

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury



VNÍMÁNÍ SPORTOVNÍ ČINNOSTI V KONTEXTU MENTÁLNÍ ANOREXIE  
(bakalářská práce)

Vypracovala: Jitka Vodehnalová  
Trenérství a sport  
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hoffmannová, Ph.D.  
Olomouc 2020

# Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Jitka Vodehnalová

Název bakalářské práce: Vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hoffmannová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2020

Abstrakt:

Mentální anorexie je psychické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. Cílem práce je zachytit a popsat vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem realizovala případovou studii dívky (Pavliny, 22 let), u které byla v minulosti diagnostikována mentální anorexie. Sběr dat probíhal v období od listopadu 2019 do března 2020 a na základě narativa s Pavlínou byly vybrány klíčové osoby pro individuální polostrukturované rozhovory (5). Výzkumný soubor byl tvořen rodinnými příslušníky a bývalým partnerem. V metodologické části se zaměřuji na samotný výzkum, kde uvádím případovou studii a polostrukturované rozhovory, a konečně analýzu dat. Na základě metody analýzy dat byly stanoveny kategorie, které tvoří výsledkovou část: osobnost, projevy v chování, motivace, rodina, školní zázemí, výživa, amenorea, přetížení, přetrénovanost a chronická únava. Výzkum by mohl být inspirací pro trenéry, kteří pracují s dospívajícími dívkami, ale také pro ostatní pedagogické pracovníky, anebo i rodiče mladých dívek.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, sportovní výkon, amenorea

# Bibliographical identification

Author's first name and surname: Jitka Vodehnalová

Title of the bachelor's thesis: Perception of sports activities in the context of anorexia nervosa

Department: Leisure time studies Department

Supervisor: PhDr. Jana Hoffmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2020

Abstract: Anorexia nervosa is a mental illness that is reflected in the body's condition.

The aim of the work is to capture and describe the perception of sports activities in the context of anorexia nervosa. Through qualitative research, I carried out a case study of a girl (Pavĺína, 22 years old) who had been diagnosed with anorexia nervosa in the past.

Data collection took place in the period from November 2019 to March 2020, and on the basis of a narrative with Pavĺína, key persons were selected for individual semi-structured interviews (5). The research group consisted of family members and an expartner. In the methodological part, I focus on the research itself, where I present a case study and semi-structured interviews, and finally data analysis. Based on the method of data analysis, the following categories were determined: personality, behavioral manifestations, motivation, family, school background, nutrition, amenorrhoea, overload, overtraining and chronic fatigue. The research could be an inspiration for coaches who work with teenage girls, but also for other pedagogical staff, or even parents of young girls.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, sports performance, amenorrhoea

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Jany Hoffmannové, Ph.D., a že jsem uvedla všechny použité literární a odborné zdroje.

V Olomouci dne 15. 4. 2020

.....  
Jitka Vodehnalová

# Obsah

Bibliografická identifikace .....	2
Bibliographical identification .....	3
Obsah .....	5
Úvod .....	7
1 Přehled poznatků .....	9
1.1 Mentální anorexie .....	9
1.2 Historie mentální anorexie .....	10
1.3 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	10
1.3.1 Biologické faktory.....	11
1.3.2 Psychologické faktory .....	11
1.3.3 Sociální faktory .....	11
1.4 Vliv životních situací.....	12
1.5 Průběh nemoci.....	12
1.6 Projevy mentální anorexie.....	12
Primární projevy.....	13
Sekundární projevy .....	13
Fyzický vzhled .....	13
Výkony jedinců .....	14
Sportovní triáda .....	14
Symptomy sportovní triády.....	14
Léčba a následky .....	15
Psycholog .....	15
Ambulantní péče .....	15
Hospitalizace .....	15
Následky .....	16
1.7 Mentální anorexie ve sportu.....	16
1.7.1 Výživa ve sportu .....	16
1.7.2 Makroživiny jako zdroj energie.....	17
1.7.3 Mikroživiny jako součást jídelníčku .....	18
Vitamíny.....	20
1.8 Vliv hmotnosti na sportovní výkon.....	21
1.9 Prevence PPP .....	21
2 Cíl .....	22

2.1.	Záměr výzkumu a cíle .....	22
	Hlavní cíl .....	22
	Dílčí cíle .....	22
	Výzkumné úkoly .....	22
2.2.	Výzkumná otázka .....	22
3	Metodika .....	23
3.1	Metodologie výzkumu .....	23
	Kvalitativní výzkum .....	23
	Případová studie .....	24
3.2	Výzkumný soubor .....	24
3.3	Průběh výzkumu .....	25
3.4	Sběr dat .....	26
3.5	Polostrukturovaný rozhovor .....	27
3.6	Analýza dat .....	27
3.7	Etika výzkumu .....	28
	Desatero etického chování .....	28
4	Výsledky .....	29
5	Diskuze .....	32
6	Závěry .....	33
7	Souhrn .....	35
8	Referenční seznam .....	36
	Internetové zdroje .....	37
	Přílohy .....	38
	1. Narativum .....	38
	2. Rozhovor 01 .....	40
	3. Rozhovor 02 .....	41
	4. Rozhovor 03 .....	42
	5. Rozhovor 04 .....	43
	6. Rozhovor 05 .....	44
	7. Interview .....	45
	Anotace .....	47

# Úvod

Již dlouhou dobu se setkáváme s tím, že představy o ideálu krásy ženy jsou v podobě chlapecké postavy, tedy bez tvarů typických pro ženu. Hubené, leckdy až vychrtlé, dívky na nás vyskakují v televizi, v časopisech, na sociálních sítích, v reklamách a dalších médiích. Všechny tyto ženy se tváří šťastně, spokojeně a v absolutní euforii. Realita je leckdy jiná, nicméně veškeré tyto segmenty mystifikují divačky, které si z těchto žen berou příklad. Bohužel se setkáváme i s tím, že jsou tím mystifikováni i muži, a tudíž mají zkreslenou představu o tom, jak má dívka vypadat. Ženy jsou poté nešťastné, protože samozřejmě většina nevypadá tak, jaké jsou dívky v médiích. Muži se zkreslenou představou jim to nezapomínají připomínat, dívkám klesá sebevědomí, upadají do depresí. Mají za to, že když budou štíhlejší, budou šťastnější, vyrovnají se ženám v médiích a bude o ně větší zájem. Jsou ochotné pro to udělat všechno. Od drastických diet, užívání nezdravých doplňků stravy zaručujících štíhlost, přemíry sportování až po liposukce. Postupem času se stav prohlubuje a ženy trpí poruchami příjmu potravy. V médiích se poukazuje na krásu štíhlosti, ale opomíjí se fakt, že ženy nejsou zdravé a mají dalekosáhlé fyzické i psychické následky. Závažnost mentální anorexie můžeme porovnávat se závislostí, protože ženy jsou závislé na neustálé fyzické aktivitě a neustálém pozorování svého těla.

Pro toto téma jsem se rozhodla z důvodu setkání se s několika ženami trpících mentální anorexií, a na základě vlastní zkušenosti. S nemocí jsem se setkala jak v pozici oběti, tak i jako svědek. V jednom z případů se mi podařilo dívce s mentální anorexií pomoci a úspěšně jsme společně nad ní zvítězily, ačkoli se jednalo o dlouhou a trnitou cestu. Jednou z mnoha výhod bylo to, že dívka sama chtěla s nemocí pomoci, což nebývá obvyklé, protože dívky často o pomoc nestojí. Onemocnění se nicméně netýká pouze žen, u mužů je ale mnohem menší procento postižených. Muži většinou tyto věci spolu neřeší, nekomunikují a nesvěřují se.

V práci jsem se zaměřila především na rozvoj a následky dané problematiky. Pro dané téma jsem se rozhodla proto, že se spoustu informací čtenáři sice dozví na internetových stránkách, ale jedná se hlavně o teoretické poznatky. Zajímalo mě, jaká je psychika daných dívek, jak onemocnění čelí, jak se s ním vypořádávají, jak ho vnímají atp. Chtěla jsem zprostředkovat informace, které jsou konkrétní. Vzhledem k mému sportovnímu zaměření jsem se rozhodla pro oblast sportovního odvětví a výskytem mentální anorexie. K tomuto fenoménu mám vlastní postoj a zároveň mě zajímají postoje a zkušenosti druhých.

Hlavním záměrem mé práce je poukázání na souvislost mentální anorexie a sportovního výkonu, jaké jsou její vlivy a následky. Mentální anorexie může souviset a lehce se rozvinout do záchvatovitého přejídání a mentální bulimie. V metodologické části se zaměřuji na případovou studii dívky, která mi předala informace týkající se mentální anorexie, a zároveň jsem hovořila s jejími blízkými, kteří měli pohled třetí osoby. Nemoc mnoho lidí nebere vážně, anebo si nepřipouští, že by buď oni, anebo jejich známé, příbuzné, mohli takovouto poruchou trpět. V médiích se nehovoří o negativěch v kontextu hubnutí, ale naopak se podsouvají výrobky, které zaručují shoení váhy, zpevnění těla, posilovací stroje, rotopedy aj. Podsouvají myšlenku, že když je žena štíhlá, je automaticky šťastná, Bohužel skutečnost, že tomu je právě naopak, už se nikde nezveřejňuje. Proto jsem se rozhodla na tato fakta poukázat právě cestou bakalářské práce, jež by mohla přinést mnoho informací pro rodiče, trenéry, anebo samotné dívky, které si nechtějí přiznat, že mohou takto závažnou poruchou trpět.

V části přehledu poznatků se zabývám základními pojmy, které se s touto problematikou pojí. Jedná se především o podložená fakta, která ale nepopisují stav jedince jako takový. Jde pouze o popis pojmů, průběhu onemocnění, jeho důsledky a potenciální následky. Za důležitou kapitolu považuji Sportovní triádu, která se nejvíce pojí s vlivem mentální anorexie na sportovní výkon. Se sportovní triádou a mentální anorexií se velmi pojí výživa, kterou popisuji v přehledu poznatků taktéž, včetně popisu vitamínů a minerálů. Makroživiny i mikroživiny jsou velmi důležité pro fungování těla a v případě mentální anorexie dochází k jeho destrukci právě díky nedostatečnému příjmu těchto živin. Jejich nedostatečný příjem má nadále souvislost s výkonem jedince, který popisuji v přehledu poznatků.

Práce není určena pro určitou věkovou kategorii, zároveň ani v práci nebudu mluvit pouze o jediné věkové skupině, protože poruchy příjmu potravy se týkají nejen dospívajících, ale i dospělých žen, a dokonce i mužů. Věřím, že práce přinese mnohé poznatky jejím čtenářům, a v nejlepším případě přinese ženám či dívkám, které si prochází tímto obdobím, motivaci k vyléčení díky víře, že v tom nejsou samy.



# 1 Přehled poznatků

## 1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je nemoc spadající do tzv. poruch příjmu potravy (PPP). Podle Musci & Hart (2014) jsou PPP primárně charakterizovány závažným a přetrvávajícím narušením chování při stravování a jedinci s těmito poruchami často vykazují závažné důsledky i poté, co PPP vymizela. Podle Ondroušková (2014) se jedná o psychiatrickou poruchu spadající do dg. okruhu F50 – Poruchy příjmu potravy. Boucher, Côté, Gagnon-Girouard, Ratté, & Bégin (2018) říká, že MA je úzce spojena s tzv. narcismem. Sigmund Freud odlišil dva typy narcismu: první patří k přirozenému vývoji dítěte, které se v raném stádiu vývoje své osobnosti musí umět vyrovnat vedle hysterie i s problémem sebestřednosti. Teprve pokud se s tímto problémem nevypořádá nejpozději do třetího roku svého života, lze hovořit o jakémsi druhém narcismu jakožto patologii. Freud pak také upozorňuje, že i když se s výše uvedenými fakty života vyrovnáme v dětství normálně, do jisté míry vždy trochu zůstáváme narcisem i v dospělosti (Podzimek, 2018).

MA je dlouhodobý stav, který může skončit i smrtí. Jednu z hlavních rolí hraje nízká sebeúcta, která se projevuje negativním postojem vůči sobě samému. Ta směřuje k touze po štíhlosti, tělesné nespokojenosti a k bulimii (Boucher et al., 2018). Touto nemocí trpí většinou dospívající děti od věku 13 do věku 18 let, ale může nastat i dříve nebo později. Stále častěji se však setkáváme s výskytem PPP u mladších pacientů, s tzv. časným začátkem onemocnění (Kocourková & Koutek, 2018). Většinou trpí ženy, ale jsou známy také případy, kdy MA trpí i muži. Clark (1993) upozorňuje, že zatímco v obecné populaci adolescentních dívek a mladých žen se MA a bulimie objevují u 10-15 % případů, v populaci sportovkyň je to i více než jedna třetina osob trpících poruchami příjmu potravy (Neuls & Frömel, 2016). Podle Phelan (2018) je s MA a bulimií úzce svázána tzv. ortorexie (vyhýbání se některým typům potravin označovaných za nezdravé (Ševčíková, 2018)).

U MA je charakteristický úbytek hmotnosti, u dětí ev. chybění přírůstku hmotnosti, vedoucí k tělesné hmotnosti nižší nejméně o 15 % oproti normální nebo očekávané pro daný věk a odpovídající výšce, a rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofyzární osu – poklesem gonadotropinů a amenoreou, rezistencí na růstový hormon a zástavou růstu, poruchou kostního metabolismu s nízkou densitou kostní tkáně. U anorexie pozorujeme obavu z tělesného dotyku – na rozdíl od bulimiček (Navratilova & Kalendová, 2019). Ztráta kostní denzity u pacientů s MA je multifaktoriální: je to důsledek nedostatku pohlavních hormonů a dalších endokrinních faktorů a přímých účinků podvýživy. K úbytku kostní minerální hustoty dochází rychle, často se objevuje do 6 měsíců po nástupu choroby a přetrvává i po zotavení (Anand & Mehler, 2019). Osteoporóza vede u aktivních sportovců také k únavovým zlomeninám. Únavová zlomenina je velmi častým etiologicky heterogenním onemocněním, které je spojeno s dlouhodobou repetitivní aktivitou či nadměrnou zátěží určitého segmentu těla (Satrapová, Pánek, & Pavlů, 2015).

## 1.2 Historie mentální anorexie

V dějinách nebyla porucha příjmu potravy považována za patologický jev, extrémní dodržování půstu považovali křesťané za sebe-trestající praktiku. Ze středověku je znám případ Kateřiny Sienské (1347-1380), která říkala, že ji při životě bez potravy nebo jen s jejím omezeným příjmem drží Boží pomoc. Nicméně v této době se jedná pouze o hypotézy, protože nemáme dostatek věrohodných pramenů.

Na počátcích novověku se již tzv. „záračné panny“ a adolescentní dívky neodvolávaly na boží inspiraci. Lékaři říkali, že se jedná o „boží zázrak“ a používali pro něj označení „anorexia mirabilis“.

Jako první věrohodný případ je popsán ve druhé polovině 19. století. Alžběta Bavorská, známá jako princezna Sissi, měla ke své výšce 172 cm maximální váhu 55 kg. Držela drastické diety, nikdy si nesedala, na hostinách používala klekátka a veškerý čas naplňovala sportem. Na princeznu byly kladeny vysoké nároky, nebyla spokojená ani manželským, ani společenským životem.

W. S. Chipley (lékař ústavu pro duševně choré) popsal v roce 1859 sitiomanií, označovanou také sitiofobii. Dále popsal jiný typ poruchy dívek z vyšších vrstev, které se touto formou snažily na sebe upoutat pozornost. V té době na tuto nemoc zemřela první dívka. V roce 1873 byl publikován článek „anorexie hystérique“, v říjnu tohoto roku sir W. W. Gull přednášel o „anorexia hysterica“. V roce 1874 byla tato přednáška publikována pod názvem „anorexia nervosa“, v přednášce jsou charakterizovány znaky, které známe dodnes, tedy úbytek hmotnosti, amenorea, zácpa, deprese,... Až do 20. století byla mentální anorexie v mnoha zemích spíše okrajovým jevem.

Po roce 1914 objevil hamburský patolog M. Simmonds u pacientů poranění v podvěsku mozkovém, od té doby je mentální anorexie spojována se Simmondovskou chorobou (kachexie – fyzická slabost, ztráta hmotnosti, úbytek svalové hmoty,...). Tato myšlenka byla po dvaceti letech zpochybněna a mentální anorexie byla opět zařazena mezi duševní poruchy.

