokud si jedinec dopřeje koupí nového kusu oblečení a je okolím následně oceněn, může ho to pochopitelně potěšit – v žádném případě to však nepřidává (nemělo by přidávat) na jeho (sebe)hodnotě.

Toto sebehodnocení založené na vnějších kritériích je pro nemocné s mentální anorexií příznačné, ovšem s mnoha specifiky. Pacientky s mentální anorexií totiž typicky popírají příliš nízkou váhu i při konfrontování ze strany druhých lidí, nebo když se samy vidí v zrcadle. Ve svém sebehodnocení jsou sice přehnaně ovlivněni tělesnou váhou a postavou, jejich sebeobraz bývá ovšem tak zásadně narušen, že dochází k naprostému rozporu mezi tím, jak hodnotí jejich postavu okolí a jak ony samy své tělo vidí a vnímají (Oltmanns & Emery, 2004).

Sebehodnocení u osob s mentální anorexií stojí a padá na tom, kolik aktuálně váží a nakolik udržují kontrolu nad jídlem. I sebemenší porušení striktních dietních pravidel vnímají jako naprosté selhání, vedoucí v kombinaci s tendencí k černobílému myšlení ke ztrátě představy o vlastní sebehodnotě, která nepřipouští nedokonalost (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Léčba mentální anorexie tedy obvykle vyžaduje velkou práci na změně postojů k vlastní osobě a vlastnímu vzhledu. Terapeut může pacienta vést pomocí kognitivních i behaviorálních postupů terapeut k nápravě problematických myšlenek i z nich pramenícího chování. Během kognitivní restrukturační lze identifikovat danou kritickou myšlenku či postoj. Následně je potřeba rozpoznat ryze subjektivní dojmy (přesvědčení o tloušťce) od objektivní reality, aby mohlo dojít k restrukturační jeho uvažování a nárokům na sebe. Při snaze o změnu sebevnímání pacienta se často využívá prezentace videozáznamů, fotografií a kreseb, technik relaxace a psychogymnastiky. (Krch a kol., 2005)

PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

3. Výzkumný problém, cíle a otázky

3.1. Výzkumný problém

Problematika, na kterou je zaměřena praktická část diplomové práce, se týká hodnotové orientace a jejího vývoje u dívek a žen s osobní zkušeností s mentální anorexií. V centru zájmu se v ní nacházejí především vnímané změny v percepci a prožívání hodnot během mentální anorexie a její léčby, vliv zkušenosti s daným onemocněním na hodnotový vývoj dívek a žen, které jím v minulosti trpěly a aktuální způsob vnímání hodnot u těchto osob. Tato témata jsou prozkoumávána prostřednictvím výzkumu kvalitativního charakteru, realizovaného formou rozhovorů.

3.2. Výzkumné otázky a cíle

Hlavním cílem výzkumu je prozkoumat a popsat subjektivní vnímání hodnot a vlastního hodnotového vývoje u respondentek, jež v minulosti prošly léčbou mentální anorexie.

Díličí cíle, které jsou v tomto hlavním záměru zahrnuty, zní:

- 1.) Zjistit, kterým hodnotám dívky a ženy s anamnézou mentální anorexie přisuzují hlavní význam.
- 2.) Prozkoumat, jak dívky a ženy s anamnézou mentální anorexie vnímají vlastní vývoj v oblasti hodnotové orientace před, během a po zkušenosti s tímto onemocněním.
- 3.) Popsat pohled dívek s anamnézou mentální anorexie na důležitost či nedůležitost zkušeností plynoucích z onemocnění mentální anorexií na svůj další hodnotový vývoj.

Z uvedených cílů vplynuly následující výzkumné otázky.

- 1.) Jaké hodnoty považují ženy a dívky, které mají osobní zkušenost s léčbou mentální anorexie za důležité?
- 2.) Jak vnímají ženy a dívky se zkušeností s mentální anorexií průběh vývoje svého hodnotového žebříčku v souvislosti s onemocněním mentální anorexií?
- 3.) Zaznamenávají ženy a dívky mající zkušenost s mentální anorexií rozdíl(y) ve svém současném pojetí hodnot oproti období, v němž trpěly mentální anorexií? Pokud ano, jaký(é)?

4. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

4.1. Zvolený typ výzkumu

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila **kvalitativní přístup**, který nahlíží na zkoumané skutečnosti s ohledem na principy jejich jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti a dynamiky. Při popisu, analýze i interpretaci přistupuje k veškerým psychologickým fenoménům, z nichž je konstruována vnitřní i vnější realita, s využitím metod předpokládajících jejich nekvantifikovatelný charakter (Miovský, 2006).

Volba dané formy výzkumu pro mne vyplynula především z charakteristik výzkumného problému, cíle výzkumu a dostupných prostředků se mu přiblížit. Hendl například popisuje kvalitativní výzkum jako hledání porozumění, vytváření komplexního, celostně pojímaného obrazu prostřednictvím analýzy obsahů získávaných v přirozených podmínkách (2012).

Pro účely prozkoumání hodnot jakožto vysoce subjektivního fenoménu se mi kvalitativní metody jevily jako nejvíce přínosné z hlediska množství i vlastností získaných dat. Rovněž s ohledem na omezené možnosti dosažení optimální velikosti vzorku se kvalitativní výzkum ukazoval jako nejvhodnější způsob zkoumání dané problematiky.

4.2. Metody získávání dat

Výzkum byl proveden prostřednictvím **polostrukurovaných rozhovorů**. Při nich, jak píše Ferjenčík (2010), způsob, forma a styl otázek i odpovědí zůstává volná – interviewující nicméně disponuje předem připraveným seznamem otázek.

Součástí rozhovorů bylo také **pozorování**, které k této metodě neodmyslitelně patří (Miovský, 2006). Sledovala jsem při něm především nápadnosti v úpravě zevnějšku respondentek, mimiku obličeje, intonaci hlasu, výraznější projevy emocí apod. Zvláštnosti, které by byly nepřiměřené situaci, jsem v těchto oblastech nicméně nezaznamenala.

Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány na mé mobilní zařízení a jejich zvukový záznam byl poté převeden do textové podoby. Veškeré audio–materiály i textové dokumenty jejich přepisů jsou uloženy v mém osobním počítači, v souboru zabezpečeném heslem.

4.3. Metody zpracování a analýzy dat

Po transkripci audiozáznamů rozhovorů a jejich kontrole opakovaným poslechem jsem postupovala dále k systematizaci dat ve smyslu jejich třídění a kódování dle vytvořených kritérií. Pro zachování autentičnosti dat byl proveden přepis doslovný, včetně tzv. slovní

vaty. Při analýze takto připravených dat jsem zvolila přístup **deskriptivní**, o němž píše např. Miovský (2006). V jeho pojetí je tento postup založen na předpokladu, že procesy třídění, klasifikace a deskripce jsou již svého druhu samy analýzou a další rozbor je příliš spekulativní.

Deskriptivní přístup se mi jevil jako vhodný především vzhledem k jeho snaze o omezení spekulativnosti výzkumu. Procesy kódování, propojování, komentování a doplňování dat, vyvozování a verifikace závěrů i grafické mapování představují ve výzkumu hlavní část analýzy získaných dat a jejich výsledky uvádím v kapitole Výsledky výzkumného šetření. Další fáze jako formulace vysvětlení nálezů, zasazování do kontextu určitého teoretického rámce apod. a poznatky, k nimž jsem při nich došla, jsou vzhledem ke svému více hypotetickému charakteru zahrnuty v diskuzi.

4.4. Průběh výzkumu

Výzkumnou situaci jsem se snažila, v souladu s tím, jak ji popisuje Miovský (2006), vytvářet způsobem, který klade výzkumníka a účastníka výzkumu do rovnocenné pozice; pojímala jsem ji jako dialogickou, spoluvytvářenou oběma zúčastněnými stranami. Měla jsem tedy určitou představu, jak má výzkumná situace proběhnout, nicméně nepovažovala jsem za nutné se jí za každou cenu striktně držet, pokud ji účastník výzkumu pojal více vlastním způsobem. Vysoká míra variability průběhu výzkumné situace byla nicméně ohraničena cíli a zásadami výzkumu. Naprosto prioritní pro mne bylo dodržení etických konvencí výzkumu na prvním a snaha věnovat se všem určeným tematickým oblastem na druhém místě.

Strukturu a průběh rozhovorů lze popsat následujícím způsobem.

V **úvodní části** setkání bylo mým cílem navázat kontakt s respondentkou, atmosféru vzájemné důvěry a zjistit základní informace o respondentce. V první řadě docházelo k vzájemnému seznámení, bližšímu představení výzkumu a zopakování podmínek účasti na něm, důležitých pro vyslovení informovaného souhlasu respondentkou. Po vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu pokračovala obvykle rozmluva o zkušenosti dané účastnice s mentální anorexií. Ponechávala jsem prostor pro otevření libovolného množství informací s tímto tématem souvisejících – respondentky většinou sdílely velmi ochotně a otevřeně poměrně rozsáhlé množství poznatků a skutečností, týkajících se vlastního onemocnění a specifik jeho průběhu. Mým cílem bylo v začátku rozhovoru vytvořit základní důvěru mezi mnou jako výzkumníkem a jednotlivými respondentkami, a zorientovat se v podstatných anamnestických údajích účastnic výzkumu.

V **hlavní, strukturovanější části** rozhovorů jsem se zaměřovala nejprve na to, jakým způsobem si respondentky hodnoty vykládají a co si pod ním představují, neboť ujasnění této otázky mi přišlo zásadní pro další směřování rozhovoru. Obvykle následovala otázka, kterých věcí si v současnosti nejvíce cení – jaké hodnoty jsou pro ně aktuálně nejdůležitější. Zajímalo mne také, zda jsou pro ně tyto hodnoty součástí nějakého (více či méně) stálého systému či hierarchie hodnot, jichž se drží, nebo zda jsou pro ně spíše proměnlivé a méně pevně dané. Dále jsem se ptala, jak se dívají na to, zda (případně jak) byly vedeny k přijímání určitých hodnot rodiči a jakým způsobem je to ovlivnilo. Pozornost jsem věnovala také tomu, jaký je pohled participantek na jejich vnímání hodnot během mentální anorexie a její léčby. Tázala jsem se respondentek, zda si myslí, že se změnil jejich pohled na životní priority od doby, kdy procházely léčbou mentální anorexie a v čem eventuálně tyto změny spočívaly. Mluvila jsem s nimi také o tom, jakou důležitost kladou uznání ostatních a společnosti a jak tomu bylo v období boje s mentální anorexií. Otevírala jsem i téma, zda považují za důležitější individuální uspokojení a hodnoty oproti vyjití vstříc ostatním a pomoci druhým. V závěru byl ponechán prostor pro doplnění čehokoliv, co respondentky pokládaly za relevantní k danému tématu.

Během **ukončování setkání** pro mne bylo podstatné ujistění, že se respondentka nachází v komfortním, kompenzovaném stavu (v opačném případě jsem byla připravena nabídnout konkrétní možnosti následného psychologického ošetření, eventuálně krizové intervence – v žádném z rozhovorů nicméně k tomuto kroku nebylo nutné přistoupit). Každá z účastnic výzkumu měla k dispozici kontakt, na kterém se na mne v případě potřeby mohly obrátit.

Pro přehlednost uvádím fáze realizace výzkumu od oslovení respondentky po ukončení vzájemného kontaktu v následujícím schématu.

Schéma č. 1: Fáze realizace výzkumu



4.5. Etická úskalí výzkumu a způsoby jejich řešení

Nedílnou součástí výzkumu představoval důraz na dodržení etických zásad. Důležité bylo především splnění následujících podmínek:

- dobrovolná účast** respondentek s výzkumem na základě vyslovení informovaného souhlasu,
- zachování anonymity** účastnic výzkumu,
- primárně nepoškodit** žádnou z participantek.

Respondentky byly poučeny o tom, že mohou kdykoliv ze svého souhlasu s účastí na výzkumu odstoupit (bez nutnosti udání důvodu), a že získaná data nebudou bez jejich souhlasu využívána k jinému účelu, než o kterém byly předem informovány.

Zásady výzkumu byly participantkám vysvětleny při prvotním kontaktování prostřednictvím sociální sítě Facebook či e–mailem, spolu s představením tématu diplomové práce a zamýšleném průběhu výzkumu. Během úvodu setkání byly znovu zopakovány tak, abych se ujistila, že jim respondentky zcela správně porozuměly. Také jsem zdůraznila, že při eventuálním výskytu subjektivně nepříjemné, příliš osobní či citlivé otázky nemusí daný dotaz zodpovídat.

Riziku dekompenzace psychického stavu účastnic výzkumu jsem se snažila vyhnout již samotným výběrem respondentek v minimálně rok přetrvávajícím stavu remise mentální anorexie. Dále poskytnutím možnosti odmítnout odpovídat na kteroukoliv z otázek,

eventuálně zcela ukončit rozhovor. Byla jsem také připravena zprostředkovat účastnicím výzkumu konkrétní kontakty na odbornou pomoc v případě nestandardního průběhu setkání a všechny respondentky jsem ujistila, že v případě potřeby se k některému z otevřených témat vrátit či jakýchkoliv nejasností mohou kontaktovat mne jako výzkumníka.

