

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Denisa Smrčková

Vztahová síť u osob trpících poruchami příjmu potravy

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 14. 4. 2021

.....

Denisa Smrčková

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za jeho trpělivé a odborné vedení po celou dobu vzniku práce. Také bych chtěla poděkovat mým přátelům, kteří mi byli oporou a povzbuzením. A v neposlední řadě, patří díky dívkám, které se rozhodly zapojit do výzkumu a nechaly mě nahlédnout do jejich života, bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 6 |
| 1 Poruchy příjmu potravy | 8 |
| 1.1 Mentální anorexie | 8 |
| 1.1.1 Diagnostická kritéria pro stanovení mentální anorexie | 9 |
| 1.1.2 Malnutrice..... | 10 |
| 1.2 Mentální bulimie..... | 11 |
| 1.2.1 Diagnostická kritéria pro stanovení mentální bulimie..... | 12 |
| 2 Faktory ovlivňující vznik PPP | 13 |
| 2.1 Biologické faktory | 13 |
| 2.2 Socio-kulturní faktory..... | 14 |
| 2.3 Psychologické faktory..... | 15 |
| 3 Sebepoškozování a suicidální chování | 16 |
| 3.1 Sebepoškozování a suicidální chování v kontextu PPP..... | 17 |
| 4 PPP a sociální práce..... | 19 |
| 4.1 Terapeutické přístupy při léčbě PPP | 19 |
| 4.1.1 Rodinná terapie..... | 20 |
| 4.1.2 Kognitivně-behaviorální terapie | 20 |
| 4.1.3 Skupinová terapie | 21 |
| 4.2 Centrum Anabell..... | 22 |
| 5 Výzkumná část..... | 23 |
| 5.1 Metodologie | 23 |
| 5.1.1 Popis použitých metod | 23 |
| 5.1.2 Popis výzkumného souboru..... | 24 |
| 5.1.3 Průběh výzkumu | 24 |
| 5.1.4 Způsob zpracování dat..... | 25 |
| 6 Prezentace a interpretace výsledků | 27 |
| 6.1 Rodina a dětství | 27 |
| 6.2 Vztahy s okolím | 30 |
| 6.3 Zdravotní a psychické problémy..... | 31 |
| 6.4 Touha po tom se osamostatnit | 33 |
| 6.5 Cesta k uzdravení..... | 34 |
| 6.6 Sebepoškozování a sebevražedné myšlenky..... | 36 |

| | | |
|-----|---------------|----|
| 6.7 | Diskuze | 37 |
| | Závěr..... | 39 |
| | Zdroje | 41 |
| | Anotace..... | 44 |

Úvod

Mentální anorexie a mentální bulimie patří ve společnosti ke stále častějším onemocněním. Vzhledem k tomu, že se mentální anorexie a bulimie řadí mezi psychosomatická onemocnění, dokážou tak člověka limitovat na několika rovinách. Mohly by vznikat tendence tuto problematiku redukovat na pouhý problém s jídlem, což není pravdou. Pozadí poruch příjmu potravy je často mnohem dramatičtější. Z prvního průzkumu odborné literatury a dostupných zdrojů, jsem nabyla dojmu, že je léčba tohoto onemocnění stále ještě často redukována na fyzickou úroveň, ale aby byla úspěšná, musí se pracovat i na psychice pacienta.

V kontextu sociální práce jsou poruchy příjmu potravy stále opomíjeným tématem, v České republice je pouze jedna služba, která by nabízela sociální služby lidem trpícím poruchami příjmu potravy, a navíc se nachází pouze ve třech městech. To vnímám jako skutečně poddimenzované zejména vzhledem k stále rostoucím četnostem výskytu. Možná i to je jedním z důvodů, proč lidé s tímto problémem mají tendence se prezentovat a seskupovat na sociálních sítích, kde prezentují svou cestu k uzdravení a vzájemně se snaží podporovat a radit si. Vzhledem k tomu, že na sociálních sítích se dá vystupovat zcela anonymně, může to v těchto lidech budit pocit bezpečí.

Sama patřím do generace, která na sociálních sítích tráví velké množství času, tak tedy i to bylo jedním z aspektů mého rozhodnutí psát tuto práci, protože s touto problematikou jsem se tam setkávala stále častěji.

Hlavním cílem této práce je popsat proces uzdravení z poruch příjmu potravy v kontextu změn sociální sítě s důrazem na sociální hledisko.

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části popisují konkrétně dvě vybrané poruchy příjmu potravy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Také popisují, co je to malnutrice, protože ta velmi úzce souvisí právě s anorexií a pramení z ní mnoho problémů. V druhé kapitole podrobněji rozebírám faktory, které se podílejí na vzniku poruch příjmu potravy. Tyto faktory jsem rozdělila do tří částí na biologické, psychologické a socio-kulturní. Třetí kapitola pojednává o tématu, které je s tématem poruch příjmu potravy často spojované, a to je sebepoškození a sebevražedné chování. Nejdříve je představené toto chování jako takové a v druhé části je zasazeno do kontextu poruch příjmu potravy. Poslední kapitola teoretické části je zaměřená na sociální práci vzhledem k tomuto tématu. Zmiňuji zde vhodné terapeutické přístupy a seznamuji s Centrem Anabell.

Poté následuje část výzkumná, ve které je popsána metodologie a představen samotný výzkum a závěry z něho vycházející. Byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím narativního rozhovoru. Při zpracování dat byla využita metoda otevřeného kódování.

Motivací pro tuto práci je i skutečnost, jak je v této době toto téma redukováno na biologickou stránku věci a zapomíná se na stránku psychickou a sociální.

1 Poruchy příjmu potravy

Přijímání potravy je zcela nezbytnou součástí lidského života. Jídlo není pro člověka důležité pouze v biologické rovině, ale je důležitým aspektem i v rovině psychosociální, protože je obvykle spojované s prožitkem a často i s odměnou nebo trestem. V novorozeneckém a kojeneckém období je krmení (pověštinou kojení) jedním z primárních kontaktů mezi dítětem a matkou. Krmení tak získává přesah z biologické roviny do roviny psycho-sociální. Pohoštění je běžnou součástí mezilidských vztahů, ať už se jedná o užší okruh lidí jako je rodina nebo přátelé, nebo i oficiální události spojené například se zaměstnáním. Faktory, které ovlivňují vznik poruch příjmu potravy, je široká škála. Tyto faktory mohou pocházet z celého bio-psycho-socio-spirituálního spektra (Orel a kol., 2020, s. 245-246).

1.1 Mentální anorexie

Charakteristickým znakem pro mentální anorexii je úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Označení „anorexie“ může být poněkud matoucí, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu není primárním znakem. Může se objevovat až jako znak sekundární nebo dokonce nemusí být přítomno vůbec. Toto nechutenství vzniká v důsledku dlouhodobého hladovění. Omezování se v jídle, může být také doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo ve smyslu častého přemýšlení nad jídlem, sbírání receptů nebo vařením. Také se může vyskytovat zvýšená chuť na některé potraviny, například na sladké. Zřejmě se jedná o přirozenou odpověď organismu stejně jako v případě nechutenství po dlouhodobém hladovění. Pro pacienty trpící poruchou příjmu potravy není důvodem odmítání potravy nechut' k jídlu, ačkoliv je to častým argumentem. Je to z důvodu, že jíst nechtějí, což někdy popírají (Krch, 2005, s. 16).

Obvyklý výskyt mentální anorexie je mezi 14. až 18. rokem života. Délka onemocnění je různá, může se jednat o jednu epizodu nebo se onemocnění může stát chronickým. Zhruba 45 % nemocných se vyléčí, 25 % dosáhne částečného zlepšení a kolísání potíží, 25 % se stane chronickými a přibližně 5 % končí smrtí. I po vyléčení u dívek může u dívek přetrvávat pocit nespokojenosti a selhání. Pro některé může být náročná role partnerky nebo matky (Vágnerová, 2014, s. 433-434).

Dle Vágnerové má osobnost dívek, které mají sklon k tomu onemocnět mentální anorexií řadu typických znaků, to ovšem neznamená, že by tyto dívky byly stejné. Není snadné rozlišit, které z těchto vlastností měly dívky již před onemocněním a které vznikly až jako důsledek nemoci.

Tak jak dívky zvýšeně kontrolují svůj příjem potravy, tak tento vzorec chování se promítá i do vztahu k emocím. Nedovolují si naplno prožívat emoce, ať už jde o radost, smutek nebo hněv. Mají sklon ke všemu přistupovat racionálně. Typickým znakem v uvažování u dívek trpících MA je černobílé myšlení. Silná je potřeba vyvarovat se neúspěchu. Typická bývá také absence smyslu pro humor (Vágnerová, 2014, s. 431-432).

IntelIGENCE dívek trpících MA se pohybuje v normě, ačkoliv mívají ve škole často velmi dobré výsledky, což ovšem není zapříčiněno nějakými nadprůměrnými schopnostmi, ale spíše jejich pílí a vytrvalostí. Jsou závislé na pozitivním hodnocení, výraznými povahovými vlastnostmi je pro ně zodpovědnost, svědomitost a perfekcionismus. V mnoha případech by se dalo mluvit až o obsedantních rysech osobnosti (Vágnerová, 2014, s. 431-432).

Specifické je především vnímání vlastního těla. Člověk tělo nevnímá pouze vizuálně, ale podílí se na tom i další vjemy, které mohou být u dívek trpících MA narušeny. Může se objevovat pocit jako by jejich tělo bylo cizí. Časté bývají obsedantní myšlenky, které se týkají snižování váhy a s tím se pojící obsedantní dodržování rituálů, diet a cvičení. Dlouhodobé hladovění může vést k narušení kognitivních funkcí (Vágnerová, 2014, s. 431-432).

Tyto dívky bývají bezproblémové, a přestože bývají úspěšné, trpí pocitem méněcennosti. Bývají spíše introvertnější povahy. V dětství měly problém navazovat a udržovat přátelství. Z jakékoliv kritiky mají obavu a vnímají jí jako útok na vlastní osobu (Vágnerová, 2014, s. 431-432).

1.1.1 Diagnostická kritéria pro stanovení mentální anorexie

Vymezení dle (MKN-10) Mezinárodní klasifikace nemocí.

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod tělesnou hmotností, která by byla adekvátní nebo Quetelův index je 17,5 nebo nižší. Pacienti v pubertě nesplňují očekávaný přírůstek váhy v období růstu.
- Snižování tělesné hmotnosti je úmyslné a pacient k tomu využívá různé prostředky od odmítání jídla, po kterém se „tloustne“, vyvolávání zvracení, vyvolávání defekace, využívání anorektik, diuretik až po přehnané cvičení.
- Stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Pacienta tato myšlenka ovládá a vede pacienta k úmyslnému snižování váhy.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, což se u žen projevuje jako amenorea neboli ztráta menstruace. U mužů se to projevuje jako ztráta sexuálního zájmu a neplodnost. Také se mohou objevit zvýšené hladiny

růstového hormonu, vyšší hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

- V případě, že onemocnění propukne před pubertou, jsou její projevy opožděny nebo dokonce zcela zastaveny. Když se jedinec uzdraví, tak obvykle dochází k normálnímu ukončení puberty, však u dívek je opožděná první menstruace (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997, s. 16-17).