S prvními medicínskými záznamy jsou známy i případy přejídání spojeného se zvracením, chorobného hladu aj. U těchto případů byly prvně pokládány jako příčina dysfunkce a abnormality žaludku, nebo jako neurotická porucha. Na počátku sedmdesátých let přibývalo žen, které se přejídaly, nicméně svou váhu udržovaly v normě díky následnému zvracení nebo držení diet. Od roku 1987 bylo pro toto chování užíváno názvu „mentální bulimie“.

## 1.3 Příčiny vzniku mentální anorexie

Podle Slámová, 2012 jsou příčiny vzniku mentální anorexie velmi individuální a na jejím vzniku se podílí mnoho faktorů. Za jejím vznikem stojí např.

- dědičná náchylnost,
- perinatální traumata,
- pohlavní zneužívání,
- výskyt obezity u příbuzných,
- odvádění pozornosti od původního problému,
- snaha na sebe upozornit,
- snaha prosazení se,
- trestání sebe sama,

- protest,
- dnešní ideál krásy.

Jako rizikové faktory mentální anorexie jsou:

- kladení přílišného důrazu na hmotnost a tělesné proporce,
- deprese nebo úzkosti z dětství,
- nízké sebevědomí,
- nenávisť vůči sama sobě,
- nesprávný náhled na krásu a zdraví,
- perfekcionismus.

Zdůrazňuje se propojení těchto faktorů, tzv. biopsychosociální podmíněnost poruch příjmu potravy.

### 1.3.1 Biologické faktory

Švédová a Míčová (2010) říká, že mezi hlavní biologické faktory rozvoje poruch příjmu potravy řadíme dědičnost. Genetický podíl u mentální anorexie se uvádí mezi 50 % až 90 % a u mentální bulimie 35 % až 85 %. Dědičnost ovlivňuje rozvoj obezity, která je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Pro vznik onemocnění jsou rizikové také povahové rysy, za kterými stojí rodinná predispozice. Úzkostné, obsedantní, perfekcionista a vyhýbavé rysy jsou faktory rizikovými u mentální anorexie, u bulimie se bavíme o emoční labilitě a impulzivité.

Vyšší riziko onemocnění představuje ženské pohlaví, které se řadí do biologických rizikových faktorů. Zvýšený zájem o svoji hmotnost, proporce a množství tělesného tuku, a také sebekritičnost je typická pro ženy a dívky. Velkou roli hraje období dospívání, protože v něm dochází k velkým tělesným změnám, nárůstu podkožního tuku a nárůstu hmotnosti. Dalším rizikovým obdobím je období menarche, tedy první menstruace. V tomto období dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků. Rozvíjí se strach z dalšího přibírání na váze, pocity méněcennosti a další depresivní příznaky.

### 1.3.2 Psychologické faktory

Švédová a Míčová (2010) hovoří jako o jedním z psychologických faktorů rozvoje mentální anorexie o osobnostním charakteru již před onemocněním. U mentální anorexie se jedná například o přílišnou horlivost k dosažení úspěchu, ať už školnímu, sportovnímu nebo jakéhokoliv úspěchu v jiných oblastech. Dále můžeme mluvit o nadměrné poslušnosti, přizpůsobivosti, úzkosti, vyhýbavosti, pochybnostmi, obavami, vysoké sebereflexi a zodpovědnosti. Rozvoj nemoci ale vede k podvádění a lhaní ve spojitosti s jídlem. Snaha druhých osob k přinucení je k jídlu vede ke konfliktnímu jednání, vzteklosti, lýtosti a k pocitům viny. Typickým úkazem mentální anorexie je vnitřní nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení.

### 1.3.3 Sociální faktory

Podle Švédová a Míčová (2010) je zvyšující se počet onemocnění důsledkem společenských faktorů typu mediální propagace důrazu na štíhlost a vzhled.

Čím dál více se rozšiřuje názor, že štíhlost je největší a nejdůležitější měřítko atraktivity a faktorem úspěchu, ideálem krásy je vyhublost, optimální tělesná hmotnost je dnes již mírná nadváha a je zdraví škodlivá. Takové společenské a kulturní trendy jsou přitom v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory, které oslabují sebedůvěru, protože pro většinu populace jsou nedostižné a vedou k nespokojenosti s vlastním tělem, podněcují k jeho narušenému vnímání. Dívky se pak snaží zhubnout, vědomě se omezují v jídle, bojí se přibírání na váze, nutí se do zvracení. Ve chvíli, kdy se dívkám podaří zhubnout a dosáhnou dnešnímu ideálu krásy, získávají pocit vlastní hodnoty a kompenzují tak nedostatek sebevědomí.

Dalším sociálním faktorem je profese, která vede ke tzv. sportovní triádě viz. kapitola Sportovní triáda, str. 14.

## 1.4 Vliv životních situací

Podle Švédová a Míčová (2010) dává většina dívek vznik PPP do souvislosti s nějakou významnou životní událostí z minulosti. Nejčastěji to bývají vysoké nároky okolí, sexuální konflikty, sexuální zneužití, velká životní změna, problémy v rodině aj. PPP je pak reakcí na tyto stresové události. Události mohou vést k pocitu méněcennosti či neschopnosti.

## 1.5 Průběh nemoci

Slámová, 2012 říká, že onemocnění zpočátku není nijak alarmující, nejví se jako porucha či nemoc, jedinci se pouze začínají vyhýbat tučným a sladkým jídlům, a vytváří si jídelníček s obsahem zdravějšího jídla. Jedinci začínají nadměrně cvičit a ztrácejí na váze. Zeštíhlení je zpočátku okolím pozitivně hodnoceno a tím jedinec nabývá vědomí, že čím bude štíhlejší, tím více pozitivního hodnocení bude dostávat od okolí.

Jedinci s počínající anorexií se vyhýbají společnému stolování, objevují se první lži, vyhazování jídla, podvádění a schovávání jídla. Měníci se postavu maskují volným oblečením. Okolí zpočátku obdivuje výkonnost nemocných a četnost jejich aktivních zájmů. S úbytkem váhy a četností aktivit postupně ale dochází energie a přichází únava, následně přetížení, a konečně celkové vyčerpání organismu. Spolu s tělem se také mění osobnost jedince. Neudrhuje sociální kontakty s vrstevníky, postupně nesdílí zájmy s přáteli a postupně už ani s rodinou a všemi ostatními. Jedinec je zahleděný pouze do svého hubnutí a všechno ostatní jde stranou.

## 1.6 Projevy mentální anorexie

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) 10 – F50 musí být pro diagnostiku splněna tato kritéria:

- úbytek hmotnosti min. o 15 % proti tělesné hmotnosti normální pro daný věk a výšku, nebo BMI index  $\leq 17,5$ ,
- hmotnost si jedinec snižuje sám dietami,

- vnímání sám/a sebe jako příliš tlustého/ou, strach z tloušťky, zkreslené představy o vlastním těle,
- porucha hypothalamo-hypofyso-gonadální osy projevující se amenoreou u žen, u mužů ztráta libida a potence,
- při vzniku před pubertou je opožděna menarche či kompletně zastavena,
- nespavost, nesusouředěnost (Slámová, 2012).

## Primární projevy

Mezi primární projevy řadíme odmítání potravy. Často sem řadíme i extrémní sportovní nasazení, není ale podmínkou.

## Sekundární projevy

Projevy sekundární se nemusí objevovat u každého jedince stejně.

Řadíme mezi ně:

- sníženou hladinu draslíku,
- edémy,
- metabolickou alkalózu (porucha acidobazické rovnováhy ve prospěch zásaditých látek) (Alkalóza; <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/alkaloza>),
- porucha gastrointestinálního traktu (zácpa, záněty slinivky břišní, zpomalené vyprazdňování žaludku),
- kardiovaskulárního systému (bradykardie, srdeční arytmie),
- anémie,
- suchá a praskající kůže,
- záněty plic,
- porucha CNS,
- křeče,
- svalová slabost,
- amenorea,
- infertilita aj.

Mezi psychické problémy patří:

- pocity smutku,
- osamocení,
- zoufalství,
- bezmoc,
- deprese,
- sebevražedné sklony,
- sebepoškozování atp.

## Fyzický vzhled

Jedinci s mentální anorexií výrazně vystupují kosti, klouby, jsou vidět žebra a obratle, typické jsou propadlé tváře a obličej bez výrazu. Chůze jedince je

pomalá a vláčná jakoby unavená. Jedinci vypadávají vlasy, má suchou a vrásčitou kůži, trpí dehydratací, pokožka má nažloutlou a šedavou barvu. Dalšími jevy jsou kazivé zuby, lámající a třepající se nehty, snížená tělesná teplota, únava, slabost, poruchy spánku, zvýšený růst ochlupení po celém těle, ohrožení plodnosti aj. Možnými průvodními jevy jsou objevující se edémy (Slámová, 2012).

## Výkony jedinců

Osoby trpící mentální anorexií mají tendenci dodržovat veškerá sociální očekávání, porovnávají se s autoritami a známými osobnostmi, chtějí být uznávány stejně jako ony a mají silnou touhu dosáhnout úspěchu. Často se jedná o sportovce nebo osoby se sportovními předpoklady, jsou perfekcionista, svědomití, důslední a zodpovědní. Velmi často se jedná o osoby s nadprůměrnou inteligencí a výbornými studijními výsledky.

U sportovkyň s mentální anorexií se projevuje tzv. sportovní triáda. Sportovní triáda se projevuje provázaností 3 determinantů, amenorey, osteoporózy a PPP viz. kap. Sportovní triáda.

## Sportovní triáda

Provázanost amenorey, osteoporózy (řídnutí kostí) a poruch příjmu potravy definuje pojem „sportovní triáda“ (angl. female athlete triad) (Neuls & Frömel, 2016). Každá z poruch představuje vysoké riziko a velmi často je v ohrožení vlastní život. Neuls & Frömel (2016) říká, že mezi rizikové sporty pro vznik sportovní triády řadíme tanec, krasobruslení, skoky do vody, gymnastiku, sportovní aerobik, vytrvalostní běh, cyklistika, běh na lyžích, volejbal, plavání, přespolní běhy, cheerleading aj.

Rizikem bývá subjektivní skórování, sporty, u kterých je vyžadována nízká hmotnost jedince, sporty vyžadující přiléhavý nebo odhalující oděv, anebo sporty, které vyžadují prepubertální tělesnou stavbu. Následky bývají v menstruační dysfunkci, únavových zlomeninách, nízké hustotě kostních minerálů aj.

## Symptomy sportovní triády

Bavíme-li se o chování, varovnými znaky může být přílišná kritika tělesné hmotnosti, nespokojenost s postavou, pokles nebo nárůst tělesné hmotnosti, starostlivost o stravu, počítání kalorií, nutkání k nadbytečnému cvičení, náladovost, deprese, stravování se potají, ukrývání nesnědeného jídla, návštěva toalety ihned po jídle, konzumace nadměrného jídla neodpovídající tělesné hmotnosti.

V oblasti tělesné jsou projevy podobné jako u kapitoly 2.1. Bavíme se tedy o chronické únavě, anémii, gastrointestinální potíže, chladová intolerance, lanugo (jemné, světlé chloupky vyrůstající převážně na rukou), zvýšená kazivost zubů, mozolnaté prsty, amenorea, častá zranění kosterního aparátu, únavové zlomeniny, pomalé hojení ran a úrazů.

## Léčba a následky

Nejdůležitější je pro léčbu PPP rozhodnutí pacienta a následně čas. Neléčí se pouze tělo, ale také duše, proto se jedná o velmi náročný proces. Léčba vyžaduje komplexní přístup a spolupráci psychologa, výživového poradce, endokrinologa a často i gynekologa. Nejúspěšnější léčba je ta, kdy se nemoc podchytí ještě na počátku, v opačných případech je léčba velmi často neúspěšná. Nemocný musí celkově začít vnímat své tělo jinak, nejčastěji uchopit vnímání z úplně opačné strany.

Léčba začíná u obvodního lékaře, kde se shromažďují veškeré zprávy od ostatních lékařů. Obvodní lékař posoudí stav pacienta, ale také jeho stupeň zralosti. Předpokladem zdárné léčby je kvalitní vztah a shoda cílů terapeuta a pacienta. Většinou pacientky přicházejí na přání své rodiny a jejich cílem je vyvrátit jim jejich obavy. (Strnadová & Kikalová, 2012)

## Psycholog

Úkolem psychologa je, aby pacient porozuměl nemoci a pochopil, jaké následky může mít hladovění, nevhodné diety, odpírání si, a pochopil, jaké důsledky stojí za výskytem této nemoci. Klient hovoří o svých problémech, nabývá pocitu porozumění, přiznává si své přešlapy a akceptuje je. Vyhledává jejich vysvětlení a vhodná řešení problémů. Dílčím úkolem je najít vhodná řešení léčby a informovat rodinu o stavu pacienta.

## Ambulantní péče

U pacientů, kteří nespolupracují, nebo zanevrou na psychiatrické léčbě, se přistupuje k ambulantní péči. Ta má za úkol navrácení pacienta do stavu tělesné i psychické stability. Důležitá je spolupráce rodiny. Ambulantní péče má velmi silný vliv na následný průběh onemocnění. Lékaři kontrolují životně důležité aspekty.

## Hospitalizace

K variantě hospitalizace dochází ve chvíli, kdy pacient nereaguje na jakákoliv předešlá opatření a potřebuje intenzivnější podporu, anebo když dojde k extrémnímu poklesu hmotnosti. Pacient pobývá v nemocnici, ale z krátkodobého hlediska nemívá úspěch, proto je potřeba spíše dlouhodobější spolupráce pacienta a odborníků v nemocničním zařízení. V extrémních případech je nezbytná umělá výživa pacienta. Jedinec s mentální anorexií má odměny a tresty, např. vycházky, televize, telefonování aj. Cílem této formy je úprava stravovacích návyků, dosažení normální hmotnosti, zlepšení psychiky, změna postoje vůči sebe samotné/ho.

## Nedobrovolná hospitalizace

V případě, že se jedinec pro hospitalizaci nerozhodl sám, může tuto variantu vnímat jako zradu. Pro nedobrovolnou hospitalizaci je nutné povolení. Jeho získání je ale zdoluhavý proces a může přijít pozdě. V několika případech trvalo získat povolení tak dlouho, že jedinec mezitím zemřel.

## Následky

Mentální anorexie za sebou zanechává závažné trvalé následky. Někteří odborníci dokonce tvrdí, že až 10 % jedinců nelze zachránit.

V organismu proběhnou díky hladovění změny, které mohou být nevratné. Např. tělo začne štěpit vlastní bílkoviny, a tím ženy ztrácejí menstruaci. Pokud hladovění trvá i poté, co tělo rozštěpilo částečně bílkoviny pohlavní, přijdou na řadu orgány důležité pro přežití. Přichází na řadu oblast trávícího ústrojí. Sliznici žaludku dráždí kyselina, vzniká zánět, případně žaludeční vředy. Sníží se střevní peristaltika a pro tělo začne být obtížné zpracovat potravu. V pokročilejším stádiu přichází srdečně-oběhové potíže, zpomalí se tepová frekvence, anebo nepravidelný tep, poklesne krevní tlak a tělesná teplota. Pacient navyšuje fyzickou zátěž, aby si zrychlil metabolismus. V této fázi už je riziko selhání srdce.

K trvalým následkům patří změny psychické, které mohou být ve formě nespavosti, neschopnosti se soustředit, deprese, neschopnost žít sexuální život, podrážděnost. Mezi velmi vážné následky patří poškození mozku, může dojít k poškození nervové tkáně.

Jedinci s mentální anorexií mají zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, což má velký vliv na cévní systém. Dalším trvalým následkem je osteoporóza, tedy demineralizace kostí, a kazivost zubů.

## 1.7 Mentální anorexie ve sportu

Nejvíce ohrožené jsou dívky vykonávající sportovní aktivitu na vrcholové, či jen výkonnostní úrovni (Rösslerová, 2011). Sportovní prostředí klade velký důraz na vzhled, výkon a je k němu potřeba vysoká míra sebekontroly. Okolo sportovců je mnoho konkurence a snaží se být lepší jak ti druzí. Každý chce vyhrát.

