

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Katedra psychologie a patopsychologie

## Bakalářská práce

Denisa Kočí

Emoční poruchy v dětském věku a jejich možná spojitost  
s mentální anorexií v období adolescence

Olomouc 2021

vedoucí práce: PhDr. Kristýna Balátová, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Emoční poruchy v dětském věku vypracovala samostatně, pod odborným vedením PhDr. Kristýny Balátové, Ph.D., a použila jen prameny uvedené v seznamu použité literatury.

## **Poděkování**

Děkuji všem, kteří mi byli ochotni poskytnou pro účel této práce svůj drahocenný čas. Chtěla bych poděkovat zejména vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Kristýně Balátové, Ph.D. za její odborné vedení, za cenné rady a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky, dále rodině za jejich podporu během studia, a především děkuji mé nejlepší kamarádce, díky které se tento výzkum mohl zrealizovat.

# Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část.....	6
<b>1 Poruchy emocí .....</b>	<b>6</b>
1.1 Etiologie emočních poruch v dětství.....	7
1.2 Klasifikace emočních poruch.....	9
1.3 Projevy poruch emocí na osobnosti dítěte .....	11
<b>2 Poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>16</b>
2.1 Vymezení pojmu mentální anorexie .....	18
2.1.1 Projevy a hlavní příznaky.....	18
2.1.2 Osobnost jedince s mentální anorexií.....	19
<b>3 Faktory vedoucí ke vzniku PPP v adolescenci.....</b>	<b>20</b>
Praktická část.....	23
<b>4 Formulace problému .....</b>	<b>23</b>
4. 1 Výzkumné otázky .....	23
<b>5 Druh výzkumu a výběr metodiky .....</b>	<b>23</b>
5.1 Výběr případu .....	25
5.2 Způsob získávání informací.....	25
<b>6 Kazuistika .....</b>	<b>25</b>
<b>7 Analýza dokumentů – deník.....</b>	<b>28</b>
<b>8 Rozhovor .....</b>	<b>29</b>
Diskuse .....	34
Závěr.....	37
Seznam literatury.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Seznam příloh.....	41
Příloha č. 1: Rozhovor s účastníkem výzkumu .....	42

Příloha č. 2: Rozhovor s rodičem .....	48
Příloha č. 3: Deník .....	49
Příloha č. 4: Zpráva z psychologického vyšetření .....	51
Příloha č. 5: Zpráva z oddělení léčebné výživy .....	52
Příloha č. 6: Výstup z vyšetření pro srovnání představy o postavě a skutečném obrazu .....	53
Příloha č. 7: Vyšetření InBody z Kliniky TVL a kardiovaskulární rehabilitace .....	54
<b>Seznam zkratk</b> .....	55

## Úvod

*„Dovolme dětem dělat chyby. Perfekcionalismus děti mrzačí na duši. Děti potřebují dělat chyby, aby se naučily znát rozdíl mezi dobrým a špatným.“*

*Lea Paulínová*

Jako téma své bakalářské práce si autorka zvolila téma, jehož název nese Emoční poruchy v dětském věku a jejich možná spojitost s mentální anorexií v období adolescence. Cílem teoretické části práce je seznámit s problematikou jednotlivých poruch emocí u dětí. Autorka by chtěla poukázat v této práci na fakt, jak dokáže být dětská duše citlivá, a jak je s ní dle toho také potřeba zacházet. Chování rodičů, ale nejen jich, může mít na vývoj duševní stránky, a vývoj dítěte obecně, značný vliv. Dítě si může zažité problémy z dětství následně nést až do dospělého věku. Na tuto skutečnost autorka naváže v druhé polovině teoretické části. Jedním z takových problémů, který vzniká důsledkem emočních poruch v dětství, může být porucha příjmu potravy, v práci autorky bude předmětem zkoumání přesněji mentální anorexie.

V první kapitole teoretické části práce autorka seznamuje čtenáře se základními pojmy, týkající se problematiky emočních poruch v dětství. V této kapitole je zahrnuta etiologie, klasifikace emočních poruch, a jejich podrobná charakteristika. Cílem první kapitoly bude také seznámit čtenáře s projevy poruch emocí v osobnosti dítěte. Ve druhé kapitole teoretické části autorka navazuje na poruchy příjmu potravy, seznamuje čtenáře s jednotlivými druhy poruch příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že hlavním předmětem zájmu autorky je pouze jedna z poruch příjmu potravy, z toho důvodu je dále pozornost věnována primárně mentální anorexií, jejím příčinám, hlavním příznakům a projevům. V poslední, třetí kapitole, autorka práce popisuje, jaké konkrétní faktory mohou vést ke vzniku mentální anorexie v období adolescence.

Ve druhé, praktické části bakalářské práce, autorka poukáže na to, jakým způsobem emoční poruchy mohou jedince ovlivňovat ve vývoji. . Zároveň se bude autorka snažit přiblížit tuto poruchu prostřednictvím rozhovoru s účastnicí výzkumu, které byla separační úzkostná porucha diagnostikována v dětství a také s maminkou účastnice výzkumu. Bude zde také uvedeno, jaké následky si s sebou účastnice výzkumu nesla do adolescence, tedy v tomto případě v podobě mentální anorexie. Dále bude autorka zkoumat provázanost emoční poruchy v dětství a mentální anorexie v období adolescence u konkrétního jedince.

## **Teoretická část**

V první polovině teoretické části se bude autorka zabývat poruchami emocí, seznámí čtenáře s emocemi jako takovými, popíše etiologii emočních poruch v dětském věku, dále uvede klasifikaci jednotlivých poruch emocí, uvede také, jak se jednotlivé poruchy projevují na osobnosti dítěte, jaký mají dopad.

### **1 Poruchy emocí**

Emoce slouží člověku jako základ subjektivního hodnocení situace, které ovlivňuje jak míra aktuálního uspokojení, tak minulé zkušenosti. Je jiné než hodnocení rozumové. Je ontogeneticky i fylogeneticky starší, a proto i relativně málo přizpůsobivé, více závislé na vrozených mechanismech a méně ovlivnitelné učním. Je spojováno s ostatními psychickými i somatickými funkcemi, které různým způsobem ovlivňuje. Emoce mají rovněž autoregulační funkci, mohou naši aktivitu stimulovat nebo naopak tlumit. Většina emocí může z tohoto hlediska působit různě: např. úzkost a strach navozuje jednání, směřující k obraně či úniku před očekávaným ohrožením, ale také může vést k celkové inhibici, k ochromení a neschopnosti cokoli udělat (Vágnerová, 2012).

V dětském věku je možný výskyt psychických poruch, jejichž hlavním a dominantním rysem je úzkost a strach. V tomto věku se často setkáváme také se somatizací, to tzn. transformací emočních aspektů do podoby tělesných projevů. V řadě případů tyto poruchy nepřecházejí do dospělosti, ale hrozí, že se však transformují a přetrvávají do dospělosti – např. v podobě úzkostných a fobických poruch (Orel, 2012). Vágnerová (2012) tvrdí, že dítě je schopno prožívat strach a úzkost již ve druhé polovině kojeneckého věku, ve vazbě na postupné uvědomování trvalosti určitých objektů. Významným vývojovým úkolem tohoto období je zvládnutí separační úzkosti. Pokud by strach z neznámého, resp. obava z odloučení od matky, přetrvával ještě ke konci předškolního věku nebo ještě později, bylo by jej možné hodnotit jako poruchu. V předškolním věku se zcela běžně, v závislosti na způsobu uvažování dětí tohoto věku a jejich fantazii, objevuje mnoho vývojově podmíněných obav – např. strach ze tmy, ze zvířat, z nadpřirozených bytostí. Ty přetrvávají obvykle jen krátkou dobu a ani jejich intenzita většinou nedosahuje úrovně fobie.

## 1.1 Etiologie emočních poruch v dětství

Původ neurotických symptomů a dětských neuróz je velmi pestrý. Jako příčiny vzniku emočních poruch u dětí Čačka (2000) uvádí:

- a) **Výchovné chyby rodičů** pramenící z nezralosti optimálních výchovných cílů a postupů (nejednotnost, nedůslednost, neadekvátní požadavky, perfekcionismus, přísnost, nepřiměřené tresty, rozmazlování bránící samostatnosti atd.), ale i z nezralosti osobnosti (neovládání emocí, přecitlivělost, úzkostlivost, nepředvídatelné reakce, netrpělivost, mrzutost, neustálá nespokojenost).
- b) **Neuspokojivé rodinné poměry** (nestabilita rodinného života, stálé konflikty a napětí, časté změny, prožívané tragédie, alkoholismus). Dítěti pak chybí klid, adekvátní projevy lásky a podmínky dodávající mu jistotu a bezpečí. Neurotizujícím terénem však mohou být i nejrůznější výchovné instituce, zvláště škola.

*„Nejčastěji je to ale souhra řady vnějších neuspokojivých okolností, která při silném či dlouhodobém vlivu překračujícím individuální hranice odolnosti nervové soustavy vyvolá „fixaci neklidu“, který pak dezorganizuje prožívání i chování dítěte. Reakce bývají buď neadekvátně silné (psychomotorický neklid, nesoustředěnost, netrpělivost, agrese), nebo naopak neúměrně slabé (úzkost, nemluvnost, nesmělost, pomalost, apatie). Pro odborníky se jedná zpravidla jen o „díličí neurotické příznaky“ (obecněji „dětská nervozita“). Je tedy potřeba odlišovat pouhý výskyt díličích neurotických příznaků u dětí od neurózy jako duševní nemoci.“ (Čačka, 2000, s. 200)*

Vágnerová (2012) naopak tvrdí, že úzkostné poruchy jsou podmíněny multifaktoriálně. Dává důraz na skutečnost, že na jejich vzniku se podílí větší počet faktorů působících ve vzájemné interakci, které mohou ovlivnit jak závažnost projevů, tak i délku trvání potíží i jejich reagování na léčbu. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn i různých aktuálních zátěžových faktorů (které mohou být biologického i psychosociálního charakteru).

Mezi další možné příčiny řadí Vágnerová (2012) následující faktory:

### **Biologické faktory**

Význam geneticky podmíněné dispozice reagovat úzkostnými projevy je nesporný. Jednoznačný ovšem není způsob, jakým se genetické předpoklady přenášejí na další generaci. Dispozici k takovému způsobu reagování signalizují projevy, jako je např. snížená tolerance



k zátěži, větší psychická zranitelnost, častější pocity rozladěnosti, dráždivost, zvýšená tendence k úzkostnému reagování, labilita a sklon k vegetativním obtížím.

### **Psychosociální faktory**

Psychosociální faktory mohou zvýšit riziko vzniku úzkostné poruchy. Aktuálně působící zátěže je vždycky nutné posuzovat v kontextu dříve získaných zkušeností, v rámci důležitých životních událostí a standardů sociokulturního prostředí. Sociokulturní podmíněnost úzkostných poruch se může projevit rozdílností příznaků, tj. zda jde o převahu somatických či psychických symptomů, různým obsahem fobií apod. Sklon k úzkostnému reagování, resp. Ke způsobu, jakým se člověk s úzkostí vyrovnává, je ovlivnitelný učení. V rámci rodiny může dítě získat tuto zkušenost zejména ve vztahu k rodiči, resp. jinými, osobně důležitými lidmi, kteří jsou pro něj modelem, s nímž se identifikuje. Etiologicky významným faktorem je nepříznivá zkušenost z dětství. Určitý nepříjemný zážitek z dětství se stane základem fobie, jejíž intenzita může narůstat, eventuálně dojde k jejímu rozšíření. Stejným způsobem, jako důsledek podmiňování, může být posuzováno nutkavé chování. To lze chápat jako obrannou reakci, která přináší úlevu, a proto se zafixovala.

Šimek (1995) tvrdí, že nejzávažnější, celoživotní důsledky, mají poruchy vzniklé v prvních pěti až šesti letech života. V této době vznikají rovněž základy citových vztahů k sobě, ale i k druhým lidem. Rozhodující vliv emocí u dítěte raného věku vyplývá ze zvláštnosti dětské psychiky a z toho, že emoce jsou rozhodujícím faktorem učení. Některé situace v rodině mohou vyvolat silnou citovou odezvu (Nakonečný, 1998). Poruchy chování mohou také vyplývat z odlišného citového prožívání, dítě je nespokojené, mrzuté nebo úzkostné. Emocionální disharmonie může vést ke vzniku problémového chování, sebemenší podnět zvyšuje riziko nepřiměřeného nebo neadekvátního chování. Také narušení kognitivních funkcí může mít za následek poruchy chování. Jedná se o odlišný způsob uvažování, narušení kognitivní orientace v sociální oblasti i narušené sebehodnocení (Vágnerová, 2004). Někdy je dítě vystaveno citovým zážitkům, které nedokáže vnitřně zpracovat, nedokáže je psychicky strávit, jako tomu bývá i u dospělých. Mezi nejčastější zdroje emočních zátěží v dětství patří kolize mezi rodiči, nedostatek citového pouta, problémy ve škole, některé výchovné styly a pocit zklamání (Helus, 2004).

## 1.2 Klasifikace emočních poruch

Úzkostné poruchy jsou v dětském věku charakteristické nadměrným a nepřiměřeným prožitkem úzkosti a strachu. Jako poruchu lze klasifikovat takové projevy, které mají určitou intenzitu a trvají po dobu alespoň šesti měsíců. Jejich důsledkem je nezvládnutí běžných sociálních požadavků nebo narušení dalšího rozvoje dětské osobnosti. Konkrétní projevy úzkosti a strachu jsou závislé na aktuální vývojové úrovni dítěte (Vágnerová, 2012).

Propper (in Hort a kol., 2008) emoční poruchy u dítěte klasifikuje následovně:

- **Separáční úzkostná porucha v dětství (F93.0)**

Fyziologická úzkostná reakce dítěte na skutečné nebo hrozící odloučení od blízké osoby (většinou matky) se začíná objevovat mezi šestým až osmým měsícem života, její intenzita postupně klesá a kolem třetího roku jej již většina dětí schopna dobře snášet krátkodobé odloučení od matky (například docházku do mateřské školky). U některých dětí je však vývoj separace zpomalen a trvá u nich silná separáční úzkost i v pozdějším věku. Tyto děti jsou obvykle tiché, inhibované, podávají ve škole dobré výkony, přesto trpí neustálým strachem ze selhání, jsou perfekcionistické, mají zvýšenou míru úzkostnosti a řadu dalších obav (strach z úrazu, z vlastní smrti, strach o rodiče v době jejich nepřítomnosti). Zvýšené riziko této poruchy je u dětí z rozvrácených rodin, po významné životní změně – stěhování, chronicky nemocných či depresivních dětí. Typické jsou nereálné stálé obavy, že se něco osobě stane, nebo že odejde a už se nikdy nevrátí, nebo že dítě bude kvůli nepříznivým okolnostem od osoby odloučeno (například se ztratí, nebo bude uneseno). U dětí je přítomen trvalý strach být sám doma bez přítomnosti emočně blízké osoby, při pokusu o separaci se opakovaně vyskytují různé tělesné příznaky (nauzea, zvracení, bolesti břicha, hlavy nebo palpitace), zejména před odchodem z domova do školy. Strach z odloučení je tedy provázen trvalým váháním nebo odmítáním docházky do školy a odmítáním ulehání ke spánku, pokud tato osoba není nablízku, ve spánku se opakovaně objevují noční můry s obsahy týkajícími se odloučení.