1.1.2 Malnutrice

Kohout (2010, s. 179) o malnutrici mluví jako o stavu zhoršené výživy. V širším smyslu slova se může jednat o nedostatek i přebytek základních živin, minerálů, mikronutrientů. V užším smyslu slova se jedná o nerovnováhu mezi příjmem a spotřebou základních živin (sacharidy, bílkoviny, tuky). Tento stav vede k energetické nebo proteinové malnutrici nebo také ke kombinaci těchto dvou stavů, což se nazývá proteinoenergetická malnutrice. *„Příčinou malnutrice může být neadekvátní příjem potravy, porucha trávení (digesce), porucha vstřebávání (absorpce neboli resorpce), poruchy metabolismu nebo zvýšené ztráty či potřeba organismu“* (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 10). U mentální anorexie dochází k malnutrici z důvodu neadekvátního příjmu potravy.

Diagnostika malnutrice

Pacienti trpící poruchami příjmu potravy přicházejí k nutričnímu poradci nejčastěji z důvodu výrazného zhubnutí, bývá to většinou na popud okolí (rodičů, partnera) (Kohout, 2010, s. 179). Upozorňujícím faktorem by pro lékaře mělo být zhubnutí, které není provázeno bolestí, průjmem a dalšími obtížemi. Často se ukazuje velký rozpor mezi hubeností pacienta a předloženým jídelníčkem, který bývá často smyšlený. Pacient se brání jakékoliv změně v jídelníčku, je těžké se s ním domluvit a tato změna většinou není možná bez intervence s psychiatrem. Musíme si uvědomit, že disproporce mezi příjmem a výdejem může být zapříčiněn velkou fyzickou aktivitou. Pacienti také mohou snížený příjem potravy maskovat nějakou potravinovou intolerancí nebo mohou tíhnout k vyhraněnému jídelnímu stylu jako je např. veganství, fruitariánství apod. (Kohout, 2010, s. 181).

Při diagnostice je důležité provést vyšetření příjmu stravy. Pacienti by měli doložit svůj jídelníček, u těchto pacientů je důležité na jídelníček koukat objektivně.

Při **objektivním** vyšetření jde často o pacienty, kteří vypadají, že jsou nižšího věku, než ve skutečnosti jsou, jejich hmotnost je nízká, trpí kachexií, kůže je křehká, jejich vrstva

podkožního tuku je minimální, na kůži se objevuje lanugo, svalové vybavení je malé, v dalších fázích se mohou objevovat otoky dolních končetin. Srdeční akce je rychlejší, pacient má nižší až nízký krevní tlak (Kohout, 2010, s. 182).

V **laboratorním vyšetření** se objevuje hypokalemie, hypomagnezemie, nízká hladina cholesterolu a nízká hladina glykemie, což je patrné především při námaze, také se objevují zvýšené jaterní testy. Hemoglobin má hodnotu v normě nebo nižší. Odpad kreatinu a urey je stejně jako odpad minerálu v moči nízký, diuréza je naopak vysoká. Při interpretaci výsledků acidobazické rovnováhy se u pacientů trpících mentální anorexií se objevuje acidóza naopak u pacientů, kteří trpí mentální bulimií, se objevuje hypochloremická alkalóza (Kohout, 2010, s. 182).

Při **vyšetření složení těla** je minimální obsah tukové hmoty, u žen je to méně než 25 % tuku a u mužů méně než 20 % tuku. Obsah tuku bývá velmi nízký u žen často i pod 10 %. Naopak podíl libové tělesné hmoty je vyšší. Existuje více metod, jak toto zjistit např. CT scan apod. (Kohout, 2010, s. 182).

Při **vyšetření energetického výdeje** pomocí nepřímé kalorimetrie lze určit hodnoty nižší, než by odpovídalo hmotnosti a výšce pacienta, organismus se umí přizpůsobit dlouhodobě nízkému kalorickému příjmu (Kohout, 2010, s. 182).

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie stejně jako mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy. Obě dvě poruchy jsou si velmi podobné, ačkoliv to tak na první pohled nemusí vypadat, protože lidé trpící mentální anorexií jsou extrémně vyhublí. Společným znakem je extrémní zájem o vlastní tělo a strach z tloustnutí. Pozornost je neustále věnována tomu, jak vypadají a jak zhubnout nebo minimálně nepřibrat. Anorektičkám se to obvykle daří, bulimičky po nějakém čase začnou jíst víc než by chtěly. Dostávají se pocity provinilosti a myšlenky, jak to „odčinit“ a buď se uchýlí k další dietě, nebo zvolí nějakou drastičtější metodu, jako jsou projímadla nebo zvracení. Snadno se vytvoří návyk. Více než polovina bulimiček uvádí, že v minulosti měla období anorexie (Krch, 2003, s. 18).

Charakteristickým rysem pro mentální bulimii jsou opakující se záchvaty přejídání s extrémní kontrolou tělesné hmotnosti, k čemuž patří i epizody hladovění. Podstatnější, než množství sněženého jídla, je pocit, který se dostaví po jeho sněžení. Ze záznamů nemocných vyplývá, že snědli jen o něco víc jídla, než chtěli, nebo byli zvyklí, a přesto je tento prožitek ze

ztráty kontroly dramatický. Výrazným znakem je tedy prožitek ztráty kontroly na jídlem (Maradová, 2007, s. 8).

Obvyklý výskyt mentální bulimie je ve vyšším věku než u mentální anorexie, a to mezi 18. a 30. rokem života. Prognóza je o něco optimističtější než u anorexie. Zhruba 30 % nemocných se vyléčí, u 40 % se objevují občasné potíže a zbývajících 30 % se stane chronickými. S bulimií jsou spojené i další způsoby ztráty kontroly jako je závislost na alkoholu, lécích nebo drogách (Vágnerová, 2014, s. 435).

1.2.1 Diagnostická kritéria pro stanovení mentální bulimie

Vymezení dle (MKN-10) Mezinárodní klasifikace nemocí.

- Opakující se záchvaty přejídání, kdy je konzumované velké množství jídla v krátkém časovém úseku (toto chování se projevuje nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců).
- Myšlenky se stále uchylují směrem k jídlu, bažení po jídlu.
- Snaha o kompenzaci účinků jídla různými způsoby. Vyvoláváním zvracení, zneužíváním projímadel, užívání anorektik, diuretik a tyreoidálních preparátů, držení hladovek. U pacientů s diabetem se může objevit vynechávání inzulínu.
- Stejně jako u pacientů s mentální anorexií se objevuje pocit tloušťky a neodbytná potřeba hubnout. Pacient usiluje o hmotnost nižší, než je pro něj zdravé. Není výjimkou, že se v anamnéze objeví epizoda anorexie nebo zásadnějšího omezování v jídlu (Krch, 2005, s. 19).

2 Faktory ovlivňující vznik PPP

Onemocnění PPP sebou přináší mnoho otázek. Proč já? Proč mé dítě? Odpověď na tyto otázky není nikterak snadná. A proto není ani snadné přesně zaměřit prevenci. Na vzniku PPP se může podílet mnoho faktorů. Rizikové faktory jsou skutečnost, která nějakým způsobem zvyšuje pravděpodobnost propuknutí nemoci. Mluvíme-li o rizikovém faktoru, nemluvíme o příčině. To v praxi znamená, že každý, kdo se v životě setká s tímto rizikovým faktorem, nemusí onemocnět PPP (Pavlová, 2010, s. 36).

„Obecně lze říct, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů.“ (Maradová, 2007, s. 15).

Chceme-li najít příčinu vzniku PPP, může být nápomocné si tyto faktory rozdělit do tří skupin. První skupina jsou „predisponující faktory“. Jedná se o faktory, díky kterým je jedinec náchylnější k vzniku poruchy. Druhá skupina jsou „spouštěcí faktory“. To jsou konkrétní faktory, které vyvolají poruchu. A poslední třetí skupina jsou „udržovací faktory“. Jedná se o faktory, které jedinci brání se uzdravit (Cooper, Krchová, Krch, Vaclová, 1995, s. 51).

Mentální bulimií často onemocní dívky, které samy mají touhu zhubnout a jsou pod tlakem okolí, které jim dává najevo, že jsou tlusté. Pokud prodělají somatickou nemoc, jejímž důsledkem zhubnou, je často jejich snahou si tuto váhu zachovat. U mentální anorexie je touha po dokonalosti, ale může jít také o snahu „ovládat“ své okolí (Sládková, Vybíral, 2008, s. 21).

2.1 Biologické faktory

Z biologického hlediska je dispozice k vzniku PPP již v mozku, jehož funkce je odlišná. To se projevuje na psychické úrovni úzkostí a labilitou. Na vzniku PPP se mohou podílet i odchylky neurohumorálních a neurotransmiterových systémů, tyto systémy ovlivňují pocity hladu a sytosti (Vágnerová, 2014, s. 427).

Jednoznačně je rizikovým faktorem již samotné pohlaví. Ženy jsou ke vzniku PPP značně náchylnější než muži. Uvádí se, že ženy trpí anorexií nebo bulimií až 10× častěji než muži (Pavlová, 2010, s. 37). Vliv na vznik PPP může mít také brzká první menstruace. Ovšem v tomto tvrzení se autoři zcela neshodují (Pavlová, 2010, s. 47).

Dispozice k PPP může být z části i vrozená. Pro tuto skutečnost existují dva důkazy. Za prvé, že v některých rodinách se PPP vyskytují opakovaně. A za druhé v případě, že PPP

onemocní jedno z jednovaječných dvojčat, tak se zvyšuje pravděpodobnost, že PPP onemocní i druhé dvojče. Což by znamenalo, že dispozici k PPP získávají děti geneticky od rodičů. Ovšem tato zjištění lze vysvětlit i tak, že jde o vliv rodinného prostředí. Členové rodiny spolu sdílí stejné prostředí, a to se může podílet na vzniku PPP a jejich opakování v rodině (Cooper a kol. 1995, s. 51).

2.2 Socio-kulturní faktory

Ovlivnit vznik PPP mohou různé životní události, až u 70 % pacientek je závažná životní událost spouštěčem onemocnění. Často jsou zmiňovány nářky na vzhled, problémy nebo odloučení v rodině, sexuální konflikty apod. (Krch, 2005, s. 64).

Pavlová (2010) poukazuje na to, že vzniku mentální anorexie předcházely dlouhodobé problémy v rodině. Také na ně byl ze strany rodičů vyvíjen velký tlak, co se týče jejich studijních nebo sportovních výsledků a nebyl brán zřetel na jejich schopnosti. Také byl kladen apel na to, aby byly dostatečně „ženské“ (Pavlová, 2010, s. 41). V rodinách, kde se objevují poruchy příjmu potravy, nejsou vždy adekvátně uspokojovány emocionální potřeby, tyto potřeby jsou dávány do pozadí. Celkově se objevuje problém s komunikací, rodiče jsou nepřítomní nebo je nějakým jiným způsobem narušen jejich vztah k dítěti. Konkrétně u pacientek trpících mentální anorexií se v rodinné anamnéze ve velké míře objevují deprese, alkoholismus a sociální izolace (Novák, 2010, s. 24).