Podle Neuls & Frömel (2016) jsou velmi rizikovými sporty ty, ve kterých hraje roli vzhled sportovce, anebo jsou sportovci v upnutém oděvu. Například balet, gymnastika, plavání, tanec, krasobruslení atd. U vytrvalostního sportu nejde jenom o vzhled, ale tělesná hmotnost hraje roli na výkon jako taková. Kilogram navíc znamená pomalejší čas. Mluvíme tedy o triatlonu, atletice, cyklistice, běžeckém lyžování, veslování, biatlonu, skocích na lyžích aj.

Podle Rösslerová (2011) ke vzniku mentální anorexie u sportovců přispívá soutěživá povaha, tlak trenéra, ke kterému mají sportovci úctu a berou ho jako jednu z nejdůležitějších osob. Sportovci bývají velmi odhodlaní, silní s vysokou mírou sebereflexe, jdou si tvrdě za svým cílem a jsou ochotni pro to obětovat téměř vše. Tyto osobnostní rysy jsou právě ty, díky kterým vznikají PPP.

### 1.7.1 Výživa ve sportu

Sportovci mají všeobecně vyšší nároky na výživu a mají vyšší energetický výdej než nesportující jedinci. Podle Rösslerová (2011) mezi metody, které měří energetický výdej jedince, patří nepřímá kalorimetrie. Ta vychází ze spotřeby kyslíku a tvorby oxidu uhličitého. Jednodušší metodou je výpočet energetické potřeby součtem bazálního metabolismu (energetický výdej po probuzení) a klidového energetického



výdeje (výdej v nečinnosti, např. v sedě), k tomu přičteme termický efekt potravy (energie potřebná ke zpracování potravy), a dále energetický výdej při sportovní aktivitě.

Ve sportu záleží především na tom, o jakou pohybovou aktivitu se jedná. Zda sportovec u výkonu sedí (např. na kole), anebo vyvíjí sílu celého těla (běh, plavání), dále zda se jedná o vytrvalostní disciplínu, anebo silovou práci. U vytrvalostních sportů se čerpá energie především ze sacharidů a tuků, u silového sportu se jedná o zvýšenou potřebu bílkovinného charakteru (Rösslerová, 2011).

## 1.7.2 Makroživiny jako zdroj energie

Každý živočich potřebuje pro své fungování zdroj energie. Někteří jedinci fungují na základě energie ze slunce a vzduchu, ale většinová populace a živočichové potřebují i energii z mikroživin a makroživin. Makroživina je spojení slov makro (=velký) a živina (=energie). Mezi makroživiny (jinak také makronutrienty) řadíme sacharidy, tuky a bílkoviny (Makroživiny – zdroj životní energie; <https://aktin.cz/makroživiny-zdroj-zivotni-energie>). Tyto látky jsou nezbytné pro život. Nesmíme ale opomíjet mikronutrienty, tedy vitamíny a minerály, které nás živí také.

Každý z makronutrientů má svou specifickou roli v našem těle. Dodávají nám energii, pomáhají nám růst, vyvíjet se, regenerovat. Všechny makronutrienty jsou obsaženy v téměř každém jídle, nicméně každý v jiném vyvážení. Pro správné vyvážení jídelníčku musíme vždy přistupovat individuálně v kontextu rozdílných aktivit každého jedince.

### Sacharidy

Záměrně jsem si vybrala sacharidy jako první, neboť jsou základní energetickou jednotkou pro člověka zejména ve formě glukózy. Glukóza se nachází v krevní plazmě, kam se dostane buď přes trávicí ústrojí, anebo štěpením zásobního cukru glykogenu, ten se nachází ve svalech a v játrech. Játra mohou uvolňovat glukózu procesem glukoneogeneze, tedy reakce vzniku glukózu pomocí jiných živin (laktátu, aminokyselin nebo triglyceridů). Glukoneogeneze je ale velmi náročná v kontextu spotřebovaného ATP (nukleotid zásadní pro funkci všech buněk). Na jednu molekulu glukózy se spotřebuje při procesu glukoneogeneze 12 molekul ATP. Nicméně se díky tomuto procesu uvolňuje energie při dlouhodobé zátěži. U sportovců s mentální anorexií je zásoba glykogenu mnohem nižší (Rösslerová, 2011).

Po biochemické stránce dělíme sacharidy na monosacharidy (jedna cukerná jednotka), oligosacharidy (2-10 cukerných jednotek), polysacharidy (více než 10 cukerných jednotek). Pro člověka jsou životně nezbytné, neboť není schopen si je vyrobit sám, není tedy schopen fotosyntézy, jako například rostliny, které si je vyrobí z vody a oxidu uhličitého pomocí sluneční energie. Oxidací 1 g sacharidu získáme přibližně 4 kcal energie.

Při extrémně sníženém příjmu sacharidů vznikají tzv. ketolátky v krvi, tím vzniká ketóza. Při ketóze se energie získává pomocí ketolátek acetalát a  $\beta$ -hydroxybutyrát. Díky těmto ketolátkám mají jedinci odpudivý puch z úst a nejsou schopni výkonu při vysoké tepové frekvenci, neboť zásoby glykogenu jsou extrémně nízké a při takovém výkonu by jedinci hrozil i kolaps.

## Tuky

Lipidy jsou energeticky nejbohatší makroživinou, jejich oxidací získáme až 9 kcal, což je více než dvojnásobek oproti sacharidům. To je dáno vyšším obsahem vody v sacharidech. Pro sportovce jsou tuky důležité, protože svaly získávají energii z tuků tak, že při rozštěpení jedné molekuly triglyceridu se uvolňují tři molekuly mastných kyselin a molekula glycerolu, mastné kyseliny se transportují krví do svalu, kde se naváží na albumin (protein krevní plazmy). Ve svaly dále oxidují za vzniku oxidu uhličitého a vody.

Nadměrný příjem tuků způsobuje jeho ukládání v podkoží a okolo orgánů (viscerální tuk). Při sportovním výkonu reálně vydáme mnohem menší množství energie, než je zásobeno v podkožním tuku, proto je problém, když díky hladovění jsou zásoby nízké.

## Bílkoviny

Bílkoviny, respektive aminokyseliny, slouží jako stavební materiál buněk a tkání. Jsou nezbytně nutné pro život a tělo si některé aminokyseliny nedokáže samo vyrobit. Těmito aminokyselinami označujeme tzv. esenciální aminokyseliny, mezi které řadíme leucin, izoleucin, metionin, lysin, fenylalanin, treonin, tryptofan, valin, glycin, histidin, prolin, serin, tyrozin. Tyto aminokyseliny musíme přijímat potravou. Díky aminové (-NH<sub>2</sub>) skupině jsou aminokyseliny jediným zdrojem dusíku.

V dnešní době je velmi populární se stravovat vyšším příjmem bílkovin oproti sacharidům, neboť bílkoviny nejsou schopny se ukládat díky procesu tzv. proteolýze. Při tomto procesu se bílkoviny odbourávají a znovu tvoří. Odbourávání se účastní katalyzující proteolytické enzymy proteázy. Nicméně i přesto se při nadbytečném příjmu bílkovin mohou aminokyseliny metabolizovat na zásobní tuk, aby se v budoucnu využily jako energetický zdroj. Dusík se vyloučí močí a uhlík je zoxidován ve formě sacharidů a tuků.

Pro silové sporty je vhodnější vyšší příjem bílkovin díky vyšší tvorbě aktinu a myozinu (hybná jednotka svalového vlákna) oproti vytrvalostnímu tréninku. Jedním z nejkvalitnějších zdrojů AMK jsou bílkoviny živočišného původu, ale ideální variantou je bílkoviny živočišného a rostlinného původu kombinovat. Jedinci trpící mentální anorexií jako první vyřazují bílkoviny živočišného původu v domněnku, že sníží příjem tuků. Tento druh aminokyselin lze nahradit, ale to pacienti převážně nedělají.

Další riziko spojené s vyřazením bílkovin je v období růstu, což se týká mnoha pacientek v období puberty, které trpí mentální anorexií. Tělo v té době potřebuje „materiál“ pro svůj vývoj, dalším rizikem jsou sportovkyně, které mají vyšší nároky na příjem bílkovin. V případě, že je při intenzivním tréninku udržován nízký příjem sacharidů i bílkovin, dochází ve svalectech k vyšší oxidaci právě bílkovin, ty nelze nahradit stravou bez bílkovinných složek.

### 1.7.3 Mikroživiny jako součást jídelníčku

Jak již bylo řečeno v kap. 1.7.2 Makroživiny jako zdroj energie, str. 17, mikroživiny jsou pro existenci člověka nezbytně nutné stejně jako makroživiny. Při vhodném a vyváženém příjmu makroživin je i dostatečně pokryt příjem mikroživin, nicméně u sportovců je potřeba příjmu mikroživin vyšší, stejně jako u příjmu

makroživin. U jedinců trpících mentální anorexií je nedostatečně pokryt příjem obou komponentů.

Mikroživiny jsou důležité zejména pro správnou buněčnou funkci, udržení tělesné a duševní pohody, správnou funkci metabolismu a udržování energetické úrovně, díky těmto látkám dochází ke správné funkci enzymatických procesů, hormonálnímu vývoji a slouží jako prevence nemocí, zranění atd. (Co jsou makroživiny a mikroživiny? A proč je důležité to vědět?;

<https://www.rehabilitace.info/zdravotni/co-jsou-makroziviny-a-mikroziviny-a-proc-je-to-dulezite-vedet/>). V případě deficitu, byť jen jednoho druhu mikroživiny, může docházet k mnoha problémům, které se také mohou prohlubovat.

## Hořčík

Hořčík je důležitý pro nervový vzruch, tedy přenos informací mezi svaly a nervy. Dále slouží k odbourávání stresu, únavy, eliminuje pocity úzkosti, nervozity a ženám napomáhá při PMS. Uvolňuje glukózu, je důležitý pro stavbu kostí, pozitivně ovlivňuje zuby.

Jeho zásoby se tenčí při dehydrataci, tedy i při dlouhodobé fyzické zátěži. Při jeho nedostatku dochází ke křečím, podrážděnosti, nespavosti a zrychlené tepové frekvenci. Předávkování není téměř možné, protože tělo nadbytek hořčíku vyloučí, maximálně může způsobit průjem. Přebytek hořčíku zároveň zatěžuje ledviny. Zvýšenou potřebu hořčíku mají těhotné ženy a dospívající. Dále máme zvýšenou potřebu při konzumaci vysokého množství sladkostí, kofeinu, alkoholu a ve stresových situacích.

## Vápník

Vápník je nejdůležitější hlavně v kontextu tvorby kostí a jejich stavu. Dále se jedná o složku zubů, důležitý exponent hemokoagulace (srážení krve), podporuje tvorbu kininů (proteiny působící při zánětu, edému atd.), reguluje enzymy a uvolňuje hormony. Působí při svalové práci aktivací troponinu, podílí se na akčním potenciálu, zvyšuje glykolýzu.

Pro sportovce je dostatečný přísun vápníku velmi důležitý, protože při jeho nedostatku hrozí únavové zlomeniny, osteoporóza nebo osteoartróza. Pro jedince s mentální anorexií je nedostatečný příjem vápníku typický, protože pacienti nekonzumují mnoho mléčných výrobků v domnění, že jde o tučnou složku potravy.

## Draslík

Již bylo uvedeno, že mezi projevy mentální anorexie patří i nedostatek draslíku. Draslík (lat. Kalium) je v těle obsažen z 98 % v intracelulárních tekutinách (ICT) a ze 2 % v extracelulárních (ECT). Draslík obsažen ICT je nezbytný ke tvorbě i rozpadu adenosintrifosfátu (ATP), tedy je nezbytný pro tvorbu energie. V buňkách se váže na bílkoviny a glykogen. V kontextu mentální anorexie hrozí při hypokalémii, tedy při deficitu draslíku (<3,5 mmol/l) náhlé srdeční selhání. Příčinami vzniku hypokalémie jsou:

- průjmy,
- zneužívání projímadel,

- zvracení,
- záněty močových cest,
- diuretika,
- selhání ledvin,
- užívání steroidů,
- porucha acidobazické rovnováhy,
- jednostranná dieta aj.

Příznaky hypokalémie jsou:

- slabost,
- střevní neprůchodnost,
- renální poruchy (ledvinné poruchy),
- citlivost myokardu na kardiotonika (léky zesilující srdeční kontrakce),
- srdeční arytmie,
- nižší vlna T na EKG (repolarizace komor), objevující se vlna U (prodloužení QT intervalu).

## Vitamíny

Sportovci všeobecně mají vyšší potřebu všech komponentů stravy.

U vitamínů tomu není jinak. Mají vyšší ztráty při pocení, vyšší energetický výdej. Kromě několika výjimek jsou pro člověka esenciální, tedy si je nedokáže sám vytvořit.

V lidském těle mají důležitou funkci při metabolismu makroživin, a dále jsou katalyzátory biochemických reakcí. Při jejich nedostatku dochází k vážným onemocněním a poruchám metabolických funkcí. Základních vitamínů známe celkem třináct. Rozlišujeme vitamíny rozpustné v tucích a ve vodě. K vitamínům rozpustných ve vodě patří:

- Vitamín B1 (thiamin),
- B2 (riboflavin),
- B3 (niacin),
- B5 (kyselina pantothenová),
- B6 (pyridoxin),
- B7 (biotin),
- B9 (kyselina listová),
- B12 (kobalamin)
- vitamín C.

Vitamíny rozpustné v tucích jsou:

- vitamín A (retinol),
- vitamín D (tzv. kalciferoly),
- vitamín E (tokoferoly),
- vitamín K (fylochinon) (Vitamín; <https://cs.wikipedia.org/wiki/Vitam%C3%ADn>).

## Vitamín B

B vitamíny jsou pro organismus nezbytné pro jeho správnou funkci. V těle mají řadu funkcí od správné krvetvorby, pozitivního vlivu na centrální nervovou soustavu, správnou regeneraci aj.

V kontextu sportu je znám nejvíce vitamín B12, který se vyskytuje převážně v živočišných potravinách (vegani by tedy měli přijímat B12 ve formě suplementace). Mnoho sportovců bere suplementy s vysokou dávkou vitamínu B12 v domněnku, že to rychleji prospěje regeneraci, nárůstu svalové hmoty atp. Vzhledem k tomu, že se jedná o vitamín rozpustný ve vodě, nadbytek vitamínu se vyloučí močí a tělo si ponechá pouze jemu potřebné množství. Nadměrný příjem vitamínu tedy nemá zázračné účinky. Naopak jeho nedostatek způsobuje anémii, nechutenství, poruchy centrální nervové soustavy, deprese, únava, problémy s erekcí u mužů aj.

## 1.8 Vliv hmotnosti na sportovní výkon

Nízká tělesná hmotnost zlepšuje vytrvalostní, obratnostní a částečně i rychlostní pohybové schopnosti (Rösslerová, 2011). Sportovci mají tendenci snižovat podíl tukové tkáně, aby nemuseli nosit zbytečnou zátěž navíc, každý sport ale vyžaduje jiné tělesné proporce.

Například u běžců je výhodnější spíše štíhlá postava, u posilování robustnější, pro plavce je nejlepší variantou úzký pas, široká ramena, užší pánev. Například horolezectví je ale speciální odnož, pro kterou se nejvíce hodí štíhlá postava, ale vysoké procento kvalitní svalové hmoty. Vhodnou variantou je sporty kombinovat ale tak, aby korespondovaly se specifičností hlavního zaměření.

## 1.9 Prevence PPP

Sportovní činnost nemusí vždy nutně vést k rozvoji mentální anorexie anebo jiným poruchám s příjmem potravy. Naopak může pohyb být prevencí proti rozvoji těchto poruch. Pohyb je velmi důležité rozvíjet již v prepubertálním období. V pubertálním období se tělo adolescenta velmi rozvíjí, proto je důležité, aby měl sportovní návyky již z dětství. Zároveň je důležité, aby dítě mělo návyk zdravé stravy, který si udrží i v pubertě. Tyto aspekty vnímám jako velmi důležité, neboť se tělo bude správně vyvíjet, a tím se zamezí riziku, že adolescent nabere příliš vysokou hmotnost, nebude spokojený ve svém vlastním tělu.

Jídlo by nemělo být spojováno ani s negativními, ani s pozitivními emocemi. Děti by neměly dostávat sladkosti za odměnu, stejně problematické je i nutit dítě jíst rychle nebo dojídat. Dítě by se mělo naučit důvěřovat svým pocitům hladu a sytosti. U stravy je nezbytné si navyknout na pravidelnost, ale zároveň nejíst ihned, jak jídlo vidíme (nevrhat se na něj), a hlavně být schopen si umět vybrat kvalitní, zdravou stravu. Je zapotřebí vnímat ho jako zdroj energie i radosti (vychutnávat si), ale zároveň neřešit jídlem emoční problémy, kdy dochází k tolik neblahému přejídání (Mentální anorexie; <https://www.mojezdravi.cz/nemoci/mentalni-anorexie-1879.html#prevence>).