Nejčastěji se tato porucha objevuje u hyperprotektivních matek a jejich dětí. Může se ale pochopitelně týkat vztahů k jiným významným osobám např. otci, prarodiči, pečovateli atd. (Orel, s. 784).

- **Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1)**

V předškolním věku (tři až šest let) dochází kvůli bohaté fantazii a magickému myšlení u většiny dětí fyziologicky k přechodnému vzniku množství strachů až fobií (např. strach z hmyzu, ze zvířat, zlodějů), které rychle vznikají a stejně rychle vymizí, pokud nejsou negativními vlivy posilovány. Ve stejném věku vznikají i patologické, dlouhodobě trvající strachy a fobie. Porucha se objevuje nepřiměřeně silnou reakcí strachem nebo úzkostí vyvolanou určitou situací nebo objektem. Její začátek je ve věku přiměřeném vývojovému období, ale obtíže trvají příliš dlouhou dobu, vedou k nevhodnému vyhýbavému chování a snižují schopnost adaptace dítěte na běžné požadavky okolí. Při přechodu obtíží až do dospělosti vzniká sociální fobie. Porucha vzniká v mladším školním věku a mají tendence rychleji, často spontánně odeznívat (Propper in Hort, 2008).

- **Sociální úzkostná porucha v dětství (F93.2)**

Strach z cizích lidí je obvyklým jevem v druhé polovině roku života a určitý stupeň obav ze sociálních kontaktů přetrvává i během raného dětství, měl by však za normálních okolností ustoupit nejpozději do tří let věku. U dětí je stálý, nebo navracející se strach z cizích lidí, anebo vyhýbání se jim. Strach vzniká při styku s dospělými, vrstevníky nebo všemi (s výjimkou rodičů a známých osob). Vyhýbání se sociálním kontaktům, nebo strach z nich je takového stupně, že se vymyká normálním hranicím pro určitý věk dítěte, a jeho důsledkem je významné narušení sociálního fungování, brání vývoji sociálních vztahů a osvojování sociálních dovedností. Porucha vzniká před šestým rokem (častěji u dívek). Obtíže postupně odeznívají (většinou v době dospívání), někdy však může dojít k rozvoji elektivního mutismu nebo sociální fobie, v dospělosti ke vzniku sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti (Propper in Hort, 2008).

Orel (2012) zmiňuje skutečnost, že dle MKN-10 se k emočním poruchám se začátkem specifickým pro dětství řadí také:

- **Porucha sourozenecké rivality (F 93.3)**

Tato porucha se může objevit při narození mladšího sourozence. Součástí bývá regrese do projevů mladšího věku, výrazná neposlušnost, emoční výbuchy, zlost a agrese, úzkostnost apod. s cílem získat pozornost rodičů.

- **Jiné emoční poruchy v dětství (F 93.8) a Emoční porucha v dětství nespecifikovaná (F 93.9)** jsou posledními jednotkami této skupiny.

Úzkostnou poruchou trpí přibližně 5-7 % dětské populace (Berkow a kol., 1996 in Vágnerová, 2012). Výskyt jednotlivých variant se v průběhu vývoje mění, v závislosti na dosažené aktuální úrovni. Faktory, které vedou ke vzniku úzkostných poruch, jsou stejné jako u dospělých. Obvykle jde o kombinaci genetické dispozice a kumulace různých, subjektivně zatěžujících vlivů prostředí, jako je způsob výchovy, postoj rodičů, kteří mohou být příliš nároční nebo nepřiměřeně úzkostní atd. (Vágnerová 2012).

### 1.3 Projevy poruch emocí na osobnosti dítěte

Do projevů poruch emocí na osobnosti dítěte zahrnují Kvintová, Pugnerová (2013) tyto obtíže:

#### **Neurotické obtíže spojené s afektivními projevy**

- Afektivní křeče

Vyskytují se v raném školním předškolním věku (i dříve) u dětí, které jsou více emočně dráždivé. Projev afektivních křečí (něco jako záchvat) vypadá tak, že dítě začne křičet nebo silně lítostivě plakat tak, že se nemůže správně nadechnout. Dítě zmodrá v obličejí, obrací oči v sloup, současně se v obličejí i na končetinách objeví svalové záškuby a následuje na krátkou dobu ztráta vědomí. Příčinou bývá například strach, leknutí, výbuch zlosti, bolestivý podnět, nebo výchovné usměrňování, které se dítěti nelíbí. Další příčinou může být nesprávně vedená výchova s nevhodnými postupy rodičů a jejich nepřiměřenými zásahy nebo si dítě může tímto způsobem vynucovat ústupky či prosazovat svá přání.

- Návaly zlosti

Jsou o něco méně intenzivní než afektivní křeče. Jsou časté v počátcích předškolního věku (i dříve). Projevy návalů zlosti vypadají tak, že dítě se v prudkém afektu válí po zemi, křičí, kope. Návaly zlosti jsou považovány za bezmocnost dítěte jako reakce na náhlé podněty, překvapení (nežádoucí), změnu, nesprávné výchovné postupy, nebo si jimi může dítě vymáhat různé výhody, může manipulovat se svým okolím. Afektivní křeče i návaly zlosti by se již neměly vyskytovat e vývojovém období staršího předškolního věku.

- Hysterické projevy

Kvintová, Pugnerová (2013) tvrdí, že s hysterickými projevy se setkáme již u dětí předškolního a školního věku. Projevují se nápadnou snahou upoutat na sebe pozornost: dítě je hlučné, náladové, předvádí se, má přehnanou efektivitu a sklon ke lžím (platí o dětech školního věku). Podle Vacka (in Vágnerová, 1999) je hysterická reakce jednou z forem psychicky podmíněného útěku do nemoci. Současné sociální normy chování však považují okázalé citové projevy za něco nepatřičného, co člověka degraduje. Dá se předpokládat, že tato energie může zapříčinit psychosomatické onemocnění (zvýšený tlak krve, žaludeční vředy, kožní nemoci apod.).

### **Neurotické obtíže spojené s úzkostí, fobií a depresivními stavy**

- Úzkostné neurotické projevy

Kvintová, Pugnerová (2013) poukazují na to, že úzkost je tělesnou a emoční reakcí na hrozbu, která je nejasná a těžko identifikovatelná. Dítě si nedovede vysvětlit její původ a někdy se s ní nedokáže ani vyrovnat. Podle Matějčka (in Vágnerová, 1999) úzkostné děti prožívají svět jako „velké nebezpečí“. Někdy je podnětem k obavě až strachu pohádka či strašidelný příběh, jindy drastické scény ze života.

Zvýšený sklon k úzkostnosti se projevuje:

- přehnanými reakcemi na náhlé podněty
- zvýšenou emoční dráždivostí
- nepřiměřenou fixací na určitou osobu
- chronickou úzkostí v podobě psychomotorické instability (neúčelné pobíhání, neklid)

Dále Kvintová, Pugnerová (2013) tvrdí, že děti se sklonem k úzkosti mohou mít tendence ke vzniku fobií. Fobie jsou strachy z objektů, nebo situací, které jsou nepřiměřené skutečnosti. Většinou specificky ovlivňují chování dítěte, nebo později dospělého, vedou k inhibicím projevů, a specifickým projevům chování. Koluchová (1989) uvádí, že pokud však máme na mysli fobie v dětském věku, nejčastější jsou to právě školní fobie.

- Školní fobie

Kvintová, Pugnerová (2013) řadí mezi základní příznaky školní fobie to, že dítě odmítá chodit do školy, trpí nadměrným strachem ze školy. Příčinou může být nadměrná fixace na nějakou

osobu, nebo obavy ze selhání ve škole. Mnohdy se jedná o děti, které jsou spíše samotářské, introvertní, přecitlivělé, obecněji: sociálně hůře adaptovatelné. Příznaky se objevují vždy, když má jít dítě do školy.

- Depresivní stavy a smutky

Smutny vznikají jako reakce na ztrátu osobně nebo významné hodnoty. Jinou variantou je vztek. Pokud však smutek a smutná nálada převažují v projevu chování dítěte, lze hovořit o depresi (Kvintová, Pugnerová 2013).

### **Neurotické obtíže spojené se zažíváním**

- Nechutenství

Kvintová, Pugnerová (2013) tvrdí, že příčina může spočívat v psychických obtížích, nebo typu chování vypěstovaném nevhodnými přístupy rodičů, nápodobou, či snahou dítěte upoutat na sebe pozornost.

- Neurotické zvracení

Koluchová (1989, in Kvintová, Pugnerová, 2013) uvádí, že chybí pocit nevolnosti, avšak přichází ve chvílích zvýšeného napětí, afektivního podráždění, a vyskytuje se u vegetativně labilních dětí.

### **Neurotické obtíže spojené s poruchami spánku a se somatickými stesky**

Kvintová, Pugnerová (2013) mezi ně radí:

- Noční děsy

Projevují se tak, že dítě se náhle budí hrůzou, křičí, ale jeho vědomí je zúžené, dítě není zcela probuzené. Tento stav trvá několik minut a dítě pak znovu usíná a ráno o ničem neví. Krom dětí se vyskytují i u depresivních stavů. Prozatím nebylo prokázáno, že by přítomnost nočních děsů měla negativní dopad na psychický vývoj dítěte do budoucna (Matějček, 2011, in Kvintová, Pugnerová, 2013).

- Noční můry

Jsou děsivé, živé sny během spánku, které se mohou týkat ohrožení života, zdraví či významné hodnoty. Bývají spojeny s pocity úzkosti a strachu. Po probuzení si dotyčný noční můru jasně pamatuje. Vyskytují se obvykle u dětí a dospělých, kteří prožili nějaké trauma (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, in Kvintová, Pugnerová, 2013).

- Somatické stesky

Ze somatických stesků jsou nejčastější bolesti hlavy, břicha, problémy s dýcháním apod. U dětí tyto stesky nejčastěji souvisí s tzv. obranným mechanismem konverze. Jedná se o to, že u dětí je vazba mezi psychickou a somatickou složkou silnější než u dospělých. Proto úzkostnější děti reagují na zátěž somatickými doprovody, které jim však rodiče často nevěří a podezírají je, že si vymýšlí (Kvintová, Pugnerová, 2013).

### **Neurotické obtíže spojené s poruchami vyměšování**

Kvintová, Pugnerová (2013) mezi ně radí:

- Enuréza (pomočování)

Jedná se o poruchu vyprazdňování močového měchýře, k němuž dochází bez účasti vůle a pozornosti dítěte. Příčinou může být psychogenní zátěž u disponovaného dítěte (je však vždy třeba vyloučit organicky podmíněnou poruchu, tzn. že dítě nemá žádné somatické obtíže vedoucí k zabránění udržení moči).

- Enkopréza (porucha vyměšování stolice)

Jedná se o poruchu vyměšování stolice. Vzniká podobným mechanismem jako enuréza, je však vzácnější a závažnější. Často bývá reakcí na obtíže s adaptací na nové či jiné prostředí: může se stát, že děti v důsledku studu a neznalosti prostředí oddalují defekaci, tím dochází ke zvětšení objemu stolice, roztažení konečníku, snížení jeho citlivosti a napětí svěrače. Poté může dojít k nechtěnému vyprázdnění (neudržení) stolice, enkopréze. Na enkoprézu usuzujeme, když dochází k uvolňování stolice ve věku nad čtyři roky dítěte na nevhodných místech.

- Zácpa (defekace)

Je porucha vyprazdňování tlustého střeva (defekace). Obecně se zácpou rozumí četnost stolice, která je menší než tři v jednom týdnu. U dětí k ní většinou dochází při přechodu na jiný způsob stravování (z mléka na hutnou potravu), při nácviu udržování čistoty (defekace) a při nástupu do mateřské školy či do základní školy (obtíže s adaptací na nové prostředí). Její příčiny jsou tedy různé, od organických až po psychické.

### **Neurotické obtíže spojené s poruchami komunikace**

- Mutismus

Mutismus vysvětlují Kvintová, Pugnerová (2013) jako útlum řeči, tzv. oněmění, které vzniká následkem psychické traumatizace (šok, stres, vyčerpání).

### **Neurotické obtíže spojené s neurotickými návyky a tiky**

- Neurotické návyky

Dle Matějčka (2011 in Kvintová, Pugnerová 2013) jde o zautomatizované, stereotypní pohybové aktivity, které fungují jako ventil napětí při nadměrném zatížení, např. kousání nehtů, kývání nohou, kroucení vlasů apod.

- Tiky

Jsou bezděčné, rychlé, často opakované pohyby různých částí těla, zejména drobných svalových skupin v obličeji a horních končetinách (mrkání, škrábání kůže, pohazování hlavou, záškuby např. rameny, vyplazování jazyka, posmrkávání, odkašlávání apod.). Zmírňují se v klidu a při psychické pohodě, naopak při stresu a duševním vypětí se zhoršují. V porovnání s neurotickými návyky jsou méně uvědomělé a mají značný sklon k přetrvávání. Základem léčby tikových poruch je úprava režimových opatření a životního stylu. Při těžších projevech onemocnění dochází k farmakologické léčbě (Kvintová, Pugnerová, 2013).



## 2 Poruchy příjmu potravy

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-V) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy, nebo somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti (Krch 2005).

V této kapitole autorka vyjmenovává a seznamuje čtenáře se všemi druhy poruch příjmu potravy. V další podkapitole se bude blíže věnovat pouze mentální anorexii, která je předmětem zkoumání této práce.

- **Mentální anorexie**

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto že nechťejí jíst, i když to někdy popírají, a uvádějí různé důvody, proč jíst nemohou. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 2005).

- **Mentální bulimie**

Tato porucha je typická neodolatelnou touhou po jídlu, která má za následek opakované záchvaty přejídání. Ty bývají doprovázeny nutkavou tendencí zbavit se požité potravy násilným, nefyziologickým způsobem, např. vyvoláním zvracení nebo užitím projímadel a dalšími prostředky (Vágnerová, 2002).