5. Výzkumná populace a výzkumný soubor

Populaci výzkumu představují dívky a ženy, které v minulosti trpěly mentální anorexií. Pro výběr výzkumného souboru byla stanovena následující kritéria.

- 1.) **Věk** nad 18 let a příslušnost k ženskému **pohlaví**.
- 2.) V minulosti **absolvovaná léčba** mentální anorexie ukončena konstatováním remise ze strany odborníka (lékaře či psychologa).
- 3.) Minimálně rok **přetrvávající remise** bez relapsu stanoveného odborníkem (lékařem či psychologem) a subjektivní hodnocení aktuálního stavu respondentky jako nevykazujícího základní diagnostické znaky mentální anorexie.

Nutným předpokladem pro zařazení do výzkumu byl rovněž ústně vyjádřený dobrovolný informovaný souhlas podílet se na výzkumu a ochota sdílet vlastní zkušenosti s onemocněním mentální anorexií.

Věková hranice osmnácti let byla stanovena mimo jiné vzhledem k problematice souhlasu rodičů s výzkumem u neploletých respondentek, která by mohla výzkum komplikovat. Přišlo mi pro výzkum žádoucí spolupracovat s respondentkami, které mohou nazírat na svou zkušenost s mentální anorexií z určitého časového odstupu. Nechtěla jsem, aby dané téma představovalo pro účastnice výzkumu stále aktuální, citlivou oblast, nýbrž aby mohlo být předmětem racionální reflexe. Horní věkovou hranicí výběrový soubor omezen nebyl, neboť se mi jevílo potenciálně přínosné získat na danou problematiku pohled od příslušnic rozdílných věkových kategorií. Ženské pohlaví respondentek pro mne vyplynulo ze statistik výskytu mentální anorexie v populaci.

Druhým a třetím kritériem jsem sledovala opět záměr soustředit výzkum na dívky a ženy, které mají vlastní zkušenost s mentální anorexií a její léčbou určitým způsobem zpracovanou, uzavřenou a aktuálně danou nemocí netrpí. Nejen z důvodu vyššího rizika zranitelnosti nemocných v akutní fázi mentální anorexie, ale i vzhledem k nižší míře ochoty ke spolupráci a omezené schopnosti sebereflexe, které jsem u nich očekávala.

Výběr respondentek byl **záměrný**, využívající metody snowball. Nejprve jsem kontaktovala osoby působící na pozici peer konzultantek, které v minulosti bojovaly s mentální anorexií. Tázala jsem se, zda by byly ochotné se mnou sdílet vlastní zkušenosti a zamýšlet se nad tématy mé práce i zda jsou (byly) případně v kontaktu s někým dalším, kdo by spadl do cílové skupiny výzkumu a koho by se mohly zeptat, jestli by měl o spolupráci na výzkumu zájem. Oslovila jsem rovněž některé dívky ze skupin na facebooku, které sdružují osoby, jež

prochází či prošly některou z poruch příjmu potravy a zaměřují se na jistou formu svépomoci, vzájemné podpory apod. Také jsem znovu kontaktovala respondentky, s nimiž jsem spolupracovala v rámci realizace praktické části své bakalářské práce. Celkově bylo osloveno 20 dívek, o nichž jsem věděla, že mají zkušenost s mentální anorexií. U čtyř z nich jsem po prvotním kontaktování zjistila, že nesplňují kritéria výzkumu, dvě na mé oslovení nereagovaly a jedna s výzkumem nesouhlasila. Rozhovor byl tedy veden s třinácti respondentkami, jež v minulosti prošly léčbou mentální anorexie. Odstoupení od výzkumu se netýkalo žádné z respondentek, s nimiž byla domluvena účast.

Vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumu participantky krátce představím a nastíním i jejich zkušenost s mentální anorexií – s ohledem na zachování anonymity jsem každé z nich přidělila náhodně vybrané křestní jméno.

Miriam, 49 let. Mentální anorexií si procházela od čtrnácti let. Po zhruba půlročním období intenzivního hladovění a cvičení byla při BMI 14,5 přibližně měsíc hospitalizována. Počátky onemocnění spojuje především s verbální šikanou ve škole a nízkým sebevědomím. Jelikož psychologická péče o nemocné s poruchami příjmu potravy v době, kdy si onemocněním procházela, nebyla v českém prostředí příliš rozšířena, věnovala se Miriam po propuštění z nemocnice obvodní lékařka. K té respondentka pravidelně docházela a konzultovala své obtíže. Léčbu mentální anorexie ukončila v šestnácti letech. Později v dospělosti se u ní rozvinuly deprese a úzkosti, po manické epizodě (dle Miriam vyvolané v důsledku nevhodně indikované farmakoterapie) jí byla diagnostikována bipolární afektivní porucha. Nyní je ve stadiu remise, a i když je k sobě a své váze občas kritická, její BMI se dlouhodobě pohybuje v oblasti normy (či mírné nadváhy).

Dana, 38 let. Onemocnění mentální anorexií u ní propuklo v šestnácti letech, kdy byla hospitalizována při výšce a váze odpovídající BMI pod 15. Po propuštění z nemocnice docházela na kontroly k obvodní lékařce do doby, kdy více než půl roku udržovala hmotnost v rozmezí normy; v péči psychiatra či psychologa dále nebyla. Dnes má dle svých slov zkušenost s mentální anorexií uzavřenou, málokdo o ní ví a příliš se k ní nevrací.

Jitka, 35 let. Léčbou mentální anorexie si procházela od třidvaceti let, vyvíjet se u ní začala zhruba rok předtím. Jitka se rozhodla zhubnout po porodu prvního dítěte, kdy přibrala zhruba pět kilo oproti původní váze. Jelikož byla sama v domácnosti na mateřské dovolené, nikdo její příjem potravy nekontroloval, manžel ji v hubnutí zprvu spíše podporoval. K omezení jídelníčku se přidalo pravidelné cvičení a rychlé, viditelné a okolím kladně přijímané výsledky Jitku motivovaly k pokračování v přísné dietě. Při dosažení BMI 16,4 Jitčin manžel

inicioval návštěvu odborníka a následnou ambulantní léčbu mentální anorexie. Tu Jitka ukončila po dvou letech, kdy u ní došlo ke stabilizaci stavu.

Marie, 29 let. S mentální anorexií se potýkala od patnácti let. Dlouhodobě se věnovala sportu, i dnes je v tomto směru opět aktivní. Léčbu nemoci, která u ní probíhala dva roky ambulantní formou, ukončila před pěti lety a po tuto dobu u ní nedošlo relapsu.

Aneta, 27 let. Mentální anorexií trpěla od šestnácti let, kdy ji po půlročním období střídání drastických diet s občasnými epizodami přejídání a následného zneužívání laxativ, byla (při BMI 16,5) obvodní lékařkou doporučena hospitalizace. V tu dobu Aneta vyhledala pomoc psychologa a psychiatra, kteří jí pomohli překonat mentální anorexii i úzkosti a deprese, jež se u ní později rovněž objevily. Léčbu ukončila před šesti lety, od té doby u ní nedošlo k relapsu.

Irena, 26 let. Mentální anorexie u ní začala v osmnácti letech, kdy odjela pracovat do zahraničí. Využila menšího vlivu rodiny na způsob vlastního stravování k tomu, aby zhubla několik – dle jejího tehdejšího hodnocení přebytných – kilogramů. Tohoto cíle poměrně rychle dosáhla, nicméně i po návratu domů pokračovala v redukci jídelníčku. Při překročení kritické váhy 39 kg při výšce 165 cm ji matka přesvědčila ke kontaktování odborné ambulantní pomoci. K dosud trvajícimu zlepšení stavu u ní došlo po dvou letech léčby, tedy v jedenadvaceti letech.

Radka, 26 let. Mentální anorexií začala trpět již ve dvanácti letech. Po neúspěšných snahách rodičů pomoci Radce v domácím prostředí došlo v šestnácti letech k její hospitalizaci; po propuštění z nemocnice zůstala ještě rok v ambulantní péči psychologa. Od osmnácti let, kdy léčbu úspěšně ukončila, u Radky nedošlo k relapsu onemocnění – dle vlastních slov si prošla obdobím přejídání, které ale neměla potřebu řešit s žádným odborníkem a srovnala se s tímto problémem sama.

Klára, 25 let. Mentální anorexie jí byla diagnostikována v osmnácti letech, dle subjektivního hodnocení onemocněním trpěla od patnácti let. Na jeho počátky vzpomíná v souvislosti s rozvodem rodičů a rodinnými konflikty, jichž bývala zhruba od svých třinácti let často svědkem. Vždy si prý připadala jako bezproblémové dítě, o kterém byli rodiče přesvědčeni, že vše zvládne samo a nemusí se jím příliš zabývat. Anorexie se pro ni dle vlastních slov stala jakýmsi tichým vzdorem. V osmnácti letech vyhledala z vlastní iniciativy odbornou pomoc psychologičky a na její doporučení i psychiatra – matce o svém problému říkala pouze jednou, nemyslí si však, že ji zcela pochopila a nikdy se k tomuto tématu spolu více nevracely; otci se o své nemoci dosud nesvěřila. V odborné péči setrvala dva roky – po jejich uplynutí nemoc překonala.

Sylva, 24 let. S mentální anorexií se začala ambulantně léčit ve čtrnácti letech, v době, kdy docházelo k rozchodu jejích rodičů a odchodu otce od rodiny. V tomto období začala Sylva usilovat o snížení váhy dietami a zvýšenou fyzickou aktivitou. Na čas bydlela s prarodiči, z jejichž strany přicházely snahy pomoci, které ovšem vnímala jako zcela nevhodné (nucení do velmi tučného jídla apod.). Na popud kamarádky a matky nakonec Sylva vyhledala odbornou pomoc psychologičky a psychiatra, v jejichž péči byla zhruba půl roku. Po období remise trvající do nástupu do prvního ročníku na vysoké škole u ní jednou došlo k relapsu onemocnění, jehož překonání Sylvě trvalo zhruba 7 měsíců. Nyní u ní opět přetrvává remise.

Eliška, 23 let. Cesta k mentální anorexii, kterou popisovala Eliška, vedla od dlouhodobých problémů s šikanou ve školním prostředí na základní škole, před nimiž přibližně od jedenácti let hledala únik a úlevu v sebepoškozování ostrými předměty. Toto období trvalo zhruba do Eliščiných třinácti let. V tu dobu se odhodlala k několika pokusům zhubnout pomocí držení drastických diet (ačkoliv nikdy netrpěla nadváhou), jež nakonec vyústily v mentální anorexii. Byla dvakrát hospitalizována na psychiatrickém oddělení, poprvé v patnácti, poté v šestnácti letech. Léčba se soustředila jak na překonání mentální anorexie, tak na pokračující sebepoškozování (které bylo lékaři vnímáno jako problém přidružený k poruše příjmu potravy). V rámci posthospitalizační péče Eliška dva roky navštěvovala psychiatra a brala jí předepsanou medikaci. Dnes studuje vysokou školu a – jak se domnívá – i díky celkové změně prostředí, která s nástupem na ni souvisela, se její stav dlouhodobě stabilizoval a je bez relapsů.

Ema, 19 let. S mentální anorexií se léčila ambulantní cestou, když jí bylo 17 let. Hubnout začala v šestnácti letech po rozchodu se svým prvním přítelem, původně s cílem zvednout si sebevědomí a „něco dokázat“. Když BMI Emy dosáhlo hranice 16, zakročila její matka, které se podařilo Emu přesvědčit k návštěvě obvodního lékaře a následně psychologa. Tělesnou hmotnost se jí podařilo obnovit poměrně rychle, během půl roku, další tři měsíce pokračovala v návštěvách psychologa. Během této doby se jí prý podařilo vyrovnat s onemocněním mentální anorexií i s důvody, které k němu u ní vedly (především se zmiňovaným rozchodem).

Iva, 19 let. Léčbou mentální anorexie si procházela v 17 letech. Problémy s příjmem potravy u ní začaly v souvislosti s onemocněním ledvin, s nímž se dlouhodobě léčí. Po zhoršení zdravotního stavu v patnácti letech následkem přísnějších dietetických opatření zhubla, ztratila chuť k jídlu. Nejdříve jí o zhubnutí primárně nešlo, postupně jí ale začalo být příjemné a z ubývání na váze se stal její hlavní cíl. Lékařem jí byla doporučena psychologická péče, kterou ukončila po sedmi měsících úspěšné léčby.

Alena, 17 let. S mentální anorexií se potýkala od 13 let, v odborné péči byla od čtrnácti do šestnácti let. Z počátku se za pomoci rodičů pokoušela o léčbu ambulantní cestou, zhruba po dvou měsících ovšem došlo ke zhoršení zdravotního stavu Aleny, a proto byla hospitalizována na dětském oddělení všeobecné fakultní nemocnice. Později byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici, po propuštění začala docházet do stacionáře a k psychoterapeutce. Tam se postupně podařilo posílit její motivaci a dospět k celkovému zlepšení psychického stavu, ustálení optimální váhy a dosud trvající remisi.