## 2 Cíl

### 2.1. Záměr výzkumu a cíle

V rámci této části práce se pokusím srozumitelně vystihnout záměr výzkumu a jednoduše popsat cíle práce.

Již podle názvu je patrné, že se v práci zabývám problematikou mentální anorexie u sportovců a jaké vlivy má na jejich výkony. Vzhledem k osobním známostem jsem měla možnost komunikovat s trenéry, kteří byli v kontaktu s testovanou osobou, dále s jejími rodinnými příslušníky a blízkými přáteli. Zajímala jsem se o jejich vnímání dané osoby v krizovém období, jak subjekt působil navenek a co daná situace přinesla jim do života. Zajímá mě pohled testované osoby na situaci, jak se projevuje mentální anorexie v současné době na jejím soukromém a sportovním či kariéerním životě, jaké z toho vychází pro ni ponaučení a zda má situace nějaké kladné závěry.

V prvé řadě se zaměřím na popis metodologie výzkumu, následně stručně a jasně popíšu výsledek analýzy dat, poté poznatky shrnu a v příloze uvedu příběh testované osoby, jak probíhal její život před mentální anorexií, v průběhu a jak vypadá nyní, a přiložím odpovědi od respondentů v rámci polostrukturovaných rozhovorů.

#### Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zachytit a popsat vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie.

#### Dílčí cíle

Dílčím cílem práce je rozšířit do podvědomí trenérů, ale i široké veřejnosti, jaké následky přináší mentální anorexie do sportovní činnosti dospívajících dívek.

#### Výzkumné úkoly

- Poukázat na závažnost onemocnění a její častý výskyt,
- seznámení se vznikem a rozvojem mentální anorexie,
- vliv na její rozvoj,
- psychické a fyzické projevy,
- důsledky a následky mentální anorexie.

### 2.2. Výzkumná otázka

Jak je vnímána sportovní činnost v kontextu mentální anorexie?

Dílčí výzkumné otázky:

- Co mělo vliv na rozvoj mentální anorexie u Pavlínky?
- Jak se mentální anorexie projevovala na jejím chování?
- Jaký vliv měla mentální anorexie na její fyzickou aktivitu?
- Měla mentální anorexie vliv na její mezilidské vztahy?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodologie výzkumu

#### Kvalitativní výzkum

Pro mou bakalářskou práci jsem zvolila právě formu kvalitativního výzkumu z důvodu, že se jedná o téma, které je pro každého velmi individuální a nelze vyvozovat jednotné závěry. Každý vnímá svět v dané chvíli jinak, a ne každý je natolik empatický, aby pochopil danou problematiku.

Právě kvalitativní výzkum se zaměřuje na individuální pohled jednotlivce na svět či danou problematiku. V kvalitativním výzkumu se nevyužívá metod statistických, tudíž se jedná o jinou výzkumnou metodu nežli výzkum kvantitativní, nicméně se v praxi mohou využívat oba zároveň. U kvantitativního výzkumu ani nemusí být výzkumník v kontaktu s daným prostředím, využívá se proměnných znaků a výsledky jsou interpretovány pomocí statistických metod.

U kvalitativního výzkumu předává výzkumník pohled testovaných, popisuje jejich situaci, využívá se empatie a porozumění. U kvalitativního výzkumu se pracuje s nízkým počtem jedinců, nicméně se doporučuje longitudinální zkoumání. Cílem je zachytit interpretaci jednotlivců a z nich vyvodit závěry na základě indukce. Na schématu č. 1 můžeme vidět Flickův model podle Roman & Šed'ová (2007).

Kvalitativní výzkum zkoumá každodenní život jedince v daných podmínkách, zachycuje se vnímání situace, co ovlivňuje jeho specifické chování, jaký vliv mají sociální vztahy. Díky kvalitativnímu výzkumu mohou vznikat nové teorie a poznatky. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je rozdílný pohled lidí na stejnou situaci. Jeden může situaci vnímat pozitivně, druhý naopak negativně. Tedy nemůžeme v tu chvíli zobecnit výsledek.

Kvalitativní výzkum jsem si vybrala proto, že vám umožní lépe porozumět, jak lidé s mentální anorexií onemocnění vnímají a pomůže vám tedy dosáhnout stanoveného cíle. Na základě porozumění můžeme pracovat s různými daty a vytvořit si subjektivní pohled. V návaznosti na stanovený cíl práce je významnější kvalita informací než jejich kvantita, která by vedla k aplikovatelnějším závěrům na širší populaci. Je tedy výhodnější porovnávat různé informace, než vytvářet dotazníky a statisticky utvářet jednotný výsledek.

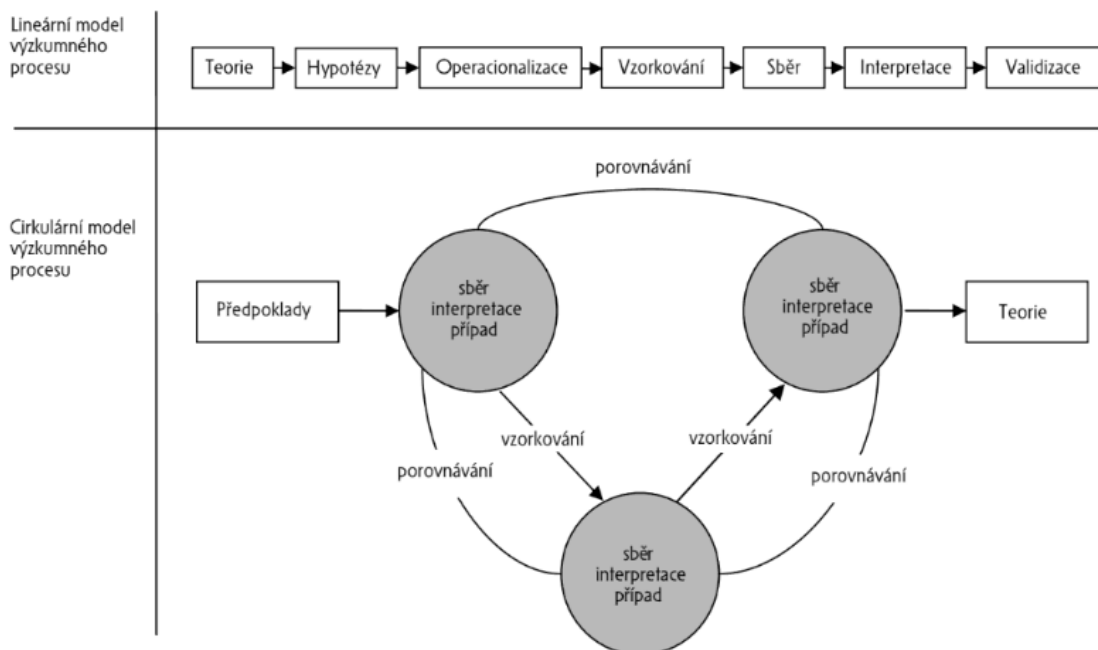


Schéma 1. Flickův model kvantitativního a kvalitativního výzkumu

## Případová studie

Tato část mé práce má charakter kvalitativního výzkumu, konkrétně se jedná o případovou studii. Data od respondentů umožňují kvalitnější pochopení problematiky mentální anorexie díky strategii případové studie. Případová studie nám může odhalit mnoho důležitých souvislostí (Miovský, 2006). Popíšu, jakou cestou jsem se dostala k uvedeným datům, jak probíhaly případové studie a popíšu závěry z těchto studií, jak probíhal sběr dat, a také vyjádřím subjektivní pocity testované osoby.

Kvalitativní studie využívá metod případové studie. Případová studie se zabývá sběrem mnoha dat a informací od malého množství respondentů. Cílem je porozumět na základě jednoho konkrétního případu případům obdobným. Poznatky se skládají do celistvosti a na základě souvislostí se porovnávají různé případy. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. (Miovský, 2006). Miovský, 2006 dále říká, že analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Případová studie dané ženy a polostrukturované rozhovory jejich blízkých přátel či rodiny byly užitečné pro zhodnocení situace a metodu analýzy dat – kategorizace.

Pro práci jsem si zvolila případovou studii z toho důvodu, že se o fenomén mentální anorexie zajímám a chci pracovat s něčím, s čím mám vlastní zkušenosti a porozumění k dané problematice.

## 3.2 Výzkumný soubor

Do výzkumu jsem zařadila jako hlavní postavu dívku, která si mentální anorexií prošla, a ještě v současné době pociťuje její následky na soukromém i sportovním životě. Dívku budu reprezentovat pod jménem Pavlína. Jedná se o dívku ve

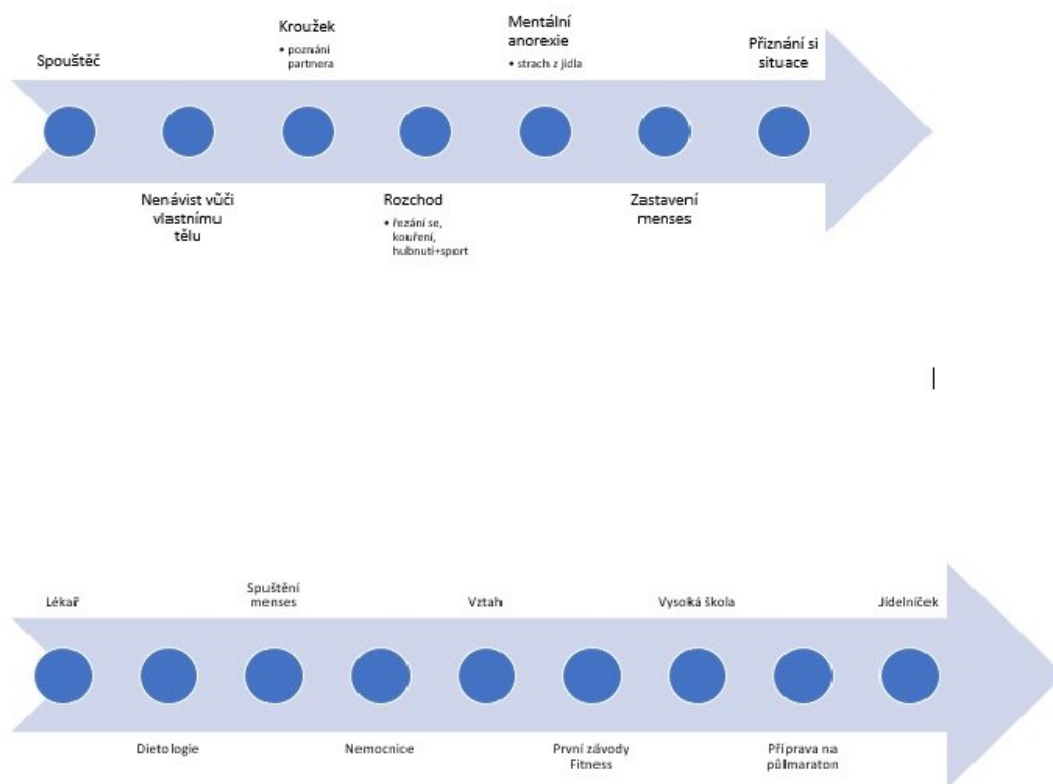


věku 22 let, mentální anorexie u ní byla diagnostikována na přelomu 16. a 17. roku, nemoc u ní trvala 2 roky, váha na počátku anorexie se pohybovala mezi 70-75 kg, nejnižší váha v průběhu onemocnění byla 48 kg na výšku v té době 165 cm. Dívka v té době studovala, nyní se živí trenérstvím a výživovým poradenstvím, k tomu studuje vysokou školu.

Jména, která se budou ve výzkumu objevovat, budou smyšlená vzhledem k projevenému zájmu respondentů o jejich anonymitu. Sportovní činnosti, nemocniční zařízení, města atp. budou pozměněny, jména ostatních osob nebudou jmenována. Výběr osob do výzkumu probíhal na základě úzkého kontaktu s Pavlínou. Jedná se o jednoho z bývalých partnerů Pavlíny, se kterým se v té době stýkala, dále o 4 členy z rodiny, konkrétně rodiče, staršího bratra a jednoho z prarodičů.

### 3.3 Průběh výzkumu

V prvé řadě jsem vytvořila za pomoci Pavlíny příběh, který je součástí příloh, viz. příloha č. 1; Narativum. V řadě druhé jsem vytvořila v konzultaci s Pavlínou tzv. myšlenkovou mapu, která vyobrazovala posloupnost dějů předcházejících mentální anorexii, a dále děje předcházející částečnému vyléčení anorexie, viz. obrázek č. 1. V průběhu vyprávění jsem vytvořila tabulku viz. obr. č. 3 v kapitole 4. Výsledky obsahující školní výsledky před nemocí, v jejím průběhu a po vyléčení.



Obrázek č. 1 Myšlenková mapa

Po vytvoření myšlenkové mapy následovala kategorizace důležitých osob v Pavliným životě, viz. obrázek č. 2 níže.

Spouštěč	Vztah	Mentální anorexie	Závody Bikiny Fitness	Vysoká škola
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodiče</li> <li>• Starší bratr</li> <li>• Prarodiče</li> <li>• Nejlepší přítelkyně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bývalý partner (nespecifikováno)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Babička</li> <li>• Učitel TV</li> <li>• Rodina</li> <li>• Partner</li> <li>• Dietoložka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trenér</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kantorka výživy</li> <li>• Trenér</li> </ul>

Obrázek č. 2 Důležité osoby

Kategorizace mi ukázala, na jaké klíčové osoby se zaměřit při dalším sběru dat. Na základě kategorizace osob jsem uskutečnila pět polostrukturovaných rozhovorů s bývalým partnerem Pavlínou, rodiči a prarodiči Pavlínou, a s jejím starším bratrem. Při realizaci rozhovorů jsem narazila na limitující faktory. Jedním z nich byly časové možnosti účastníků výzkumu, ale také výzkumnice. Dalším faktorem bylo určit vhodné místo pro realizaci rozhovorů. Nakonec ale byla schůzka převážně příjemná. Pouze v jednom případě jsem musela použít formu e-mailovou z důvodu, že respondent byl na dovolené. Před každým rozhovorem jsem s dotyčným podepsala informovaný souhlas. Následně jsem s účastníkem výzkumu nejprve hovořila o všedních věcech netýkajících se výzkumu pro uvolnění atmosféry. Poté jsem spustila záznamník a tázala se na první otázku. Často se v první otázce zodpověděly části otázek následujících, nicméně pokaždé si účastník výzkumu vzpomněl např. na jiné věci, na které jsem ani neměla v plánu se ptát. I z tohoto důvodu jsem využila formu záznamu a polostrukturovaného rozhovoru. Po skončení schůzky jsem záznam přepsala do textu a informovaný souhlas s použitím dat z nahrávky je uchován v počítači, který má zabezpečený přístup.

S respondenty se mi pracovalo velice dobře a v mnoha případech se i prohloubily vztahy. Mnoha z nich nemělo zdání o tom, jak člověk funguje v mentální anorexii, a i oni sami byli překvapeni, o jak závažné onemocnění se jedná.

### 3.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od 20. listopadu 2019 do 2. března 2020. Jako zdroj pro sběr dat mi posloužilo narativum (Pavlínin příběh ze života). Příběh o životě s mentální anorexií jsem zvolila formou narativního interview, které je typické spíše vyprávěním. Z vyprávění vplynulo i mnoho zajímavých poznatků, jako jsou například studijní výsledky, které dále uvádím v kapitole 4 Výsledky. Při narativním interview dotazovanému pouze dopomáháme pomocí otázek, doplňky, narážek aj., aby nám převyprávěl děj, který nás právě zajímá. Při vyprávění samém je pak úlohou tazatele

spíše dále podněcovat vypravěče a pouze se případně ptát na nesrozumitelné části, žádat upřesnění, vysvětlení atd. (Miovský, 2006).

Na jeho základě jsem postupně realizovala sběr dat prostřednictvím rozhovorů s osobami blízkými (viz. kapitola 3.3 Průběh výzkumu). Rozhovor byl polostrukturovaný, aby data byla komplexnější a v případě zajímavých poznatků jsem mohla do rozhovoru vstupovat s rozšiřujícími otázkami (Miovský, 2006). V souvislosti s omezenými možnostmi komunikace s respondenty se sběr dat protáhl na téměř tři měsíce.