- **Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy**

Mimo anorexii a bulimii se v současné době mezi poruchu příjmu potravy řadí i další kategorie onemocnění. Jsou to taková, která nesplňují diagnostická kritéria anorexie ani bulimie. Mezinárodní klasifikace nemocí další poruchy označuje za atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii a jiné poruchy jídla. Atypická mentální anorexie je diagnostikována v případech, že v nemoci chybí jeden nebo více základních příznaků. Jde vždy o velký váhový úbytek, ale pacient například netrpí amenoreou nebo strachem z tloustnutí. V případě atypické

mentální bulimie je to stejné. Jde o klasické příznaky bulimie, ale vždy nějaký chybí. Pacient trpí záchvatovitým přejídáním, užívá laxativa, ale nedojde k velkému výkyvu hmotnosti (Krch, 2005).

- **Záchvatovité přejídání**

Záchvatovité přejídání je nově uznaná porucha příjmu potravy, v určitých pohledech se podobá bulimii, neobsahuje však nezdravé způsoby kompenzace velkého příjmu potravy (tj. vyprazdňování). Je to závažný stav, který charakterizují opakované záchvaty nekontrolovatelného přejídání a přírůstků na váze. Přejídání může být snahou zmírnit depresi, stres nebo úzkost. K přejídání dochází v průměru nejméně jednou týdně po dobu tří měsíců (Nancy, 2020).

- **Ortorexie**

Ortorexie stále není v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch formálně uznaná jako porucha příjmu potravy, nicméně má řadu jejích charakteristických znaků. (Mcgregor, 2019). Orthorexie je posedlost zdravým stravováním, které se stává hlavní náplní života. Zpočátku může jít o touhu být zdravý, žít zdravě. Jedinec má strach z nezdravého, jídlo je podrobováno stále větší kontrole a co bylo dříve zdravé, začíná být nezdravé. Strach z nezdravého jídla dožene jedince k tomu, že ztrácí tělesnou hmotnost a trpí podvýživou. Nepředstavitelná je pro něj například návštěva restaurace nebo posezení v cukrárně. Může přejít v mentální anorexii či bulimii (Kvintová, Pugnerová, 2013).

- **Bigorexie**

Bigorexii (Adonisův komplex) můžeme nalézt také pod názvem svalová dysmorfofobická porucha, porucha body image (nadměrné až abnormální zaujetí pro optimální tělesný vzhled, fyzickou zdatnost a výkonnost). Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy jedinec usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a tělesných proporcích (Kvintová, Pugnerová, 2013).

- **Drunkorexie**

Drunkorexie je opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií prostřednictvím alkoholu. Důvodem bývá nespokojenost se svou postavou. Jedinec často

vynechává hlavní jídlo proto, aby se mohl „bezstarostně“ napít. Řadíme sem i cílené zvyšování výdeje energie na diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji (Papežová, 2003; Krch a kol., 2005 in Kvintová, Pugnerová, 2013).

- **Syndrom nočního přejídání**

Příznačná je večerní anorexie končící nespavostí a vyznačující se nočním přejídáním. Je pravděpodobně důsledkem stresu a neúspěšných pokusů o hubnutí (Kvintová, Pugnerová, 2013).

## 2.1 Vymezení pojmu mentální anorexie

Rokyta (2015) tvrdí, že mentální anorexie se vyskytuje častěji u mladých dívek a žen než u mužů. Patří mezi poruchy spojené se změněným vnímáním vlastního těla. Dále uvádí, že diagnostickými kritérii jsou snížení hmotnosti alespoň o 15 % pod hmotnost odpovídající BMI, intenzivní strach ze zvyšování hmotnosti a obezity, porucha vnímání vlastní velikosti, tvaru a hmotnosti.

### 2.1.1 Projevy a hlavní příznaky

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie lze stručně vyjádřit dle Vágnerové (2002) ve třech bodech (podle MKN-10 a DSM-V):

1. O mentální anorexii lze mluvit tehdy, jestliže dojde k úbytku váhy o 15 % proti normální hmotnosti.
2. Chování takového jedince je nutkavě zaměřeno na redukci vlastní hmotnosti. Dieta bývá spojena s nadměrným cvičením, které má podpořit hubnutí, event. s provokovaným zvracením, s užitím projímadel, anorektik a diuretik.
3. Vnímání vlastního těla je narušené, tyto (většinou) dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté (zejména v oblasti typických ženských znaků: břicha, zadku a stehy). Vztah k vlastnímu tělu se změnil natolik, že mnohdy ani není chápáno jako součást vlastní osobnosti, ale jako cizí objekt, který je na obtíž

V důsledku hladovění dochází k řadě somatických obtíží, které jsou důsledkem silné podvýživy. Závažné jsou především sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí, např. ztráta menstruace, neschopnost termoregulace a snížená imunita (Smolík, 1996 in Vágnerová 2002).

Krch (2002) řadí mezi zdravotní důsledky nedostatečné výživy (diet a hladovění) a vyhublosti především:

- zvýšenou citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení
- suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, které jsou řídké, suché, lámou se
- mohou se vyskytovat vyrážky, snadno se nemocnému dělají modřiny
- zvýšená kazivost zubů
- zpomalení funkce střev – zácpa
- chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlávání
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- celková únavnost a svalová slabost, výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání projímadel
- nespavost, ale i poruchy spánku (děsivé sny, časté probouzení...)
- nepravidelná menstruace, oslabení zájmu o sex, snížení činnosti pohlavního systému
- poškození jater, odvápnění kostí, slabý močový měchýř, vznik žaludečních vředů apod.

### 2.1.2 Osobnost jedince s mentální anorexií

Poruchy příjmu potravy bývají dávány do souvislosti s některými osobnostními rysy a psychickými problémy. Připomínána je především úzkostnost, rigidita, perfekcionismus a obsedantní rysy u anorexie a emoční labilita a impulzivita u bulimie. Rozvoj problému a zhoršující se kvalita života dále potencuje úzkostné sebezpozorování, egocentrismus a přecitlivělost. Kolísá sebevědomí, přibývá depresivních příznaků, zhoršují se obsese (Annabel, 2013, [www.annabel.cz](http://www.annabel.cz)).

Na počátku i na konci anorexie je nejistota. Z nejistoty se většina dívek začne nadměrně zabývat tím, jak vypadají a kolik váží. Anorektičky jsou nešťastné a cítí se provinile, když nedokážou stoprocentně kontrolovat příjem potravy, nebo jim kolísá tělesná hmotnost. Převaha depresivních příznaků ustoupí, když se postiženému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a normalizovat jídelní režim (Krch, 2002). Někteří autoři předpokládají, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Typickou anorektičku obvykle popisují jako dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení

se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům (Krch, 2005). Rodinné studie našly u přímých příbuzných lidí s PPP rovněž zvýšenou míru perfekcionismu, zdá se tedy, že osobnostní rysy s ní spojené jsou dědičné (Kaye et al., 1998 in Papežová, 2010). Papežová (2010) uvádí, že ačkoliv většina dívek zkoušela v životě hubnout, najdou se i takové, které měly na sebe vždycky vysoké požadavky a dostaly tomu, co si předsevzaly. Byly zvyklé být nejlepší, a tak zhubly nejvíc ze všech. Perfekcionistické rysy se u dívek, které později vyvinou PPP, projevují již od dětství, tzn. snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol, účes i uklizený pokojíček (Anderluh et al., 2003 in Papežová, 2010).

### **3 Faktory vedoucí ke vzniku PPP v adolescenci**

O možných příčinách poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých teorií. 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 (Marádová, 2007). Krch (2005) zdůrazňuje propojenost různých faktorů a hovoří o tzv. bio-psycho-sociální podmíněnosti PPP.

Mezi rizikové faktory řadí Krch (2005) následující:

#### **Sociální a kulturní faktory**

Také Garner et al. (1985, in Krch, 2005) uvádějí, že v posledních několika desetiletích jsou ženy obětmi tragického souboru norem fyzického vzezření, které je vystavily intenzivnímu tlaku na dodržování diety tak, aby vyhověly společenským představám o štíhlosti. Je toho názoru, že módní průmysl rozšiřuje názor o tom, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlý. Již v roce 1978 H. Bruch připomněla, že módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Maloney (1997) tvrdí, že mentální anorexie je vyústěním přehnaného významu, který je v naší společnosti připisován štíhlé postavě žen. Většina z nich si dělá starost o svou tělesnou hmotnost a nemá reálnou představu o vlastním těle, domnívá se, že jejich tělo je silnější, než skutečně je.

## **Biologické faktory**

Dle Krcha (2005) pro rozvoj PPP stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. K nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám, které mohou být významné z hlediska vzniku PPP, dochází v průběhu puberty a adolescence. Velmi rychlý tělesný růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností i přibýváním tukových zásob.

Vnitřní nejistota dospívajících dívek, sebekritika, náchylnost k depresím, nízké sebevědomí může podle Krcha přispět ke vzniku některé z poruch příjmu potravy. Proto lze období dospívání považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které mohou být spojeny s mimořádným stresem a napomoci tak ke vzniku poruch příjmu potravy (Krch, 1999). Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává až do adolescence (Shore, Porter, 1990 in Krch, 2005).

## **Životní události**

Krch (2005) poukazuje na to, že většina pacientů si vzpomíná na událost, která způsobila, že si připadali příliš silní nebo že měli potřebu zhubnout. Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled (někdo o pacientce řekl, že je silná, nebo že by měla zhubnout). Dále Krch zmiňuje jako rizikové faktory jako osobní nezdár, problémy v rodině, sexuální konflikty nebo odloučení od rodiny.

## **Rodinné a genetické faktory**

Je ironií, že jde většinou o rodiny, které navenek vypadají dokonale, a které jdou příkladem, že jim ostatní lidé závidí. Bývají dobře situované, se dvěma biologickými rodiči, mezi nimiž nedošlo k rozvodu. Matky anorektiček bývají často pohlceny svou rolí matek „ideálních dětí“. Velmi často se podílejí na všech aktivitách svých dcer, považují se za dávající a milující matky a od svých dcer na oplátku očekávají lásku a poslušnost. Dívky, u kterých se objevuje anorexie, bývají obvykle bystré a hezké, a jsou na hony vzdáleny typické představě „problémového dítěte“. Zatímco z materiálního hlediska má anorektička všeho dostatek, emocionálně může strádat a být deprimovaná. Rodiče tvrdí, že jí milují a hýčkají, ale ona má přesto pocit, že jsou pohlceni sami sebou. Mají pocit, že víc, než ji samotnou oceňují její dobré známky a vůbec vynikající výkon, že je milovaná jenom tehdy, když je milá a chová se vzorně (Maloney, 1997). U velké části pacientů je popisován počátek a rozvoj mentální anorexie v termínech různých rodinných událostí. Mnoho pacientek uvádělo rivalský vztah ke své sestře (Krch, 2005).

### **Emocionální faktory**

U patientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (Krch, 2005).

### **Osobnosti a další psychické charakteristiky**

Tyto dívky k sobě bývají velmi náročné a sebekritické. Nikdy nejsou dostatečně spokojeny s tím, co dokázaly (Maloney, 1997). U patientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (Krch, 2005).

## Praktická část

V teoretické části práce autorka seznámila čtenáře s problematikou emočních poruch a poruch příjmu potravy, popsala etiologii, klasifikaci a projevy poruch emocí na osobnosti dítěte, dále klasifikaci poruch příjmu potravy se zvláštním zaměřením se na mentální anorexii, seznámila čtenáře rovněž s projevy a příznaky, typem osobnosti jedince s mentální anorexií, a zmínila faktory vedoucí ke vzniku PPP v adolescenci.

Naopak v praktické části se bude autorka do hloubky zaměřovat na příčinu vzniku těchto poruch u konkrétního jedince a následné hledání souvislostí mezi nimi, autorka bude zkoumat vzájemnou provázanost těchto dvou poruch. V praktické části bakalářské práce autorka za cíl stanovila zachytit, popsat a interpretovat rozvoj emoční poruchy u vybrané osoby, a to od raného dětství až do dospívání, se současným rozvojem PPP.

## 4 Formulace problému

### 4. 1 Výzkumné otázky

Jaká je provázanost mezi emoční poruchou v dětství a poruchou příjmu potravy v období adolescence?

Podílí se některé osobnostní rysy (perfekcionismus) na vzniku mentální anorexie v adolescenci?

Jak separační úzkost ovlivnila jedince v socializaci mezi vrstevníky?

## 5 Druh výzkumu a výběr metodiky

Praktická část bakalářské práce bude realizována za pomoci kvalitativního výzkumu. „Kvalitativní výzkum získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu, zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, také umožňuje navrhnout teorie, či studovat procesy.“ (Hendl, 2016, s. 47).

K tomuto účelu byly využity metody kvalitativního výzkumu, tj. kazuistika, která byla vytvořená na základě odborných zpráv a vyšetření účastnice výzkumu, včetně doplnění informací, které autorka získala prostřednictvím rozhovoru s účastnicí výzkumu a její maminkou, součástí výzkumu dále tvoří analýza deníku maminky, který sloužil jako zápisník projevů emoční poruchy v dětství její dcery (účastnice výzkumu), dále rozhovor s účastnicí



výzkumu, která trpěla mentální anorexií v adolescenci a rozhovor s maminkou účastnice. Vše je rovněž doplněno o přílohy, tj. lékařská zpráva z psychologického vyšetření účastnice výzkumu, vyšetření InBody z kliniky TVL a kardiovaskulární rehabilitace, dále výstup ze softwaru pro srovnání představy o postavě a skutečném obrazu a zpráva z oddělení léčebné výživy, zabývající se problematikou mentální anorexie

Jak již autorka zmínila výše, ve výzkumné části bakalářské práce využila jako metodu sběru dat kazuistiku účastnice výzkumu. Chrastina (2019) prezentuje kazuistiku jako (sumarizační) formu představení analýzy případu, která může být prostředkem pro prezentování, vzdělávání, nebo publikování. Dochází ke zpracování kazuistiky, která se stává popisem případu a jeho vybraných charakteristik, který je něčím/nějak odlišný, zajímavý, atypický a jehož fungování, chování apod. nerozumíme a neumíme si vysvětlit.