Pro názornost uvedu přehled respondentek a jejich základní popisné charakteristiky v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Přehledová tabulka respondentek

Respondentka	Věk	Věk vzniku mentální anorexie	Přibližná doba trvání mentální anorexie
Míriam	49 let	14 let	1 rok
Dana	38 let	16 let	1,5 roku
Jitka	35 let	23 let	3 roky
Marie	29 let	15 let	2,5 roku
Aneta	27 let	16 let	4 roky
Irena	26 let	18 let	3 roky
Radka	26 let	12 let	6 let
Klára	25 let	15 let	5 let
Sylva	24 let	14 let	3 roky

Eliška	23 let	14 let	4 roky
Ema	19 let	16 let	1 rok
Iva	19 let	17 let	1 rok
Alena	17 let	13 let	4 roky

6. Výsledky výzkumného šetření

V následujících kapitolách prezentuji výsledky svého výzkumu. Snažím se přitom o přehlednost a logickou návaznost jednotlivých tematických oblastí, k nimž se respondentky v rozhovorech vyjadřovaly. Vlastní komentář, přehled a popis zjištěných faktů pro ilustraci doplňuji vybranými citacemi, které jsou v textu vyznačeny *kurzívou*.

6.1. Subjektivní význam pojmu hodnota (hodnoty)

Pojem hodnota (hodnoty) respondentky chápaly jako něco, co má pro člověka zvláštní význam či důležitost (Miriam, Radka, Sylva, Eliška, Alena), to, pro co nám stojí za to žít, co našemu životu dává smysl a co udává směr našemu jednání (Dana, Marie, Aneta, Ema), věci a vlastnosti, které vnímáme jako dobré a žádoucí (Irena, Klára, Iva), a výsledek hodnocení něčeho, s čím se setkáváme, včetně abstraktních věcí i myšlenek, které vnímáme jako důležité, chceme se jimi řídit a přizpůsobovat jim své chování a svůj život (Jitka). Doplním toto zjištění vybranými citacemi.

Marie: *...něco, podle čeho se v životě řídím, co uznávám.*

Dana: *Hodnoty jsou pro mě všechny věci, ve kterých vidím v životě smysl. Něco, o co můžu usilovat, co mi přijde dobrý dělat a tak.*

Sylva: *...to, co člověk vidí jako nejdůležitější ve svém životě – to, co si myslí, že ho udělá šťastným nebo naplněným.*

6.2. Konkrétní hodnoty důležité pro respondentky

Mezi skutečnosti, kterým respondentky přikládaly zvláštní hodnotu, patřily především: **láska** (u Miriam, Dany, Kláry a Elišky na prvním místě), **zdraví** (nejvíce ceněná hodnota pro Anetu, Radku a Ivu), **rodina** (pro Jitku a Marii nejdůležitější hodnota), **přátelství** (na prvním místě u Ireny a Aleny), **pravda**, opravdovost (nejdůležitější hodnota pro Emu) a naplňování **vlastního potenciálu** (přední hodnota pro Sylvu). Dále přibližování se vlastnímu ideálu, prospěšnost druhým či společnosti obecně, věrnost a spolehlivost.

Respondentky Miriam, Dana, Klára, Sylva a Ema nevnímaly, že by tyto základní hodnoty byly jiné oproti době, kdy procházely mentální anorexií – během onemocnění je prý spíše vnímaly jinak, respektive se na ně méně zaměřovaly. Uvedu pro názornost výpověď Dany.

Dana: *Já věřím, že ty základní hodnoty, který mám v sobě tak nějak pevně, odmalička vštípený, tak ty že tam furt byly. Ale... Byly tou anorexií tak jako hodně překrytý, odsunutý –*

ale neřekla bych, že by se v jádru změnilo, já jsem se k nim potom vrátila, takže tam určitě zůstaly.

Jitka, Marie, Aneta, Irena, Iva a Alena pohlížely na své hodnoty v průběhu nemoci jako na výrazně odlišné oproti současnosti. Mluvily o přehodnocení většiny hodnot, které pro ně před vyléčením z mentální anorexie byly důležité.

Marie: Dnes mám své priority nastaveny jinak. V současnosti je pro mě prioritou být zdravá a mít rodinu. Už to není být hubená a všemi oblíbená.

Aneta: To je pro mě úplně nesrovnatelný... O co jsem usilovala tehdy, to bylo prostě nemocný a nebyla jsem to já. Já to teda tak vnímám, že za tou hranou, kde se to přehouplo do té anorexie, tam mě fakt ta nemoc úplně smetla... Ted' jsem to zas já a moje vlastní priority. Částečně jsem se k některým hodnotám, který pro mě byly důležité předtím, než jsem onemocnila, vrátila, ale vzhledem k tomu věku jsem tenkrát v průběhu té léčby taky tak nějak teprve přicházela na to, jaký hodnoty jsou pro mě vlastně důležité...

Irena: Určitě to tenkrát bylo jiný... Ta zkušenost mě svým způsobem přinutila koukat se na tohle jinak, srovnat si ty hodnoty úplně jiným směrem.

Alena: Během anorexie pro mě byla důležitá jenom jedna věc, hubnout, prostě vydržet nejíst a tak – na nic jiného jsem se nezaměřovala. To byl trochu jinej svět... Možná někde uvnitř ty hodnoty byly, ale... Vlastně bych spíš řekla, že jsem si k nim došla až potom – u mě to začlo celkem brzo, takže ty hodnoty, co mám, k těm jsem si defakto došla až pak – předtím jsem se spíš řídila tím, co jsem brala jako důležitý u ostatních, a to jsem se snažila tak trochu kopírovat... Ta nemoc nějaký vývoj v tomhle částečně zastavila, protože v tu dobu pro mě nejvíc znamenalo vidět to číslo na váze a mít v tom pocit vítězství nad sebou... Ted' už to jsou samozřejmě úplně jiné věci...

Radka na tuto otázku neodpověděla jednoznačně – bylo pro ni obtížnější vrátit se do doby, kdy si procházela mentální anorexií vzhledem k časovému odstupu, se kterým dané období hodnotila.

Radka: To těžko říct. Tehdy jsem si ještě asi nedokázala pořádně představit, co to vůbec třeba ta láska je, hlavně bych řekla, že jsem neměla vytvořený nějak ten vztah k sobě. Zdraví, to jsem si taky dost dobře neuvědomovala... Ale jestli tam někde uvnitř tyhle hodnoty byly – asi jo, někde hodně skrytě, ale to už vůbec nedokážu s jistotou říct.

6.3. Pevnost a stálost hodnot

Respondentky vnímaly vlastní hodnotový systém jako stabilní – určité základní hodnoty pro ně měly stálou a jasně danou platnost. Uvedu kupříkladu citace Miriam a Dany.

Miriam: *Každý má svůj vlastní žebříček toho, co je pro něj důležitý, něco je individuální a občas v tom životě proměnlivý – ale ty hlavní hodnoty, to dobro, věřím, že má v sobě každý tak nějak stále.*

Dana: *Určitě ty hlavní hodnoty mám pořád stejné. I když se třeba v čase mění to, jak přesně je zrovna vnímám, co pro mě konkrétně znamenají a tak – ale v zásadě se držím pořád toho, co je pro mě zásadní a ani ta anorexie tohle nakonec díkybohu nezlomila.*

Některé z respondentek (Marie, Irena a Alena) nicméně dodávaly, že ačkoliv určitý stálý systém hodnot mají, nevnímají ho jako zcela rigidně daný, nýbrž v čase se vyvíjející.

Marie: *Nějaký systém hodnot mám, ale nejsem si jistá, zda je úplně striktní. Určitě se hodnoty v průběhu života mění...*

Irena: *Nejde asi říct, že by byly úplně napevno daný, ale určité žebříček hodnot si myslím mám, celkem jasnej... V různých fázích v životě pro mě jsou třeba některý hodnoty důležitý víc a jiný míň, není to úplně že bych si šla pořád za tím jedním, ale nějaký základ je i přes ten vývoj myslím stejnej.*

6.4. Pohled na výchovu k hodnotám ze strany rodičů a rodiny celkově

Všechny respondentky vnímaly ze strany rodičů poměrně silnou snahu předat jim v rámci výchovy určité hodnoty. Miriam a Dana mluvily o vedení ke křesťanským hodnotám – Miriam konstatovala, že tento fakt významně ovlivnil její svědomí a tím celý život; podobně Dana soudila, že díky tomuto vlivu se z ní stal takový člověk, jakým je. Klára a Eliška hovořily také o některých vnímaných rozporech ve výchově k hodnotám.

Klára: *No, ze začátku to bylo vyložené tak, že co řeknou rodiče, to je prostě svatý a brala jsem tak i ty hodnoty rodičů. Ale asi hlavně v té pubertě – ještě když se rodiče chovali i k sobě navzájem tak, jak se chovali – to zas člověk viděl jinak. Už jsem viděla, že ani ty rodiče nejsou tak svatý, že sami se občas chovají ne úplně podle těch zásad – že to prostě všechno není tak černobílý, a nějak jsem v tu dobu chtěla tak nějak všechno překopat – ale samozřejmě některý ty věci byly prostě daný a tečka, to se jako muselo dodržovat, i když mi*

to třeba kolikrát přišlo nesmyslný – ať už u mámy, tak u táty... Jenom v tý anorexii jsem pak měla pocit, že platí moje pravidla, jasně daný a jakoby fér.

Eliška: Určitě, jako asi každý rodiče se snaží nějak to svý dítě vést... Když jsem byla starší, kolem tý puberty, tak mi to přišlo takový nefér, že se mě třeba snaží peskovat za něco, co sami dělají a tak – přišlo mi to jako taková křivda, že ani doma, kde to pro mě vždycky bylo takový útočiště, kde ten svět byl jakoby v pořádku, kde to bylo bezpečný, tak že ani tam to všechno nefunguje úplně ideálně...

Sylva se zmiňovala o větším důrazu kladeném na splňování nároků rodičů a o důležitosti souladu hodnot v rámci všech složek rodinného systému. Jitka, Aneta, Irena, Radka a Alena k tomuto tématu vyjadřovaly přesvědčení, že si nejsou vědomy žádného pochybení rodičů v oblasti výchovy (nejen) k hodnotám. Podobně Iva, Marie a Ema popisovaly výchovu k hodnotám jako standardní a vnímaly snahu rodičů předat jim určité stálé hodnoty pozitivně. Alena a Irena přitom zdůrazňovaly, že u rodičů v době léčby mentální anorexie často zaznamenávaly pocity viny a hledání pochybení ve vlastních výchovných postupech, které hypoteticky mohly vést k onemocnění poruchou příjmu potravy. Tyto skutečnosti následně vyvolávaly pocitování viny u respondentek, neboť byly přesvědčeny, že výčitky, které rodičům způsobovaly, nebyly oprávněné. Uvedu pro ilustraci citaci Ireny.

Irena: Myslim, že v tomhle jsem rodiči byla vedená dobře a jsem za to ráda... Já vim, že naši tohle hodně řešili, když jsem se vrátila z toho zahraničí a najednou hubnutí, cvičení, tohle všechno – přitom oni mě nikdy nevedli k tomu, abych nějak víc řešila vzhled, že by na mě třeba měli nějaký nároky nebo tak, to vůbec. Máma se mě kolikrát přímo ptala, kde udělali s tátou chybu v tý výchově, že se mi tohle stalo, že jsem s tím vůbec začala. Ale tam si myslim, že chyba určitě nebyla, to bylo asi prostě nějak ve mně a spíš mě teda hrozně mrzelo, že to takhle řešili. Že se trápili.

6.5. Vnímání hodnot v průběhu onemocnění mentální anorexie

Všechny respondentky se ve svém hodnocení období, kdy si procházely mentální anorexií, shodly, že jejich tehdejší vnímání a prožívání hodnot bylo značně omezené a zúžené. Hlavní a vlastně jediná oblast zájmu, která ostatní hodnoty upozadila, se týkala cíle zhubnout a dosáhnout tělesného ideálu.

Sylva: Během mentální anorexie jsem si utvořila svůj žebříček hodnot tak, že nejdůležitější je, abych byla ve všem nejlepší – ať už to byla škola nebo hubnutí. Vše ostatní jsem

podřizovala tomu a vztahy nebo zdraví jsem měla na přičce pod tím. Postupně to hubnutí bylo pro mě jediný důležitý.

Iva: No, když jsem si procházela anorexií, tak pro mě vlastně žádný hodnoty, myslím z těch normálních, pro mě, jak rodina a tak, jako by neexistovaly. Nebo byly někde v pozadí. To jsem měla před sebou ten cíl hubnout – hlavně teda nepřibrat – a nějaký ostatní věci jsem řešila až pak, to v tu chvíli nebylo tak důležitý.

Dana, Irena a Ema se rovněž pozastavily nad tím, že se tato velmi radikální změna jejich hodnotového žebříčku udála, aniž by si to dívky samy uvědomovaly či připouštěly. Po delší dobu vlastní proměnu nehodnotily jako natolik výraznou a až připomínky někoho z okolí či zážitky vážnějšího ohrožení zdravotního stavu v nich toto uvědomění postupně iniciovaly.