Rozhovory byly formou polostrukturovaných rozhovorů. Snažila jsem se vyhnout otázkám uzavřeným, na které by respondenti odpovídali pouze „ano“ a „ne“. Rozhovory se týkaly především průběhu důsledků nemoci mentální anorexie. Otázky jsem konzultovala s vedoucí práce.

### 3.5 Polostrukturovaný rozhovor

S ohledem na stanovený cíl a výzkumnou otázku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Otázky jsem koncipovala tak, aby mi umožnily získat co nejkvalitnější data vzhledem ke stanovenému cíli práce. Otázky byly strukturované do jednotlivých témat. V průběhu rozhovoru jsem měla možnost měnit jejich pořadí. Během rozhovoru jsem si nechávala konkrétně vysvětlit, jak účastník danou věc myslí, což je pro polostrukturované rozhovory velkou výhodou, oproti strukturovaným rozhovorům. Pro polostrukturované rozhovory může být vymezen čas, nicméně já se účastníků tázala do doby, dokud dávali smysluplné odpovědi.

Miovský (2006) uvádí, že je možné pro interview využít buď standardizované prostředí, jako například psychologickou poradnu, anebo klidnější kouty restaurací, barů atd. Já pro své rozhovory využila jak klidnou kavárnu, tak domácí prostředí.

Velkou výhodou je také možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované podněty (tj. když mu klademe otázky v pevně daném pořadí a striktně závaznou formou) (Miovský, 2006). Jednou z nevýhod může být to, že se tazatel nebude držet struktury a bude pokládat příliš mnoho doplňujících otázek, což by mohlo účastníka rozrušovat a mohl by odpovídat tak, že nebudou data pro tazatele relevantní. V mém případě jsem se tomuto problému snažila vyhnout. Struktury jsem se držela a účastníci vždy odpovídali na položené otázky. Pouze jsem doplnila informace, které se netýkaly přímo otázek.

### 3.6 Analýza dat

Z uvedených dat jsem analyzovala informace, které se týkaly především, a hlavně sportovního zaměření v průběhu mentální anorexie. Pracovala jsem převážně na základě praktického příkladu, tedy Pavlíny, a využila k tomu odpovědi respondentů, kteří byli v té době v její blízkosti. Přepsané rozhovory jsem analyzovala pomocí metody kategorizace dat (Slámová, 2012). Pro analýzu dat jsem zvolila formu otevřeného kódování. Z příběhu a následných rozhovorů jsem vyselektovala pojmy, které se víceméně shodovaly, a zároveň je porovnávala s teoretickými poznatky. Za pomoci otevřeného kódování jsem vytvořila kategorie různých výpovědí. Pojmy jsem seskupila do „vyššího řádu“, tedy kategorizovala jsem podobné vlastnosti. Výběr pojmů probíhal tak, že jsem v průběhu čtení textu zvýrazňovala slova či věty, které jsem následně seskupovala do různých kategorií. Dané kategorie obsahovaly sobě podobné

podskupiny. Proces kódování má za úkol podněcovat objevování nejen kategorií, ale právě také jejich vlastností a dimenzí, na kterých se tyto vlastnosti nacházejí. To nám má následně pomoci identifikovat a popisovat vztahy mezi subkategoriemi, kategoriemi a hlavními kategoriemi (Miovský, 2006).

### 3.7 Etika výzkumu

Jako je v běžném sociálním životě vhodné držet se určitého etického chování ve společnosti, je stejně tak důležité dodržovat určitá pravidla etického chování ve výzkumu. Ať už pracujeme s lidmi, se zvířaty, anebo třeba geneticky modifikovanými organismy, je potřeba se řídit určitými etickými limity.

V případě, že je někdo ochotný sdělit důvěrné informace ze svého soukromí s vědomím, že budou zveřejněny, je vhodné zajistit účastníkovi důvěrnost, že nebudou poskytnuta žádná data, kterými by bylo možné účastníka identifikovat. „Proto je zachování soukromí důležitým požadavkem výzkumu.“ (Hendl, 2005, 155.). Pokud toho výzkumník nemůže dosáhnout, neměl by výzkumnou zprávu vůbec publikovat, říká Švaříček (2007). V případě našeho výzkumu byly s účastníky podepsány Informované souhlasy a anonymita Pavlína byla zajištěna díky změně jména.

Před každém výzkumem je potřeba s každým z účastníků podepsat Souhlas s účastí ve výzkumu. Ten je možné získat buď ústně nahráním na diktafon spolu s charakteristikou výzkumu, anebo písemně.

Při výzkumu kvalitativním dochází velmi často k situacím, kdy účastník sděluje emočně citlivé záležitosti (Hendl, 2005). „Zkušený výzkumník dává účastníkovi příležitost, aby se uvolnil a vysvětlil své pocity.“ (Hendl, 2005, 156.)

Ve společenskovedních oborech je nutno u experimentů dbát zvýšené pozornosti na citlivost výzkumníka, říká Pelikán (1998). „Promyšlení případných důsledků každého experimentu by mělo být etickou povinností každého badatele ve společenských vědách.“ (Pelikán, 1998, 35.)

Účastníkům by se neměly zatajovat žádné informace týkající se výzkumu, nicméně sám Hendl (2005) připouští možné situace, kdy je potřeba informaci zatajit. „Jestliže výzkumník musí něco zatajit, pak o tom informuje účastníky dostatečným způsobem, jakmile to bude možné.“ (Hendl, 2005, 156.)

V případě, že mají účastníci výzkumu zájem o výsledky, je vhodné jim výsledky sdělit.

#### Desatero etického chování

1. Soukromí,
  2. důvěrnost,
  3. poučený souhlas,
  4. emoční bezpečí,
  5. citlivost výzkumníka,
  6. zatajení cílů a okolností výzkumu,
  7. princip řádného citování a odkazování,
  8. reciprocita (oplacení spolupráce s účastníky),
  9. zpřístupnění práce účastníkům výzkumu,
  10. zodpovědnost výzkumného pracovníka.
- (Výzkumníkovo desatero etického chování;  
<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>).

## 4 Výsledky

Na základě analýzy dat jsem získala tyto kategorie: **osobnost, projevy v chování, motivace, rodina, školní zázemí, výživa, amenorea, přetížení, přetrénovanost a chronická únava.**

U Pavlíny hrála významnou roli **motivace**. V prvé řadě se jednalo o motivaci zhubnout. Nejprve kvůli bývalému partnerovi, neboť byla přesvědčena, že díky shoením váhy se k ní vrátí. Následně šlo o motivaci být ve sportu lepší než ostatní, být hubenější než ostatní a být za to obdivována. Ve chvíli, kdy obdivu dosáhla, chtěla víc a víc, tedy paličatost. Být ještě hubenější, být ještě lepší ve sportu. Obdiv druhých ji uměle udržoval vůli pokračovat. Nicméně neustálé navyšování tréninků, ubírání jídla, tedy podvyživení, vedlo k vynechání menstruace, až k absolutnímu zastavení po dobu půl roku. Díky **amenoree** došlo ke ztrátě sexuálního apetitu, opoždění puberty a započaly první problémy s klouby a kostmi.

### Kategorie – osobnost

Nicméně Pavlína těmto příznakům nevěnovala přílišnou pozornost. Byla natolik zahleděná sama do sebe, že veškeré další problémy šly stranou. Tyto symptomy brala Pavlína jako svou slabost. I podle bývalého partnera byla Pavlína velmi sebestředná. Jediné, co ji zajímalo, bylo, aby měla trénink v době, kdy si ho předepsala, aby bylo jídlo podle ní. Den byl rozložen tak, aby to sedělo jí a na ostatní nebrala ohledy. Když šla po ulici, vysmívala se těm, kteří měli nějaké kilo navíc, rodičům říkala, jak špatně jedí, poukazovala na jakoukoli jejich nedokonalost na těle či ve stravě.

Pavlína sama přiznává v rámci interview viz. příloha č. 7: „*Vůbec jsem si nevážila lidí okolo sebe, kteří při mně stáli v nejtěžších chvílích v mém životě. Ať už se jednalo o zážitky v mých dvanácti, anebo i v patnácti letech. Nicméně po každé hádce s rodiči mě to mrzelo a vyčítala jsem si to. Měla jsem pocit, že mě nechápou, přitom jsem ve skutečnosti v duchu volala, křičela o pomoc, protože jsem věděla, že chyba není na nich ale ve mně. Chtěla jsem se z toho kolotoče dostat. Byla jsem hodně citlivá **osobnost**. Na jednu stranu paličatá, cílevědomá, ale také empatická, chápavá, ale raněná a otrávená životem. Nebyla jsem taková, abych si přiznala slabiny. Styděla bych se sama před sebou.*“

### Kategorie – přetrénování

V kombinaci veškerých faktorů, do kterých můžeme zahrnout cílevědomost, paličatost, stres v rodině, zahleděnost sama do sebe, navyšování tréninkových dávek a ubírání jídla, amenorea aj., se postupem času Pavlína dostávala do stavu přetížení. Stav přetížení ještě nemusel být až takový problém, nicméně postupem času se navýšil až do stavu přetrénování. Navzdory přetrénování Pavlína i nadále navyšovala dávky, protože únavu při trénincích, podrážděnost, nechuť, zeslábnutí a snižování výkonnosti považovala za svou slabinu. Pojem přetrénování do té doby vlastně ani neznala, dokud se ji otec nezeptal, zda si nepřipadá přetrénovaná, a že se tímto tempem může dostat až do stavu **chronické únavy**, ze které se už jen těžko dostává. Pavlína tomuto nevěnovala přílišnou pozornost, nicméně místo třech tréninků denně, se rozhodla jeden trénink nahradit delší procházkou se psem. Každopádně tato změna měla pouze minimálně pozitivní dopad na její již rozvíjející se chronickou únavu.

### Kategorie – rodinné zázemí

Pavlna má stabilní rodinu, která stojí při ní v každé těžké situaci. Pokaždé se jí snažila pochopit, podat pomocnou ruku. Ovšem jen díky tomu, že ji nelitovali a jasně jí dávali najevo, že se musí postavit na vlastní nohy, byla schopná se dostat dál a nezůstat na jednom místě. Nicméně i přes dokonalost rodiny ji těžké situace dovedly až k mentální anorexii. Rodina pro ni byla vždy na prvním místě, a vlastně i kvůli ní se rozhodla, že se situací musí něco udělat. Když Pavlna vypráví o tom, co ji přimělo navštívit s nemocí lékaře, říká: „Rodina pro mě byla vždycky prvořadá. Moc dobře jsem si uvědomovala, že to takhle dál nepůjde. Nesmírně jsem si vážila svého otce a mrzelo mě, že s ním nemám dobrý vztah. Kvůli nim jsem se rozhodla jít k lékaři. Chyběly mi ty časy, kdy jsme si nad ohněm opekli všichni společně špekáček, zpívali s kytarou a smáli se. Poslední dobou to totiž bylo tak, že se smáli a jedli ostatní, a já tam seděla rozzlobeně bez jídla a kazila jsem atmosféru.“

Netrvalo dlouho a veškeré determinanty přinutily Pavlnu k návštěvě nemocnice. Doma následně zůstala s problémy ještě další tři měsíce. Za ty tři měsíce si tělo odpočinulo, protože Pavlna pouze chodila se psem a vyjížděla si na lehké projížďky na kole za přáteli. Musela se učit do školy a trávila více času s rodinou, která si oddychla, neboť Pavlna přerovnávala své hodnoty.

Pavlna k celkovému tomuto procesu říká: „Opět se obrátím na svou osobnost. Jsem maximalistka a mám sklony se všemu věnovat na více než sto procent,“ na což poukázal i Pavlinin bývalý partner v rozhovoru, „nikdy si neumím vybrat takříkajíc zlatou střední cestu. Jestliže si mám vzít z něčeho ponaučení, musím takzvaně spadnout na pusku, abych se probrala. Na jednu stranu jsem mohla zemřít, na druhou stranu, kdyby se toto nestalo, pravděpodobně bych zemřela na podvýživu. Když jsem si rozbila hlavu po pádu, uvědomila jsem si, jak jsem ubližovala rodině, a že kdybych zemřela, ublížila bych jim ještě více. Nelituji se, naopak jsem ráda, že jsem naživu a své zkušenosti mohu předávat dál, protože mám mladší sestru a snad budu mít i dceru.“

Jak jsem již zmínila, důležitým faktorem je rodina, tedy to, zda se jedná o úplnou rodinu, zda má pacientka sourozence a v jakém věku. Další důležitý aspekt je školní zázemí.

### Kategorie – školní zázemí

Pavlna říká, že nebyla nikdy příliš oblíbenou a nezapadala do kolektivu, škola byla jeden z mnoha aspektů, který přispěl k rozvoji mentální anorexie. Ve škole se jí posmívali, že je tlustá, protože se její tělo vyvíjelo mnohem dříve než ostatním dívkám. Stejně tak může mít škola vliv na ostatní dívky, jak například poukázal otec Pavlny, kdy si myslel, že ji „prostě někdo řekl, že jsi tlustá“.

Po rozhovoru s Pavlnou jsem se dozvěděla spoustu zajímavých věcí ze školního prostředí, jako je například to, jaký vliv má mentální anorexie na studijní výsledky. U Pavlny došlo vlivem mentální anorexie ke zlepšení, jak poukazuje tabulka níže.

škola	1. pololetí	2. pololetí	mentální anorexie
základní škola	průměr	průměr	ne
gymnázium	horší průměr	horší průměr	ne
střední škola	horší průměr	výborný	ne/ano
vysoká škola	průměr	průměr	ano, vyléčeno

Obrázek 3. Vliv mentální anorexie na studijní výsledky

U Pavlíny došlo ke zlepšení studijních výsledků. U tohoto případu šlo v první řadě o to, že na základní škole, gymnáziu a v první polovině studia na střední škole byla Pavlína neoblíbená a nezapadala do kolektivu. Na střední škole naopak byla všem kamarádkou, měla veškeré domácí úkoly vždy hotové, byla na hodiny naučená.

K tomu, aby si mohla sama říct, že si dá pauzu, musí hodně přemýšlet sama nad sebou, využívat sebereflexe.

### **Kategorie – přetížení, chronická únava**

Velký vliv na ní má i jakákoliv narážka na její váhu, nesnese, když jí někdo řekne, že je žena „krev a mléko“, že je žena „správných tvarů“ atp. Ačkoli to dotyčný vůbec nemyslí zle, v hlavě člověka trpícího mentální anorexií tato slova nabere jiných otáček. Pavlína sama připouští, že žít s člověkem trpícím mentální anorexií není vůbec jednoduché. Velmi často je **přetížená, unavená, podrážděná**, neustále naráží na svou váhu a tělo, nesnese, když je někdo lepší než ona, hubenější než ona, vytrvalejší než ona. Nejlépe se cítí sama a potřebuje mnoho prostoru sama pro sebe. Nerada jí na veřejnosti, protože nesnáší otázky typu: „To nemůžeš jíst normálně?“, „To musíš pořád jíst ty otruby?“ atd.

### **Kategorie – výživa**

Mrzí ji, když si někdo může dopřát dobré jídlo, které úplně nekoresponduje se zdravou výživou, na druhou stranu, kdyby si ho dala, bude si ho vyčítat. Kdybychom přirovnali lidské tělo ke stroji, můžeme mluvit například o autu. Pokud bychom neustáli jezdili, ale nedoplňovali palivo, auto přestane jet. To si Pavlína neuvědomovala. Musíme doplňovat energii ze živin, abychom mohli sportovat a mít na sport energii. Tento fakt si Pavlína uvědomila až na vysoké škole díky svému známému. Když si tento aspekt uvědomila, začala mít, jak je uvedeno v Narativu viz. příloha č. 1, více energie. *„Poté, co trenérovi běhu přiznala, že je po jeho trénincích unavená, přišlo mu to zvláštní. Začal hledat příčinu ve výživě. Když zjistil, kolik málo sacharidů a kcal přijímá, neměl slov. Poupřavil jí výživu a tréninky opět nabyly jiných měřítek.“*

V jednom z interview Pavlína říká: *„Poruchami příjmu potravy se každopádně snižuje výkonnost ve sportu. Ať už se jedná o enzymatické procesy, zásoby, glykogen, hormonální funkce, výkonnost jde dolů. Sama jsem to pocítovala např., když jsem se připravovala na závody ve fitness. Tělocvik jsem dodělávala asi čtrnáct dnů po závodech, protože jsem neměla energii ani uběhnout 400 m. Výsledky na tělocviku se mi zhoršily. Ačkoli jsem sportovala, měla jsem z tělocviku 2 na vysvědčení. Pamatuji si, že holka, která kouřila, měla lepší výsledky než já, přisuzovala jsem to své lenosti, ale neuvědomovala jsem si, že mám 3 tréninky denně a málo jím, ačkoli mi to i učitel tělesné výchovy říkal. Pamatuji si na den, kdy jsem měla odjíždět na cyklo zájezd se školou. Učitel se moc těšil, že pojedou. Dva dny před odjezdem jsem mu musela volat, že nepojedu, že jsem v nemocnici se zlomenou lebkou. Byl neskutečně zklamaný, ale říkal, že už mi snad docvakne, že tudy cesta nevede.“*

### **Kategorie – projevy v chování**

Na základě analýzy dat z rozhovorů vyplynuly tyto projevy v chování v průběhu nemoci MA u zkoumané osoby.