Dále autorka využila metody rozhovoru. Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny (Švaříček, 2014). Hendl (2016) rozlišuje několik typů rozhovorů: strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, neformální rozhovor, rozhovor s návodem, narativní rozhovor, fenomenologický rozhovor, skupinová diskuse, skupinové interview, vyprávění atd. Tyto typy se odlišují pořadím otázek při dotazování, počtem osob, které se účastní rozhovoru, formou informací, které se při dotazování získávají, ale i situací rozhovoru. Pro svůj výzkum autorka zvolila neformální rozhovor. Neformální rozhovor, jak uvádí Hendl (2016), je založen na spontánním generování otázek během interakce (například během pozorování). V takovém případě si výzkumník nemusí ani uvědomit, že jde o explorační rozhovor. Ve spoustě případů se může s jednou osobou uskutečnit hned několik takových rozhovorů. Otázky se během rozhovoru mohou měnit. Tazatel se snaží rozvinout téma, nebo hledá nová témata, která se mu hodí pro výzkum. Výhodou neformálního rozhovoru je zohlednění změny situace a individualizace otázek.

Jako další, konečnou metodu sběru dat autorka zvolila analýzu dokumentů. Dokumentem se rozumí všechno napsané nebo zaznamenané (knihy, novinové články, deníky apod.) Výhodou analýzy dokumentů je jejich rozmanitost a nezkreslení dat, jež vznikají například při pozorování, měření, či testování (Hendl, 2016). V našem případě bude

analyzovaným dokumentem deník maminky, který si po čas projevů separační úzkosti své dcery vedla.

## 5.1 Výběr případu

Pro tento případ byla vybrána účastnice výzkumu, které byla v dětství diagnostikovaná emoční porucha, přesněji řečeno separační úzkost. Autorka práce bude za pomoci rozhovoru zjišťovat, v jakém věkovém období měla porucha počátek, z jakého důvodu a jak se u daného jedince porucha konkrétně projevovala, rovněž byla účastnice výzkumu dotázána, jakým způsobem se tato porucha léčila, jakým způsobem se podepsala porucha na chodu celé rodiny, jak probíhala socializace mezi vrstevníky s touto poruchou.

V dospělosti se účastnice výzkumu léčila s poruchou příjmu potravy, přesněji řečeno s mentální anorexií. U mentální anorexie se autorka zaměřila na jednotlivé příčiny vzniku, jakým způsobem se PPP začala projevovat, účastnice výzkumu popisuje, jak probíhala léčba této poruchy. Z důvodu diagnostikování a prodělání těchto obou poruch byla účastnice vybrána jako vhodný kandidát pro předmět zkoumání této bakalářské práce. Vzhledem k velmi blízkému vztahu mezi autorkou bakalářské práce a účastnicí výzkumu byl jednoznačný oboustranný souhlas, a tím možná realizace tohoto výzkumu.

## 5.2 Způsob získávání informací

Podklady k výzkumu autorka práce získala prostřednictvím rozhovorů s účastnicí výzkumu a také s její maminkou, jejich odpovědi byly zaznamenávány na nahrávací zařízení, obě účastnice byly seznámeny rovněž s nahráváním. V rozhovoru byly použity předem připravené otázky, ale v průběhu rozhovoru autorka reagovala na podněty samotných účastníků výzkumu. Autorka se snažila získat co možno nejdůležitější postřehy, rovněž informovala účastníky o tom, že pokud jim nebude otázka příjemná, nemusí na ni odpovídat.

# 6 Kazuistika

## Andrea

Andrea se narodila v červenci roku 1999. Dnes je to jednadvacetiletá mladá žena, která studuje třetí ročník právnické fakulty. Na první pohled je to nádherná, velice sympatická, usměvavá blondýnka vyšší postavy. Narodila se do úplné rodiny a vyrůstala spolu o 6 let mladší sestrou. Andrea do svých 6 let bydlela spolu s rodiči v bytě v centru města. Andrea zhruba od svých čtyř až pěti let trpěla separační úzkostí a panickou poruchou. Problémy holčičky vznikly

následkem nevhodného chování ze strany učitelky v mateřské škole, kam Andrea jako dítě docházela. Následkem nařčení Andrei učitelkou, že se neustále počurává (holčička trpěla častými záněty močového měchýře) a vyslovením věty, že pokud se to stane ještě jednou, už nikdy neuvidí své rodiče, se u Andrei rozvila emoční porucha. Po incidentu, který se odehrál v mateřské škole, kam Andrea jako dítě docházela v rámci předškolního vzdělávání, byla nucena její maminka opustit zaměstnání, a zůstat s Andreou v domácím prostředí.

Po zhruba roční pauze, kdy maminka s dívkou zůstala v domácím prostředí, Andrea nastoupila do jiné mateřské školy. Andrea v MŠ zůstávala jen do oběda, nechtěla tam přespávat jako ostatní děti, a maminka si ji každý den po obědě brávala domů. V této MŠ si vytvořila Andrea velmi hezký vztah s druhou holčičkou, na kterou se postupem času zafixovala. Pokud byla kamarádka nemocná, Andrea odmítala do mateřské školy jít.

Krátce před nástupem na základní školu se rodiče spolu s Andreou a její mladší sestrou přestěhovali z městského prostředí na vesnici. Do vedlejší vesnice nastoupila Andrea na základní školu. Při přelomu na druhý stupeň Andrea přestoupila pro svůj výborný prospěch na gymnázium. Tam začalo první experimentování s jídlem a první vážný vztah, který byl, jak se později ukázalo, jednou z příčin vzniku mentální anorexie. Zhruba v devatenácti letech, před nástupem na vysokou školu, se u Andrei naplno rozvinula porucha příjmu potravy, přesněji řečeno mentální anorexie.

### **Osobní anamnéza**

Andrea se narodila jako chtěné dítě z prvního těhotenství v červenci 1999 ve 42. týdnu. Andrea byla přenášena 11 dní, porod musel být nakonec vyvolán. Andrea při narození vážila 4120 g a měřila 52 cm, narodila se jako naprosto zdravé miminko bez vážných komplikací. Matka během těhotenství netrpěla žádnými zdravotními problémy. Porod proběhl bez komplikací. Jako dítě byla Andrea dle slov maminky velice bystrá, vždy dosahovala ve výkonech vyšších výsledků než její vrstevníci. Zvykla si brzo bez plen, mluvila brzo ve větách, začala být velice brzo samostatná, k ostatním dětem byla vždy velice kamarádská, ale dost fixovaná na rodiče.

### **Rodinná anamnéza**

Matka Andrei je ve věku 46 let, s otcem dívky tvoří manželé 23 let, má vystudované středoškolské vzdělání a pracuje jako instrumentální sestra na oddělení traumatologie. Matka dívky se léčí s poruchou štítné žlázy. Dívka popisuje vztah s matkou jako komplikovaný.

*„Mamka trpí častými změnami nálad. Podle toho pak vypadá atmosféra u nás doma, hodně se vše podřizuje jejímu momentálnímu psychickému rozpoložení. Osobně si myslím, že některé stavy, které mívám (záchvaty vzteku, hysterii), mám po mamce.“*

Otec dívky je ve věku 50 let, absolvoval vysokoškolské vzdělání a pracuje jako zástupce ředitele na státním úřadu inspekce práce. Neléčí se s žádným vážným onemocněním, otec dívky trpí zvýšeným krevním tlakem. *„S tatškou máme takový zvláštní vztah, co se týče obou rodičů, v manželství se podřizuje taška mamce, snaží se ji ve všem zvděčit. To znamená, že pokud o nás jeví zájem, je to hlavně z iniciativy mamky. Zajímá se jen, aby se neřeklo, je to takový nucený a nepřirozený zájem. Zajímá se jen, když cítí, že by se zajímat měl.“*

Sestra je ve věku 16 let, momentálně je svobodná a věnuje se studiu třetího ročníku gymnázia. Z hlediska výkonu týkající se školy, není mladší sestra tak pevně zaujatá, výkonem dosahuje průměrných, až lepších výsledků. Mladší sestra nemá žádné zdravotní potíže. Andrea má se svou sestrou velmi hezký vztah. *„Na svůj věk je má sestra velice vnímavá a empatická, dokázala mě vždy vyslechnout a byla pro mě vždy, když jsem potřebovala podržet.“* Sama zmiňuje, že právě sestra byla jedna z těch, kteří ji byli v průběhu nemoci velikou oporou.

### **Školní anamnéza**

Andrea v rámci předškolního vzdělávání docházela do mateřské školy. Po incidentu, který se dívce v mateřské škole stal a po následné roční pauze, znovu nastoupila do jiné mateřské školy. Povinnou školní docházku absolvovala v základní škole ve vedlejší vesnici, ale pouze první stupeň povinné školní docházky. Pro svůj výborný prospěch v období přechodu na druhý stupeň přestoupila na gymnázium. Co se týče prospěchu na obou školách, Andrea na sebe kladla vysoké nároky. Musela mít vždy samé jedničky, a pokud se stalo jinak, vyvedlo ji to z míry. *„V období školní docházky jsem byla přehnaně upnutá na školu, musela jsem mít nejlepší výsledky, z jedné dvojky jsem byla schopná udělat hroznou scénu.“* Po úspěšném složení maturitní zkoušky byla přijata na právnickou fakultu. Momentálně studuje třetí ročník magisterského studia. Perfekcionismus z hlediska výkonu přetrvává dodnes, Andrea si vždy nechávala na svým školních výsledcích velice záležet, to se u ní nezměnilo.

### **Sociální anamnéza**

Andrea je povahově velmi otevřený a přátelský člověk. Nedělá ji problém bavit se ve větší skupině lidí. Obklopuje ji větší okruh lidí, kolem sebe má pár nejbližších kamarádů, ale udržuje

kontakt i s těmi, se kterými se baví méně. Rozumí si rovněž velmi se svojí mladší sestrou, se kterou udržuje velmi hezký vztah.

### **Nynější onemocnění**

Andrea se dostala z nejhorší fáze mentální anorexie na začátku roku 2021. Z výpovědí tvrdí, že má občasné myšlenky na jídlo. Má tendenci si ubírat z porcí, ale většinou převažuje ta zdravá stránka rozumu. Dívka se momentálně léčí s gynekologickými problémy. Dívce byla nasazena hormonální léčba, která byla zahájena v únoru roku 2021. Léčba započala první dávkou hormonů po dobu pěti dnů jedenkrát denně, pro neúspěšný návrat menstruace byla nasazena podruhé v dubnu opět po dobu pěti dnů dvakrát denně. Dívka donedávna docházela na pravidelné gynekologické prohlídky 1x-2x měsíčně. Další návštěva gynekologie doporučena v srpnu 2021 z důvodu příznivých reakcí těla na hormonální léčbu, které vyplynuly z posledních výsledků hormonálních testů. V květnu 2021 se u dívky nazpět objevil pravidelný menstruační cyklus.

### **Farmakologická anamnéza**

V období léčby mentální anorexie a úzkostných stavů dívka užívala Guajacuran na volný prodej, dále také předepsanou medikaci ve formě Rhypnolu, dívka rovněž užívala Xanax a také Neurol, také na předpis. Úzkostné stavy u dívky stále přetrvávají, ale nejsou tak časté jako v období PPP. Dívka momentálně neužívá žádnou medikaci.

## **7 Analýza dokumentů – deník**

Maminka si po celou dobu trvání emoční poruchy dívky vedla deník. Úryvky dokazují několik základních projevů separační úzkosti. Jedním z nich je například nadměrná fixace na matku, se kterou dívka chtěla trávit veškerý čas, pokud se maminka od dívky vzdálila, docházelo u dívenky ke strachu, že maminku ztratí. *„Zkoušíme jít na dvě hodiny do školky. Opět je přisátá jen u mě. Hraje si, ale stále odbíhá za mnou. Když se chystáme jít domů, učitelka ji chce vzít za ruku a jít s ní, řev, dupot, nechce, nakonec jde se mnou, ale vyvádí.“*

Další z možných projevů, které lze ze zápisků zaznamenat, jsou přehnané reakce v běžných denních situacích, objevuje se také hysterie, návaly zlosti, vztek. *„Na schodech v domě chce jít první, jde po schodech, a já za ní. Křičí, ať stojím, vysvětluji jí, že jdu pomalu, že bude určitě nahoře první, i přesto křik, dupot a hysterie. Vyvádí asi 45 minut, nic nepomáhá. Nadává, že jsem blbá, ošklivá, tluče mě.“*

Také jedním z popisů psychických stavů holčičky byly nereálné obavy, že se něco mamince stane, holčička měla strach, že emočně blízkou osobu navždy ztratí, objevovaly se strachy ze smrti rodičů, strach z toho, že rodiče už nikdy neuvidí. *„Jedu uklidit jednomu známému dům. Volá dvakrát manžel, že Ajka strašně zuří a vyvádí, že jsem se s ní nerozloučila, a nedala jí pusu na rozloučení, prý křičela 45 minut.“*

Strach z odloučení je také provázen odmítáním ulehání ke spánku, pokud blízká osoba není nablízku, ve spánku se opakovaně objevují noční můry, děsy, strach z bubáků, stínů v pokoji. *„Večer dává všechny hračky do postele, zase zkusíme vyhánět bubáky, ptá se na všechny stíny v pokoji. Asi ve tři hodiny v noci volá, a manžel ji přenáší k nám do postele. Dává si pozor, aby neusnula. Najednou, že jí to nebaví, vztek, hysterie, dupot, nadávání, zase nás tluče, nechce spát. Řve asi dvě hodiny.“*

## **8 Rozhovor**

Pro získání informací byl použit v rámci kvalitativního výzkumu rozhovor s účastnicí výzkumu, data z něj autorka získala prostřednictvím techniky otevřeného kódování a techniky vyložení karet.

Otevřené kódování je technika, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, avšak díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti je používána a použitelná ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozvinut na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje (Švaříček, 2014, s. 226).

Technika, kterou nazýváme technikou vyložení karet, je tou nejjednodušší nadstavbou nad otevřené kódování, jakou si lze představit. Jde zkrátka o to, že výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií, můžeme si vybrat jen některé z nich. Analyzovaný text rozdělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta, odstavec (Švaříček, 2014, s. 211). Autorka se na základě výše uvedené techniky bude zabývat následujícími oblastmi: vznikem poruchy, osobností konkrétního jedince, rozvojem poruchy, jednotlivými projevy poruchy, dále také problematikou socializace, sourozeneckou rivalitou, léčbou separační poruchy, dále vznikem PPP, příčinami, fyzickými a psychickými následky a provázaností těchto dvou poruch.