Dana: Ale z tehdejšího mého pohledu jsem si to všechno v hlavě dokázala překroutit tak, že mi to přišlo v pořádku. Já jsem se o tom ale sama musela neustále přesvědčovat, stejně jako jsem to nalhávala ostatním... Nepřipustila bych si to sama asi nikdy, kdyby ty okolnosti byly jiný...

Irena: ... Mně to tak hlavně v tu dobu vůbec nepřišlo, to bylo asi nejvíc šílený. To byl člověk jak v tunelu nebo jako by šel po nějaký úzký lávce, na kterou se musíš hrozně soustředit a mimo to nevnímáš – a já jsem se furt přesvědčovala, že to je normální. Že každej přece řeší postavu, každej chce bejt hubenej, každej chce bejt dokonalej – jenom já jsem dost silná a dokážu si za tím opravdu jít. V tom je takovej paradox tý nemoci – že to dává i pocit nějaký vyjimečnosti, to hladovění, že se člověk prostě šprajcne a vydrží. A na druhý straně stejně něco furt našeptává, že to není dost. Že stejně nikdy nebude dost dobrej, ale aspoň v tomhle se prostě musí maximálně snažit... V tý době to celý bylo jenom o týhle jedny věci, a to ostatní se ztratilo jako ani nevím jak... Mě ty věci už ani nezajímaly, nebavilo mě nic – snad jenom to vážení bylo pro mě zajímavý, to byl vrchol dne, kde jsem viděla nějaký pokrok...

Ema: Hodnoty, když jsem měla anorexií... Když si vezmu, co pro mě bylo důležitý předtím, kolik jsem měla aktivit, zájmů – tak jakmile jsem veškerou svoji pozornost upla na hubnutí, tak všechno, co mě předtím bavilo, šlo stranou. A to není, že bych si řekla, teď s tím vším končím, budu se zajímat jenom o váhu – nebo jako ze začátku taky trochu, ale nikdy bych si nemyslela, že mě to tak pohltí. To už jsem pak na to ostatní neměla třeba ani sílu, nebo vůbec náladu, chuť... Ale nepřiznala bych si to. Něco mi to jako nedovolilo..., to muselo dojít až do bodu, kdy mě někdo vyloženě dotlačil s tím něco dělat – ale jinak nevím, jak by to dopadlo.

6.6. Vývoj pojetí hodnot v kontextu s onemocněním mentální anorexií

Respondentky s výjimkou Miriam a Dany přisuzovaly velmi zásadní důležitost onemocnění mentální anorexií z hlediska vývoje svého hodnotového směřování. Miriam a Dana vnímaly zkušenost se svým onemocněním jako důležitou, zároveň ji ale viděly spíše jako jednu z mnoha skutečností, které je v daném směru ovlivnily. Miriam například popisuje změnu priorit od doby, kdy procházela mentální anorexií takto.

Miriam: Priority jsem změnila v tom ohledu, že vlastně člověk, kterej spadne do anorexie je takovej zahleděnej do sebe, víc se soustřeďuje na sebe a pořád se to všechno točí jako spirála, z který není úniku. A potom, když se z ní člověk dostal... Tak to si oddychne (smích). Ty hodnoty tam byly, ale člověk jako by šel vedle nich nebo prostě někde ztracenej sám v sobě a potom se zpátky zase našel.

Aneta: Když se člověk dostává z anorexie, hledá nějak znova to svoje pravý já a u mě to bylo hodně i o tom návratu ke starým hodnotám... Některý věci jsem zas musela úplně přehodnotit, protože mi nakonec už samotný bylo jasný, že by to jinak s takovým nastavením prostě nebylo k žití. Když už mi hrozila nemocnice, tak to byl dost výraznej impulz změnit nějak přístup a vlastně o tom pak byla asi nejvíc celá moje léčba. Nějak jsem si hledala tu cestu, jak můžu bejt spokojená. Už mi bylo jasný, že s tou anorexií to nejde, že mě to jenom ničí, a ten cíl bejt hubená a ovládat to jídlo jsem tím pádem musela nahradit něčím jiným – takže se pak takhle postupně vyvíjely ty můj hodnoty dál. V tý anorexii to bylo spíš zastavený, tam jsem nad tím asi vůbec nepřemýšlela – to jsem řešila jenom jak vydržet nejíst.

Klára: Ono to začlo v takový tý době, která je hodně o tom hledání se, jo, o tom vyjasnit si ty důležitý priority, v čem chce bejt člověk dobrej, co ho baví, zajímá a tak. A teď tou anorexií se ta pozornost stočila úplně jinam. To byla zas taková stagnace, i když, nebylo to vyloženě že bych řešila jenom to jídlo, taky jsem musela řešit školu, všechno, ale bylo to tím všechno dost poznamenaný a jako kdyby zbržděný – ale pak mě zas ta zkušenost i v něčem nakopla, něco jsem si z toho vzala, a řekla bych, že to fakt kolikrát nasměruje třeba i dost jiným směrem... Já to určitě beru jako něco, co to moje vnímání priorit otočilo hodně.

Ema: Myslím, že třeba ten osobní úspěch pro mě byl důležitěj vždycky. Proto ta anorexie vlastně začla a během tý nemoci se to hrozně umocnilo. To se z toho pro mě stala vlastně jediná hodnota a všechno ostatní šlo stranou, v tom to byla ta nemoc právě. Což byl vlastně

trochu paradox, protože zrovna když se má člověk rozvíjet, tak já se motala furt kolem toho jednoho. Ale i teď myslím, že tohle je něco, co pro mě je nějakým způsobem důležitý pořád, být v něčem dobrá, úspěšná – ale už se toho snažím dosáhnout jinak a taky už to není to jediný. Určitě tomu neobětuju vlastní zdraví a tak. Toho, co pro mě má hodnotu je daleko víc, takže už to nestojí a nepadá na jedny věci.

Alena: Hlavně už vim, že prostě to zdraví je základ. O to se chci starat především.

6.7. O vývoji sebehodnoty

Respondentky se shodovaly, že v průběhu svého onemocnění mentální anorexií jejich sebehodnota přímo závisela na aktuální hmotnosti, splňování či porušování dietetických pravidel apod. Uvedu pro ilustraci úryvky z rozhovorů s Danou, Irenou a Klárou.

Dana: No, tenkrát to bylo dost hrozný. Já jsem se vlastně hecovala tím, že jsem nechutná, tlustá, k ničemu – a ono když jsem si to takhle neustále říkala, tak jsem tomu prostě uvěřila... Pak to byly různý období – chvíli jsem si přišla vlastně nad ostatníma, protože jsem se dokázala neskutečně ovládat a oni jakoby ne, ale ta sebehodnota byla hrozně vrtkavá... Jakmile se jedna věc v té sebekontrolě nepovedla, zhroutilo se úplně všechno, zas jsem byla k ničemu...

Irena: To kritérium bylo nesmyslný, ale jasný. Bud' to zvládneš a hubneš, nebo to nejde a v takových chvílích jsem kolikrát ani nevycházela ven nebo prostě mezi lidi... Já jsem na nějaký svoje další kvality nějak zapomínala nebo mi nepřišly tak důležitý, nepřišlo mi, že bych v nich dost vynikala – zato anorexie, to byla taková jistota, kde člověk věděl přesně, co dělat, aby to šlo. Tak to fungovalo teda spíš na začátku, to to ještě šlo, pak už to bylo horší a – hlavně proto, že začalo bejt daleko těžší se těm svejm cílům..., prostě to všechno dodržet, protože jsem to furt úplně nesmyslně posouvala. Na tu váhu jsem pak lítala pořád, bez toho jsem byla úplně ztracená – a jak tam bylo něco navíc, tak..., to bylo hrozný.

Klára: Já se vážila každý den tak dvakrát, a jo, když jsem třeba přes noc zhubla, cítila jsem chvíli takový zadostiučinění a přišla jsem si jako že jsem něco dokázala. A šla jsem si za tím o to víc dál. Ale jakmile to nějaký den nešlo dolů nebo nedejbože nahoru, tak to byl prostě konec. To bylo najednou takový zoufalství, že si člověk přišel úplně bezcennej a celej svět byl na nic – protože já tomu fakt dávala veškerý úsilí, úplně – a najednou mi to všechno přišlo k ničemu, jako hrozně nefér... Asi nejtěžší pak bylo nějak se odpoutat od tý představy, že na tý váze nezáleží, že i když vážim víc – že je to prostě jedno. Ted' už to asi neberu tak podle

nějakých vnějších znaků a podmínek, který musím plnit. I když člověk furt má nějaký ideály..., ale nezničím kvůli tomu sebe a svoje zdraví... Moji hodnotu už neurčuje to, jestli dokonale dodržuji nějaký nároky.

Všechny respondentky, s výjimkou Miriam, která přikládala větší důležitost v daném ohledu jiným událostem svého života, vnímaly svou zkušenost s mentální anorexií a její léčbou jako něco, co významně přispělo k dalšímu vývoji jejich sebehodnoty – a to vesměs pozitivním způsobem.

Sylva: Pokud se ale začnete léčit z anorexie, znamená to, že musíte přijmout sami sebe a začít se o sebe starat a tak nějak vnímat. Pokud sami sebe přijmete a poprvé za život se milujete, tak vám dojde, že ke štěstí vám stačí to, abyste o sebe pečovali a dělali to, co dělá šťastné vás.

Jitka: Já tu svoji hodnotu našla asi hlavně v těch vztazích – i když jsem si musela nejdřív nějak ujasnit přijetí sebe samotný, tak to, co znamenám pro manžela, pro malýho, prostě pro někoho, to je pro mě strašně moc a pomohlo mi to určitě i jako takovej důvod se z toho všeho dostat. Nezůstat uzavřená v tom šťourání se v sobě samotný, ve svých nedostatcích a víc si vážit toho, co můžu pro druhý znamenat. V tom je nesmírná hodnota – a i kvůli téhle zkušenosti si to naplno uvědomuju.

Irena: Já jsem fakt asi hlavně musela přijmout, že nedokonalost prostě patří k životu a že vlastně díky ní si ho můžeme nějak užívat. Dneska je ten tlak obecně hrozně silnej v tom, že se každěj snaží právě o tu dokonalost, ale podle mě je to nesmysl a vede to akorát k tomu, že jsou pak lidi frustrovaný a nespokojený. Protože nikdy nebudeme úplně dokonalí, to je prostě fakt. A paradoxně myslím, že vnitřní spokojenost je to, co dělá člověka nejvíc krásným. Já už si tak nějak srovnala, že moje hodnota jako člověka není určovaná nějakým vnějším parametrem, že si jí nemůžu něčím vyčíslit – je to prostě v tom, jaká jsem. A už je na mně, jak s tím naložím – jestli budu rozvíjet co můžu, nebo se naopak omezovat nesmyslnýma nárokama a sebekontrolou... Tohle bych si možná bez té zkušenosti nikdy neuvědomila, nebo nevím, asi jsem si na to prostě potřebovala přijít svým způsobem.

6.8. Vnímání důležitosti společenského uznání a ocenění

Většina respondentek (8 z 12) pocítovala poměrně vysokou míru potřeby uznání ze strany okolí. Miriam to popisuje například takto: *Mám velikánskou potřebu vědět, že jsem pro někoho důležitá nebo potřebná. A strašně moc toužím po tom, aby mi to okolí dávalo najevo.*

Tyto respondentky nicméně zároveň vnímaly změnu v tomto ohledu ve smyslu snížení důležitosti společenského uznání, která byla u nich v průběhu onemocnění mentální anorexií prožívána jako abnormálně vysoká.

Irena: Ale abych svůj život ve všem přizpůsobovala ostatním, snažila se neustále někomu zavděčit jenom proto, aby se mi dostalo toho uznání, to už ne. To si už ani nedovolím. Snažím se si z toho už tolik nedělat, protože už vím, že je to pro mě prostě nebezpečný. Ne že by mi to bylo jedno, to zas taková prostě asi nikdy nebudu, ale... Tomu, kdy jsem se opravdu honila jenom za tím, tomu se už chci vyvarovat.

Zbývající čtyři respondentky (Marie, Dana, Irena a Klára) konstatovaly, že uznání a ocenění ze strany společnosti pro ně již není tak důležité jako v minulosti – na čemž svůj důležitý podíl nesla právě zkušenost s mentální anorexií.

Marie: Nepotřebuji dokazovat okolí něco, žiju si svůj život pro sebe a své blízké. Víím, že mojí hodnotu neurčuje okolí, ale já sama.

Klára: Už naštěstí můžu říct, že tohle pro mě není to hlavní. Okolí se nikdy nikdo úplně nezavděčí, takže hnát se za tím je nesmysl a vede to akorát k nespokojenosti. To, co cítím a kdy to cítím, to nikdo jinej neví, a proto mi nemůže ani diktovat co mám dělat, abych se tak cítila. Je to na mě, s čím jsem a nejsem spokojená – a to vnější uznání je stejně vždycky jenom vnější...

6.9. Pocit užitečnosti pro druhé versus individuální uspokojení

U všech respondentek byla patrná poměrně vysoká touha být prospěšnými pro své okolí, pomáhat potřebným a podobně. Současně některé z nich (s výjimkou Miriam a Radky) zmiňovaly, že na prvním místě je u nich spokojenost a zdraví vlastní, a to v přímé souvislosti se zkušenostmi s mentální anorexií.