Důsledky	Projevy	Fyzická aktivita	Chování	Pozitiva	Následky	Vyléčení	Zkušenosti
problémy ve vztahu	vybíravost	zprvu zlepšení výkonnosti	vztahovačnost	hlídání si stravy	narušení psychiky	Ne	sledování dětí nebo sestry
porovnávání se s druhými	bledost	narůstající únava	výbušnost	více pohybu	nedoslýchá ní na jedno ucho		
nedostatek sebevědomí	ztráta hmotnosti	přetrénování	psychická nevyrovnanost	poučení	život ve sportu		
někdo řekl, že je tlustá	psychická nevyrovnanost	chronická únava	ješitnost		neschopnost vysledovat únavu		
nemají tušení		nezdravé tíhnutí ke sportu	náladovost		neklid		
			vztekllost		neustálá potřeba pohybu		

Obrázek 4. Projevy v chování v průběhu nemoci mentální anorexie u zkoumané osoby

## 5 Diskuze

V rámci případové studie a uvedených kategorií, tedy motivace, amenorea, sebestřednost, osobnost, přetížení, přetrénovanost a chronická únava, rodina, školní zázemí, výživa, projevy v chování jsem díky analýze došla k odpovědi na základní otázku: jaké následky přináší mentální anorexie do sportovní činnosti dospívajících dívek?

Hlavním důsledkem je tedy již zmiňované snížení výkonnosti. Snížení výkonnosti je následkem nízkého energetického příjmu, to způsobuje narušení osy hypothalamu a hypofýzy, a dále hladiny inzulínu (který je zodpovědný za správný vývoj dospívajícího jedince). Tím tedy dochází ke zpomalení růstu, snížení hustoty kostní tkáně (dále k osteoporóze), menstruační dysfunkce u dívek aj. Kategorie nám říkají, jaké faktory mají na postupu mentální anorexie vliv. Motivace – intenzivní potřeba být lepší než ostatní (někdy i než já sám/sama). Podle Schlegl et al., 2018 pacientky trpící bulimií byly více motivovány ke cvičení ve snaze dosáhnout hezčí postavy než pacienty s mentální anorexií. Pacientky trpící mentální anorexií podle Schlegl et al., 2018 byly motivovány převážně zdravím, nicméně váha a vzhled u nich hrála také roli. Amenorea – následek nedostatku vitamínů, minerálů, energie a dalších potřebných látek pro funkčnost těla; osobnost klienta – perfekcionismus, cílevědomost vedoucí k touze po dokonalosti, tedy i po dokonalém těle a dokonalých výsledcích naší snahy, honba za úspěchem, obdivem, cílem; sebestřednost – nezdravé zahledění sám na sebe a porovnávání se; přetížení – následek navyšování fyzických/sportovních činností; přetrénování – druhý stupeň přetížení; chronická únava – poslední stupeň jako následek neustálého navyšování činností a nedostatečné energie; rodina – pozitivní vliv v kontextu opory, zároveň ale i negativní vliv; školní zázemí – výsledky práce a zároveň vliv spolužáků; projevy v chování – změna přístupu k druhým, změna přístupu k sobě samé.

V kontextu rodinného zázemí může dojít i k negativnímu dopadu, který se nicméně netýká případu Pavlína. Proto bych ho chtěla pouze stručně vyjádřit. Může



docházet ke zneužívání dívek, neustálých hádek rodičů či šikaně ze strany sourozenců. V tu chvíli se dívka rozhodně nebude opírat o rodinu.

Podle Rosslerová, 2011 se ke držení diety rozhodlo 55 % dívek z vlastní iniciativy, 20 % dívek k dietě přivedl trenér a pouze ze 3 % bylo přesvědčeno někým jiným. Tímto chci poukázat na to, že to je z převážné většiny rozhodnutí jich samých a nikdo jejich názor nezmění. Rösslerová, 2011 dále uvádí, že ze 33 % se dívkám sice podařilo zhubnout, ale nabraly opět zpátky. Toto vnímám jako riziko, že dívky mohou lehce spadnout do kolotoče, ze kterého by bylo velmi těžké se dostat, a rozhodně by bylo zapotřebí odborné pomoci.

Dílčími cíli bylo poukázat na závažnost onemocnění a na její častý výskyt. Jedná se o závažnou nemoc z toho důvodu, že hrozí recidiva. Mnoho lidí tuto skutečnost nebere příliš vážně a nebere na dívky, které si nemocí prošly, příliš ohled. Nicméně velmi často stačí pouze malé popíchnutí a klientka lehce spadne do již prožitých potíží. Je potřeba brát na nemoc zřetel a být vůči pacientkám chápavý a citlivý. Velmi často se vyskytuje u dospívajících dívek, ale nezřídka ji můžeme vidět i u již dospělých žen. Podle Schlegl et al., 2018 bývá mentální anorexie doprovázena i dalšími poruchami, jako je bulimie nebo dalšími poruchami příjmu potravy.

Mentální anorexie vzniká povětšinou v teenagerovském věku, kdy se dívka mění tělo díky menarche, tedy první menstruaci. Rozvíjet se může buď díky těžkým situacím majícím vliv na psychiku dívky, nízké sebevědomí, neschopnost přijmout svoje vlastní tělo, neustálé narážení na její váhu či nízký výkon, anebo také kombinací mnoha faktorů. Dalším determinantem, který může rozvíjet mentální anorexii, bývá také sport. Klinkowski et al., 2008 říká, že se poruchy příjmu potravy vyskytují ze 42 % u estetických sportů, kdežto u sportů, kde se hledí převážně na techniku, pouze ze 17 % a u míčových her dokonce 16 %.

Dívka trpící mentální anorexií bývá podrážděná, unavená, agresivní, citlivá, mívá depresivní nálady, uzavírá se sama do sebe. Bývá buď extrémně vyhublá, anebo naopak nabírá na váze, projevuje se u ní osteoporóza, amenorea, přetrénovanost. Objevuje se jemné ochlupení, tzv. lanugo, začíná lhát, schovávat jídlo nebo jí o samotě.

Mentální anorexie má mnoho důsledků i následků, je potřeba dospívající dívky pozorovat a brát v potaz to, že se u mnoha z nich může mentální anorexie, anebo i jiné poruchy příjmu potravy, objevit. Obezřetní musí být nejen trenéři, ale především rodiče, prarodiče, blízcí přátelé nebo partneři. Důležité je nepřestat věnovat pozornost po teoretickém vyléčení, neboť hrozí recidiva i mnoho let poté.

## 6 Závěry

Bakalářská práce se zabývá vlivem mentální anorexie na sportovní výsledky. Zkoumala jsem, co je příčinou vzniku této nemoci, jaká rizika sebou přináší, a jaký vliv má na sportovní výkon. Zjišťovala jsem také to, co následuje po jejím vyléčení. Dále jsem se také zaměřila na to, jak vnímá pacient sám sebe a jaké jsou jeho pocity.

Cílem práce bylo zachytit vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie. Bylo zjištěno, že se mentální anorexie velmi podílí na snížení výkonnosti, kvůli vyčerpání těla. Příčinou bývá nedostatečný příjem kalorií, čímž dochází ke špatnému

fungování nervové soustavy, dochází k porušení vývoje jedince, a tedy k narušení růstu, poruše kostní tkáně a dalším závažným onemocněním.

Dalším cílem bylo rozšíření závažnosti onemocnění do podvědomí trenérů. Budou-li trenéři dostatečně informováni o tom, co je příčinou vzniku mentální anorexie a jaké jsou její průvodní jevy, může se výskyt onemocnění u dívek rapidně snížit a preventivně změnit ke klientkám přístup.

Na začátku práce byla uvedena teoretická fakta, která jsem v průběhu práce mohla ověřovat v metodologické části. Pro zjištění jsem využila polostrukturovaných rozhovorů provedených s rodinnými příslušníky a bývalým partnerem zkoumaného subjektu, dále jsem využila narativního rozhovoru a interview.

Většina teoretických poznatků se potvrdila, nicméně jsem prací také poukázala na fakta, která se nikde v teoretických příručkách neobjevují. Jako je například osobnost jedince, psychika, rodinné a školní zázemí, ale také události, které mohou přispět k rozvoji nemoci. Velmi důležitá je role trenéra. Mnozí z blízkého okolí si totiž mohou myslet, že má jedinec nemoc už vyléčenou, bohužel si neuvědomují, že se s člověkem táhne až do smrti. Pavlína sama říká, že bez trenéra by už možná bylo její tělo absolutně vyčerpané, viz. Interview uvedené v Příloze č. 7.

## 7 Souhrn

Mentální anorexie se v současné době zmiňuje mnohem více než dříve. Důsledkem rozvinutí nemoci je moderní kult přehnané štíhlosti. Můžeme jej vidět v médiích, v reklamách na potraviny, kosmetiku, módu, v současnosti je trendem i sportovní odvětví. Ačkoli se o nemoci v současné době více mluví, každoročně jí trpí mnoho dívek.

V přehledu poznatků jsem vymezila pojmy, kterými jsou: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie. Dále jsem informovala o historii mentální anorexie, příčinách jejího vzniku a poukázala jsem na biologické, psychologické a sociální faktory mentální anorexie. Podívala jsem se také na vliv životních situací podílejících se na rozvoji mentální anorexie, jak nemoc probíhá a jaké jsou její primární a sekundární projevy. Postupně jsem se dostala ke sportovní tématice a popsala jsem fyzický vzhled jedinců trpících mentální anorexií a jaké jsou jejich výkony po sportovní stránce. Tím jsem se dostala k termínu sportovní triáda, který se ve sportovním odvětví často užívá. Poté jsem se přesunula k léčbě mentální anorexie, následně k výživě, a konečně k vlivu hmotnosti na sportovní výkon.

V metodologické části jsem popsala průběh kvalitativního výzkumu. Pracovala jsem s případovou studií ženy, která byla ochotná nahlédnout do své minulosti a otevřeně o ní mluvit. Od poloviny listopadu 2019 do začátku měsíce března roku 2020 jsem sbírala data formou polostrukturovaných rozhovorů. Do rozhovorů byli zapojeni členové rodiny Pavlíny a její bývalý partner. Ten byl v rámci výzkumu specifickou osobou, neboť u něho jsem pokládala jiné otázky, protože měl k Pavlíně jiný vztah oproti rodinným příslušníkům. Tato osoba velmi přispěla k otázkám sportu a její osobnosti.

Na základě analýzy dat jsem vytvořila kategorie: osobnost, projevy v chování, motivace, rodina, školní zázemí, výživa, amenorea, přetížení, přetrénovanost a chronická únava, které se týkají mentální anorexie, jejího rozvoje a vzniku a vlivu na sportovní výkony. Tyto kategorie jsem popsala ve výsledcích analýzy.

V přílohách uvádím úplné rozhovory, které uskutečnila Pavlína se svými nejbližšími příbuznými či přáteli. Ještě před nimi jsem se snažila čtivým způsobem vás seznámit s Pavlíniným příběhem ze života, který má poukázat na to, jaké následky mají veškerá traumata, která si dívka může v životě prožít. Dále v přílohách uvádím interview, které jsem v rámci komunikace s Pavlínou a jejím svolením využila k doplnění informací ve své práci.

Každý zážitek, který si Pavlína prožila, sebou nese řadu ponaučení, zkušeností, ale zároveň mají hluboký dopad na její psychiku. Z původně vyrovnané slečny se záhy stala labilní osoba, která musí velmi pracovat na své psychice. Každý zážitek v našem životě nám má něco ukázat, má nás na něco připravit, má nás posunout v životě. Některé zkušenosti sebou nesou velká břemena, která musíme v životě nosit, ale až ve chvíli, kdy se jich pustíme, můžeme dál žít svobodný život. Rozhodnutí, zda si je ponese na zádech, anebo se přestaneme litovat a půjdeme dál, je sice na člověku samotném, ale potřebuje mít při sobě lidi, kteří ho nenechají spadnout na samotné dno.

## 8 Referenční seznam

- Anand, P., & Mehler, P. (2019). Osteoporosis recovery in severe anorexia nervosa: a case report. *Journal of Eating Disorders VO - 7, 38, 1.*
- Boucher, K., Côté, M., & Gagnon-Girouard, M. ET AL. (2018). Eating Pathology Among Patients With Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: The Role of Narcissism and Self-Esteem. *The Journal Of Nervous And Mental Disease, 206, 776-782.*
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál, s. r. o.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2018). Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie. *Česko-Slovenská pediatrie, 73, 320-323.*
- Klinkowski, N., Korte, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2008). Psychopathology in elite rhythmic gymnasts and anorexia nervosa patients. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17(2), 108–113.*
- Musci, R., & Hart, S. (2014). Diagnostic Changes: Feeding and Eating Disorders. *Communique, 42, 20.*
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* (Vyd. 1.). Praha: Grada Publishing, a. s.
- Neuls, F., & Frömel, K. (2016). *Pohybová aktivita a sportovní preference adolescentek.* (1. vydání). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pelikán, J. (2011) *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů.* Praha: Karolinum.
- Rösslerová, Z. (2011). *Mentální anorexie ve sportu. Anorexia nervosa in sport.* 1. lékařská fakulta. Univerzita Karlova v Praze. Praha. Bakalářská práce.
- Roman, S., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál, s. r. o.
- Schlegl, S., Dittmer, N., Hoffmann, S., & Voderholzer, U. (2018). Self-reported quantity, compulsiveness and motives of exercise in patients with eating disorders and healthy controls: Differences and similarities. *Journal of Eating Disorders, 6(1), 1–11.*
- Slámová, B. Z. (2012). *Mentální anorexie a současné možnosti terapie Anorexia nervosa and current treatment options.* Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc. Bakalářská práce.
- Strnadová, J. (2012). *Fyziologické aspekty mentální anorexie.* Pedagogická fakulta. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc. Bakalářská práce.

## Internetové zdroje

AKTIN.CZ. Makroživiny – zdroj životní energie. Dostupný z WWW:  
<https://aktin.cz/makroziviny-zdroj-zivotni-energie> [cit. 2016-02-23].

MOJE ZDRAVÍ. Mentální anorexie. Dostupný z WWW:  
<<https://www.mojezdravi.cz/nemoci/mentalni-anorexie-1879.html#prevence>> [cit. 2016-12-21].

REHABILITACE.INFO. Co jsou makroživiny a mikroživiny? A proč je důležité to vědět?  
Dostupný z WWW:  
<https://www.rehabilitace.info/zdravotni/co-jsou-makroziviny-a-mikroziviny-a-proc-je-to-dulezite-vedet/> [cit. 2018-05-07].

SOCIÁLNÍ PRÁCE. Výzkumníkovo desatero etického chování. Dostupný z WWW:  
<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379> [cit. 2011-03-09].

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. Maxdorf, s. r. o. Dostupný z WWW:  
<<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/alkaloza>> [cit. 2020-03-27].

WIKIPEDIE, OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIÉ. Vitamín. Dostupný z WWW:  
<https://cs.wikipedia.org/wiki/Vitam%C3%ADn> [cit. 2020-01-22].