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, účastnice výzkumu se léčila v dětství se separační úzkostí a panickou poruchou. Důležitý milník pro vznik daných poruch byl v období docházky dívky do předškolního zařízení. *„Bylo to v období docházky do mateřské školy, přesněji okolo 4.-5. roku mého života.“*

Z rozhovoru s maminkou vychází skutečnost, že na ni dívka byla před samotným incidentem dost fixovaná, ale byla to velice šikovné dítě, inteligencí převažovala své vrstevníky, co se týká vývoje, holčička se vyvíjela naprosto přirozeně. *„Ája jako dítě byla velice bystrá, vždy dosahovala ve výkonech vyšších výsledků než její vrstevníci. Zvykla si brzo bez plen, mluvila brzo ve větách, brzo samostatná, byla kamarádká, ale dost fixovaná na mě.“*

S incidentem, který se odehrál v prostředí mateřské školy, došlo v tomto období u dívky k rozvoji zmíněných poruch. *„Jako dítě jsem byla hodně vázaná na mamku, ale docházku do MŠ jsem zvládala docela dobře, obdobně jako ostatní děti. Do té doby, kdy do MŠ nastoupila nová učitelka, která mi jako dítěti vyloženě nesedla. V tu dobu jsem navíc onemocněla zánětem močového měchýře, což mělo za následek časté pomočování se, to se učitelce nelíbilo, navíc byla hrozně přísná. V jeden den mi řekla, že jestli se ještě jednou počůřám, už nikdy neuvidím rodiče.“*

Maminka dívky uvedla, že projevy separační úzkosti začaly vznikat okamžitě po incidentu. *„Okamžitě po incidentu byla ustrašená, bázlivá, uzavřená, vzteklá, probíhaly u ní velké změny nálad. Začala opět nosit pleny, nechtěla mezi lidi. Její úzkost nastartovala jakákoliv banální anebo neočekávaná změna oproti tomu, co bylo dohodnuto, a když se muselo improvizovat (třeba počasí, návštěva, nemoc, opoždění čehokoliv).“*

U dívky se po tomto incidentu začaly objevovat zvláštnosti, jako např. nadměrné trávení času na toaletě z důvodu strachu z pomočení se, obavy ze ztráty rodičů apod. *„Nevím to na den přesně, ale postupem času se u mě začaly objevovat různé zvláštnosti. Např. jsem byla přehnaně dlouhou dobu na WC, dokázala jsem sedět na toaletě i 3 hodiny. Měla jsem chorobný strach z toho, že se znova pomočím a ztratím rodiče, mamka musela být od té doby neustále se mnou.“*

Mezi projevy této konkrétní emoční poruchy lze u tohoto případu zařadit i chorobnou fixaci na matku, hysterii, nesnášenlivost vůči konkrétní osobě. *„Začala jsem být chorobně upnutá na mamku, neuměla jsem si představit bez ní být ani minutu, musela jsem vědět, kde a kdy se přesně nachází. Pokud se na chvíli vzdálila, začala jsem dělat hysterické scény, měla jsem strach, že mě opouští, a už nikdy ji neuvidím. Co se týče té učitelky, k ní jsem si vytvořila negativní vztah, ta nenávist byla takového rázu, že mi začaly vadit osoby s culíkem (každý den*

*nosila culík). Nemohla jsem ji vystát, později ji dokonce zbavili funkce učitelky té dané MŠ. “*

*Mezi další projevy lze tak jisto zahrnout i stranění se běžným každodenním činností a společnosti, také se objevovaly děsy, noční můry, enkopréza... „Odmítala jsem např. i jezdit městskou hromadnou dopravou, odmítala jsem kamkoliv chodit, byl u mě přítomný neustálý strach z pomočení, nošení plen bylo u mě, jako u dítěte, na denním pořádku. Dokonce i potom, co se narodila moje mladší sestra, jsem vyžadovala spaní s rodiči. Vymýšlela jsem si různé strachy, jen abych mohla spát s nimi, bála jsem se např. klavíru v pokoji, různých stínů, bubáků, tmy. “*

*Co se týká socializace v MŠ, byla dle slov matky zvyklá dívka na svoji kamarádku. „Do školky nastoupila po roce doma, chodila vždy po obědě domů, nikdy tam nespala.. Pokud byla její kamarádka nemocná, nechtěla jít vůbec. Nikdy tam nebyla šťastná, špatně si zvykala a chodila tam v podstatě jen pro to, že věděla, že maminka musí chodit do práce. “*

*S příchodem dalšího sourozence se vůči mladší sestře také začala projevat sourozenecká rivalita. „V návaznosti na tu sestru, rodičům psychologové poradili, aby si pořídili další, druhé dítě. Když mi to rodiče řekli, moje prvotní reakce bylo obrovské nadšení, ale jen do té doby, než mamka musela zůstat několik dnů v nemocnici, v tu chvíli jsem si uvědomila, že se o ní musím dělit, a že mi ji sestra „ vzala “.*

*Maminka v rámci rozhovoru také uvedla, že po narození mladší sestry se o to více prohloubila fixace. „Ještě víc se zafixovala na mě, nechtěla jet nikam, kde nebudu i já. Žárlila na pozornost. Ale chovala se vždy k sestřičce hezky, mile, a s láskou. “*

*Dívka rovněž popisuje, jakým způsobem probíhala léčba její separační úzkosti. „Když to začalo být opravdu nezvladatelné, začala jsem s rodiči navštěvovat psycholožku, která mi tuto poruchu diagnostikovala. Medikaci jsem neužívala. Spíše jsem absolvovala různé psychologické testy, např. kresbu rodiny, dodnes si pamatuji, že jsem měla provést kresbu ohrádky se zvířátky, kde jsem neudělala vrátka, z toho prý tenkrát vyšlo na povrch, že jsem byla psychicky nemocná. Také jsem měla kreslit strašidla, kterých jsem se bála při usínání. “*

*S přestěhováním se celé rodiny na vesnici a hledáním si nových vztahů mezi vrstevníky se u dívky zdálo, že porucha začíná ustupovat. „Předtím, než jsem nastoupila do první třídy, jsme se přestěhovali s rodiči a sestrou na vesnici, v té době jsem si našla dobré kamarádky, se kterými jsem se bavila i mimo školu, měla s nimi a dodnes mám hezký vztah. S některými jsem měla tak dobré vztahy, že jsem u nich začala i přespávat, a postupně se čím dál více odpoutávala od mamky. “*



Podle slov maminky projevy začaly na nějakou chvíli ustupovat po změně prostředí, jehož součástí byla málo frekventovaná základní škola a malý okruh přátel. *„Na základě doporučení dětské psych. lékařky, jsme udělali vše pro to, aby nechodila do velké základní školy a měla jen malý okruh přátel, přestěhovali jsme se na vesnici. Změny nálad ustály ve větší míře. Přestala být hysterická, znova se smála a vyrůstala poměrně v klidu. Samozřejmě ve všem musela být perfektní, jako by měla pocit, že pokud to tak nebude, ztratí nás (přesně, jak jí řekla ta paní učitelka z MŠ). Změny taky nebyly moc dobře vnímány. Celá základní škola i nižší gympl byl relativně v klidu, nové úzkosti a hysterie se objevovaly až s pubertou a trvají do teď.“*

První náznaky, které v budoucnu odstartovaly problémy s jídlem a následnou mentální anorexií, se objevily v období puberty. *„Okolo 14.-15 roku, kdy se každá slečna chce hrozně líbit, jsme začaly experimentovat se spolužačkou z gymnázia, co se týče jídla. Do toho jsem v tu dobu zároveň absolvovala trhání mandlí, takže jsem musela omezit jídlo, přijímala jsem pouze kašovitou stravu, a už tenkrát jsem byla hubená. S tímto zákrokem jsem zhubla navíc nějakých šest kilo. Takže opět nějaká oblast, na kterou jsem se začala postupně upínat.“*

V období puberty se u Andrei také objevil první vážný vztah, který, jak se později ukázalo, rovněž působil jako jedna z příčin vzniku mentální anorexie dívky. *„V patnácti letech jsem si navíc našla první vážný vztah, do kterého jsem dávala vše, upustila jsem od pozornosti na jídlo. První tři měsíce byly hezké, poté ale začalo to všechno pěkně opadat, já ho navíc začala mít i hodně ráda, byla jsem na něm až závislá. Hlavně na mě měl vysoké nároky, co se týče vzhledu.“*

Andrea se v tomto vztahu potýkala od přítele s narážkami na vzhled, s fyzickým a psychickým napadáním, které měly zajisté vliv na následné vnímání sebe samé. *„Padaly narážky na můj vzhled, postavu, říkal mi, že kdybych nechodila s ním, tak nikoho nemám. Začala jsem tomu svým způsobem věřit, ale přesto jsem s ním pořád zůstala, dokázala jsem mu vše odpustit. Začala to být horší, začal mě podvádět, a já se s každou tou dívkou chtěla srovnávat, pokaždé mi to ublížilo, byla jsem úzkostná. Fyzicky mě napadl, plivl mi do obličeje, shodl mě na zem. I po tomto jsem byla schopná se k němu vrátit. Začala jsem být chorobně žárlivá, jednou jsem se mu podívala do zpráv. Psal si s kamarádkou, že se vidá s holkou, která je mi hrozně podobná, ale ona je lepší verze mě, přesně vyjmenoval lepší postavu, hezčí oči, menší pozadí. Říkal mi, že mám celulitidu, a že bych neměla tolik jíst, do toho mě začal pravidelně fyzicky napadat, bylo toho na mě opravdu moc. Chtěla jsem mu ukázat, že budu ta nejhubenější holka, kterou kdy měl. Začala jsem si ubírat na porcích, vyhazovala jsem jídlo, co*

*mi chystala mamka, strašně se mi líbilo, jak jsem hubla. ‘‘*

U dívky se po nějakém čase začaly objevovat prvotní příznaky mentální anorexie. *„Chtěla jsem zhubnout až na 50 kilo. V září 2018 jsem jela na dovolenou, měla jsem tam hodně pohybu, takže šla váha hodně dolů, do toho jsem omezila jídlo – měla jsem např. k snídani jogurt s banánem, v průběhu dne jablko a večer rýžový chlebiček s žervé. Doma jsem stoupla na váhu a měla o 4 kila méně. Od té doby jsem si řekla že budu jíst dvě jídla denně. V zimě toho roku to šlo opravdu z kopce. Definitivně jsem se rozešla s přítelem, a nemoc propukla na plné obrátky. V té době jsem vážila nějakých 45 kilo. ‘‘*

Následkem PPP se Andrea dodnes potýká s mnoha psychickými následky, několik z nich zmiňuje v rozhovoru. *„Postupem času jsem začala mít úzkostné stavy, kdy mi začalo vadit a znervózňovat mě, jak se na mě všichni dívají ve škole i na ulici. Úzkostné stavy mám pořád, a to ohledně toho, jak vypadám teď, mám body dysmorfii. Jsem schopna udělat obrovskou scénu skrze to, jak momentálně vypadám. Jsem schopná tvrdit, že jsem tlustá. Myslím, že na to, že je mi 21 let, jsem hodně nesrovnaná s tím, jak vypadám. Podepisuje se to i na tom, jak chodím oblékaná, za každou cenu to musí být volná mikina, je pro mě nepředstavitelné, aby mi šly vidět stehna a břicho, to mám nafouklé kvůli trávení. Vím, kolik má která potravina kalorií, kontrola jídla tady pořád je. Mám nastaveno, že se kolikrát chci pochválit za to, když sním za den méně jídla, než bych měla, ale nestává se to už moc často, hned v ten moment převládá ta rozumová stránka. ‘‘*

Mimo následků psychických, se rovněž u dívky objevilo a dodnes přetrvává nespočet dopadů na stránce fyzické. *„Z fyzických následků rozhodně celkové vyčerpání organismu. Ležela jsem např. ve vaně, a musela jsem počítat do deseti, a potom vstát, měla jsem opravdu minimum energie. Dále to byla rozhodně ztráta menstruace, tu nemám dodnes, pak selhávání ledvin, narušení funkce srdce, narušené trávení, zvýšené nadýmání, zavodněné tělo, zvýšená kazivost zubů, odlamování kostí, vypadávání vlasů atd. ‘‘*

V rozhovoru Andrea reaguje na dotaz, zda se u ní potvrdila provázanost separační úzkosti a mentální anorexie v období adolescence. *„Určitě, to mi potvrdili i lékaři. Budu do konce života na nějaký podnět upnutá. V raném dětství to byla moje mamka, dále bývalý přítel, jídlo, a celkově škola. ‘‘*

Jedna z otázek směřem k účastnici výzkumu poukazuje na to, jaká konkrétní motivace byla impulz ke změně a k zahájení léčby. *„To, co mě nakoplo ke změně, bylo, když mi doktorka řekla, jestli se nebojím, že umřu. V tu dobu jsem vždy spala se sestrou přes noc v posteli,*

*představa, že by se ona vzbudila, a já budu vedle ní ležet mrtvá, mě děsila. Dále to bylo absolvování softoterapie. Pomocí různých relaxačních cvičení mě terapeutka měla přimět jíst. Den poté jsem opravdu začala jíst tři malá jídla. Byla jsem schopná dát si trošku vložek, cizrnu do salátu, pro někoho to může být směšné, ale pro mě to byl obrovský pokrok. Ale automaticky se to určitě nelepšilo, několikrát jsem se vracela zpět, kolísalo to.“*

Na závěr rozhovoru dívka zodpověděla na otázku, jak by se nejlépe popsala jako člověk. *„Jsem hodně cílevědomá, což je nevýhoda na jednu stranu. Když jsem si umanula, že zhubnu, tak se mi to bohužel povedlo víc, než jsem plánovala. Ale na druhou stranu, zase jsem si řekla, že se z toho dostanu, a jsem na dobré cestě. Má to svoje plusy i minusy. Je mezi tím tenká hranice. Dokážu se také lehce upnout na lidi, na aktivity, mám ráda své jistoty, stereotypy.“*

## **Diskuse**

Cílem praktické části bylo zachytit, popsat a interpretovat rozvoj emocionální poruchy u vybrané osoby, a to od raného dětství až do dospívání, kdy rovněž došlo k současnému rozvoji PPP. Praktická část výzkumného šetření rovněž obsahuje kazuistiku, která byla vytvořena na základě odborných zpráv a vyšetření účastnice výzkumu, včetně doplnění informací, získaných z rozhovoru s účastnicí výzkumu a její maminkou.

**Hlavní výzkumná otázka: „Jaká je provázanost mezi emoční poruchou v dětství a poruchou příjmu potravy v období adolescence?“**

Z výpovědí, které autorka získala za pomoci rozhovoru s účastnicí výzkumu, můžeme usoudit, že provázanost mezi emoční poruchou osoby a rozvojem PPP je opravdu možná. Osoba uvedla, že už od raného dětství se objevovala ve vztahu k její mamince vyšší než přirozená fixace. Se vznikem incidentu v raném dětství se její fixace o to více prohloubila. Postupem dalších let se fixace přesunovala na další oblasti života účastnice výzkumu – podle výpovědí to byla škola, pak se přidal první vážný vztah a v adolescenci se pozornost přesunula na jídlo.