Radka: Já jsem i profesně zaměřená spíš na tu pomoc druhým – tohle mám v sobě řekla bych odmalička.

Eliška: Určitě se snažím být nějak přínosná pro druhé, ale ta individuální spokojenost, to je vlastně taková podmínka toho, abych i pro ostatní mohla být pozitivní a mohla je obohatit. Jako, těžko někomu něco pozitivního nabídnout, když není z čeho...

Alena: No, rozhodně si nežiju jen tak pro sebe, to bych asi moc spokojená nebyla – ale už nemám takový ty sklony zachránit svět a na sebe přitom zapomínat. V tom si myslím, že už mám zas jasno – nejdřív moje zdraví, moje rodina a pak ty další věci.

6.10. O hodnotách ve vztahu k hranicím vlastního ega

Dana, Klára, Sylva a Ema popisují ve vývoji vztahu k vlastním hranicím důležitou roli zkušenosti s mentální anorexií jakožto spouštěče přehodnocení svých dosavadních postojů v dané oblasti.

Sylva: *...vidím, že jsou mé hodnoty zase jiné. Na prvním místě jsem já – moje zdraví, moje štěstí, můj život – a to, co dělá šťastnou mě. Nemyslím to v sobeckém slova smyslu, ale dříve se můj život točil okolo úspěšnosti – teď se můj život točí okolo mých koníčků, zájmů, poznávání sebe sama, kamarádů, rodiny, zdraví – jak mého, tak lidí, na kterých mi záleží – a ano, stále chci dosáhnout svých snů, ale rozhodně tomu už nechci vše podřídít.*

Ema: *Když jsem na tom byla asi nejhůř, musela jsem se vážně zamýšlet nad tím, jestli chci dál žít. Bojovat o ten život. A nakonec ve mně zvítězilo, že jo – a když si něčím takovým projdeš, tak víš, že tohle je to hlavní. Začala jsem si mnohem víc vážit toho života – to není o tom, že by se ze mě stal egoista, ale o tom, že znám tu hodnotu svého života, protože jsem si ho fakt vybojovala. A vim, že to další, to dosahování nějakých představ společnosti o tom, jak vypadat a já nevím co všechno, vůbec ta snaha zavděčit se okolí, už nikdy nesmí být důležitější než já samotná. V první řadě se starám o sebe a vlastní spokojenost – a to není sobecký, protože jediné pak můžu být užitečná i ostatním, což určitě chci.*

Alena, podobně jako Jitka, mluvila o touze po schopnosti být pro druhé jako o jedné z věcí, které ji motivovaly v léčbě. Také zmiňuje, že hrozící neplodnost pro ni představovala riziko, jež ji určitým způsobem vyděsilo a přimělo se sebou něco dělat.

Alena: *...pak už jsem viděla, že se ze mě stává hrozně egoista zahleděnej do sebe a svejch problémů, a bylo mi jasné, že kdybych zůstala taková, nebylo by v mém životě místo pro nic jinýho než pro mě a anorexii. Že to jinak ani nejde – já jsem ani nedostala menstruaci, takže tím mě doktoři hodně uzemnili, že takhle bych nikdy nemohla mít třeba děti... Je to takový zvláštní – v anorexii jsem byla hrozně zaměřená jenom na sebe, a přitom jsem si přišla hrozně bezcenná, nesnášela jsem se – teď se mám mnohem radši a starám se o sebe, ale v tom dobrým, no.*

Podobně se k tomuto tématu vyjádřila také Klára a Eliška.

Klára: *V té době to bylo jako by kolem mě ta anorexie postavila nějakou bariéru a já jsem za žádnou cenu nechtěla pryč a nikoho k sobě pouštět. A to už teda občas i mně docházelo, že to není normální – hlavně jsem si říkala, tyjo, tak proč já se vlastně tak strašně snažim*

bejt hubená, když pak ani nejdu mezi lidi a radši se doma užívám a trápím sama nad sebou... Hrozně jsem se dokolečka zaobírala tím, jak se nikdo nestará o to, jak mi je, co se se mnou děje – přitom to bylo úplně naopak, já jsem prostě nebyla schopná vidět cokoliv jiného než sebe a tu svoji nemoc, co se dělo v okolí mě nezajímalo... Teď je to jiný – nejsem už takovej sobec, i když jsem sama pro sebe jakoby důležitá, záleží mi na tom, abych byla spokojená, zdravá – ale je to taková ta zdravá sebeláska, řekla bych.

Eliška: Ta anorexie hodně prohloubila tu moji uzavřenost před okolním světem, a i když myslím, že jsem k tomu nikdy předtím neměla sklony, tak to bylo dovedený až do takový sebestřednosti, kterou jsem si ale nejdřív neuvědomovala samozřejmě. Pak už jo, pak mi to zas bylo líto...

6.11. Vnímaný rozpor mezi zastávanými hodnotami a vlastním jednáním

Žádná z respondentek významně neprožívala rozpor mezi teoreticky přijímanými hodnotami a vlastním jednáním a chováním.

Miriam: Jasně, to se prostě někdy stane. A neberu to nějak – nevylučuje to, že by to už pro mě nebylo důležité, prostě že někdy nejsem trpělivá a cením si trpělivosti například... Rozhodně to nedělám vědomě, že bych ty hodnoty nějak posunovala... Těch základních se snažím držet.

Marie: To, co zastávám, tak se podle toho snažím i jednat. Občas nastane nějaké dilema, a to je pak o něco těžší, ale snažím se s tím vypořádat podle vlastního nejlepšího přesvědčení.

Devět respondentek zdůrazňovalo, že během mentální anorexie tento rozpor vnímalo velmi silně, což negativně ovlivňovalo jejich celkové prožívání. Čtyři zbývající respondentky (Irena, Sylva, Eliška a Ema) mluvily spíše o tak silném zaujetí hubnutím, že se z něho stala jediná hodnota, podle níž v době, kdy mentální anorexií trpěly jednaly. Z tohoto hlediska tedy svým chováním neporušovaly své tehdejší hodnotové přesvědčení – i když ho z dnešního pohledu vidí jako neslučující se s jejich nynějšími hodnotami.

Aneta: No, v té době to byl neustálý boj, to byl ve mně ten rozpor vlastně pořád...

Ema: To je těžký... Já jsem to tak tehdy nevnímala. Nevnímala, protože pro mě bylo fakt to jediný hlavní hubnout. A jestli to šlo nějak proti zdraví, proti přátelům, rodině – tak jsem to

tomu prostě podřídila a nepřišlo mi, že tím něco porušuju. Ted' to asi zní hrozně, ale já se tak jakoby rozhodla, nebo spíš ta nemoc rozhodla.

Dana mluvila o tom, jak mentální anorexie ovlivnila hodnoty křesťanské, k nimž byla rodinou vedena od útlého věku.

Dana: To jsem si teda uvědomovala už tenkrát, v průběhu nemoci, že tím jdu proti svý víře a zásadám. Něco ve mně vědělo, že je to všechno strašně špatně, že se tím ničím, že to je v podstatě hřích – ale nějak jsem to vždycky umlčela, a naopak jsem se snažila to celý nějak racionálně omlouvat: že se naopak ovládám, což je vlastně dobře a různě. Ale třeba hlavně to lhaní rodičům a tak, to jsem si nijak omluvit nemohla. To schovávání, zatajování... Já jsem vlastně pořád lhala. Kolik jsem toho snědla, kam chodím – že jsem byla támhle s někým na obědě, na večeři, abych nemusela jíst doma... Takže třeba ta pravda pro mě tu důležitost ztratila, protože byla silnější ta touha prostě zůstat nemocná... Ted' už díkybohu žádný takový rozpor nevnímám, svědomí už mám čistý...

O tématu lhaní a zakrývání skutečnosti během mentální anorexie mluvila i Jitka, která vyjádřila lítost nad tím, jak negativně ovlivnily tyto symptomy nemoci její partnerský vztah a prohlubovaly její uzavírání do sebe. Také Marie, Radka a Klára mluvily o tom, že je mentální anorexie mnohokrát vedla k jednání proti vlastnímu přesvědčení a morálním hodnotám.

Marie: Obecně nesnáším lhaní a pokrytectví. V období mentální anorexie jsem lhala běžně, vnitřně jsem se pak přesvědčovala o tom, že je to v pořádku, protože tím chráním rodiče a okolí... Nikdy jsem rodičům nelhala nebo aspoň ne nijak často, upřímně jsem lhat ani nikdy neuměla. V období anorexie se to samozřejmě změnilo... Lhaní byl můj obranný mechanismus.

Radka: Člověk lhal, podváděl, schovával různě věci – jako jídlo myslím. To s tím prostě souviselo a ted' už to třeba tak neberu, ale musím říct, že mi z toho bylo tenkrát strašně, hlavně když to jednoho krásnýho dne vyplavalo na povrch... To jsem si sama říkala, jak to mohlo vůbec dojít až sem.

Klára: Hrozný bylo to lhaní, skrývání, takový to, co k tý anorexii patří... ...A to není že by ten člověk byl takovej, já jsem fakt nikdy předtím tohle nedělala, že bych našim lhala nebo takhle, ale předtím – to prostě jinak nešlo...

6.12. Vlastní doplnění k tématu

V závěru rozhovoru byl respondentkám ponechán prostor pro vyřčení čehokoliv, co by k tématu rády dodaly. Vybrané citace dle mého názoru trefným způsobem vystihují pohled některých účastnic výzkumu na téma hodnot v souvislosti s onemocněním anorexií.

Miriam: *Myslím si, že ta nemoc svým způsobem ten vývoj trošku pozastaví, protože člověk se soustřeďuje jenom na sebe, jako by byl prostě svázaný, a až vlastně ve chvíli, kdy pochopí, že je to nemoc a že chce z toho pryč, tak si uvědomí, že na ty hodnoty pozapomínal, že to jakoby všechno chce dohnat a vrací se do toho života – a je strašně rád, že to pochopil. Myslím si, že to může být motivace.*

Dana: *... Pro mě na té nemoci bylo dost matoucí a vlastně zrádný, že i když už jsem se chtěla z toho dostat, tak jsem si nějak myslela, že jakmile přiberu, jakmile mě doktoři spraví po fyzický stránce, tak už bude všechno v pohodě a všechno se ve mně automaticky srovná, když budu normálně jíst. Ale ono je v tom daleko víc – vyžaduje to strašně moc práce a úsilí... A je to dost i o přehodnocení spousty věcí: postojů k svému tělu, vůbec o přístupu k sobě a životu. To bylo potřeba změnit – ne jenom nějakou váhu. Uvědomit si, co je ta moje hodnota bez anorexie.*

Klára: *Ta nemoc ve mně udělala takový prázdno... A to jsem musela zase zaplnit tím, co pro mě tu hodnotu má.*

Eliška: *Abych teda řekla úplně všechno, tak já, když jsem si už uvědomovala, že jsem nemocná a docházelo mi, kolik věcí jsem kvůli tomu ztratila nebo nějak zameškala, tak to bylo hrozně těžký. Když jsem si to všechno připustila a najednou to bylo takový: co teď dál, jestli to vůbec jde nějak vynahradit nebo napravit. Přišlo mi, jestli nemám být radši „dobrá“ v tom, co mi jakoby jde – v tý anorexii... Musela jsem si srovnat, kde jsou ty opravdový hodnoty a najít v sobě nějak sílu v tom, že tu anorexii nepotřebuju, že je mi bez ní líp a jsem bez ní lepší člověk.*

Alena: *Hlavní je asi nenechat si tou anorexií všechny ty hodnoty vzít.*

7. Vyjádření k výzkumným otázkám

Ač jsou odpovědi na výzkumné otázky v předchozím textu obsažené, pro přehlednost v této kapitole uvedu stručné shrnutí toho, jakým způsobem byly dané otázky zodpovězeny.

- 1.) Jaké hodnoty považují ženy a dívky, které mají osobní zkušenost s léčbou mentální anorexie za důležité?

Výzkum ukázal, že pro respondentky se zkušeností s mentální anorexií byly prioritní především hodnoty jako láska (u čtyř respondentek na prvním místě), zdraví, rodina, přátelství, pravda (oprávdovost), seberealizace, přispívání společnosti a blízkým.

- 2.) Jak vnímají ženy a dívky se zkušeností s mentální anorexií průběh vývoje jejich hodnotového žebříčku v souvislosti s onemocněním mentální anorexií?

Všechny respondentky vnímaly, že onemocnění mentální anorexií určitým způsobem (spolu)utvářelo jejich vývoj v oblasti percepce a formování životních hodnot. Zásadní roli v tomto ohledu jedenáct respondentek připisovalo zkušenosti s mentální anorexií; dvě respondentky vnímaly stejnou či větší důležitost dalších skutečností nesouvisejících s jejich onemocněním a jeho léčbou, které u nich vývoj vnímání hodnot ovlivnily.

- 3.) Zaznamenávají ženy a dívky mající zkušenost s mentální anorexií rozdíl(y) ve svém současném pojetí hodnot oproti období, v němž trpěly mentální anorexií? Pokud ano, jaké?