Dle studií je sociální fungování u pacientek trpících mentální anorexií nebo mentální bulimií často problémové. To se projevuje sociální úzkostí, jejich vztahy jsou ochuzenější a mají tendence se od okolí izolovat. Zřejmě je jistá souvislost mezi strachem z vlastní prezentace ve společnosti, chybějící sociální jistotou a poruchami příjmu potravy. U osob trpících poruchami příjmu potravy může vzniknout problém při vytváření sociálního self. Tyto osoby věnují mnoho pozornosti tomu, jak je okolí vnímá, jak vnímá jejich fyzickou stránku, jak reaguje na jejich vzhled i chování a jestli je to oceňované. To může vést k tomu, že v krajním případě vznikne tzv. falešné self (Novák, 2010, s. 21).

Faktorem, který ovlivňuje vznik PPP, může být i současné vnímání socio-kulturní normy. Předpokladem úspěchu je štíhlá postava, kdežto nadváha je vnímána jako důkaz neschopnosti. Jídlo již nemá svou funkci, ale stalo se ohrožujícím. Váha a proporce těla se staly něčím, co lze měnit podle své potřeby (Vágnerová, 2014, s. 429).

2.3 Psychologické faktory

Existují určité vlastnosti, které činí jedince náchylnějším k vzniku PPP. Časté je nízké sebehodnocení a přetrvávající pocit vlastní neschopnosti. Tyto obtíže mohou pramenit z raného traumatu. Větší pravděpodobnost vzniku PPP je u lidí, kteří mají tendence být perfekcionisti a kladou na sebe vysoké nároky. Dle některých odborníků je právě kombinace pocitu vlastní neschopnosti a perfekcionismu určujícím faktorem pro vznik PPP (Cooper a kol. 1995, s. 53-54). Anorektická dívka obvykle chce dosáhnout úspěchu, splňuje dané normy, jak ve společnosti, tak v rodině, má ovšem negativní sebeobraz. Také má strach z nových podmínek, které přináší dospělost. Nerady riskují a velké míře kontrolují své emoce (Krch, 2005, s. 71-72).

U žen, které trpí nějakou z poruch příjmu potravy, se objevují rysy poruchy osobnosti, nebo je dokonce nějaká porucha osobnosti již rozvinutá. U poruch příjmu potravy se jedná nejčastěji o hraniční poruchu osobnosti (Torrez Pérez, Río Sánchez, Borda Mas, 2008, [online]).

3 Sebepoškozování a suicidální chování

Tuto kapitolu jsem se rozhodla zařadit především z důvodu, že sebepoškozování a sebevraždné chování je častým fenoménem, který se objevuje společně s poruchami příjmu potravy, nebo jak je zmíněno v literatuře samotné, poruchy příjmu potravy mohou být formou sebepoškozování.

Pojem sebevražda označuje takové chování, kdy se jedinec snaží docílit řešení problému tím, že si sáhne na život. WHO roku 1968 přijala tuto definici „*Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním výsledkem*“ (Monestier, Čadský, 2003, s. 14).

Sebevraždou řeší jedinec zátěžovou situaci, kdy jedinec ztrácí smysl života a kterou není schopen řešit jiným způsobem. Rozlišují se dva druhy sebevražd. První je biická, kdy motiv k tomuto činu vychází z reality. Druhá je sebevražda patická, jejíž motiv vychází z psychopatologie. Důvodem může být deprese, schizofrenie, závislosti, porucha osobnosti nebo posttraumatická stresová porucha (Fischer, Škoda, 2009, s. 62).

Baštecká popisuje proces sebevraždného jednání, kterému předcházejí sebevraždné myšlenky, které postupně dosahují konkrétní podoby; jakým způsobem, kdy a kde bude sebevražda spáchána. Také dělí sebevraždné jednání do dvou skupin: sebevraždy dokonané a nedokonané nebo také sebevraždný pokus (Baštecká, 2003, s. 172).

Kocourková popisuje sebepoškozování jako chování, při kterém je cílem narušit tělesnou integritu nikoliv zemřít. Toto chování je často vědomé a opakující se. Sebepoškozování a sebevraždné chování se od sebe liší, ale v praxi to není vždy snadné od sebe rozeznat. Častým způsobem sebepoškozování je řezání nebo rytí různých znaků do kůže na zápěstí, předloktí nebo hřbetu ruky, využívá se k tomu především žiletka nebo sklo. Dalším možným způsobem sebepoškozování je pálení se, například cigaretou nebo zapalovačem. Do tohoto chování lze zahrnout i opakované předávkování léky, jestliže je patrné, že není cílem zemřít. Motivy vedoucí k tomuto chování mohou být různé, ale mezi nejčastěji zmiňované patří potřeba ventilace vzteku k sobě samému nebo potřeba úlevy od napětí. Toto chování je znakem narušené osobnosti, obvykle hraničního charakteru. Někteří autoři nevnímají sebepoškozování jako konkrétní znak poruchy osobnosti, spíše jako druh závislostního chování (Koutek, Kocourková, 2007, s. 73-74).

3.1 Sebepoškozování a suicidální chování v kontextu PPP

Suicidální chování a sebepoškozování není u pacientů trpících PPP nijak výjimečným chováním. Současné studie uvádějí vyšší počet sebevražd u mentální anorexie. Pokusy o sebevraždu jsou v případě anorexie mezi 3–20 %, zatímco u bulimie to je 25–35 %. U anorexie jsou tyto pokusy závažnějšího rázu než u bulimie (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Sebepoškozování, ať ve formě pořezávání se nebo předávkování léky, bývá diagnostikováno jako suicidální pokus, ačkoliv primárním cílem tohoto činu nemusí být touha zemřít, ale přetransformovat psychickou bolest na bolest fyzickou (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Vlastní tělo je vnímáno odmítavě a obrací se vůči němu agrese, a to ať již ve formě poruchy příjmu potravy jako takové, tak ve formě jiného sebepoškozování či sebevražedného chování. Dochází ke stavu, který se nazývá psycho-somatická disociace, což je stav, kdy je tělo a duše prožívané každé zvlášť (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Sebepoškozování se u pacientů, kteří mají diagnostikované PPP, objevuje v hojné míře, a to až u 30–40 % pacientů. Toto chování je cílené a vědomé bez sebevražedného cíle nebo vážného smrtelného dosahu. Toto chování je označováno jako „syndrom záměrného sebepoškozování“ to může člověk činit řezáním se žiletkou, pálením cigaretou nebo škrábáním se ostrým předmětem, tak se projevují formy, které nejsou tak viditelné, ale jsou spojené patologií u PPP, jako extrémní tělesná aktivita, ledové sprchy nebo polykání předmětů. U PPP jsou popisovány dva druhy sebepoškozování, kompulzivní a impulzivní. Řezání a pálení se je nejčastějším způsobem impulzivního sebepoškozování. Toto chování je spojeno se sebevražedným chováním a s depresí, v anamnéze se objevují traumata jako je fyzické či sexuální zneužívání. Tento druh sebepoškozování je častější u mentální bulimie (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Kompulzivní sebepoškozování je naopak častější u mentální anorexie. Ke kompulzivnímu sebepoškozování patří projevy podobného charakteru jako je například kousání nehtů, často je problém vnímat vlastní pocity a emoce (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Na suicidální riziko nebývá kladen takový zřetel, pokud je jejich primární diagnózou PPP. Při diagnostice je důležité brát na zřetel faktory, které potencionální riziko suicidálního chování zvyšují, jako jsou přidružené diagnózy poruch osobnosti především hraniční porucha osobnosti a zneužívání návykových látek. Je třeba pracovat s tím, jestli se již někdy v minulosti objevily sebevražedné myšlenky, pokusy nebo sebepoškozování. Pozornost by měla být zaměřena i na

méně nápadné formy autoagresivního chování, které se u PPP vyskytují (Kocourková, Koutek, 2014, [online]).

Koutek zmiňuje, že i samotný fakt, že ačkoliv jsou anorektické dívky svou vyhublostí přímo ohroženy na životě, tak přesto nechtějí udělat žádnou změnu ve svých jídelních návycích, může být jistým způsobem formou sebevražedného chování. Pro pacientky je jejich „štíhlost“ smyslem života. Pocit selhání přichází i po malém váhovém přírůstku, poté se mohou objevovat i sebevražedné myšlenky (Koutek, Kocourková, 2007, s. 66).

4 PPP a sociální práce

Matoušek sociální práci definuje nejen jako společenskovední disciplínu, ale i jako oblast praktické činnosti. Cílem je odhalovat a reagovat na sociální problémy ve společnosti (např. chudoba nebo diskriminace určitých skupin). Sociální práce vychází z toho, že každý jedinec má svůj individuální lidský potenciál a zároveň pracuje se společenskou solidaritou. Sociální práce pracuje jak s jednotlivci individuálně, tak i s rodinami, skupinami a komunitami. Cílem je, aby klienti získali nebo obnovili svou způsobilost k sociálnímu uplatnění. V případě, že se pracuje s klienty, kde tohoto cíle nelze dosáhnout, tak podporuje co nejdůstojnější způsob života (Matoušek, 2008, s. 11).

Musil říká, že cílem sociální práce stejně jako ostatních pomáhajících oborů je pomoci lidem, kteří se ocitnou ve složité životní situaci. *„Na rozdíl od dalších pomáhajících oborů se sociální práce zabývá především interakcí mezi člověkem a jeho sociálním prostředím. Její pomoc je zaměřená na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují svoje potřeby, a jejich schopností toto očekávání zvládat“* (Musil, 2004, s. 15).

4.1 Terapeutické přístupy při léčbě PPP

Vzhledem k tomu, že PPP jsou komplexním problémem a zasahují psychickou i fyzickou stránku člověka, musí se při léčbě pracovat s oběma těmito rovinami. To se děje ve třech léčebných postupech, které se vzájemně prolínají:

- Léčba, při které se řeší zdravotní stav po fyzické stránce. To znamená tam, kde jsou problémy způsobené dlouhodobou podvýživou, opakovaným zvracením nebo zneužíváním projímadel apod.
- Psychoterapie, při které se společně s nemocným hledá příčina onemocnění a další okolnosti.
- Psychoterapie, která je zaměřena na změnu stravování a životního stylu nemocného (Maradová, 2007, s. 19).

Mezi psychoterapeutické metody, které se využívají při léčbě PPP, patří individuální a skupinová psychoterapie, rodinná terapie, léčba prostředím s režimovými a rekreačními prvky. Farmakoterapie, která bývá využívána především u pacientů, u kterých se objevují znaky deprese, není považována za způsob léčby příčiny, ale pouze důsledku. Proces psychoterapie je založen na vzájemné důvěře mezi terapeutem a pacientkou. U pacientek s diagnózou PPP není

snadné tohoto vztahu docílit. Mají tendence být ve vztazích manipulativní, což je jedna z charakteristik nemoci. Ze začátku může být spolupráce pouze na oko, kdy pacientky působí ochotně a že chtějí plnit požadavky na zvýšení váhy, ale v realitě tajně cvičí, zvrací nebo manipulují s jídlem. Nejvíce se využívá užívanými psychoterapeutickými přístupy behaviorální a kognitivní terapie, psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie, rodinná terapie a skupinová terapie (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997, s. 99-101).