Například autoři jedné studie (Bulik et al. 1997) porovnávali prevalenci a věk nástupu dětských úzkostných poruch se skupinou žen s anorexií, s bulimií, s depresí a skupinou žen zdravých. Ženy s diagnózou anorexie trpěly v dětství nejčastěji obsedantně-kompulzivní poruchou a separační úzkostí. Skupina žen s depresí i s anorexií trpěly významně častěji v dětství panickou poruchou. Data studie naznačují, že určité úzkostné poruchy jsou nespécifické rizikové faktory pro pozdější poruchy příjmu potravy (Bulik et al. 1997). Např. 12

žen z celkových 68, se vznikem mentální anorexie v 16,9 letech, vypovědělo, že v dětství trpělo separační úzkostí.

Autoři další studie (N.T. Godart, M.F. Flament, Y. Lecrubier, P. Jeammet) retrospektivně zkoumali 63 osob se současnou diagnózou poruch příjmu potravy. Výsledkem výzkumu bylo potvrzení, že z celkového počtu 29 zkoumaných osob s diagnostikovanou mentální anorexií trpělo celkem 19 osob (65 %) separační úzkostí. Celkově lze říci, že separační úzkostná porucha nebo některé její rysy byly nalezeny u poloviny osob s diagnózou mentální anorexie (N.T. Godart et al. 2000).

Dále také Deep et al. retrospektivně zkoumali 24 dlouhodobě uzdravených pacientů s mentální anorexií. 11 pacientek (46 % z celkového počtu zkoumaných) mělo v anamnéze uvedenou úzkostnou poruchu různého typu (separační úzkostná porucha, nadměrná porucha, sociální fobie) před nástupem mentální anorexie.

### ***Podílí se některé osobnostní rysy (perfekcionismus) na vzniku mentální anorexie v adolescenci?***

Anderluh et al. (in Papežová, 2010, s. 39) tvrdí, že perfekcionista rasy se u dívek, které později vyvinou PPP, projevují již od dětství, tzn. snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol, účes i uklizený pokojíček.

Rovněž i Andrea v rámci rozhovoru uvedla, že od malička byla zvyklá mít vše perfektní, co se týče známek, nemohlo se stát, že by nedosáhla nejlepších výsledků. Pokud tomu bylo naopak, vyvedlo to dívku z míry. Perfekcionismus se u dívky projevoval i v pubertě a v následujících letech v období adolescence. Byla zvyklá mít perfektní postavu a vypadat dobře. Perfekcionismus přerostl až do takového rázu, že Andrea se na svou postavu zaměřila tak moc, až došlo k rozvinutí PPP.

### ***Jak separační úzkost ovlivnila jedince v socializaci mezi vrstevníky?***

Z výpovědi účastnice výzkumu můžeme usoudit, že socializace vzhledem ke druhým osobám byla značně ztížena projevy separační úzkosti. Už od počátku vzniku této poruchy se chod celého dne musel uzpůsobit individuálním potřebám holčičky. Vzhledem ke zvýšené fixaci na maminku byla její socializace značně omezena. Podle jejich výpovědí odmítala např. i jezdit městskou hromadnou dopravou, odmítala chodit do společnosti, byl přítomný neustálý strach z pomočení. Maminka účastnice vypověděla, že do nové mateřské školy nastoupila až po roční

pauze, to znamená, že děvčátko bylo celý rok distancováno od prostředí MŠ a každodenního kontaktu s dětmi. Maminka rovněž uvedla, že v prostředí MŠ holčička nebyla nikdy šťastná, byla plačtivá, špatně si zvykala. Andrea v nové MŠ po roční pauze zůstávala jen do oběda, nechtěla tam přespávat s ostatními dětmi. Maminka si ji každý den po obědě brávala domů. V této MŠ měla Andrea tendenci zafixovat se na kamarádku, která pokud do MŠ nepřišla, Andrea byla plačtivá a nechtěla do MŠ jít. S přestěhováním se rodiny do vesnického prostředí a vytvořením si malého okruhu lidí se Andrea postupně odpoutávala od maminky. S nástupem na základní školu začaly přibývat školní povinnosti a Andrea se upnula na školu tak, aby dosahovala nejlepších výsledků. Vzhledem k tomu, že autorka práce navštěvovala stejnou základní školu s účastnicí výzkumu, hodnotí Andreu jako komunikativní, společenskou, ale upnutou na školní výsledky. Po přestupu na gymnázium se Andrea aklimatizovala na nové prostředí bez problému, neměla problém vycházet se svými vrstevníky, ale opět se velmi upnula na školní výsledky.

## Závěr

Cílem teoretické části práce bylo seznámit s jednotlivými poruchami emocí v dětském věku. V první kapitole byly autorkou uvedeny a popsány jednotlivé emoční poruchy, se kterými se jedinec může potýkat v dětství. Byla zde popsána etiologie poruch, jednotlivé druhy poruch, a charakteristika každé z nich. Součástí kapitoly bylo také seznámení s projevy emoční poruchy v osobnosti dítěte. Ve druhé kapitole teoretické části autorka práce navázala na poruchy příjmu potravy. Zmínila jednotlivé druhy poruch příjmu potravy, a dále se poté zaměřovala na mentální anorexii, která byla předmětem zkoumání práce autorky. Uvedla jednotlivé příčiny, příznaky a projevy této poruchy. Ve třetí kapitole teoretické části autorka uvedla jednotlivé faktory, které mohou vést ke vzniku mentální anorexie v období adolescence. Autorka se v praktické části zaměřovala na konkrétní poruchu emocí u dítěte, kterou byla separační úzkost. Autorka se pokusila zachytit, popsat a interpretovat vývoj mentální anorexie u vybrané respondentky od raného dětství (s rozvojem emocionálních poruch) až do dospívání (vznik PPP).

V rámci kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovoru s účastníky výzkumu, tj. s dívkou, která v dětství trpěla separační úzkostí a v adolescenci mentální anorexií a její maminkou, autorka dospěla k závěru, že provázanost těchto poruch je opravdu možná. Prostřednictvím analýzy obsahu deníku autorka také doložila, že dle projevů, které maminka uváděla, se opravdu jednalo o separační úzkost (viz také zpráva z psychologického vyšetření). Autorka rovněž zjistila, že díky některým specifickým rysům, kterými jedinec může od dětství trpět, v našem případě je to perfekcionismus, je prevalence mentální anorexie v adolescenci o dost větší. Tyto dívky musí mít vše perfektní a často trpí pocitem, že pokud nejsou ve všem nejlepší, oplývají zklamáním ze sebe samých. O to větší je riziko vzniku poruch příjmu potravy, kdy dívka může pocít, že musí dosáhnout za každou cenu té nejlepší postavy ze všech. Autorka v rámci rozhovoru také zjistila, že mimo osobnostní rysy se na vzniku mentální anorexie účastnice podílely také další rizikové faktory v podobě nevinného experimentování s jídlem, které bylo prvotním impulzem pro vznik PPP, ale také první vážný vztah, který nemoc rozpoutal na plné obrátky.

Vzhledem ke zkoumané problematice lze vyvodit, že i jediná odchylka v přístupu k dítěti může jedinci způsobit problém na celý život.. Na závěr práce je potřeba upozornit na fakt, že pedagogové by měli přistupovat k dětem s rozumem a rozvahou, dbát na to, že i jedna prostá věta, která byt' nemusela být myšlena na první dojem zle, může na jedinci zanechat

negativní následky. Rovněž i z pozice rodiče je třeba nastavit dětem správné myšlení a učit je, které oblasti života jsou opravdu důležité a prioritní.

## Seznam literatury

HORT, V., a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

CHRASTINA, J., 2019, *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study – a method of qualitative research strategy and research design*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.

KRCH, F., 2002. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8598-9

KRCH, F., 1999. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-716-9627-7.

KRCH, F., 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F., ŠVÉDOVÁ, J., 2013. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Praha: Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2

MALONEY, M., KRANZ R., 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-248-0

MARÁDOVÁ, E., KRANZ R., 2007. *Poruchy příjmu potravy: posedlost zdravou stravou*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s. ISBN 978-80-86991-09-2.

MCGREGOR, R., 2019. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-739-0968-0.

NAKONEČNÝ, M., 1998. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0689-3.

OREL, M., 2012. *Psychopatologie: pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAPEŽOVÁ, H., 2010. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.



PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.

ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.

ŠIMEK, J., 1995. *Lidské pudy a emoce*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny. ISBN- 80-7106-121-2.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-802-6206-446.

VÁGNEROVÁ, M., 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8678-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Transkripce rozhovoru s účastníkem výzkumu

Příloha č. 2: Transkripce rozhovoru s rodičem

Příloha č. 3: Transkripce deníku rodiče

Příloha č. 4: Zpráva z psychologického vyšetření

Příloha č. 5: Zpráva z oddělení léčebné výživy

Příloha č. 6: Výstup z vyšetření pro srovnání představy a skutečné postavy

Příloha č. 7: Vyšetření InBody z Kliniky TVL a kardiovaskulární rehabilitace

## Příloha č. 1: Rozhovor s účastníkem výzkumu

1) Jaká emoční porucha ti byla diagnostikována v dětství?

*Léčila jsem se se separační úzkostí a panickou poruchou.*

2) Kdy měla tato porucha počátek, kolik ti bylo let?

*Bylo to v období docházky do mateřské školy, přesněji okolo 4.-5. roku života.*

3) Vzpomeneš si, za jaké situace tato porucha vznikla?

*Přesně si to nepamatuji, v průběhu dospívání se mi začal o tomto incidentu utvářet obraz, mám různé útržky z té doby, něco vím i z vyprávění od rodičů. Jako dítě jsem byla hodně vázaná na mamku, ale docházku do MŠ jsem zvládala docela dobře, obdobně jako ostatní děti. Do té doby, kdy do MŠ nastoupila nová učitelka, která mi jako dítěti vyloženě nesesdla. V tu dobu jsem navíc onemocněla zánětem močového měchýře, což mělo za následek časté pomočování se, což se učitelce nelíbilo, byla hrozně přísná. V jeden den mi řekla, že jestli se ještě jednou počůurám, už nikdy neuvídím rodiče.*

4) Takže je jisté, že tento incident odstartoval tvé problémy?

*Rozhodně. Nevím to na den přesně, ale postupem času se u mě začaly objevovat různé zvláštnosti. Např. jsem byla přehnaně dlouhou dobu na WC, dokázala jsem sedět na toaletě i 3 hodiny. Měla jsem chorobný strach z toho, že se znovu pomočím a ztratím rodiče, mamka musela být od té doby neustále se mnou.*

5) Před tímto incidentem jsi jako dítě neměla žádné psychické potíže?

*Myslím si, že jsem se do té doby vyvíjela jako každé jiné, normální dítě. Byla jsem možná více upnutá na rodiče, ale myslím, že taková ta potřeba přirozené fixace na rodiče je v tomto věku úplně normální.*

6) Jak se tedy u tebe porucha začala projevovat?

*Začala jsem být chorobně upnutá na mamku, neuměla jsem si představit bez ní být ani minutu, musela jsem vědět, kde a kdy se přesně nachází. Pokud se na chvíli vzdálila, začala jsem dělat hysterické scény, měla jsem strach, že mě opouští, a už nikdy ji neuvídím.*

*Co se týče té učitelky, k ní jsem si vytvořila negativní vztah, ta nenávist byla takového rázu, že mi začaly vadit osoby s culíkem (každý den nosila culík). Nemohla jsem ji vystát, později ji dokonce zbavili funkce učitelky té dané MŠ.*

*Odmítala jsem např. i jezdit městskou hromadnou dopravou, odmítala jsem kamkoliv chodit, byl u mě přítomný neustálý strach z pomočení, nošení plen bylo u mě, jako u dítěte, na denním pořádku.*

*Dokonce i potom, co se narodila moje mladší sestra, jsem vyžadovala spaní s rodiči. Vymýšlela jsem si různé strachy, jen abych mohla spát s nimi, bála jsem se např. klavíru v pokoji, různých stínů, bubáků, tmy.*

- 7) Říkáš, že strachy přetrvávaly i po narození sestry, znamená to tedy, že porucha přetrvávala i po opuštění MŠ?

*Určitě. Troufám si říct, že následky z této poruchy si nesu do dnes, jen v pozměněné podobě, ty následky, které mám z té události, asi nevytizí nikdy. V návaznosti na tu sestru, rodičům psychologové poradili, aby si pořídili další, druhé dítě. Když mi to rodiče řekli, moje prvotní reakce bylo obrovské nadšení, ale jen do té doby, než mamka musela zůstat několik dní v nemocnici, v tu chvíli jsem si uvědomila, že se o ní musím dělit, a že mi ji sestra „vzala“.*

- 8) Co se tedy tou poruchou změnilo v životě vaší rodiny?

*Vše se muselo uzpůsobit mně. Cesta do školky probíhala tak, že jsme jely v autě, a mamka mi musela popisovat každý den cestu tam, zdůvodňovat mi, proč musí do práce, a proč to bez ní musím vydržet, a jít do školky. Neexistovalo, že bych byla ve školce přes oběd, okolo obědu mě mamka musela vyzvedávat, představa že usnu, a ona tam nebude, pro mě byla nepředstavitelná.*

- 9) Jakým způsobem se u tebe tato porucha léčila?

*Když to začalo být opravdu nezvladatelné, začala jsem s rodiči navštěvovat psycholožku, která mi tuto poruchu diagnostikovala. Medikaci jsem neužívala. Spíše jsem absolvovala různé psychologické testy, např. kresbu rodiny, dodnes si pamatuji, že jsem měla provést kresbu ohrádky se zvířátky, kde jsem neudělala vrátka, z toho prý tenkrát vyšlo na povrch, že jsem byla psychicky nemocná. Také jsem měla kreslit strašidla, kterých jsem se bála při usínání.*

- 10) Jakým způsobem jsi se zapojovala s touto poruchou mezi vrstevníky?

*Co se týče vztahů s dětmi, s těmi jsem dokázala bavit, s tím jsem neměla problém, ztížené to bylo těmi mými stavy, a odchodem každý den ze školky ihned po obědě. Navíc jsem rok musela být po tom incidentu doma, mamka musela opustit práci, a být se mnou a věnovat se mi. Po roční pauze jsem přešla do jiné MŠ.*

11) Vzpomeneš si, kdy přehnaná fixace na rodiče začala ustupovat?

*Předtím, než jsem nastoupila do první třídy, jsme se přestěhovali s rodiči a sestrou na vesnici, v té době jsem si našla dobré kamarádky, se kterými jsem se bavila i mimo školu, měla s nimi a dodnes mám hezký vztah. S některými jsem měla tak dobré vztahy, že jsem u nich začala i přespávat, a postupně se čím dál více odpoutávala od mamky.*

12) Jak bys samu sebe popsala jako dítě?