Pojímání hodnot během mentální anorexie bylo dle všech respondentek značně odlišné oproti současnému. Některé z nich mluvily o zcela zásadních změnách, co se týče konkrétních hodnot tvořících jejich hodnotový žebříček, některé spíše o upozadění jiných hodnot vlivem zaměření na snižování váhy a působením dalších symptomů onemocnění.

8. Diskuze

Při sledování cíle praktické části diplomové práce prozkoumat hodnotový vývoj a jeho specifika u žen a dívek se zkušeností s mentální anorexií bylo vycházeno ze zjištění shrnutých v části teoretické. Výsledky provedeného výzkumu korespondovaly především s následujícími poznatky plynoucími z dříve provedených studií či popsanych teorií.

Charakteristické symptomy mentální anorexie definované v Mezinárodní klasifikaci nemocí, desáté revizi (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017), jako snaha hubnout a strach z tloušťky, respondentkám (jak plynulo z jejich výpovědí) zabraňovaly v soustředění na jiné cíle než na redukci váhy. Toto výrazné **zúžení zájmů** souviselo se změnami v percepce hodnot během nemoci, neboť výhradní zaměření na restrikcii příjmu potravy zamezovalo optimálnímu rozvoji hodnotové orientace respondentek. Spíše než o vědomé a cílené transformaci vlastního žebříčku hodnot referovaly účastnice výzkumu o plíživosti, skrytém a pozvolném průběhu dané proměny. Zpravidla si ji respondentky uvědomovaly až po zásahu okolí či po delším období léčby. Ze současného pohledu s odstupem času ovšem nevnímaly účastnice výzkumu svou zkušenost s onemocněním jen jako cosi, co jejich celkový rozvoj zbrzdilo, ale v mnohém naopak také stimulovalo.

Dle participantek mentální anorexie negativně ovlivňovala jejich rodinné i jiné další vztahy. V souladu s informacemi uváděnými např. Krchem (2010) reflektovaly respondentky **zvýšený egocentrismus** a **uzavírání** se vůči sociálnímu prostředí v průběhu onemocnění. Některé se nicméně vyslovily v tom smyslu, že jim zkušenost s nemocí pomohla uvědomit si významnost sociálních vazeb ve vlastním životě. V tomto kontextu shledávám jako vysoce zajímavou tendenci respondentek výrazně tíhnout k hodnotám přesahujícím hranice jejich vlastního ega, které se ovšem (jak bylo z jejich výpovědí patrné) staly pevnějšími, a všeobecnou snahu být přínosnými pro své okolí a společnost. Touha pomáhat potřebným, o níž respondentky často mluvily, dle nich byla zkušeností s poruchou příjmu potravy změněna především uvědoměním, že vlastní zdraví a spokojenost představují priority základní, jejichž naplnění je podmínkou pro uskutečňování dalších cílů.

V souvislosti s tím, co psal Lee (2005) o důležitosti **separačních procesů** pro optimální rozvoj jedince a jeho ega, označovaly respondentky vytváření zdravého vztahu k sobě a okolnímu světu jako významnou součást překonávání mentální anorexie.

Participantky také hovořily o **důležitosti výchovy** k hodnotám v rámci své rodiny. Některé mluvily o obtížích s posunem k méně absolutnímu chápání zásad, o němž v souvislosti s pubertou referuje např. Žaloudíková (2013).

Röhr (2013) upozorňoval na důležitost přijetí vlastního těla pro formování sebehodnoty a vývoje dalšího vztahování se ke světu jako takovému. Výpovědi respondentek do značné míry potvrzovaly důležitost utvoření pevnějšího **sebeпоjetí** a nutnost nalezení či ujasnění si vlastní hodnoty v rámci léčby mentální anorexie pro další posun (nejen) v oblasti hodnotového vývoje. Z tohoto hlediska vidím jako významný fakt, že většina respondentek onemocněla mentální anorexií v období, které je např. Krchem (2010) označované jako typické pro výskyt této poruchy příjmu potravy.

Některé respondentky mluvily i o tom, že jim mentální anorexie v období vyznačujícím se náročností úkolů, které lze spolu s Kocourkovou et al. (1997) nazvat separačně-individuačními, nabízela pocit jakési falešné sebehodnoty, možnost (alespoň zdánlivě) jednoduché sebeidentifikace. Proces nalézání sebe sama byl tedy dle odpovědí respondentek mentální anorexií pozastaven, neboť nemoc svým způsobem nabízela jeho řešení. Podobně jako psal Krch (2010), kritérium sebehodnocení bylo stanoveno dosažením či udržením dané hmotnosti. Toto „řešení“ cesty k nalezení sebeidentity se ovšem dle účastnic výzkumu postupně ukázalo jako s životem neslučitelné a tedy nefunkční, čímž byla naléhavost řešení procesu individuace znovu uvedena do centra pozornosti.

Oltmanns a Emery (2004) referovali u nemocných s mentální anorexií o typicky vysoké důležitosti přikládané hodnocení druhých. To bylo patrné i u většiny respondentek provedeného výzkumu, ovšem při současném vnímání výrazného snížení této důležitosti vlivem zkušenosti s vlastním onemocněním.

Pozitivní přínos zkušenosti s onemocněním mentální anorexií lze na základě rozhovorů s respondentkami shledat ve výrazném posílení kladného vnímání některých hodnot jako zdraví a celkovému vědomému oceňování (vážení si) života.

Dle Šmahaje (2012) jsou hodnoty jakožto subjektivní pojmání dobra zdrojem motivace. Také výpovědi respondentek v provedeném výzkumu upozorňovaly na určitý potenciál rozvoje hodnot pro vlastní směřování – i přímo v souvislosti s léčbou mentální anorexie. Vzhledem k popisovaným změnám v prožívání hodnot během onemocnění a zároveň snížené schopnosti si tyto proměny během nemoci uvědomovat se domnívám, že zaměření na hodnoty a jejich rozvoj může podporovat **motivaci k léčbě** mentální anorexie, eventuálně být součástí **prevence jejího vzniku** a protektivně působícím faktorem vůči relapsu. Toto hledisko může přinést mnohé podněty k dalším výzkumům a případně praktickým aplikacím.

Na veškeré poznatky, které byly z provedeného výzkumu vyvozeny, je nicméně nutno pohlížet se zřetelem na jeho limity a omezení.

S ohledem na zvolený typ výzkumu je třeba brát v úvahu především značně **omezenou reprezentativnost** získaných dat vzhledem k **populaci**. Cílem praktické části diplomové práce nebylo dospět k plošně platným a zobecnitelným faktům, nýbrž shromáždit, systematicky utřídit a zanalyzovat co nejrozsáhlejší množství relevantních informací k vytyčenému tématu u nižšího počtu respondentek.

Dalším omezením výzkumu je riziko zkreslení, které s sebou nese **nízká standardizovanost** dat, kvůli níž nedosahují prezentované výsledky takové reliability, jaká by mohla být vyčíslena u výzkumu kvantitativního. Přináší data takzvané „měkká“, nikoliv „tvrdá“ – což je vlastnost mající svá pozitiva i negativa.

Údaje, které byly ve výzkumu zpracovávány, měly poměrně nestrukturovanou formu a z obsahového hlediska velmi **subjektivní charakter**. Míra objektivnosti při třídění tohoto typu dat je tudíž značně diskutabilní. Nadměrně interpretujícímu popisu vyřčených obsahů jsem se snažila vyvarovat a místo něj jsem se pokoušela uvádět přímé citace, jejich komentování, shrnování a zdůrazňování přímo řečených faktů. I při tom ovšem mohlo dojít k určitému zkreslení či posunu významů, neboť během výběru více či méně relevantních dat, který je nutný pro vytvoření smysluplné a zároveň přínosné sumarizace většího množství získaných informací, stojí výzkumník před otázkou, co pokládá za důležité ve výsledcích svého výzkumu uvést. Způsob, kterým jsem tuto otázku zodpovídala, reflektoval především stanovené výzkumné otázky. **Reliabilita** mého postupu je nicméně značně diskutabilní (i z hlediska své replikovatelnosti).

S vědomím všech těchto rizik a omezení jsem postupovala v realizaci i vyhodnocování výzkumu obzvláště opatrně, s cílem vyhnout se jakékoliv unáhlené interpretaci, zkreslení nebo ovlivnění mými vlastními postoji či názory. Mou snahou bylo prezentovat utříděná fakta, jež respondentky samy vyslovovaly co nejautentičtějším způsobem, tak, aby vedla k pochopení zkoumané tematiky a bližšímu vhledu do ní.

Problematickým způsobem mohly výzkum ovlivňovat mnohé **intervenující proměnné** na straně mne jako výzkumníka, respondentek, i celkového kontextu výzkumné situace. Roli mohly hrát rušivé elementy přítomné na místě schůzky, okolnosti předcházející vlastnímu rozhovoru, různá míra vzájemných sympatií apod. Snažila jsem se volit z tohoto hlediska optimální prostředí pro setkání, nicméně podmínky nebylo z mé strany zcela stoprocentně standardizovat. Rušivý vliv nahrávání rozhovorů mohla částečně eliminovat skutečnost, že byl záznam pořizován na můj osobní mobilní telefon – jeho přítomnost na stole myslím pro

většinu respondentek nebyla ničím neobvyklým. Uvědomuji si, že mohly působit také některé mé osobní vlastnosti i přesvědčení (ať ve fázi realizace výzkumu či při jeho vyhodnocování a prezentaci výsledků). Také to, že jsem některé respondentky (Miriam, Danu, Marii, Alenu, Elišku a Anetu) osobně znala již z dřívější doby a zbývající respondentky nikoliv, mohlo mít vliv na průběh výzkumu. Nicméně z hlediska obtížné dostupnosti populace žen a dívek se zkušeností s mentální anorexií pro mne přínos plynoucí z ochoty respondentek na výzkumu spolupracovat a sdílet své zkušenosti převyšil možné riziko zkreslení.

Zdrojem zavádějících informací mohla být také tendence respondentek jevit se v lepším světle (eventuálně snaha opačná). Zatímco většina kvantitativních metod tento problém eliminuje zavedením lži-skórů apod., v rámci svého kvalitativního výzkumu jsem se nepravdivým odpovědím a **záměrnému zkreslování** výsledků ze strany respondentek snažila předejít výběrem respondentek a zdůrazněním anonymity a důvěrnosti výzkumu.

Slabším místem výzkumu byla také omezená obeznanost s veškerými pro výzkumná zjištění relevantními informacemi o respondentkách (jejich vlastnostech, zkušenostech, bližších okolnostech fyzického i psychického stavu apod.). Vhodné **doplnění** výzkumu by mohla představovat např. data získaná od rodičů, lékařů, terapeutů participantek či dalších signifikantních osob.

Duncan (2010) píše, že pokud má péče o zdraví lidí obecně přispívat ke zlepšování životů, musí být její součástí reflektování hodnot považovaných konkrétními jedinci za důležité, neboť právě z nich lze usuzovat, jaký stav či podobu života považují tito lidé za žádoucí a chtějí se mu přiblížit. I v oblasti léčby mentální anorexie je myslím důležité téma hodnot otevírat – identifikovat oblasti, jejichž rozvoj vykazuje léčebný potenciál, a které se naopak jeví vhodné přenastavit.

Také lze uvažovat o vhodnosti reflektovat, že i oblast hodnot může být onemocněním mentální anorexí (jak provedený výzkum naznačuje) značně ovlivněna a věnovat tomuto tématu pozornost v rámci primární, sekundární a eventuálně i terciární prevence.

9. Závěry

Výzkum vedl k několika hlavním zjištěním a závěrům.

První z nich je ten, že všechny respondentky vyjádřily subjektivní přesvědčení o **vlivu mentální anorexie** na jejich **vnímání hodnot** během nemoci a její léčby. Jak bylo možno vyvodit z provedených rozhovorů, onemocnění ovlivňovalo prožitky vztahující se k hodnotám u všech respondentek velmi podobně. Důležitost dosažení či udržení určité hmotnosti během akutní fáze mentální anorexie vytrvale upozadovala ostatní oblasti zájmu. Všechny participantky mluvily o tom, že jejich **sebehodnota** se během mentální anorexie zásadním způsobem odvíjela od aktuální váhy či dodržování omezeného jídelníčku. Byla proto velmi nestálá a nejistá. Až na jednu účastnici výzkumu také participantky pojímaly zkušenost s nemocí jako zásadní pro další vývoj svého sebehodnocení.

Respondentkami byl také jmenován **egoismus**, zaujetí vlastní osobou a **zvýšená uzavřenost** vůči sociálnímu okolí v průběhu mentální anorexie – další vývoj v tomto směru byl popisován jako postupné hledání zdravějšího vztahu k sobě i k ostatním a světu celkově.

Rozdílná **míra důležitosti** byla přikládána zkušenosti s mentální anorexií pro **vývoj vlastního hodnotového systému** a způsobu vnímání hodnot celkově. Většina respondentek se vyjádřila v tom smyslu, že vliv nemoci na jejich hodnotový vývoj byl zásadní. Dvě respondentky zkušenosti s poruchou přikládaly roli důležitou, nicméně působící spíše v součinnosti s dalšími rovněž důležitými faktory, nikoliv jako hlavní z nich.