# Přílohy

## 1. Narativum

Příběh Pavlína s životem v mentální anorexii je zakořeněn už ve dvanácti letech jejího věku. V den začátku prázdnin s bratrem jeli ukázat prarodičům vysvědčení do města nedaleko jejich bydliště. Bratr se zdržel u příbuzných a Pavlína jela domů na kole sama. Trasu znala, jezdila ji téměř každý den a nikdy neměla problém. V polovině cesty domů spatřila osobu nedaleko za městem. Její intuice, která je velice silná, ji říkala „Otoč se a počkej na bratra.“ Bohužel ještě ve dvanácti letech nevěděla, co to ta intuice je, neuposlechla ji a pokračovala v cestě. Projela okolo osoby a oddychla si. Bohužel předčasně. Náhle cítila na svém krku chlad, který ji donutil zastavit. Ze strachu o svůj život slezla a vystrašeně se dívala na muže. Muž odvedl dívku do místního lesa. Zalepil ji pusou, svázal ruce a vykonal čin, na který dívka nikdy nezapomene (*Pozn. v práci uvedeno jako „spouštěč“*). Poté utekl a zmizel jak pára nad hrncem. Nepamatovala si nic.

Nevěděla, co má dělat. Pokorně sedla na kolo a jela domů. Celou cestu plakala a přemýšlela, co bude dělat, a co se to vlastně stalo. Situaci oznámila tatínkovi, maminka tou dobou byla ve škole. Samozřejmě ji otec donutil to oznámit na policii. Do 14 dnů měli pachatele chyceného, nicméně to, co situace způsobila v její hlavě, má doživotní následky.

V první řadě jí bylo dvanáct, byla malé dítě a již musela řešit věci, které jiné dívky řeší okolo 16. roku. Celý proces si pamatuje jako film: její duše byla někde jinde než tělo a jen sledovala, jak se její tělo nebrání, jako by byla nicka. Náhle měla úplně jinak seřazené hodnoty, náhle jí nebavily činnosti, které doposud dělala. Náhle raději byla s rodinou než s přáteli, náhle raději chodila se psem než s kamarádkami na zábavy, náhle si více vážila všedních věcí. Začala věřit v Boha.

Jeden z velmi negativních dopadů byl ten, že se jí zbláznily hormony. Za necelý půlrok jí vyrostla prsa, přibrala, rozšířila se jí kyčel atd. Z krásných 48 kg se dostala na 62 kg. Ve škole se jí začali posmívat. Navzdory tomu, že sportovala, váha nešla dolů. Začala své tělo pomalu nenávidět. Nenávidět za to, že se nechalo, nenávidět za to, že je nevhledné!

Od svých 13 let chodila s bratrem na kroužek. Vzpomíná si přesně na první den, kdy s ním na kroužek přišla. Poprvé v životě pochopila, co je to láska. Jen co vstoupili do haly a uviděla ho, jejím tělem projel dosud neznámý pocit. Zamilovala se. Postupem času se s ním i seznámila a v jejích 15 letech se začali scházet téměř každý den a začali spolu, takříkajíc, chodit. Byl to její první vztah v životě. Po 14 dnech vztahu ji představil rodičům. A tento den jí také nikdy nezmizí z hlavy.

Ten den se připil. Chtěl jít domů, jeho rodiče ještě zůstávali. Dovedla ho připitého domů. Doma s ní hodil o postel a Pavlína subjektivně prožívala to, co v jejích 12 letech. Nemohla se bránit. Souhlasila ze strachu, že by o něj jinak přišla.

Vyčítala si to. Začala se nenávidět. Dostala se ještě hloub než dříve. Od té doby se s nikým nebavila, pouze brečela. Maminka se jí ptala, co se stalo. Bez odpovědi. Přestal se jí ozývat, brala to jako konec. Na rukách se začala řezat, byla úplně zhroucená. Nemohla se učit, bylo jí zle. Nenáviděla se. Rodiče si všimli jejích jizev na rukách. Táta ji seřval, že ji pošle na psychiatrii, jestli s tím nepřestane, a ať jim kouká říct, co se stalo!

Schovávala se v pokoji, zamykala se. Jednoho dne za ní přišla mamka. Vzala ji do náruče a řekla jí, ať jí sdělí, co se stalo. O bývalém partnerovi jí neřekla. Příliš ho milovala. Nenásilně jí donutila přestat s řezáním. Poslechla, nicméně začala kouřit.

Deprese, stres, bylo to silnější než ona. Asi po půl roce ji na kouření přišla mamka. Přestala ze dne na den.

Po měsíci řekla o bývalém přítelovi babičce, řekla jí, že nenávidí svoje vlastní tělo, přiznala, jak situaci vnímá, jako kdyby nahlížela jako třetí osoba. Babička jí pomohla s úpravou jídelníčku, lehce snížila kalorický příjem. Po měsíci zhubla asi na 56 kg, cítila se skvěle. Začala se více hýbat, začala zase chodit na kroužek, ačkoli ho potkávala. Byla již s celou situací smířená. Dostala se na krásných 54 kg. Měla nádhernou postavu, ale chtěla víc.

Ještě více snížila kalorický příjem, a ještě více se začala hýbat. Měla již 3 tréninky každý den a přijímala asi 850-900 kJ denně. Zastavila se menstruace, začala být podrážděná a unavená, nemohla se učit, měla deprese, ztrácela kondici, sílu, přestala se potit. Vážila už jen 48 kg, zničily se jí vlasy, nehty, zhoršily se jí vztahy v rodině...

Tatínek vůbec nevěděl, jak se má k situaci stavět, pokaždé ji seřval. Maminka začala šedivět, vypadávaly jí vlasy, do toho se starali o její mladší sourozence a staršího bratra podporovali před maturitou. Oba rodiče byli zoufalí, učitel nevěděl, co s ní. Pořád ji opakoval, že blbne a ať to řeší s psychologem a výživovým poradcem. Ale ona byla zahleděná sama do sebe.

Odjela na 2 týdny k babičce. Tam měla klid. Bylo ji tam dobře. Svěřila se babičce, že se jí zdá, že je s ní něco špatně. Řekla jí, co udělala. Babička se rozhodla, že jí bude připravovat jídlo, aby k němu neměla žádný přístup a nemohla si počítat kalorie, ale že si má nejprve zajít k lékaři a říct to jemu. Přišla za svým lékařem a řekla mu to samé, co babičce, a že chce být zase normální a nevyčítat si jídlo. Pamatuje si přesně jeho větu, co ji sdělil: „Říká Vám něco mentální anorexie?“

Rozhodla se okamžitě s tím něco udělat. Koupila si čokoládu a řekla si, že si dá rádek a nebude si to vyčítat. Tak také udělala. Zavolala rodičům a řekla jim diagnózu. Mamka ji objednala k výživové poradkyni. Ta si ji vzala na starosti a musela k ní každý týden chodit na kontroly, kompletně ji změnila jídelníček, zařadila jí více bílkovin, ale kalorický příjem zvyšovala postupně. Zlepšila se zase kondice, měla více energie a přestala být tak negativní. Asi po měsíci přišel den D.

Spustila se po půl roce menstruace. Zavolala tátovi, ať s ní okamžitě jede do nemocnice. V nemocnici ji zastavili krvácení a nechali si ji tam přes noc.

Po této události by jiní očekávali konec a prozření Pavlínky, nicméně tím teprve příběh začíná. Jednoho dne při návštěvě toalety se Pavlíně náhle udělalo zle. Zamotala se jí hlava, náhle přestala vidět, slyšet, podlomila se jí kolena a upadla na sprchu. Pak si pamatuje už jen to, že ji v nemocnici strčili do nějaké roury a pořád ji opakovali, že nesmí usnout. Nutila se zůstat při vědomí, bylo to hrozně těžké.

Pavlínku si po této události převzali na oddělení ORL, kde zůstala další týden. Měla posuvnou zlomeninu lebky, konkrétně spánkové pyramidy.

Lékaři jí sdělili, že měla neuvěřitelné štěstí. Buď mohla být nenávratně postižena, nebo mrtvá. Opět ji to utvrdilo v tom, že Bůh existuje. Po propuštění z nemocnice musela zůstat další tři měsíce doma. Ročnick dokončovala koncem srpna, naštěstí se dobře učila a nechali ji jít do třetího ročníku. V průběhu prázdnin si našla partnera. Byl hodný, pomáhal jí s učením, byl pozorný, pokorný, ale hlavně ji miloval. Pomáhal jí s jídlem, protože také sportoval, naučil ji trénovat. Bohužel byl starší a šel na vysokou školu, tudíž se po roce známosti vydali každý svou cestou.

Našla si trenéra, který ji připravil na její první závody v Bikiny Fitness, které si chtěla vyzkoušet. Tyto závody ji posunuly neskutečně dál po mentální stránce (řekla si, že to není sport pro ni). Po závodech přišla maturita. Odjakživa byla maximalista, takže vše dala do učení. Zmírnila jak v jídle, tak i v trénincích, maturita pro

ni znamenala hodně. Do toho se začala připravovat na přijímací zkoušku na vysokou školu, tudíž fitness šlo kompletně stranou. Rok po maturitě začala „chodit“ se svým, nyní už bývalým manželem. Poté, co se dostala na druhý pokus na vysokou školu, začala veškeré své poznatky ze světa sportu a výživy přehodnocovat. Od mala se mimo jiné věnovala plavání, kterému se díky vysoké škole začala opět aktivně věnovat. Poznala se s člověkem, který ji s plaváním pomáhal.

Na její 21. narozeniny ji partner požádal o ruku. Po svatbě si udělala trenérskou licenci 2. třídy, kde se její vědomosti opět prohloubily. Z fitness světa se izolovala čím dál více, zjišťovala, že není pro ni. V roce 2019 se byla podívat na půlmaraton. Moc si chtěla vyzkoušet a zažít ten pocit, kdy doběhne 21 km. Přiznala svému známému, že by si ho chtěla zkusit. Nabídl se, že ji na půlmaraton připraví. Začala ho poslouchat, aktivně běhala, fitness se kompletně izolovala. Nicméně poté, co trenérovi běhu přiznala, že je po jeho trénincích unavená, přišlo mu to zvláštní. Začal hledat příčinu ve výživě. Když zjistil, kolik málo sacharidů a kcal přijímá, neměl slov. Poupravil jí výživu a tréninky opět nabyly jiných měřítek.

Po pár týdnech ale její bývalý manžel začal říkat, že nemají společné zájmy. Poukazoval na mnohem více odlišností mezi nimi. Bála se být doma. Začínala být opět unavená, přestala jíst, bylo ji hrozně, padala do depresí. Po několika konfliktech s manželem, které trvaly delší dobu, se rozhodla manželství ukončit. Po rozchodu se do tréninku běhu opět vrátila. Kondice se vracela asi 2 týdny, ale nevzdávala se. Přihlásila se asi na čtvery běžecké závody. Když skvěle zaběhla svůj první závod, trenér ji sdělil, že má dobré predispozice a dá se na tom skvěle stavět.

V průběhu studia vypracovávala úkol do předmětu Výživa ve sportu. Měla vypracovat jídelníček podle jejich aktivit. Paní doktorka ji sdělila, že stále málo jí na to, jaké má aktivity, a postupně ji dovedla k sestavení vyváženého jídelníčku. Opět se posunula neskutečně dopředu a uvědomila si, jak mimo doposud byla.

Paulína sama přiznává, že veškeré tyto události ji sesadily sebevědomí, že mají všechny vliv na to, jak vnímá sama sebe a že ještě nyní bojuje s tím, aby měla ráda své tělo a přijala se taková, jaká je. V krizových situacích hledá chybu sama na sobě. Nicméně od doby, kdy si prohloubila v oblasti výživy vědomosti, má neustále plno energie, i když je unavená po závodech. Přátelé ji říkají, že překypuje energií, že jim svou energii rozdá, že se s ní cítí v pohodě, že se s ní rádi vidí. Neskutečně se jí zlepšily vztahy v rodině. Děda, tatínek, maminka, všichni mají zjevnou radost, že si s nimi dá oběd, že s nimi zajde na víno, na večeri, že si dá buchtu, co babička upekla atd. Je velmi vděčná svému trenérovi i paní doktorce na výživu, že se díky nim dostala z toho mystifikovaného světa.

## 2. Rozhovor 01

*Vzhledem k tomu, že jsme spolu začali chodit, když jsem se vrátila z nemocnice, sledoval si nějaké rozdíly v chování na začátku našeho vztahu a na konci? Jaké?*

To je takové těžké. První bylo stádium zamilovanosti a ke konci už nebylo. Takže to máš trochu zkreslené na začátku, kdežto ke konci už to vnímáš jinak. Jestli ses ve skutečnosti nějak změnila, to nedokážu říct, to by spíše dokázal posoudit např. tvůj taťka. Ale říkali jsme, že ses v průběhu vztahu nějak zlepšila. V průběhu vztahu se z tebe stal takový větší dřič. Když sis něco umanula, tak sis zatím tvrdě šla. To se mi na tobě i trochu líbilo, ale zas na druhou stranu... Bylo to až moc. Já jsem hodně cílevědomý, taky



všechno dělám tzv. „do mrtě“, ale to tvé „mrtě“ bylo až moc. Já dělám do 110 % a jsem mrtvý, ale ty jedeš nad 150 %. Co se týče chování, tak to nevím, ale lidi okolo říkali, že jak jsme spolu začali chodit, tak se ti zvedlo sebevědomí. Že ses změnila v chování vůči druhým lidem. Ale já to úplně posoudit nedokážu.

*Jaký byl můj vztah ke sportu?*

Přeháněla jsi to. Narůstalo to a byla jsi větší a větší blázen. Padala jsi do stádia přetrénování, což na tebe asi také mělo vliv. Čím dál více jsi to přeháněla, a ještě si byla přetrénovaná. Což vlastně děláš doteď.

*Měl jsi pocit, že jsem byla nějak upnutá na detaily a měla tendenci tíhnout k perfekcionismu, případně jak se to projevovalo, co si sledoval?*

Že bys měla tendenci stavět na tom, že mají být věci např. na svém místě, to úplně ne, ale ráda ses malovala, nechávala sis dělat umělé řasy, chtělas vypadat dobře, si myslím. A ostatní, jako třeba že bys měla být někde včas, to asi úplně ne, ale když si měla trénink, tak ten si nesměla vynechat. Furt ses viděla v tom fitness, to byl tvůj cíl a za tím sis šla.

*Jak si myslíš, že mentální anorexie ovlivnila náš vztah?*

Ona tam byla už od začátku, vlastně předtím, než jsme se poznali, takže nemohu říct před a po. Abych něco prisuzoval tobě a něco mentální anorexii, to nemůžu. Neumím to posoudit, protože jsem tě neznal předtím, takže to nedokážu rozlišit. Já bych řekl, že mi ke konci spadly „růžové brýle“.

### 3. Rozhovor 02

*Kdy sis u mě začal všimát problémů s příjmem potravy?*

Nevím, jestli si s ním ještě chodila nebo nechodila, s tím klukem z kroužku, ale v té době nějak. To ti bylo asi 16.

*Jak sis toho všiml?*

Předtím si normálně jedla to, co jsme jedli my, ale potom sis začala jídlo vybírat sama a tvrdit nám, že to, co jíme my, je strašně nezdravé.

*Co podle tebe problémy způsobilo?*

Podle mě ti někdo řekl, že seš tlustá, ale nevím.

*Jak se porucha příjmu potravy projevila na mé fyzické aktivitě?*

Začala jsi cvičit z ničeho nic jako blázen. Pokud vím, tak si ani nic jiného nedělala, ty jsi cvičila, nebo spíše se huntovala, furt. Cvičila si doma, běhalas, chodila na horolezectví. Začala si cvičit nadměru a začala ses přetěžovat. Nezdravě.

*Sledoval jsi nějaké změny po fyzické stránce?*

Tohle asi spíše mamka. Nevím.

*Jak se projevila nemoc na mém chování?*

Bylas čím dál více vzteklá.

*Myslíš si, že to mělo nějaké pozitivní důsledky? Ať už pro tebe nebo pro mě?*

*Jaké?*

Pozitivní asi jediné, co na tom bylo, že to nedošlo do krajnosti. Jinak je takové pravidlo, že člověk musí dostat ránu, aby se mu rozsvítlo, což pro tebe bylo to, jak si spadla na hlavu. Tehdy sis asi uvědomila, že tudy cesta nevede, a tudíž už víš, že vždy musíš všeho s mírou.

*Jaké následky podle tebe má nemoc na mě v současné době?*

Po tom pádu ti šumí v uchu a špatně na něj slyšíš. Problémy, že nejsi schopná na sobě vyzorovat, že začínáš být přetrénovaná, neumíš být v klidu, pořád musíš něco dělat a když potřebuješ odpočinek, musí tě trenér skoro přivázat.