*Když se nad tím tak zamýšlím, vždy jsem se musela na něco upnout. V období školní docházky jsem byla přehnaně upnutá na školu, musela jsem mít nejlepší výsledky, z jedné dvojky jsem byla schopná udělat hroznou scénu.*

13) Ta tvá přehnaná pečlivost a důslednost, co se týče školy, nemohla být způsobena výchovou rodičů?

*Vůbec ne, naopak rodiče byli ti, kteří mi říkali, že jediné, co po mně chtějí, co se týče školy, abych se ve škole chovala vzorně, byla jsem docela problémové dítě, několikrát mi hrozila i důtka. Znamky jsem držela hlavně kvůli sobě.*

14) Pokud navážeme na PPP, jaký byl u tebe impulz vzniku mentální anorexie?

*Okolo 14.-15 roku, kdy se každá slečna chce hrozně líbit, jsme začaly experimentovat se spolužačkou z gymnázia, co se týče jídla. Do toho jsem v tu dobu zároveň absolvovala trhání mandlí, takže jsem musela omezit jídlo, přijímala jsem pouze kašovitou stravu, a už tenkrát jsem byla hubená. S tímto zákrokem jsem zhubla navíc nějakých šest kilo. Takže opět nějaká oblast, na kterou jsem se začala postupně upínat. V patnácti letech jsem si navíc našla první vážný vztah, do kterého jsem dávala vše, upustila jsem od pozornosti na jídlo. První tři měsíce byly hezké, poté ale začalo to všechno pěkně opadat, já ho navíc začala mít i hodně ráda, byla jsem na něm až závislá. Hlavně na mě měl vysoké nároky, co se týče vzhledu.*

15) Takže jsi cítila nátlak na tvoji postavu z jeho strany?

*Určitě, on ještě tím, že byl sportovec, známý fotbalista, ode mě vyžadoval, abych vypadala dobře.*

16) Jak to probíhalo?

*Padaly narážky na můj vzhled, postavu, říkal mi, že kdybych nechodila s ním, tak nikoho nemám. Začala jsem tomu svým způsobem věřit, ale přesto jsem s ním pořád zůstala, dokázala jsem mu vše odpustit. Začala to být horší, začal mě podvádět, a já se s každou tou dívkou chtěla srovnávat, pokaždé mi to ublížilo, byla jsem úzkostná.*

*Důležitý byl milník v létě 2016, musela mít nasazenou medikaci, přestala jsem to zvládat, chtěla jsem umřít, rodiče se mnou museli zůstat doma. Byla jsem schopná lehnout si na zem, a opakovalo se to, co v dětství – něco nebylo po mém, já si lehla na zem a začala jsem se vztekat. Tohle přesně jsem začala dělat doma v sedmnácti letech, byla jsem schopna škrábat se po nohách, mít hysterické scény.*

*Další mezník byl v mých 19. letech, rozešli jsme se na delší dobu, začala jsem se vídat s jinými kluky, to se mu nelíbilo. To bylo poprvé, co mě fyzicky napadl, plivl mi do obličeje, shodl mě na zem a odjel pryč. I po tomto jsem byla schopná se k němu vrátit. Začala jsem být chorobně žárlivá, jednou jsem se mu podívala do zpráv. Psal si s kamarádkou, že se vídá s holkou, která je mi hrozně podobná, ale ona je lepší verze mě, přesně vyjmenoval lepší postavu, hezčí oči, menší pozadí.*

17) Takže tato slova u tebe rozvinula mentální anorexii?

*Byl to první krůček ke vzniku PPP. Říkal mi, že mám celulitidu, a že bych neměla tolik jíst, do toho mě začal pravidelně fyzicky napadat, bylo toho na mě opravdu moc. Chtěla jsem mu ukázat, že budu ta nejhubenější holka, kterou kdy měl. Začala jsem si ubírat na porcích, vyhazovala jsem jídlo, co mi chystala mamka, strašně se mi líbilo, jak jsem hubla.*

18) Vzpomínáš, kolik jsi vážila na začátku?

*Moc dobře, vážila jsem se každý den. Na začátku jsem vážila 58 kilo, a měřím 176 cm. Chtěla jsem zhubnout až na 50 kilo. V září 2018 jsem jela na dovolenou, měla jsem tam hodně pohybu, takže šla váha hodně dolů, do toho jsem omezila jídlo – měla jsem např. k snídani jogurt s banánem, v průběhu dne jablko a večer rýžový chlebiček s žervé. Doma jsem stoupla na váhu*

*a měla o 4 kila méně. Od té doby jsem si řekla že budu jíst dvě jídla denně. Do toho se mi ozval ten bývalý přítel, řekl mi, že jsem zhubla, to bylo pro mě zaplesáním, začala jsem se s ním opět vídat. To už si začal všimát i on, že mám nějaký problém, uvědomil si, že za to může svým způsobem i on, snažil se mi pomáhat. Ale mně už nešlo pomoci, tu moc převzalo jídlo.*

19) Takže poté se priorita přesunula pouze na jídlo?

*Ano, bylo mi všechno jedno, všechna pozornost směřovala na jídlo, vytvořila jsem si závislost, byla to moje jediná jistota. V zimě toho roku to šlo opravdu z kopce. Definitivně jsem se rozešla s přítelem, a nemoc propukla na plné obrátky. V té době jsem vážila nějakých 45 kilo.*

20) Líbila jsi se sama sobě v té době?

*Líbilo se mi to, neustále jsem se fotila, všichni se na mě dívali, byla jsem ráda středem pozornosti. To, jak na mě všechno oblečení viselo mě svým způsobem nějak uspokojovalo. Byla jsem na sebe pyšná za to, co jsem dokázala.*

21) Takže jsi nepocítovala nějaké úzkostné stavy, co se týče vzhledu?

*To až ke konci. Když ta nemoc propukla, byla to taková euforie. Vytvořila jsem si svoje zajaté rituály, vypila jsem např. 6 káv denně, pořád jsem pila bez kalorické nápoje, žvýkala žvýkačky, do toho jsem se začínala občas přejídat, užívala jsem projímadla. Úzkostné stavy jsem začala mít až postupem času, kdy mi začalo vadit a znervózňovat mě, jak se na mě všichni dívají ve škole i na ulici.*

22) Co byl tedy impulz pro změnu?

*To, co mě nakoplo ke změně, bylo, když mi doktorka řekla, jestli se nebojím, že umřu. V tu dobu jsem vždy spala se sestrou přes noc v posteli, představa, že by se ona vzbudila, a já budu vedle ní ležet mrtvá mě děsila. Dále to bylo absolvování sfioterapie. Pomocí různých relaxačních cvičení mě terapeutka měla přimět jíst. Den poté jsem opravdu začala jíst tři malá jídla. Byla jsem schopná dát si trošku vloček, cizrnu do salátu, pro někoho to může být směšné, ale pro mě to byl obrovský pokrok. Ale automaticky se to určitě nelepšilo, několikrát jsem se vracela zpět, kolísalo to.*

23) Jaké psychické potíže ti PPP přinesla?

*Úzkosti. Úzkostné stavy mám pořád, a to ohledně toho, jak vypadám teď, mám body dysmorfii. Jsem schopna udělat obrovskou scénu skrze to, jak momentálně vypadám. Jsem schopná tvrdit, že jsem tlustá. Myslím, že na to, že je mi 21 let, jsem hodně nesrovnaná s tím, jak vypadám. Podepisuje se to i na tom, jak chodím oblékaná, za každou cenu to musí být volná mikina, je pro mě nepředstavitelné, aby mi šly vidět stehna a břicho, to mám nafouklé kvůli trávení.*

24) Můžeš jmenovat i fyzické následky?

*Celkové vyčerpání organismu. Ležela jsem např. ve vaně, a musela jsem počítat do deseti, a potom vstát, měla jsem opravdu minimum energie. Z fyzických následků to dále byla rozhodně ztráta menstruace, pak selhání ledvin, narušení funkce srdce, narušené trávení, zvýšené nadýmání, zavodněné tělo, zvýšená kazivost zubů, odlamování kostí, vypadávání vlasů atd. Naopak v průběhu léčení se mi začaly se mi uzdravovat modřiny, záděry, vše se regeneruje rychleji, zhoustly mi vlasy, mám lepší barvu v obličeji.*

25) Pozoruješ na sobě pořád nějaké zažité vzorce myšlení?

*Vím, kolik má která potravina kalorií, kontrola jídla tady pořád je. Mám nastaveno, že se kolikrát chci pochválit za to, když sním za den méně jídla, než bych měla, ale nestává se to už moc často, hned v ten moment převládá ta rozumová stránka. Mimo jídlo jsem pořád upnutá na školu, ale to беру už jako takový standart.*

26) Potkala jsi se i v procesu uzdravování s narážkami od jiných osob?

*Potkala jsem se s takovými narážkami, moje kadeřnice mi např. řekla že jsem oplácaná, tuto situaci jsem vyloženě nezvládla. S tímto momentálně bojuji, a ještě asi dlouho budu.*

27) Prokázalo se, že nějakým způsobem separační úzkost v dětství mohla souviset s mentální anorexií?

*Určitě, to mi potvrdili i lékaři. Budu do konce života na nějaký podnět upnutá. V raném dětství to byla moje mamka, poté ta událost s koncem světa, dále bývalý přítel, rozvinutí mentální anorexie, a celkově škola.*

28) Jak by ses na závěr popsala jako člověk?



*Jsem hodně cílevědomá, což je nevýhoda na jednu stranu. Když jsem si umanula, že zhubnu, tak se mi to bohužel povedlo víc, než jsem plánovala. Ale na druhou stranu, zase jsem si řekla, že se z toho dostanu, a jsem na dobré cestě. Má to svoje plusy i minusy. Je mezi tím tenká hranice. Dokážu se také lehce upnout na lidi, na aktivity, mám ráda své jistoty, stereotypy.*

## Příloha č. 2: Rozhovor s rodičem

- 1) Ájina úzkost vznikla po incidentu v MŠ, jaká byla Ája jako dítě? Před tímto incidentem. Měla k separační úzkosti předpoklady?

*Ája jako dítě byla velice bystrá, vždy dosahovala ve výkonech vyššího nadprůměru než její vrstevníci. Zvykla si brzo bez plen, mluvila brzo ve větách, brzo samostatná, byla kamarádká, ale dost fixovaná na mě.*

- 2) Áje byla diagnostikovaná separační úzkost a panická porucha. Jak se tyto dvě poruchy začaly projevovat, v jakých situacích nejvíce?

*Okamžitě po incidentu, byla ustrašená, bázlivá, uzavřená, vzteklá, probíhaly u ní velké změny nálad. Zpět nosila pleny, nechtěla mezi lidi.*

*Její úzkost nastartovala jakákoliv změna i banální anebo neočekávaná změna oproti tomu co bylo dohodnuto a když se muselo improvizovat. (třeba počasí, návštěva, nemoc, opoždění čehokoliv)*

- 3) S Ájou jsi zůstala zhruba rok po tomto incidentu doma, jak následně probíhala adaptace Áji na děti v jiné školce?

*Do školky nastoupila po roce doma, chodila vždy po obědě domů, nikdy tam nespala. Nastoupila tam, kam také chodila její sestřenice, takže se potkávaly. Pokud byla její kamarádka nemocná, nechtěla jít vůbec. Nikdy tam nebyla šťastná, špatně si zvykala a chodila tam v podstatě jen pro to, že věděla, že maminka musí chodit do práce.*

- 4) Jak se změnil Ájin stav po narození mladší sestry?

*Ještě víc se zafixovala na mě, nechtěla jet nikam, kde nebudu i já. Žárlila na pozornost. Ale chovala se vždy k sestřičce hezky, mile, a s láskou.*

- 5) Kdy sis začala všimnout, že projevy těchto poruch začínají ustupovat?

*Na základě doporučení dětské psych. lékařky jsme udělali vše pro to, aby nechodila do velké základní školy a měla jen malý okruh přátel, přestěhovali jsme se na vesnici. Změny nálad ustály ve větší míře. Přestala být hysterická, znova se smála a vyrůstala poměrně v klidu. Samozřejmě všechno a ve všem musela být perfektní, jako by měla pocit, že pokud to tak nebude, ztratí nás (přesně, jak jí řekla ta paní učitelka z MŠ). Změny taky nebyly moc dobře vnímány. Celá základní škola i nižší gympl byl relativně v klidu, nové úzkosti a hysterie se objevovaly až s pubertou a trvají do teď.*

### **Příloha č. 3: Deník**

26. 11. 2002 Úterý

Dopoledne po návštěvě poradny šla Andrejka za dědečkem a babičkou. Nechala jsem ji u nich. Šli spolu ven, na skluzavku, a na oběd ji děda dovezl domů. Po obědě jsem musela asi na jednu hodinu do práce, byla tam se mnou, ale stále chtěla jít domů, byla neklidná. Do hodiny zpěvu jít nechtěla. Večer až kolem 21.30 usnula na gauči v obývacím pokoji, do pokoje nechtěla.

27. 11. 2002 Středa

Byly jsme spolu celé dopoledne doma. Dívala se na TV a hrály jsme si, vše v pořádku. Odpoledne po obědě jsme šly ven na procházku. Chce, aby vše byla „rychlovka“, když někam jdeme, nebo jedeme. Venku začala naříkat, že chce, abych ji nosila na rukou, řekla jsem jí že ne, ať jde sama. Začala dupat, vztekat se, že chce čůrat, že ji tlačí boty, a koušou ji punčocháče. Uklidnila se ale docela rychle. Pak už si na žádné strasti nestěžovala. Odpoledne přišel domů manžel z práce, hrála si s ním, večer jsme vyháněli bubáky z dětského pokoje. Do pokoje spát ale nechce, opět spí na gauči. Usnula u TV.