Jako velmi důležitá byla shledávána **role výchovy** k hodnotám. Pouze jedna z respondentek mluvila o zvýšeném důrazu na hodnoty jako úspěšnost a splňování kladených nároků ze strany rodičů, u zbývajících respondentek nebyla zmiňována významnější specifika při vedení k přijímání určitých hodnot.

V pěti případech mluvily respondentky také o tom, že je určité symptomy onemocnění a snaha svou nemoc tajit před okolím často vedly k **jednání proti svému přesvědčení** a hodnotám. Vnímání rozporu mezi zastávanými hodnotami a chováním či jednáním v současnosti participantky negovaly.

Mezi **aktuálně nejvíce ceněné hodnoty** u respondentek patřily především: láska, zdraví, rodina, přátelství, pravda, naplňování vlastního potenciálu, přibližování se svému ideálu, prospěšnost druhým či společnosti obecně, věrnost či spolehlivost. Tyto hodnoty šest z respondentek považovalo za v zásadě nezměněné oproti době, kdy trpěly mentální anorexií. Změněné prý ovšem bylo uvědomování si těchto hodnot a zaměření na ně v průběhu onemocnění (základní hodnoty zůstávaly stejné, ale byly výrazně upozaděny

vzhledem k primárnímu zaměření na hubnutí). Šest respondentek vzpomínalo na hodnoty, které pro ně byly stěžejní během nemoci, jako na výrazně odlišné oproti aktuálním. Mluvily o přehodnocení vlastního žebříčku hodnot coby důležitém prvku v rámci svého boje s mentální anorexií. Pro jednu z respondentek bylo toto téma obtížně posouditelné a neměla na něj jednoznačný názor.

Vlastní hodnotový systém vnímaly respondentky jako v zásadě **stabilní a stálý**, tři respondentky nicméně zdůraznily, že jeho podoba není naprosto rigidní, nýbrž v čase se měnící a vyvíjející.

U většiny respondentek byla patrná velká důležitost připisovaná **společenskému uznání a ocenění**, zároveň bylo ovšem zmiňováno subjektivní snížení této důležitosti oproti době, v níž procházely mentální anorexií.

Silná byla také touha respondentek být prospěšnými svému okolí, pomáhat potřebným apod. – některé z nich současně zdůraznily, že primární už je pro ně – právě po zkušenosti s mentální anorexií – vlastní spokojenost a zdraví.

10. Souhrn

Diplomová práce je zaměřena na vývoj hodnotové orientace u dívek a žen, jež v minulosti trpěly mentální anorexií.

Teoretická část práce je členěna na dvě hlavní kapitoly – v první z nich se věnuji mentální anorexii a tomu, jak ovlivňuje osoby jí trpící, ve druhé hodnotám a hodnotové orientaci.

Představuji v první řadě problematiku poruch příjmu potravy obecně, poté vymezuji charakteristické rysy a diagnostické znaky mentální anorexie. Těmi jsou dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) především výrazný a úmyslně způsobovaný **úbytek váhy a strach z tloušťky**. Porovnávám také vnitřní členění kategorie poruch příjmu potravy v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob (DSM–V) oproti verzi předchozí (DSM–IV). Pokračuji výčtem údajů o výskytu mentální anorexie – upozorňuji hlavně na rizikovitost příslušnosti k ženskému **pohlaví a věku** mezi patnáctým a devatenáctým rokem (s rostoucí tendencí k rozšiřování těchto věkových hranic). Zdůrazňuji také alarmující zvyšování **prevalence** mentální anorexie. Vycházím přitom především z autorů Balika, Brownleyho, Shapiro a Berkmana; Lindberga a Hjerna či Krcha, a z informací dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Věnuji se také **etiologii** mentální anorexie, o níž byla vyslovena řada teorií. Uvádím převládající přesvědčení o multifaktoriální podmíněnosti onemocnění a blíže rozvádím například možné sociokulturní, individuální a rodinné faktory ovlivňující vznik a vývoj mentální anorexie. Čerpám přitom např. z publikací od Kocourkové, Rabocha, Pavlovského a kol. či Krcha. Zmiňuji se i o možnostech **prevence** mentální anorexie. Základní kroky pro předcházení vzniku této poruch příjmu potravy celkově by dle Krcha a Maradové (2003) měly být učiněny v rodinách – aktivní úsilí o zamezení vzniku těchto poruch by nicméně měly mít také školy, zvláště v kritické době kolem dospívání. Upozornila jsem také na rozvoj nových technologií a rostoucí tendenci k jejich využívání v oblasti primární či sekundární prevence. Dále se věnuji specifikování **průběhu, prognózy a důsledků** mentální anorexie. Poté uvádím informace o **léčbě** mentální anorexie, při níž je, jak uvádí Ocisková a Praško (2015), velmi důležitý komplexní přístup a opatrnost vzhledem k často ambivalentním postojům nemocných k léčbě. Na závěr první kapitoly teoretické části práce zmiňuji některá **aktuální výzkumná zjištění** týkající se mentální anorexie a její léčby, kterými doplňuji výčet poznatků o daném onemocnění.

V druhé kapitole diplomové práce specifikuji nejprve **pojem hodnota** a vybrané možnosti **přístupu** k hodnotám. Uvádím některé **teorie a klasifikace** hodnot – nejprve zmiňuji pojetí

Rokeachea, který diferencuje instrumentální a cílové (terminální) hodnoty. Dále koncepci Schwartze, vycházejícího z Allporta, Freathera, Morrise i Rokeache a dalších autorů. Popisují také teorii Ingleharta, dělícího hodnoty na materialistické a postmaterialistické. Dále předkládám Franklovo chápání hodnot, v jehož dílech lze rozlišit individuální hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojevé. Prostor je věnován i Nietzschemu a jeho přesvědčení o naprosté individualitě hodnot a jejich nezobecnitelnosti. Následně se zabývám problematikou **hodnotové orientace** a **hierarchie hodnot** v ontogenezi člověka. Zaměřuji se i na vývoj hodnotové orientace v souvislosti s onemocněním mentální anorexií, a nakonec se zamyslím nad hodnotami v souvislosti se sebehodnotou a mentální anorexií.

V **praktické části práce** popisují **výzkum kvalitativního typu**, který byl realizován se třinácti respondentkami s vlastní zkušeností s mentální anorexií. Data byla při něm získávána prostřednictvím **polostrukturovaných rozhovorů** zaznamenávaných na mé mobilní zařízení. Z jeho výsledků vyplývá, že vnímání hodnot bylo dle účastnic mentální anorexií do značné míry ovlivněno. Symptomy onemocnění jako stálé zaměření na snižování váhy u respondentek upozadilo hodnoty, které pro ně byly premorbidní důležité. Zkušenost s mentální anorexií a její léčbou působila i na další vývoj hodnotové orientace účastnic výzkumu. Jedenáct respondentek mluvilo o klíčové důležitosti prožité mentální anorexie pro jejich další směřování k hodnotám, mluvilo o zásadních změnách, které u nich onemocnění iniciovalo. Zbývající dvě respondentky v daném ohledu nepovažovaly mentální anorexii za jedinou zásadní věc, která je posunula, nýbrž za jeden z více faktorů. Aktuálně byly respondentkami nejvíce ceněné hodnoty jako láska, zdraví, rodina, přátelství, pravda, naplňování potenciálu, přibližování se svému ideálu, prospěšnost druhým, věrnost a spolehlivost. Výsledky výzkumného šetření v mnoha ohledech korespondovaly s poznatky některých autorů, čímž se podrobněji zabývám v diskuzi. Také v ní zdůrazňuji, že vzhledem k charakteristikám výzkumu kvalitativního typu nelze zjištění výzkumného šetření generalizovat.

Záměr hubnout během mentální anorexie dle výpovědí účastnic výzkumu zapříčiňoval stagnaci vývoje ostatních hodnot. Tento vliv onemocnění na prožívání i rozvoj hodnot si respondentky uvědomovaly až zpětně – jeho reflexe nicméně může nést určitý potenciál pro léčbu i prevenci mentální anorexie.

Určitým impulzem pro další výzkum a praxi může být i motivační potenciál rozvoje hodnot.

11. Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Lékařská Fakulta, Univerzita Karlova. (2016). *Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy*. Získáno z <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-prijmu-potravy>.
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2006). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder, *Eating and Weight Disorders—Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 21, 353–364. doi:10.1007/s40519-016-0264-x.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5®)*. American Psychiatric Pub.
- Balik, C. M., Brownley, K. A., Shapiro, J. S. & Berkman, N. D. (2012). Anorexia Nervosa. In Sturmey, P. & Hersen, M. (Eds.) *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology* (575–597). Wiley: John Wiley & Sons, Inc.
- Beattie, H. J. (1988). Eating Disorders and the Mother – Daughter Relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 453–460.
- Bencko, V. & Tryfos, M. (2015). Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena*, 60 (2), 59–62.
- Bissada, H., Tasca, G. A., Barber, A. M. & Bradwejn, J. (2008). Olanzapine in the Treatment of Low Body Weight and Obsessive Thinking in Women With Anorexia Nervosa: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 165 (10), 1281–1288.
- Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2010). Current treatment for anorexia nervosa: efficacy, safety, and adherence. *Psychology research and behavior management*, 3, 91–108.
- Bragazzi, N. & Del Puente, G. (2016). Ethnopsychiatry and anorexia nervosa: Two clinical cases. *European Psychiatry*, 33, 171. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.279.

10. Byrd–Bredbenner, C. & Quick, V. (2013). Vegetarians and Vegans: Are They at Increased Risk for Disordered Eating and Poor Psychological Well-Being? *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, 113, 89.
11. Cakirpaloglu, P. (2004). *Psychologie hodnot*. Olomouc: Votobia.
12. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
13. Centrum Anabell, z.ú. (nedat.). *Nabízíme*. Získáno z <http://www.anabell.cz/cz/nabizime>.
14. Centrum sociálních služeb Praha – Pražské centrum primární prevence (nedat.). *Anabell*. Získáno z: <http://www.prevence-praha.cz/poskytovatele-pp/anabell?showall=1>.
15. Cobb, G. (2017). “This is not pro–ana”: Denial and disguise in pro–anorexia online spaces. *Fat Studies*, 6(2), 189–205.
16. Costanzo, F., Menghini, D., Maritato, A., Castiglioni, M.C., Mereu, A., Varuzza, C., Zanna, V. & Vicari, S. (2018). New Treatment Perspectives in Adolescents With Anorexia Nervosa: The Efficacy of Non–invasive Brain–Directed Treatment. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 133.
17. Cox, A.E., Ullrich–French, S., Cole, A.N., & D’Hondt–Taylor, M. (2016). The role of state mindfulness during yoga in predicting self-objectification and reasons for exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 22, 321–327.
18. Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV.
19. Černá, R. (2008). *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O.s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií.
20. Dahlgren, C. L., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5(1), 56.
21. DeFleur, M. & Ballová–Rokeachová, S. J. (1999). *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál.

22. Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C. & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1651.
23. Dove. (2019). *Projekt sebedůvěry Dove*. Získáno z: <https://www.dove.com/cz/dove-self-esteem-project/our-mission.html#>.
24. Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
25. Duncan, P. (2010). *Values, Ethics and Health Care*. London: SAGE Publications.
26. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528.
27. Ferjenčík, J. (2010) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
28. Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
29. Friederich, H.–Ch., Wild, B., Zipfel, S., Schauenburg, H. & Herzog, W. (2018). *Anorexia Nervosa. Focal Psychodynamic Psychotherapy*. Boston: Hogrefe Publishing.
30. Giles, D. (2006). Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology*, 45(3), 463–477.
31. Giles, D. (2012). *Psychologie médií*. Praha: Grada Publishing.
32. Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94 (1), 113–120.
33. Hainer, V. a kol. (2011). *Základy klinické obezitologie, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
34. Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
35. Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

36. Hnilica, K. (2007). Vývoj a změny hodnot v dospělosti. *Československá psychologie*, 51(5), 437–463.
37. Hoek, H. W. (2006). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 336–339.
38. Höschl, C. (průvodce pořadu) & Rychlíková, M. (režisérka) (2009). *Záhady duše (8/12). Záhada poruch příjmu potravy*. (TV pořad). Česká televize.
39. Hospodářské noviny (29. 10. 2018). *Cajthamlová: Obézní jsou šikanováni, bojí se jít k lékaři. Jsme posedlí hubeností*. Získáno 18.1.2019 z <https://domaci.ihned.cz/c1-66315980-cajthamlova-obezni-jsou-sikanovani-boji-se-jit-k-lekari-jsme-posedli-hubenosti>.
40. Chancellor, S., Mitra, T., & De Choudhury, M. (2016). Recovery Amid Pro-Anorexia: Analysis of Recovery in Social Media. *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems. CHI Conference, 2016*, 2111–2123.
41. Chudobová P., Papežová H., Sekot M. & Klecanda A. (2005). Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Česká a slovenská psychiatrie*, 201 (4), 213–217.
42. Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution. Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton: Princeton University Press.
43. Jaros, K. & Oszwa, U. (2014). Locus of control in girls with anorexia readiness syndrome. *Psychiatria polska*, 48(3), 441–451.
44. Jílková, M. (moderátorka), Brunclík, S., Dušková, K., Smrž, J. & Kudrnáček, R. (dále spolupracovali) (2018). *Máte slovo. Diety. Živě: 13.9.2018 na ČT1*. (TV pořad). Česká televize.
45. Karsten, H. (2006). *Ženy – muži. Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál.
46. Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 340–345.