4.1.1 Rodinná terapie

Rodinná terapie se využívá zvláště u dětí a mladších adolescentů. U pacientek trpících mentální anorexií v dospívání je obvykle úspěšnou formou terapie. Větší péči a hospitalizaci vyžaduje 10–20 % pacientek, které neodpovídají kladně na běžnou rodinnou terapii. Hospitalizace u velmi mladých pacientů má svá úskalí jako je vytržení z rodiny a sociálního prostředí (Papežová, Tomanová, Pelková, 2010, s. 351).

Rodinní terapeuti jsou přesvědčení, že PPP mohou ukazovat jisté nefunkční role v rodině. To se může projevat různými způsoby. „*Porucha příjmu potravy může členy rodiny odklonit od potencionálně ohrožujících vývojových očekávání, která se objevují ve fázi přechodu k pubertě, může také sloužit jako maladaptivní řešení adolescentního boje o dosažení autonomie v rodině, kde je jakýkoliv pohyb směrem k nezávislosti vnímán jako ohrožení rodinné jednoty.*“ Může vést k tomu, že se rodiče a dítě vyhýbají zdroji konfliktů (Krch, 2005, s. 127).

Chvála s Trapkovou popisují dva termíny: sociální porod a sociální dělohu. Jedná se o dvě metafory, které se samy přirozeně vynořily v průběhu jejich společné praxe. Je díky ní možný autentický kontakt s lidmi a zároveň nerozporuje již zavedeným psychologickým pojmům. Chvála s Trapkovou pracují pomocí narativní terapie, sledují spolu s pacienty jejich verzi příběhu o nemoci nebo problému. Při své teorii vychází i z Erika H. Eriksona, který popsal osm vývojových fází člověka neboli osm věků člověka. Došli k závěru, že biologický proces v děloze a sociální proces v primární rodině jsou si velmi podobné (Trapková, Chvála, 2009, s. 86-87).

4.1.2 Kognitivně–behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je metodou uznávanou při léčbě mentální bulimie a teoreticky se z ní vychází i při léčbě mentální anorexie. Individuální KBT se nejčastěji využívá u pacientek, které středně těžké až těžké příznaky a s ohledem na jejich věk není vhodná rodinná

terapie. Mentální anorexii i mentální bulimii spojuje strach z nárůstu tělesné hmotnosti. Pacienty trpící mentální bulimii lze ujistit, že v průběhu léčby pravděpodobně moc nepřiberou. To nelze u pacientů s mentální anorexií, protože tam je terapeutickým cílem zvýšit tělesnou hmotnost, a to i přes pacientčinu nezlomnou touhu udržet si nízkou váhu. U mentální anorexie je třeba vytvořit vztah, který umožní pacientce možnost vzdát se mnohých ego-syntonních symptomů (Garmer, 2005, s. 128).

Studie, které sledovaly účinnost KBT a farmakoterapie, došly k závěru, že z dlouhodobého hlediska je léčba KBT účinnější než léčba pouze antidepresivy. Zároveň kombinace KBT a antidepresiv má lepší výsledek než léčba pouze KBT (Krch, 2007, s. 807).

Je zdůrazňováno hlavních pět kroků KBT při léčbě PPP. 1. Vedení jídelních záznamů a také záznamů o pocitech a myšlenkách, které jsou spjaté s jídlem, přejídáním se, hladověním nebo nadměrným pohybem. 2. Pravidelné zaznamenávání váhy. 3. změna v jídelním chování (snaha o překonání redukční diety, plánování a rozšíření jídelníčku s cílem se běžně stravovat). 4. překonat kognitivní restriktce a omezit naučené chyby (černo-bílé myšlení). 5. předcházení relapsu PPP (Krch, 2010, s. 345).

4.1.3 Skupinová terapie

Skupinová terapie je volena při léčbě PPP u dospívajících. Cílem této terapie je rozvoj sebeúcty. U dětí se tato skupina obvykle nevyužívá. Tato skupina bývá využívána i pro rodiče, kde spolu mohou sdílet zkušenosti selhání a beznaděje a zároveň opět získat jistotu rodičovské role. Obě skupiny vede terapeut, protože jinak by se mohlo stát, že kontrolu přebere „hlas anorexie“. Také se díky tomu tvoří vztah mezi rodiči a terapeuty (Krch, 2005, s. 120).

Tato terapie by měla pacientkám umožnit v bezpečném prostředí vyjadřovat své pocity a sledovat reakce druhých lidí, jak mezi sebou navzájem, tak směrem k terapeutovi nebo jiným autoritám. Vhodné je využívat i neverbální techniky jako arteterapie nebo muzikoterapie (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997, s. 115).

Kocourková (1997) stejně jako Krch mluví o skupinové terapii pro rodiče a dělí jí na dvě skupiny: diskuzní skupina a vlastní psychoterapeutická skupina. U diskuzní skupiny je dobré, aby byli přítomni oba dva rodiče. Řeší se tam vztah k dítěti o otázky rodičovství. U vlastní psychoterapeutické skupiny jsou rodiče z počátku zaskočení tím, co se děje, sami jsou tím traumatizováni. O své dítě mají strach a zároveň se zlobí. Cítí, že selhávají jako rodiče a mají strach z hodnocení jejich rodičů, zejména pak matka z hodnocení své matky. Ve skupinové psychoterapii přicházejí na to, že jejich pocity jsou prakticky stejné jako pocity ostatních rodičů.

Ve chvíli, kdy tyto pocity trochu poleví, je možné začít pracovat s tím, jaké jsou vztahy v rodině, aniž by se na kohokoliv svalovala vina. (Kocourková, Lebl, Koutek, 1997, s. 115-116).

4.2 Centrum Anabell

V oblasti sociální práce existuje Centrum Anabel. Jedná se o organizaci, jejímž cílem je nabízet pomoc a podporu osobám trpícím PPP a také jejich blízkým. Centrum bylo založeno v roce 2002 a v současné době ho můžeme najít ve třech městech, a to v Praze, Brně a Ostravě. Anabell nabízí poměrně širokou škálu služeb pro své klienty. Sociální a terapeutické poradenství, které poskytují ambulantně, po domluvě i terénně. Nabízí možnost nutričního poradenství. Také lze využít terapii po e-mailu nebo krizovou telefonickou pomoc. V Anabell pracují odborníci interní i externí. Někteří z nich si sami prošli PPP. Jejich webové stránky jsou přehledné a případný zájemce tak snadno najde, co potřebuje. Na jejich stránkách také může najít publikace k tématu PPP a jak s tím pracovat. (Centrum Anabell [online])

5 Výzkumná část

Hlavní výzkumný cíl: Popsat proces uzdravení z PPP v kontextu změn sociální sítě s důrazem na sociální hledisko.

Hlavní výzkumná otázka: Do jaké míry jsou důležité sociální vztahy v procesu uzdravení z PPP?

5.1 Metodologie

V teoretické části této práce jsem představila, co poruchy příjmu potravy jsou, také blíže přiblížila, jaké faktory ovlivňují jejich vznik, a popsala jsem chování, které je velmi často s poruchami příjmu potravy spjato (sebepoškozování a sebevražedné chování). Také jsem se na problematiku zaměřila optikou sociální práce, kde jsem shrnula terapeutické přístupy a představila Centrum Anabell.

V části výzkumné popíši využitou metodu, tedy kvalitativní výzkum. Také popíši metodu kvalitativního výzkumu. Přiblížím výběr výzkumného souboru, průběh sběru dat a postup zpracování těchto dat. Na závěr zařadím možné podněty pro sociální práci.

5.1.1 Popis použitých metod

Pro účely této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. První věc, která se dělá při kvalitativním výzkumu, je stanovování tématu a definice základní výzkumné otázky. Vzhledem k tomu, že v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat, lze s otázkami různě pracovat, je tento způsob výzkumu označován také jako pružný typ výzkumu. To vše se děje díky novým průběžně získávaným informacím. Výzkumník si zvolí objekt pozorování dle svých úvah, může se jednat o místo pozorování nebo jedince, výzkumník pracuje přímo v terénu. Sběr dat a jejich analýza probíhají naráz. Kvalitativní výzkum se odehrává v cyklech, během kterých dochází k tomu, že výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává. Ve zprávě o kvalitativním výzkumu musí být konkrétní popis toho, co bylo zkoumáno, rozsáhlé citace poznámek, které si výzkumník během procesu zaznamenával a také citace rozhovorů. Není nikterak výjimečné, že výzkumník své závěry konzultuje s jedinci, kteří byli do výzkumu zapojeni, a jejich názor bere na zřetel nebo jej zakomponuje do závěrečné zprávy. Tento způsob výzkumu lze z časového hlediska označit spíše za náročnější (Hendl, 2016, s. 46).

Ke kvalitativnímu výzkumu je možné využít techniky jako je případová studie, osobní zkušenost, životní příběh, rozhovor nebo vizuální texty. Tyto techniky lze využít každou jednotlivě, ale mohou se i propojovat. Díky těmto technikám má výzkumník možnost popsat problematické momenty v životech jednotlivců (Newman, Benz, 1998, s. 16).

5.1.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se původně zúčastnilo 14 účastníků výzkumu, ale do výzkumu bylo nakonec zahrnuto pouze 6 rozhovorů. Důvodem tohoto diametrálního rozdílu je fakt, že mě některé z účastnic výzkumu po uplynutí nějaké doby od rozhovorů znova kontaktovaly a z různých důvodů si nepřály, abych jejich výpovědi v této práci použila. Zpravidla se jednalo o jejich osobní důvody. Toto jejich rozhodnutí jsem plně respektovala. Výzkumný soubor jsem vybírala účelově. Jednalo se o dívky, u kterých se z profilu na sociálních sítích dalo usoudit, že si v minulosti prošly poruchami příjmu potravy nebo na sociálních sítích přímo vystupovaly jako osoby, které si prošly poruchami příjmu potravy a v současné chvíli jsou již zdravé. Tyto dívky v minulosti trpěly mentální anorexií nebo mentální bulimií.

5.1.3 Průběh výzkumu

Účastnice pro svůj výzkum jsem hledala na sociálních sítích. Tento způsob hledání účastnic výzkumu jsem zvolila z důvodu, že jsem si všimla, že lidé se stejným problémem nebo stejným onemocněním mají tendence se na sociálních sítích propojovat a nějakým způsobem se vzájemně podporovat. Našla jsem je podle různých hashtagů, což je forma klíčových slov užívaná na sociálních sítích. Vyhledané profily jsem si prošla, sledovala jsem, co sdílí a jak se na sociálních sítích prezentují. Podle toho jsem si vytipovala profily, o kterých jsem si myslela, že by mohly být vhodné pro můj výzkum.