29. 11. 2002 Pátek

Zkousíme jít na dvě hodiny do školky. Opět je přísátá jen u mě. Děti svačí, ona si dává jen kakao, 2 hrnky. Hraje si, ale stále odbíhá za mnou. Jdeme domů, říkám jí, ať se jde vyčůrat, že moc pila. Učitelka ji chce vzít za ruku a jít s ní, řev, dupot, nechce, nakonec jde se mnou, ale vyvádí. Vyčůrala se, a pak ji uklidňuji. Jdeme domů na oběd. Na schodech v domě chce jít první, jde po schodech, a já za ní. Křičí, ať stojím, vysvětluji jí, že jdu pomalu, že bude určitě nahore první, i přesto křik, dupot a hysterie. Vyvádí asi 45 minut, nic nepomáhá. Nadává, že jsem blbá, ošklivá, tlučte mě. Po obědě přichází táta, jedeme na nákup, vše v pořádku. Doma

vysadím manžela s Ajkou, a jedu uklidit jednomu známému dům. Volá dvakrát manžel, že Ajka strašně zuří a vyvádí, že jsem se s ní nerozloučila, a nedala jí pusku na rozloučení. Poté přijdu domů, už je klidná, hraje si, prý křičela 45 minut. Dává všechny hračky do postele, zase zkusíme vyhánět bubáky. Usíná u TV na gauči

30. 11. 2002 Sobota

Dopoledne jsme spolu doma, vaříme oběd, táta není doma, přichází babička, vše v pořádku. Po obědě chce jet se mnou do Šumperku na zápas, moje maminka jede s námi, aby ji hlídala. Musí to být „rychlówka“, až když mám jít hrát já, nechce mne pustit, křiky, vztekání, hysterie, babičku nechce, uklidní se až po 40 minutách. Jedeme domů, vše v pořádku. Táta už je doma. Večeříme, a po večeři se díváme na TV, ve 20.30 vypínáme TV. Zkusíme ji dát spát k ní do pokoje, po větším úsilí a malé hysterii spolu ležíme u ní v pokoji, nechce spát, ptá se na všechny stíny v pokoji, tatínek vysvětluje. Usíná u sebe v pokoji. Asi ve tři hodiny v noci volá, a manžel ji přenáší k nám do postele. Spí až do rána, když spala, nachystali jsme jí adventní výzdobu u ní v pokoji.



1. 12. 2002 Neděle

Objevuje všechny ozdoby adventu. Dopoledne mi pomáhá s úklidem. Oblékáme se a jdeme na oběd k babičce. Po obědě jedeme do OBI, vše v pořádku, jde s babičkou, tátou a dědou na náměstí. Tam jsou asi dvě hodiny. Pak si až do večera hraje doma, je hrozně neposlušná, řekneme jí něco, ale vůbec nás neposlouchá. Večer zase vypínáme TV a jdu s ní zase spát k ní do postele, zase trochu vyvádí, ale po větším přemlouvání zavře oči, a usíná. V noci zase volá, neseme ji k nám do postele.

2. 12. 2002 Pondělí


Ráno čůráme do zkumavky, a neseme to do ordinace k paní doktorce. Poté spolu jedeme do školky, jsme tam asi dvě hodiny. Přijde Mikuláš, vše probíhá v pořádku. Doma je velice drzá, neposlušná, hubatá. Jsme celé odpoledne doma, hrajeme si. Večer zase jdeme po vypnutí TV do postele, leží se mnou asi 30 minut, ale dává si pozor, aby neusnula. Najednou, že jí to nebaví, a že chce jít dolů do obývacího pokoje, vztek, hysterie, dupot, nadávání, zase nás tluče, nechce spát. Řve asi dvě hodiny, nakonec mi usíná v náručí. V noci se trochu budí.

## Příloha č. 4: Zpráva z psychologického vyšetření

PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ		
	Psychologická ordinace [redacted] tel. [redacted]	pro Mateřská škola [redacted]
Příjm., jm.: [redacted]	RČ [redacted]	dne 20.08.2003
<p>Děvčátko je v péči naší ambulance od listopadu 2002 pro nezvládnutou reakci na proběhlý konflikt v MŠ, která měla charakter až panické poruchy se silnou separační úzkostí.</p> <p>Děvčátko navštěvovalo MŠ [redacted] asi 4 měsíce - zhruba od srpna do října docházelo do MŠ bez problémů, adaptace proběhla pozvolna, po změně učitelky v oddělení a nějaké scéně kolem pomočení Andrejky došlo k výše zmíněné poruše, která probíhala hodně bouřlivě, děvčátko mělo řadu somatických obtíží, prohloubila se fixace na matku, objevily se noční děsy ap., matka musela přerušit zaměstnání a od listopadu 2002 - až do nynější doby je doma.</p> <p>Díky kvalitnímu zázemí a péči rodičů se ve spolupráci s naší ambulancí podařilo situaci zvládnout, děvčátko se nyní samo rozhodlo, že zkusí jít do MŠ, těší se, avšak není vyloučeno, že se situace může opakovat.</p> <p>Andrejka je šikovná, pohybově nadaná, rozumově nadprůměrná, pouze v soc. oblasti potřebuje individuální přístup, aby opět získala pocit bezpečí a jistoty, aby do školky chodila opět ráda. Má obavy z kritiky, obavy z toho co se bude dít, kdyby se třeba pomočila, obavy z odmítnutí.</p> <p>Pokud se podaří překonat její obavy, bude jistě patřit mezi šikovné děti. Spolupráce s matkou je velmi dobrá. Zpráva vydaná se souhlasem matky.</p>		
[redacted]		
 ORDINACE PSYCHOLOGICKÉ 840 000 IČO: 60799722 TEL: 062/543 8112		

## Příloha č. 5: Zpráva z oddělení léčebné výživy

Fm-L009-021-STRAVA-002; verze č. 3

	<b>Oddělení léčebné výživy</b> IČ:00098892
	<b>Záznam nutričního terapeuta AMB</b>

Pacient: [redacted] Rodné číslo: [redacted] ZP: [redacted]  
Adresa: [redacted]  
Datum vyšetření: 03.09.19

**Záznam nutričního terapeuta - ambulance**  
Typ návštěvy: kontrolní  
Odesílající lékař: [redacted]  
Léčí se na onemocnění: PPP - MA  
Trvalá medikace: HAK, Mg, doplňky stravy - na vlasy  
Alergie na potraviny: ne

**Analýza těla vstupní**  
Datum provedení: 26.03.2019  
Typ analýzy: InBody  
Výška: 175 cm, Hmotnost: 44 kg, BMI: 14,4 kg/m<sup>2</sup>  
Hmotnost kosterního svalstva: 20,4 kg  
Hmotnost tuku v těle: 5,2 kg, Procento tuku v těle: 11,8 %  
Celková voda v těle: 28,7 l  
BMR: 1208 kcal, Bazální metabolický výdej: 5049 kJ  
Obvod pasu: 55 cm, Obvod boků: 83 cm, Obvod paže: cm

**Analýza těla kontrolní**  
Datum provedení: 03.09.2019  
Typ analýzy: InBody  
Výška: 175 cm, Hmotnost: 40,3 kg, BMI: 13,2 kg/m<sup>2</sup>  
Hmotnost kosterního svalstva: 20,2 kg  
Hmotnost tuku v těle: 2,2 kg, Procento tuku v těle: 5,5 %  
Celková voda v těle: 29,3 l  
BMR: 1193 kcal, Bazální metabolický výdej: 4987 kJ  
Obvod pasu: 55 cm, Obvod boků: 80 cm, Obvod paže: cm

**Porovnání výsledků kontrolních a vstupních**  
Změna hmotnosti: -3,7 kg  
Procento zhubnutí / váhového přírůstku: -9,2 %  
Změna hmotnosti kosterního svalstva: -0,2 kg  
Změna hmotnosti tuku v těle: -3 kg  
Změna celkové vody v těle: 0,6 l  
Změna obvodu pasu: 0 cm  
Změna obvodu paže: 0 cm  
Změna bazálního metabolického výdeje: -15 kcal (-62,7 kJ)

**Denní pracovní/pohybový režim:** studentka práv  
**Sportovní/pohybové aktivity:** cvičení s vlastní vahou - posilování

**Pitný režim za 24 hod.:** 2 l  
**Druhy tekutin:** čaj, voda s citronem, coca cola zero na chuť  
**Káva:** 1 denně bez cukru s mlékem  
**Alkohol:** příležitostně víno

**Režim stravování:**  
TH stabilní 58 kg v létě 2018, poté TH šla dolů ("souhra více věcí"), TH stále klesá  
dříve se zajímala o zdravou stravu, ví co je zdravé - ale neví, jaká je vhodná porce, bojí se  
aby hodně nepřibrala

vstává 6-7h, spánek 23h  
jídlo 3x denně  
snídaně - 9-10h - tvaroh se sirupem bez cukru / ovocnozeleninové smoothie / zdravý koláč  
oběd - 13.30-14h - zelenina se sýrem nebo tofu, 1x týdně ryba nebo kuřecí / tvarohová pizza /  
zeleninové kuličky se salátem  
večeře - 20h - pečená zelenina s troškou brambor nebo tvarůžkami / krevetky se salátem /  
salát s cottage  
svačiny nejsou  
velikost porcí stejné  
bojí se sacharidů - vyřazuje mouku, vločky, vaječný žloutek,  
snaží se jíst často mimo domov - vidí, jaká je běžná porce a neví, co v tom je (nehlídá si






Příloha č. 6: Výstup z vyšetření pro srovnání představy o postavě a skutečném obrazu




# Sakeena Software Solutions

## Anamorphic Micro Score Sheet

**(Trial A)**

Your Estimation  Your Desire  True Image Size 

**(Trial B)**

Your Estimation  Your Desire  True Image Size 

**Scores:**

Estimation: 174 %  
Objective Dissatisfaction: 102 %  
Subjective Dissatisfaction: 58 %

**Scores:**

Estimation: 126 %  
Objective Dissatisfaction: 90 %  
Subjective Dissatisfaction: 71 %

**Client Name: Client BMI: 0 Test Date: 1.1.2001**

Příloha č. 7: Vyšetření InBody z Kliniky TVL a kardiovaskulární rehabilitace

Přij

# InBody

ID	██████████	Výška	175,0cm	Datum	2019/09/03	Klinika TVL a kardiovaskulární rehabilitace Tel: ██████████
Věk	20,0Roky	Pohlaví	Žena	čas	10:24:12	

### Analyzá složení těla

	Hodnoty	Hmotota bez tuku	Čistá hmotnost	Hmotnost těla	Normální rozmezí	Nutriční zhodnocení
Voda (l) <small>Celková voda v těle</small>	28,1	35,9	38,1	40,3	33,6 ~ 41,0	Proteiny <input type="checkbox"/> Normální <input checked="" type="checkbox"/> Nedostatečný
Proteiny (kg)	7,3					3,11 ~ 3,80
Mínery (kg)	2,66	<small>Nekosterní</small>				Tuky <input type="checkbox"/> Normální <input checked="" type="checkbox"/> Nedostatečný <input type="checkbox"/> Nadměrný
Hmotnost tuku v těle (kg)	2,2	<small>Kosterní</small>	2,16		13,2 ~ 21,1	<b>Kontrola Váhy</b> Hmotnost těla <input type="checkbox"/> Normální <input checked="" type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Přes Svaly <input type="checkbox"/> Normální <input checked="" type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Přes Tuky <input type="checkbox"/> Normální <input checked="" type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Přes

► Přesný odhad mínery

### Analyzá svalů a tuků

	Pod	Normální	Přes	Normální rozmezí
Hmotnost těla (kg)	55 70 85	100 115 130 145 160 175 190 205		55,9 ~ 75,7
Svaly <small>Mínery kosterního svalstva</small> (kg)	70 80 90	100 110 120 130 140 150 160 170		25,3 ~ 30,9
Hmotnost tuku v těle (kg)	40 60 80	100 160 220 280 340 400 460 520		13,2 ~ 21,1

### Diagnóza obezity

	Pod	Normální	Přes	Normální rozmezí
BMI <small>Index tělesné hmotnosti</small> (kg/m <sup>2</sup> )	10 15 18,5 21 25 30 35 40 45 50 55			18,5 ~ 25,0
% tuku <small>Procento tuku v těle</small> (%)	8 13 18 23 28 33 38 43 48 53 58			18,0 ~ 28,0
W H R <small>Břišní obezita</small>	0,65 0,70 0,75 0,80 0,85 0,90 0,95 1,00 1,05 1,10 1,15			0,75 ~ 0,85

### Diagnóza obezity

	Pod	Normální	Přes	Normální rozmezí
Kontrola Váhy				25,5 kg
Kontrola Tuku				12,9 kg
Kontrola Svalů				12,6 kg

### Část bez tuku

Netužná tkáň	Hodnocení
1,37kg	Normální
1,36kg	Normální
Trup	15,0kg
7,49kg	Normální
7,42kg	Normální

### Tuková část

% tuku	Tuková hmotota	Hodnocení
13,2%	0,2kg	Pod
13,3%	0,2kg	Pod
Trup	3,0%	0,1kg
7,1%	0,6kg	Pod
7,1%	0,6kg	Pod

### Čiřební plán

Naplánujte si svůj týdenní čiřební program z následujících možností a snižte pomocí nich svou váhu

Výdej energie při každé aktivitě (výchozí hmotnost 40,3kg / Délka: 30min./Jednotka: kcal)							
Chůze	Běhání	Cyklistika	Plavání	Horolezectví	Aerobic	Stolní tenis	Tenis
81	141	121	141	131	141	91	121
Fotbal	Orientální šerm	Gate ball	Badminton	Racket ball	Tae-kwon-do	Squash	Košiková
141	202	77	91	202	202	202	121
Přes švihadlo	Golf	Kliky	Sedy-lehy	Zvedání zřvazí	Posilování s činkami	Elastická guma	Dřepy
141	71	Posilování horní části těla	Posilování břišních svalů	Zvedání zřvazí	Prevence od bolesti zad	Čiření svalů	Udržování svalů na nohou
141	71	141	141	141	141	141	141

**Jak na to**

- Vyberte si pravidelné a preferované aktivity na levé straně.
- Uvedená spotřeba energie je počítána po 30 minutách čiření.
- Vyplněte níže uvedená místa aktivitami, jenž jste zvolili za 7 dní.
- Spočítejte si celkovou spotřebu energie za týden.
- Zjistěte předpokládaný úbytek na váze pomocí níže uvedeného vzorce.

Vypočet pro předpokládaný úbytek váhy za měsíc (měsíc = 4 týdny)  
**Celkový výdej energie (kcal/týden) x 4 týdny / 7700**

Zhodnocení kondice	54 Points	Impedance	Z	RA	LA	TR	RL	LL
Bazální metabolický výdej	1193 kcal (974 ~ 1108)	5kHz	512,0	508,4	30,5	287,1	281,5	
		50kHz	481,7	480,6	28,5	265,9	260,3	
		250kHz	448,9	449,0	25,9	242,5	237,3	

Copyright©1996-2007 by Biospace Co., Ltd. All rights reserved.

## **Seznam použitých zkratk**

MŠ – mateřská škola

PPP – poruchy příjmu potravy

BMI – body mass index, index tělesné hmotnosti

apod. - a podobně

tzn. – to znamená

tj. – to je

atd. – a tak dále

klinika TVL – klinika tělovýchovného lékařství