*Myslíš, že jsem doživotně vyléčena?*

Tvrdí se, že se to vyléčit úplně nedá. Určitě k tomu máš asi nějaké dědičné dispozice. Jestli ti nehrozí recidiva? Myslím si, že to nebezpečí hrozí, ale asi poměrně malé.

*Jaké zkušenosti z toho plynou pro tebe?*

Zkušenosti? Já jsem mluvil s tím doktorem tenkrát v nemocnici, jestli se tomu dalo nějak zabránit. Jestli jsme něco nepřehlédli. Ale říkal, že se to z hlavy těm mladým holkám nedá vymlátit, že si na to musí přijít sami. Asi jediné sledovat tvoji mladší sestru, ale myslím si, že ta je trochu jiné povahy než ty, tak jí snad nic hrozit nebude. Jinak nevím, co jiného na to mám odpovědět.

## 4. Rozhovor 03

*Kdy sis u mě začala všimnout problémů s příjmem potravy?*

Nevím. No, už byla na světě sestra. Možná, když si začala chodit na střední? Nevím, jestli to mělo na něco návaznost.

*Jak sis toho všimla?*

Začala sis moc vybírat. Předtím si tak vybírává nebyla.

*Co podle tebe problémy způsobilo?*

Nevím. Asi sis myslela, že nemáš dokonalou postavu. Podle mě ses začala srovnávat s holkami ze třídy.

*Jak se porucha příjmu potravy projevila na mé fyzické aktivitě?*

Nevím. Paradoxně opačně než předtím. Ty si začala méně jíst, ale o to více si začala cvičit. Takže v podstatě tvé tělo, které předtím bylo takové nic moc, tak se začalo zlepšovat. Vypadalas lépe.

*Sledovala jsi nějaké změny po fyzické stránce? Jaké?*

To samé, co předtím. Změna těla. Zezačátku to bylo dobré, pak si ale začala opravdu blbnout, že si nechtěla ani mou oříškovou buchtu, což bylo blbé, protože předtím si nějaké cukry jedla. Když se pak ale projevily ty poruchy menstruačního cyklu, tak to bylo jasné. Navíc v té nemocnici tě vzhledem k této nemoci blbě krmili. Protože ty

dva krajíčky chleba a k tomu malé másličko, to bylo dost blbé, to vůbec nekorespondovalo se stravou určenou pro dívku s mentální anorexií.

*Jak se projevila nemoc na mém chování?*

Ty ses strašně vztekala. Nebylas náladová, ty ses prostě vztekala. Na tebe člověk jenom se podíval, tak si vyletěla jak zápalka. Ty si byla vždycky výbušná, ale dalo se s tebou nějak mluvit a diskutovat, nebo sis sedla, mluvila si, že člověk ani nestíhal vnímat ten vodopád slov. Ale když si takhle blbla, ten druhák a třeták, tak ses vztekala i bez důvodu.

*Myslíš si, že to mělo nějaké pozitivní důsledky? Ať už pro vás nebo pro mě?*

*Jaké?*

Jedině asi ten začátek, začala ses pořádně hýbat. Podle odborných publikací se ale z mentální anorexie nedá vyhrabat. Ale pozitivní důsledky to asi nemělo. Změna chování u tebe proběhla podle mě díky tomu, že si dospěla. Jedině z hlediska procesu uzdravování. Jako poučení se z chyb předešlého vývoje.

*Jaké následky podle tebe má nemoc na mě v současné době?*

Já doufám, že žádné. Když ty sis tu mentální anorexii vybrala v naprosto blbé době. Protože ty sis ji vybrala v době absolutní puberty a skončila si v době, kdy už z tebe byla mladá a dospělá žena, a tudíž se pak těžko posuzuje, jestli to, jaká seš teď, je důsledek mentální anorexie, anebo je to důsledkem toho, že ses konečně začala chovat dospěle. Žádné, protože ty si krásně dospěla v mladou, chytrou a rozumnou ženu! A ještě ke všemu cílevědomou, trošku paličatou.

*Myslíš, že jsem doživotně vyléčena?*

Seš! Ale podle literatury nejsi. Ale my se nebudeme držet literatury, protože ta není nikdy 100%, a ty seš v tom málu %, co jsou doživotně vyléčení a basta fidli!

*Jaké zkušenosti z toho plynou pro tebe?*

Že mám ještě jednu dceru. Mladší než seš ty. A že sice nevím, jestli mohu nějak ovlivnit to, jestli spadne nebo nespadne do mentální anorexie, ale že mám starší dceru, která s tím má zkušenosti, a že mi určitě pomůže, kdybychom zaznamenali nějaká rizika.

## 5. Rozhovor 04

*Kdy sis u mě začala všimnout problémů s příjmem potravy?*

Dost pozdě. Protože už mě na to upozorňovala moje mladší dcera a já jsem se s ní o tom přela. Já jsem ji říkala, že to není možné, že když má někdo anorexii, tak přece vůbec nejí. A já jsem viděla, že teda jíš, i když malé porce, ale tak holky chtějí být štíhlé, tak jedí málo, ale jí. Přece něco jí! A že je to vážné jsem si všimla, až když si byla celá zelená.

*Jak sis toho všimla?*

Protože si byla bledá a taková hodně hubená. A že si byla psychicky nevyrovnaná.

*Co podle tebe problémy způsobilo?*

Problémy se táhly určitě už od těch 12 let, ale vyvrcholilo to asi těmi problémy ve vztahu. Nevím, co jsi měla za pocit. Ale asi to, že ten vztah dopadl tak, jak dopadl, vedlo k tomuto.

*Jak se porucha příjmu potravy projevila na mé fyzické aktivitě?*

Vzhledem k tomu, že jsi u nás nebyla pořád, tak nevím.

*Sledovala jsi nějaké změny po fyzické stránce? Jaké?*

Zhubla jsi. Co jiného jsem měla ještě vidět? Vlasy si poničené úplně neměla, viděla jsem jinou mentální anorektičku a ta ty vlasy měla úplně mrtvé, to ty si neměla. Tak zle jako ona si na tom nebyla.

*Jak se projevila nemoc na mém chování?*

Psychicky nevyrovnaná jsi byla už předtím, ale pak to vyvrcholilo tak, že si byla vztahovačná a vyskakovala si jako čertík z krabičky. Každá maličkost, i když to nebylo mířené na tebe, ty sis to vztáhla a urážela ses.

*Myslíš si, že to mělo nějaké pozitivní důsledky? Ať už pro vás nebo pro mě?*

*Jaké?*

Jo, spadla si na hlavu a rozbřesklo se ti.

*Jaké následky podle tebe má nemoc na mě v současné době?*

Tak to úplně nevím. Asi jediný pozůstatek, ale v opravdu minimální míře, je to, že se dokážeš kvůli blbosti urazit, ale je to opravdu minimální. Jinak nevidím důsledky. Ale řekla bych, že od té doby si hlídáš, abys jedla pravidelně, zdravě, ale jinak nevím. Nejsem odborník.

*Myslíš, že jsem doživotně vyléčena?*

Těžko říct. To se dá těžko odpovědět, protože nikdo neví, co život chystá. Takže pokud se nedostaneš do nějakých brutálních citových krizích, tak by ti nic hrozit nemělo.

*Jaké zkušenosti z toho plynou pro tebe?*

*Smích.* Větší pozor na tvou sestru, ale ona tady není tak často, jako jsi bývala ty. Jinak pro mě, asi to, že jsem začala poslouchat svoje tělo více jak předtím. Že jsem se začala stravovat podle toho, co si tělo řekne a podle zdravého rozumu. Ale já nejsem žádný psycholog.

## 6. Rozhovor 05

*Kdy sis u mě začal všimnout problémů s příjmem potravy?*

Již si nepamatuji.

*Jak sis toho všiml?*

Očima. Odtahované chování během například rodinných obědů. Zvýšená fyzická aktivita (ujela jsi mi na kole do kopce).

*Co podle tebe problémy způsobilo?*  
Nedostatečné sebevědomí a přijetí vlastního těla.

*Jak se porucha příjmu potravy projevila na mé fyzické aktivitě?*  
Začala jsi hodně sportovat. Byla jsi obecně unavenější.

*Sledoval jsi nějaké změny po fyzické stránce?*  
Ujela jsi mi na kole do kopce!

*Jak se projevila nemoc na mém chování?*  
Nenechala sis nic vysvětlit a říct. Nikoho jsi neposlouchala a jela sis po svém. Když tě někdo konfrontoval s pravdou věci, tak jsi ho konfrontovala tak moc, že z toho zbyly pouze oči pro pláč a skřípění zubů.

*Jaké?*  
*Myslíš si, že to mělo nějaké pozitivní důsledky? Ať už pro tebe nebo pro mě?*

Začala ses více hýbat.

*Jaké následky podle tebe má nemoc na mě v současné době?*  
Současné směřování tvého života (profesního i volnočasového) tíhne směrem ke sportu.

*Myslíš, že jsem doživotně vyléčena?*  
Ne, ale to si bratr stejně vždycky bude myslet.

*Jaké zkušenosti z toho plynou pro tebe?*  
Až budu mít svoje děti (zejména dceru) bude potřeba s ní více pracovat v oblasti sebepřijetí.

## 7. Interview

V průběhu anorexie jsem si vůbec nevážila lidí okolo sebe, kteří při mně stáli v nejtěžších chvílích v mém životě. Ať už se jednalo o zážitky v mých dvanácti, anebo i v patnácti letech. Nicméně po každé hádce s rodiči mě to mrzelo a vyčítala jsem si to. Měla jsem pocit, že mě nechápou, přitom jsem ve skutečnosti v duchu volala, křičela o pomoc, protože jsem věděla, že chyba není na nich, ale ve mně. Chtěla jsem se z toho kolotoče dostat. Byla jsem hodně citlivá osobnost. Na jednu stranu paličatá, cílevědomá, ale také empatická, chápavá, ale raněná a otrávená životem. Nebyla jsem taková, abych si přiznala slabiny. Styděla bych se sama před sebou. Rodina pro mě byla vždycky prvořadá. Moc dobře jsem si uvědomovala, že to takhle dál nepůjde. Nesmírně jsem si vážila svého otce a mrzelo mě, že s ním nemám dobrý vztah. Kvůli nim jsem se rozhodla jít k lékaři. Chyběly mi ty časy, kdy jsme si nad ohněm opekli všichni společně špekáček, zpívali s kytarou a smáli se. Poslední dobou to totiž bylo tak, že se smáli a jedli ostatní, a já tam seděla rozzlobeně bez jídla a kazila jsem atmosféru.

Postupně mi začalo docházet, že vlastně veškeré mé chování má souvislost s jídlem. Rozhodla jsem se situaci řešit. Nejprve s doktorem, následně v nemocnici, která pro mě byla zlomová. Jednak v kontextu životního přístupu, jednak v rámci učení. Školu

jsem dodělávala v létě, což byla věc, co jsem nikdy nechtěla. Připadala jsem si, jak kdybych propadla a dělala reparát. Uklidňoval mě pouze fakt, že dodělávám pouze jednu látku. Opět se obrátím na svou osobnost. Jsem maximalistka a mám sklony se všemu věnovat na více než sto procent. Nikdy si neumím vybrat takřkajíc zlatou střední cestu. Jestliže si mám vzít z něčeho ponaučení, musím takzvaně spadnout na pusu, abych se probrala.

V kontextu anorexie jsem na jednu stranu mohla zemřít, na druhou stranu, kdyby se toto nestalo, pravděpodobně bych zemřela na podvýživu. Když jsem si rozbila hlavu po pádu, přinutilo mě to změnit své hodnoty, uvědomit si, že se svět nemotá jenom kolem mě, uvědomila jsem si, jak jsem ubližovala rodině, a že kdybych zemřela, ublížila bych jim ještě více. Nelituji se, naopak jsem ráda, že jsem naživu a své zkušenosti mohu předávat dál, protože mám mladší sestru a snad budu mít i dceru.

Toliko k psychickým projevům, co se fyzických projevů týče poruchami příjmu potravy se každopádně snižuje výkonnost ve sportu. Ať už se jedná o enzymatické procesy, zásoby, glykogen, hormonální funkce, výkonnost jde dolů. Sama jsem to pocítovala např., když jsem se připravovala na závody ve fitness. Tělocvik jsem dodělávala asi čtrnáct dnů po závodech, protože jsem neměla energii ani uběhnout 400 m. Výsledky na tělocviku se mi zhoršily. Ačkoli jsem sportovala, měla jsem z tělocviku 2 na vysvědčení. Pamatuji si, že holka, která kouřila, měla lepší výsledky než já, přisuzovala jsem to své lenosti, ale neuvědomovala jsem si, že mám 3 tréninky denně a málo jím, ačkoli mi to i učitel tělesné výchovy říkal. Pamatuji si na den, kdy jsem měla odjíždět na cyklo zájezd se školou. Učitel se moc těšil, že pojedou. Dva dny před odjezdem jsem mu musela volat, že nepojedu, že jsem v nemocnici se zlomenou lebkou. Byl neskutečně zklamaný, ale říkal, že už mi snad docvakne, že tudy cesta nevede. A taky docvaklo. Ten den se mi změnil svět. Změnilo se všechno. V té nemocnici jsem měla čas přemýšlet nad svými činy. Dlouho jsem jich litovala, ale časem jsem si uvědomila, že litovat toho je hloupé. Musím se ponaučit a jít dál s jiným přístupem ke svému životu a k druhým. Je to vlastně nikdy nekončící proces jako výchova. V současném životě musím nad sebou hodně přemýšlet a je spousta situací, které sama nezvládám. V mnoha případech se obracím buď na rodiče, anebo na svého trenéra, který, jak ráda říkám, ze mě musí být už naprosto vypelichaný. Mám tendenci se neustále přetěžovat. Jak říkal táta: „Musel by Tě asi přivázat k židli, aby sis dala chvíli oraz.“

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jitka Vodehnalová
<b>Katedra:</b>	katedra Rekreologie
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Jana Hoffmannová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020
<b>Název práce:</b>	Vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie
<b>Název v angličtině:</b>	Perception of sports activities in the context of anorexia nervosa
<b>Anotace práce:</b>	<p>Mentální anorexie je psychické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. Cílem práce je zachytit a popsat vnímání sportovní činnosti v kontextu mentální anorexie. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem realizovala případovou studii dívky (Pavlíny, 22 let), u které byla v minulosti diagnostikována mentální anorexie. Sběr dat probíhal v období od listopadu 2019 do března 2020 a na základě narativa s Pavlínou byly vybrány klíčové osoby pro individuální polostrukturované rozhovory (5). Výzkumný soubor byl tvořen rodinnými příslušníky, bývalým partnerem a trenérem. V metodologické části se zaměřuji na samotný výzkum, kde uvádím případovou studii a polostrukturované rozhovory, a konečně analýzu dat. Na základě metody analýzy dat byly stanoveny tyto kategorie: osobnost, projevy v chování, motivace, rodina, školní zázemí, výživa, amenorea, přetížení, přetrénovanost a chronická únava. Výzkum by mohl být inspirací pro trenéry, kteří pracují s dospívajícími dívkami, ale také pro ostatní pedagogické pracovníky, anebo i rodiče mladých dívek.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, sportovní výkon, amenorea

<p><b>Anotace v angličtině:</b></p>	<p>Anorexia nervosa is a mental illness that is reflected in the body's condition. The aim of the work is to capture and describe the perception of sports activities in the context of anorexia nervosa. Through qualitative research, I carried out a case study of a girl (Pavčina, 22 years old) who had been diagnosed with anorexia nervosa in the past. Data collection took place in the period from November 2019 to March 2020, and on the basis of a narrative with Pavčina, key persons were selected for individual semi-structured interviews (5). The research group consisted of family members, an expartner and a coach. In the methodological part, I focus on the research itself, where I present a case study and semi-structured interviews, and finally data analysis. Based on the method of data analysis, the following categories were determined: personality, behavioral manifestations, motivation, family, school background, nutrition, amenorrhea, overload, overtraining and chronic fatigue. The research could be an inspiration for coaches who work with teenage girls, but also for other pedagogical staff, or even parents of young girls.</p>
<p><b>Přílohy vázané v práci:</b></p>	
<p><b>Rozsah práce:</b></p>	<p>46</p>
<p><b>Jazyk práce:</b></p>	<p>český</p>