Poté jsem je oslovila přes zprávu a vysvětlila jsem jim, kdo jsem a co je cílem mé bakalářské práce. Takto jsem oslovila kolem třiceti slečen, u kterých jsem na základě jejich profilů usoudila, že si prošly poruchou příjmu potravy, ale teď již mají toto onemocnění za sebou a jsou již zdravé. To jsem si pak ještě před začátkem rozhovoru potvrdila. Většina oslovených se mi ozvala zpět a byly ochotné nějakým způsobem spolupracovat. Bohužel se velmi rychle ukázalo, že mnoho z nich chce zůstat v jisté anonymitě, protože se jedná o velmi citlivé téma a byly by ochotné semnou spolupracovat třeba pouze písemně, což jsem pro svůj výzkum nechtěla využít. Druhým problémem bylo to, že k již domluvenému rozhovoru nakonec

vůbec nedošlo, jako důvod byly udávány důvody osobní. Ne všechny respondentky se ale omluvily, některé zkrátka přestaly komunikovat. V takovém případě jsem napsala vždy ještě jednu zprávu a dále jsem je již nekontaktovala. Jak jsem již popisovala v kapitole popis výzkumného souboru, nakonec bylo uskutečněno 14 rozhovorů, z nichž je v této práci použito pouze 6 z důvodu, že si to účastnice výzkumu rozmyslely z jejich osobních důvodů. Toto jejich rozhodnutí jsem plně respektovala.

Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly v období, kdy v České republice byl nařízen nouzový stav a mimořádná opatření z důvodu pandemie SARS CoV-2, tak všechny rozhovory probíhaly buď přes videohovor nebo přes klasický telefonický hovor. Klasický telefonní hovor byl využíván především v situacích, kdy si dívky chtěly zachovat nějakou anonymitu. Na začátku jsem je vždycky znovu seznámila s cílem výzkumu a ujistila jsem se, že všemu rozumí, popřípadě jsem dovysvětlila, co bylo potřeba. Rozhovory jsem si v průběhu nahrávala na hlasový záznamník, o čemž byly respondentky předem informovány a souhlasily s tím. Následně jsem rozhovory doslovně přepisovala v textovém procesoru Microsoft Word.

5.1.4 Způsob zpracování dat

Osobně jsem jako metodu kvalitativního výzkumu zvolila rozhovor, konkrétně pak narativní rozhovor. Hendl (2016) narativní rozhovor popisuje jako metodu, kdy není jedinec tazatelem konfrontován otázkami, ale je spíše motivován k volnému vyprávění příběhu. Neplatí zde schéma otázka-odpověď. Využití tohoto způsobu rozhovoru je především v biografickém výzkumu. Hlavním předpokladem narativního rozhovoru je, že při vyprávění příběhu se projeví skutečnosti, které by se při strukturovaném dotazování neobjevily. Rosenthálová (1995 dle Hendla) tvrdí, že je důležité vyprávění o celém životě a není to závislé na výzkumné otázce. Při tvorbě narativního rozhovoru určujeme téma rozhovoru a je důležité si volit jedince takové, u kterých víme, že budou schopni vyprávět. Průběh rozhovoru je rozdělen do čtyř částí. V první části se jedinec stimuluje, v této části se dotazovanému představí téma rozhovoru a jeho důvod. Snaha o vytvoření důvěrného vztahu. Druhá část je samotné vyprávění, v této části dotazovaný začne vykládat příběh. Dotazovaný dá obvykle na konci svého vyprávění nějak najevo, že skončil. Ve třetí části klade tazatel dotazovanému otázky, díky kterým se podaří vyjasnit nejasnosti. Ve čtvrté a poslední části tazatel pracuje se schopností vypravěče vysvětlovat a abstraktně přemýšlet. Jsou kladeny otázky proč (Hendl, 2016, s. 180-181)?

Předmětem zájmu je zde samotný příběh, na který se díváme z místa první osoby, tedy osoby, která příběh vypráví. Musíme se oprostít například od vlastní zkušenosti. Cílem je zjistit,

jestli respondenti díky svým zkušenostem rozumí událostem v jejich životě (Riessman, 1993, s. 1-2).

Vzhledem k tomu, že rozhovory byly původně nahrávané na hlasový záznamník, musela jsem z netextové formy převést rozhovory do formy textové. Tento krok se nazývá transkripce (Miovský, 2006, s. 205). Poté jsem si všechny rozhovory vytiskla a začala jsem je kódovat, ke kódování jsem nevyžívala žádný speciální program, ale kódy jsem vytvářela za pomoci zvýrazňovačů.

K analýze dat jsem zvolila metodu otevřeného kódování. Díky otevřenému kódování výzkumník rozpozná ve všech posbíraných datech určitá témata. Tato témata se vztahují k výzkumným otázkám a k prostudované literatuře. Z těchto témat se poté tvoří kategorie, které se různě pojmenovávají (Hendl, 2016, s. 251).

6 Prezentace a interpretace výsledků

V této kapitole budou prezentovány výsledky, ke kterým jsem dospěla během výzkumu. Cílem výzkumu bylo: Popsat proces uzdravení z PPP v kontextu změn sociální sítě s důrazem na sociální hledisko. Do textu budou vkládány přímé citace z rozhovorů, jako důkaz zmíněných tvrzení. Z důvodu zachování anonymity účastnic výzkumu, jsem se rozhodla je označit R1, R2, R3, R4, R5, R6. V průběhu výzkumu se začala postupně vynořovat témata, která se opakovala u více účastnic výzkumu. Tato témata jsem rozdělila do několika kategorií, rozhodla jsem se prezentovat ta nejzajímavější.

6.1 Rodina a dětství

Na začátku všech rozhovorů se dostává na povrch jako první téma rodina a dětství, což je naprosto přirozené, protože všichni z nějaké rodiny vycházíme. Jedná se tedy o časový úsek před propuknutím nemoci. Člověk se v rodině formuje, vytváří se v ní vztah k sobě navzájem, k okolnímu světu, ale i k sobě samotnému. Rodina je také důležitým faktorem, který ovlivňuje život člověka. Rodiče a sourozenci jsou lidé, se kterými je člověk v dětství v nejtěsnější interakci. S těmito tématy se pojí i náročná témata, jako jsou traumata a jiné těžkosti, které pramení z rodiny a také téma bezpečí a jistoty zázemí.

Na začátku rozhovorů, 4 z 6 účastnic výzkumu svou rodinu a rodiče hodnotí velmi pozitivně.

R1: *„Rodiče mám úplně zlaté, protože nebýt jich, tak jsem teď asi někde ve stanu pod mostem nebo mrtvá.“*

R2: *„Mojí hlavní osobou v životě je máma, já jsem se narodila do poměrně šťastného vztahu táty a mámy.“*

„Hlavní postavou byla vždycky máma, taková hrozně racionální a zároveň spirituální bytost. Ona je něco jako moje nejlepší kamarádka.“

R3: *„Narodila jsem se do naprosto skvělé rodiny.“*

R4: *„Já si myslím, že dětství jsem měla krásný.“*

Jedna z účastnic výzkumu zmiňuje, že nebyla vychovávána oběma rodiči, nýbrž se na výchově podílela babička a strýc. Strýc nahrazoval chybějícího otce v rodině a vztah s matkou nebyl funkční.

R5: *„Jsem z neúplné rodiny, vychovávala mě mamka a strýc s babičkou. Strýc mi nahrazoval otce, takže mi otec ani nijak nechyběl, s mamkou jsme si nerozuměly.“*

Poslední u účastnic výzkumu již na začátku zmiňuje, že její vztahy s matkou ani s otcem nebyly zcela ideální.

R6: *„Vztah s mojí mámou se fakt hodně změnil. Třeba mám fakt takový hodně traumatický zážitky různý z dětství. Takhle ten horší vztah trval do doby, než mi bylo tak 14. A můj vztah s tátou taky nebyl nic moc, taky mám hodně traumatických zážitků spojených s ním.“*

Náročná témata (traumata, těžkosti)

Tím, jak účastnice výzkumu pokračují, ve svém vyprávění se začíná vynořovat více zátěžových až traumatických situací spojených s rodinou. Což vyvrací prvotní zdání, že bylo v rodinách vše ideální. Mezi tyto situace patřil například rozvod rodičů, které zmínily dvě účastnice. Rozvod sebou přinášel například i střídavou péči, která byla pro účastnice výzkumu psychickou zátěží.

R3: *„V podstatě, když mi bylo 8, tak přišli moji rodiče s tím, že se rozvádí. Moje mamka přišla s tím, že je těhotná a že čeká ségru mladší. Ale že není mého táty, takže je nevlastní. To pro nás se ségrou byl dost takovej zásah, ale hrozně jsme se na ní těšily. Rodiče se teda rozvedli, my jsme se přestěhovaly k příteli mamky. Měly jsme střídavou péči, takže jsem byla vždycky týden u mamky a týden u táty. Což bylo fakt strašně náročný.“*

S novým přítelem to matce nevyšlo a z důvodu, že neměla kam jít, tak se nastěhovala ke své matce i s nejmladší dcerou.

R3: *„A byly tam půl roku a já jsem byla v tom období puberty, kdy jsem potřebovala mámu. A já jsem tu mámu neměla, bydlela jsem u toho táty a byla jsem strašně naštvaná, že nemůžu být s mamkou, že nemáme, kde být. A bylo to pro mě hrozně těžký období.“*

Další z účastnic uvádí situaci, kdy rodiče měli problémy s prací, a matka se začala potýkat s psychickými problémy.

R4: *„Po čase nastal takovej zlom, protože taťka přišel o práci. Mamka za celou dobu vlastně nenašla práci a taťka o ní po dvou letech přišel. Mamka začala mít psychický problémy a s taťkou si přestala rozumět, bylo to doma náročný.“*

Jednalo se o situaci, kdy jeden z rodičů zcela selhal ve své rodičovské roli. Účastnice uvádí, že se stala obětí sexuálního zneužívání ze strany otce. Sexuální zneužívání je samo o sobě velmi traumatickou zkušeností. Fakt, že to dělá člověk, který by měl být symbolem bezpečí, celou situaci ještě umocňuje. Nepochopení ze strany matky je také traumatizujícím aspektem.

R5: *„Nejhorší bylo asi období od 12–15 let. V té době mě zneužíval můj vlastní táta. Řekla jsem to mámě, ale ona to nechtěla v té době řešit a radši dělala, že to nevidí. To bylo nejtěžší, protože jsem měla pocit, že mě zradili dva lidi, kteří by to nikdy udělat neměli. Máma mi ještě říkala, že si to moc беру.“*

Téma bezpečí a jistoty zázemí

Celkově se otevírá otázka pocitu bezpečí a jistoty. Jak je vidět v citaci výše, tak byl pocit bezpečí a jistoty narušen. Více účastnic výzkumu uvádělo, že byly v situaci, kdy se necítily zcela bezpečně.

R2: *„Mě tak třeštila hlava z toho stresu a strachu.“*

Téma, u kterého jsem vnímala, že je důležité, bylo, jestli si účastnice výzkumu připadaly v dětství přijaté a milované, protože to může být ovlivňujícím faktorem pro to, jestli později v životě samy sebe dokázaly přijmout.

Pouze jedna z účastnic výzkumu uvádí, že si právě v dětství přišla jako přijatá a milovaná.