47. Khalsa, S., Moseman, S., Yeh, H.–W., Simmons, W. K., Paulus, M. & Feinstein, J. (2018). A Clinical Trial Investigating the Safety and Tolerability of Flotation–Rest in Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry*, 83 (9), 372.
48. Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., ... & Crow, S. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological medicine*, 34(8), 1407–1418.
49. Kocourková, J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
50. Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M.; Chams, M. M. & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 363–371.
51. Kraus, B. (2006). *Středoškolská mládež a její svět na přelomu století*. Brno: Paido.
52. Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
53. Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4(10), 420–422.
54. Krch, F. D. (2016). Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*, 17(4), 238–239.
55. Krch, F. D. a kol. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
56. Krch, F. D. & Csémy, L. (2009). Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice. *Československá psychologie*, 53 (2), 140–148.
57. Krch, F. D. & Marádová, E. (2003). *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR.
58. Krishna, R. (17. září, 2015). *Meet the teen girls using Instagram to recover from anorexia*. Získáno 7. ledna 2019 z: <https://www.buzzfeed.com/krishrach/the-girls-using-instagram-to-recover-from-anorexia>.
59. Kulhánek, J. (2014). *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Mentální anorexie, bulimie, psychogenní přejídání – portál s odbornou garancí. Získáno z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>.

60. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie. Druhé, aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
61. Lee, N. (2005). *Childhood and Human Value: Development, Separation and Separability*. New York: Open University Press.
62. Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *The International journal of eating disorders*, 45(5), 711–718.
63. Letochová, K. (31. říjen 2012). *Anna už není jen jméno*. E–Bezpečí. Získáno z: <http://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/dali-rizika/562-annauznenijenjmeno>.
64. Lindberg, L. & Hjern (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (4), 397–408.
65. Lindeman, M., Stark, K., & Latvala, K. (2000). Vegetarianism and eating-disordered thinking. *Eating Disorders*, 8(2), 157–165.
66. Lipczinský, M. & Boerner, H. (2008). *Úspěch a sebepoznání: rozvoj v soukromém i profesním životě*. Praha: Grada Publishing.
67. Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual For Anorexia Nervosa. A Family–Based Approach*. New York: The Guilford Press.
68. Lock, J., Fitzpatrick, K. K., Agras, W. S., Weinbach, N. & Jo, B. (2018). Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family–based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26 (1), 62–68.
69. Macek, P. & Smékal, V. (eds.) (2002). *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal.
70. McGregor, R. (2019). *Ortorexie. Posedlost zdravou výživou*. Praha: Omega.
71. Mehler, P., Birmingham, L., Crow, & Jahraus, J. (2010). Medical complications of eating disorders. In Grillo, C., & Mitchell, J. (Eds.) *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (66–82). New York: The Guilford Press.
72. Miller M. N. & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross–cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93–110.

73. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
74. Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
75. Navrátilová, M. & Hamrová, M. (2009). Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *New EU Magazine of Medicine*, 1–2.
76. Nietzsche, F. (2003). *Mimo dobro a zlo: Předehra k filosofii budoucnosti*. Praha: Aurora.
77. Novák, M. (2008). E–kontroverze: proanorektické weby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104 (4), 196–198.
78. Ocisková, M. & Práško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
79. Olšovský, J. (2011). *Filozofický slovník současnosti. 3., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
80. Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2004). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Upper Saddle River.
81. Papežová, H. (2001). Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. Získáno 2. března 2019 z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>.
82. Papežová, H. (2017). Patří poruchy příjmu potravy do reformy psychiatrické péče? *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(2), 49–50.
83. Papežová, H. (2006). *Poruchy příjmu potravy*. Mladá fronta. Získáno z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/poruchy-prijmu-potravy-272929>.
84. Papežová, H. (Ed.) (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy – Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
85. Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.

86. Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 26(2), 82–95.
87. Petr, T., Marková, E. a kol. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
88. Poněšický, (2004). *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton.
89. Praško, J. & Ocisková, M. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
90. Prudký, L. (2007). *Přístupy k sociologickému empirickému zkoumání hodnot*. Praha: CESES FSV UK.
91. Prudký, L. a kol. (2009). *Studie o hodnotách*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
92. Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
93. Rabušič, L. (2000). Je česká společnost „postmaterialistická“? *Sociologický časopis*, 36 (1), 3–22.
94. Rokeach, M. (1979). *Understanding Human Values. Individual and Social*. New York: The Free Press.
95. Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty. Sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál.
96. Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
97. Říčan, P. & Krejčířová, D. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
98. Sak, P. (2000). *Proměny české mládeže (česká mládež v pohledu sociologických výzkumů)*. Praha: Petrklíč.
99. Schusterová, N. (2008). Konstrukt „hodnota“ v psychologickom ponímaní. *Československá psychologie*, 52(3), 265–275.

100. Schwartz, S. H. (2006). A Theory of Cultural Value Orientations: Explication and Applications. *Comparative Sociology*, 5, 2–3.
101. Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). Získáno 23. ledna 2019 z: <https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1116&context=orpc>.
102. Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1987). Toward A Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (3), 550–562.
103. SIRC – Social Issues Research Centre (nedat.). *Totally In Control: The rise of Proana/Pro-mia*. Získáno 22. ledna 2019 z: http://www.sirc.org/articles/totally_in_control2.shtml.
104. Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barristel & Principal.
105. Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K.H., Greeno, C., Weltzin, T. E. & Rao, R. (1995). Persistent Perfectionism, Symmetry, and Exactness After Long-Term Recovery From Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 152, 1630–1634.
106. Starostková, D. (2015). *Metodika multidisciplinární spolupráce*. Centrum Anabell, z. s. Získáno 18. ledna z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/Metodika_multidisciplinari_spoluprace.pdf.
107. Steinglass, J. E., & Walsh, B. T. (2016). Neurobiological model of the persistence of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4 (1), 19.
108. Strober, M. & Humphrey, L. L. (1987). Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 654–659.
109. Šmahaj, J. (8. 7. 2012). Motivace v systému regulace psychické činnosti. *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc*. Získáno 4. 2. 2019 z <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=1397>.
110. Thomae, H. (1963). Some psychoanalytic observations on anorexia nervosa. *British journal of medical psychology*, 36 (3), 239–248.

111. Tchanturia, K., Morris, R. G., Anderluh, M. B., Collier, D. A., Nikolaou, V., & Treasure, J. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of psychiatric research*, 38(5), 545–552.
112. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017). *MKN–10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabešní část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
113. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (23. 10. 2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, č. 8.
114. Vacek, P. (2000). *Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus.
115. Vavrušková, M. (2016). *Poruchy příjmu potravy ve spojitosti s jinými diagnózami*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
116. Vlček Pelková, L. & Papežová, H. (2017). Co je nutné, co je možné v ambulantní péči o pacienty s poruchou příjmu potravy. *In XI. Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě*, 22–23.
117. Zadák, Z. (2008). *Výživa v intenzivní péči. 2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
118. Žaloudíková, I. (2013). Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11–15 let. *Duha*, 27 (1). Získáno 7. prosince 2018 z: <http://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>.

Přílohy diplomové práce

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce:

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vývoj hodnotové orientace u dívek a žen, které v minulosti trpěly mentální anorexií

Autor práce: Bc. Alžběta Šnoblová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 93 s. (205 720 znaků)

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 118

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá vývojem hodnotové orientace u dívek a žen, které v minulosti trpěly mentální anorexií. Její teoretická část poskytuje bližší vhled do problematiky spojené s mentální anorexií, hodnotami a hodnotovou orientací. Praktická část představuje výzkum kvalitativního typu, který byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se 13 respondentkami, které v minulosti prošly léčbou mentální anorexie. Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat a popsat subjektivní pohled na hodnoty a vlastní hodnotový vývoj respondentek. Jak výzkum ukázal, vnímání hodnot bylo dle participantek mentální anorexií do značné míry ovlivněno. Symptomy onemocnění jako stálé zaměření na redukci hmotnosti u respondentek upozadilo ostatní hodnoty. 11 respondentek přikládalo zkušenosti s mentální anorexií zásadní důležitost pro svůj další hodnotový vývoj. Aktuálně byly respondentkami nejvíce ceněné hodnoty jako láska, zdraví, rodina, přátelství, pravda, naplňování potenciálu, přibližování se svému ideálu, prospěšnost druhým, věrnost a spolehlivost.

Klíčová slova: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, hodnoty, hodnotová orientace

ABSTRACT OF THESIS

Title: The development of value orientation among girls and women, who suffered from anorexia nervosa in their past

Author: Bc. Alžběta Šnoblová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 93 p. (205 720)

Number of appendices: 2

Number of references: 118

Abstract: The diploma thesis deals with the development of value orientation among girls and women who suffered from anorexia nervosa in their past. Its theoretical part gives a closer insight into the problematics of anorexia nervosa, values and value orientation. The practical part describes a qualitative study, using data from semistructured interviews with 13 participants, who recovered from anorexia nervosa. The main aim of the study was to examine and describe participant's subjective perception of their values and value development. According to respondents was their perception of values affected by anorexia nervosa to a large extent. Symptoms of illness, such as focusing on weight reduction, suppressed paying attention on their other values. 11 participants saw their experience with anorexia nervosa as a main factor that influenced their value development. Currently most valued things among respondents were love, health, family, friendship, truth, fulfilling potential, approaching ideals, being helpful to others, faithfulness and reliability.

Key words: anorexia nervosa, eating disorders, values, value orientation

Příloha č. 2: Ukázka přepisu rozhovoru

Řekla bys, že máš nějaký pevně daný hodnotový systém, hierarchii hodnot, kterých se držíš?

Hm... Asi jo. Jo, řekla bych, že v tom mám celkem jasno, že tohleto mám celkem utříděný, ty hodnoty. Nejde asi říct, že by byly úplně napevno daný, ale určitej žebříček hodnot si myslím mám, celkem jasnej. Nemám to nějak pevně daný ve smyslu že by se to vůbec neměnilo, to ne, ale to je asi tak nějak přirozený. V různých fázích v životě pro mě jsou třeba některý hodnoty důležitý víc a jiný míň, není to úplně že bych si šla pořád za tím jedním, ale nějakej základ je i přes ten vývoj myslím stejnej.

A jak ses třeba v tomhle ohledu vyvíjela? Bylo to tak i před tou zkušeností s mentální anorexií?

Tyjo. No, předtím to bylo asi o dost přísnější, to jsem se od té doby hodně rozvolnila jakoby (smích). Víc to pro mě bylo všechno daný, řekla bych. A ta anorexie to ještě vyhrotila v něčem, že jsem chtěla bejt jako perfektní a tak, a pak jsem právě nějak došla k tomu, že to tak bejt nemusí, že ty hodnoty můžou bejt i jiný. Že to nezáleží jenom na druhéjch, ale hlavně na mně.

Takže se Tvůj pohled na vlastní životní priority od doby, kdy jsi prošla léčbou mentální anorexie změnil?

Jasně. Určitě to tenkrát bylo jiný. To byl takovej nekonečnej koloběh, kdy jsem neřešila vlastně nic než to jídlo nebo ty věci s tím spojený – tomu ani nejde říkat priority teda, ale v tu dobu pro mě nic jinýho nebylo. No a mně to tak hlavně v tu dobu vůbec nepřišlo, to bylo asi nejmíc šílený. To byl člověk jak v tunelu nebo jako by šel po nějaký úzký lávce, na kterou se musíš hrozně soustředit a mimo to nevnímáš – a já jsem se furt přesvědčovala, že to je normální. Že každej přece řeší postavu, každej chce bejt hubenej, každej chce bejt dokonalej – jenom já jsem dost silná a dokážu si za tím opravdu jít. V tom je takovej paradox tý nemoci – že to dává i pocit nějaký vyjimečnosti, to hladovění, že se člověk prostě šprajcne a vydrží. A na druhý straně stejně něco furt našeptává, že to není dost. Že stejně nikdy nebude dost dobrej, ale aspoň v tomhle se prostě musí maximálně snažit. Takovej koloběh neustálej. V té době to celý bylo jenom o týhle jedný věci, a to ostatní se ztratilo jako ani nevím jak. Třeba knížky jo – jakmile tam nebyly recepty, tak prostě nezám (smích) ... Ne, to byly fakt takový

*smutný doby, když se k tomu takhle vracím, protože ono se toho dělo kolem mě spousta, ale...
Mě ty věci už ani nezajímaly, nebavilo mě nic – snad jenom to vážení bylo pro mě zajímavý,
to byl vrchol dne, kde jsem viděla nějaký pokrok. O to mi asi šlo původně, vidět někde ten
objektivní progres, že něco dokážu. Ta zkušenost mě svým způsobem přinutila koukat se na
tohle jinak, srovnat si ty hodnoty úplně jiným směrem. Nehnat se tak bezmyšlenkovitě za těma
objektivníma úspěchama, ať už to je v jídle nebo co já vim. Člověk by se tím neměl nechat
unýst, no. Tak asi tak mě to nejvíc ovlivnilo.*