R3: *„Ano, myslím, že jsem si připadala přijatá. Jak jsem říkala, ségra si mě vymodlila.“*

Zbylé účastnice zmiňují, že si v dětství nepřipadaly milované a přijaté minimálně od jednoho z rodičů, některé dokonce zmiňují, že si připadaly jako přítěž. Objevovaly se pocity nehodnosti lásky nebo pocit, že jsou ve stínu svého sourozence. Dokonce zmiňují, že na to, že je rodiče mají rádi, přišly až v dospělosti.

R1: *„Jako dítě jsem si asi moc milovaná nepřišla, přišla jsem si spíš jako prostředník při hádkách. Až v dospělosti jsem přišla na to, že mě rodiče mají rádi.“*

R5: *„Svoji rodinou jsem si nikdy přijatá nepřipadala, spíš, jsem měla pocit, že jsem navíc. Často jsem měla dojem, že by jim bylo líp, kdybych nebyla. Několikrát mi to řekl i táta.“*

- R6: *„Když se zamyslím zpátky, jaký jsem měla dětství, tak jsem se vždycky cítila jako něco míň než moje starší sestra, protože ona byla vždycky taková jako hodně všude slyšet, hodně vidět, energická a šly jí sporty a takhle.“*
„Asi jsem si vždycky hlavně připadala, že jsem něco míň, že si nezasloužím tolik pozornosti jako ostatní.“

Jak je vidno z předchozího textu, tak téma rodiny a dětství je velmi rozporuplné, ačkoliv se na začátku zdá, že účastnice výzkumu vychází z rodin, kde nejsou žádné výraznější zásadní problémy, tak postupně se rozkrývá skutečnost, že v těchto rodinách bylo mnoho zátěžových situací, které se mohly podílet na vzniku onemocnění u účastnic. Také byly narušeny základní lidské potřeby, jako je potřeba bezpečí, přijetí a lásky.

6.2 Vztahy s okolím

Po tématu rodiny bylo také zajímavé téma, jaké byly interakce s okolím a jak se dařilo vytvářet vztahy. Časem se rozšiřuje skupina lidí, se kterými je člověk v interakci, již to není pouze rodina, ale začínají se tam přidávat další lidé, jako například kamarádi a spolužáci. Tyto vztahy mohou mít různou dynamiku. Až na jednu z účastnic **všechny shodně vypovídají**, že pro ně bylo nějakým způsobem těžké se začlenit do kolektivu, najít si nejlepší kamarádku, ačkoliv po ní toužily. Některé se dokonce v dětství setkaly se šikanou.

- R1: *„To jsem byla ráda, protože základka byla moje noční můra, protože já jsem od šesté třídy až do devítky byla fakt pod tlakem. Spolužáci mě neměli v lásce. Takže většinou nějaký naschvály, posměšky a podobně. Vlastně jsem si tam ty čtyři roky protrpěla, protože když jsem chtěla přejít, tak jsem dostala ultimátum od vyučující, že musím říct ten důvod a ona věděla, že nemám na to sílu, v jejich převaze, to tam říct před nima.“*
- R2: *„I když já jsem měla problém, že jsem si nikdy nenašla stálou nejlepší kamarádku, protože vždycky jsem se chtěla zavděčit všem. Takže se kamarádí člověk se všema a zároveň s nikým.“*
- R3: *„V osmý a devátý třídě jsem neměla vůbec dobrý vztahy s lidmi. Bylo to takový, že já jsem si nemohla najít kamarádku. Měla jsem pocit, že se se mnou nikdo nechce kamarádit. A když už jsem se s někým kamarádila, tak mě většinou jenom využíval.“*

Později se dařilo tvořit i pozitivní vztahy. A některé z nich mohly být nápomocné i v procesu léčby.

- R1: *„Prvotně mě ovlivnila ta moje učitelka ze střední a díky ní jsem se dostala pak i k psychologovi, tak to nějak zpracovala semnou všechno. Dokonce mě doprovodila k psychologovi. Za to všechno jsem jí byla strašně vděčná.“*
- R4: *„Určitě mám hodně dobrou kamarádku, jednu z nejlepších. Hrály jsme spolu fotbal, byly jsme v tom stejném týmu. Ona ve mě strašně věří, má mě ráda. A já jsem za ní strašně ráda.“*
- R6: *„Pak mě hodně ovlivnila moje učitelka jógy, tam jsem taky začala chodit na gymplu, a to byl pro mě takovej krásnej a inspirativní člověk. Díky tý józe jsem si začala ještě víc uvědomovat to svoje tělo, jako něco moudrého.“*
„Jeden z nejdůležitějších lidí v mém životě je ta moje nejlepší kamarádka, se kterou se kamarádím už dvanáct let, to je ta, která se vydávala za tu výživovou poradkyni ještě předtím, než jsme spolu začaly takhle kamarádit a ta mi taky v životě hodně pomohla, jak se mít v životě víc ráda.“

Jak je vidět v textu výše, tak vytváření vztahů s okolím nešlo vždy zcela hladce. Je tam velká potřeba se ostatním zalíbit, být přijatá a zároveň z toho pramenící pocit samoty a využití. Vnímám tam velkou nenaplněnou touhu po nějakém blízkém člověku.

Později, když se již daří nějaké vztahy tvořit, tak se jedná o vztahy, které právě ve velké míře tyto touhy naplňují. Mohou saturovat i některé potřeby, které z různých důvodů nemohly být naplněné v primární rodině jako právě potřeba lásky.

6.3 Zdravotní a psychické problémy

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná psychosomatická onemocnění. Jejich důsledky jsou tedy patrné jak na stránce fyzické, tak na stránce psychické. Zdravotní i psychické problémy zmiňovaly všechny účastnice výzkumu, ve větší nebo menší míře. Tyto dvě složky jsou mezi sebou velmi úzce propojeny a často ovlivňuje jedna druhou.

- R5: *„V té době jsem byla jako magor. Nejedla jsem nad bazál, všechno jsem vážila. V té době začaly i zdravotní problémy. Měla jsem nízký tlak, slabost, ztratila jsem menstruaci a další věci. Strašně nepříjemné bylo, když mi začaly natékat nohy, byla jsem celkově celá taková nateklá.“*

R4: *„Měla jsem různé ekzémy. Udělaly se mi fleky na ruku, na obličej, začaly mi padat vlasy. Celkově jsem se začala rozpadat. S koncentrací jsem měla problém, často mě bolela hlava. Často jsem měla pocit, že mi vůbec nefunguje hlava.“*

Jedna z účastnic zmiňuje časté kolísání nálad.

R3: *„Měla jsem hrozný výkyvy nálad, v jednu chvíli jsem se smála od ucha k uchu a najednou jsem dokázala seřvat všechny kolem mě. Opravdu psychika byla hrozná.“*

Některé z popsaných stavů byly již život ohrožujícího charakteru.

R1: *„Protože jsem byla úplně v pohodě, nic se nedělo, ale z ničeho nic jsem zkolabovala a probudila jsem se až v Bohunicích na ARU, tam mi bylo řečeno, že se mi něco takového stalo. Nevím jestli, to byl metabolický rozvrat nebo co. Ale bylo to něco šíleného, když jsem se probudila a měla jsem narvané hadičky všude, kde to šlo a nemohla jsem ani mluvit, tak jsem vyděšeně koukala.“*

V teoretické části jsem zmiňovala souvislost mezi poruchami příjmu potravy a jinými psychiatrickými diagnózami. Konkrétně tedy mezi poruchami příjmu potravy a hraniční poruchou osobnosti. Toto onemocnění se objevilo u 2 mých účastnic výzkumu.

R1: *„Ale mám pocit, že tam semnou nikdo moc nepracoval a tenkrát mě to tam hodně pohltilo, protože já jsem tam byla jako neurotický pacient, diagnostikovali mi hraniční poruchu osobnosti, což sedí a jídlo nebylo zase takový problém.“*

„Ale v rámci hraniční poruchy osobnosti jsem hodně sebedestruktivní.“

R5: *„V té době se mi k bulimii přidala diagnóza hraniční porucha osobnosti.“*

Velmi časté jsou ale i deprese, úzkosti, problémy se spánkem a další.

R2: *„Hodně s mentálním zdravím až skoro panické ataky.“*

„Hodně jsem se budila v noci a nedokázala jsem moc spát.“

Jak můžeme vidět, tak všechny účastnice výzkumu se potýkaly s nějakou formou zdravotních nebo psychických problémů, které přímo souvisí s poruchami příjmu potravy. Také se zde objevilo v literatuře zmiňované téma, a to kombinace poruchy příjmu potravy a hraniční poruchy osobnosti. S podvýživou přímo souvisí zhoršení kognitivních funkcí a problémy se spánkem.

6.4 Touha po tom se osamostatnit

Jako zásadní moment jsem v příbězích vnímala chvíli, kdy se začaly účastnice výzkumu nějakým způsobem osamostatňovat. Nejzlomeněji z toho vycházel okamžik, kdy začaly nějakým způsobem bydlet samostatně nebo ve sdíleném studentském bydlení. Z počátku byla velká touha po tom odejít od rodičů, od všech zažitých špatných návyků spojených s nemocí, ale dle výpovědí to poté bylo ještě horší než předtím.

R2: *„No a pak táta přišel s nabídkou, jestli nechci sama bydlet v bytě, který on má v bytovém domě. A já řekla jo. A bylo to hrozně zvláštní odstěhovat se od rodiny, se kterou jsem žila devatenáct let a hned jakmile jsem to udělala, tak se mi začalo stýskat po mámě a po ségře a zároveň jsem od nich hrozně chtěla pryč, protože v tom bytě jsem měla zvyky s tím přejídáním a zvracením a vychozený trasy, všechny ty špatný věci byly jako tam. Tak jsem se odstěhovala a zvracení bylo ještě horší.“*

Místo úlevy přicházely stavy, které byly horší nebo srovnatelné se stavy, které znaly z doby před přestěhováním.

R2: *„Jakmile mi táta začal posílat alimenty a já jsem měla trochu peněz navíc, i když jsem pracovala už. A já jsem všechny začala utrácet za jídlo, který jsem ve finále všechno vyzvracela. A pak jsem onemocněla, vůbec jsem nemohla chodit do školy celý měsíc a furt jsem byla jenom doma, kde se opakoval tento cyklus.“*

R4: *„Já jsem chodila třeba o půl čtvrtý ráno do fitka. To jsem byla na výšce v Praze a tam bylo fitko otevřené 24 hodin. Když jsem se cítila, jakože jsem tlustá, tak jsem šla cvičit, abych to ze sebe vycvičila. Takhle jsem se tak nějak bičovala. Pak jsem šla, vykoupila jsem obchod, kde jsem koupila sladkosti, utratila jsem strašný částky, třeba kolem pětistovky – tisícovky.“*

Možným pohonem pro toto rozhodnutí byla i touha po svobodě ve smyslu podporování patologických návyků.

R1: *„V tu dobu, to jsem ještě bývala na privátu, protože po maturitě jsem se odstěhovala od rodičů, právě skrz to, abych mohla mít větší volnost a nikdo mi nekecal do zvracení a hladovění.“*

Šlo spíše o nějakou formu přežívání než o reálný život. Tento způsob nebyl dlouhodobě udržitelný.

R1: *„Pak to bylo semnou takové, že jsem utekla vždycky přes den na brigádu, to jsem zvládala fungovat a po večerech katastrofa, jídlo, zvracení a do toho léky. To jsem doslova přežívala, ale tenhle režim pro mě nebyl udržitelný dlouhodobě.“*

Osamostatnění od rodiny se zdá jako velký příslib toho, že se situace zlepší. Je zde vidět velká potřeba opustit staré zaběhlé zlovyky s očekáváním toho, že se potom vše zlepší. Z prvopočátku je velká naděje, která je záhy zmařena stavy, které jsou ještě mnohonásobně horší než to, co se dělo před odstěhováním se.

6.5 Cesta k uzdravení

Z rozhovorů vyplývá, že cesta k uzdravení je velmi náročná a člověk se pro uzdravení musí rozhodovat znovu a znovu a nesmí se nechat odradit prvním nezdarem. Tato rozhodnutí se mohou velmi rychle měnit. Také jedno onemocnění může plynule přejít do druhého. To v praxi znamená, že někdo, kdo trpěl mentální anorexií, se dostane do fáze mentální bulimie a naopak. A někdy může být spolupráce dokonce jen zdánlivá. Všimla jsem si rozporu mezi údajným bodem zlomu, kdy začíná léčba a skutečným bodem zlomu, kdy se člověk rozhodne pro to být zdravý.

Jedna z účastnic uvádí jako impuls k uzdravení jednu velmi traumatickou zkušenost z nemocnice.

R1: *„Potom jsem měla docela blbou zkušenost, že se mi i personál, tak nějak vysmíval, že jsem blázen a nikdo mi to neuvěří, ať si volám, koho chci, stejně nikdo nepřijde. Jednou jsem měla docela konflikt se dvěma sestrama, co měly zrovna službu a od té jedné jsem dostala šílenou facku a chtěla mě zadusit polštářem.“*

„To byl impuls, aby mě rodiče vzali z té nemocnice domů. V tu chvíli mi to hrozně dodalo sílu, říkala jsem si, teď to zvládnou, budu bojovat, dostanu se z toho.“

Ke skutečnému uzdravení došlo v tomto rozhovoru až po ještě jednom relapsu, kdy rodiče pevně stáli za svým a rozhodli se, že svoji dceru již nebudou zachraňovat, tak jak to dělali do teď, ale že se musí začít skutečně léčit.

R1: *„Ale mamka řekla, že ne. Že se půjdu léčit, že ona se nebude doma koukat na to, jak se pomalu zabijím, jak se jim ztrácím před očima. Já jsem tenkrát slibovala, že to zvládnou sama doma. Ale rodiče byli proti.“*

R3: *„Potom přišel zlom, kdy jsem šla s mamkou kupovat novou podprsenku. Já jsem si jí šla zkusit a ona přišla za mnou do té kabinky a viděla mě, rozbřečela se. Já jsem na ní koukala, jako co ti je? Co tady na mě koukáš? Přijely jsme domů a od té doby se začalo řešit. Od té doby už věděli rodiče, že mám anorexii a že se to musí začít řešit.“*
„A opravdu zlom začal úplně náhodně, když jsem byla s kamarádkou někde na kávě a ona mi řekla, že vypadám hrozně smutně, že vůbec nežiju, že mám hroznej život. A já jsem si v tu chvíli uvědomila, že já tenhle život vlastně nechci žít. Že já chci být zpátky ta holka, která se furt smála, která úplně milovala svůj život. Tak nějak začala moje léčba.“

Bylo zmíněno, že si musely znova osvojovat běžné věci, učit se rozpoznávat pocity hladu. Celkově jde o změnu smýšlení o sobě a přijetí se.

R2: *„Já jsem furt hledala, a tak jsem začala cvičit, někdy dvakrát týdně, někdy třikrát a začala jsem žít takovej normálnější život. Začala jsem normálně znovu používat máslo. A vzpomněla jsem si, že chutná úplně normálně, protože jsem to za ty roky zapomněla. Začala jsem znovu objevovat to jídlo. Postupně si ho dávat a každý den si dávat nějaký jídlo, kterého jsem se bála. Hodně mi v tom pomohl i přítel, kterej mi prostě udělal lečo a dal tam sádlo a já jsem říkala, že jsem sádlo nikdy nejedla a bojím se toho. A pak jsme to jedli spolu a začala jsem znovu jíst sladký věci.“*

R5: *„Musela jsem znovu poznávat signály hladu.“*

R6: *„Taky mi přijde, že mi několik let trvalo si vlastně srovnat v hlavě, jak já vlastně vypadám, jak já reálně bych měla vidět sama sebe.“*

Ten jediný a nejdůležitější, kdo se může rozhodnout pro změnu a chtít se uzdravit, jsou ony samy.

R4: *„Ale tam jsem zjistila, že mi nemůže pomoci nikdo druhý, že si musím pomoci sama. A jenom tak se mi stalo, že jsem z toho venku.“*

Je vidět, že cesta ven z nemoci opravdu není nic snadného. A vyžaduje to velkou vytrvalost, a to nejen samotných nemocných, ale i jejich blízkých. Je třeba, aby si rodiče uvědomili, že možná to nejlepší, co můžou v danou chvíli pro záchranu svého dítěte udělat, je nechat ho, aby se postavilo na vlastní nohy. Být mu oporou, ale nesnažit se ten boj vyhrát za něj.

Tato cesta je těžká i z důvodu, že některé dívky anorexii označovaly jako svoji kamarádku, jako něco, co jim poskytuje útěchu a pokud to tak člověk skutečně vnímá, tak se to těžko opouští. Najednou se musí začít znova učit věci, které jsou běžné a přirozené. Touha po

změně směrem k uzdravení by měla především pramenit z nemocného a okolí by mu v tom mělo být oporou. A k tomu všemu je potřeba pracovat na pozitivním vztahu sama k sobě, na vlastním přijetí, protože člověk sám je tím nejdůležitějším v procesu uzdravení.

6.6 Sebepoškozování a sebevražedné myšlenky

Jak je zmíněno již v teoretické části práce, tak není výjimkou, že se u osob trpících poruchami příjmu potravy objeví nějaká forma sebepoškozování, sebevražedné myšlenky či dokonce pokusy. Všechny účastnice uvedly, že v období nemoci měly myšlenky na sebepoškozování, nebo se aktivně sebepoškozovaly. U jedné se objevovaly sebevražedné myšlenky. A dvě z účastnic výzkumu se opakovaně o sebevraždu pokusily.

R1: *„Nakonec jsem se začala hodně trávit lékama, pila jsem na léky, snažila jsem se tím samu sebe otupit, abych nemusela myslet na to jídlo.“*

„Dvakrát po sobě jsem se předávkovala lékama. Jednou úmyslně, že jsem se chtěla zabít. A jednou to bylo neúmyslné, ale zkombinovala jsem hodně léků a napila se na to nějakého vína nebo čeho, asi jsem chtěla jít do postele, a jak jsem šla po pokoji, tak jsem nejspíš spadla.“

R3: *„Když jsem byla v tom nejhorším období, tak jsem si pořezala nohy. Ale ne nějak málo, měla jsem je pořezaný fakt úplně celý.“*

R4: *„Párkrát jsem měla takovou myšlenku v zimě, že si vezmu flašku a půjdu si lehnout nahá ven, abych do rána umrzla. Víckrát jsem měla to, že bych si vzala ten nůž a odřezala si ty špeky. Měla jsem takový amoky, že potřebuju s něčím třísknout.“*

R5: *„Aktivně jsem se sebepoškozovala asi 5 let. V nejhorším období i několikrát denně, to jsem pak díky terapii omezila. Myšlenky na sebevraždu jsem měla a dvakrát jsem se o ní pokusila. Jednou jsem spolykala léky a podruhé jsem si podřezala žíly.“*

Tyto myšlenky byly pro ně samotné děsivé.

R2: *„Já jsem hlavně odjela proto, že mě napadaly ty sebevražedný myšlenky a já jsem se toho strašně lekla.“*

Toto téma je opět velmi často spojováno s poruchami příjmu potravy, jako by to byla další forma, jak říct ne životu. Je to fyzické vyjádření obrovské bolesti, která se odehrává někde uvnitř. Zároveň to může být volání po pomoci.

6.7 Diskuze

Většina výsledků, které jsem uvedla, nějakým způsobem potvrzují to, co jsem našla v odborné literatuře a prezentovala jsem to v teoretické části.

Novák (2010) zmiňuje, že matky, které mají dítě trpící poruchou příjmu potravy, trpí tímto onemocněním častěji než matky dětí, u nichž se toto onemocnění neobjevuje. (Novák, 2010, s. 25-26).

Pouze jedna z účastnic výzkumu uvedla, že v minulosti trpěla mentální anorexií její matka.

R3: „...máma měla taky anorexii skoro deset let a dostalo jí z toho těhotenství.“

Vedle těchto příčin mají podle mých výsledků výrazný vliv traumatické události, které se odehrály v životech účastnic výzkumu před propuknutím onemocnění. Což potvrzuje i Krch, který zmiňuje, že až u 70 % pacientů je spouštěčem onemocnění závažná životní událost (Krch, 2005, s. 64).

Kocourková s Koutkem zmiňují, že pokusy o sebevraždu se ve větší míře objevují u pacientek, které trpí mentální bulimií, kde se jedná o 25-35 %. U mentální anorexie jde o 3-20 %, ale jedná se o pokusy závažnějšího rázu (Kocourková, Koutek, 2014, [online]). Ve výsledcích lze dobře vyčíst, že všechny účastnice výzkumu, které nad sebevraždou přemýšlely nebo se o ní pokusily, trpěly právě mentální bulimií. Je možné, že se může jednat o souvislost s hraniční poruchou osobnosti, u které není nijak výjimečné, že se objevuje v anamnéze právě u osob, které mají diagnostikovanou nějakou z poruch příjmu potravy. Dle výsledků, se o sebevraždu pokusily dvě z účastnic výzkumu. Obě tyto účastnice uvedly, že mají diagnostikovanou také hraniční poruchu osobnosti. U pacientů trpící hraniční poruchou osobnosti je riziko sebevraždy mnohonásobně vyšší než u zbytku populace.

Mezi limity této práce jistě patří velikost výzkumného souboru, který byl na začátku poměrně velký, tudíž to práci činilo časově velmi náročnou. Druhým limitem bylo prostředí sociálních sítí, které samo o sobě nabízí velkou míru anonymity a zjednodušení mezilidských vztahů a tudíž, když se účastnice výzkumu rozhodly nepokračovat, tak některé neměly ani potřebu mě o tom informovat.

Nicméně tyto sociální sítě přinesly i značnou výhodu a to tu, že jsem pomocí svých účtů na sociálních sítích mohla být součástí těchto komunit lidí a mohla jsem pozorovat, co se tam děje i mimo rozhovory, což mi poskytlo hlubší vhled do problematiky.

Ačkoliv nebylo cílem práce sledovat chování lidí, kteří trpí poruchami příjmu potravy na sociálních sítích, tak to vyplynulo ze situace, kdy jsem se je právě na sociálních sítích snažila kontaktovat a tím pádem jsem byla svědkem obsahu, který tito lidé o sobě sdílí. Toto chování bylo v mnoho aspektech zajímavé. Vyzorovala jsem, že účty mají často podobné znaky. Například to, že účet původně vzniká, jako podpůrný účet tzv. „recovery“, který má ostatní lidi trpící stejným problémem motivovat k pozitivní změně a v ideálním případě k uzdravení. Na tomto účtu jsou nejčastěji sdíleny fotografie jídel, který dotyčný snědl, jedná se o zdravá, nutričně vyvážená jídla, která jsou líbivě nafocena. Postupně na účtu ubývá fotografií s touto tematikou a začínají se objevovat fotografie postavy a postupně to přechází do podoby účtu, který spíše podporuje poruchy příjmu potravy. Na těchto účtech lidé obvykle vystupují anonymně. Často jsou také naprosto explicitně sdíleny fotografie nahých, vyhublých těl, které mají za cíl nějak upoutat pozornost, šokovat. K fotkám jsou přidávány popisky, ve kterých jsou často velmi detailně sdíleny pocity a prožitky. Jakoby to bylo jediné místo, kde se lze sdílet.

Co se týká sociální práce, tak se domnívám, že v této oblasti má ještě poměrně široké pole působnosti. Zvláště potom, co se týče prostoru na sociálních sítích, který je stále více využíván mladými lidmi ke komunikaci a prezentování se. Vyzorovala jsem, že je tam mnoho lidí, konkrétně v kontextu této práce s poruchami příjmu potravy, ale nejen s nimi, kteří křičí do světa, že potřebují pomoc, protože jejich okolí v jejich reálném životě na to není nějakým způsobem schopné reagovat. Na sociální síti jsou explicitně zveřejňovány fotky, na kterých je patrné sebepoškozování, nadužívání léků nebo alkoholu a v neposlední řadě fotografie vyhublých těl ve spodním prádle, které jsou zde prezentovány jako něco žádoucího. Mnoho z těchto lidí, kteří se na sociálních sítích takto prezentují, vedou naprosto běžný život, kdy by běžného pozorovatele ani nenapadlo, že je s tím konkrétním člověkem něco v nepořádku. To znamená, že studují, pracují a celkově naplňují určitý stanovený společenský standart. Ale protože nějakým způsobem touží po pomoci nebo minimálně po pochopení, tak to ventilují právě na sociálních sítích.

Když jsem pracovala na rozhovorech, tak jsem měla pocit, že na mě křičí téma nepřijetí a to v mnoha formách. Nepřijetí od rodičů, nepřijetí od druhých lidí, nepřijetí od sebe samotného a v neposlední řadě nepřijetí vlastního života. Důležitým krokem k uzdravení je prožití změny, tudíž pocitu přijetí. Přijetí, které není ničím podmíněno. Sociální pracovník by měl být schopný toto přijetí svým klientům poskytnout, protože to může být hybnou silou v procesu uzdravení.

Závěr

Tato práce se zabývala uzdravením z poruch příjmu potravy v kontextu sociálních vztahů. Účastnice výzkumu jsem hledala na sociálních sítích. Hlavním kritériem pro jejich výběr byl fakt, že si prošly poruchami příjmu potravy a v současné době jsou již zdravé.

Teoretická část práce pojednává o tom, co poruchy příjmu potravy jsou. Práce je konkrétně zaměřená na mentální anorexii a mentální bulimii. Dále je zmíněno, jaké faktory se mohou podílet na vzniku těchto onemocnění. V další kapitole teoretické části je popsán patologický jev, který se s tímto onemocněním často spojuje, a to je sebepoškození a sebevražedné myšlenky. V poslední kapitole teoretické části jsou poruchy příjmu potravy zasazeny do kontextu sociální práce a jsou popsány terapeutické přístupy, které jsou účinné při léčbě poruch příjmu potravy. Na závěr je přestaveno Centrum Anabell, které mimo jiné nabízí i sociální poradenství osobám trpícím tímto onemocněním.

V části výzkumné je na začátku definován výzkumný cíl a výzkumná otázka. Dále je popsána metodologie, kde jsem k výzkumu využila metodu kvalitativního výzkumu, konkrétně metodu narativního rozhovoru. Výběr výzkumného vzorku probíhal účelově, abych dodržela podmínku, že se bude jednat o osoby, které mají vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy a nyní jsou již zdravé.

Rozhovory byly uskutečňované pomocí videohovorů nebo telefonického hovoru, právě s účastnicemi výzkumu, které jsem oslovila na sociálních sítích. Osobní setkání nebylo možné vzhledem k situaci v České republice a nařízením vlády. Analýza získaných dat probíhala pomocí otevřeného kódování.

Závěrečná kapitola práce se zabývá prezentací a interpretací výsledků. Z rozhovorů jsem vybrala několik témat, která jsem více přiblížila a doplnila o přímé citace z rozhovorů jako důkazy. Jednalo se o témata **rodina a dětství, vztahy s okolím, zdravotní a psychické problémy, touha po tom se osamostatnit, cesta k uzdravení, sebepoškození a sebevražedné myšlenky**. Na závěr jsem zařadila diskuzi. Cíl výzkumu, se nepodařil zcela naplnit, protože se nakonec ukázal jako příliš ambiciózní. Podařilo se, ale definovat důležité momenty, které s procesem uzdravení souvisely.

Z výzkumu vyplývá, že ačkoliv se na začátku téměř všechny rodiny jevily jako funkční, tak jak plynul rozhovor, tak se v každé z rodin objevily zátěžové situace, které se mohly podílet na vzniku poruch příjmu potravy. Rodiče nebyli pro dívky vždy snadno dosažitelní. Je možné, že to působilo v dívkách rozporuplné pocity typu chci od nich pryč, ale zároveň je nedokážu opustit ve zdravé míře.

Jako nejzásadnější zjištění celé práce vidím chvíli, kdy může přijít uzdravení. Jak jsem již zmiňovala, tak dívky se pro uzdravení musely rozhodovat několikrát stále dokola. Skutečná touha po uzdravení a následné uzdravení nastalo ve chvíli, kdy došlo k uvědomění si, že to musí udělat ona sama pro sebe samu. Že tím pohonem nemohou být rodiče, kamarádi nebo lékaři, ale ona sama. Když došlo k tomuto uvědomění, že si musí pomoci ona sama a dělá to pro sebe, tak mohl nastat proces uzdravování. To ovšem nepopírá podporu rodiny, přátel a odborníků, ti jsou v procesu uzdravení také důležití.

Během výzkumu jsem vnímala tíhu, která se vznášela okolo tohoto tématu. Kdy samy dívky měly pocit, že pomoc, která jim je nabízena odborníky, není dostačující.

Výsledky této práce by mohly být podnětem k dalšímu výzkumu v této oblasti, například konkrétně na vnímání sebe sama v kontextu sociálních vztahů. Dále by mohlo být důležitým krokem zvětšit povědomí o poruchách příjmu potravy mezi sociálními pracovníky.

Zdroje

- BAŠTECKÁ, Bohumila. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.
- CENTRUM ANABELL, z. ú. [online]. ©2002-2021 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z:
<http://www.anabell.cz/>
- COOPER, Peter J. a Jana KRCHOVÁ, František David KRCH, Jiřina VACLOVÁ. 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-97-2.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GARMER, M. David, 2005. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František David. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- Inmaculada Torres Pérez, Carmen del Río Sánchez and Mercedes Borda Mas *Psicothema* 2008. Vol. 20, n° 1, pp. 138-143
- KOCOURKOVÁ, Jana a Jan LEBL, Jiří KOUTEK. 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. ISBN: 80-85824-51-5.
- KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. 2014. Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, č. 15 (2), s. 55-57. [online]. [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>.
- KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. 2009. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi ISBN 978-80-87250-05-1.
- KOHOUT, Pavel. 2010. Nutriční poradenství. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. s. 179-186. ISBN 978-80-247-2425-6.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. 2007. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KRCH, František David, 2007. KBT poruch příjmu potravy. In: Praško, Ján, Možný, Petr, Šlepecký, Miloš. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7254-865-1.

- KRCH, František David, 2010. Kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. s. 179-186. ISBN 978-80-247-2425-6.
- KRCH, František David. 2003. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František David. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.
- MARADOVÁ, Eva. 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál 2008 ISBN 978-80-7367-502-8.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, ISBN 80-247-1362-4.
- MONESTIER, Martin a Vladimír ČADSKÝ. 2003. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky, zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk. ISBN 80-903001-8-9.
- MUSIL, Libor. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale-“ dilemata práce s klienty v organizace*. Brno: Marek Zeman 2004, ISBN 80-903070-1-9.
- NEWMAN, Isadore and Carolyn R. BENZ. 1998. *Qualitative-quantitative research methodology: exploring the interactive continuum*. United States of America: Southern Illinois University. ISBN 0-8093-2150-5.
- NOVÁK, Michal. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.
- OREL, Miroslav a kolektiv. 2020. *Psychopatologie, nauka o nemocech duše*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana a TOMANOVÁ, Jana, PELKOVÁ, Lucie. 2010. Rodinná a víceročinná terapie a poradenství. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. s. 179-186. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAVLOVÁ, Barbora, 2010. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. s. 179-186. ISBN 978-80-247-2425-6.
- RIESSMAN, Catharine Kohler, 1993. *Narrative analysis*. Newbery Park: Sage Publications ISBN: 0-8039-4753-4.
- SLÁDKOVÁ, Iva a Zdeněk, VYBÍRAL, 2008. Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *Psychologie*, č. 4 (2), s. 21. [online]. [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/sladvkova_etal.pdf.

- TORRES PÉREZ, Inmaculada and DEL RIO SÁNCHEZ, Carmen, BORDA MAS, Mercedes. 2008. *MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa*. *Psicothema*, č. 20 (1). s. 138-143 [online]. [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720119.pdf>
- TRAPKOVÁ, Ludmila a CHVÁLA, Vladislav. 2009. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-561-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na téma poruch příjmu potravy a jejich uzdravení v kontextu změn v sociální síti. Cílem práce je popsat proces uzdravení z PPP v kontextu změn sociální sítě s důrazem na sociální hledisko. Teoretická část se věnuje definici poruch příjmu potravy, faktorům ovlivňujícím jejich vznik, sebepoškozování v kontextu PPP a na závěr terapeutickým přístupům, které jsou při léčbě tohoto onemocnění využívány. Praktická část se věnuje metodologii a kvalitativnímu výzkumu. Rozhovory byly vedeny s osobami, které si prošly poruchami příjmu potravy. Na závěr práce jsou prezentované výsledky.

Abstract

The bachelor thesis is focused on the topic of eating disorders and the recovery in the context of changes in the social relations. The aim of the thesis is to describe the process of recovery from ED in the context of changes in the social relations with an emphasis on the social aspect. Theoretical part is focused on the definition of eating disorders, the factors influencing their emergence, self-harm in the context of ED and the therapeutic approaches used in the treatment of the disease. Research part is focused on methodology and qualitative research. Interviews were conducted with people who had been suffered from eating disorders. At the end of the thesis, the results are presented.